

DECLARAÇÃO

Eu, **Ana Graciosa Barbosa Ferreira da Silva**, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: **“Traumatismos Dentários: Avaliação dos Conhecimentos de Pais e Professores”**.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Gandra, 30 de Junho de 2017,

Ana Graciosa Barbosa Ferreira da Silva

Dissertação apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Leonel Sousa

DECLARAÇÃO

Eu, **Leonel Sousa**, com a categoria profissional de **Professor Auxiliar Convidado** do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado: **"Traumatismos Dentários: Avaliação dos Conhecimentos de Pais e Professores"**, do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Ana Graciosa Barbosa Ferreira da Silva**, declaro que sou de parecer favorável para que Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para a Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 30 de Junho de 2017

O Orientador,

Jonas Leonel Sousa

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais,

Por estarem sempre presentes e por terem feito de mim a pessoa que hoje sou.
Sem eles, nada seria possível.

Aos meus avós,

Por me transmitirem todos os valores.

À minha irmã Diana,

Por ser um exemplo de dedicação, esforço e sucesso.

Ao meu afilhado Francisco,

Que, com o seu sorriso, soube sempre aconchegar o meu coração.

Ao Joel,

Pela ajuda, carinho, compreensão e apoio em todos os momentos desta caminhada.

Ao meu binómio,

Por todo o tempo e conhecimentos partilhados!

Aos meus amigos e colegas,

Por todos os momentos passados ao longo destes cinco anos.

Ao Professor Leonel Sousa,

Meu orientador e professor, por toda a disponibilidade, apoio e conhecimentos transmitidos.

Ao Colégio de Lourdes e ao Instituto Nun'Alvres,

Por toda a disponibilidade e apoio na realização deste estudo.

"Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende."
Leonardo Da Vinci

RESUMO

Introdução: Os traumatismos dentários são comuns em crianças e adolescentes e constituem um problema de saúde pública. Ocorrem em casa ou na escola, sendo, por isso, pertinente instruir os pais e professores acerca das atitudes imediatas a tomar no local de forma a prevenir ou minimizar futuras sequelas. As complicações incluem problemas funcionais, estéticos e psicológicos para a criança, e o prognóstico está dependente de condutas rápidas, o que raramente acontece pela falta de conhecimento dos responsáveis.

Objetivos: Avaliar o nível de conhecimento de pais e professores em relação às atitudes imediatas a tomar perante uma situação de traumatismo dentário.

Materiais e Métodos: Solicitação do preenchimento de um questionário a 110 professores e 605 pais de alunos de dois colégios do concelho de Santo Tirso, constituído por duas partes, a primeira referente a dados demográficos e a segunda composta por seis situações de escolha múltipla nas quais se pretendia avaliar quais seriam as suas condutas. No entanto, foram apenas validados 318 questionários. Após a recolha, foi feita a distribuição de panfletos informativos. Os dados foram analisados com recurso ao Microsoft Excel.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados online, *Guidelines* da Associação Internacional de Traumatologia Dentária, e no livro de Andreasen "*Textbook and Color Atlas of Traumatic injuries to the teeth*".

Resultados: Foram incluídos 266 pais e 52 professores, maioritariamente do sexo feminino, com formação superior. Na questão acerca da fratura de coroa, a maioria respondeu corretamente referindo procurar o fragmento, mas o meio mais escolhido para o seu transporte até à clínica foi a gaze. Quando confrontados com uma subluxação, os inquiridos responderam corretamente – recorrer ao Médico Dentista de imediato. Nas situações de luxação, grande parte escolheu não mexer no dente e conduzir a criança ao consultório médico-dentário, e, apenas uma minoria ponderou recolocar o dente no lugar. Quando deparados com um dente avulsionado, a generalidade dos inquiridos escolheu procurar o dente e tocar apenas na coroa. Relativamente à recolocação de um dente definitivo, apenas

23,3% referiu recolocar a peça dentária. Quanto à recolocação de um dente decíduo, a maioria dos inquiridos respondeu corretamente – não recolocar. O meio mais escolhido para o transporte do dente foi a gaze. No caso de recolocarem o dente avulsionado, a maioria referiu lavar com água sem esfregar, recolocar e dirigir-se ao consultório médico-dentário. Destes, 95% afirmou recolocar o dente de imediato. No caso de o dente avulsionado se encontrar na boca da criança, a maior parte dos inquiridos escolheu manter o dente onde estava e procurar o Médico Dentista. Relativamente à permanência em meio extra-oral, a maioria dos inquiridos respondeu corretamente – o mínimo de tempo possível.

Conclusão: Apesar das limitações deste estudo denota-se a existência de um baixo nível de conhecimento sobre a temática abordada, verificando-se que a maioria dos inquiridos não está habilitada a gerir adequadamente uma situação de traumatismo dentário. Neste sentido são necessárias estratégias que promovam o conhecimento de pais e professores, quer através de ações de sensibilização quer através de panfletos, posters ou mesmo com a inclusão deste tema no percurso académico dos professores.

Palavras-Chave: “Traumatismos Dentários”; “Conhecimentos”; “Crianças”; “Pais”; “Professores”; “Atitudes”; “Epidemiologia”.

