

Lesão não acidental no pronto-socorro — trauma abusivo, TCE abusivo e quando suspeitar de maus-tratos

Sinais de alerta, TEN-4-FACEsp, fraturas e queimaduras suspeitas, TCE abusivo, investigação, proteção e notificação obrigatória (compulsória)

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A lesão não acidental se reconhece pela **incoerência**: história ausente ou que muda, **mecanismo incompatível com o desenvolvimento**, demora em procurar atendimento. **Quem não se locomove não se machuca**: qualquer equimose, fratura ou lesão intracraniana no lactente que não anda é suspeita até prova em contrário. A regra **TEN-4-FACESp** (menores de 4 anos) manda avaliar maus-tratos diante de equimose em tronco, orelha, pescoço ou face, **qualquer equimose até 4,99 meses** ou equimose com padrão (Pierce 2021). São de alto risco as **fraturas metafisárias e de costelas posteriores**, as queimaduras por **imersão** (em luva ou meia, sem respingos) e o **traumatismo craniano abusivo** (lactente com vômitos, irritabilidade ou convulsão sem história). Abaixo de 2 anos, a suspeita exige **inventário ósseo**, neuroimagem, fundoscopia e exames de coagulação, no hospital (SBP 2018). A **suspeita basta** para a **notificação obrigatória (compulsória)** ao Conselho Tutelar e ao SINAN (ECA, arts. 13 e 245). Sem confrontar a família; havendo risco, **internar**. Só fica em seguimento ambulatorial (🟡) a criança maior com lesão leve e família que protege.

1. O que é e como se apresenta

Lesão não acidental é a lesão física provocada por um cuidador ou outra pessoa: violência física (Lei 13.431/2017, art. 4º), que inclui o **traumatismo craniano abusivo** — termo que substitui "bebê sacudido" por abranger sacudimento, impacto ou ambos (SBP 2018; AAP 2025). A vítima típica tem **menos de 1 ano**, e o principal gatilho é o **choro**.

Sinais de alerta na história (SBP 2018; SEUP 2024; NICE CG89):

- Explicação **ausente, vaga ou que muda** entre relatos ou cuidadores; lesão atribuída a irmão pequeno.
- Mecanismo **incompatível com a lesão** ou **com o desenvolvimento** (bebê de 2 meses que "rolou").
- **Demora** em procurar atendimento; acidentes repetidos.

Lesões sentinela: lesões **pequenas e mal explicadas** no lactente — equimose, petéquias, hemorragia subconjuntival, lesão de freio ou da boca — que **precedem lesões graves** (AAP 2025). Nunca são "só um roxinho".

Equimoses — regra TEN-4-FACESp (menores de 4 anos; sensibilidade 95,6%, especificidade 87,1%; Pierce 2021): **triagem** — positiva, avaliar maus-tratos.

COMPONENTE	ACHADO
TEN	Equimose no Tronco (inclui nádegas e genitais), orelha (Ear) ou pescoço (<i>Neck</i>)
4	Qualquer equimose em lactente de até 4,99 meses
FACES	Freio labial ou lingual, Ângulo da mandíbula, bo Checha (parte carnosa), pálp Ebra , Subconjuntiva
p	Equimose com padrão : mão, dedos, alça, cinto, mordida, objeto

Fraturas (SBP 2018; SEUP 2024; AAP 2025):

- **Alta especificidade: lesão metafisária clássica** (em "canto" ou "alça de balde", por tração e torção), **fraturas de costelas posteriores**.
- **Moderada:** fraturas **múltiplas, bilaterais** ou em **fases diferentes de consolidação**; fratura de crânio **complexa, bilateral ou com afundamento**.
- **Em quem não anda:** fratura de **fêmur, úmero ou tibia** no lactente que não se locomove. A fratura supracondiliana do úmero é em geral acidental (SEUP 2024; AAP 2025).

