

*Artigo Original de Pesquisa*

# Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta de profissionais de nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família

## *Maltreatment in childhood and adolescence: perception and conduct of higher education professionals acting at Family Health Strategy*

Priscilla Lesly Perlas Condori<sup>1</sup>  
Stephanie Camila Lopes do Nascimento<sup>1</sup>  
Aline Both Dubal Mitie<sup>1</sup>  
Eduardo Pizzatto<sup>1</sup>  
Verônica de Azevedo Mazza<sup>1</sup>  
Marilene da Cruz Magalhães Buffon<sup>1</sup>

***Autor para correspondência:***

Eduardo Pizzatto  
Departamento de Saúde Comunitária – Universidade Federal do Paraná  
Av. Padre Camargo, 280 – 7.º andar – Alto da Glória  
CEP: 80060-240 – Curitiba – PR – Brasil  
E-mail: eduardo.pizzatto@ufpr.br

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná – Curitiba – PR – Brasil.

***Recebido em: 5 nov. 2017. Aceito em: 21 dez. 2017.***

***Palavras-chave:***

maus-tratos infantis;  
violência; notificação;  
Estratégia Saúde da  
Família.

### **Resumo**

**Introdução:** Os maus-tratos infantis são um problema mundial com graves consequências que podem perdurar por toda a vida. **Objetivo:** Analisar o processo de notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde com nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) em dois municípios da região metropolitana de Curitiba/PR. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram 97 profissionais que atuam na ESF nos municípios de Colombo/PR e Piraquara/PR. Foi utilizado um

questionário autoaplicável sobre dados sociodemográficos, formação profissional, conhecimento sobre o tema e notificação de casos de maus-tratos infantojuvenis. **Resultados:** Observou-se que a maioria dos profissionais conhecia a ficha de notificação (64,9%), sabia conduzir o caso suspeito, optando pela notificação (69,5%), e que se sente capaz de identificar casos de maus-tratos (75,2%). **Conclusão:** Apesar de grande parte desses profissionais demonstrar conhecimento sobre o tema, é necessário que seja abordado de forma contínua no processo de educação permanente do Sistema Único de Saúde (SUS).

### Keywords:

child abuse; violence; communication; Family Health Strategy.

### Abstract

**Introduction:** Child abuse is a worldwide issue with severe consequences that can last a lifetime. **Objective:** Analyze the process of communication of child and adolescent abuse by higher education professionals that act at Family Health Strategy (FHS) in two towns in Curitiba/PR Metropolitan Area. **Material and methods:** This is an observational, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. 97 professionals that act at FHS in the cities of Colombo/PR and Piraquara/PR participated. A self-applicable questionnaire about sociodemographic data, professional development, knowledge about the theme and communication of events of child and adolescent abuse was used. **Results:** It was observed that most of the professionals were familiar with the communication sheet (64,9%), knew how to deal with the suspect case, choosing communicate (69,5%), and feel able to identify maltreatment events (75,2%). **Conclusion:** In spite of most of these professionals show knowledge about the theme, it is necessary that it be addressed in a continue way in the process of continuing education of the Unified Health System (UHS).

### Introdução

A violência é um fenômeno antigo infiltrado na sociedade, porém somente há algumas décadas ela tem sido estudada, tornando-se um agrave na saúde pública.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 13 de julho de 1990, tornou-se um marco na legislação brasileira no que diz respeito aos direitos da criança e do adolescente [4]. Com a implementação do ECA, a lei passou a dar prioridade absoluta à criança e/ou ao adolescente por parte da família, da sociedade e do Estado, mudando a concepção de atendimento à criança e ao adolescente [3]. Mesmo com essa proteção estabelecida pelo estatuto, a violência ainda apresenta dados epidemiológicos não fidedignos e subnotificados. Segundo o Ministério da Saúde, espera-se que o Sistema de Notificações Compulsórias garanta que a violência cometida seja pesquisada e que, levando em conta a saúde da vítima, esta e sua família sejam atendidas e encaminhadas ao Conselho

Tutelar. Cabe à equipe de saúde compartilhar responsabilidades com o Conselho Tutelar e fazer o acompanhamento até o fim do atendimento.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como uma instância privilegiada para a atenção às pessoas em situações de violência, devendo considerar a família como unidade de cuidado [16].