ABSTRACT

Background: Dental trauma is common in children and adolescents and it's a public health problem that occurs at home or at school, and it is therefore appropriate to instruct parents and teachers about the immediate actions to be taken at the site to prevent or minimize future sequel. Complications include functional, aesthetic, and psychological problems for the child, and the prognosis is dependent on fast behaviors, which are rare due to the lack of knowledge of those responsible for the child.

Aim: Evaluate the level of knowledge of parents and teachers regarding the immediate actions to be taken in a case of dental trauma.

Methods: It was asked to fill a questionnaire by 110 teachers and 605 parents of students from two schools in Santo Tirso, consisting of two parts, the first one referring to demographic data and the second one composed of six multiple choice situations in which it was intended to evaluate their conduct. However, 318 questionnaires were validated. After the collection, leaflets were distributed. Data was analyzed using Microsoft Excel.

The literature search was conducted online in databases, *Guidelines* of the International Association of Dental Traumatology, and in Andreasen's book "*Textbook and Color Atlas of Traumatic injuries to the teeth*".

Results: A total of 266 parents and 52 teachers, mostly female, with higher education were included. To the question about coronary fracture, the majority responded correctly referring that they would look for the fragment, but the most chosen mean of transport to the clinic was the gauze. When faced with a subluxation, the parents/teachers answered correctly - call the dentist immediately. In luxation situations, a large part chose not to move the tooth and take the child to the doctor's office, and only a minority considered replacing it. When faced with an avulsed tooth, most of the respondents chose to look for the tooth and touch only the crown. Regarding the replacement of a definitive tooth, only 23,3% reported that they would replace it. As for the replacement of a temporary tooth, the majority responded correctly - not replace it. The most chosen mean of transport was

gauze. In the case of repositioning the avulsed tooth, the majority reported washing with water without rubbing, replacing and going to the dentist. Of these, 95% reported reinstating the tooth immediately. If the avulsed tooth was in the child's mouth, most of them chose to keep the tooth where it was and seek dental care. Regarding the presence in extra-oral environment, the majority answered correctly – the least amount of time possible.

Conclusion: Despite the limitations of this study, there is a low level of knowledge about the subject, with the majority of respondents not being able to adequately manage a dental trauma situation. In this sense, strategies are needed to promote the knowledge of parents and teachers, either through educational campaigns whether through pamphlets, posters or even with the inclusion of this theme in the academic course of teachers.

Key-Words: "Dental Trauma"; "Knowledge"; "Children"; "Parents"; "Teachers"; "Management"; "Attitude"; "Epidemiology".

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I	1
1. Introdução	1
2. Objetivos	5
3. Materiais e Métodos	6
4. Resultados	7
5. Discussão	14
6. Conclusão	19
7. Bibliografia	20
8. Anexos	22
CAPÍTULO II	29
1. Estágio em Clínica Geral Dentária	29
2. Estágio em Clínica Hospitalar	29
3. Estágio em Saúde Oral e Comunitária	30
4. Considerações Finais acerca dos Estágios	31

1. INTRODUÇÃO

1.1. Classificação dos Traumatismos Dentários

Os traumatismos dentários são situações de emergência que podem variar desde uma simples fratura de esmalte até uma avulsão dentária, podendo afetar dentes, tecidos de suporte e tecidos moles adjacentes (1,2). A classificação seguinte foi adotada pela OMS e adaptada por Andreasen (1-4).

TECIDOS DUROS DENTÁRIOS E POLPA

INFRAÇÃO DE ESMALTE	Fratura incompleta do esmalte sem perda de estrutura dentária; Não apresenta alterações radiográficas.
FRATURA DE ESMALTE	Perda de substância dentária, mas confinada ao esmalte; Mobilidade normal; Testes de sensibilidade positivos; Visível perda de esmalte no Raio-X.
FRATURA DE ESMALTE E DENTINA	Perda de estrutura dentária que envolve esmalte e dentina; Sem sensibilidade aos testes de percussão; Testes de sensibilidade positivos; Mobilidade normal.
FRATURA DE COROA COMPLICADA	Fratura que envolve esmalte e dentina, com exposição pulpar; Mobilidade normal; Sem sensibilidade à percussão; Polpa exposta sensível aos estímulos.
FRATURA CORONO-RADICULAR NÃO COMPLICADA	Fratura que envolve esmalte, dentina e cimento, mas sem exposição pulpar; Mobilidade do fragmento coronal; Sensibilidade à percussão; Testes de sensibilidade geralmente positivos para o fragmento apical.
FRATURA CORONO-RADICULAR COMPLICADA	Fratura que envolve esmalte, dentina e cimento, com exposição pulpar; Sensibilidade à percussão; Mobilidade do fragmento coronal.
FRATURA RADICULAR	Fratura que envolve esmalte, dentina, cimento e polpa; Mobilidade do fragmento coronal; Sangramento do sulco gengival; Pode estar sensível à percussão; Testes de sensibilidade negativos inicialmente devido a danos pulparens transitórios; Descoloração da coroa; Visível apenas radiograficamente e o tratamento e o prognóstico dependem da localização da fratura (3).

