

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

CONHECIMENTO DOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO DOS ALUNOS DO 1º CICLO DA REGIÃO DE VISEU PERANTE UM TRAUMATISMO DENTÁRIO. RURAL VS URBANO

Michelle dos Santos Costa Lourenço

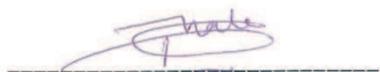
Orientador - Professora Doutora Teresa Vale

DECLARAÇÃO

Eu, Teresa Vale, com a categoria profissional de Professora Auxiliar do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado *“Conhecimento dos encarregados de educação dos alunos do 1º ciclo da região de Viseu perante um traumatismo dentário. Rural vs Urbano”*, da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Michelle dos Santos Costa Lourenço, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 27 de Junho de 2016

O Orientador

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'Teresa Vale', is written over a horizontal dashed line.

Agradecimentos

Aos meus pais,

Que se mudaram de malas e bagagens, para um novo país e uma nova cultura, de forma a nos proporcionarem a mim e ao meu irmão os cinco melhores anos das nossas vidas.

Obrigado por nunca nos imporem limites para a nossa educação e para o nosso futuro, por me acompanharem sempre, por serem verdadeiros comigo e por serem sempre e para sempre os meus melhores amigos e que nunca deixaram de acreditar nas minhas capacidades.

Um obrigado nunca será suficiente.

Ao meu irmão,

Ao meu melhor amigo e melhor companheiro, que me apoiou nos momentos mais felizes e mais tristes deste meu percurso, que sempre teve a palavra certa na hora certa para reconfortar o meu coração.

Às três da vida airada,

Cristiane e Priscila, que mais do que primas são minhas irmãs e companheiras. Porque quando a saudade da família apertava, estavam sempre comigo, sempre com muito amor.

À minha família,

Avós, padrinhos, madrinha e tios, obrigado por estarem sempre presentes, por me ajudarem a ultrapassar uma das fases mais complicadas da minha vida. Por nunca me deixarem sozinha.

À minha binómia e melhor amiga, Bianca

Que desde o primeiro até ao último ano me ajudou a crescer como mulher e profissional. Por todas as nossas longas conversas, por todo o apoio e palavras de aconchego. Obrigado pela nossa linda amizade que criamos e que continuaremos a manter. *"Until the end"*

Ao meu trinómio e melhor amigo, e companheiro Edgar

Por todo carinho, palavras e ensinamentos. Por me ajudares a compreender e fazeres parte do meu caminho. Obrigado por teres conquistado e entrado no meu coração.

Aos meus amigos e professores,

Rita, João, Sara, Isabel, Vasco, Joaquim, obrigado por tudo. Pela amizade, pelas gargalhadas, pelos almoços e jantares de grupo. Por terem tornado estes cinco anos memoráveis. Teremos sempre histórias e aventuras para contar, e é claro que o *"Tá demais o bar do Wellington"* será sempre o nosso ponto de união e ponto de encontro. À Professora Ana Fonseca que desde cedo me orientou e serviu de exemplo na minha jornada.

À minha orientadora,

Pela inspiração e pelo interesse pelo tema, pelos conhecimentos que me transmitiu durante as aulas e pela simplicidade e atenção.

"Tudo parece impossível até que seja feito."

Nelson Mandela

1. Resumo

Os traumatismos dento-alveolares são muito frequentes em crianças e adolescentes, ocorrem geralmente em casa, na rua ou em ambiente escolar. Desta forma os encarregados de educação, os professores, os educadores, os auxiliares escolares e a população em geral são responsáveis por prestarem os primeiros socorros.

Objetivo: Avaliar o nível de conhecimento dos encarregados de educação dos alunos do 1º ciclo da região de Viseu sobre a abordagem perante um traumatismo dentário na dentição permanente e compreender se o local onde habitam influencia esse mesmo conhecimento.

Material e Métodos: Neste estudo descritivo foi realizado uma amostra de conveniência com 469 encarregados de educação de três agrupamentos escolares diferentes, num total de sete escolas envolvidas, na região de Viseu. Os encarregados de educação responderam a um questionário com perguntas pessoais sobre si e sobre a criança e também relativamente ao conhecimento/satisfação dos meios e atitudes perante um traumatismo dentário.

Resultados: Os alunos tinham em média 8 anos de idade, sendo que 54,6% eram do sexo feminino. Cerca de 97 (20,7%) alunos sofreram um traumatismo, dos quais 54 (55,7%) eram do sexo masculino. Cerca de 72,1% dos encarregados de educação não achavam que o fragmento pudesse ser colado ao dente, 71,2% procuravam o dente avulsionado, e 54,2% transportavam o dente em meio seco (embrulhado num papel/gaze). Aproximadamente 55,7% dos inquiridos recorreriam ao Médico Dentista em menos de uma hora.

Relativamente ao conhecimento sobre os traumatismos dentários, 40,3% responderam que nunca ouviram falar, 94,2% achavam importante um programa educativo sobre traumatismos dentários e 82,5% estariam disponíveis em participar numa sessão de esclarecimentos sobre o tema.

Conclusão: O conhecimento e as condutas dos encarregados de educação sobre traumatismos dentários são insatisfatórios. Desta forma, é necessário e imperativo o desenvolvimento de campanhas educativas de prevenção pelos Médicos Dentistas portugueses.

Palavras – Chave

Traumatismo dentário, crianças, fatores de risco, conhecimentos dos pais, epidemiologia, etiologia.

2. Abstract

Dentoalveolar traumas are frequent among children and teenagers. Such accidents occur generally at home, at school or in the street which explains why first aid assistance is provided by parents, teachers, educators, school assistants and common people who happen to be nearby.

Objective: Assess the level of knowledge of parents and guardians of primary school children in Viseu about dental trauma of the permanent dentition and their approach to the problem, as well as the factors that influenced that knowledge.

Materials and methods: The descriptive study was carried out through a convenience sample of 469 parents and guardians of 3 school groups involving 7 different schools in the region of Viseu. The parents and guardians were inquired in a questionnaire with personal questions about both the children and guardians degree of knowledge, available means and attitude towards a dental trauma.

Results: The average age of the primary school children was 8 years old, 54,6% were females. 97 (20,7%) children had suffered from a dental trauma, 54 of which were males. 72,1% didn't believe the broken piece of the tooth could be replaced, 71,2% would look for the avulsed tooth and 54,2% would carry the tooth in a dry environment (wrapped in paper or gauze). 55,7% would consult the dentist in less than an hour.

As far as the knowledge about dental trauma is concerned, 40,3% never heard anything about it, 94,2% consider important an educational program on dental trauma and 82,5% would participate in an information session on the issue.

Conclusion: The study concluded that the knowledge and behavior of parents and guardians towards dental trauma is unsatisfactory. Thus, it is urgent and necessary to develop educational campaigns of prevention implemented by dentists.

Key-words

Tooth injuries, children, risk factors, parental knowledge, epidemiology, etiology

3. Índice

Capítulo I – Conhecimento dos encarregados de educação dos alunos do 1ºCiclo da região de Viseu perante um traumatismo dentário. Rural vs. Urbano	1
1. Introdução.....	1
1.1. Fraturas do dente e do osso alveolar	1
1.2. Luxações	2
2. Objetivo.....	3
3. Material e Métodos	3
4. Resultados	5
5. Discussão	12
5.1. Prevalência e etiologia dos traumatismos dentários	13
5.2. Conduta perante um traumatismo dentário	14
5.3. Traumatismos dento-alveolares	15
5.4. Meio de transporte vs Tempo de armazenamento	17
5.5. Prevenção, “É tempo de agir!”	20
6. Conclusão	23
7. Bibliografia	24
- ANEXOS CAPÍTULO I -	29
A. Imagens do traumatismo dentário	30
B. Informação aos encarregados de educação sobre o inquérito.....	30
C. Inquérito	31
D. Autorizações	33
E. Plano de atividades para a palestra – “Saúde Oral – Traumatismos Dentários”	36
F. Folhetos.....	37
G. Autorização para publicação das fotografias.....	37
H. Palestra – “Saúde Oral- Traumatismo Dentário”	38

I.	Fotografias da palestra e divulgação nas redes sociais pela Ordem dos Médicos Dentistas e pelo Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa.....	42
J.	Certificado de presença da apresentação da palestra	44
Capítulo II- Relatórios de Estágio.....		45
1.	Resumo.....	45
2.	Introdução.....	45
3.	Relatório de Atividades por Unidade Curricular	45
3.1.	Estágio de Clínica Geral Dentária	45
3.2.	Estágio de Clínica Hospitalar.....	45
3.3.	Estágio em Saúde Oral Comunitária.....	45
4.	Considerações Finais.....	46
- ANEXOS CAPÍTULO II -		47
A.	Estágio de Clínica Geral Dentária.....	48
B.	Estágio de Clínica Hospitalar.....	48
C.	Estágio em Saúde Oral Comunitária	48

Capítulo I – Conhecimento dos encarregados de educação dos alunos do 1ºCiclo da região de Viseu perante um traumatismo dentário. Rural vs. Urbano

1. Introdução

Os traumatismos dentários em crianças e adolescentes, pela dimensão alcançada, têm emergido como um problema relevante de saúde pública. A maioria das lesões traumáticas ocorrem entre os 8 e os 11 anos de idade e são mais frequentes até aos 10 anos, diminuindo gradualmente com o avançar da idade.⁽¹⁻³⁾

No que diz respeito à dentição permanente, a prevalência dos traumatismos dentários em adolescentes no continente Americano e Europeu varia entre 15% a 23% e 23% a 35% respetivamente.⁽⁴⁾ Estudos indicam que num futuro próximo a incidência dos traumatismos vai ultrapassar a incidência da cárie e das doenças periodontais na população jovem.^(5, 6)

A lesão mais comum em ambas as dentições é a fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar. A luxação e subluxações são as segundas lesões mais comuns na dentição permanente.⁽⁷⁾ O traumatismo dentário pode ser representado desde uma pequena fratura de esmalte até à perda definitiva do elemento dentário. Cerca de 16% das lesões resultantes do traumatismo dentário levam à perda do dente.⁽⁸⁾

Os traumatismos dentários segundo a “*International Association of Dental Traumatology*” (IADT) classificam-se em fraturas do dente e do osso alveolar e luxações⁽⁹⁾ (anexo A, Tab.1 e Fig.1 e 2 em anexo).

1.1. Fraturas do dente e do osso alveolar

Infração (Fissura de esmalte)	Fratura Coronária não complicada	Fratura coronária complicada	Fratura Corono-Radicular	Fratura Corono-Radicular complicada	Fratura Radicular	Fratura Alveolar
Fractura incompleta do esmalte (<i>crack</i>) sem perda de estrutura dentária.	Fratura do esmalte ou esmalte dentina, sem exposição pulpar	Fratura que envolve esmalte, dentina e polpa	Fratura que envolve esmalte, dentina e cimento	Fratura que envolve esmalte, dentina, polpa e cimento	Atinge a dentina e cimento e polpa e pode ocorrer a vários níveis da raiz	Envolve o osso alveolar e pode estender-se ao osso adjacente

Tab.1 Classificação dos traumatismos dentários – fraturas do dente e do osso alveolar

1.2. Luxações

Concussão	Subluxação	Luxação lateral	Luxação Intrusiva	Luxação Extrusiva	Avulsão
Não há deslocamento nem mobilidade. A dor à percussão é o único sintoma.	Idêntico à concussão, apenas com mobilidade ligeira e presença de sinais de sangramento no sulco gengival.	Deslocamento do dente numa direção diferente da axial.	Dente empurrado total ou parcialmente para o alvéolo com fratura deste. O dente encontra-se em infraoclusão, notando-se à percussão um som metálico idêntico aos dentes anquilosados.	Saída parcial do dente do alvéolo.	Saída total do dente do alvéolo com ou sem fratura óssea.

Tab.2 Classificação dos traumatismos dentários – Luxações

Este tipo de lesões ocorrem na dentição permanente posteriormente a quedas, acidentes de automóveis, atividades desportivas e violência doméstica, sendo que a maioria destes tipos de traumatismos ocorrem por quedas inesperadas.^(2, 10)

Determinadas características morfológicas podem predispor a criança a um traumatismo dentário, tais como: *overjet* aumentado (classe II divisão I), mordida aberta, incisivos superiores protruídos, incompetência labial (incapacidade dos lábios superior e inferior de se encontrarem). Outros fatores de risco, como a presença de *piercings* no lábio e/ou língua e hábitos parafuncionais (onicofagia, hábito de roer canetas), aumentam a probabilidade da ocorrência de um traumatismo dentário.^(11, 12)

A ocorrência de um traumatismo dento-alveolar afeta dentes, estruturas de suporte e os tecidos moles adjacentes, contribuindo para problemas psicológicos e socioeconômicos. Por um lado, os problemas psicológicos passam pela vergonha, pela não aceitação da imagem e por comportamentos psicossociais alterados. Por outro lado, os problemas socioeconômicos, encontram-se relacionados com os custos envolvidos nos tratamentos e nas consultas subsequentes de follow-up.^(6, 7, 13)

Os pacientes que sofrem lesões severas dirigem-se habitualmente a hospitais em detrimento de clínicas dentárias públicas ou privadas.⁽⁷⁾

É recomendado que o tratamento seja feito o mais rápido possível depois de ocorrer o traumatismo, de forma a restaurar a função, aliviar a dor e prevenir complicações futuras como perda da vitalidade pulpar.⁽¹³⁾

Um bom prognóstico dos dentes traumatizados depende de um tratamento rápido e apropriado. De acordo com a literatura, os traumatismos ocorrem principalmente na escola, em casa, na rua ou no trânsito, sendo os encarregados de educação, os professores, os educadores, os auxiliares escolares e a população geral os principais responsáveis por prestarem os primeiros socorros.^(1, 13)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sublinha que o ambiente escolar é uma plataforma ideal para o fornecimento de cuidados de saúde oral (cuidados preventivos e terapêuticos) e estabelece quatro estratégias globais para o fornecimento desses cuidados: incutir uma capacidade empreendedora para programas de saúde em escolas; promover convênios e cooperações, com o intuito de desenvolver a promoção da saúde oral nas escolas; desenvolver campanhas de sensibilização no meio escolar nacional para a saúde oral e melhorar os programas de saúde escolares.^(7, 14)

Em muitos casos, os cuidados necessários não são devidamente prestado, acabando muitas vezes na perda da estrutura dentária e com consequências negativas para criança. Deste modo, é de extrema importância prestar os cuidados de emergência e instruir uma boa educação para evitar este tipo de situações.⁽¹³⁾

De acordo com estudos realizados em diferentes países, o conhecimento dos pais, dos professores, dos auxiliares de educação e a da população em geral é muito baixo em relação ao entendimento e modo de ação perante um traumatismo dentário.⁽¹³⁾

Em Portugal há poucos estudos que investigam o conhecimento dos encarregados de educação, dos professores, dos educadores/auxiliares acerca do protocolo de gestão de emergências dentárias.