Mesmo com leis que assegurem o direito da criança e do adolescente, ainda existem dados mínimos de casos notificados pelos órgãos competentes. Isso se deve ao fato de que profissionais não o fazem e não existe ainda uma preocupação relevante pelo sistema, pois se trata de um tema desconfortável e que causa máculas na sociedade.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil e a conduta dos profissionais de saúde de nível superior das unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família de dois municípios que compõem a região metropolitana de Curitiba (RMC) diante dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

## Materiais e método

Este é um estudo transversal, observacional, descritivo, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e obteve aprovação (Parecer CEP/SD-PB 1545431) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

### Amostra

A amostra foi por conveniência, composta por profissionais de nível superior: médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros atuantes no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios de Colombo e Piraquara, ambos pertencentes à RMC.

Critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser profissional de saúde dentre as categorias de Enfermagem, Medicina e Odontologia, atuante no serviço público no mínimo um ano, e que aceite participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão: ter idade inferior a 18 anos e não se enquadrar nas três categorias profissionais (Medicina, Enfermagem e Odontologia), possuir tempo inferior a 12 meses no serviço e não aceitar participar do estudo.

### Coleta de dados

A coleta dos dados foi iniciada após a autorização e assinatura do TCLE pelo participante. O convite para participar da pesquisa aconteceu durante as reuniões semanais de cada Unidade de Saúde (US) e junto houve a entrega de um envelope contendo o TCLE e o questionário autoaplicativo previamente validado [11] e adaptado. Fizeram parte da pesquisa todas as US no modelo ESF dos municípios de Colombo e Piraquara (PR). Estipulou-se o prazo de uma semana para responder ao questionário, e os pesquisadores voltaram às US para buscá-los.

### Questionário

O questionário foi composto por 15 questões validadas e adaptadas [11] contendo como domínios analíticos: aspectos sociodemográficos, formação profissional, conhecimentos do tema, identificação e notificação de casos de maus-tratos de crianças e adolescentes. As variáveis preditoras foram: profissão (enfermeiro/dentista/médico); gênero (masculino/feminino); idade (20-30/31-40/>40); tempo formado (<5 anos/5-10 anos/>10 anos); pós-graduação (sim/não); tempo de trabalho na ESF (<5 anos/5-10 anos/>10 anos); e as variáveis dicotômicas (sim/não): participou de treinamento sobre a temática; recebeu algum tipo de informação durante a sua formação; conhece o Estatuto da Criança e do Adolescente; conhece a ficha de

notificação; a unidade de saúde possui a ficha de notificação; já suspeitou de caso de maus-tratos; se sim, qual a conduta adotada; considera-se capaz de identificar tal situação; acredita que o profissional é legalmente obrigado a notificá-la.

### Análises dos dados

Os dados foram codificados, tabulados e analisados por meio do *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 21.0.0.

## Resultados e discussão

A amostra foi composta por 57 profissionais atuantes na ESF do município de Colombo e 40 profissionais do município de Piraquara. A tabela I mostra o perfil desses profissionais.

**Tabela I** - Perfil dos profissionais entrevistados nos municípios de Colombo/PR e Piraquara/PR

Variáveis	Colombo/ PR		Piraquara/ PR	
	n	%	n	%
<b>sociodemográficas dos profissionais</b>				
<b>Categoria profissional</b>				
Médico	20	35,0	20	50,0
Enfermeiro	14	24,6	11	27,5
Cirurgião-dentista	23	40,4	09	22,5
<b>Gênero</b>				
Masculino	16	28,1	15	37,5
Feminino	41	71,9	25	62,5
<b>Idade</b>				
20-30 anos	11	19,3	13	32,5
31-40 anos	15	26,3	15	37,5
Acima de 40 anos	31	54,4	12	30,0
<b>Tempo formado</b>				
Menos de 5 anos	10	17,5	15	37,5
5-10 anos	14	24,6	11	27,5
Mais de 10 anos	33	57,9	14	35,0
<b>Especialização</b>				
Saúde Coletiva	21	36,8	12	30,0
Outras áreas	18	31,6	17	42,5
Não possui	11	19,3	11	27,5
<b>Tempo de experiência em ESF</b>				
Menos de 5 anos	30	52,7	30	75,0
5-10 anos	10	17,5	6	15,0
Mais de 10 anos	17	29,8	4	10,0

Inúmeros estudos atribuem a baixa taxa de notificações por parte dos profissionais à falta de conteúdos a respeito na maioria dos currículos de graduação. Dessa forma, muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticar maus-tratos com um mínimo de acurácia [9, 11, 15, 20].