TECIDOS PERIODONTAIS

CONCUSSÃO	Traumatismo dos tecidos de suporte dentários, sem mobilidade ou deslocamento do dente, mas com sensibilidade à percussão; Testes de sensibilidade geralmente positivos; Radiograficamente não há alterações.
SUBLUXAÇÃO	Traumatismo dos tecidos de suporte dentários, com mobilidade mas sem deslocamento; Sangramento do sulco gengival; Sensibilidade ao toque; Testes de sensibilidade poderão ser negativos por danos pulpares transitórios.
LUXAÇÃO EXTRUSIVA	Deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo; Dente móvel; Testes de sensibilidade geralmente negativos; Risco de rutura do suprimento neurovascular ao nível do ápex, podendo conduzir a necrose pulpar; Aumento do espaço do ligamento periodontal no Raio-X.
LUXAÇÃO LATERAL	Deslocamento do dente noutra direção que não a axial, geralmente para lingual/palatino ou vestibular; Acompanhado muitas vezes por fratura do alvéolo; Sem mobilidade; Som metálico à percussão; Testes de sensibilidade geralmente negativos; Aumento do espaço do ligamento periodontal no Raio-X.
LUXAÇÃO INTRUSIVA	Deslocamento do dente para o osso alveolar (direção axial); Acompanhado muitas vezes por fratura do alvéolo; Sem mobilidade; Som metálico à percussão; Testes de sensibilidade geralmente negativos; Ausência de espaço do ligamento periodontal no Raio-X.
AVULSÃO	Completo deslocamento da peça dentária para fora do seu alvéolo.

TECIDO ÓSSEO

FRATURA DA PAREDE ALVEOLAR	Fratura que envolve osso alveolar, podendo estender-se até ao osso adjacente; Segmento móvel, com alteração da oclusão;
FRATURA DO PROCESSO ALVEOLAR	Testes de sensibilidade podem ser positivos ou negativos; Importante realizar radiografia panorâmica.

Tabela 1. Classificação dos Traumatismos Dentários segundo Andreasen (1-7).

1.2. Epidemiologia

A prevalência dos traumatismos dentários varia consideravelmente, refletindo a diversidade socioeconómica, comportamental e cultural em que vivemos atualmente (1,8).

Afetam mais frequentemente o sexo masculino, pelo fato destes participarem em atividades mais agressivas e desportos de contato, sendo os dentes mais afetados os incisivos centrais superiores. O mesmo se reflete na dentição decídua (1,9-11).

Os fatores predisponentes incluem o overjet aumentado, a protrusão dos incisivos superiores e a incompetência labial (1,2,9,10).

Geralmente ocorrem na infância e na adolescência (2,8), na dentição decídua entre os 2-4 anos, e na dentição permanente entre os 8-10 anos (1,8,9). As lesões mais frequentes na dentição decídua são as luxações e a avulsão, e na dentição permanente as fraturas de coroa não complicadas (1,4,11). Acontecem geralmente em casa, seguido da escola (1,2).

1.3. Etiologia

A maioria dos traumatismos ocorre devido a quedas ou colisões, acidentes de viação, prática desportiva, patologias médicas (epilepsia ou paralisia cerebral), hiperatividade, stress, bullying, abusos físicos e fatores iatrogênicos (1,2,8,10).

1.4. Condutas no local do acidente

Uma vez que o Médico Dentista não está presente no local do acidente, torna-se pertinente que as pessoas que contactam com a criança no local sigam determinadas condutas com o intuito melhorar o prognóstico. O primeiro passo é acalmar a criança, lavar a ferida com água corrente e parar o sangramento durante 5 minutos, comprimindo com uma gaze ou algodão (1).

FRATURA DE COROA NÃO COMPLICADA	<u>Dentição Permanente:</u> Tentar encontrar o fragmento do dente; O pedaço deve ser colocado num recipiente com soro fisiológico, saliva ou leite;
FRATURA DE COROA COMPLICADA	Procurar assistência médico-dentária de imediato. <u>Dentição Decídua:</u> Procurar assistência médico-dentária de imediato.
FRATURA CORONO- RADICULAR	<u>Dentição Permanente:</u> Estabilização do fragmento dentário; Procurar assistência médico-dentária de imediato.
FRATURA RADICULAR	<u>Dentição Decídua:</u> Procurar assistência médico-dentária de imediato.
FRATURA ALVEOLAR	Estabilização do segmento; Procurar assistência médico-dentária de imediato.
CONCUSSÃO	Monitorização;
SUBLUXAÇÃO	Necessidade de se dirigir ao consultório médico-dentário.
LUXAÇÃO EXTRUSIVA	<u>Dentição Permanente:</u> Recolocação do dente na sua posição original com os dedos e sua estabilização; Procurar assistência médico-dentária imediatamente.
LUXAÇÃO LATERAL LUXAÇÃO INTRUSIVA	<u>Dentição Decídua:</u> Procurar assistência médico-dentária de imediato.

AVULSÃO

Dentição Permanente: Encontrar o dente perdido e não tocar na raiz (2), se este não estiver na boca da criança; Lavar o dente com água corrente ou soro fisiológico durante 10 segundos (1,2), sem esfregar; Colocar num recipiente com leite, soro fisiológico ou na boca da criança, e procurar imediatamente o Médico Dentista.

ou

Lavar o dente com água ou soro fisiológico sem esfregar, recolocar o dente no local original e estabilizar o dente, pressionando com o dedo ou com uma gaze;

Procurar imediatamente o Médico Dentista.