2. Objetivo

Avaliar o nível de conhecimento dos encarregados de educação dos alunos do 1º ciclo da região de Viseu sobre a abordagem perante um traumatismo dentário na dentição permanente e compreender se o local onde habitam influencia esse mesmo conhecimento.

3. Material e Métodos

Foi desenvolvido um inquérito para determinar o conhecimento dos encarregados de educação dos alunos do 1º ciclo da região de Viseu perante um traumatismo dentário. As perguntas

que foram aplicadas neste inquérito basearam-se em estudos realizados noutros países ^(6, 11, 13, 15-25) e no total foram incluídas 22 questões no questionário que se encontra anexado (anexo B, anexo C).

O questionário encontra-se dividido em três partes. Na primeira parte abordam-se questões pessoais sobre a criança (género, idade, ano de escolaridade) e sobre os encarregados de educação (tipo de parentesco, onde habita e o grau de escolaridade). Na segunda parte foi questionado aos encarregados de educação o conhecimento, meios e atitudes perante um traumatismo dentário. Por fim, na terceira parte, foi abordado o conhecimento e o grau de satisfação sobre o conhecimento dos traumatismos, a importância e o interesse de um programa educativo e de uma sessão de esclarecimentos sobre traumatismos. A colaboração neste estudo foi totalmente voluntária e foi assegurado o anonimato tanto das crianças como dos encarregados de educação.

Após a aprovação do inquérito por parte da Direção-Geral da Educação (DGE) e posteriormente dos diretores dos Agrupamentos de Escolas de Santa Cruz da Trapa, São Pedro do Sul e Grão Vasco, (anexo D – Fig2,3,4,5,6,7,8) o questionário foi entregue aos alunos, em mãos, para que depois entregassem aos respetivos encarregados de educação. Fazem parte do Agrupamento de Santa Cruz da Trapa as escolas EB1 de Manhouce, Pólo de Carvalhais, e EB1 de Santa Cruz da Trapa; do Agrupamento de Escolas de São Pedro do Sul a Escola Básica nº1 de São Pedro do Sul, e do Agrupamento de Escolas Grão Vasco, em Viseu, as escolas EB1 da Avenida, EB1 de São Miguel e EB1 do Bairro.

A entrega e recolha dos inquéritos foram iniciadas e concluídas no período de 2016-01-16 a 2016-04-30 respetivamente. O tratamento estatístico dos dados foi realizado no programa estatístico SPSS versão 23 e o teste para a comparação das variáveis foi o teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$). Os resultados foram expressos em valores numéricos e percentuais e apresentados através de gráficos e tabelas.

A pesquisa bibliográfica foi baseada em artigos científicos, utilizando o motor de busca "PubMed"(Medline) e "EbscoHost" sem limite temporal com as seguintes palavras-chave cruzadas entre si: "Traumatismo dentário", "crianças", "fatores de risco", "conhecimentos dos pais", "epidemiologia", "etiologia".

4. Resultados

Foram obtidas 469 respostas ao questionário aplicado. A amostra de 469 alunos foi distribuída por género, dos quais 256 (54,6%) eram do sexo feminino e 213 (45,4%) eram do sexo masculino.

Na distribuição por idade obteve-se uma média de idades de aproximadamente 8 anos (anexo A, Tab.2), 84 (17,9%) tinham 6 anos, 102 (21,7%) tinham 7 anos, 118 (25,2%) tinham 8 anos, 107 (22,8%) tinham 9 anos, 50 (10,7%) tinham 10 anos, 6 (1,3%) tinham 11 anos e 2 (0,4%) tinham 12 anos, e por ano de escolaridade, 116 (24,7%) eram do 1ºano, 114 (24,3%) eram do 2º ano, 116 (24,7%) eram do 3ºano e 123 (26,2%) eram do 4ºano.

Dos 469 encarregados de educação inquiridos, 381 (81,2%) eram mães 59 (12,6%) eram pais, 13 (2,8%) eram avó/avô e 16 (3,4%) apresentavam outro tipo de parentesco como, tia/tio, ou institucionalizado. No que diz respeito ao local onde habitam, 230 (49%), moram em aldeia/vila e 239 (51%) moram na Cidade.

Relativamente ao grau de escolaridade do encarregado de educação, 30 (6,4%) apresentavam escolaridade até ao 4ºano, 317 (67,6%) apresentavam escolaridade desde o 5º até ao 12ºano e 122 (26%) encarregados de educação apresentavam licenciatura ou mestrado.

Características dos alunos	N	%
Sexo		
Feminino	256	54,6
Masculino	213	45,4
Idade		
6	84	17,9
7	102	21,7
8	118	25,2
9	107	22,8
10	50	10,7
11	6	1,3
12	2	0,4
Ano de escolaridade		
1	116	24,7
2	114	24,3
3	116	24,7
4	123	26,2

Tab.3 Características demográficas dos alunos

Características dos encarregados de educação	N	%
Tipo de parentesco		
Mãe	381	81,2
Pai	59	12,6
Avó/Avô	13	2,8
Outro	16	3,4
Habita		
Aldeia/Vila	230	49
Cidade	239	51
Grau de escolaridade		
Até ao 4ºano	30	6,4
Do 5º até ao 12º	317	67,6
Licenciatura/Mestrado	122	26

Tab.4 Características demográficas dos encarregados de educação

Quando questionados se a sua criança já tinha sofrido algum traumatismo dentário, 97 (20,7%) encarregados de educação afirmaram positivamente e 372 (79,3%) afirmaram que não sofreram. Das 97 (20,7%) crianças que sofreram traumatismo, 43 (44,3%) eram do sexo feminino e 54 (55,7%) eram do sexo masculino, havendo uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) encontrada com a ocorrência de um traumatismo dentário e o género.

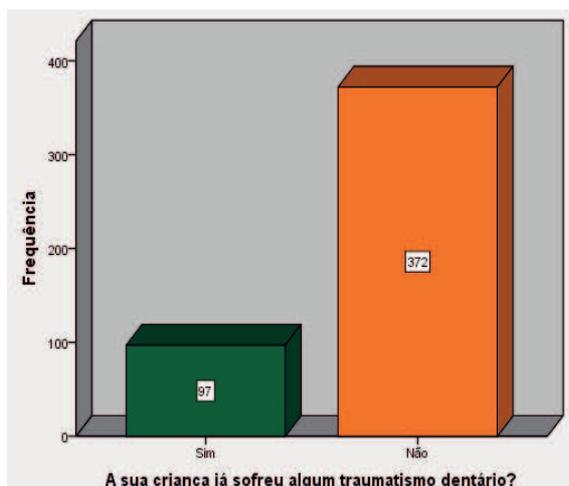


Gráfico 1: "A sua criança já sofreu algum traumatismo dentário?"

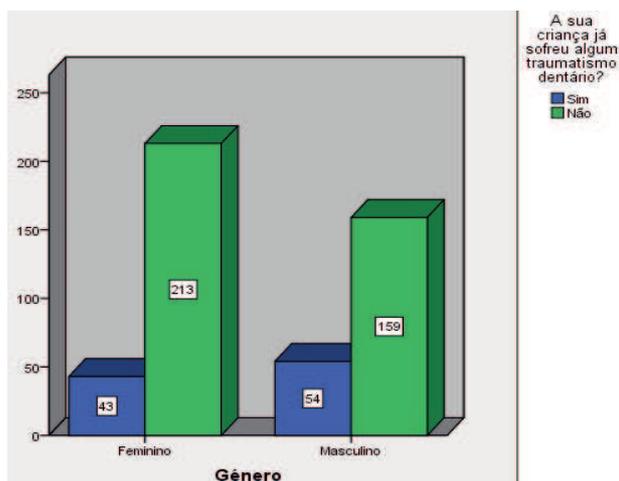


Gráfico 2: "A sua criança já sofreu algum traumatismo dentário?" vs "Gênero"

Comparando a frequência dos traumatismos dentários com a idade das crianças, 19 (19,6%) tinham 7 anos, 22 (22,7%) tinham 8 anos, e 28 (28,9%) tinham 9 anos, havendo uma diferença estatisticamente significativa entre a idade e a prevalência de traumatismos dentários ($p < 0,05$).

Não foi observada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$), quando comparada a frequência dos traumatismos com o local onde habitam, 50 (51,6%) crianças moravam na aldeia/vila e 47 (48,5%) moravam na cidade.

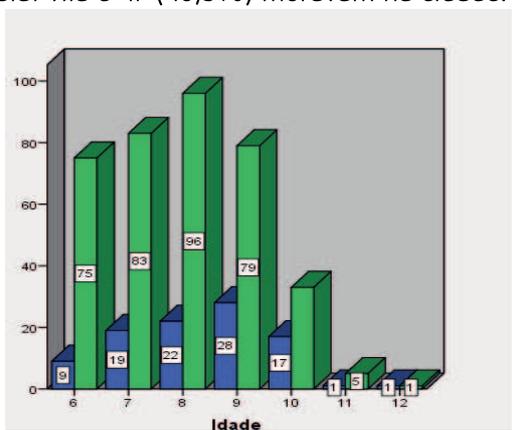


Gráfico 3: "A sua criança já sofreu algum traumatismo dentário?" vs "Idade"

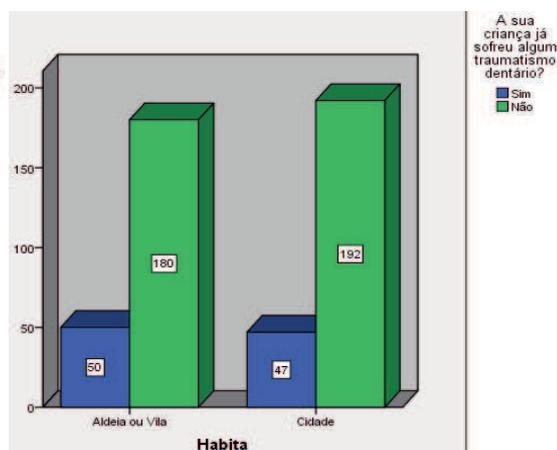


Gráfico 4: "A sua criança já sofreu algum traumatismo dentário?" vs "Habita"

De acordo com o serviço de saúde ao qual recorreriam, 325 (69,3%) inquiridos deslocavam-se em primeiro lugar ao Médico Dentista, seguido de 137 (29,2%) que recorreriam ao Hospital/Urgências e de 7 (1,5%) que iam à Farmácia.

Face à situação "Após uma queda repara que o dente da criança mudou de posição (foi mais para cima ou mais para baixo)", 414 (88,3%), encarregados de educação não faziam nada, esperavam pela opinião médica, 44 (9,4%) colocavam no sítio certo e 11 (2,3%) tiravam o dente da boca.

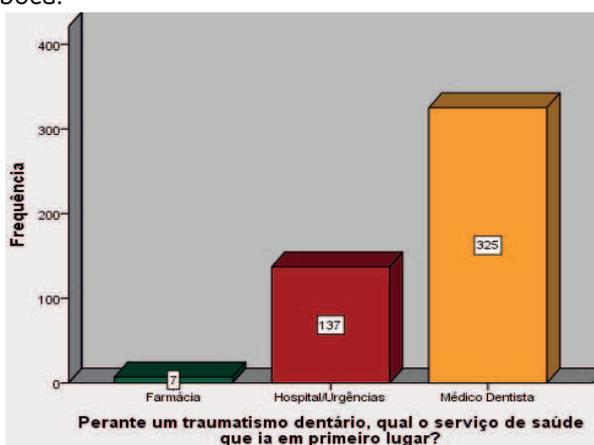


Gráfico5: "Perante um traumatismo dentário, qual o serviço de saúde que ia em primeiro lugar?"

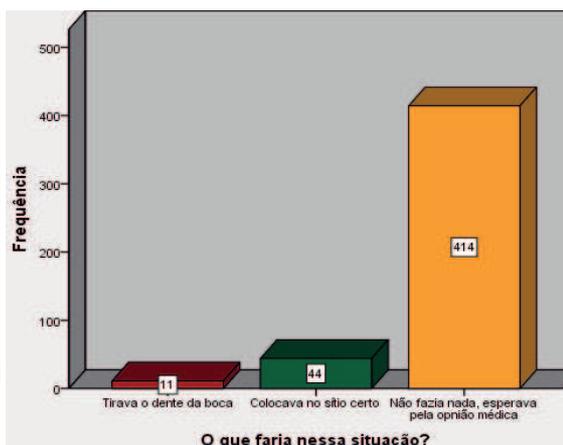


Gráfico6: "O que faria nessa situação?"

Quando questionados se iam ao Médico Dentista depois de tentar colocar o dente no sítio, 419 (89,3%) dirigiam-se ao Médico Dentista, enquanto 50 (10,7%) não iam ao Médico Dentista. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre as seguintes situações: "Se mexesse no dente de forma a metê-lo no sítio, ia depois ao Médico Dentista" e "Já recebeu alguma informação sobre traumatismos".