Não se pode apontar apenas a deficiência da formação como responsável pela subnotificação, mas é preciso reconhecer o que é mobilizado internamente nesses profissionais quando estão diante de crianças ou adolescentes que sofreram abuso [19].

No presente estudo, grande parte dos entrevistados relatou já ter recebido alguma informação sobre maus-tratos infantojuvenis durante a graduação e/ou pós-graduação (tabela II). No entanto a simples obtenção de informação pode não ser suficiente para uma boa prática. O ideal seria que os profissionais de saúde recebessem um treinamento contínuo sobre o assunto, de forma a se tornarem aptos a identificar casos suspeitos. Nos estudos de Lima *et al.* [16], Fracon *et al.* [14] e Cavalcanti e Martins [7], apenas 27,9%, 26,3% e 35% dos profissionais, respectivamente, participaram de alguma capacitação prévia. Na presente pesquisa, 70% dos entrevistados revelaram nunca ter recebido treinamento sobre maus-tratos contra criança e/ou adolescente (tabela II).

**Tabela II** - Distribuição dos profissionais segundo a presença do tema no currículo, recebimento de informações, capacidade para identificação e suspeita de maus-tratos

	Colombo/ PR N = 57		Piraquara/ PR N = 40	
	n	%	n	%
<b>Conhecimentos dos profissionais</b>				
<b>Treinamento sobre maus-tratos infantojuvenis</b>				
Sim	14	24,6	11	27,5
Não	43	75,4	29	72,5
<b>Informação sobre maus-tratos infantojuvenis na graduação</b>				
Sim	41	71,9	28	70
Não	16	28,1	12	30

<b>Informação sobre maus-tratos infantojuvenis na PG</b>				
Sim	22	38,6	18	45,0
Não	24	43,9	11	27,5
Não se aplica	11	19,3	11	27,5
<b>Conhecimento do ECA</b>				
Sim	45	78,9	33	82,5
Não	12	21,1	7	17,5
<b>Conhecimento da Ficha de Notificação</b>				
Sim	35	61,4	28	70
Não	22	38,6	12	30
<b>Conhecimento se havia a Ficha de Notificação na US</b>				
Sim	47	82,5	38	95,0
Não	8	14,0	-	-
Não soube responder	2	3,5	2	5,0

Não somente a falta de conhecimento e informação sobre o assunto é empecilho para a adoção da notificação da violência como uma conduta padrão; entre as dificuldades dos profissionais há também: 1) medo da quebra do sigilo profissional, pois alguns profissionais desconhecem o respaldo que o Código de Ética lhes assegura nessas situações [15]; 2) cultura familiar, que muitas vezes considera o ato de utilizar a violência física e/ou psicológica como parte da educação [15, 21]; 3) medo das obrigações legais advindas da notificação, como, por exemplo, necessidade de emissão de laudos e realização de depoimentos [10, 15], assim como medo de represálias pela própria família ou comunidade [1]; 4) problemas estruturais, como a precariedade dos órgãos designados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente para receber as comunicações de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos [4, 15].

Várias outras situações, geralmente decorrentes das supracitadas, também configuram dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde: medo de perder pacientes, falta de confiança no serviço de proteção à criança e ao adolescente, medo de lidar com os pais, incerteza do diagnóstico e desconhecimento da verdadeira responsabilidade em denunciar, medo da violência da família contra a criança, falta de conhecimento de como encaminhar o caso [2, 6, 17, 18, 22].