Queimaduras de padrão abusivo (ver **Queimaduras na criança — atendimento inicial**):

imersão forçada — bordas nítidas, **sem respingos**, simétricas, **em luva ou meia**, em nádegas, períneo e membros inferiores; forma de objeto; **cigarro**; dorso das mãos, planta dos pés (NICE CG89).

Traumatismo craniano abusivo — quadro: sintomas **inespecíficos**: **vômitos sem diarreia, irritabilidade**, sonolência, **apneia, convulsão**, fontanela tensa, com história de trauma **ausente ou trivial** (SBP 2018). Achados: **hematoma subdural** (ruptura das veias-ponte), **hemorragia retiniana** (78% no trauma abusivo e 5% no acidental; em geral múltipla, bilateral e em várias camadas), fraturas de costelas posteriores e metafisárias.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Lesão compatível com história coerente, idade e desenvolvimento; criança que anda; equimose em proeminência óssea (canela, testa); TEN-4-FACEsp negativa	Tratar a lesão; prevenção de acidentes; retorno programado
● Moderada	Suspeita de violência física em criança a partir de 2 anos , com lesão superficial leve , sem fratura, queimadura, TCE ou lesão visceral; família capaz de proteger , sem risco imediato (nível 1 da SBP 2018)	Notificação obrigatória (compulsória) ao Conselho Tutelar e ao SINAN; radiografia das áreas com dor óssea; encaminhar com prioridade à rede de proteção e à saúde mental; seguimento próximo
● Grave	Menor de 2 anos com lesão suspeita (TEN-4-FACEsp positiva , lesão sentinela, qualquer fratura ou equimose em quem não anda); suspeita de TCE abusivo ; fratura de alta especificidade; queimadura de imersão ou padrão; lesão grave ou visceral; risco de revitimização (agressor com acesso, família omissa); violência sexual (níveis 2 a 4 da SBP 2018)	Pronto-socorro/hospital para investigação e internação como proteção ; se instável, XABCDE, oxigênio para SpO2 entre 94% e 98% , acesso, SAMU 192 ; não devolver ao possível agressor; notificação obrigatória (compulsória)

Fatores que elevam a gravidade: idade < 6 meses; prematuridade, deficiência, choro excessivo; cuidador com depressão, uso de substâncias ou antecedente de violência; notificações anteriores (SBP 2018).

3. Diagnóstico no consultório

Exame completo, com a criança despida e outro profissional presente: pele, couro cabeludo, orelhas, boca e freios, genitais; perímetro cefálico e fontanela; costelas e ossos longos; peso e estatura; desenvolvimento.

Entrevista sem acusar: perguntas **abertas** ("como aconteceu?", "quem estava junto?"); registrar **as palavras exatas**. Se a criança falar, acolher sem perguntas sugestivas: a **escuta especializada** cabe à rede de proteção e o **depoimento especial** à autoridade policial ou judicial (Lei 13.431/2017, arts. 7º e 8º). O pediatra **não investiga quem foi** — reconhece, protege e comunica.

Investigação (no hospital, decisão do serviço):

- **Menores de 2 anos com suspeita: inventário ósseo (série esquelética completa)**, independentemente da queixa (SBP 2018; MS 2010; AAP 2025; SEUP 2024). **Repetir após 10 a 14 dias** se a suspeita persistir, pois fraturas de costela e metafisárias podem não

aparecer no início (SBP 2018). Acima de 2 anos: radiografias das áreas atingidas (SBP 2018; MS 2010).