Gráfico7: "Se mexesse no dente de forma a metê-lo no sítio, ia depois ao Médico Dentista?"

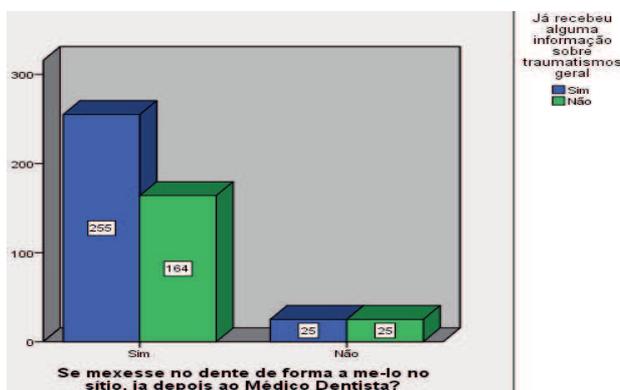


Gráfico8: "Se mexesse no dente de forma a metê-lo no sítio, ia depois ao Médico Dentista?" vs "Já recebeu alguma informação sobre traumatismos?"

Perante a situação *“Depois de uma queda de bicicleta, a criança partiu um pedaço do dente da frente”*, 274 (58,4%) acham importante procurar o pedaço do dente e 195 (41,6%) não procuravam o pedaço do dente partido. Quando questionados se o pedaço de dente pode ser colado ao dente partido, 338 (72,1%) responderam negativamente e 131 (27,9%) responderam que podia ser colado.

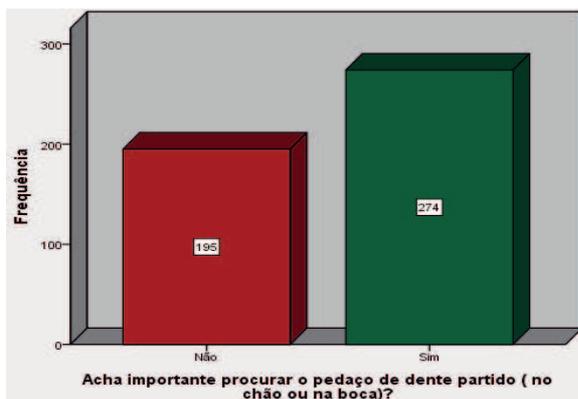


Gráfico 9: “Acha importante procurar o pedaço de dente partido?”

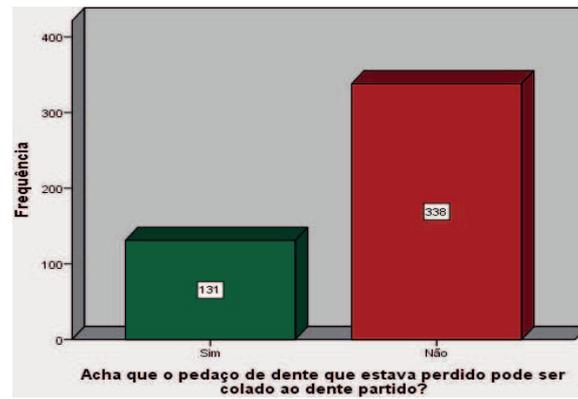


Gráfico 10: “Acha que o pedaço de dente que estava perdido pode ser colado ao dente partido?”

Na presença da situação, *“Uma criança está a brincar num baloço, desequilibra-se e cai. Após levantar-se repara que há bastante sangramento e repara que um dente definitivo saiu da boca”*, foi perguntado aos inquiridos se achavam importante procurar o dente, 334 (71,2%) disseram que seria importante e 135 (28,8%) disseram que não achavam importante.

Sobre os meios de armazenamento do dente, até ao Médico Dentista, 26 (5,5%) encarregados de educação levavam-no na saliva da criança, 37 (7,9%) em leite, 54 (11,5%) em álcool/água oxigenada, 98 (20,9%) em água e 254 (54,2%) embrulhado num papel/gaze.

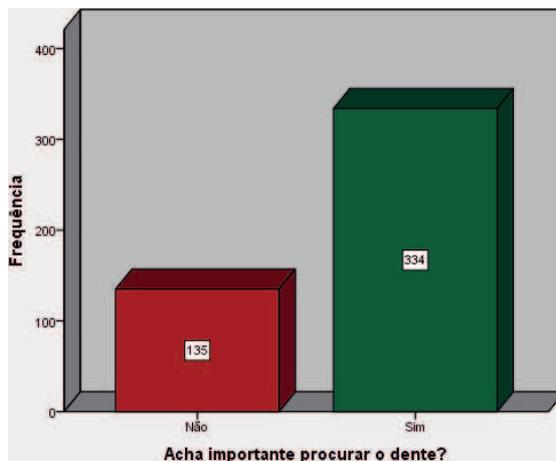


Gráfico 11: “Acha importante procurar o dente?”

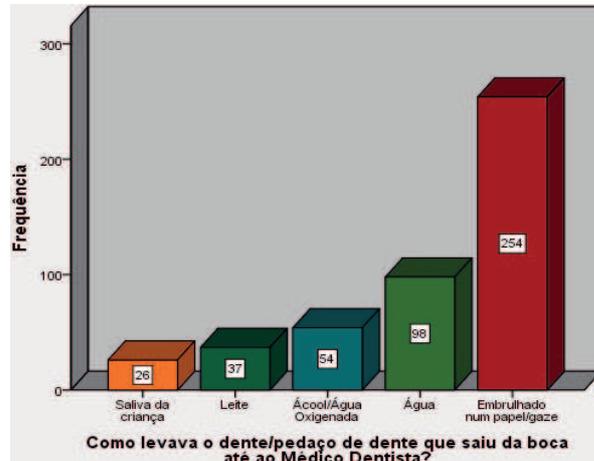
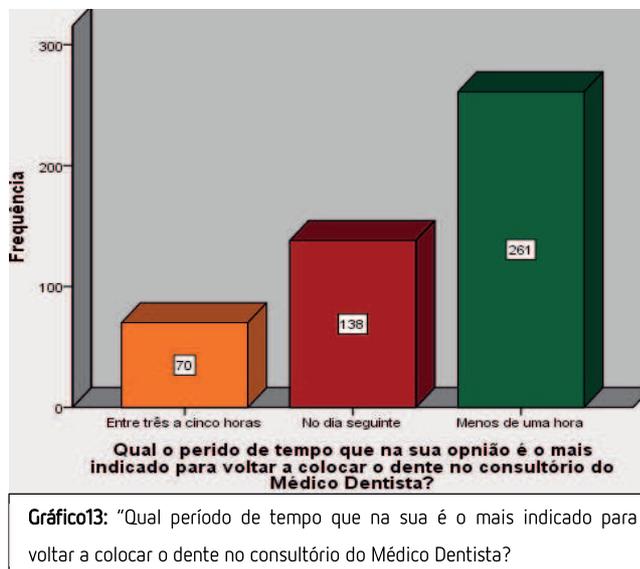
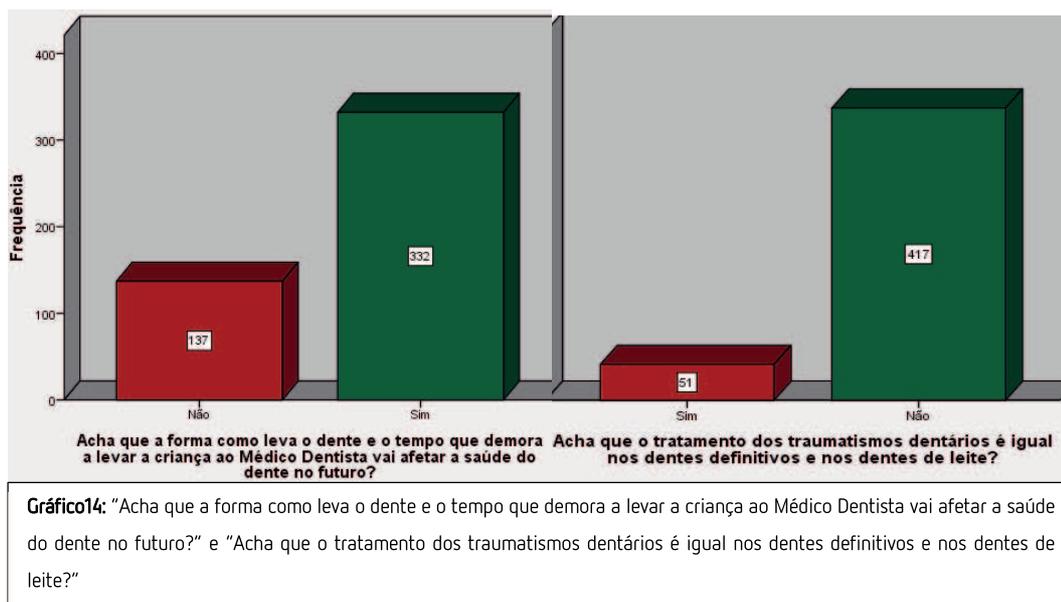


Gráfico 12: “Como levava o dente/pedaço de dente que saiu da boca até ao Médico Dentista?”

Questionados sobre o tempo indicado para ir ao Médico Dentista depois do trauma, 261 (55,7%) recorriam em menos de uma hora, 138 (29,4%) no dia seguinte e 70 (14,9%) entre três a cinco horas.



Foi também questionado se o tempo que demorava em ir ao Médico Dentista após o traumatismo teria influência na saúde futura do dente, 332 (70,8%) afirmaram que havia influência e 137 (29,2%) disseram que não havia influência. Relativamente ao tratamento dos traumatismos dentários, a maioria 418 (89,1%) afirmaram que não é igual na dentição permanente e na dentição decídua e 51 (10,9%) afirmaram que o tratamento era igual em ambas as dentições.



Quando confrontados sobre o conhecimento dos traumatismos dentários, 280 (59,7 encarregados de educação afirmavam ter adquirido conhecimento através: do Médico Dentista (n=165, 35,2%), pelos vizinhos ou ouvir falar (n=32, 6,8%), através de panfletos, rádio e/ou TV (n=83, 17,7%) enquanto 189 (40,3%) encarregados de educação não tinham conhecimentos nem sabiam do que se tratava.

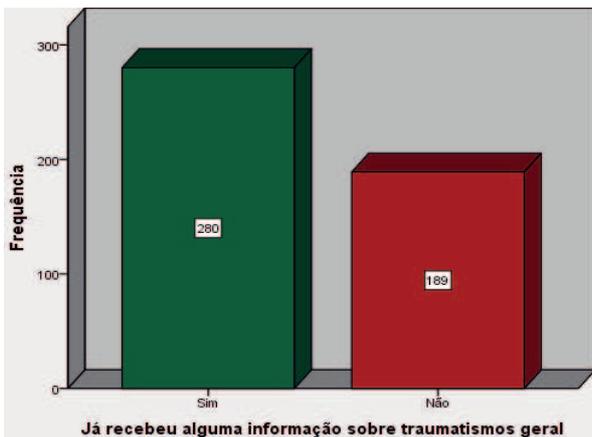


Gráfico15: " Já recebeu alguma informação sobre traumatismos?"

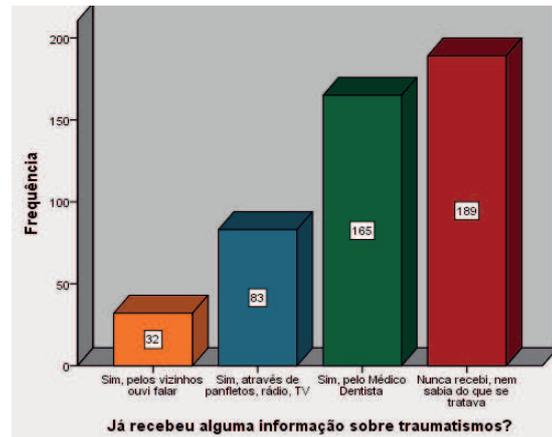


Gráfico16: " Já recebeu alguma informação sobre traumatismos?- Diferentes meios"

Foi comparada a relação entre o conhecimento dos encarregados de educação, o meio habitacional e o modo como levava o dente até ao Médico Dentista. No entanto, não se obteve uma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) na relação quer com o meio habitacional rural ou urbano quer com a forma como levava o dente até ao Médico Dentista.

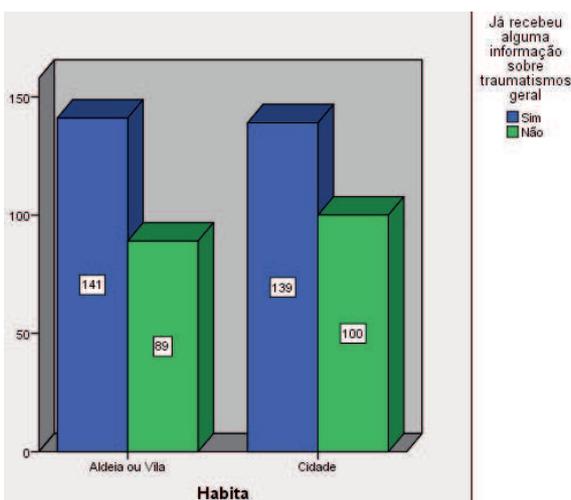


Gráfico17: " Já recebeu alguma informação sobre traumatismos?" vs "Habita"

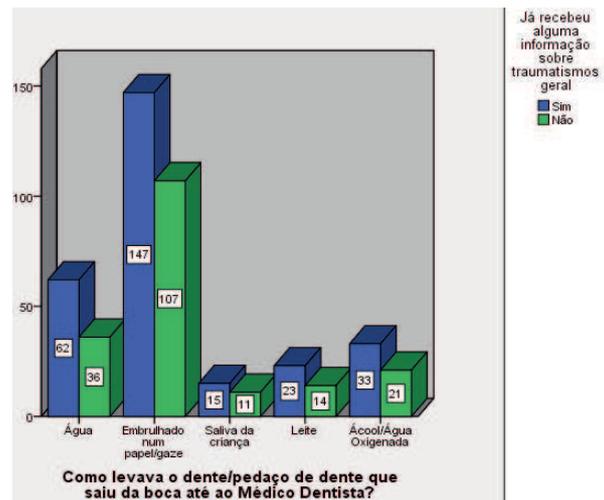


Gráfico18: " Já recebeu alguma informação sobre traumatismos?" vs "Como levava o dente/pedaco de dente que saiu da boca até ao Médico Dentista?"