Apesar de todas essas dificuldades, a prevenção é uma obrigação de todos os profissionais envolvidos com crianças e adolescentes, e alguns aspectos agem como facilitadores do percurso da denúncia, tais como a existência do ECA, dos Planos Nacionais e Estaduais de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, de Delegacias da Criança e do Adolescente e de Conselhos Tutelares [12].

Quando se trata do ECA, observa-se na tabela II que a maior parte dos profissionais afirmou conhecê-lo. O ECA foi criado nos anos 1990, amparado pela Lei n.º 8.069/90 [4]. Por meio dele, a notificação dos casos suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no sistema público de saúde ou em consultórios particulares passou a ser obrigatória (art. 13). A comunicação constitui justa causa para o rompimento do sigilo profissional e poderá ser feita à autoridade judicial nos locais onde não houver o Conselho Tutelar [4, 13].

A notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências foi implantada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em 2009. Essa notificação deve ser realizada de forma universal, contínua e compulsória diante da suspeita ou confirmação de violências dirigidas a crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo às Leis n.º 8.069 (Estatuto da Criança e Adolescente), n.º 10.741 (Estatuto do Idoso) e n.º 10.778 (notificação compulsória da violência contra a mulher). A notificação cabe ao gestor de saúde do SUS, mediante o preenchimento de uma ficha específica.

O registro dos dados coletados nas fichas é um aspecto importante do dispositivo da notificação, pois tais informações deverão subsidiar o poder público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes das redes de cuidado que compõem o SUS. Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito das ações contra a violência e como instrumento que subsidia políticas de saúde [5].

Deparar com um caso de maus-tratos ou suspeitar de sua existência muitas vezes coloca o profissional em uma posição de incerteza quanto ao diagnóstico e à notificação.

No presente estudo, mais da metade dos profissionais entrevistados afirmou já ter constatado e/ou suspeitado de algum caso de maus-tratos contra criança/adolescente (tabela III). É interessante mencionar que, assim como nos trabalhos de Lima

*et al.* [16] e Cavalcanti e Martins [7], a categoria profissional com menor taxa de suspeitas foram os cirurgiões-dentistas, com apenas 33,3%, seguidos dos médicos (70%) e enfermeiros (81,8%).

**Tabela III** – Perfil dos profissionais quanto à suspeita de casos e conduta adotada, capacidade de identificação e obrigação legal de notificação

	Colombo/ PR N = 57		Piraquara/ PR N = 40	
<b>Suspeita de caso e conduta</b>	n	%		
<b>Deparou com caso de maus-tratos infantojuvenis ou suspeitou dele</b>				
Sim	33	57,9	26	65,0
Não	24	42,1	14	35,0
<b>Conduta adotada diante da suspeita*</b>				
Notificou o caso	23	69,7	18	69,3
Investigou a criança e/ou adolescente	5	15,1	3	11,5
Conversou com pais e/ou responsáveis	2	6,1	3	11,5
Denunciou ao Conselho Tutelar	3	9,1	2	7,7
<b>Considera-se capaz de identificar situações de maus-tratos infantojuvenis</b>				
Sim	43	75,4	30	75,0
Não	14	24,6	10	15,0
<b>Acredita que o profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar e denunciar casos de maus-tratos infantojuvenis</b>				
Sim	50	87,7	38	95,0
Não	7	12,3	2	5,0

\* Valores de % referentes aos profissionais a que se aplicava tal questão

O fato de a classe odontológica ter maior dificuldade em reconhecer sinais de violência chama a atenção, levando-se em consideração que há frequentemente o envolvimento de áreas da sua competência, como estruturas da face (região de

cabeça e pescoço) e cavidade bucal. Dessa forma, as manifestações clínicas de maus-tratos coloca os cirurgiões-dentistas em uma posição estratégica e privilegiada para a identificação de possíveis vítimas [20]. Sabe-se que 50% das lesões decorrentes de agressão física envolvem as regiões de cabeça e face, o que expressa a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico dessas lesões, que na grande maioria das vezes passam despercebidas durante o exame clínico, pelo desconhecimento dos sinais básicos para o diagnóstico precoce [8].

