

# Aspectos da História Clínica e do Exame Físico Que Evidenciam Sinalização Vermelha para a Suspeição de Abuso Infantil: Uma Revisão Sistemática

Aspects of Clinical History and Physical Examination that Show a Red Flag for Suspected Child Abuse: A Systematic Review  
Aspectos de la Historia Clínica y el Examen Físico que Muestran una Señal de Alerta de Sospecha de Abuso Infantil: Una Revisión Sistemática

## RESUMO

**Objetivo:** Conceituar e sumarizar os achados clínicos e do exame físico que contribuam para a suspeição do abuso infantil. **Método:** Estudo do tipo revisão sistemática de caráter exploratório, qualitativo e fundamental, realizado por meio da seleção de 1712 artigos das bases do Google Scholar, PubMed e Lilacs. Usou -se os descritores “Child abuse”, “Medical History Taking” e “Physical Examination”. A temporalidade foi de 1995 a 2024, com apenas revisões sistemáticas e meta-análises sendo incluídas, e estrutura fundamentada na medicina baseada em evidências. **Resultado:** Ocorre maior confiabilidade na suspeição baseada no conjunto de sinais de alerta juntamente com a história clínica pessoal, exame físico e contexto psicossocial da criança. **Conclusão:** A omissão ou falha na suspeição pode estar associada aos vieses clínicos, incluindo estereótipos étnicos e de status socioeconômico. É fundamental a implementação de exame físico completo e específico em crianças suspeitas de abuso físico infantil.

**DESCRIPTORIOS:** Abuso Infantil; História Clínica; Exame Físico.

## ABSTRACT

**Objective:** To define and summarize the clinical findings and physical examination elements that contribute to the suspicion of child abuse. **Method:** Exploratory, qualitative, and fundamental systematic review conducted through the selection of 1,712 articles from Google Scholar, PubMed, and Lilacs databases. The descriptors “Child abuse,” “Medical History Taking,” and “Physical Examination” were used. The time frame was from 1995 to 2024, including only systematic reviews and meta-analyses, with a structure based on evidence-based medicine. **Results:** Greater reliability in suspicion occurs when warning signs are considered together with the child’s personal medical history, physical examination, and psychosocial context. **Conclusion:** Omission or failure in suspicion may be associated with clinical biases, including ethnic and socioeconomic stereotypes. Performing a complete and specific physical examination in children suspected of physical abuse is essential. **DESCRIPTORS:** Child Abuse; Medical History; Physical Examination.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conceptualizar y resumir los hallazgos clínicos y del examen físico que contribuyen a la sospecha de abuso infantil. **Método:** Revisión sistemática de carácter exploratorio, cualitativo y fundamental, realizada mediante la selección de 1.712 artículos de las bases de datos Google Scholar, PubMed y Lilacs. Se utilizaron los descriptores “Child abuse”, “Medical History Taking” y “Physical Examination”. El período analizado fue de 1995 a 2024, incluyéndose únicamente revisiones sistemáticas y metaanálisis, con una estructura fundamentada en la medicina basada en la evidencia. **Resultados:** La sospecha es más confiable cuando se consideran en conjunto las señales de alerta, la historia clínica personal, el examen físico y el contexto psicossocial del niño. **Conclusión:** La omisión o falla en la sospecha puede estar asociada a sesgos clínicos, incluidos los estereotipos étnicos y de nivel socioeconómico. Es fundamental realizar un examen físico completo y específico en los niños con sospecha de abuso físico infantil. **DESCRIPTORIOS:** Abuso Infantil; Historia Clínica; Examen Físico.

### Samuel Neves Ramos

Médico, Universidade de Brasília (UNB).  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0859-2167>

### Matheus de Souza Machado Barboza

Discente do Curso de Medicina, Faculdade de Medicina de Valença (FMV).  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0058-7941>

### Vander Henrique Strassi

Médico, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS).  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3266-0746>

### Tayse Camila Graciani Ramos

Médica, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4377-1306>

### Renata Martins da Cruz

Médica, Universidade Federal do Sergipe (UFS).  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5664-0976>

### Ezequiel de Bessa Mamedes

Discente do Curso de Medicina, Faculdade de Medicina de Valença (FMV).  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0734-3188>

### Lucas Gabriel Braz da Silva

Discente do Curso de Medicina, Faculdade de Medicina de Valença (FMV).  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1209-0207>

### Daniele Belizário Bispo do Vale

Médica, Universidade Evangélica de Goiás - UniEvangélica  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3818-2589>