Quando comparado o conhecimento sobre os traumatismos dentários e o tempo que demoravam a ir ao Médico Dentista após o acidente, dos 280 (59,7%) encarregados de educação que receberam informação, 158 (56,4%) iam em menos de uma hora, 85 (30,4%) iam no dia seguinte e 37 (13,2%) iam entre três a cinco horas até ao Médico Dentista. No entanto não se obteve uma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Cerca de 389 (82,9%) inquiridos consideraram que o professor seria responsável pela primeira atitude de emergência após um traumatismo, enquanto 80 (17,1%) não consideravam.

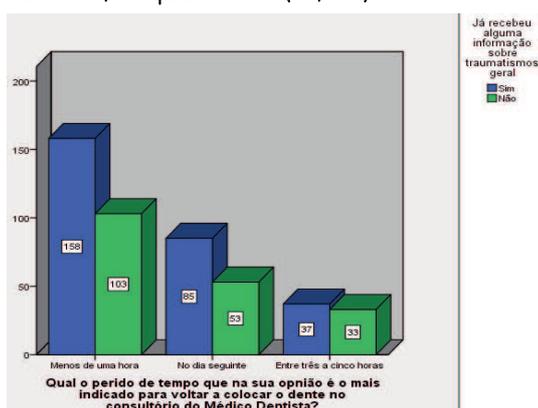


Gráfico19: " Já recebeu alguma informação sobre traumatismos?" vs "Qual período de tempo que na sua é o mais indicado para voltar a colocar o dente no consultório do Médico Dentista?"

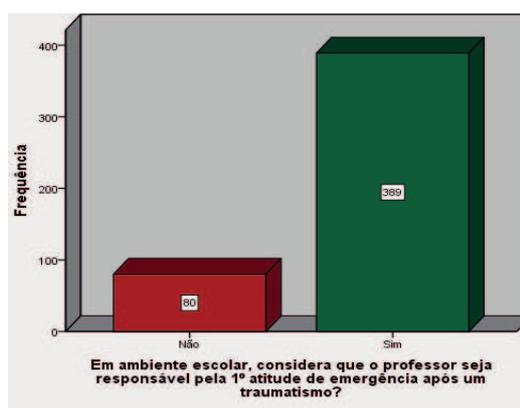


Gráfico20: " Em ambiente escolar, considera que o professor seja responsável pela 1ª atitude de emergência após um traumatismo?"

De acordo com o grau de satisfação sobre o conhecimento dos traumatismos, 192 (40,9%) dizem estar satisfeitos, enquanto 277 (59,1%) não se encontram satisfeitos. Quando questionados se achavam importante um programa educativo sobre traumatismos dentários, a maioria, 442 (94,2%) afirmaram que sim, enquanto 27 (5,8%) afirmavam que não. No entanto, 82 (17,5%) não estariam disponíveis para participar numa sessão de esclarecimentos, embora, 387 (82,5%) estivessem.

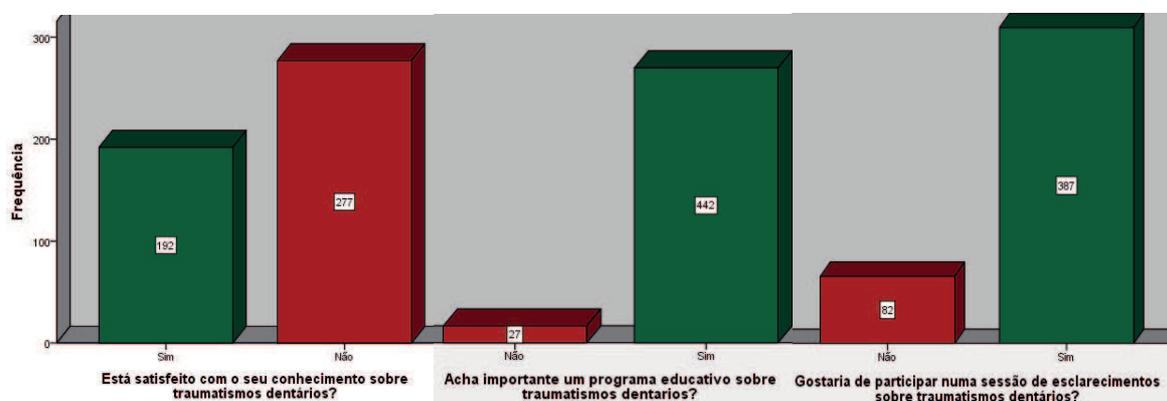
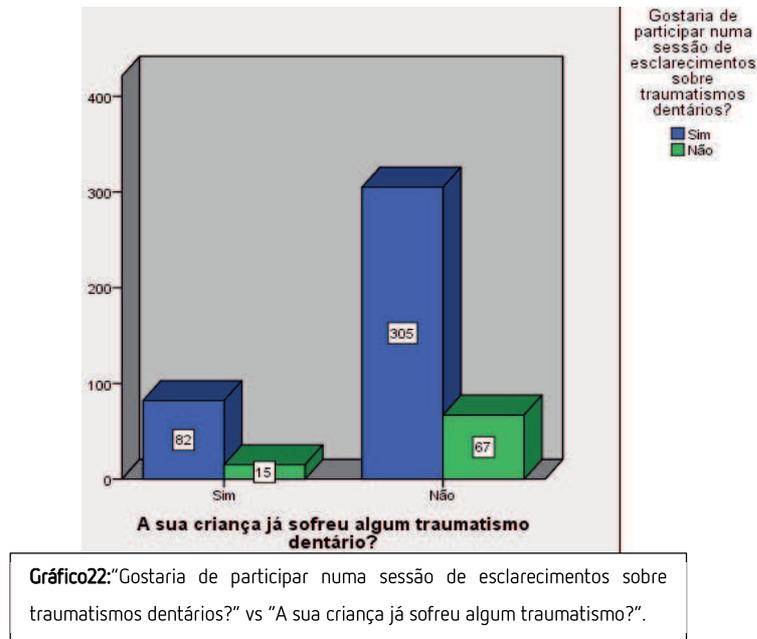


Gráfico21: "Está satisfeito com o seu conhecimento sobre traumatismos dentários" e "Acha importante um programa educativo sobre traumatismos dentários" e "Gostaria de participar numa sessão de esclarecimentos sobre traumatismos dentários"

Dos 387 encarregados de educação que não gostavam de participar numa sessão de esclarecimentos, 82 (21,2%) encarregados experienciaram um traumatismo dentário nas suas crianças e 305 (78,8%) não experienciaram um traumatismo dento-alveolar nos seus educandos. No entanto, não houve uma diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$).



5. Discussão

Os traumatismos dento-alveolares apresentam um desafio para os Médicos Dentistas em qualquer parte do Mundo. Desta forma, um correto diagnóstico, um plano de tratamento e um acompanhamento rigoroso são fundamentais para assegurar um resultado favorável.⁽²⁶⁾

De maneira a auxiliar os Médicos Dentistas, os profissionais de saúde, os pacientes e toda a população em geral, foram criadas *guidelines*, práticas e credíveis, de modo a fornecer informação para os cuidados imediatos e urgentes perante um traumatismo dentário.⁽²⁶⁾

Tendo como base as *guidelines* originais publicadas em 2007, a IADT (*International Association for Dental Traumatology*) fez uma atualização através de uma pesquisa de literatura. Estas diretrizes sofrem alterações periódicas, que também podem ser acompanhadas na DTG (*Dental Trauma Guide*) cuja última edição, até à data do presente estudo, foi realizada em janeiro de 2014. Segundo a literatura, os traumatismos tratados com base nas *guidelines* têm melhor prognóstico.⁽²⁷⁾

Inicialmente é necessário acalmar os pais/encarregados de educação e o paciente para que se consiga obter informações precisas durante a realização da anamnese.⁽²⁸⁾

É fundamental que a criança seja submetida a um exame sistemático, sendo importante perceber como, quando e onde ocorreu o acidente.^(26, 29)

De modo a sistematizar a informação obtida durante a anamnese, foram desenvolvidas fichas clínicas para permitir o registo dos dados clínicos e históricos associados ao traumatismo dentário. Pretende-se assim averiguar o desenrolar da lesão traumática nas consultas subsequentes.⁽³⁰⁾

5.1. Prevalência e etiologia dos traumatismos dentários

Os traumatismos dentários ocorrem com grande frequência em idades pré-escolares, escolares e em adolescentes. Estes traumatismos ocorrem principalmente na dentição mista e em dentes permanentes jovens imaturos, ou seja, dentes com desenvolvimento radicular incompleto. Cerca de 25% das crianças em idade escolar sofreram um traumatismo e cerca de 33% dos adultos já experienciaram um traumatismo dento-alveolar antes dos 19 anos, constituindo deste modo uma situação de urgência nos consultórios do Médico Dentista.^(9, 25, 28, 31)

São consequências dos traumatismos dentários a alteração de cor, mobilidade, necrose pulpar (podendo levar à paragem do desenvolvimento radicular), reabsorções ósseas e dentárias (reabsorção de superfície, reabsorção inflamatória e reabsorção por substituição).⁽³²⁾

A prevalência de traumatismos encontrada neste estudo, na região de Viseu, foi de 20,7%. Num estudo realizado em Portugal, no concelho do Porto, foi encontrada uma prevalência de 44,2%.⁽²⁴⁾

No presente estudo, 97 (20,7%) encarregados de educação referiram que as suas crianças sofreram um traumatismo dentário, observando-se um pico de prevalência entre 7 e os 9 anos de idade, sendo mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino havendo uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), o que corrobora com os resultados obtidos em outros estudos.^(1, 4, 8, 19, 24, 25, 28, 33-37)

A agressividade natural das crianças é considerada uma atitude normal de adaptação, aumentando com a idade e variando com o passar do tempo, entre os 6 aos 14 anos de idade, sendo o objetivo do comportamento agressivo competir e ganhar.⁽³³⁾

O facto de os rapazes sofrerem mais traumatismos do que as raparigas é explicado pelo comportamento mais energético, dinâmico e pelo tipo de atividades e desportos que praticam serem mais agressivos (desde atividades lúdicas a jogos de competição). No entanto, outros estudos referem que esta diferença tem vindo a diminuir pela inclusão das raparigas nessas atividades.^(24, 33, 36, 38)

A etiologia dos traumatismos dentários está relacionada com a idade da criança devido a quedas, colisões com pessoas ou objetos, acidentes de automóveis, desportos mais agressivos e maus tratos.^(2, 28, 33, 39) Os acidentes em crianças e adolescentes ocorrem mais frequentemente em casa e na escola.^(35, 40) Os desportos correspondem a 60% dos traumatismos na escola e as quedas ocorrem mais frequentemente em casa e na rua.^(11, 13, 21, 23, 40)

Há ainda alguns estudos^(33, 34) que referem uma relação entre a obesidade e a prevalência de traumatismos, uma vez que as crianças obesas apresentam pouca agilidade, tornando-as mais suscetíveis a acidentes e conseqüentemente a um traumatismo dentário, no entanto ainda demonstra ser um tema controverso.^(8, 33)

São fatores clínicos predisponentes a um traumatismo dentário, um *overjet* aumentado (> 3mm), protrusão, mordida aberta, classe III, proteção labial inadequada.^(3, 24, 28, 35) Outros fatores de risco como o uso *piercings* no lábio e língua e hábitos parafuncionais (onicofagia, hábito de roer canetas) também aumentam a probabilidade da ocorrência de um traumatismo.⁽¹²⁾

Alguns estudos realizados^(3,8,33,34) mostram que há uma relação entre o meio socioeconómico e os traumatismos em dentes permanentes, uma vez que os encarregados de educação que vivem nas grandes cidades e que têm maior facilidade em comprar brinquedos como bicicletas, *skates* para as crianças sujeitam-nas a uma maior possibilidade de quedas, podendo culminar num traumatismo dentário.

No presente estudo, não se verificou nenhuma associação entre a educação dos inquiridos e o conhecimento sobre traumatismos dentários nem entre o meio onde habitam, quer na aldeia/vila quer na cidade, relativamente à prevalência e conhecimento dos traumatismos dentários.

5.2. Conduta perante um traumatismo dentário

Geralmente, os pais e os professores, têm pouco conhecimento sobre a conduta adequada face a um traumatismo dentário, e quando estes ocorrem, são frequentemente direcionados para

médicos ou serviços de urgência, que em grande parte, acabam por não se preocupar com a saúde do dente envolvido no trauma. ⁽¹⁾

Neste estudo, a maioria dos encarregados de educação, 325 (69,3%) recorreriam ao Médico Dentista em primeiro lugar e 137 (29,2%) encarregados de educação recorriam ao serviço de urgência em meio hospitalar.

5.3. Traumatismos dento-alveolares

Os traumatismos dento-alveolares podem ser representados desde uma pequena fissura do esmalte (micro fraturas) até ao deslocamento ou perda definitiva da peça dentária representado efeitos negativos em termos funcionais, estéticos e psicológicos para a criança. ^(8, 29)

Alterações nos tecidos mineralizados, sensibilidade, presença de dor, mobilidade dentária, reabsorções radiculares e necrose pulpar podem ser observadas nas crianças que sofreram um traumatismo dento-alveolar. ⁽⁸⁾

As fraturas coronárias não complicadas são as mais frequentes na dentição permanente correspondendo a um terço de todos os traumatismos dentários. ⁽³²⁾ São mais frequentes na região anterior da maxila do que na mandíbula, sendo os incisivos centrais os mais atingidos uma vez que se encontram mais protruídos do que os incisivos inferiores e dessa forma tendem a receber primeiro o impacto. ^(3, 4, 33)

Segundo a literatura, a primeira atitude perante uma fratura coronária é a procura do fragmento, uma vez que este oferece bons resultados em termos estéticos. ^(26, 27)

No entanto, quando confrontados este acontecimento, 41,6% (n=195) dos inquiridos, não achavam a procura do fragmento importante e a maioria, 72,1% (n=338) afirmaram que o fragmento não podia ser aderido ao dente. O que demonstra falta de conhecimento sobre o assunto.

