

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM CLÍNICA INTEGRADA

RAQUEL BALABAN

**CONHECIMENTOS DOS MÉDICOS PEDIATRAS COM RELAÇÃO À SAÚDE
BUCAL INFANTIL**

RECIFE
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM CLÍNICA INTEGRADA

RAQUEL BALABAN

**CONHECIMENTOS DOS MÉDICOS PEDIATRAS COM RELAÇÃO À SAÚDE
BUCAL INFANTIL**

Dissertação apresentada ao
colegiado da Pós-Graduação em
Clínica Odontológica Integrada do
Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de
Pernambuco, como requisito parcial
para obtenção do grau de mestre em
Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Menezes Aguiar
Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia da Silva Araújo

RECIFE
2011

Balaban, Raquel

Conhecimentos dos médicos pediatras com
relação à saúde bucal infantil / Raquel Balaban. –
Recife: O Autor, 2011.

65 folhas: il., fig.; 30 cm.

Orientador: Carlos Menezes Aguiar

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Odontologia, 2011.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Promoção da saúde. 2. Pediatria. 3.
Saúde bucal. I. Aguiar, Carlos Menezes.
II. Título.

617.601

CDD (20.ed.) CCS2012-027

UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**REITOR**

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**DIRETOR**

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

COORDENADOR DA PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Profa. Dr^a. Jurema Freire Lisboa de Castro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA****COLEGIADO**

Profa. Dr^a. Alessandra Albuquerque T. Carvalho
Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Junior
Prof. Dr. Anderson Stevens Leônidas Gomes
Prof. Dr. Carlos Menezes Aguiar
Prof. Dr. Cláudio Heliomar Vicente da Silva
Prof. Dr. Danyel Elias da Cruz Perez
Prof. Dr. Edvaldo Rodrigues de Almeida
Profa. Dr^a. Flávia Maria de Moraes Ramos Perez
Prof. Dr. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Prof. Dr. Jair Carneio Leão
Profa. Dr^a. Jurema Freire Lisboa de Castro
Profa. Dr^a. Lúcia Carneiro de Souza Beatrice
Prof. Dr^a. Liriane Baratella Evêncio
Prof. Dr. Luiz Alcino Monteiro Gueiros
Profa. Dr^a. Renata Cimões Jovino Silveira

SECRETARIA

Oziclere Sena de Araújo

ATA- DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA

Ata da 102ª Defesa de Dissertação do Curso de Mestrado em Odontologia com área de Concentração em Clínica Integrada do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 23 de fevereiro de 2011.

Às 09:00(nove horas) do dia 23(vinte e três) do mês de fevereiro do ano de dois mil e onze, reuniram-se no auditório Ageu de Aquino Sales do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, os membros da Banca Examinadora, composta pelos professores: Prof. Dr. GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO , atuando como presidente, Profa. Dra. SILVIA REGINA JAMELLI, atuando como primeiro examinador. Profa. Dra. LÚCIA CARNEIRO DE SOUZA BEATRICE , atuando como segundo examinador, para julgar o trabalho intitulado **“CONHECIMENTOS DOS MÉDICOS PEDIATRAS COM RELAÇÃO A SAÚDE BUCAL INFANTIL”**, da mestranda RAQUEL BALABAN , candidata ao Grau de Mestre em Odontologia, na Área de Concentração em CLÍNICA INTEGRADA, sob orientação do Prof. Dr. CARLOS MENEZES AGUIAR e co-orientação da Profa. Dra. ANA CLAUDIA DA SILVA ARAUJO. Dando início aos trabalhos Profa.Dra. ALESSANDRA DE ALBUQUERQUE TAVARES CARVALHO, Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia abriu os trabalhos convidando os senhores membros para compor a Banca Examinadora, foram entregues aos presentes cópias das Normas do Curso de Mestrado em Odontologia, que trata dos critérios de avaliação para julgamento da Dissertação de Mestrado. O presidente da mesa após tomar posse conferiu os membros, seguindo convidou o CD. RAQUEL BALABAN, para expor sobre o aludido tema, tendo sido concedido trinta minutos. O candidato expôs o trabalho e em seguida colocou-se a disposição dos Examinadores para arguição. Após o término da arguição os examinadores reuniram-se em secreto para deliberações formais. Ao término da discussão, atribuíram ao candidato os seguintes conceitos: Profa. Dra. SILVA REGINA JAMELLI (**APROVADA**), Profa. Dra. LUCIA CARNEIRO DE SOUZA BEATRICE, (**APROVADA**) Prof.Dr. GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO, (**APROVADA**), a candidata recebeu três conceitos (**APROVADA**) é considerada (**APROVADA**), devendo a mesma acatar as sugestões da Banca Examinadora, face a aprovação, fica a candidata, apta a receber o Grau de Mestre em Odontologia desde que tenha cumprido as exigências estabelecidas de acordo com o Regimento Interno do Curso, cabendo a Universidade Federal de Pernambuco através de sua Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós Graduação, tomar as providências cabíveis. Nada mais havendo a tratar, O Presidente da Banca Examinadora encerrou a sessão e para constar foi lavrada a presente ata que vai por mim assinada , Oziclere Sena de Araújo e pelos demais componentes da Banca Examinadora e pela recém formada mestre pela UFPE. **RAQUEL BALABAN.**

Recife, 23 de fevereiro de 2011.

Prof. Dr. GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
Presidente

Profa. Dra. SILVIA REGINA JAMELLI
1º Examinador

Profa. Dra. LUCIA CARNEIRO DE SOUZA BEATRICE
2º Examinador

DEDICATÓRIA

À minha família e ao meu noivo Edmir

Gostaria de agradecer a vocês por toda confiança, que me ajuda, fortalece, acalma e me faz feliz. Saibam que este trabalho não representa uma vitória somente minha, mas de vocês também.

Com amor e de todo coração, a vocês dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois Dele vem toda a energia e força necessárias para não fraquejarmos em nossa caminhada.

Ao meu orientador, Professor Carlos, pelo seu desprendimento, competência, paciência e empenho na orientação deste trabalho.

Aos meus pais, que cuidam de mim com amor e me estimulam na busca de novos ideais. Vocês se doaram por inteiro e, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

Às minhas irmãs queridas, Cecília e Geni, que sempre estiveram carinhosamente ao meu lado, dividindo comigo todas as experiências e descobertas que a vida nos proporcionou.

Ao meu noivo, Edmir, por toda a atenção e apoio nos momentos difíceis e de ausência, por compartilhar minhas conquistas e por sempre me amar e respeitar.

Aos médicos pediatras que gentilmente dedicaram uma parte do seu precioso tempo para participar desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de estudo.

Aos amigos que conquistei no Mestrado, pelas alegrias e tristezas compartilhadas durante os últimos dois anos.

Aos meus professores e demais orientadores, pelo incentivo e aprendizado oportunizados.

Aos demais amigos, parentes, enfim, àquelas pessoas que, de uma maneira ou outra, torceram pelo meu sucesso.

A todas essas pessoas gostaria de expressar aqui minha eterna gratidão. Esta conquista não seria possível sem a significativa contribuição de vocês.

Fica então aqui o meu **MUITO OBRIGADA!**

RESUMO

INTRODUÇÃO. Muitos são os profissionais da área de saúde envolvidos com o atendimento na infância. Entretanto, o médico pediatra é o primeiro a ter e manter contato com a criança desde o nascimento. Assim, o médico pediatra está em uma posição ideal para orientar as famílias sobre a prevenção de doenças orais nas suas crianças. Em vista do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento e as atitudes dos médicos pediatras com relação à saúde bucal dos seus pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS. Este é um estudo transversal, realizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE.. Os dados foram coletados no período compreendido entre julho e novembro de 2010, por meio de um questionário entregue pessoalmente ao pesquisado. O referido questionário era composto por 38 questões distribuídas da seguinte forma: 9 abordavam questões pessoais; 25 estavam relacionadas a tópicos de saúde bucal; e 4 avaliaram a relação entre o odontopediatra e os pediatras e os conhecimentos sobre saúde bucal repassados durante a graduação e a residência. A população de estudo foi constituída por todos os médicos pediatras do IMIP (213 profissionais). A análise estatística descritiva dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS versão 13.0 (Statistical Package for Social Science).

RESULTADOS Apenas 68,1% dos profissionais afirmaram examinar a cavidade oral dos seus pacientes rotineiramente. Dentre os participantes, 72,9% sempre recomendam visitas ao cirurgião dentista e para 63,9% essa visita deve ocorrer até a criança completar um ano. Adicionalmente, 67,8% consideram que seus conhecimentos sobre saúde bucal não são suficientes frente às necessidades do seu dia a dia na prática clínica pediátrica. Grande parte desses profissionais (97,3%) afirmaram que são capazes de realizar o diagnóstico de cárie e o fazem através de cavidades nos dentes (78%), manchas escuras (67%) ou manchas brancas (17,6%). A maioria orienta a higiene bucal rotineiramente (72,2%) e antes mesmo da erupção dos dentes decíduos (59,3%). O dentífrício é recomendado rotineiramente por 61,9% dos pediatras e apenas 29,9% recomendam sempre com flúor. O termo fluorose é desconhecido por 48,3% dos entrevistados. Com relação aos hábitos de sucção não nutritiva, 32,6% é contra e não permite o uso da chupeta, 66,9% não recomenda e não restringe e 0,6% sempre recomendam o seu uso. Também foi observado que 69,3% dos profissionais não orientam a substituição da sucção digital pela chupeta e que 30,4% não conhecem a chupeta ortodôntica. Encontrou-se que 83,4% dos entrevistados classificaram o conteúdo de saúde bucal na graduação como inexistente ou deficiente sendo que esse percentual é ainda grande (72,4%) quando se trata da residência médica.

CONCLUSÕES Os médicos pediatras possuem dúvidas com relação a alguns tópicos de saúde bucal. Além disso, o conteúdo de saúde bucal nas graduações e residência é precário e deve ser acrescentado nos currículos e incluído nas atividades de residência desses profissionais. Assim, é importante que se desenvolvam programas de informação direcionados para a classe médica.

DESCRITORES: Saúde Bucal, Pediatria, Promoção da saúde

ABSTRACT

INTRODUCTION: A large number of health professionals are involved with child health care. However, the paediatrician is the first to maintain contact with the child since birth. Thus, paediatricians are in the ideal position to orientate families with regard to the prevention of oral diseases in children. The aim of the present study was to assess the knowledge and attitudes of paediatricians in relation to the oral health of their patients.

MATERIALS AND METHODS: A cross-sectional study was carried out at the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Brazil. Data acquisition was performed between July and November 2010 through a questionnaire delivered personally to the respondents. The questionnaire was made up of 38 items distributed in the following manner: nine for purposes of personal identification; 25 on oral health; and four addressing the relationship between the paediatric dentist and paediatrician as well as knowledge on oral health obtained during the medical course and residency. The study population was made up of all paediatricians at the aforementioned institution (n=213). Descriptive statistical analysis of the data was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 13.0).