Se o dente estiver na boca da criança, colocar o dente no lugar ou entre a bochecha e a gengiva e ir imediatamente ao Médico Dentista.

Dentição Decídua: Não recolocar o dente no lugar;

Procurar assistência médico-dentária de imediato.

Tabela 2. Atitudes imediatas a tomar numa situação de traumatismo dentário (1-7).

1.5. Anamnese

Um traumatismo dentário é considerado uma emergência, e a assistência deve ser imediata. Um tratamento correto depende de um diagnóstico adequado, que é alcançado através do exame clínico (4,5).

Deve proceder-se a um questionário: **“Onde ocorreu a lesão?”**, indica a necessidade de vacinação anti-tétano, **“Como ocorreu a lesão?”**, ajuda na identificação de zonas de impacto; **“Quando ocorreu a lesão?”**, num caso de avulsão, o tempo e as condições de armazenamento são decisivos para o sucesso do tratamento; **“Houve inconsciência?”**, juntamente com sintomas como amnésia, náuseas e vômitos são sinais de danos cerebrais que requerem cuidados hospitalares; **“Existe perturbação na mordida?”**, poderá indicar uma lesão de luxação, uma fratura alveolar, mandibular ou condilar; **“Existe sensibilidade dos dentes ao frio e/ou calor?”**, indica exposição da dentina ou polpa; **“Existe dor espontânea?”**, indica danos nas estruturas de suporte ou a nível pulpar; é ainda importante ter em conta dados de saúde geral do paciente (1,3,4).

1.6. Exame Clínico

O exame clínico inclui o registo de lesões extra-orais e palpação da face; registo de lesões na mucosa oral e gengiva; exame da coroa dentária, alterações de cor ou exposição pulpar; registo da posição do dente; observação da ATM; exame da mobilidade dentária ou

fragmentos alveolares; palpação do processo alveolar, e análise do grau de desenvolvimento radicular (1,3).

É indicada a realização de **testes de percussão e sensibilidade** e de **exames radiográficos**: radiografia periapical (90° e lateral), oclusal, aos lábios/bochecha, CBCT ou tomografia computadorizada para observação de fraturas radiculares ou luxações laterais; ortopantomografia para detecção de fraturas condilares ou maxilares (1,3,5,6).

1.7. Sequelas

Uma das consequências mais graves é a perda do dente, que origina alterações estéticas e funcionais, para além de problemas sociais e psicológicos para a criança (1,2,10). O traumatismo em si acarreta dor e desconforto para o paciente, podendo ser uma experiência marcante (1).

Outras alterações podem ocorrer, como a alteração de cor da coroa do dente; necrose pulpar; obliteração dos canais radiculares; infecção pulpar, periapical ou abscesso; reabsorção radicular inflamatória, de substituição ou interna; anquilose; perda de osso de suporte; desenvolvimento radicular anormal ou paragem desse desenvolvimento em dentes permanentes imaturos, etc (1-3). Na dentição decídua podem ainda ocorrer danos ou alterações do desenvolvimento do sucessor permanente, anquilose ou perda de espaço (1-4,7).

O sucesso ou o fracasso do prognóstico está dependente de condutas rápidas e imediatas ainda no local do acidente, o que raramente acontece devido à falta de conhecimento por parte dos responsáveis pela criança (1).

É de salientar a necessidade de desenvolver programas educativos que destaquem a importância da prevenção e benefícios de um tratamento imediato. O uso de protetores bucais/capacetes na prática desportiva, uso de cinto de segurança e a intervenção ortodôntica precoce são os principais métodos de prevenção (1).

2. OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo consiste em avaliar, através do preenchimento de um questionário, o nível de conhecimento de pais e de professores em relação às atitudes imediatas a tomar perante uma situação de traumatismo dentário.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

No presente estudo, foi aplicado um questionário aos docentes e pais dos alunos da Pré-Escolar, 1º e 2º Ciclo do Colégio de Lourdes e Instituto Nun'Alvres, no concelho de Santo Tirso.

O questionário, de caráter anónimo, compreendia duas partes: a primeira referente às características demográficas dos inquiridos, como o género, idade e habilitações literárias; e a segunda parte constituída por 6 situações hipotéticas de traumatismos dentários, perfazendo um total de 15 questões de escolha múltipla:

1 – Fratura de Coroa; 2 – Subluxação; 3 – Luxação Lateral; 4 – Luxação Intrusiva; 5 – Luxação Extrusiva; 6 – Avulsão.

Estas questões pretendiam avaliar o conhecimento dos indivíduos em relação à ocorrência de um traumatismo dentário e quais as atitudes que tomariam nas diferentes situações apresentadas.

Foram distribuídos 715 questionários, dos quais 605 eram para os pais dos alunos e 110 para os professores das escolas acima referidas. Foram recolhidos 379 questionários, no entanto foram excluídos 61 pelo fato de se encontrarem em branco ou incompletos. Desta forma, foram validados apenas 318 questionários.

Após a recolha foi realizada uma ação de sensibilização através da distribuição de um panfleto informativo.

A análise descritiva dos dados obtidos foi efetuada com recurso ao Microsoft Excel.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados online PubMed e Research Gate, consulta das *Guidelines* da Associação Internacional de Traumatologia Dentária, e ainda o livro "*Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the teeth*" de Andreasen.