- **Neuroimagem: TC de crânio sem contraste** no lactente com sinal neurológico (SBP 2018; AAP 2025); considerar mesmo sem sinais no alto risco — fraturas múltiplas, lesão torácica ou abdominal (SEUP 2024). **RM** de crânio e coluna complementa.
- **Fundoscopia sob midríase, por oftalmologista:** na hemorragia intracraniana (SBP 2018) e na suspeita de TCE abusivo (AAP 2025); a SEUP (2024) a pede em toda suspeita de maus-tratos abaixo de 2 anos.
- **Coagulação:** hemograma com plaquetas, TP, TTPa e fibrinogênio; na equimose do lactente que não anda, sem causa testemunhada, também **fator de von Willebrand (antígeno e atividade), FVIII e FIX** — investigar coagulopatia e maus-tratos **ao mesmo tempo**; dispensável o painel ampliado se há relato de agressão, marca de mão ou objeto, ou equimose em orelha, pescoço ou genitais (AAP 2022, como em **A criança que sangra**). **Coagulopatia não exclui maus-tratos.**
- **Lesão oculta: transaminases** (> 80 UI/L → imagem abdominal), amilase e lipase, urina tipo 1 (hematúria), CPK (SBP 2018; AAP 2025); toxicológico se alteração de consciência.
- **Irmãos e outras crianças da casa:** avaliar (SBP 2018; SEUP 2024); abaixo de 2 anos, inventário ósseo (AAP 2025).

Diagnóstico diferencial que não pode passar (SBP 2018; SEUP 2024):

- **Equimoses: coagulopatias** (hemofilia, doença de von Willebrand), **PTI, leucemia**, deficiência de vitamina K (conferir se o RN recebeu vitamina K), **meningococcemia** (púrpura febril = 🟡); **manchas mongólicas** (azul-acinzentadas, desde o nascimento, indolores, sem mudar de cor — registrar na puericultura); práticas culturais (ventosa).
- **Fraturas: osteogênese imperfeita** (escleras azuladas, dentinogênese, história familiar), raquitismo, escorbuto, osteopenia da prematuridade, osteomielite, sífilis congênita, trauma de parto.
- **Hemorragia intracraniana:** trauma de parto, coagulopatia, deficiência de vitamina K, acidúria glutárica tipo 1, meningite, sepse.
- **Queimaduras:** impetigo bolhoso, síndrome da pele escaldada estafilocócica.

4. Tratamento e seguimento

O pediatra: reconhece, trata o urgente, documenta, protege e comunica. Investigação completa e alta segura são do hospital (serviço social, psicologia); as medidas de proteção, do Conselho Tutelar, do Ministério Público e da Justiça.

Documentação (vale como prova):

1. Data, hora, quem relatou o quê, com as **palavras exatas** entre aspas.

2. Cada lesão: local, tamanho, cor, forma; diagrama corporal; **fotos com régua**, datadas.
3. Desenvolvimento e interação cuidador-criança, **sem rótulos** nem conclusões que o exame não sustenta.
4. Exames, condutas e a quem foi comunicado.

Proteção: não confrontar a família — o confronto gera fuga e agressividade (SBP 2018).

Explicar que a lesão precisa ser investigada e que a comunicação é **dever legal** de proteção, não acusação (MS 2010). **Internar** quando a investigação exigir ou para **afastar do agressor**; nos gravíssimos, Conselho Tutelar presente, Vara da Infância e Ministério Público (SBP 2018). Perigo imediato: **190**. Sem contato com o suposto autor (Lei 13.431/2017, art. 9º).

Notificação obrigatória (compulsória):

- **Conselho Tutelar:** suspeita ou confirmação de maus-tratos é **obrigatoriamente comunicada** (ECA, art. 13); a omissão do médico é **infração** (ECA, art. 245). **Não é preciso ter certeza**; o sigilo médico não a impede.
- **Lei Henry Borel (Lei 14.344/2022):** quem souber de violência doméstica contra criança tem o **dever de comunicar** ao Disque 100, ao Conselho Tutelar ou à autoridade policial (art. 23); deixar de comunicar é **crime** (art. 26).
- **SINAN:** ficha de **violência interpessoal/autoprovocada** (PRC nº 4/2017, redação da Portaria GM/MS 10.175/2026), em três vias — vigilância do município, Conselho Tutelar e prontuário (MS 2010).
- A notificação se faz **mesmo se a família não aceitar** (MS 2010).