RESULTS: Only 68.1% of the paediatricians reported routinely examining the oral cavity of their patients. A total of 72.9% always recommended visits to the dentist and 63.9% believed the first visit should occur before the child completes one year of life. Moreover, 67.8% considered their knowledge on oral health to be insufficient with regard to the needs of their daily clinical practice. The vast majority of the paediatricians (97.3%) reported being capable of diagnosing caries and doing so through an analysis of cavities (78%), dark spot (67%) and white spots (17.6%). The majority routinely recommended oral hygiene (72.2%) and 59.3% recommended oral hygiene prior to the eruption of the primary teeth. Dentifrice was routinely recommended by 61.9% of the paediatricians and only 29.9% always recommended fluoride. The term "fluorosis" was unknown by 48.3% of the respondents. With regard to non-nutritive sucking habits, 32.6% were against the practice and did not allow the use of a pacifier, 66.9% did not either recommend it or restrict it and 0.6% always recommended the use of a pacifier. Moreover, 69.3% of the paediatricians did not advise replacing finger sucking with a pacifier and 30.4% were unaware of what an orthodontic pacifier was. A total of 83.4% of the respondents classified the oral health content in their medical education as either nonexistent or deficient; this figure remained high (72.4%) in relation to residency.

CONCLUSIONS: Paediatricians have questions regarding oral health topics. Moreover, the oral health content in medical courses and during residency is inadequate. Information on oral health should be included in medical curricula and residency activities. Thus, oral health information programs directed at paediatricians should be developed.

DESCRIPTORS: Oral Health, Pediatrics, Health Promotion

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
OBJETIVOS	11
Objetivo geral	11
Objetivo específicos	11
METODOLOGIA	12
Tipo e local de estudo	12
Coleta de dados	12
Aplicação e recolhimento do questionário	13
Crterios de inclusão	13
Amostra	14
Estudo piloto e validação do questionário.....	14
Aspectos éticos	14
Riscos da pesquisa	15
Benefícios da pesquisa	15
ARTIGO	16
ANEXOS	53

1 INTRODUÇÃO

A prevenção e a manutenção da saúde bucal são alguns dos grandes desafios da Odontologia. Para tanto, é necessária uma atuação precoce do profissional, pois é nos primeiros anos de vida que ocorre a erupção dos primeiros dentes, a colonização da boca por bactérias e a instalação tanto de hábitos saudáveis como deletérios. Assim, embora o tratamento especializado de um cirurgião-dentista não possa ser substituído, é extremamente importante estabelecer colaborações entre profissionais da Odontologia, da Medicina e de outras profissões relacionadas, para aumentar a consciência sobre saúde bucal e prevenção¹.

Muitos são os profissionais da área de saúde envolvidos com o atendimento na infância. Entretanto, o médico pediatra é o primeiro a ter e manter contato com a criança desde o nascimento. Sua posição ímpar lhe confere muitas tarefas e responsabilidades: instruir, responder, encaminhar e informar aos pais sobre hábitos, atitudes e condutas para uma vida saudável. Assim, o pediatra está em uma posição ideal para orientar as famílias sobre a prevenção de doenças orais nas suas crianças¹⁻⁵.

Além disso, é possível que em muitos locais, especialmente nas classes sociais menos favorecidas, constata-se um grande desequilíbrio entre o acesso ao cirurgião dentista e ao pediatra, visto que, tanto nos serviços de saúde pública como nos serviços de saúde privado, os pais costumam levar seus bebês ao pediatra ao longo dos primeiros anos de vida como rotina, não acontecendo o mesmo em relação ao cirurgião dentista^{3,4,6,7}.

O papel do pediatra na saúde oral foi formalizado com uma recomendação emitida pela Academia Americana de Pediatria (AAP) em 2003⁸ e mais recentemente foi reforçado por outra recomendação publicada em 2008^{6,9}. Em vista do exposto, é importante avaliar o conhecimento e as atitudes dos médicos pediatras com relação à saúde bucal dos seus pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo teve como objetivo verificar como o médico pediatra está inserido no contexto atual de promoção da saúde bucal infantil, buscando avaliar seus conhecimentos, opiniões e atitudes.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar o grau de informação dos médicos pediatras sobre a atenção odontológica nos primeiros anos de vida
- Pesquisar a qualidade das informações repassadas aos médicos pediatras na graduação e residência.
- Analisar como o médico pediatra avalia a interação entre a área médica e odontológica na promoção da saúde bucal infantil

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo e local de estudo

Trata-se de um estudo transversal, que foi realizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil.

3.2 Coleta de Dados

Para a realização da presente pesquisa, foi utilizado um questionário com variáveis que permitiram detectar o conhecimento e as atitudes dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. O questionário aplicado abordou os seguintes tópicos:

- 1) Perfil do profissional;
- 2) Prevenção da cárie precoce;
- 3) Hábito de sucção não-nutritiva;
- 4) Flúor e fluorose;
- 5) Higiene Bucal;
- 6) Relação odontopediatria e pediatria;
- 7) Conhecimentos adquiridos na graduação e na residência.

Para explicar os objetivos do trabalho, uma carta de apresentação foi anexada ao questionário, explicando a importância da participação do profissional no estudo, e informando os responsáveis pela pesquisa. Esta carta também esclarecia a respeito do sigilo e não identificação do nome do participante e suas respostas.

O referido questionário era composto por 38 questões divididas da seguinte forma: 9 abordavam questões pessoais com o objetivo de identificar o

perfil do entrevistado; 25 estavam relacionadas a tópicos de saúde bucal; e 4 avaliaram a relação entre os odontopediatras e os pediatras e os conhecimentos sobre saúde bucal repassados durante a graduação e a residência.

3.3 Aplicação e recolhimento do questionário

Durante os meses de julho a novembro de 2010, ocorreu a coleta de dados. Para cada pediatra participante foi entregue: um envelope (tamanho ofício) contendo a carta de apresentação da pesquisa, o questionário e o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão observados foram:

- Médicos especialistas em pediatria;
- Médicos que exerciam exclusivamente o atendimento infantil;
- Médicos que estavam cursando um curso de pós-graduação em Pediatria (residência, mestrado ou doutorado).

A observação desses fatores de inclusão foi feita durante a distribuição e preenchimento do questionário, em que se verificou o perfil do profissional.

3.5 Amostra

A população de estudo foi constituída por todos os 213 médicos pediatras do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Essa entidade forneceu o seu cadastro, exclusivamente para os fins desta pesquisa, o qual constituiu o sistema de referência para a identificação da amostra.

3.6 Estudo piloto

Um estudo piloto foi realizado com 20 pediatras no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco com a finalidade de examinar a adequação da forma de coleta de dados, avaliar os métodos, checar a logística do estudo, a clareza e a precisão do instrumento de coleta de dados. Os dados coletados por esse estudo piloto não foram incluídos nos resultados da pesquisa. No entanto, o piloto resultou em adequações na metodologia do estudo. Os profissionais puderam participar ativamente na construção do questionário com críticas e sugestões na formulação e interpretação das perguntas.

3.7 Aspectos éticos

Todos os estudos envolvendo seres humanos devem seguir a norma 196/96 do CNS (Conselho Nacional de Saúde) que regulamenta a pesquisa em humanos. Todas os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos e as possíveis consequências de sua participação na pesquisa. Mediante aceitação, os médicos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar do estudo.

Os participantes receberam um número de telefone celular que foi adquirido especialmente para a pesquisa. A autora declara não ter nenhum conflito de interesse na realização desta pesquisa.

Após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos do IMIP, sob o parecer nº 1776 de junho de 2010, iniciou-se a presente pesquisa.

3.8 Riscos da pesquisa

Os riscos decorrentes desta pesquisa são baixos, uma vez que se trata apenas de um questionário. No entanto, existe a possibilidade de riscos morais, emocionais e sociais para o sujeito da pesquisa. Além disso, por se tratar de um questionário longo o seu preenchimento demandará um certo tempo do profissional.

3.9 Benefícios da pesquisa

O médico pediatra é a principal fonte de informação da família quanto aos cuidados com a saúde da criança. É o agente de promoção de saúde que mantém um contato mais freqüente com os pais e o bebê nos primeiros anos de vida. Desta forma, este trabalho permitirá conhecer as atitudes e conhecimentos dos pediatras permitindo avaliar a necessidade do desenvolvimento de programas de informação direcionados para a classe médica.

4 ARTIGO

CONHECIMENTOS DOS MÉDICOS PEDIATRAS COM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL INFANTIL

Raquel Balaban*

Carlos Menezes Aguiar**

Ana Cláudia da Silva Araújo***

Edmir Barros Ribeiro Dias Filho****

* Mestranda em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE - Brasil;

** Professor Doutor Associado do Departamento de Prótese e Cirurgia Bucal da Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE – Brasil

*** Professora Doutora Adjunta do Departamento de Prótese e Cirurgia Bucal da Universidade Federal de Pernambuco – Recife – PE – Brasil

**** Médico intensivista do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-Recife-PE-Brasil.

RESUMO

Contexto. Na Odontologia, a prática clínica tem-se voltado para atitudes promotoras de saúde. O pediatra ocupa posição privilegiada nesse processo, pois tem contato próximo e freqüente com a criança durante seus primeiros anos de vida.

Objetivo. Avaliar o conhecimento e as atitudes dos médicos pediatras com relação à saúde bucal de seus pacientes.

Desenho. Trata-se de um estudo transversal, realizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, Brasil. Participaram dessa pesquisa 182 médicos pediatras por meio de um questionário.

Resultados. Dentre os participantes, 72,9% sempre recomendam visitas ao cirurgião dentista e para 63,9% essa visita deve ocorrer até a criança completar um ano. Adicionalmente, 67,8% consideram que seus conhecimentos sobre saúde bucal não são suficientes frente às necessidades do seu dia a dia na prática clínica pediátrica. Grande parte desses profissionais (97,3%) afirmaram que são capazes de realizar o diagnóstico de cárie e o fazem principalmente através de cavidades nos dentes (78%). O dentifrício é recomendado rotineiramente por 61,9% dos pediatras e apenas 29,9% recomendam sempre com flúor. O termo fluorose é desconhecido por 48,3%. Com relação ao uso da chupeta, 32,6% é contra e não permite, 66,9% não recomenda e não restringe e 0,6% sempre recomendam. Encontrou-se que 83,4% dos entrevistados classificaram o conteúdo de saúde bucal na graduação como inexistente ou deficiente sendo que esse percentual é ainda grande (72,4%) quando se trata da residência médica.

Conclusões. É importante que se desenvolvam programas de informação direcionados para a classe médica pediátrica. O conteúdo de saúde bucal deve ser acrescentado nos currículos e incluído nas atividades de residência desses profissionais.

INTRODUÇÃO

A prevenção e a manutenção da saúde bucal são alguns dos grandes desafios da Odontologia. Para tanto, é necessária uma atuação precoce do profissional, pois é nos primeiros anos de vida que ocorre a erupção dos primeiros dentes, a colonização da boca por bactérias e a instalação tanto de hábitos saudáveis como deletérios. Assim, embora o tratamento especializado de um cirurgião-dentista não possa ser substituído, é extremamente importante estabelecer colaborações entre profissionais da Odontologia, da Medicina e de outras profissões relacionadas, para aumentar a consciência sobre saúde bucal e prevenção¹.