Considerando a tabela III, 75% dos entrevistados declararam ser capazes de identificar situações de maus-tratos infanto-juvenis. Todavia, quando se separa por categoria profissional, há uma discrepância bastante acentuada dos cirurgiões-dentistas com relação aos enfermeiros e médicos: 44,4% dos cirurgiões-dentistas consideraram-se habilitados para identificar casos suspeitos, contra 81,8% e 85% dos enfermeiros e médicos, respectivamente. Esse dado corrobora a pesquisa de Silveira *et al.* [20], em que foram distribuídos questionários para cirurgiões-dentistas do serviço público e particular de Blumenau (SC). Concluiu-se que 84% se julgavam despreparados e não capacitados para efetuar denúncias nos casos de suspeita de maus-tratos. Na investigação de Fracon *et al.* [14], 68,43% dos cirurgiões-dentistas alegaram conseguir diferenciar uma lesão decorrente de violência, porém apurou-se que somente 26,31% desconfiaram de agressão doméstica ou psíquica com relação aos seus pacientes.

## Conclusão

A maior parte dos profissionais não recebeu nenhum treinamento sobre maus-tratos contra criança/adolescente, mas, de modo geral, eles tiveram algum tipo de informação durante a graduação e/ou pós-graduação. Os profissionais, em sua maioria, conhecem o ECA e a Ficha de Notificação, além de considerarem-se capazes de identificar situações de maus-tratos e acreditarem ser legalmente obrigados a denunciar e notificar os casos.

Quanto à conduta, todos os profissionais que já depararam com algum caso de violência ou suspeitaram dele tomaram alguma atitude de respeito. Muitos efetuaram a notificação do caso suspeito, que se configura como a opção mais efetiva e legalmente necessária em tal situação.

Embora grande parte dos resultados deste trabalho tenha sido positiva no sentido de conhecimentos e condutas dos profissionais ante situações de violência, sabe-se que essa não é a realidade de vários profissionais e instituições

de saúde. Portanto, é preciso capacitar todos os profissionais de saúde, não somente os de nível superior, com conhecimentos que os habilitem a lidar adequadamente com a questão da violência e, assim, possibilitar a sua atuação em equipes multidisciplinares que lidam com essa problemática.

## Referências

1. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Sociedade*. 2011;20(1):147-55.
2. Bannwart TH, Brino RF. Dificuldades enfrentadas para identificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Rev Paul Pediatría*. 2011;29(2):138-45.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação – introdução: módulo 1. 2. ed. rev. Brasília; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Senado Federal; 1990.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência – orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília; 2010.
6. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. The dental practitioner errand child protection in Scotland. *Brit Dent J*. 2005;199(8):517-20.
7. Cavalcanti AL, Martins VM. Percepções e conhecimentos de médicos pediatras e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2009;13(3):41-8.
8. Cavalcanti AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. *Rev Paul de Odontol*. 2003;35(5):16-9.
9. Chaim LAF, Daruge E, Gonçalves RJ. Maus-tratos infantis. Avaliação da capacidade de diagnóstico dos cirurgiões-dentistas. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2004;58(1):42-6.
10. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2003;25(1):9-21.

11. El Sarraf MC. Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta dos odontopediatras. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Positivo; 2010.
12. Faleiros E. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003.
13. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. Rev Saúde Pública. 2000;34(6):659-65.
14. Fracon ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). RSBO. 2008;8(2):153-9.
15. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação intrafamiliar de violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2002;18(1):315-9.
16. Lima MCCS, Costa MCO, Bigras M, Santana MAO, Alves TDB, Nascimento OC et al. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. Revista Baiana de Saúde Pública. 2011;35(1):118-37.
17. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(9):1749-58.
18. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. Ciência Saúde Coletiva. 2010;15(2):481-91.
19. Pavão MTB. O impasse na suspeita ou na confirmação de abuso sexual infantil: a necessidade de encontrar marcas físicas. Boletim do Instituto de Saúde. 2013;14(3):274-9.
20. Silveira JLC, Mayrink S, Oliveira Neto OB. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau – SC. Pesq Bras Odontop Clín Integr. 2005;5(2):119-26.
21. Tomio AGS. A violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no Conselho Tutelar no município de Itajaí – SC. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.
22. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Poulsen S. Danish dentists' and dental hygienists knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. Inter J Ped Dent. 2010;20:361-5.