Recebido em: 01/07/2025  
Aprovado em: 21/07/2025

## INTRODUÇÃO

A definição de abuso infantil apresenta uma base teórica fixa e outra fluida e dependente do contexto. A concordância se baseia em que o infortúnio infringido a uma criança, tendo os responsáveis como perpetradores ou não, gera repercussões físicas, mentais e de negligência. As definições específicas variam consoante ao local ocorrido e a área da ciência que o aborda, principalmente com diferentes concepções em divergências étnicas e religiosas. Dentre suas diversas formas de expressão, o abuso físico representa 540.000 casos/ano, em média, em países desenvolvidos como o Estados Unidos da América, com epidemiologia marcada pela negligência da detecção e suspeição, além da subnotificação<sup>1</sup>.

As consequências dos abusos infantis se expressam no indivíduo como um todo e em sua interação social, além da possível morte infantil. Tratando da faixa etária pediátrica de até 15 anos, cerca de 13% das mortes anuais devido a ferimentos no mundo advém de abuso ou negligência infantil. Em crianças com menos de um ano ocorre um aumento desproporcional dos abusos. A possível morte devida ao abuso infantil é negligenciada nas declarações de óbitos, tendo como exemplo um estudo descritivo não analítico associado à certidões de óbitos que demonstrou menos de 50% das mortes causadas por abuso infantil demonstrava códigos consistentes na declaração de óbitos<sup>2</sup>.

O contexto da história clínica pessoal (HCP), as características do ambiente de vivência, dos responsáveis associados ao cuidado infantil e achados do exame físico (EF) podem somar na predição de casos suspeitos de abuso infantil, o que expressa a importância para a diminuição da ocorrência dos eventos supracitados e para a abordagem que já ocorreram. Assim, objetivava-se o conhecimento e a sumarização sistemáticas dos achados clínicos, ca-

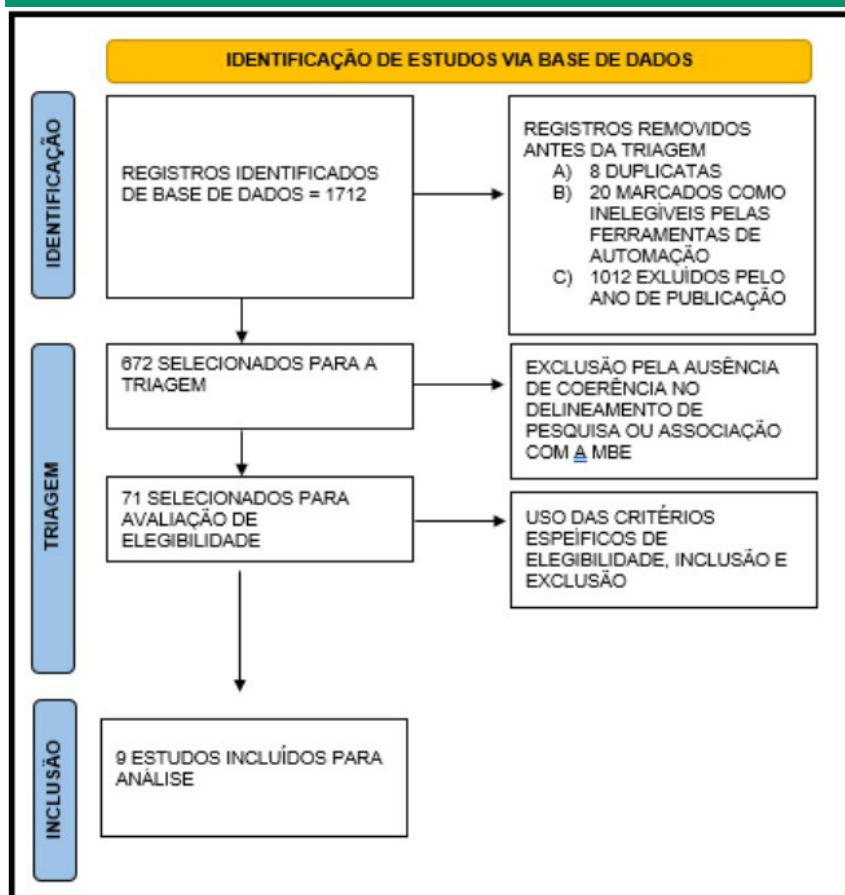
racterísticas da vida pessoal da criança e do exame físico que colaborem para efetiva triagem e suspeição de abuso infantil.