Muitos são os profissionais da área de saúde envolvidos com o atendimento na infância. Entretanto, o médico pediatra é o primeiro a ter e manter contato com a criança desde o nascimento. Sua posição ímpar lhe confere muitas tarefas e responsabilidades: instruir, responder, encaminhar e informar aos pais sobre hábitos, atitudes e condutas para uma vida saudável. Assim, o pediatra está em uma posição ideal para orientar as famílias sobre a prevenção de doenças orais nas suas crianças¹⁻⁵.

Além disso, é possível que em muitos locais, especialmente nas classes sociais menos favorecidas, constata-se um grande desequilíbrio entre o acesso ao cirurgião dentista e ao pediatra, visto que, tanto nos serviços de saúde pública como nos serviços de saúde privado, os pais costumam levar

seus bebês ao pediatra ao longo dos primeiros anos de vida como rotina, não acontecendo o mesmo em relação ao cirurgião dentista^{3,4,6,7}.

O papel do pediatra na saúde oral foi formalizado com uma recomendação emitida pela Academia Americana de Pediatria (AAP) em 2003⁸ e mais recentemente foi reforçado por outra recomendação publicada em 2008^{6,9}. Em vista do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar o conhecimento e as atitudes dos médicos pediatras com relação à saúde bucal dos seus pacientes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo transversal, realizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), hospital de referência em pediatria na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. Os dados foram coletados no período compreendido entre julho e novembro de 2010, por meio de um questionário entregue pessoalmente ao pesquisado.

Após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos do IMIP, sob o parecer nº 1776 de junho de 2010, iniciou-se a presente pesquisa. O referido questionário era composto por 38 questões distribuídas da seguinte forma: 9 abordavam questões pessoais com o objetivo de identificar o perfil do entrevistado; 25 estavam relacionadas a tópicos de saúde bucal; e 4 avaliaram a relação entre o odontopediatra e os pediatras e os

conhecimentos sobre saúde bucal repassados durante a graduação e a residência.

Os critérios de inclusão adotados foram: médicos especialistas em pediatria, médicos que exerciam exclusivamente o atendimento infantil e médicos que estavam cursando um curso de pós-graduação em pediatria (especialização, mestrado, doutorado ou residência médica).

A população de estudo foi constituída por todos os médicos pediatras do IMIP. Segundo os dados fornecidos pela instituição havia 213 pediatras atuando nas dependências do hospital.

Um estudo piloto foi realizado, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, hospital escola, também em Recife, com a finalidade de examinar a adequação da forma de coleta de dados, avaliar os métodos, checar a logística do estudo, a clareza e a precisão do instrumento de coleta de dados. Os dados coletados por esse estudo piloto não foram incluídos nos resultados da pesquisa.

A análise estatística descritiva dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS versão 13.0 (Statistical Package for Social Science).

RESULTADOS

Aceitaram participar da pesquisa 186 médicos (87,32%). Desses, 182 (97,85%) constituíram nossa amostra, pois os demais questionários se encontravam em branco ou parcialmente preenchidos. A amostra pesquisada foi constituída por médicos pediatras de ambos os sexos, sendo 89% do sexo feminino e 11% do

sexo masculino, com idade variando entre 23 e 70 anos (média de 36,7 anos). A maioria (80,3%) estudou em universidades pernambucanas e concluiu o curso de graduação há mais de nove anos (51,4%). Além disso, 23,6% eram docentes, 42,3% afirmaram ministrar aulas para residentes ou médicos em pediatria, 18,7% eram mestres e 9,3% doutores.

Apenas 68,1% dos profissionais afirmaram examinar a cavidade oral dos seus pacientes rotineiramente. Durante esse exame costumam observar: cavidades de cárie (62,6%), manchas brancas nos dentes (20,3%), manchas escuras nos dentes (36,3%), número de dentes (22%), padrão de respiração (29,7%) e apinhamentos dentários (18,1%).

Dentre os participantes, 72,9% sempre recomendam visitas ao cirurgião dentista, 14,4% recomendam eventualmente, 11,6% recomendam apenas em situações específicas (cárie, maloclusão, trauma, etc) e 1,1% não recomenda. Para 63,9% essa visita deve ocorrer até a criança completar um ano de idade.

Adicionalmente, 42,4% acreditam que há alguma dificuldade de aproximação entre os pediatras e os odontopediatras e 67,8% consideram que seus conhecimentos sobre saúde bucal não são suficientes frente às necessidades do seu dia a dia na prática clínica pediátrica. Vale ressaltar também que existem alguns tópicos em saúde bucal que esses profissionais gostariam de conhecer melhor: cárie (57,7%), higiene bucal (67,6%), flúor (59,3%), hábitos deletérios (64,3%), trauma dental (48,4%).

Os principais resultados do questionário encontram-se nas Tabelas de 1 a 4. A Tabela 1 aborda pontos importantes sobre a cárie dental. A Tabela 2

demonstra os resultados obtidos com relação à higiene bucal e o flúor. A Tabela 3 contempla orientações sobre hábitos de sucção não nutritiva. Por fim, a Tabela 4 traz a classificação da qualidade dos conteúdos em saúde bucal que foram repassados aos médicos durante a graduação e durante a residência.

DISCUSSÃO

Este estudo analisou os dados de uma amostra de médicos pediatras do IMIP com a finalidade de avaliar os seus conhecimentos e atitudes em relação a saúde bucal dos seus pacientes. Os resultados forneceram estímulo valioso e perspectivas para a formulação de relevantes programas de saúde bucal voltados para a educação desses profissionais e outros relacionados com o atendimento infantil.

A maioria dos participantes (68,1%) realiza rotineiramente o exame da cavidade oral, no entanto em um percentual mais baixo que o encontrado por outros autores^{2,4,10} (87% a 100%). Neste estudo, o entendimento predominante é de que a cárie é uma doença transmissível, sendo a bactéria e o carboidrato os fatores mais citados como envolvidos no processo de cárie. A maior parte dos profissionais (67%) orienta evitar o consumo de doces em geral enquanto que poucos (17,6%) orientam o não consumo de doces entre as refeições, percentual bem inferior ao encontrado por Subramaniam et al em 2008 (58,7%)¹.

O aconselhamento sobre a dieta adequada para a saúde oral da criança deve ser parte do aconselhamento sobre a saúde geral. Sabe-se que o risco de

cárie é máximo quando os açúcares são consumidos em alta frequência e permanecem na boca por muito tempo. Assim, os alimentos açucarados devem ser restritos aos horários da refeição^{6,11}. Os resultados encontrados mostraram que é necessário enfatizar esse tipo de entendimento pois são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias preventivas.

Os pediatras podem contribuir significativamente para a saúde bucal das crianças identificando precocemente lesões de cáries. Através de orientações, eles serão capazes de alcançar um nível adequado de precisão em identificar cáries cavitadas no dente¹². Entretanto, embora tenham afirmado que possuem conhecimento sobre o diagnóstico de cárie, assim como o encontrado por Prakash et al (2006)¹⁰, este estudo apresentou baixo percentual de profissionais que reconheceram a mancha branca como uma lesão de cárie inicial. É importante ressaltar que, no estágio de mancha branca, quando se faz o diagnóstico inicial da doença cárie, pode-se ter sucesso em relação à reversibilidade do processo. Por essa razão, esse conhecimento deve ser difundido entre os profissionais.

Os pediatras apresentaram conhecimentos satisfatórios em relação a orientações sobre higiene bucal embora façam essa recomendação em um percentual mais baixo que o encontrado em 2008 por Brickhouse et al⁴ (100%). No entanto, parecem existir muitas dúvidas com relação ao uso do flúor. Sabe-se que os principais meios de utilização do flúor são: água fluoretada, dentifrícios fluoretados e aplicação tópica pelo profissional. A decisão de usar terapias de flúor deve avaliar o risco de cárie versus o risco de fluorose.

Pacientes identificados como de maior risco são candidatos a terapias de flúor mais agressivas⁶.

Considerando que, na cidade de Recife, a água de abastecimento público não é fluoretada, o dentifrício fluoretado é um meio de utilização de fluoretos que deve ser recomendado para todos os indivíduos que tenham dentes⁶. Entretanto, menos de um terço dos pesquisados recomendou dentifrícios, em concentração padrão, para todas as idades. É importante que este ponto seja enfatizado, pois a recomendação da diminuição de concentração de fluoreto em dentifrícios ou mesmo da utilização de dentifrícios não-fluoretados feita pelos médicos pode aumentar o risco para o desenvolvimento de cárie em crianças. Esse baixo percentual de profissionais que recomendam pasta com flúor também foi observado no estudo de Subramaniam (2008)¹.

É evidente, no entanto, que o uso de dentifrícios fluoretados requer certos cuidados. Apesar disso, alguns profissionais não orientam cuidados especiais no uso do dentifrício, 63,7% orientam colocar pouca pasta de dente e 54,4% orientam não deglutir. Essas medidas são importantes para evitar intoxicações agudas por flúor e evitar a fluorose (termo desconhecido por 48,3% dos entrevistados). Ainda com relação a esse tema, quase a totalidade dos pediatras (98,9%) não prescreve flúor sistêmico na forma de comprimidos ou gotas.

Um aspecto geralmente pouco avaliado nos estudos sobre os conhecimentos e atitudes de médicos pediatras com relação à saúde bucal é a questão dos hábitos de sucção não nutritiva (HSNN). Os dados deste estudo

mostram que, em geral, esses profissionais pesquisados não recomendam ou mesmo não permitem o uso da chupeta. Além disso, a maioria não recomenda a substituição da sucção digital pela chupeta, no entanto, conhece e recomenda o uso da chupeta ortodôntica.

Sabe-se que os HSNN de frequência, duração e intensidade suficiente podem estar associados com deformações dentoalveolares e que, algumas dessas alterações persistem mesmo após a sua remoção. No entanto, o uso da chupeta ainda gera muita polêmica e divide a opinião dos especialistas. Essa polêmica tornou-se ainda mais acentuada após os relatos sobre o efeito protetor da chupeta na Síndrome da Morte Súbita. A recomendação do uso de chupetas em crianças ainda está aberta ao debate. O importante é que caso os pais optem por uma, o que muitos fazem, devem ser repassadas orientações de como utilizá-las. Assim, as mães que amamentam devem oferecer a chupeta apenas quando a amamentação estiver bem estabelecida, após o período neonatal. Além disso, a chupeta só deve ser utilizada no momento de dormir e deve ser removida ao final do primeiro ano de vida^{13,14}.

Sem dúvida, um dos resultados mais preocupantes detectados nesta pesquisa foi a qualidade do conteúdo de saúde bucal ensinados durante o seu período de formação (graduação e residência). Dentre os entrevistados 83,4% classificaram o conteúdo de saúde bucal na graduação como inexistente ou deficiente sendo que esse percentual é ainda grande (72.4%) quando se trata da residência médica.