A luxação e subluxações compreendem 30 a 40% de todos os traumatismos dentários ⁽³²⁾ e são as segundas lesões mais comuns na dentição permanente e causam lesões no ligamento periodontal e em alguns casos na polpa. ^(9, 32)

Neste estudo e perante uma luxação, seja intrusiva, extrusiva ou lateral, 88,3% (n=414) dos encarregados de educação não faziam nada e esperavam pela opinião do Médico Dentista. Esta situação pode estar relacionada com facto dos encarregados de educação não terem informação

suficiente para um correto manuseamento do dente traumatizado. No estudo, dos 189 (40,3%) encarregados de educação que não receberam informação sobre traumatismos dentários, 167 (88,4%) esperavam pela opinião do Médico Dentista e não faziam nada.

Um dos problemas mais graves e de piores prognósticos dos traumatismos dentários é avulsão apresentando uma incidência de 1 a 16%. A avulsão de dentes permanentes é mais comum na dentição jovem, dos 6 aos 9 anos de idade.⁽³²⁾

A avulsão, deslocação do dente para fora do alvéolo, pode ser explicada devido à incompleta formação radicular e pelo fato de que as fibras do ligamento periodontal nessas idades não se encontram devidamente estruturadas, apresentando pouca elasticidade e oferecendo desta forma uma pequena resistência às forças extrusivas.^(17, 20, 26, 41)

O tratamento ideal para um dente avulsionado é o reimplante imediato de forma a provocar o menor dano possível às células da superfície radicular desta forma, um prognóstico favorável dependerá significativamente da qualidade dos procedimentos de emergência no manuseamento do dente traumatizado.⁽¹⁷⁾

Apesar dos esforços generalizados para diminuir a incidência do tétano, este continua a ser um importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. É recomendado que, se o dente avulsionado entrou em contacto com o solo, e se não há certeza de que a vacina do tétano se encontra em dia, deverá encaminhar-se o paciente para o hospital de modo a averiguar a necessidade de um reforço contra o tétano. Neste caso, o reimplante deverá ser aguardado e o dente correctamente condicionado num meio de armazenamento apropriado.⁽¹¹⁾

No que diz respeito à longevidade e manutenção do dente na arcada, o sucesso do reimplante depende de condutas prestadas ao paciente e ao dente avulsionado imediatamente após o trauma.^(15, 17, 42)

Perante uma situação hipotética, foi questionado aos encarregados de educação a forma como procediam perante a avulsão de um dente permanente. Considerando como primeira medida a procura do dente, a maioria dos encarregados de educação, 71,2% (n=334) acham importante a sua procura. No entanto deve-se ter em consideração que 28,8% (n=135) dos encarregados de educação não procuravam o dente.

Uma vez que a perda do dente é definitiva, a criança enfrentará, caso não seja feita a procura do dente, problemas relativos à imagem e auto-aceitação, conduzindo a comportamentos psicossociais alterados.⁽⁴³⁾

Nestas idades, a substituição permanente de dentes perdidos com implantes ou com reabilitação fixa, como o caso de pontes, não estão recomendadas devido aos riscos de interferir com o desenvolvimento da maxila e da mandíbula, uma vez que nestas idades ainda apresentam potencial de crescimento.⁽⁴³⁾

Apesar da reimplantação e, posteriormente, da estabilização do dente avulsionado na sua posição correta, sejam o mais desejáveis de modo a preservar as células do ligamento periodontal, nem sempre é possível.⁽⁴⁴⁾

No caso de não haver condições para o reimplante imediato, o dente deverá ser guardado num meio de modo a preservar as células do ligamento periodontal, contudo, o processo de degradação das células é progressivo e inevitável e o dente mesmo estando presente num meio de armazenamento adequado o seu uso é limitado a curtos períodos.⁽⁴⁴⁾

5.4. Meio de transporte vs Tempo de armazenamento

A procura de um único meio de armazenamento ideal capaz preservar a viabilidade das células do ligamento periodontal e da polpa é uma das questões que desperta mais interesse na pesquisa sobre traumatismos dentários. As principais características desejadas são a capacidade clonogénica, propriedades antioxidantes, ser não tóxico, apresentar uma mínima contaminação microbiana, pH e osmolaridade compatíveis, ser disponível e de fácil acesso no local onde ocorreu o traumatismo e ser de baixo custo.⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾

O uso de um meio de transporte inadequado aumenta potencialmente o risco de necrose celular levando à anquilose e à reabsorção por substituição do dente. O pH e osmolaridade do meio de transporte são mais importantes do que a composição química do meio.^(46, 48)

Alguns estudos têm mostrado que a temperatura do meio de armazenamento afetam a viabilidade das células do ligamento periodontal, mostrando que baixas temperaturas apresentam um efeito positivo na manutenção da viabilidade celular.^(45,49)

Vários estudos têm descrito diferentes meios de transporte tais como: HBSS (Hank's Balanced Salt Solution), soro fisiológico, água, saliva, leite, propolis, extrato de chá verde, água de

coco e clara de ovo.⁽⁴⁵⁾ No entanto alguns destes meios não se encontram disponíveis no local onde ocorreu o acidente.

Meio de transporte	pH	Osmolaridade (mOsm/Kg)	Eficácia	Efetividade	Propriedades	Acesso	Custo
Meio ideal	7	290-330	Excelente	O máximo tempo possível	- Apresenta capacidade clonogénica e antioxidante. - Mínima contaminação microbiana. - pH e osmolaridade compatível	++	Baixo
HBSS	7	320	Excelente	24h	- Apresenta nutrientes - Osmolaridade e pH compatíveis	--	Elevado
Soro fisiológico	7	280	Fraca	1-4h	- Não apresenta iões essenciais nem glicose. - Pode funcionar como um meio de transporte intermédio	+-	Baixo
Água	7,4-7,9	30	Muito fraca	Momentâneo	-É hipotónico - pH e osmolaridade incompatíveis - Causa rapidamente lise celular	++	Baixo
Saliva	6,8-7,2	60-70	Fraca a muito fraca	30min	- Contém substâncias prejudiciais como enzimas, bactérias e os seus sub-produtos. -Pode ser usado como um meio intermédio.	++	Baixo
Leite	6,5-6,8	230-275	Excelente	3-48h	-Apresenta capacidade clonogénica e mitogénica -Apresenta nutrientes e fatores de crescimento -É isotónico	+-	Baixo
Propolis	Sem informação	Sem informação	Excelente	60min-6h (Quanto maior o tempo de ação melhor)	- Possui capacidade anti-inflamatória, antibacteriana, antifúngica, e antioxidante. -Inibe os estágios tardios da maturação dos osteoclastos - Apresenta propriedades regenerativas dos tecidos.	--	Sem informação
Extrato de chá verde	Sem informação	Sem informação	Excelente	Sem informação	-Possui capacidade anti-inflamatória, antibacteriana, antifúngica, e antioxidante. -Apresenta um efeito anticariogénico	--	Baixo
Água de coco	4,1-5,5	Sem informação	Bom	Sem informação	- É produto estéril e natural -Contém nutrientes e minerais	--	Sem informação
Clara de Ovo	8,6-9,3	251-298	Bom	24h	-Contém nutrientes e água -Fraca contaminação microbiana	+	Baixo

Tab.5 Características, eficácia, propriedades acessibilidade e custo de cada meio de transporte ⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

A falta de conhecimento sobre o meio de armazenamento/transporte e o reimplante do dente avulsionado têm sido descritas em diversos estudos. Apenas 7,9% (n=37) dos inquiridos consideravam o leite como o melhor meio de transporte, enquanto a maioria, 54,2% (n=254) embrulhava o dente em papel/gaze optando por deixar o dente num ambiente seco, 20,9% (n=98) colocariam o dente emerso em água, 11,5% (n=54) colocariam emerso em álcool/água oxigenada e 5,5% (n=26) levavam em saliva da criança. Estudos semelhantes realizados em outros países, também mostram estes resultados corroborando a falta de conhecimento mundial sobre a temática.^(6, 37)

O fato de a maioria dos encarregados de educação 20,9% (n=98) escolherem como meio de transporte, um ambiente seco, ou seja embrulhado em papel ou gaze, poderá ser justificado pelo fato de ser um meio de fácil acesso e presente no local onde ocorreu o traumatismo.

Alguns estudos ^(11,27,42,45,46) afirmam que deixar o dente avulsionado em meio seco, embrulhado num papel, por mais de 20-30min levará à perda da normal fisiologia do metabolismo e morfologia do ligamento periodontal.

Armazenar o dente em água não é recomendado, uma vez que a osmolaridade da água é muito baixa causando rapidamente lise celular das células do ligamento periodontal, o que acontece de igual forma se for selecionado um meio de transporte seco.⁽⁴⁵⁾

Até à data do presente estudo não foi encontrado nenhum meio de transporte que possua todas as características necessárias para ser indicado como um meio de armazenamento ideal. Considera-se como melhor meio de transporte o próprio alvéolo dentário.⁽⁴⁵⁾

Tendo em conta as suas características, eficácia e disponibilidade, o leite aparece como o melhor meio de armazenamento e o seu uso é recomendado pela *International Association for Dental Traumatology* (IADT), *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) e *American Association of Endodontics* (AAE). Apesar de todas as suas qualidades, o leite não consegue regenerar as células degenerativas.⁽⁴⁶⁾

Neste estudo, a maioria dos encarregados de educação 55,7% (n=261) procurariam o Médico Dentista após a avulsão em menos de uma hora, no entanto 29,4% (n=138) recorreriam apenas no dia seguinte. Este fato poderá estar influenciado pela distância até ao Médico Dentista

mais próximo, pelo facto de estarem a trabalhar, ou em alguns casos, devido ao horário a que ocorreu o acidente, podendo as clínicas já se encontrarem encerradas.

Neste estudo, os encarregados de educação de Manhouce encontram-se aproximadamente a uma distância de 17 a 25km de Santa Cruz da Trapa e de São Pedro do Sul respetivamente, onde se encontram as clínicas Médico-Dentárias, o que poderá ter levado a escolhas de tempo mais tardias na visita ao Médico Dentista.

Quando confrontados se o tempo e a forma como levam o dente até ao Médico Dentista afetariam a saúde do dente no futuro, a maioria, 70,8% (n=332) afirmaram que sim, no entanto ainda 29,2% (n=137) os encarregados de educação afirmaram que não interferiam.

Por outro lado, quando questionados se o tratamento dos traumatismos dentários é igual na dentição permanente e na decídua, 89,1% responderam que não era igual.

5.5. Prevenção, "É tempo de agir!"

O limiar entre o sucesso e o fracasso de um dente avulsionado e reimplantado irá depender de uma conduta rápida e apropriada, de um adequado meio de transporte e conservação do dente e de uma mínima agressão à superfície radicular e ao ligamento periodontal.⁽¹⁵⁾

A estratégia de tratamento de um dente permanente que sofreu um traumatismo dentário tem por base a manutenção da vitalidade do ligamento periodontal e da polpa.⁽²⁹⁾

A falta de conhecimento no assunto foi evidente e certamente foi o fator que mais contribuiu para as respostas de algumas perguntas.

A consequência prática da falta de conhecimento é, provavelmente, o insucesso do tratamento de um traumatismo dentário uma vez que este está diretamente dependente das atitudes tomadas no momento do acidente.

No presente estudo, quando questionados se já tinham recebido alguma informação sobre o tema, 280 (59,7%) encarregados de educação afirmaram ter recebido através de vários meios como, Médico Dentista, panfletos, rádio, TV e pelos vizinhos. No entanto, quando relacionado o nível de conhecimento e o meio que utilizavam para transportar o dente, dos 280 (59,7%) encarregados de educação que receberam informação, apenas 23 (8,2%) escolheram o leite como o meio ideal, por outro lado 147 (52,5%) encarregados de educação escolheram levar o dente em meio seco.

Independentemente da idade, do nível de educação e do local onde habitam, as informações e os níveis de conhecimentos que os encarregados de educação apresentam perante um traumatismo dentário verificou-se ser fraca.

Uma vez que as crianças passam grande parte do seu tempo na escola e devido à possibilidade dos professores serem os primeiros a socorrer a criança, o seu conhecimento quanto aos procedimentos de emergência para um melhor prognóstico do tratamento clínico perante um traumatismo dento-alveolar é fundamental.

No presente estudo, e em ambiente escolar, a maioria dos encarregados de educação (82,9% n=389), consideram que os professores são os responsáveis pela primeira atitude de emergência após um traumatismo dentário. No entanto e como referido em diversos estudos, os professores não possuíam qualquer conhecimento sobre o tema. Para além dos professores, alguns encarregados de educação escreveram no questionário que funcionários e auxiliares de educação também seriam responsáveis pela primeira atitude de emergência.

A maioria dos professores afirmou não terem tido qualquer formação aquando da ocorrência de traumatismo dentário. A falta de conhecimento por parte dos professores de educação física não foi diferente, o que se torna mais preocupante uma vez que nas suas aulas, por serem mais energéticas, os seus alunos encontram-se mais predispostos a um traumatismo dentário. ⁽¹¹⁾

Apesar de 387 (82,5%) encarregados de educação terem afirmado não gostarem de participar numa sessão de esclarecimentos sobre traumatismos dentários, 305 (78,8%) não tinham experienciado uma situação de traumatismos dentários, e por não terem precisado desses conhecimentos não demonstram grande interesse pelo tema.