## MÉTODOS

A abordagem metodológica utilizou-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa e fundamental, por meio de uma revisão sistemática baseada no protocolo PRISMA para validação científica de revisões sistemáticas e meta-análises, nas base do Google Scholar, PubMed e Lilacs. Foram incluídos 9

artigos dos 1712 inicialmente selecionados. Os critérios de elegibilidade incluem temporalmente artigos de 1995 a 2024, haja vista o panorama completo representado por essa faixa temporal, desde 5 anos após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em território brasileiro e a hodiernidade. A metodologia determina a escolha de revisões bibliográficas e a retirada de qualquer outra forma de trabalho. Foram retirados todos os trabalhos que não explicitaram a forma de obtenção de dados e o uso da medicina baseada em evidências.

Imagem 1 - Triagem de estudos



Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

As bases de dados foram consultadas até o dia 22/06/2025. O agrupamento dos trabalhos científicos se deu

por meio de uma matriz-síntese, pelo qual foi associado o título da obra, o ano de publicação, o autor principal, a base de dados e os principais objetivos

do trabalho. As bases de dados utilizadas foram a MEDLINE, por meio de sua interface Pubmed, os dados do Google Scholar e a base LILACS - utilizando-se da plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A estratégia de busca baseou-se nos operadores booleanos de soma (and), oposição (or) e retirada ( not) para associar os termos “Child Abuse”, “Medical History Taking” e “Physical Examination”, consoante aos descritores de ciência em saúde da BVS.

Buscou-se a diminuição de vieses de pesquisa pela análise do financiamento do artigo, pela manutenção de artigos independente de sua gratuidade, disponibilidade completa, linguagem desde que houvesse a utilização de linguagem técnica, ou país de publicação. Devido à natureza descritiva-analítica do conteúdo, a confiabilidade via intervalo de confiança se faz desnecessária, assim como a submissão ao Comitê de ética em Pesquisa (CEP).

Para a delimitação e escolha dos artigos nas base de dados, foram utilizadas as restrições a seguir:

- a) Somente estudos de revisão sistemática ou metanálise.
- b) Somente artigos de 1995 a 2024.
- c) Artigos fundamentados na medicina baseada em evidências, consoante ao instrumento operacional de revisão sistemática, que analisa o rigor metodológico, a clareza da relação entre o artigo e a pergunta norteadora e a associação com a MBE.

A forma de sintetização se apresenta por meio de uma matriz de síntese recomendada pelo protocolo PRISMA, apresentando o ano de publicação, autor principal, título do texto, a base de dados e objetivo do texto. A matriz síntese se apresenta na Tabela 1.

**Tabela 1- Matriz Síntese de Revisão Sistemática**

TÍTULO DA OBRA	ANO	AUTOR PRINCIPAL	BASE DE DADOS	OBJETIVOS
Avaliação da anamnese forense da criança em casos de abuso físico e sexual e negligência infantil	2016	Rachel Drummond	PUBMED	Busca-se a análise do valor da anamnese médica forense no ato de avaliação de abuso infantil
Consequências para a saúde de experiências adversas na infância: uma revisão sistemática	2015	Karen Ann Kalmakis	PUBMED	Obtenção de uma revisão sistemática sobre a associação entre experiências adversas na infância e desfechos em saúde em adultos
Histórico de agressão sexual e apoio social: seis estudos de população geral	2002	Jaqueline M. Golding	PUBMED	Avaliação da associação do histórico de agressão sexual com as variáveis do apoio social posterior
Maltrato juvenil en discapitados intelectuales, su relación con la comorbilidad psiquiátrica	2011	Nadieska Benítez G.	LILACS	Repercussões neuropsiquiátricas de abusos infantis
Avaliação ginecológica de crianças com suspeita de abuso sexual	2005	Carmen Lucia de Abreu Athayde	LILACS	Associação de achados da anamnese, da relação médico paciente e do exame ginecológico com o abuso infantil e seus diagnósticos diferenciais.
Poliembolocoilomania no abuso sexual infantil	2022	Marcella M. Donaruma-Kwoh	Google Scholar	Caracterizar os produtos dos achados clínicos do exame físico em situações de inserção de objetos
Sinais orais e dentários de abuso e negligência infantil	2016	Marco Costacurta	Google Scholar	Identificação de achados odontológicos no panorama de abuso físico
Abuso e negligência infantil	2018	Charles H. Zeanah	Google Scholar	Síntese de materiais de apoio jurídicos e clínicos para abordagem clínica
Consequências comportamentais do abuso infantil	2013	Abdulaziz Al Odhayani	Google Scholar	Discussão das repercussões do abuso infantil no desenvolvimento comportamental infantil e determinação de comportamentos infantis que os acompanha