Sabe-se que o treinamento em saúde oral seria mais fácil se conhecimentos básicos e atitudes positivas fossem repassados no curso médico. É evidente que as escolas médicas têm a grande responsabilidade de capacitar seus alunos por meio de um currículo que abranja a busca pela interdisciplinaridade e o compromisso com a saúde geral do seu paciente. Desta forma, em 2008 a Associação Americana de Faculdades de Medicina recomendou o aumento da educação em saúde oral. Por outro lado, o estabelecimento de padrões efetivos de procedimentos na área da saúde bucal é provavelmente atingido durante a residência, pois é nela que os profissionais começam uma educação intensa na sua especialidade e terão interesse em aprender sobre saúde oral, caso a mesma seja apresentada como uma parte integral dos cuidados que eles provêm⁵.

Além disso, assim como em outros estudos^{2,10}, os resultados mostraram que esses profissionais acreditam serem os seus conhecimentos sobre saúde bucal insuficientes e que existem vários tópicos dos quais eles gostariam aprender mais, tais, como cárie, higiene bucal, flúor, hábitos deletérios e trauma dental.

Esses dados também demonstraram a importância de se publicar artigos sobre saúde bucal voltados para a classe médica e de incluir esse tema nos cursos de pós-graduação. Além disso, deve-se desenvolver protocolos em saúde bucal específicos para serem cumpridos durante as visitas de rotina dos pediatras. Esses materiais devem ser fáceis de ler, autoexplicativos, abrangentes e culturalmente apropriados¹⁵.

A maioria dos pediatras (63,9%) afirmaram que as crianças devem ser encaminhadas ao cirurgião-dentista até um ano de idade. Isso mostra que a maioria segue as recomendações da AAPD, que a visita ao cirurgião-dentista deve ocorrer até 1 ano de idade⁶. Este resultado é bem mais satisfatório do que o encontrado em estudos semelhantes^{1,3,4,9,10,16}, pois, durante essas visitas precoces será possível realizar medidas preventivas, diagnóstico precoce e repassar orientações em relação à dieta, higiene bucal, prevenção ao trauma dentário e hábitos de sucção não-nutritivas^{4,17,18}.

Para isso, no entanto, é importante que exista um sistema eficaz e eficiente de referência e contra-referência entre os profissionais da área de Odontologia e da Medicina de modo a garantir o atendimento das crianças encaminhadas. É importante também que os cirurgiões-dentistas estejam aptos e desejosos de atender crianças de tão pouca idade, pois esta tem sido uma preocupação constante dos pediatras^{3,4}.

Sem dúvida existem várias barreiras até que, de fato, as crianças possam ser beneficiadas pelo envolvimento do pediatra nesse processo. Uma das mais citadas pelos profissionais é a falta de tempo na consulta^{9,10}. Um estudo¹⁵ realizado, em Washington, EUA, mostrou que os pediatras possuem uma média de 20 minutos de atendimento por criança e que cerca de 30% desse tempo é dedicado a orientações preventivas. Assim, muitas vezes, o pediatra seria obrigado a excluir alguns tópicos de prevenção por conta da restrição de tempo.

É preciso então repensar maneiras de resolver essa limitação. Um possível ganho de tempo seria a utilização com mais frequência de

questionários pré-visita para identificar e direcionar melhor as necessidades de orientação de cada família. Isso, no entanto pode representar uma limitação para famílias analfabetas. Outra solução, considerando que a maioria dos pediatras repassa as orientações verbalmente, seria o uso de materiais escritos ou vídeos educativos de boa qualidade. Isso seria capaz não só de economizar tempo, mas também de reduzir a variabilidade de conteúdo nas mensagens recebidas¹⁵.

Portanto, é importante que existam discussões entre os profissionais da Odontologia e os profissionais da Medicina que tratem não só do repasse de informações, já que essa é uma grande barreira para o desenvolvimento dessas atividades¹⁰, mas que também motivem os pediatras a valorizar a saúde bucal e os tornem desejosos de assumir essas atividades adicionais visando a melhoria da saúde bucal dos seus pacientes. Igualmente importante é fornecer condições básicas necessárias tais como espaço físico adequado, tempo de consulta e conseqüentemente número de pacientes compatível com essas diretrizes e até mesmo cogitar um incentivo financeiro para o desenvolvimento desse trabalho.

Por fim, este estudo encontrou que, quase metade dos profissionais (42,4%) acredita existir alguma dificuldade de aproximação entre a pediatria e a odontopediatria. A aproximação entre médicos e cirurgiões dentistas é fundamental e deve ser incentivada em cada passo da educação continuada desses profissionais de forma a promover conteúdo educacional de alta qualidade baseado em evidência assim como assegurar um ambiente favorável para os encaminhamentos entre essas duas áreas da saúde⁵.

BULLET POINTS

O que esse estudo acrescenta.

- Os médicos pediatras possuem dúvidas com relação a alguns temas de saúde bucal;
- O conteúdo de saúde bucal nas graduações e residência é precário e deve ser acrescentado nos currículos e incluídos nas atividades de residência desses profissionais.
- É importante que se desenvolvam programas de informação direcionados para a classe médica;

Por que esse trabalho é importante para odontopediatras.

A promoção de saúde bucal infantil requer uma interação de todos os profissionais da saúde que atendem crianças tendo o médico pediatra um papel essencial nesse processo. Desta forma, o odontopediatra deve procurar uma maior interação com esses profissionais com o objetivo de melhorar a saúde bucal de sua população.

AGRADECIMENTOS

Aos médicos pediatras que gentilmente dedicaram uma parte do seu precioso tempo para participar desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de estudo.

REFERÊNCIAS

1. Subramaniam P, Babu KLG, Bbu PS, Naiudu P. Oral health care of children: Gynecologists and pediatricians's perspective. J Clin Pediatr Dent 2008; 32(2): 253-258.
2. Di Giuseppe G, Nobile CGA, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. BMC Public Health 2006, 6:176.
3. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of Pediatrician in the oral health of children: a national survey. Pediatrics 2000; 106:e84.
4. Brickhouse TH, Unkel JH, Kancitis I, Best AM, Davis RD. Infant Oral Health Care: A survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia. Pediatr Dent 2008; 30: 147-153.
5. Douglas AB, Douglas JM, Krol DM. Educating pediatricians and family physicians in children's oral health. Academic Pediatrics 2009; 9: 452-456.

6. American Academy of Pediatrics- Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Police Statement. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics* 2008; 122: 1387-1394
7. Mouradian WE, Wehr E, Crall JJ. Disparities in Children's Oral Health and Access to Dental Care *JAMA* 2000;284:2625-2631.
8. Hale KJ. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics* 2003; 111(5pt 1): 1113-1116.
9. Lewis CW, Boulter S, Keels MA et al. Oral health and pediatricians: results of a national survey. *Academic Pediatrics* 2009; 9: 457-461.
10. Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, McIssac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: pediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatr Child Health* 2006; 11(3): 151-157.
11. Tinanoff M, Palmer CA. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. *J Public Health Dent* 2000; 60(3): 197-206.
12. Pierce KM, Rozier RG, Vann WF. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. *Pediatrics* 2002;109.
13. Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2006; 117: 1755-1758

14. McGarvey C, McDonnell M, Chong A, O'Regan M, Matthews T. Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Arch Dis Child*. 2003;88: 1058–1064
15. Lewis CW, Cantrell DC, Domoto PK. Oral Health in the Pediatric Setting: a Survey of Washington State Pediatricians. *Journal of Public Health Dentistry* 2004; 64(2):111-114.
16. Ismail A, Nair H, Sohn W. Children first dental visit: attitudes of practices of US pediatricians and family physicians. *Pediatr Dent* 2003; 25: 425-430.
17. Nowak AJ, Casamassimo PS, The dental home: A primary care oral health concept. *J Am Dent Assoc* 2002; 133: 93-98
18. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the Dental Home. *Reference Manual* 2010; 32 (6): 25-26.

Tabela 01. Conhecimentos sobre cárie dental

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Não Sei</i>
A cárie é uma doença transmissível?	59,9%	31,1%	9%
Quais os fatores envolvidos no processo de cárie?			
Flúor	50,5%	49,5%	
Dente	65,9%	34,1%	
Tempo	52,7%	47,3%	
Bactéria	94,5%	5,5%	
Carboidrato	81,9%	18,1%	
Saliva	56%	44%	
Uma criança sem cárie precisa de atendimento odontológico?	100%	0%	
Sabe fazer o diagnóstico de cárie?	97,3%	2,7%	
Como você faz o diagnóstico de cárie?			
Cavidade no dente	78%	22%	
Manchas escuras no dente	67%	33%	
Manchas brancas nos dentes	17,6%	82,4%	
Faz alguma restrição a alimentos açucarados?	87,9%	12,1%	
Caso faça restrição, que tipo de restrição faz aos seus pacientes quanto à ingestão de alimentos açucarados?			
Evitar alimentos pegajosos doces	12,6%	87,4%	
Não consumir entre as refeições	17,6%	82,4%	
Evitar doces em geral	67%	33%	

Tabela 02. Conhecimentos sobre higiene bucal e flúor

	%
Orienta a higiene bucal?	
Rotineiramente	72,2%
Eventualmente	23,3%
Nunca	4,4%
A partir de quando orienta?	
Antes da erupção dos dentes	59,3%
Após a erupção dos dentes	25%
A partir do desmame	1,7%
A partir de um ano	2,3%
Outros	11,6%
Recomenda o uso do fio dental?	
Sim	82,8%
Não	13,9%
Às vezes	3,3%
Recomenda o uso de dentifrício? Quando?	
Rotineiramente	61,9%
Eventualmente	12,7%
Nunca	10,5%
Depende da idade	14,9%
Caso recomende o uso de dentifrício recomenda:	
Sempre com flúor	29,9%
Sem flúor	10,2%
Com flúor a partir de uma determinada idade	46,5%
Com baixa concentração de flúor até uma determinada idade	12,1%
Não sei	1,3%
Orienta algum cuidado em especial quanto ao uso de dentifrício	91,8%
Caso recomende o uso de dentifrício, quais cuidados orienta?	
Colocar pouca quantidade	63,7%
Não deglutir	54,4%
Prescreve flúor na forma de comprimidos ou gotas?	
Não	98,9%
Às vezes	1,1%
Não sabe o significado do termo fluorose.	48,3%

Tabela 03. Orientações sobre o uso de chupeta

	%
Recomenda o uso da chupeta	
Sempre	0,6%
É contra e não permite	32,6%
Não recomenda e não restringe	66,9%
Quando orienta a retirada a chupeta?	
Imediatamente	57,4%
A partir de determinada idade. Qual seria essa idade?	42,6%
≤ 1 ano	8,2%
1 ano > e ≤ 2 anos	27,3%
>2 anos	3,7%
Não respondeu	3,4%
Orienta a substituição da sucção digital pela chupeta?	
Sim	30,7%
Não	69,3%
Conhece a chupeta ortodôntica?	
Sim	69,6%
Não	30,4%
Caso conheça a chupeta ortodôntica, recomenda a substituição da chupeta convencional pela chupeta ortodôntica?	
Sim	59,6%
Não	40,4%

Tabela 04. Conteúdo em saúde bucal repassados

	<i>Graduação</i>	<i>Residência</i>
Excelente	0,6%	1,1%
Bom	1,7%	9,4%
Regular	14,4%	17,1%
Deficiente	54,1%	35,9%
Não teve	29,3%	36,5%

KNOWLEDGE OF PAEDIATRICIANS REGARDING CHILD ORAL HEALTH

Raquel Balaban*

Carlos Menezes Aguiar**

Ana Cláudia da Silva Araújo***

Edmir Barros Ribeiro Dias Filho*****

* Master's student in Dentistry, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil;

** Doctor, Associate Professor, Department of Prosthetics and Orofacial Surgery, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil;

*** Adjunct Professor, Department of Prosthetics and Orofacial Surgery, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil;

***** Intensivist, Institute of Integrative Medicine Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, Brazil;

Direct Correspondence to:

Raquel Balaban

Rua Faustino Porto, n. 289, apto. 303, Boa Viagem, Recife, Pernambuco, Brasil.