Os resultados deste estudo mostram a necessidade da implementação de campanhas de orientação à população geral, especialmente aos pais, aos professores e aos auxiliares de educação. As campanhas devem ser voltadas para a prevenção dos traumatismos dento-alveolares e para o esclarecimento dos procedimentos a serem tomados quando se estabeleceu o traumatismo.

Alguns estudos têm utilizado vários métodos para melhorar o conhecimento dos pais e professores, como palestras, distribuição de folhetos e cartazes. Um simples folheto dado aos pais poderá ser uma ferramenta valiosa para aumentar o conhecimento e consciência sobre a forma de

agir perante um traumatismo dentário, permitindo a um público mais amplo divulgar esta importante mensagem.⁽²³⁾

Apesar dos traumatismos dentários ocorrerem acidentalmente e serem imprevisíveis, é essencial sensibilizar e aumentar a educação perante um traumatismo dento-alveolar. Algumas medidas preventivas deverão ser implementadas, como por exemplo: ^(12, 13, 21, 37)

- Realização da primeira visita ao Médico Dentista no primeiro ano de vida da criança;
- Visitas regulares do Médico Dentista às escolas;
- Programas multidisciplinares dirigidos aos pais, aos professores, aos profissionais de saúde e à população em geral dando a conhecer, promover medidas preventivas, como por exemplo, o uso de protetor bucal;
- Estudantes da área da saúde deverão estar corretamente treinados para lidar com uma situação de traumatismos dentários;
- Realização de campanhas informativas com recurso a panfletos, palestras, *posters*, campanhas televisivas, revistas e rádio;
- Detecção de hábitos parafuncionais e comportamentos de risco para o paciente
- Despertar atenção para o malefício do uso de ornamentos intra-orais como *piercings* no lábio e língua;
- Políticas de saúde pública como simples instruções para cuidados de emergência, possibilidades de reimplantação, meio de transporte mais adequado, deverão ser desenvolvidas com o objetivo de estabelecer medidas de prevenção, de modo a reduzir a prevalência e danos causados pelos traumatismos dentários.

Durante a entrega dos questionários aos alunos, os professores do Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa, sentiram-se responsáveis por prestarem os primeiros socorros perante um traumatismo dentário, uma vez que dias antes à realização deste estudo, uma menina tinha sofrido uma luxação intrusiva no recreio durante o intervalo, tendo sido levada para o Centro de Saúde mais próximo.

Devido à falta de conhecimento geral dos professores do Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa e uma vez que acharam pertinente o tema, tanto para eles como para os alunos, o diretor do Agrupamento sugeriu a realização de uma palestra didática (anexo D, Fig.10) de modo a

preencher essa lacuna uma vez que o conhecimento dos traumatismos dento-alveolares não faz parte da formação do professor.

Desta forma, no dia 22 de abril de 2016 apresentei uma palestra intitulada "Traumatismos Dentários" e "Saúde Oral", (anexo J) com o apoio da Ordem dos Médicos Dentistas (anexo D, Fig.11, anexo F e anexo I) que para além do incentivo, me cederam dois tipos panfletos distintos que foram distribuídos aos 125 alunos e professores do Agrupamento sobre os temas propostos na palestra. Foi uma palestra muito dinâmica, divertida e enriquecedora, ficando a promessa de continuar a divulgar a importância de uma correta higiene oral e prevenção dos traumatismos dentários e o modo de agir perante os mesmos. O plano de atividades bem como a apresentação da palestra e fotografias devidamente autorizadas encontram-se em anexo (anexo E, anexo F, anexo G, anexo I).

É importante que os pais, os professores, os auxiliares de educação, as enfermeiras, os profissionais de saúde e os treinadores desportivos, que se encontram mais propensos em prestar os primeiros socorros, estejam cientes da importância de visitar o Médico Dentista após um traumatismo dentário e que conheça as atitudes de primeiros socorros perante os mesmos.

Para que haja eficácia nas campanhas educativas estas deverão ser institucionalizadas, sistemáticas e frequentes, com informações objetivas e tendo como orador o Médico-Dentista.

6. Conclusão

De acordo com os resultados obtidos concluímos que:

- O conhecimento e a abordagem dos encarregados de educação dos alunos do 1ºCiclo da região de Viseu são insatisfatório e inadequado.
- O meio de habitação, rural ou urbano, não influenciou o conhecimento dos encarregados de educação perante um traumatismo dentário.

7. Bibliografia

1. Curylofo PA LK, Silva SR. Avaliação do conhecimento de professores sobre avulsão dentária. *Arq Odontol, Belo Horizonte*. 2012;48(3):175-80.
2. Andersson L. Epidemiology of Traumatic Dental Injuries. *Journal of Endodontics*. 2013;39(3):S2-S5.
3. Oliveira LB, Marcenés W, Ardenghi TM, Sheiham A, Bonecker M. Traumatic dental injuries and associated factors among Brazilian preschool children. *Dent Traumatol*. 2007;23(2):76-81.
4. Murthy AK, Mallaiah P, Sanga R. Prevalence and Associated Factors of Traumatic Dental Injuries Among 5- to 16-year-old Schoolchildren in Bangalore City, India. *Oral Health Prev Dent*. 2014;12(1):37-43.
5. Nikam AP, Kathariya MD, Chopra K, Gupta A, Kathariya R. Knowledge and Attitude of Parents/Caretakers toward Management of Avulsed Tooth in Maharashtrian Population: A Questionnaire Method. *J Int Oral Health*. 2014;6(5):1-4.
6. Santos ME, Habecost AP, Gomes FV, Weber JB, de Oliveira MG. Parent and caretaker knowledge about avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2009;25(2):203-8.
7. Rasgado SF GP, Bulhosa JF. Avaliação da Tomada de Decisão perante Traumatismos Dentários. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2006;47(1):5-13.
8. Traebert J. CD. Epidemiologia do Traumatismo Dentário em Crianças: A Produção Científica Brasileira. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*. 2012;12(2):263-72.
9. Andreasen J. DA, Ebeleseder K., Kenny D., Sigurdsson A., Trope M., Andersso L., Andreasen JO., Day P., Heithersay G., Pohl Y. Dental Trauma Guidelines. *International Association of Dental Traumatology*. 2012.
10. American Academy of Pediatric D. Clinical guideline on management of acute dental trauma. *Pediatr Dent*. 2004;26(7 Suppl):120-7.
11. Raouf M, Zaherara F, Shokouhinejad N, Mohammadalizadeh S. Elementary school staff knowledge and attitude with regard to first-aid management of dental trauma in Iran: a basic premise for developing future intervention. *Dent Traumatol*. 2012;28(6):441-7.

12. Levin L, Zadik Y. Education on and prevention of dental trauma: it's time to act! *Dent Traumatol.* 2012;28(1):49-54.
13. Schuch HS, Goettems ML, Correa MB, Torriani DD, Demarco FF. Prevalence and treatment demand after traumatic dental injury in South Brazilian schoolchildren. *Dent Traumatol.* 2013;29(4):297-302.
14. Petersen PE, Kwan SYL, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health Organization.* 2005;83(9):677-85.
15. Ozer S, Yilmaz EI, Bayrak S, Tunc ES. Parental knowledge and attitudes regarding the emergency treatment of avulsed permanent teeth. *Eur J Dent.* 2012;6(4):370-5.
16. Ghadimi S, Seraj B, Keshavarz H, Shamshiri AR, Abiri R. The effect of using an educational poster on elementary school health teachers' knowledge of emergency management of traumatic dental injuries. *J Dent (Tehran).* 2014;11(6):620-8.
17. Araújo T, Nogueira L, Carvalho F., Gomes I., Souza S. Avaliação do Conhecimento de Pais e Educadores de Escolas Públicas do Município de São Luis, MA, Sobre Avulsão Dental. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2010;10(3):371-6.
18. Ramos-Jorge M. R-JJ, Mota-Veloso I., Oliva K., Zarzar P., Marques L. Parents' recognition of dental trauma in their children. *Dental Traumatology* 2012;29(4):266-71.
19. Quaranta A, De Giglio O, Coretti C, Vaccaro S, Barbuti G, Strohmenger L. What do parents know about dental trauma among school-age children? A pilot study. *Ann Ig.* 2014;26(5):443-6.
20. Oliveira TM, Moretti ABS, Santos CF, Sakai VT, Silva TC, Machado MA. Knowledge and attitude of mothers with regards to emergency management of dental avulsion. *Journal of dentistry for children (Chicago, Ill).* 2007;74(3).
21. Singh M, Ingle NA, Kaur N, Yadav P. Evaluation of knowledge and attitude of school teachers about emergency management of traumatic dental injury. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry.* 2015;5(2):108-13.
22. Junges R, Celeste RK, Pizzatto LN, dos Santos Gatti F, Abegg C, Werner Samuel SM. Elementary Schoolteachers' Knowledge and Decision-making Regarding Dental Trauma. *Oral Health Prev Dent.* 2015;13(4):357-64.

23. Vergotine RJ, Koerber A. The Relationship of Dental Visits to Parental Knowledge of Management of Dental Trauma. *Pediatric dentistry*. 2009;32(4):329-32.
24. Marinho ACMR, Manso MC, Colares V, de Andrade DJC. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em adolescentes no concelho do Porto. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2013;54(3):143-9.
25. Kane AW, Babacar T, Moustapha D, Malick M, Mouhamed S, Yves B. Attitude and knowledge of primary school teachers of initial management of dental trauma. *Journal of Oral Health & Research*. 2011;2(2):51-4.
26. Andreasen JO, Andreasen FM. *Traumatismo Dentário: Soluções clínicas*. São Paulo: Editorial Médica Panamericana; 1991.
27. Sigurdsson A. *The Treatment of Traumatic Dental Injuries*. Endodontics: Colleagues for excellence. 2014.
28. Sanabe ME, Bezerra CL, Regina CC, B. A-e-LFC. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Revista Paulista de Pediatria*. 2009;27(4):447-51.
29. Dentistry AAoP. Guideline on Management of Acute Dental Trauma. *American academy of pediatric dentistry*. 2011:230-8.
30. Bakland LK, Andreasen JO. Dental traumatology: essential diagnosis and treatment planning. *ENDODONTIC TOPICS*. 2004;7:14-34.
31. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2012;28(1):2-12.
32. Sigurdsson A, Trope M, N. C. O Papel da Endodontia após o Traumatismo Dentário. In: Elsevier, editor. *Caminhos da Polpa*2007. p. 565-97.
33. Soriano EP, Caldas Ade F, Jr., Diniz De Carvalho MV, Amorim Filho Hde A. Prevalence and risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren. *Dent Traumatol*. 2007;23(4):232-40.

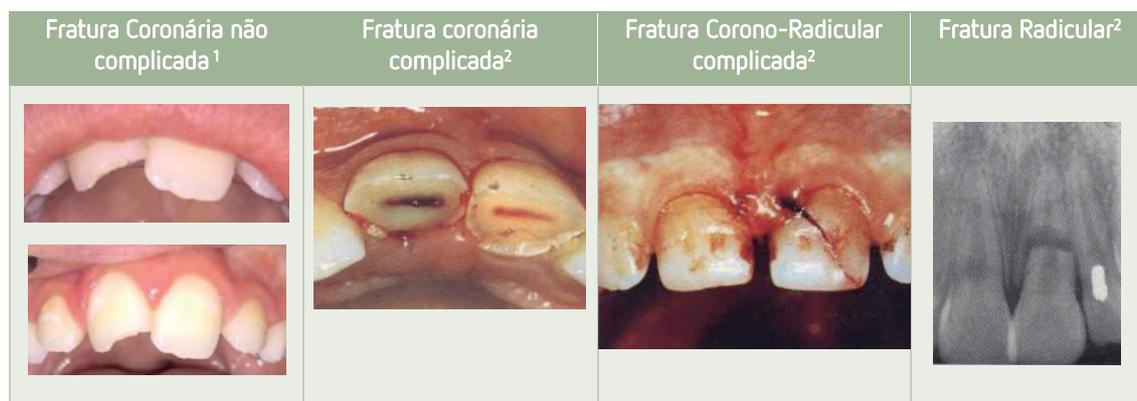
34. Basha S, Mohammad RN, Swamy HS, Sexena V. Association between Traumatic Dental Injury, Obesity, and Socioeconomic Status in 6- and 13-Year-Old Schoolchildren. *Soc Work Public Health*. 2015;30(4):336-44.
35. Paiva PCP, Paiva HN, Jorge KO, Filho PMdO. Estudo transversal em escolares de 12 anos de idade sobre a necessidade de tratamento, etiologia e ocorrência de traumatismo dentário em Montes Claros, Brasil. *Arq Odontol*, Belo Horizonte. 2013;49(1):19-25.
36. Mota LQ. Estudo do Traumatismo Dentário em Escolares do Município de João Pessoa, PB, Brasil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2011;11(2):217-22.
37. Mehrabkhani M, Ajami B, Parisay I, Bolboli A, Akbarian G. Knowledge of Emergency Management of Traumatized Teeth among Schoolteachers in Mashhad, Iran. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2015;9(2):121-5.
38. Berti M. Avaliação do Conhecimento de Professores do Ensino Fundamental sobre o Tema Avulsão Dentária. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2012;11(3):381-6.
39. Goettens ML, Castilhos ED, Torriani DD. Fratura Dentária em Crianças no Rio Grande do Sul: análise dos dados do levantamento SB-Gaúcho 2002/2003. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2009;50(3):23-6.
40. Young C, Wong KY, Cheung LK. Emergency management of dental trauma: knowledge of Hong Kong primary and secondary school teachers. *Hong Kong Med J*. 2012;18(5):362-70.
41. Krishnan B, Joseph J. Knowledge of basic dental physiology among teachers can improve preliminary management of acute dental avulsion in school children. *International Journal of Clinical and Experimental Physiology*. 2015;1(1):63-7.
42. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G, Trope M, Diangelis AJ, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2012;28(2):88-96.
43. Al-Jame Q, Andersson L, Al-Asfour A. Kuwaiti parents' knowledge of first-aid measures of avulsion and replantation of teeth. *Med Princ Pract*. 2007;16(4):274-9.
44. Petrovic B, Markovic D, Peric T, Blagojevic D. Factors related to treatment and outcomes of avulsed teeth. *Dent Traumatol*. 2010;26(1):52-9.