Fonte: Elaborado pelos autores.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES:

### 1. FATORES DE RISCO E HISTÓRIA CLÍNICA

#### 1.1 Fatores de risco

Estudos observacionais apresentam fatores que aproximam um indivíduo de uma maior suspeição de abuso, principalmente abuso físico. A abordagem por meio das revisões sistemáticas se baseia em associação desses achados em outros artigos, apesar dos fatores

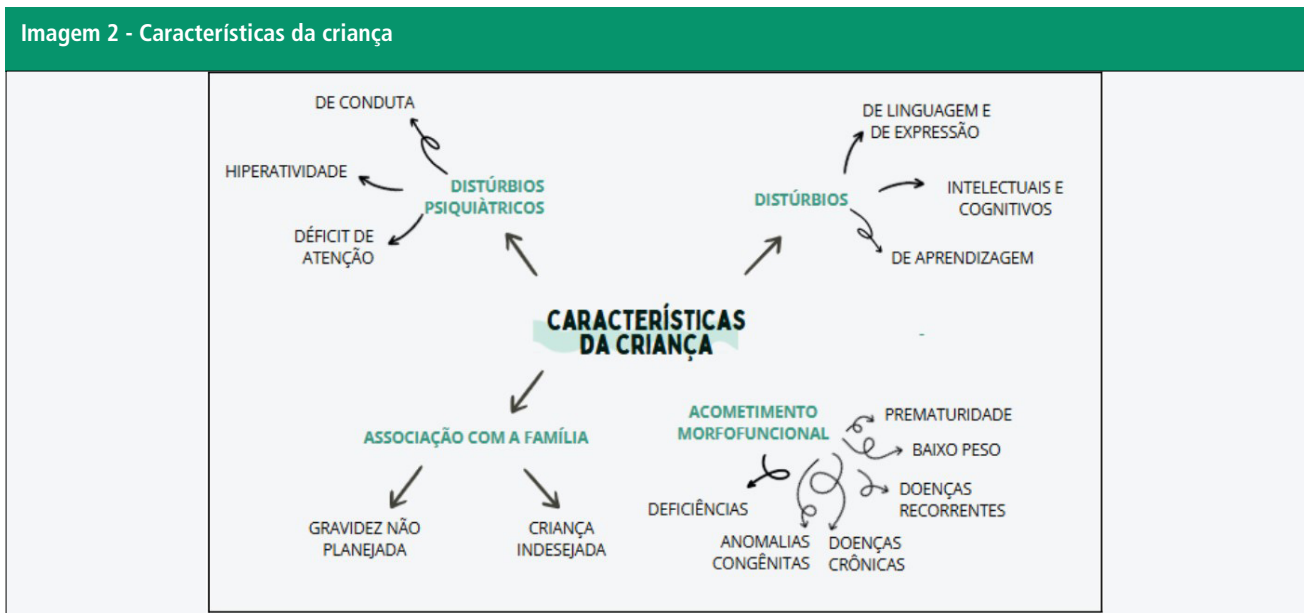
não serem sinônimos de abuso infantil, ou seja, somam na suspeição, avaliação e diagnóstico com papel coadjuvante. Os fatores de risco na história clínica se baseiam em três grandes áreas, que são as características da criança, do responsável e do ambiente de vivência.<sup>3</sup>

Tratando do eixo das características da criança, os distúrbios da expressão da linguagem, da aprendizagem, da conduta e até distúrbios psiquiátricos não associados à conduta devem ser fatores importantes a serem investigados

pela maior vulnerabilidade infantil e dificuldade de materialização dos abusos sofridos. A dificuldade intelectual, anomalias congênitas, deficiências em geral, doenças crônicas ou recorrentes,

a falha em prosperar, transtornos de déficit de atenção com hiperatividade em crianças também devem ser levados em consideração. As características desde o nascimento apresentam resultados con-

flitantes, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, que podem representar fatores de sinalização vermelha para abuso infantil. A imagem 2 representa os fatores associados à criança.<sup>4, 5.</sup>