CEP: 51020-270

raquelbalaban@hotmail.com

KNOWLEDGE OF PAEDIATRICIANS REGARDING CHILD ORAL HEALTH

SUMMARY

Background: In dentistry, clinical practice is directed toward attitudes that promote oral health and the Paediatricians occupy a privileged position in this process.

Aim: To assess the knowledge and attitudes of paediatricians in relation to the oral health of their patients.

Design: A cross-sectional study was carried out at the Institute of Integrative Medicine Professor Fernando Figueira, Recife, Brazil. A total of 182 paediatricians participated by filling out a questionnaire.

Results: A total of 63.9% believed the first visit to the dentist should occur before the child completes one year of life. Moreover, 67.8% considered their knowledge on oral health to be insufficient. Approximately 78% of the paediatricians diagnose caries through an analysis of cavities. Only 29.9% always recommended fluoride dentifrice. The term “fluorosis” was unknown by 48.3% of the respondents. Concerning pacifiers, 32.6% did not allow it and 66.9% did not either recommend it or restrict it. A total of 83.4% classified the oral health content in their medical education as either nonexistent or deficient; this figure remained high (72.4%) in relation to residency.

Conclusions: It is important to develop oral health information programs to paediatricians. Information on oral health should be included in medical curricula and residency.

INTRODUCTION

The prevention of oral disease and maintenance of oral health are the major challenges of dentistry. Thus, early intervention on the part of health professionals is necessary, as the eruption of the first teeth, colonisation of the mouth by bacteria and the emergence of both healthy and harmful habits occur in the early years of life. While the specialised treatment of a paediatric dentist is irreplaceable, the contributions of other health professionals from the fields of dentistry, medicine and related professions are extremely important to raising awareness regarding oral health and prevention.^[1]

A large number of health professionals are involved with child health care. However, the paediatrician is the first to maintain contact with the child since birth. This unique position entails a number of tasks and responsibilities, such as informing parents with regard to habits, attitudes and actions for a healthy life. Thus, the paediatrician is in the ideal position to orientate parents regarding the prevention of oral diseases in children.^[1-5] Moreover, there is often considerable disproportion in access to dentists and paediatricians, especially among less privileged social classes. Whether at public or private healthcare services, parents routinely take their children to the paediatrician throughout the first years of a child's life, while the same very often does not occur in relation to the dentist.^[3,4,6,7] The role of paediatricians in oral health was formalised in a policy issued by the American Academy of Paediatrics in 2003^[8] and reinforced by another policy issued in 2008.^[6,9]

The aim of the present study was to assess the knowledge and attitudes of paediatricians in relation to the oral health of their patients.

MATERIALS AND METHODS

A cross-sectional study was carried out at the *Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira* – IMIP (Institute of Integrative Medicine Professor Fernando Figueira), which is a reference hospital for paediatrics in the city of Recife, Pernambuco, Brazil. Data acquisition was performed between July and November 2010 through a questionnaire delivered personally to the respondents. This study received approval from the Human Research Ethics Committee of IMIP under process number 1776 in June 2010.

The questionnaire was made up of 38 items distributed in the following manner: nine for purposes of identifying the respondent's profile; 25 on oral health; and four addressing the relationship between the paediatric dentist and paediatrician, as well as, knowledge on oral health obtained during the medical course and residency.

The following were the inclusion criteria: specialisation in paediatrics; care restricted exclusively to the paediatric population; and currently undergoing a postgraduate course in paediatrics (specialisation, master's course, doctoral course or medical residency). The study population was made up of all paediatricians at IMIP. According to the data provided by the institution, there were 213 paediatricians working at the hospital.

A pilot study was carried out at the university hospital of the *Universidade Federal de Pernambuco* (Federal University of Pernambuco) in the city of Recife in order to test the adequacy of the data collection, methods and logistics of the study, as

well as, the clarity and precision of the data collection instrument. The data from the pilot study were not included in the results of the main study.

Descriptive statistical analysis of the data was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 13.0).

RESULTS

A total of 186 paediatricians (87.32%) agreed to participate in the study. Among these, 182 (97.85%) made up the sample, as the remaining questionnaires were either left blank or only partially filled out. The sample was made up of paediatricians of both genders (89% female), ranging in age from 23 to 70 years (mean: 36.7 years). The majority (80.3%) studied at universities in the same state in which IMIP is located (Pernambuco) and had graduated from medical school more than nine years earlier (51.4%). A total of 23.6% were also educators, 42.3% reported administering classes in paediatrics to residents or physicians, 18.7% had a master's degree and 9.3% had a doctoral degree.

Only 68.1% of the respondents reported routinely examining the oral cavity of their patients. These respondents customarily examined carious cavities (62.6%), white spots on the teeth (20.3%), dark spots on the teeth (36.3%), the number of teeth (22%), breathing pattern (29.7%) and dental crowding (18.1%).

A total of 72.9% of the participants always recommended visiting the dentist; 14.4% occasionally made this recommendation; 11.6% made this recommendation only in specific situations (caries, malocclusion, trauma, etc); and 1.1% did not make this

recommendation. Moreover, 63.9% believed the first visit to the dentist should occur by the time the child had completed one year of age. A total of 42.4% believed a certain difficulty exists in the collaboration between paediatricians and paediatric dentists and 67.8% consider their knowledge on oral health to be insufficient with regard to the daily needs of their clinical practice. A number of paediatricians reported wanting to improve their knowledge on caries (57.7%), oral hygiene (67.6%), fluoride (59.3%), harmful habits (64.3%) and dental trauma (48.4%).

Tables 1 to 4 display the main findings of the questionnaires. Table 1 addresses important points regarding dental caries. Table 2 displays the results related to oral hygiene and fluoride. Table 3 addresses orientation regarding non-nutritive sucking habits. Table 4 displays the classifications attributed by the paediatricians regarding the quality of oral health content obtained during the medical course and residency.

DISCUSSION

The present study analysed data from a sample of paediatricians at IMIP hospital (Recife, Brazil) in order to assess knowledge and attitudes regarding the oral health of their patients. The results provide valuable information for the formulation of oral health strategies directed at the education of these and other health professionals who work with children.

The majority of participants (68.1%) reported routinely examining the oral cavity of their patients. However, this figure is lower than that reported in previous studies (87 to 100%).^[2,4,10] In the present study, the predominant understanding was that caries is a

transmittable disease, with bacteria and carbohydrates the most cited factors involved in the process of caries. Most of the respondents (67%) reported orientating their patients to avoid the consumption of sweets in general, whereas few (17.6%) counselled the non-consumption of sweets between meals; this percentage was much lower than the 58.7% reported by Subramaniam et al. (2008).^[1] Advice on an adequate diet for the oral health of children should be part of counselling on general health. The consumption of sugary foods at a high frequency and those that remain in the mouth for a longer period of time increases the risk of caries. Thus, sugary foods should be restricted to meal times.^[6,11] The results of the present study demonstrate the need to emphasise this type of understanding, which is fundamental to the development of strategies for the prevention of oral disease.

Paediatricians can contribute significantly to the oral health of children through the early identification of carious lesions. Training can allow paediatricians to achieve an adequate degree of precision in identifying cavities.^[12] However, although the respondents reported having knowledge on the diagnosis of caries, as also reported by Prakash et al. (2006),^[10] there was a low percentage of paediatricians who recognised white spots on the teeth as indicative of an initial carious lesion. Such recognition is important to the success of reversing the carious process. Thus, this knowledge should be available to all health professionals who work with children.

The paediatricians demonstrated satisfactory knowledge on orientations regarding oral hygiene, although they made this recommendation at a lower percentage than the 100% reported by Brickhouse et al. (2008).^[4] However, there seem to be questions regarding the use of fluoride. Fluoride is mainly used in fluoridated water, fluoridated

dentifrices and the topical application by an oral health professional. The decision to use fluoride therapy must consider the risk of caries versus the risk of fluorosis. Patients identified as at greater risk of caries are candidates for more aggressive fluoride therapy.^[6]

As the city of Recife does not have a fluoridated water supply, fluoridated dentifrices are the source of fluoride that should be recommended for all individuals with teeth.^[6] However, less than one third of the respondents recommended dentifrices with a standard concentration of fluoride for all ages. This point should be stressed, as the recommendation on the part of physicians regarding a reduction in the concentration of fluoride or even the use of non-fluoridated dentifrices may increase the risk of the development of caries in children. Subramaniam (2008)^[1] also report a low percentage of health professionals who recommend fluoridated toothpaste.

It is evident that the use of fluoridated dentifrices requires a certain degree of care. However, some paediatricians reported not offering any advice on the use of dentifrices; 63.7% recommended placing a small amount of toothpaste on the brush and 54.4% instructed children not to swallow toothpaste. These measures are important to the avoidance of acute fluoride intoxication and fluorosis (term unfamiliar to 48.3% of the respondents). Moreover, nearly the entirety of the paediatricians surveyed (98.9%) did not prescribe systemic fluoride in the form of pills or drops.