45. Poi WR, Sonoda CK, Martins CM, Melo ME, Pellizzer EP, de Mendonca MR, et al. Storage media for avulsed teeth: a literature review. *Braz Dent J.* 2013;24(5):437-45.
46. Gomes MCB, Westphalen VPD, Westphalen FH, Neto UXdS, Fariniuk LF, Carneiro E. Study of storage media for avulsed teeth. *Brazilian Journal of Dental Traumatology.* 2009;1(2):70-6.
47. Udoye CI, Jafarzadeh H, Abbott PV. Transport media for avulsed teeth: a review. *Aust Endod J.* 2012;38(3):129-36.
48. Habibullah MA, Madhavan S, B H, Amanna EN. Natures transport media for avulsed tooth - a short review. *International journal of advanced research.* 2015;3(7):503-5.
49. Souza BD, Luckemeyer DD, Reyes-Carmona JF, Felipe WT, Simoes CM, Felipe MC. Viability of human periodontal ligament fibroblasts in milk, Hank's balanced salt solution and coconut water as storage media. *Int Endod J.* 2011;44(2):111-5.

- ANEXOS CAPÍTULO I -

**Conhecimento dos encarregados de educação dos
do 1ºCiclo da região de Viseu perante um
traumatismo dentário. Rural vs Urbano**

A. Imagens do traumatismo dentário



Tab.1 Imagens dos traumatismos dentários ⁽¹⁾⁽²⁾

(1)Fotografias da minha autoria; (2) Fotografias retiradas do livro: "Traumatismos dentários: Soluções clínicas"

Estatísticas

Idade

N	Válido	469
	Omisso	0
Média		7,9211
Desvio Padrão		1,33019

Tab.2 Média das idades dos alunos



Fig.1 Luxação extrusiva, com fratura da tábua óssea e fratura coronária do 11 e 21 ⁽¹⁾

(1)Fotografia gentilmente cedida pelo Dr. Carlos Morais

B. Informação aos encarregados de educação sobre o inquérito



Exmo(a). Sr(a) Encarregado(a) de Educação,

O objetivo deste inquérito é recolher informação sobre o conhecimento dos Encarregados de Educação sobre traumatismos dentários. Desta forma pedia o seu contributo no preenchimento deste inquérito de modo a colaborar no avanço do conhecimento científico.

A resposta a este inquérito é Confidencial, sendo que os dados serão analisados e os resultados tratados e posteriormente divulgados a toda a comunidade escolar. Não há respostas certas ou erradas em qualquer uma das perguntas, pedia-lhe a sua opinião pessoal e sincera. Agradeço desde já a sua colaboração.

Atenciosamente,

Michelle Lourenço, *Aluna do 5ºano de Medicina Dentária do Instituto Universitário Ciências da Saúde (IUCS).*

C. Inquérito



Conhecimento dos encarregados de educação dos alunos do 1ºCiclo da região de Viseu perante um traumatismo dentário - Rural vs Urbano

O objetivo deste inquérito é avaliar o nível de conhecimento dos encarregados de educação dos alunos do 1ºCiclo sobre o conhecimento/abordagem perante um traumatismo dentário na dentição permanente e os fatores que influenciam esse conhecimento.

Parte I	
Sexo do aluno: Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Idade _____ Ano escolaridade _____
Tipo de Parentesco: Mãe <input type="checkbox"/>	Habita: Aldeia <input type="checkbox"/> Vila <input type="checkbox"/> Cidade <input type="checkbox"/>
Pai <input type="checkbox"/>	Grau de escolaridade: _____
Avó/Avô <input type="checkbox"/>	
Outro: _____	

Parte II

1. A sua criança já sofreu algum traumatismo dentário (*dente partido, dente que saiu do sítio*)?
 Sim Não
2. Perante um traumatismo dentário, qual o serviço de saúde que ia em primeiro lugar?
 Hospital- urgências
 Farmácia
 Médico dentista
 Não tenho ideia
3. Após uma queda repara que o dente da criança mudou de posição (*foi mais para cima ou mais para baixo*).
 - 3.1. O que faria nessa situação? (escolha apenas uma opção)
 Colocava dente no sítio certo
 Tirava o dente da boca
 Não fazia nada, esperava pela opinião médica
 - 3.2. Se mexesse no dente, de forma a metê-lo no sítio, ia depois ao Médico Dentista?
 Sim Não
4. Depois de uma queda de bicicleta, a criança partiu um pedaço do dente da frente.
 - 4.1. Acha importante procurar o pedaço de dente partido (no chão ou na boca)?
 Sim Não
 - 4.2. Acha que o pedaço de dente que estava perdido pode ser colado ao dente partido?
 Sim Não

5. *Uma criança está a brincar num baloiço, desequilibra-se e cai. Após levantar, repara que há bastante sangramento e repara que um dente definitivo que saiu da boca.*

5.1. Acha importante procurar o dente?

Sim Não

5.2. Como levava o dente/ pedaço de dente que saiu da boca até ao Médico Dentista?

Água Leite
 Embrulhado num papel/gaze Álcool/Água oxigenada
 Saliva da criança

5.3. Qual o período de tempo que na sua opinião é o mais indicado para voltar a colocar o dente no consultório do Médico dentista?

Menos de uma hora
 Entre três a cinco horas
 No dia seguinte

5.4. Acha que a forma como leva o dente e o tempo que demora a levar a criança até ao Médico dentista vai afetar a saúde do dente no futuro?

Sim Não

5.5. Acha que o tratamento dos traumatismos dentários é igual nos dentes definitivos e nos dentes de leite?

Sim Não

Parte III

6. Já recebeu alguma informação sobre traumatismos dentários?

Sim, pelo Médico dentista Sim através de panfletos, rádio, TV
 Sim pelos vizinhos, ouvi falar Nunca recebi, nem sabia do que se tratava

7. Em ambiente escolar, considera que professor seja responsável pela 1ª atitude de emergência após um traumatismo dentário?

Sim Não

8. Está satisfeito com o seu conhecimento sobre traumatismos dentários?

Sim Não

9. Acha importante um programa educativo sobre traumatismos dentários?

Sim Não

10. Gostaria de participar numa sessão de esclarecimentos sobre traumatismos dentários?

Sim Não

D. Autorizações



Pedido de Autorização

Tipo de trabalho: Relatório final de estágio do Mestrado integrado de Medicina dentária

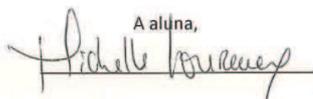
Candidato: Michelle dos Santos Costa Lourenço

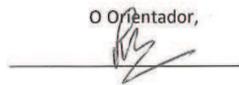
Orientador: Paulo Rompante (Professor doutor)

Eu, Michelle dos Santos Costa Lourenço, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária do Instituto Universitário Ciências da Saúde (IUCS), venho por este meio pedir autorização para implementação do inquérito validado de acordo com metodologia informacional, guidelines, sobre o conhecimento dos encarregados de educação de uma população escolar do 1º ciclo de Viseu.

Os dados obtidos estão ao abrigo do sigilo e confidencialidade e a sua utilização está ao abrigo das regras da investigação epidemiológica.

Pede deferimento,

A aluna,


O Orientador,




CESPU - INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
(ANTERIOR INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - NORTE)
DENOMINAÇÃO E RECONHECIMENTO DE INTERESSE PÚBLICO ALTERADOS PELO DECRETO-LEI Nº 57/2015, DE 20-04
RUA CENTRAL DE GANDRA, 1317 . 4585 116 . GANDRA PRO . T.:+351 224 157 100 . F.:+351 224 157 101
CESPU - COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO, CRL
CONTIR. 501 577 840 . CAP. SOCIAL 1.250.000.00 EUR . MAT.CONS. R. C. PORTO Nº 216 . WWW.CESPU.PT

Fig.2 Pedido de autorização para anexar no site DGE

mime-noreply@gepe.min-edu.pt
para mim ▾

02/12/15 ☆ ↶ ▾

Exmo(a)s. Sr(a)s.

Foi registado no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (<http://mime.gepe.min-edu.pt>) um pedido de autorização de inquérito com os seguintes dados:

- Número de registo: 0523400001
- Nome da Entidade: Michelle dos Santos Costa Lourenço
- Nome do Interlocutor: Michelle dos Santos Costa Lourenço
- Designação do inquérito: Conhecimento dos encarregados de educação dos alunos do 1 ciclo da região de Viseu sobre traumatismos dentários- Rural vs Urbano

Podem consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Este pedido vai ser analisado pela Direção-Geral da Educação (DGE) do Ministério da Educação e Ciência, e a decisão tomada será comunicada via e-mail.

Desde já agradecemos a sua colaboração, e brevemente entraremos em contacto consigo.

Fig.3 Registo do inquérito no site da DGE

Fig.4 Registo do inquérito no site da DGE

Fig.5 Pedido de aprovação do inquérito - aprovado

Autorização para a realização de um inquérito ao 1º ciclo do agrupamento Caixa de entrada x

Secretaria AESCT < para mim > 01/12/15 ☆ ↶ ↷

Bom Dia Sra. Michelle Lour

Venho por este meio dar a autorização para a realização do inquérito, informando que são 123 o numero de alunos do 1º ciclo.

Com os melhores cumprimentos,

A Assistente técnica,
Susana Vaz

--

AESCT - Agrupamento de Escolas de Sta. Cruz da Trapa - 160465

Sede: Escola Básica Integrada de Santa Cruz da Trapa

Eiras - Av. S. Mamede do Baroso, n.º 112

3660-255 Santa Cruz da Trapa

Tel. (+351) 232 700 050

Fig.6 Autorização do Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa

José Manuel Gonçalves < para mim > 16/02 ☆ ↶ ↷

Boa tarde.

Como a minha vida é um sufoco, não tem sido fácil responder a todos os pedidos.

O melhor será, com base nos mails que indico abaixo, entreres em contacto com os docentes, para agendares a aplicação.

Nenhum colocou qualquer objeção, pelo que estão disponíveis.

Fig.7 Autorização do Agrupamento de Escolas de São Pedro do Sul

contacto Investigação Caixa de entrada x

António Costa < para mim > 5/04 ☆ ↶ ↷

Michelle Lourenço

De acordo com o solicitado, envio os e-mails dos Coordenadores de Escola, como os quais deverá entrar em contacto, para poder fazer as visitas às escolas, tendo em vista o seu trabalho de investigação.

Com votos de Bom Trabalho
O Coordenador do 1ºCEB
António Amaral

Fig.8 Autorização do Agrupamento de Escolas de Grão Vasco

Ação de sensibilização para alunos acerca de saúde oral Caixa de entrada x

GAAF < para mim > 23/02 ☆ ↶ ↷

Cara Michelle,

Na sequência do contacto telefónico previamente estabelecido, venho por este meio confirmar a data da ação para dia 15 de abril de 2016 (sexta-feira).

Nó que concerne ao cronograma, propomos a seguinte distribuição:

EB de Manhouce - 9.30h (11 alunos)
EBI de S. Cruz da Trapa - 14.00h (62 alunos)
Centro Escolar de Carvalhais - 15.15h (51 alunos)

Pretende-se que as sessões sejam de 45 minutos e solicita-se o envio do tema e objetivos que deseja abordar, se possível, antes da próxima quarta-feira (2 de março), visto que necessita de aprovação em Conselho Pedagógico.

Aproveitamos para a indagar sobre a possibilidade de colaborar, ao nível do pré-escolar, num outro dia que lhe seja mais conveniente.

Ficamos a aguardar a sua resposta, agradecendo, desde já, a disponibilidade demonstrada.

Susana Oliveira
Psicóloga do Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa

Fig.9 Pedido para a realização de uma palestra no Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa

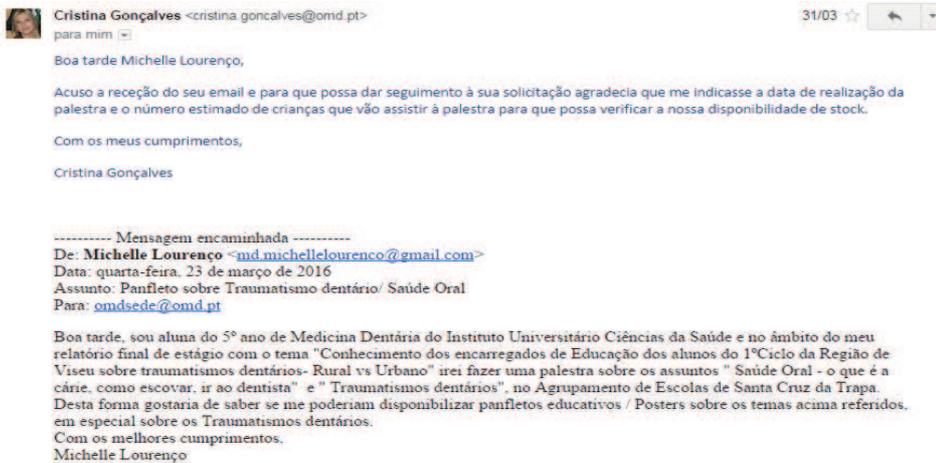


Fig.10 Ajuda da Ordem dos Médicos Dentistas no fornecimento dos panfletos para a palestra.

E. Plano de atividades para a palestra – “Saúde Oral – Traumatismos Dentários”

Oradora: Michelle Lourenço

Plano de Atividades – Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa

Abordagem dos temas: (Duração aproximadamente 45/50min)

- Saúde oral na criança

Apresentação de dois power point's sobre:

1. Traumatismos dentários – Aconteceu e agora?
2. Cárie dentária

Alimentos Cariogénicos (Alimentos *bons vs maus*)

Importância da escovagem dentária

Visualização de vários vídeos: (que vão sendo intercalados com as apresentações e entregas das atividades)

1. Como higienizar
2. Os defensores dos dentes
3. Dr. Dentolas

Entrega de atividades lúdicas para pintar e jogos de raciocínio

- Entrega de um folheto sobre o que fazer perante um traumatismo
- Dicas para partilhar em família
- Poster – “ Torna-te defensor dos dentes” – Metodologia para a escovagem dentária
- Entrega de desenhos, pinturas, labirintos para motivação à higiene.