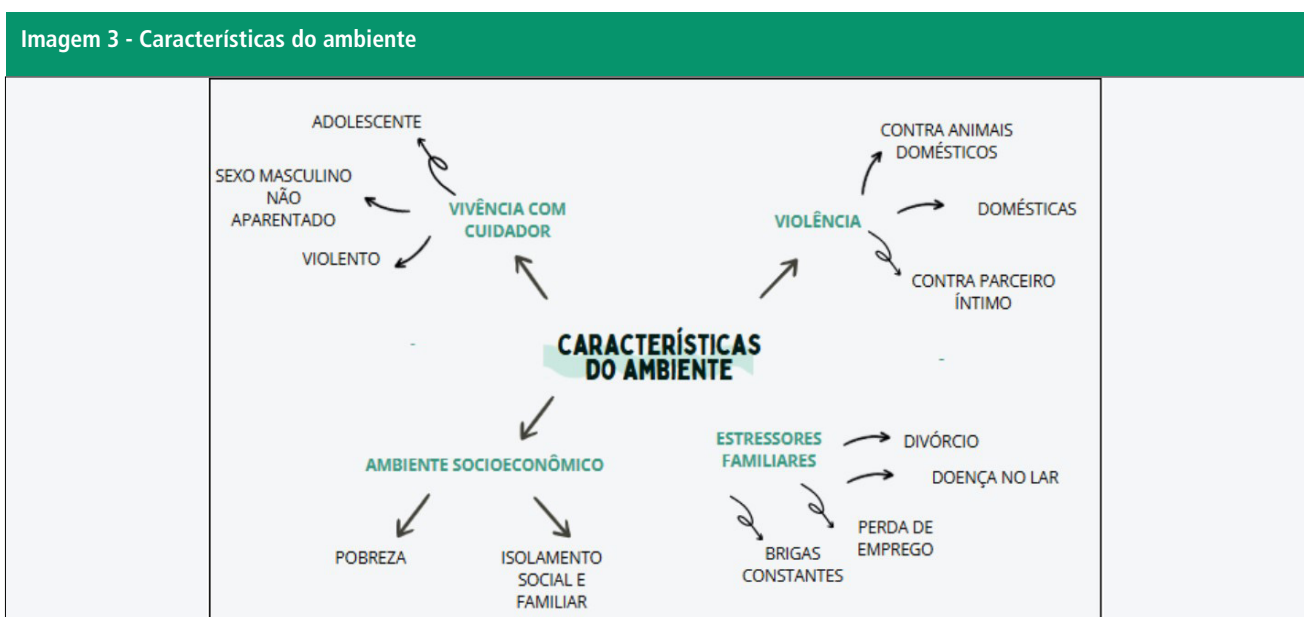


Fonte: Dados obtidos de estudos anteriores.<sup>2-5</sup>

Tratando do eixo ambiental, também determinado como meio de convívio, tem-se sinalização vermelha em crianças que vivem em ambientes de

crueidade contra animais, violência doméstica ou violência por parceiro íntimo, vivência com cuidador adolescente ou adulto do sexo masculino sem vínculo sanguíneo, isolamento familiar

e social, além de características socioeconômicas como a convivência com a pobreza. A imagem 3 sistematiza as características de sinalização vermelha.<sup>6-8</sup>



Fonte: Dados obtidos de estudos anteriores.<sup>4-8</sup>

As características do cuidador responsável pela criança são fundamentais para a suspeição do abuso infantil, prin-

cipalmente com outras bases de suspeição, haja vista seu caráter coadjuvante. Dentro os fatores associados ao cuida-

dor, destaca-se na imagem 4 os principais presentes.<sup>6,8 e 9</sup>

Imagem 4 - Características do cuidador



Fonte: Dados obtidos de estudos anteriores.<sup>5-9</sup>

1.2 História clínica pessoal

A anamnese e a investigação da História Clínica Pessoal (HCP) completa no abuso infantil é de fundamental importância. Diante de crianças com ferimentos graves sem história ou negação de trauma por parte dos cuidadores, os mecanismos causadores de lesão incoerentes com suas características clínicas, a constatação no atraso excessivo ao amparo ou à procura do atendimento médico, o achado de lesões de alto risco associadas à própria criança ou outras crianças sem a capacidade de as causar são componentes de uma história clínica de alto grau de suspeição. A coleta da HCP com os cuidadores separados é

relevante em um quadro de suspeição, haja vista a elevação do risco quando existe divergência entre a declaração dos envolvidos. A criança também pode ser escutada sozinha, a depender do caso.<sup>2,4 e 11</sup>.