One aspect that is generally overlooked in studies on the knowledge and attitudes of paediatricians with regard to oral health is the issue of non-nutritive sucking habits. The data from the present study demonstrate that the respondents generally did not recommend or did not permit the use of a pacifier and the majority did not recommend

the replacement of finger sucking with a pacifier, but knew of and recommended the use of an orthodontic pacifier. The frequency, duration and intensity of non-nutritive sucking habits may be associated to dentoalveolar deformations and some of these deformations may persist even after the abandonment of the habit. However, the use of a pacifier remains polemic and divides the opinion of specialists. This divergence has become all the more accentuated since the reports of the protective effect of a pacifier regarding sudden infant death syndrome. The recommendation of the use of pacifier remains open to debate. However, when parents opt to use one, as many do, it is important to offer orientations on how to use it. Mothers who breastfeed should only offer a pacifier after the neonatal period, when breastfeeding has been well established. Moreover, a pacifier should only be used when sleeping and the habit should be discontinued at the end of the first year of life. ^[13,14]

The most disconcerting results of the present study were with regard to the quality of oral health content taught during the medical course and residency. A total of 83.4% of the respondents classified the oral health content of their medical course as either non-existent or deficient and this percentage remained high in relation to residency (72.4%). Training in oral health would be easier if basic knowledge and positive attitudes were obtained during the medical education. Medical schools have the important responsibility of imparting skills to medical students through a curriculum that encompasses the striving for interdisciplinarity and a commitment to the overall health of patients. For this reason, in 2008, the Association of American Medical Colleges issued a recommendation for an increase in oral health education. On the other hand, the establishment of effective procedural standards in the field of oral health is likely achieved during residency, when

health professionals begin intensive training in their specialty and show interest in learning about oral health when this issue is presented as an integral part of the care these professionals provide.^[5]

As reported in previous studies,^[2,10] the paediatricians surveyed reported feeling that their knowledge regarding oral health was insufficient and there were a number of subjects about which they would like to learn more, such as caries, oral hygiene, fluoride, harmful habits and dental trauma. These findings also demonstrate the importance of publishing articles on oral health directed at the medical field as well as including this topic in postgraduate medical courses. Moreover, specific oral health protocols should be developed for routine use by paediatricians. Such materials should be easy to read, self-explanatory, broad-scoped and culturally appropriate.^[15]

The majority of respondents (63.9%) stated that children should be sent to a dentist by the age of one year, demonstrating that the majority was in agreement with the recommendations of the AAPD.^[6] This figure is a far more satisfactory than that reported in similar studies.^[1,3,4,9,10,16] Early visits to the dentist allow preventive measures, early diagnosis and orientations regarding proper diet and oral hygiene as well as the prevention of dental trauma and non-nutritive sucking habits.^[4,17,18] For such, however, it is important to have a effective, efficient reference and counter-reference system among health professionals in the fields of dentistry and medicine in order to ensure the care of paediatric patients. It is also important for dentists to be prepared and willing to treat young children, as this issue has been a constant concern on the part of paediatricians.^[3,4]

There are certainly a number of barriers to the involvement of paediatricians in this process and the consequent benefits to children. One of the most often cited is the

lack of time during appointments.^[9,10] A study carried out in Washington, USA, demonstrated that paediatricians spend an average of 20 minutes per appointment and nearly 30% of this time is dedicated to advice on prevention.^[15] Thus, paediatricians are often forced to exclude some prevention topics due to time restrictions. There is a need to come up with solutions to this problem. A possible gain in time may be achieved with the more frequent use of pre-appointment questionnaires in order to identify and better guide orientations for each family. However, this would pose a limitation for illiterate families. As most paediatricians pass on advice verbally, another solution would be the use of good-quality printed materials or educational videos, which would allow saving time and reducing the variability in the content of the messages received.^[15]

The lack of discussion between health professionals in the fields of dentistry and medicine is the major barrier to the development of such activities.^[10] However, such discussions are needed in order to motivate paediatricians with regard to considering the importance of oral health and being willing to take on additional activities aimed at improving the oral health of their patients. It is equally important to furnish basic conditions, such as adequate physical space, sufficient examination time and, consequently, the number of patients compatible with these directives. Moreover, financial incentives for the development of this work should be considered. The results of the present study reveal that nearly half of the respondents (42.4%) believe that difficulties exist with regard to the cooperation of paediatricians and paediatric dentists. Nonetheless, the interaction of physicians and dentists is fundamental and should be encouraged in each step of the continued education of these health professionals in order

to promote high-quality evidence-based educational content, thereby ensuring a favorable environment for referrals between these two health fields. ^[5]

BULLET POINTS

What this study adds:

- Paediatricians have doubts regarding oral health issues;
- Oral health content in medical courses and during residency is insufficient and should be improved in the university curricula and the residency activities carried out by paediatricians;
- It is important to develop information programs directed at this class of physicians.

Why this paper is important to paediatric dentists:

The promotion of paediatric oral health requires the interaction of all health professionals who work with children, and paediatricians play an essential role in this process. Thus, paediatric dentists should understand the paediatrics oral health knowledge needs, and seek greater interaction with them in order to improve the oral health of the child population.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors are grateful to the paediatricians who kindly dedicated part of their precious time to participate in this study and the Brazilian fostering agency *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* for awarding the study grant.

REFERENCES

1. Subramaniam P, Babu KLG, Bbu PS, Naiudu P. Oral health care of children: Gynecologists and pediatricians's perspective. *J Clin Pediatr Dent* 2008; 32(2): 253-258.
2. Di Giuseppe G, Nobile CGA, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge, attitude and practices of pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC Public Health* 2006, 6:176.
3. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of Pediatrician in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics* 2000; 106:e84.
4. Brickhouse TH, Unkel JH, Kancitis I, Best AM, Davis RD. Infant Oral Health Care: A survey of general dentists, pediatric dentists, and pediatricians in Virginia. *Pediatr Dent* 2008; 30: 147-153.
5. Douglas AB, Douglas JM, Krol DM. Educating pediatricians and family physicians in children's oral health. *Academic Pediatrics* 2009; 9: 452-456.
6. American Academy of Pediatrics- Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Police Statement. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics* 2008; 122: 1387-1394
7. Mouradian WE, Wehr E, Crall JJ. Disparities in Children's Oral Health and Access to Dental Care *JAMA* 2000;284:2625-2631.
8. Hale KJ. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics* 2033; 111(5pt 1): 1113-1116.
9. Lewis CW, Boulter S, Keels MA et al. Oral health and pediatricians: results of a national survey. *Academic Pediatrics* 2009; 9: 457-461.

10. Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, McIssac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: pediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatr Child Health* 2006; 11(3): 151-157.
11. Tinanoff M, Palmer CA. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. *J Public Health Dent* 2000; 60(3): 197-206.
12. Pierce KM, Rozier RG, Vann WF. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. *Pediatrics* 2002;109:e82.
13. Mitchell EA, Blair PS, L'Hoir MP. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics* 2006; 117: 1755-1758
14. McGarvey C, McDonnell M, Chong A, O'Regan M, Matthews T. Factors relating to the infant's last sleep environment in sudden infant death syndrome in the Republic of Ireland. *Arch Dis Child*. 2003;88: 1058–1064
15. Lewis CW, Cantrell DC, Domoto PK. Oral Health in the Pediatric Setting: a Survey of Washington State Pediatricians. *Journal of Public Health Dentistry* 2004; 64(2):111-114.
16. Ismail A, Nair H, Sohn W. Children first dental visit: attitudes of practices of US pediatricians and family physicians. *Pediatr Dent* 2003; 25: 425-430.
17. Nowak AJ, Casamassimo PS, The dental home: A primary care oral health concept. *J Am Dent Assoc* 2002; 133: 93-98
18. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the Dental Home. Reference Manual 2010; 32 (6): 25-26.

Table 1: Knowledge on dental caries

	Yes	No	Does not know
Is caries a transmittable disease?	59.9%	31.1%	9%
What factors are involved in the process of caries?			
Fluoride	50.5%	49.5%	
Tooth	65.9%	34.1%	
Time	52.7%	47.3%	
Bacteria	94.5%	5.5%	
Carbohydrates	81.9%	18.1%	
Saliva	56%	44%	
Does a child without caries need dental care?	100%	0%	
Do you know how to diagnose caries?	97.3%	2.7%	
How do you diagnose caries?			
Cavity in tooth	78%	22%	
Dark spots on tooth	67%	33%	
White spots on tooth	17.6%	82.4%	
Do you restrict sugary foods?	87.9%	12.1%	
If so, what type of restriction to sugary foods do you make to your patients?			
Avoid chewy sweets	12.6%	87.4%	
Do not consume between meals	17.6%	82.4%	
Avoid sweets in general	67%	33%	

Table 2: Knowledge on oral hygiene and fluoride

	%
Orientation regarding oral hygiene	
Routinely	72.2%
Occasionally	23.3%
Never	4.4%
When oral hygiene should begin	
Prior to eruption of teeth	59.3%
After eruption of teeth	25%
When weaning begins	1.7%
At one year of age	2.3%
Other	11.6%
Recommendation of use of dental floss	
Yes	82.8%
No	13.9%
Sometimes	3.3%
Recommendation of use of dentifrice	
Routinely	61.9%
Occasionally	12.7%
Never	10.5%
Depending on age	14.9%
In cases of recommendations of dentifrice, recommends	
Always with fluoride	29.9%
Without fluoride	10.2%
With fluoride beginning at certain age	46.5%
With low concentration of fluoride until certain age	12.1%
Does not know	1.3%
Orientation of special care regarding use of dentifrice	91.8%
Specific orientation regarding use of dentifrice?	
Place small amount	63.7%
Do not swallow	54.4%
Prescription of fluoride in form of pills or drops	
No	98.9%
Sometimes	1.1%
Unaware of meaning of “fluorosis”	48.3%

Table 3: Orientations on use of pacifier

	%
Recommendation of pacifier use	
Always	0.6%
Does not permit	32.6%
Does not recommend or restrict	66.9%
When abandonment of pacifier is recommended	
Immediately	57.4%
At a certain age. What age?	42.6%
≤ 1 year	8.2%
1 year > and ≤ 2 years	27.3%
>2 years	3.7%
No response	3.4%
Orientation of replacement of finger sucking with pacifier	
Yes	30.7%
No	69.3%
Knowledge of orthodontic pacifier	
Yes	69.6%
No	30.4%
In cases of knowledge of orthodontic pacifier, recommendation of replacement of conventional pacifier with orthodontic pacifier	
Yes	59.6%
No	40.4%

Table 4: Oral health content offered

	<i>Medical course</i>	<i>Residency</i>
Excellent	0.6%	1.1%
Good	1.7%	9.4%
Fair	14.4%	17.1%
Deficient	54.1%	35.9%
Non-existent	29.3%	36.5%

ANEXOS

Anexo A- Normas da Revista

1. GENERAL

International Journal of Paediatric Dentistry publishes papers on all aspects of paediatric dentistry including: growth and development, behaviour management, prevention, restorative treatment and issue relating to medically compromised children or those with disabilities. This peer-reviewed journal features scientific articles, reviews, clinical techniques, brief clinical reports, short communications and abstracts of current paediatric dental research. Analytical studies with a scientific novelty value are preferred to descriptive studies.

Please read the instructions below carefully for details on the submission of manuscripts, the journal's requirements and standards as well as information concerning the procedure after acceptance of a manuscript for publication in *International Journal of Paediatric Dentistry*. Authors are encouraged to visit [Wiley-Blackwell Author Services](#) for further information on the preparation and submission of articles and figures.

In June 2007 the Editors gave a presentation on [How to write a successful paper](#) for the *International Journal of Paediatric Dentistry*.

2. ETHICAL GUIDELINES

2.1 Authorship and Acknowledgements

Authorship: Authors submitting a paper do so on the understanding that the manuscript have been read and approved by all authors and that all authors agree to the submission of the manuscript to the Journal.

International Journal of Paediatric Dentistry adheres to the definition of authorship set up by The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). According to the ICMJE authorship criteria authorship should be based on 1) substantial contributions to conception and design of, or acquisition of data or analysis and interpretation of data, 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content and 3) final approval of the version to be published. Authors should meet conditions 1, 2 and 3.