As palavras-chave utilizadas foram as seguintes: "*Dental Trauma*"; "*Knowledge*"; "*Children*"; "*Parents*"; "*Teachers*"; "*Management*"; "*Attitude*"; "*Epidemiology*".

4. RESULTADOS

Dos 318 inquiridos no estudo, 232 eram do sexo feminino e 86 do sexo masculino. Foram incluídos 266 encarregados de educação e 52 docentes. O perfil dos inquiridos apresenta-se na **Tabela 3**.

TABELA 3. PERFIL DOS INQUIRIDOS (N=318)

CARACTERÍSTICA	N	%
GÉNERO		
FEMININO	232	72,95
MASCULINO	86	27,05
PAIS		
PROFESSORES	52	16,4
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS		
ENSINO BÁSICO	6	1,9
ENSINO SECUNDÁRIO	96	30,2
ENSINO SUPERIOR	216	67,9
IDADE		
<30 ANOS	14	4,4
31-40 ANOS	145	45,6
41-50 ANOS	134	42,1
>50 ANOS	25	7,9

Situação 1 – Fratura de Coroa

Quando inquiridos acerca da atitude que tomariam no caso de se depararem com uma fratura de coroa, a maioria dos indivíduos respondeu corretamente, afirmando que tentavam parar o sangramento gengival, de seguida procurar o fragmento do dente e consultar o Médico Dentista de imediato. No entanto, os restantes inquiridos descartaram esta hipótese.

Dos indivíduos que selecionaram a alínea correta, apenas 20% referiu transportar o fragmento em leite, 28,7% em soro fisiológico e 4,1% na boca da criança. O meio de transporte mais escolhido foi a gaze.

Uma criança de 9 anos caiu enquanto corria, e apresenta um dente partido e a gengiva a sangrar. O que fazia nesta situação?

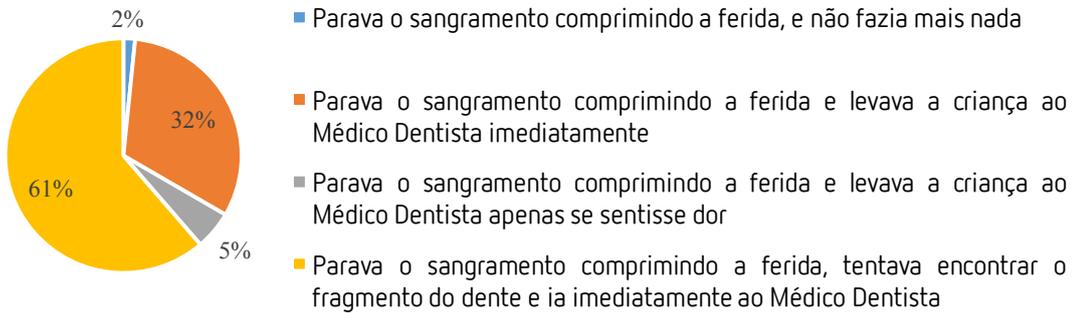


Figura 1. Distribuição dos inquiridos relativamente a uma fratura de coroa (N=318).

Se encontrasse o fragmento do dente, como o transportava até ao Médico Dentista?



Figura 2. Distribuição dos inquiridos relativamente ao meio de transporte do fragmento dentário (N=195).

Situação 2 – Subluxação

Quando deparados com um dente móvel e com sangramento gengival, a maioria dos inquiridos respondeu corretamente, referindo que levava a criança imediatamente ao Médico Dentista.

Uma criança de 10 anos tropeçou e bateu com o dente da frente numa cadeira. Esse dente apresenta sinais de mobilidade e sangramento da gengiva:

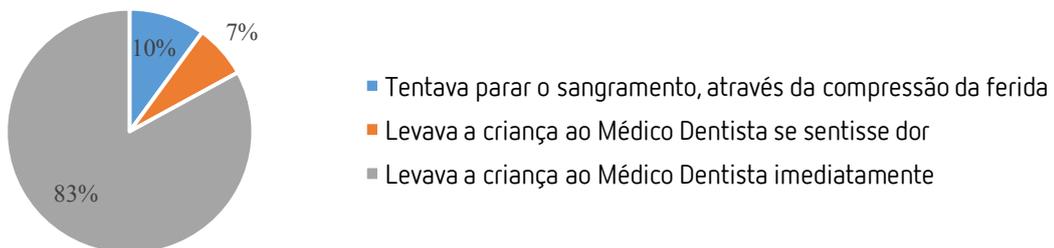


Figura 3. Distribuição dos inquiridos perante uma situação de subluxação (N=318).

Situação 3 – Luxação Lateral

Quando questionados acerca de como procederiam no caso de um dente deslocado para o palato, a maioria dos inquiridos referiu que não mexia no dente e levava a criança imediatamente ao Médico Dentista. Apenas 12% recolocava o dente no lugar.