A sensibilidade e especificidade média do fator “trauma grave inexplicável” na previsão e na suspeita de abuso é de 67% e 97%, respectivamente. A responsabilidade infantil deve ser analisada na ausência de um mecanismo coerente com as lesões encontradas. O fator “mecanismo implausível de lesão”, seja por mecanismo inadequado para a gravidade da lesão presente, seja via incongruência entre o mecanismo causador relatado e o estágio do desen-

volvimento neuropsicomotor infantil, deve ser levado em consideração em suspeitas prévias.<sup>8-11</sup>

As características do ambiente em que o acidente ocorreu devem ser investigadas pelo médico, preferencialmente de forma separada dos responsáveis e individualmente, quando possível. Sabe-se que as quedas de baixa altura em ambientes restritos são raras, com a gravidade se elevando com o passar do desenvolvimento infantil e o acréscimo da altura das quedas. Para melhor interpretação dos casos, o conhecimento dos principais marcos motores e cognitivos são de extrema importância e são apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - Principais marcos do desenvolvimento motor e cognitivo

IDADE MÉDIA	MARCO COGNITIVO	MARCO MOTOR
2 MESES	Observa você enquanto você se move	Mantém a cabeça erguida quando está de bruços
	Olha para um brinquedo por vários segundos	Move ambos os braços e ambas as pernas
		Abre as mãos brevemente

4 MESES	<p>Se estiver com fome, abre a boca ao ver o peito ou a mameira</p> <p>Olha para as mãos com interesse</p>	<p>Mantém a cabeça firme sem apoio quando você a segura</p> <p>Segura um brinquedo quando você o coloca em sua mão</p> <p>Usa o braço para balançar os brinquedos</p> <p>Leva as mãos à boca</p> <p>Empurra os cotovelos/antebraços quando está de braços</p>
6 MESES	<p>Coloca coisas na boca para explorá-las</p> <p>Tenta pegar um brinquedo que deseja</p> <p>Fecha os lábios para mostrar que não quer mais comida</p>	<p>Rola da barriga para trás</p> <p>Empurra para cima com os braços esticados quando está de braços</p> <p>Apoia-se nas mãos para se apoiar quando está sentado</p>
9 MESES	<p>Procura objetos quando eles desaparecem de vista (por exemplo, colher, brinquedo)</p> <p>Bate duas coisas juntas</p>	<p>Chega a sentar-se sozinho</p> <p>Senta sem apoio</p> <p>Usa os dedos para "puxar" a comida em sua direção</p> <p>Move coisas de uma mão para a outra</p>
12 MESES	<p>Coloca algo em um recipiente (por exemplo, um bloco em um copo)</p> <p>Procura coisas que vê você esconder (por exemplo, um brinquedo debaixo de um cobertor)</p>	<p>Puxa para ficar de pé</p> <p>Anda segurando nos móveis</p> <p>Bebe de um copo sem tampa, enquanto o segura</p> <p>Pega coisas entre o polegar e o indicador (por exemplo, pequenos pedaços de comida)</p>

Fonte: Dados obtidos de estudos anteriores.<sup>7-12</sup>

## 2. ACHADOS NO EXAME FÍSICO DE SINALIZAÇÃO VERMELHA

O exame físico de suspeição de abuso infantil deve ser completo, mas com atenção ao couro cabeludo e fontanelas, aos ouvidos, além de inspeção da cavidade oral, com análise externa do pescoço, das nádegas, da região perineal e dos órgãos genitais externos, juntamente com a superfície palmar e plantar. Lesões e sangramentos nas regiões bucal e nasal devem ser analisadas com cautela, tendo em vista que a epistaxe, por exemplo, pode ocorrer em crianças por traumas não intencionais. Qualquer lesão

bucal, nasal, mandibular ou maxilar sem explicação plausível devem ser analisadas, principalmente lacerações ou hematomas em região labial ou da rima bucal, ruptura de frênulo lingual e feridas gengivais, palatinas e labiais.<sup>12-13</sup>

Vale ressaltar que os achados são bases para a suspeição, não para fechamento isolado de diagnóstico. Achados como hematomas devem ser analisados sem associação com a cor e o tempo de acometimento, tendo em vista a sua baixa sensibilidade e especificidade em estudos pediátricos. Hematomas em crianças de menos de 6 meses, mais de um he-

matoma em criança sem o marco de desenvolvimento morto de andar ou engatinhar, mais de dois hematomas em criança engatinhando devem ser melhor analisados. Em pacientes com menos de cinco anos, a presença do hematoma é recorrentemente associada como a única bandeira vermelha inicial, principalmente se o contorno do hematoma apresentar padrões específicos de objetos com capacidade de contusão.<sup>11 e 13</sup>