Realização de um desafio sobre motivação à higiene → Implementação da escovagem após o almoço. Os alunos serão motivados a trazerem de casa um kit que contenha uma escova e pasta, para que após as refeições higienizem a cavidade oral

F. Folhetos



Fig.11 Panfletos – “Traumatismo dentário” e “Saúde oral da criança” cedidos pela Ordem dos Médicos Dentistas

G. Autorização para publicação das fotografias

INFORMAÇÃO/AUTORIZAÇÃO

No dia 22 de abril, haverá uma ação de sensibilização intitulada **“Saúde Oral na criança”**, em sessões de 45/50 minutos, levada a cabo pela finalista do 5.º ano do Curso de Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS), Michelle Lourenço. Ao longo da sessão, serão apresentados *PowerPoints*, bem como serão visualizados vídeos e realizadas atividades lúdicas relacionadas com o tema.

Assim, a professora vem por este meio questionar o encarregado de educação do aluno(a) _____, turma _____ ano _____ se pode aparecer nas fotografias para mais tarde serem colocadas na página da nossa escola e no site da Ordem dos Médicos Dentistas.

Sim _____ Não _____ Assinatura _____

H. Palestra – “Saúde Oral- Traumatismo Dentário”



1º Manter a Calma

2º Apresenta algum sinal e/ou sintoma fora do normal?

Sim hospital

Não

3º Procurar o dente

Segurar pela coroa

4º Lavar o dente

Soro fisiológico
Leite

Colocar ao sítio

Médico Dentista

5º Colocar o dente num copo

Leite

Soro fisiológico

Salina

Seco

6º Ir o mais rápido ao Médico Dentista

20 min

...Se partir um pedaço do dente

Pedaço do dente

Pode ser colado ao dente

Depende

Tamanho

Perda de fragmento

20 min

Como prevenir?

Má oclusão

Quedas

Protetores bucais

Quando os dentes da frente não contactam com os de baixo, os dentes podem parecer/cair/ou problema

Crianças com capacidade motora limitada, ou muito ativas. Cuidado redobrado e uso de proteção na realização de atividades como: andar de bicicleta, skate (capacete, protetores...)

Use para atividades desportivas ou atividades radicais (Ex: Futebol, Rugby...)
É recomendado, juntamente com o capacete, quando se anda de bicicleta.

Como prevenir?

Uso do cinto de segurança



Usar cinto de segurança bem como o uso dos acetos especiais obrigatórios

Segurança na escola
Segurança em casa



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SAÚDE ORAL

-Michelle Lourenço-



Quantos dentes temos?



Os incisivos têm um punho afiado, que serve para morder e cortar os alimentos.

Os caninos têm uma ponta aguda, que serve para furar e rasgar os alimentos.

Os pré-molares possuem uma superfície superior mais larga para esmagar e triturar os alimentos.

Os molares, grossos e sua anatomia, são ideais para moer os alimentos.

Funções da boca?



Mastigar

Falar

Sorrir

Saborear



Há uma idade certa para começar a lavar os dentes?

Qual o sorriso mais bonito?



Dentes saudáveis?



Dentes com bactérias?

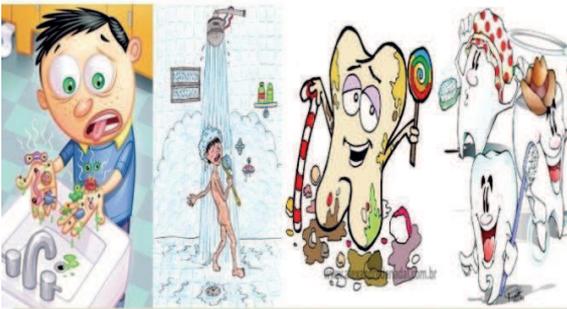
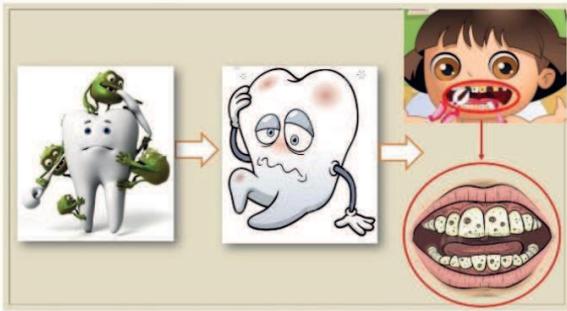


O que é a cárie?



Por que razão os nossos dentes têm cáries?



I. Fotografias da palestra e divulgação nas redes sociais pela Ordem dos Médicos Dentistas e pelo Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa



Fig.12 Fotografias durante a palestra



Fig.13 Fotografias durante a palestra

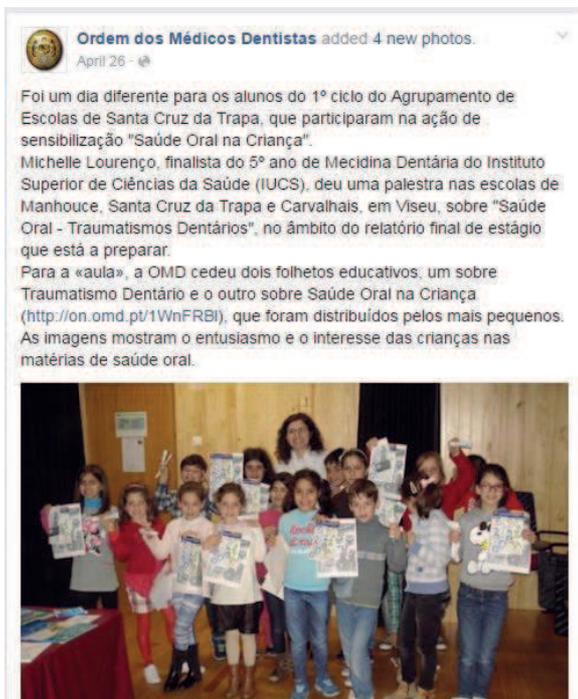


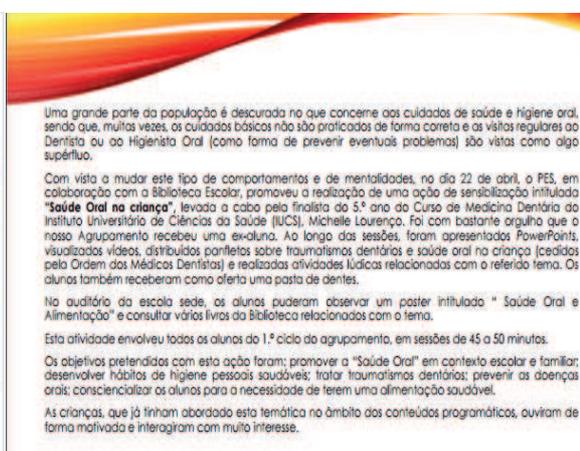
Fig.14 Divulgação da palestra pela OMD



Fig.15 Divulgação da palestra pelo Bastonário da OMD



Fig.16 Divulgação da palestra pelo Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa



Capítulo II- Relatórios de Estágio

1. Resumo

Durante o ano letivo 2015/2016 o Estágio de Medicina Dentária foi dividido em 3 áreas: Estágio de Clínica Geral Dentária, Estágio de Clínica Hospitalar e Estágio de Saúde Oral Comunitária.

2. Introdução

O Estágio de Medicina Dentária corresponde a um período devidamente supervisionado e orientado em que o aluno entra em contacto com a prática clínica, preparando-o para o exercício profissional futuro.

3. Relatório de Atividades por Unidade Curricular

3.1. Estágio de Clínica Geral Dentária

O Estágio de Clínica Geral Dentária teve lugar na Unidade Clínica Nova Saúde – Gandra (IUSC).

Durante o período de férias do verão e do natal, beneficiei da oportunidade de frequentar e adaptar-me ao ambiente do Estágio de Clínica Geral Dentária (21/07/2015 a 05/08/2015, de 08/09/15 a 11/09/15 de 21/12/15 a 22/12/15 e a 22/03/16). Durante o 1º e 2º semestre 2015/09/12 a 2016/06/17, este decorreu às terças-feiras das 19h até às 24h e foi supervisionado pelo professor Mestre João Baptista e pela professora Paula Malheiro. No total o Estágio de Clínica Geral Dentária teve 280 horas e durante este estágio foram efetuados os atos clínicos que se encontram em anexo (anexo A Tab.1).

3.2. Estágio de Clínica Hospitalar

O Estágio de Clínica Hospitalar, cujo regente é o Professor Doutor Fernando Figueira, foi supervisionado pela professora Mestre Ana Azevedo. Este Estágio decorreu às terças-feiras entre as 14h e as 17h30 (12/09/2015-17/06/2016), no serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar do São João- Valongo, localizado em Valongo. No total o Estágio de Clínica Hospitalar teve 196 horas e durante este estágio foram efetuados os atos clínicos que se encontram no anexo B, Tab.2

3.3. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral Comunitária, cujo regente é o Sr. Professor Doutor Paulo Rompante, decorreu às quartas-feiras entre as 9h e as 12h30 (2015/09/12-2016/06/17), com um

total de 196 horas. Numa primeira fase, no IUCS, e com a sua monitorização, foram elaborados todos meios e métodos de sensibilização a realizar segundo o Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral, que se encontram no plano de atividades em anexo (anexo C, Tab.3).

Numa segunda fase nas escolas anexadas no anexo C, Tab.3, em Valongo, Escola Básica de Susão e em Paredes, Escola Básica da Serrinha, foram realizadas ações de sensibilizações que incluíam: folhetos informativos para os pais, atividades lúdico-didáticas, apresentações PowerPoint apropriado à idade abordando temas como noções básicas sobre Saúde Oral, método de escovagem e hábitos saudáveis.

4. Considerações Finais

A meu ver, estas três áreas que formam o Estágio em Medicina Dentária corresponderam em grande parte às minhas expectativas no início do ano académico.

No Estágio de Clínica Geral Dentária, e face ao rigor, experiência e profissionalismo por parte dos professores supervisores o balanço foi positivo, pois permitiram-me desenvolver aptidões práticas como experiência, autonomia, autoconfiança e ética na prestação de cuidados de Saúde oral.

O Estágio Clínico Hospitalar permitiu-me experienciar a prática clínica no interior de um Serviço Público Hospitalar, através da prática clínica em pacientes com quadros clínicos muito variados. Penso que a experiência e confiança transmitida pela Professora supervisora foram fundamentais para que houvesse tamanha evolução na minha prática clínica.

Por fim, o Estágio em Saúde Oral Comunitária possibilitou-me interagir com uma população mais jovem e mais difícil de motivar o que me permitiu ligar com diferentes personalidades dos mais novos.

- ANEXOS CAPÍTULO II -

A. Estágio de Clínica Geral Dentária

B. Estágio de Clínica Hospitalar

C. Estágio em Saúde Oral Comunitária

A. Estágio de Clínica Geral Dentária

Ato clínicos	Como operador	Voluntariado	Assistente
Triagem	2	5	
Dentisteria	8	20	9
Endodontia	13	4	10
Destartarização	2	6	6
Exodontia	2	1	1
Consultas simples	1	3	6
Reabilitação oral	2	2	

Tab. 1 Número de atos realizados durante o Estágio de Clínica Geral Dentária, e em regime de voluntariado na Unidade Clínica Nova Saúde – Gandra (IUCS).

B. Estágio de Clínica Hospitalar

Atos clínicos	Como operador
Triagem	15
Dentisteria	33
Endodontia	11
Destartarização	17
Exodontias	36
Consultas simples	2

Tab. 2 Número de atos realizados durante o Estágio Hospitalar, no Centro Hospitalar de São João- Valongo

C. Estágio em Saúde Oral Comunitária

Escolas e Turmas	Atividades
EB Susão	<ul style="list-style-type: none"> • Jogos didáticos relacionados com saúde oral: <ul style="list-style-type: none"> - Construção de um frasaco gigante para respostas como: o que é a cárie, Como evolui a cárie, como combater os bichinhos maus da nossa boca, demonstração de uma correta higiene oral - “Dente bom” vs “Dente Mau”- Sessão de esclarecimento
T1,T2,T3,T4 – Pré-escola	<ul style="list-style-type: none"> • Jogos didáticos relacionados com saúde oral: <ul style="list-style-type: none"> - “Está na hora ...”- Estabelecimento de um horário de escovagem dentária na escola
T1,T2,T3,T4,T5,T6,T7,T8,T9,T10 – Ensino Basico	<ul style="list-style-type: none"> • Representação de uma história infantil • Levantamento de dados epidemiológicos
EB Serrinha	<ul style="list-style-type: none"> • Jogos didáticos relacionados com saúde oral: <ul style="list-style-type: none"> - Construção de um frasaco gigante para respostas como: O que é a cárie, Como evolui a cárie, como combater os bichinhos maus da nossa boca, demonstração de uma correta higiene oral - “Dente bom” vs “Dente Mau”- Sessão de esclarecimento
T1 – Pré-escola	<ul style="list-style-type: none"> • Jogos didáticos relacionados com saúde oral: <ul style="list-style-type: none"> - “Está na hora ...”- Estabelecimento de um horário de escovagem dentária na escola
T1, T2, T3, T4 – Ensino Basico	<ul style="list-style-type: none"> • Representação de uma história infantil • Levantamento de dados epidemiológicos
Total de levantamentos epidemiológicos - 140	

Tab. 3 Plano de actividades realizado a 140 crianças nas escolas da Serrinha e de Susão no Estágio em Saúde oral e Comunitária