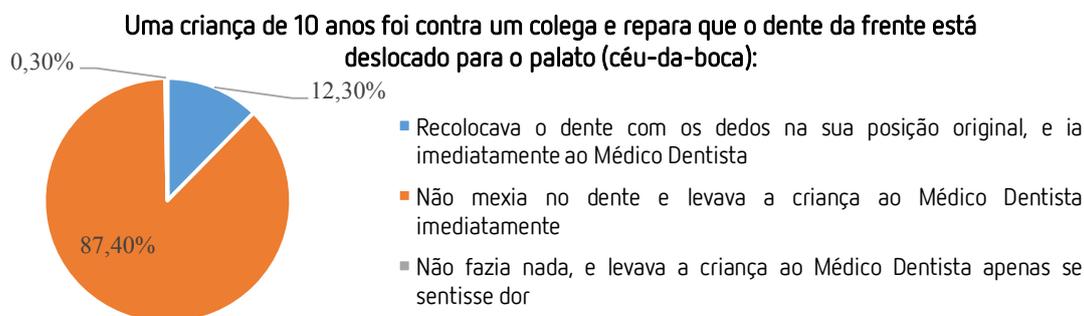


Figura 4. Distribuição dos inquiridos relativamente a uma situação de luxação lateral (N=318).

Situação 4 – Luxação Intrusiva

No caso de se depararem com um dente que "afundou" na gengiva, a grande maioria referiu levar a criança ao consultório médico-dentário de imediato, sendo que apenas 7,9% tentava a recolocação do dente.

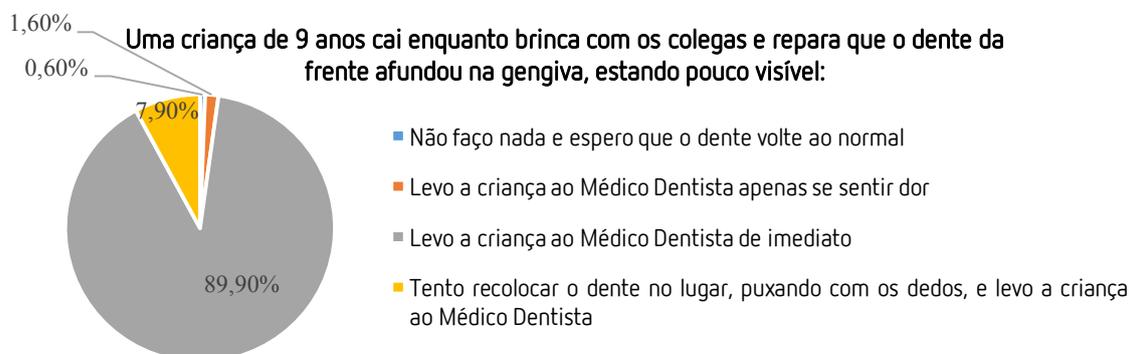


Figura 5. Distribuição dos inquiridos relativamente a uma situação de luxação intrusiva (N=318).

Situação 5 – Luxação Extrusiva

No caso de uma luxação extrusiva, 83% dos inquiridos levava a criança imediatamente ao Médico Dentista, enquanto que apenas 12,6% recolocava o dente no lugar original.

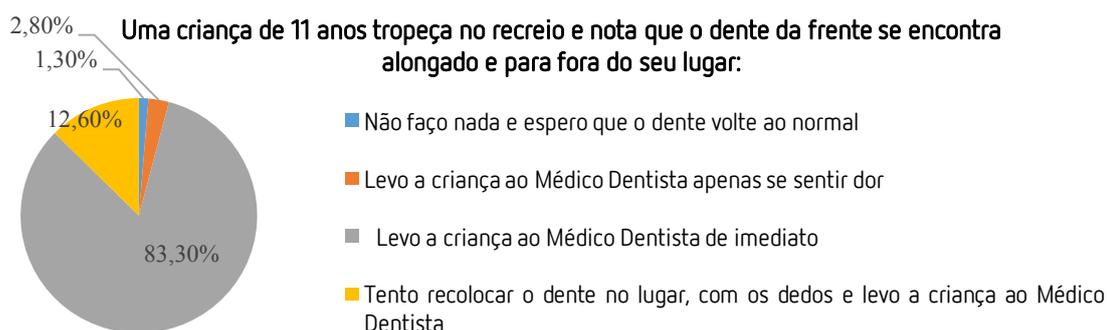


Figura 6. Distribuição dos inquiridos relativamente a uma situação de luxação extrusiva (N=318).

Situação 6 - Avulsão

Quando deparados com um dente avulsionado, no caso deste não estar na boca da criança, a maioria escolheu procurá-lo e recorrer ao Médico Dentista.

O que fazia se o dente não estivesse na boca da criança?

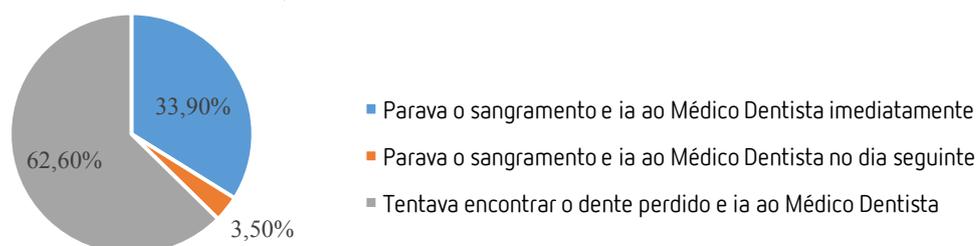


Figura 7. Distribuição dos inquiridos acerca da atitude a tomar perante um dente avulsionado (N=318).