Medicamentos: só os da lesão e da dor, nas doses padrão do site.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose VO	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Reavaliar após 48–72 h	Máx. 75 mg/kg/dia , nunca > 4 g/dia; máx. 500 mg/dose < 12 anos (padrão do site; bula)
Dipirona	15 mg/kg/dose VO ou IV	6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Não usar < 3 meses ou < 5 kg (padrão do site; bula)
Midazolam (crise ≥ 5 min)	IN 0,2; bucal 0,3; IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg)	Conforme protocolo	—	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site

Não usar: anti-inflamatório e AAS antes de excluir coagulopatia e hemorragia intracraniana (como em **A criança que sangra**); sedativos que atrapalhem a avaliação neurológica.

Cuidado com a equipe: a violência afeta também a equipe (SBP 2018). Decidir **em equipe**, nunca sozinho; acionar o serviço social e o núcleo de prevenção de violências; discutir os casos; evitar a onipotência e o papel de "pais melhores" (SBP 2018).

Seguimento e prevenção: desenvolvimento, sequelas e saúde mental, com a rede de proteção; orientar que o choro é normal e que **nunca se sacode um bebê** (AAP 2025).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro/hospital (●): todos os critérios da linha ● — menor de 2 anos com lesão suspeita, **qualquer lesão no lactente que não anda**, suspeita de TCE abusivo, fratura ou queimadura de padrão, dor abdominal ou hematúria após agressão, risco de revitimização.

Como encaminhar:

1. **Estabilizar:** XABCDE; oxigênio para **SpO2 entre 94% e 98%**; glicemia capilar se alteração de consciência; convulsão pelo protocolo do site; **SAMU 192** se instável.
2. Contatar o serviço com imagem, oftalmologia e serviço social.
3. **Garantir que a criança chegue:** SAMU ou responsável protetor; risco de fuga, Conselho Tutelar; perigo imediato, 190.
4. **Relatório** com o relato literal e as lesões; **notificação obrigatória (compulsória)** feita ou sinalizada ao destino.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O choro do bebê é normal e cansa. Se perder a paciência, coloque o bebê no berço, de barriga para cima, saia do quarto e peça ajuda. **Nunca sacuda o bebê.**"
- "Bebê que não anda raramente se machuca sozinho; mostre ao pediatra qualquer roxo."
- **Procurar o pronto-socorro ou chamar o SAMU (192)** se houver vômitos repetidos, sonolência, choro inconsolável, moleira estufada, convulsão, pausas na respiração ou dor ao mexer um membro.
- **Disque 100** para denúncia; **190** em perigo imediato.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	Manual de violência, 2ª ed., 2018	Linha de cuidado 2010; ECA; Leis 13.431/2017 e 14.344/2022	Relatório técnico de TCE abusivo, mar/2025; TEN-4-FACESp 2021	CG89, atualizada em 03/12/2025	SEUP, 4ª ed. 2024 (cap. 33, jan. 2025)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE (CG89)
Quando suspeitar	História incompatível; quem não anda	Descartar causa orgânica antes de afirmar	TEN-4-FACESp; lesão sentinela	Forma, local, explicação; quem não anda	Lesões sentinela; TEN-4 FACES	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Inventário ósseo	< 2 anos; repetir em 10–14 dias	Corpo inteiro < 2 anos	< 2 anos; repetir em 2–3 semanas	Fratura oculta como sinal	< 2 anos; avaliar irmãos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Neuroimagem e fundo de olho	TC se sinal neurológico; fundo de olho se hemorragia	Sem posição específica	TC, RM; fundoscopia sob midríase	Suspeitar se lesão intracraniana < 3 anos	TC no alto risco; fundo de olho em toda suspeita < 2 anos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Coagulação	Hemograma e coagulograma	Sem posição específica	Hemograma, TP, TTPa; fatos conforme o caso	Excluir coagulopatia causal	Se lesão hemorrágica duvidosa	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Proteção e notificação	Conselho Tutelar e SINAN; internar se risco	Ficha em 3 vias; internar para proteger	Comunicação aos serviços de proteção	Serviço social	Serviços sociais e juiz; internar se inseguro	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há **convergência** em suspeitar pela incoerência da história e pelo padrão da lesão, em que **quem não se locomove não se machuca**, no **inventário ósseo abaixo de 2 anos** (SBP, MS, AAP e SEUP), na neuroimagem do lactente com sinal neurológico, na exclusão de coagulopatia e doença óssea **sem atrasar a proteção** e na comunicação obrigatória.