It is a requirement that all authors have been accredited as appropriate upon submission of the manuscript. Contributors who do not qualify as authors should be mentioned under Acknowledgements.

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited. Please also include specifications of the source of funding for the study and any potential conflict of interests if appropriate. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included.

Note to NIH Grantees: Pursuant to NIH mandate, Wiley-Blackwell will post the accepted version of contributions authored by NIH grant-holders to PubMed Central upon acceptance. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication. For further information, see www.wiley.com/go/nihmandate

2.2. Ethical Approvals

Experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association **Declaration of Helsinki** (version, 2008) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included. Editors reserve the right to reject papers if there are doubts as to whether appropriate procedures have been used.

2.3 Clinical Trials

Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org. A **CONSORT checklist** should also be included in the submission material.

International Journal of Paediatric Dentistry encourages authors submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries: www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials.ifpma.org/clinicaltrials/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

2.4 DNA Sequences and Crystallographic Structure Determinations

Papers reporting protein or DNA sequences and crystallographic structure determinations will not be accepted without a Genbank or Brookhaven accession number, respectively. Other supporting data sets must be made available on the publication date from the authors directly.

2.5 Conflict of Interest and Source of Funding

Authors are required to specify the source of funding for their research when submitting a paper. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included. Authors are also required to disclose any possible conflict of interest. These include financial conflict of interest (for example patent, ownership, stock ownership, consultancies, speaker's fee). The information should be disclosed under Acknowledgements.

2.6 Appeal of Decision

Authors who wish to appeal the decision on their submitted paper may do so by emailing the editorial office with a detailed explanation for why they find reasons to appeal the decision.

2.7 Permissions If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

2.8 Copyright Assignment

Authors are no longer required to assign copyright in their paper. Instead authors are required to assign the exclusive licence to publish their paper to Wiley-Blackwell, BSPD and the IAPD. Assignment of the exclusive licence is a condition of publication and papers will not be passed to the publisher for production unless licence has been assigned. (Papers subject to government or Crown copyright are exempt from this requirement; however, the form still has to be signed). A completed [Exclusive Licence Form](#) (ELF) must be received by the Production Editor before any manuscript can be published. Authors must send the completed original CTA by regular mail upon receiving notice of manuscript acceptance, i.e., do not send the CTA at submission. Faxing or e-mailing the CTA does not meet requirements.

The CTA should be mailed to:

Enrico Jay Ventura
Production Editor
Wiley-Blackwell
Wiley Services Singapore Pte Ltd
600 North Bridge Road
#05-01 Parkview Square
Singapore 188778
or scanned by email to jpd@wiley.com

Correspondence to the journal is accepted on the understanding that the contributing author licences the publisher to publish the letter as part of the journal or separately from it, in the exercise of any subsidiary rights relating to the journal and its contents.

For questions concerning copyright, please visit [Wiley-Blackwell's Copyright FAQ](#)

2.9 Online Open

OnlineOpen is available to authors of primary research articles who wish to make their article available to non-subscribers on publication, or whose funding agency requires grantees to archive the final version of their article. With OnlineOpen, the author, the author's funding agency, or the author's institution pays a fee to ensure that the article is made available to non-subscribers upon publication via Wiley InterScience, as well as deposited in the funding agency's preferred archive.

For the full list of terms and conditions, see http://wileyonlinelibrary.com/onlineopen#OnlineOpen_Terms.

Any authors wishing to send their paper OnlineOpen will be required to complete the payment form available from our website at: <https://wileyonlinelibrary.com/onlineopen>

Prior to acceptance there is no requirement to inform an Editorial Office that you intend to publish your paper OnlineOpen if you do not wish to. All OnlineOpen articles are treated in the same way as any other article. They go through the journal's standard peer-review process and will be accepted or rejected based on their own merit.

3. MANUSCRIPT SUBMISSION PROCEDURE

Articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should be submitted electronically via an online submission site. Full instructions and support are available on the site and a user ID and password can be obtained on the first visit. Support is available by phone (+1 434 817 2040 ext. 167) or [here](#). If you cannot submit online, please contact Isabel Martinez in the Editorial Office by telephone (+44 (0)1865 476519) or by e-mail IPDedoffice@wiley.com

3.1. Getting Started

Launch your web browser (supported browsers include Internet Explorer 5.5 or higher, Safari 1.2.4, or Firefox 1.0.4 or higher) and go to the journal's online submission site:

<http://mc.manuscriptcentral.com/ijpd>

*Log-in or, if you are a new user, click on 'register here'.

*If you are registering as a new user.

- After clicking on 'Create Account', enter your name and e-mail information and click 'Next'. Your e-mail information is very important.

- Enter your institution and address information as appropriate, and then click 'Next.'

- Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your area of expertise. Click 'Finish'.

*If you are already registered, but have forgotten your log in details, enter your e-mail address under 'Password Help'. The system will send you an automatic user ID and a new temporary password.

*Log-in and select 'Author Center'.

3.2. Submitting Your Manuscript

After you have logged into your 'Author Center', submit your manuscript by clicking on the submission link under 'Author Resources'.

* Enter data and answer questions as appropriate.

* You may copy and paste directly from your manuscript and you may upload your pre-prepared covering letter. **Please note** that a separate *Title Page* must be submitted as part of the submission process as a 'Supplementary File Not for Review' and should contain the following:

- Word count (excluding tables)
- Authors' names, professional and academic qualifications, positions and places of work. They must all have actively contributed to the overall design and execution of the study/paper and should be listed in order of importance of their contribution
- Corresponding author address, and telephone and fax numbers and email address

*Click the 'Next' button on each screen to save your work and advance to the next screen.

*You are required to upload your files.

- Click on the 'Browse' button and locate the file on your computer.

- Select the designation of each file in the drop down next to the Browse button.

- When you have selected all files you wish to upload, click the 'Upload Files' button.

* Review your submission (in HTML and PDF format) before completing your submission by sending it to the Journal. Click the 'Submit' button when you are finished reviewing.

3.3. Manuscript Files Accepted

Manuscripts should be uploaded as Word (.doc) or Rich Text Format (.rft) files (not write-protected) plus separate figure files. GIF, JPEG, PICT or Bitmap files are acceptable for submission, but only high-resolution TIF or EPS files are suitable for printing. The files will be automatically converted to HTML and a PDF document on upload and will be used for the review process. The text file must contain the entire manuscript including title page, abstract, text, references, tables, and figure legends, but no embedded figures. In the text, please reference figures as for instance 'Figure 1', 'Figure 2' to match the tag name you choose for the individual figure files uploaded. Manuscripts should be formatted as described in the Author Guidelines below. Please note that any manuscripts uploaded as Word 2007 (.docx) will be automatically rejected. Please save any .docx file as .doc before uploading.

3.4. Review Process

The review process is entirely electronic-based and therefore facilitates faster reviewing of manuscripts. Manuscripts will be reviewed by experts in the field (generally two reviewers), and the Editor-in-Chief makes a final decision. *The International Journal of Paediatric Dentistry* aims to forward reviewers' comments and to inform the corresponding author of the result of the review process. Manuscripts will be considered for 'fast-track publication' under special circumstances after consultation with the Editor-in-Chief.

3.5. Suggest a Reviewer

International Journal of Paediatric Dentistry attempts to keep the review process as short as possible to

enable rapid publication of new scientific data. In order to facilitate this process, please suggest the names and current email addresses of a potential international reviewer whom you consider capable of reviewing your manuscript and their area of expertise. In addition to your choice the journal editor will choose one or two reviewers as well.

3.6. Suspension of Submission Mid-way in the Submission Process

You may suspend a submission at any phase before clicking the 'Submit' button and save it to submit later. The manuscript can then be located under 'Unsubmitted Manuscripts' and you can click on 'Continue Submission' to continue your submission when you choose to.

3.7. E-mail Confirmation of Submission

After submission you will receive an e-mail to confirm receipt of your manuscript. If you do not receive the confirmation e-mail after 24 hours, please check your e-mail address carefully in the system. If the e-mail address is correct please contact your IT department. The error may be caused by some sort of spam filtering on your e-mail server. Also, the e-mails should be received if the IT department adds our e-mail server (uranus.scholarone.com) to their whitelist.

3.8. Manuscript Status

You can access ScholarOne Manuscripts any time to check your 'Author Center' for the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made.

3.9. Submission of Revised Manuscripts

Revised manuscripts must be uploaded within 2 months of authors being notified of conditional acceptance pending satisfactory revision. Locate your manuscript under 'Manuscripts with Decisions' and click on 'Submit a Revision' to submit your revised manuscript. Please remember to delete any old files uploaded when you upload your revised manuscript. All revisions must be accompanied by a cover letter to the editor. The letter must a) detail on a point-by-point basis the author's response to each of the referee's comments, and b) a revised manuscript highlighting exactly what has been changed in the manuscript after revision.

4. MANUSCRIPT TYPES ACCEPTED

Original Articles: Divided into: Summary, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order. The summary should be structured using the following subheadings: Background, Hypothesis or Aim, Design, Results, and Conclusions and should be less than 200 words. A brief description, in bullet form, should be included at the end of the paper and should describe What this paper adds and Why this paper is important to paediatric dentists.

Review Articles: may be invited by the Editor.

Short Communications: should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

Clinical Techniques: This type of publication is best suited to describe significant improvements in clinical practice such as introduction of new technology or practical approaches to recognised clinical challenges.

Brief Clinical Reports/Case Reports: Short papers not exceeding 800 words, including a maximum of three illustrations and five references may be accepted for publication if they serve to promote communication between clinicians and researchers. If the paper describes a genetic disorder, the OMIM unique six-digit number should be provided for online cross reference (Online Mendelian Inheritance in Man).

A paper submitted as a Brief Clinical/Case Report should include the following:

- a short **Introduction** (avoid lengthy reviews of literature);
- the **Case report** itself (a brief description of the patient/s, presenting condition, any special investigations and outcomes);
- a **Discussion** which should highlight specific aspects of the case(s), explain/interpret the main findings and provide a scientific appraisal of any previously reported work in the field.
- Please provide up to 3 bullet points (per heading) for your manuscript under the headings: 1. What this clinical report adds, and 2. Why this case report is important to paediatric dentists. Bullet points should be added to the end of your manuscript, before the references.

Letters to the Editor: Should be sent directly to the editor for consideration in the journal.

5. MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

5.1. Format

Language: The language of publication is English. Authors for whom English is a second language must have their manuscript professionally edited by an English speaking person before submission to make sure the English is of high quality. It is preferred that manuscript is professionally edited. A list of independent suppliers of editing services can be found at http://authorservices.wiley.com/bauthor/english_language.asp. All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication

5.2. Structure

The whole manuscript should be double-spaced, paginated, and submitted in correct English. The beginning of each paragraph should be properly marked with an indent.

Original Articles (Research Articles): should normally be divided into: Summary, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order.

Summary should be structured using the following subheadings: Background, Hypothesis or Aim, Design, Results, and Conclusions.

Introduction should be brief and end with a statement of the aim of the study or hypotheses tested. Describe and cite only the most relevant earlier studies. Avoid presentation of an extensive review of the field.