Dos inquiridos que tentavam encontrar o dente, 74% referiu tocar apenas na coroa do dente, e 20% referiu não ser importante.

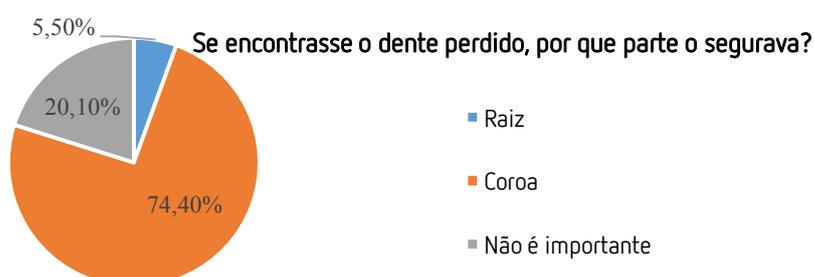


Figura 8. Distribuição dos indivíduos acerca do local de contato com o dente (N=199).

Na questão seguinte, "Acha que deve recolocar o dente definitivo no lugar?", 45,3% respondeu "Não", 31,4% "Não sei", e apenas 23,3% respondeu "Sim".

Na pergunta, "No caso de ser um dente de leite, acha que deve ser recolocado?", a maioria dos inquiridos respondeu corretamente - "Não".



Figura 9. Distribuição dos inquiridos acerca da recolocação de um dente definitivo avulsionado (N=318).

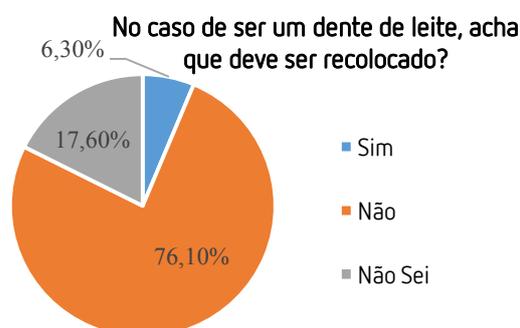


Figura 10. Distribuição dos inquiridos acerca da recolocação de um dente decíduo avulsionado (N=318).

Dos 45,3% que não recolocavam o dente definitivo, 42% referiu transportar o dente numa gaze até ao Médico Dentista, 16,8% lavar o dente com água sem esfregar e transportá-lo num recipiente com soro fisiológico, ou na boca da criança, e apenas 12% num recipiente com leite. E ainda, uma minoria dos indivíduos questionados referiram descartar o dente.

Se não recoloca o dente no lugar:

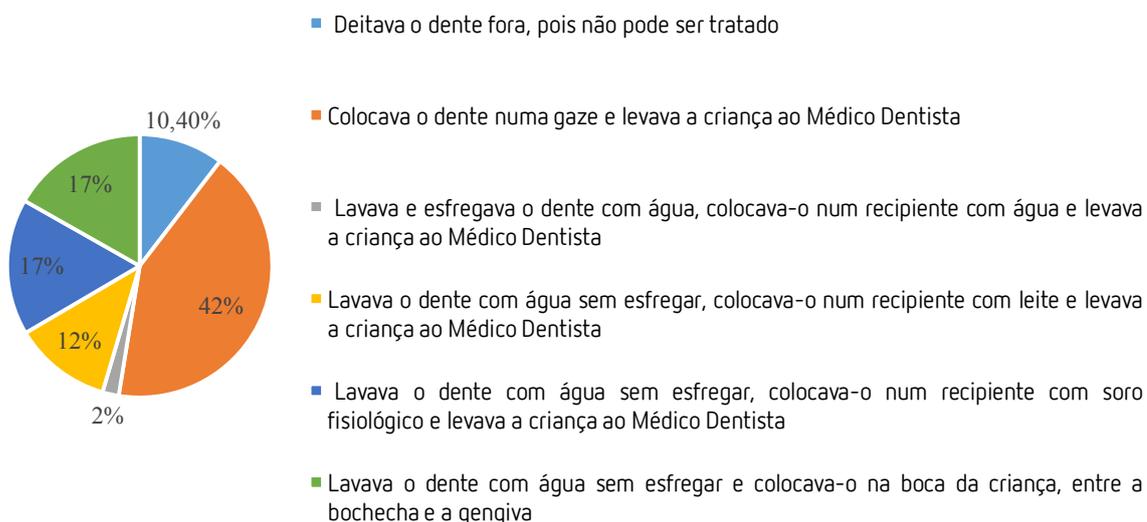


Figura 11. Distribuição dos inquiridos acerca da atitude que tomariam no caso de não recolocarem o dente avulsionado (N=144).

Dos apenas 23,3% que recolocavam o dente definitivo, 67,7% referiu lavar o dente com água sem esfregar, recolocar o dente no lugar e de seguida dirigir-se ao Médico Dentista. E ainda, quase 95% referiu recolocar o dente de imediato.