As queimaduras intencionais podem ser achados de alarme associados à outra lesão alarme-base, ao histórico inconclusivo, ao mecanismo causal inadequado ou inconclusivo

que geram suspeita de abuso infantil. Tem-se principalmente lesões por escaldaduras, queimaduras por contato com padrões dos objetos utilizados pelos perpetradores e queimaduras por cigarro. A queimadura por cigarro acidental tende a ser irregular, superficial e isolada, pela ação de cinza fria. Em contraste, as queimaduras intencionais associadas ao cigarro são circunscritas e discretas, sendo de alto grau, como terceiro grau, em contato prolongado deliberadamente infligido.<sup>13</sup>

O exame esquelético por meio da avaliação radiológica é fundamental para a investigação do abuso infantil. Fraturas em bebê ou criança pequena são potencialmente associadas ao abuso infantil, principalmente por meio de radiografia do esqueleto axial e do apendicular, e da tomografia computadorizada (TC) de crânio. Em crianças com menos de 24 meses, a triagem se torna ainda mais sensível. Fraturas em alça de balde, das costelas, esternais, escapulares, do processo espinhoso vertebral, o histórico de queda implausível com hemorragia intracraniana, as fraturas de úmero distal do tipo transifária devem ser abordadas na suspeição do abuso supracitado.<sup>13-15</sup>

No entanto, nem toda fratura tem alta especificidade para o abuso infantil, como as fraturas isoladas de ossos longos presentes na abordagem ambulatorial, fraturas claviculares não explicadas por mecanismo de parto inadequado, fraturas lineares e o fenômeno de neoformação óssea subperiosteal. Todas as lesões graves sem explicação devem ser investigadas, como lesões intracranianas, intratorácicas e das vísceras abdominais.<sup>14 e 15</sup>

A utilização de exames de imagem para lesões intracranianas, como a Tomografia Computadorizada (TC) de crânio, é primordial para a suspeição de Traumatismo Craniano por Abuso

(TCA). Pela ausência de achados patognomônicos, sabe-se que a maior predição de TCA vem da hemorragia subdural adicionada de mais um fator ou achado, como o histórico do mecanismo inadequado ou incompatível com a gravidade, a constatação de apneia, a convulsão, outra hemorragia associada, como retiniana, hematoma auricular ou outra fratura isolada não craniana. Os achados bucomaxilofaciais e oculares são fundamentais na predição do TCA.<sup>14-16</sup>

## CONCLUSÃO

A presente revisão sistemática evidencia que, embora não existam achados clínicos ou radiológicos patognomônicos para o diagnóstico de abuso infantil, há um conjunto de sinais de alerta (red flags) que, quando analisados em conjunto com a história clínica, o exame físico e o contexto psicossocial da criança, tornam-se fundamentais para a suspeição precoce. Fatores como traumas inexplicáveis, fraturas incompatíveis com o desenvolvimento motor, queimaduras de padrão suspeito e características específicas do cuidador e do ambiente familiar devem acender um sinal de atenção no profissional de saúde.

Entre os achados mais relevantes, destacam-se: a presença de hematomas em locais atípicos para a idade, fraturas de alta especificidade (como fraturas em alça de balde e costelas posteriores), lesões orais inexplicáveis, e queimaduras com padrões sugestivos de intencionalidade. No plano histórico, incoerências entre os relatos dos cuidadores, ausência de mecanismos causadores compatíveis com as lesões, atrasos na busca por atendimento e relatos divergentes reforçam o grau de suspeição.

Adicionalmente, o contexto de vida da criança mostrou-se determinante na triagem: a convivência em ambientes marcados por violência do-

méstica, negligência, baixa condição socioeconômica, além de cuidadores com histórico de transtornos psiquiátricos ou uso de substâncias, compõem uma matriz de risco significativa. Ressalta-se também a importância da escuta da criança em separado e da valorização do exame físico completo com foco em regiões anatômicas frequentemente negligenciadas.