Divergem no **intervalo para repetir a série esquelética** (SBP 10 a 14 dias; AAP e ACR 2 a 3 semanas), na **indicação da fundoscopia** (SBP quando há hemorragia intracraniana; SEUP em toda suspeita abaixo de 2 anos; AAP em toda suspeita de TCE abusivo), na neuroimagem do lactente **sem sintomas** (SEUP e AAP a consideram nos de alto risco; a SBP a vincula ao sinal neurológico) e no **destino da comunicação** (no Brasil, Conselho Tutelar e SINAN já na suspeita; no Reino Unido, serviço social; na Espanha, serviços sociais e juiz). A **TEN-4-FACESp** foi validada nos EUA; a SBP (2018) não a cita, mas descreve os mesmos locais. **O site adota a posição da SBP** (Manual 2018), completada pelo **Ministério da Saúde** na notificação e pela **AAP** (TEN-4-FACESp, painel de coagulação e exames de lesão oculta), em que a SBP não detalha.

PONTOS PRÁTICOS

1. Quem não se locomove não se machuca: qualquer equimose, fratura ou lesão intracraniana no lactente que não anda é suspeita.
2. TEN-4-FACESp positiva (menores de 4 anos) = avaliar maus-tratos; lesão sentinela nunca é "só um roxinho".
3. Lactente com vômitos, irritabilidade, apneia ou convulsão sem história: pense em TCE abusivo — TC, fundoscopia, inventário ósseo.
4. Abaixo de 2 anos, a suspeita vai ao hospital: inventário ósseo (repetir em 10–14 dias), coagulação, transaminases e urina; investigar coagulopatia e maus-tratos juntos.
5. Documente com as palavras exatas e fotos com régua; não confronte a família; interne se houver risco.
6. A suspeita basta: notificação obrigatória (compulsória) ao Conselho Tutelar e ao SINAN (ECA, arts. 13 e 245; Lei 14.344/2022).

Veja também, nesta Biblioteca: **Trauma pediátrico — abordagem inicial do politrauma e do TCE moderado a grave, Queimaduras na criança — atendimento inicial e Protocolo de Estado de Mal Convulsivo; Traumatismo cranioencefálico leve e concussão, Trauma leve de membros (entorses, pronação dolorosa e fraturas simples) e Cólica do lactente e choro excessivo** (Patologias do consultório); **A criança que sangra** (Hematologia); **A pele como sinal de doença sistêmica na criança** (Dermatologia); **Trauma, estresse pós-traumático e violência contra a criança** (Saúde mental).

8. Fontes

- SBP, SPSP e CFM. Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, 2ª ed., 2018. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, 2010. [PDF](#)
- Brasil. ECA, Lei nº 8.069/1990 planalto.gov.br; Lei nº 13.431/2017 planalto.gov.br; Lei nº 14.344/2022 (Henry Borel) planalto.gov.br
- AAP. Narang SK et al. Abusive Head Trauma in Infants and Children — Technical Report. Pediatrics, 2025;155(3):e2024070457. [PDF](#)
- Pierce MC et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. JAMA Netw Open, 2021. jamanetwork.com

- NICE. Child maltreatment — when to suspect maltreatment in under 18s (CG89), atualizada em 2025. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- SEUP-AEP. Ruiz Jiménez J, Cózar Olmo JA. Maltrato físico en la infancia. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, 4ª ed., 2024 (jan. 2025). [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.