Material and methods should be clearly described and provide enough detail so that the observations can be critically evaluated and, if necessary repeated. Use section subheadings in a logical order to title each category or method. Use this order also in the results section. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.

(i) Experimental Subjects: Experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association Declaration of Helsinki (version 2008) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included. Editors reserve the right to reject papers if there are doubts as to whether appropriate procedures have been used.

(ii) Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org. A CONSORT checklist should also be included in the submission material. *International Journal of Paediatric Dentistry* encourages authors submitting manuscripts reporting from a clinical trial to register the trials in any of the following free, public clinical trials registries: www.clinicaltrials.gov, <http://clinicaltrials.ifpma.org/clinicaltrials/>, <http://isrctn.org/>. The clinical trial registration number and name of the trial register will then be published with the paper.

(iii) DNA Sequences and Crystallographic Structure Determinations: Papers reporting protein or DNA sequences and crystallographic structure determinations will not be accepted without a Genbank or Brookhaven accession number, respectively. Other supporting data sets must be made available on the publication date from the authors directly.

Results should clearly and concisely report the findings, and division using subheadings is encouraged. Double documentation of data in text, tables or figures is not acceptable. Tables and figures should not include data that can be given in the text in one or two sentences.

Discussion section presents the interpretation of the findings. This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Avoid repetition of results, do not use subheadings or reference to tables in the results section.

Bullet Points should include two headings:

*What this paper adds; and

*Why this paper is important to paediatric dentists.
Please provide maximum 3 bullets per heading.

Review Articles: may be invited by the Editor. Review articles for the *International Journal of Paediatric Dentistry* should include: a) description of search strategy of relevant literature (search terms and databases), b) inclusion criteria (language, type of studies i.e. randomized controlled trial or other, duration of studies and chosen endpoints, c) evaluation of papers and level of evidence. For examples see: Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H et al. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontologica Scandinavica* 2003; 61: 347-355. Paulsson L, Bondemark L, Söderfeldt B. A systematic review of the consequences of premature birth on palatal morphology, dental occlusion, tooth-crown dimensions, and tooth maturity and eruption. *Angle Orthodontist* 2004; 74: 269-279.

Clinical Techniques: This type of publication is best suited to describe significant improvements in clinical practice such as introduction of new technology or practical approaches to recognised clinical challenges. They should conform to highest scientific and clinical practice standards.

Short Communications: Brief scientific articles or short case reports may be submitted, which should be no longer than three pages of double spaced text, and include a maximum of three illustrations. They should contain important, new, definitive information of sufficient significance to warrant publication. They should not be divided into different parts and summaries are not required.

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited. Please also include specifications of the source of funding for the study and any potential conflict of interests if appropriate. Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included.

5.3. References

A maximum of 30 references should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text (Vancouver System). They should be identified in the text by bracketed Arabic numbers and listed at the end of the paper in numerical order. Identify references in text, tables and legends. Check and ensure that all listed references are cited in the text. Non-refereed material and, if possible, non-English publications should be avoided. Congress abstracts, unaccepted papers, unpublished observations, and personal communications may not be placed in the reference list. References to unpublished findings and to personal communication (provided that explicit consent has been given by the sources) may be inserted in parenthesis in the text. Journal and book references should be set out as in the following examples:

1. Kronfol NM. Perspectives on the health care system of the United Arab Emirates. *East Mediter Health J*. 1999; 5: 149-167.
2. Ministry of Health, Department of Planning. Annual Statistical Report. Abu Dhabi: Ministry of Health, 2001.
3. Al-Mughery AS, Attwood D, Blinkhorn A. Dental health of 5-year-old children in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 308-309.
4. Al-Hosani E, Rugg-Gunn A. Combination of low parental educational attainment and high parental income related to high caries experience in preschool children in Abu Dhabi. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 31-36.

If more than 6 authors please, cite the three first and then et al. When citing a web site, list the authors and title if known, then the URL and the date it was accessed (in parenthesis). Include among the references papers accepted but not yet published; designate the journal and add (in press). Please ensure that all journal titles are given in abbreviated form.

We recommend the use of a tool such as EndNote or Reference Manager for reference management and formatting. EndNote reference styles can be searched for here: www.endnote.com/support/enstyles.asp. Reference Manager reference styles can be searched for here: www.refman.com/support/rmstyles.asp.

5.4. Illustrations and Tables

Tables: should be numbered consecutively with Arabic numerals and should have an explanatory title. Each table should be typed on a separate page with regard to the proportion of the printed column/page and contain only horizontal lines

Figures and illustrations: All figures should be submitted electronically with the manuscript via ScholarOne Manuscripts (formerly known as Manuscript Central). Each figure should have a legend and all legends should be typed together on a separate sheet and numbered accordingly with Arabic numerals. Avoid 3-D bar charts.

Preparation of Electronic Figures for Publication: Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (lineart) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: lineart: >600 dpi; half-tones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Further information can be obtained at Wiley-Blackwell's guidelines for figures:
<http://authorservices.wiley.com/bauthor/illustration.asp>.

Check your electronic artwork before submitting it:
<http://authorservices.wiley.com/bauthor/eachecklist.asp>.

Permissions: If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the publisher.

Anexo B- Declaração de aprovação pelo Comitê de Ética

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 1776 intitulado **“Atitudes e conhecimentos do médico pediatra no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP/Recife-PE com relação à saúde bucal de seus pacientes”** apresentado pela pesquisadora **Raquel Balaban** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião de 09 de junho de 2010.

Recife, 09 de junho de 2010.


Dr. José Eulálio Cabral Filho

Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Anexo C- Folha de Rosto

Planos de Saúde - Servidor

Page 1 of 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 336588	
Projeto de Pesquisa ATITUDES E CONHECIMENTOS DO MÉDICO PEDIATRA DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP/RECIFE-PE COM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL DE SEUS PACIENTES					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.02 - Odontologia - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos pediatria, saúde bucal					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 213	Total Brasil 213	Nº de Sujeitos Total 213	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Raquel Balaban			CPF 051.563.754-80	Identidade 6661223	
Área de Especialização ODONTOLOGIA			Maior Titulação GRADUAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA FAUSTINO PORTO N.289 APT. 303			Bairro BOA VIAGEM	Cidade RECIFE - PE	
Código Postal 51020-270	Telefone / 34853285		Fax	Email raquelbalaban@hotmail.com	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 03/05/10			Assinatura <i>Raquel Balaban</i>		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP			CNPJ 10.988.301/0001-29	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Orgão Pediatria			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua dos Coelhos nº 300			Bairro Boa Vista	Cidade Recife - PE	
Código Postal 50070550	Telefone 81 2122-4756		Fax 81 21224756	Email comitedeetica@imip.org.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: FUREN SCHINOLEN MAGGI			Assinatura <i>Furen Schinolen Maggi</i>		
Data: 03/05/2010					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 03/05/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

[Voltar](#)
[IMPRIMIR](#)

Anexo D- Aceite da Revista

International Journal of Paediatric Dentistry - Decision on Manuscript ID IJPD-08-11-2517

18/10/2011

c.deery@Sheffield.ac.uk

Para raquelbalaban@hotmail.com, sbalaban.rec@gmail.com, raquelbalaban@hotmail.com, sbalaban.rec@gmail.com, cmaguiar@hotmail.com, gigiaborba@bol.com.br, edmdias@yahoo.com.br

De: **onbehalfof+c.deery+sheffield.ac.uk@manuscriptcentral.com** em nome de **c.deery@Sheffield.ac.uk**

Enviada: terça-feira, 18 de outubro de 2011 01:03:38

Para: raquelbalaban@hotmail.com; sbalaban.rec@gmail.com

Cc: raquelbalaban@hotmail.com; sbalaban.rec@gmail.com; cmaguiar@hotmail.com; gigiaborba@bol.com.br; edmdias@yahoo.com.br

1 anexo

IPD-ELF.pdf (206,7 KB)

17-Oct-2011

Dear Miss Balaban,

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "KNOWLEDGE OF PAEDIATRICIANS REGARDING CHILD ORAL HEALTH" in its current form for publication in the International Journal of Paediatric Dentistry. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

The manuscript now becomes the copyright of this journal. In accordance with accepted practice, the research findings reported in this paper must not appear in another publication before its publication in this journal.

You are required to complete the IPD Exclusive License Form (ELF) available from our website at:

http://www.blackwellpublishing.com/pdf/copyright_IPD.pdf

The ELF should be mailed to:

Enrico Jay Ventura
Production Editor
Journal Content Management
Wiley-Blackwell
Wiley Services Singapore Pte Ltd
#07-01 Solaris South Tower
1 Fusionopolis Walk
Singapore 138628

or scanned and emailed to ipd@wiley.com.

Papers cannot be published until the Exclusive License Form has been received.

OnlineOpen

OnlineOpen is available to authors of primary research articles who wish to make their article available to non-subscribers on publication, or whose funding agency requires grantees to archive the final version of their article. With OnlineOpen, the author, the author's funding agency, or the author's institution pays a fee to ensure that the article is made available to non-subscribers upon publication via Wiley InterScience, as well as deposited in the funding agency's preferred archive. For the full list of terms and conditions, see

<http://www3.Wiley> Online

Library.wiley.com/authorresources/onlineopen.html#OnlineOpen_Terms.

Any authors wishing to send their paper to OnlineOpen will be required to complete the payment form available from our website at:

<https://secure.Wiley> Online Library.wiley.com/funded_access.html

Prior to acceptance there is no requirement to inform the Editorial Office that you intend to publish your paper OnlineOpen if you do not wish to. All OnlineOpen articles are treated in the same way as any other article. They go through the journal's standard peer-review process and will be accepted or rejected based on their own merit.

As part of the Journal's continued commitment to its authors, the Editorial Office and Publisher wish to keep you informed about what will happen next. The link below contains information regarding journal publication and services for authors, which you may find useful for future reference.

<http://www.blackwellpublishing.com/bauthor/>

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the International Journal of Paediatric Dentistry, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Yours Sincerely,

Prof. Christopher Deery

Editor-in-Chief, International Journal of Paediatric Dentistry

c.deery@Sheffield.ac.uk

Reviewer(s)' Comments to Author:

Referee: 1

Comments to the Author

An interesting study. A different subject. The parts of abstract, introduction and material and methods were written concise. The percentages of the results were calculated and tables and results compatible with each other. Although the discussion section was written long, not boring and easy and understandable. I think that this study would do a serious contribution to the literature. It is suitable for the publication.

Referee: 2

Comments to the Author

Your findings support previous findings and may differ because you are restricting the survey to Brazil. This can not be generalized. Consider preparing a paper that presents a suggested curriculum for

pediatricians based on your findings.

In presenting data you should include numbers and percentages in the tables.

Also, describe which items in the questionnaire are reflective of knowledge and which attitudes. How many items of each were included overall?

Referee: 3

Comments to the Author

Relevant subject. Appropriate methodology. Pertinent discussion.

Suitable for publication.

Sign up for FREE email table of contents alerts (E-Tocs). Go to [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1365-263X](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1365-263X)