A detecção precoce é determinante para a interrupção do ciclo de violência. Estudos demonstram que aproximadamente 10% das crianças abusadas já haviam passado por atendimentos médicos anteriores com sinais sugestivos, mas não reconhecidos. Crianças que retornam ao ambiente abusivo sem intervenção correm risco significativo de revitimização e morte, sendo as taxas de reincidência estimadas em cerca de 33%. A omissão ou falha na suspeição está frequentemente associada aos vieses clínicos, incluindo estereótipos étnicos e de status socioeconômico.

Diante disso, destaca-se a importância de uma abordagem clínica sensível, sistemática e livre de preconceitos. O reconhecimento dessas sinalizações vermelhas deve ser reforçado na formação médica e nas diretrizes institucionais, incentivando a triagem universal e o fortalecimento dos protocolos interdisciplinares de proteção infantil. Assim, é possível não apenas salvar vidas, mas também interromper trajetórias marcadas por dor, negligência e invisibilidade social.

## Referências

1. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet*. 2007 Jun 2;369(9576):1891–1899. doi:10.1016/S0140-6736(07)60856-3. PMID: 17544773.
2. Bourgeois FT, Murthy S, Mandl KD. Outcome reporting among drug trials registered in ClinicalTrials.gov. *Ann Intern Med*. 2010 Sep 28;153(3):158–66. doi:10.7326/0003-4819-153-3-201008030-00006. PMID: 25917988.
3. Klein M, Stern L. Low birth weight and the battered child syndrome. *Am J Dis Child*. 1971 Jul;122(1):15–8. doi:10.1001/archpedi.1971.02110010051005. PMID: 5567400.
4. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, Logan S. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics*. 2005 Sep;116(3):609–13. doi:10.1542/peds.2004-1882. PMID: 16140700.
5. Degue S, DiLillo D. Is animal cruelty a “red flag” for family violence? Investigating co-occurring violence toward children, partners, and pets. *J Interpers Violence*. 2009 Jun;24(6):1036–56. doi:10.1177/0886260508319362. PMID: 18544751.
6. Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA. Intersection of child abuse and children’s exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse*. 2008;9(2):84–99. doi:10.1177/1524838008314797. PMID: 18296571.
7. Crum-Cianflone NF. Bacterial, fungal, parasitic, and viral myositis. *Clin Microbiol Rev*. 2008 Jan;21(1):473–94. doi:10.1128/CMR.00001-07. PMID: 17976935; PMCID: PMC2223833.
8. Egami Y, Ford DE, Greenfield SF, Crum RM. Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *Am J Psychiatry*. 1996 Jul;153(7):921–8. doi:10.1176/ajp.153.7.921. PMID: 8659615.
9. Hettler J, Greenes DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics*. 2003 Mar;111(3):602–7. doi:10.1542/peds.111.3.602. PMID: 12612243.
10. Golding JM, Wilsnack SC, Cooper ML. Sexual assault history and social support: six general population studies. *J Trauma Stress*. 2002 Jun;15(3):187–97. doi: 10.1023/A:1015256917815. PMID: 12092910.
11. Benítez GN, Velázquez A, Castro M, Rivero P. Maltrato juvenil en discapacitados intelectuales, su relación con la comorbilidad psiquiátrica. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2011;49(2):149–56. LILACS ID lil-597568.
12. Donaruma-Kwoh MM, Weary CE, Cruz AT. Polyembolokoilamania in Child Sexual Abuse: Physical Examination Findings After Abusive Foreign Body Insertion and Literature Summary. *Pediatr Emerg Care*. 2022 Aug;38(8):386–91. doi: 10.1097/PEC.0000000000002669. PMID: 35904952.
13. Costacurta M, Benavoli D, Arcudi G, Docimo R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral Implantol (Rome)*. 2016;8(2-3):68–73. doi:10.11138/oi/2016.8.2.068. PubMed Central PMC4969728.
14. Asnes AG, Leventhal JM. Managing child abuse: general principles. *Pediatr Rev*. 2010 Feb;31(2):47–55. doi:10.1542/pir.31-2-47. PMID: 20124274
15. Humphreys KL, Gleason MM, Drury SS, Nelson CA, Fox NA, Brazelton TB. Master clinician review: Child abuse and neglect. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018 May;27(2):275–88. doi:10.1016/j.chc.2017.12.004.
16. Al Odhayani A, Watson WJ, Watson L. Behavioural consequences of child abuse. *Can Fam Physician*. 2013 Aug;59(8):831–6. PMID: 23946022.

## AGRADECIMENTOS

É notável o agradecimento ao professor Emílio Conceição de Siqueira pelo apoio técnico e pessoal. Declaramos que não houve conflito de interesse.