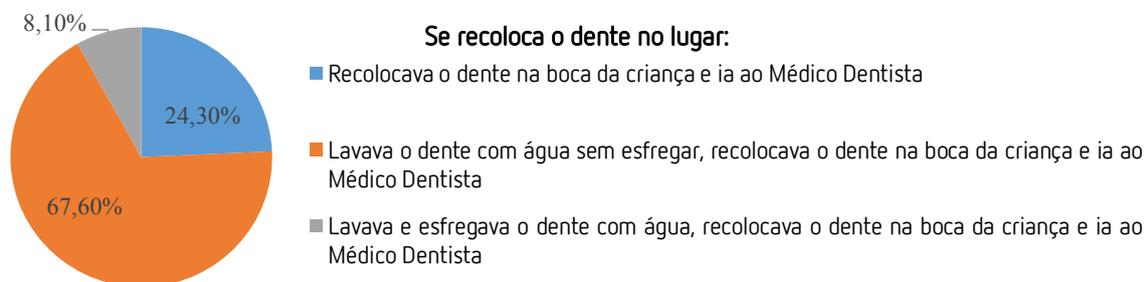


Figura 12. Distribuição dos indivíduos acerca da atitude que tomariam no caso de recolocarem o dente avulsionado (N=74).

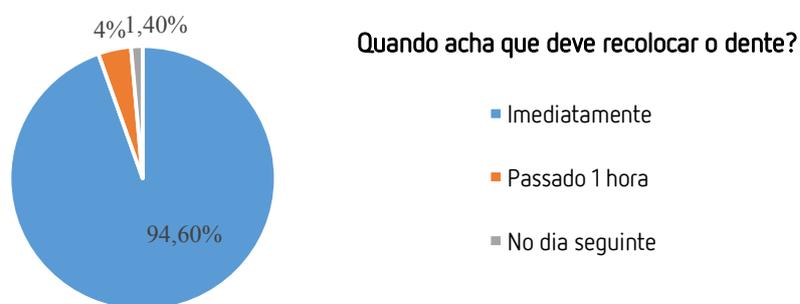


Figura 13. Distribuição dos inquiridos acerca de quando recolocariam o dente avulsionado (N=74).

“No caso do dente sair do lugar mas estar ainda na boca da criança”, 38% dos inquiridos respondeu que deixava o dente onde estava e levava a criança ao Médico Dentista, 27,7% retirava o dente da boca da criança, 18,9% não sabia o que fazer, e apenas 15,4% colocava o dente no alvéolo.

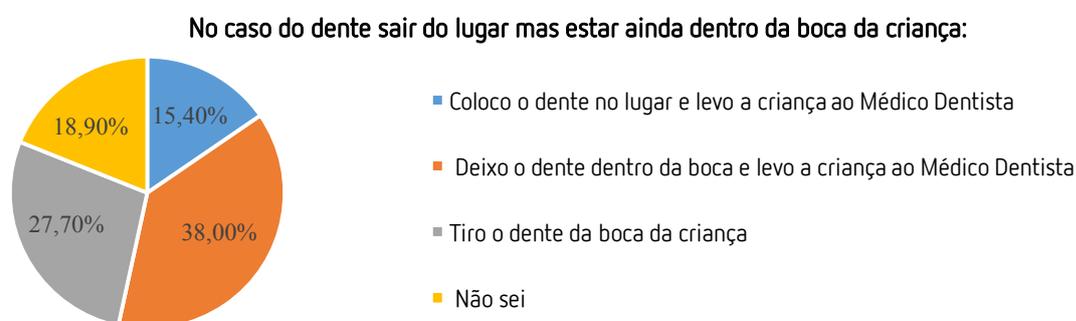


Figura 14. Distribuição dos inquiridos acerca da atitude a tomar no caso de o dente se encontrar na boca da criança (N=318).

Quando questionados acerca do tempo de permanência extra-oral, a maioria dos indivíduos respondeu corretamente, referindo que o dente deve ficar fora da boca da criança o mínimo de tempo possível. No entanto, 17% dos inquiridos referiu que o tempo não é importante.

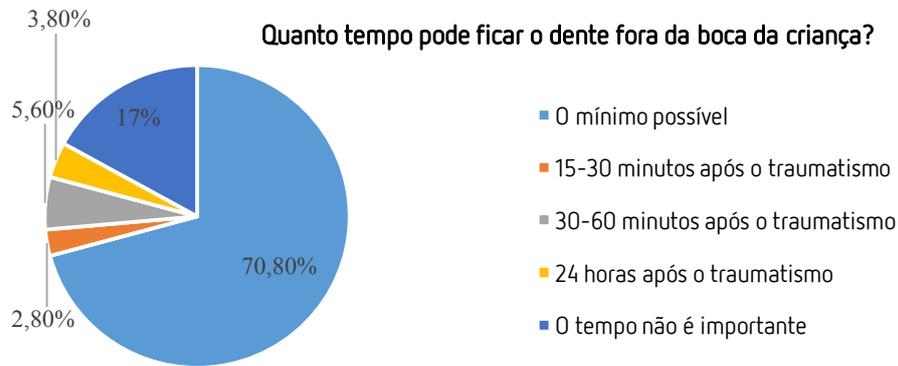


Figura 15. Distribuição dos inquiridos relativamente ao tempo de permanência extra-oral do dente avulsionado (N=318).

5. DISCUSSÃO

Uma vez que os traumatismos dentários ocorrem frequentemente em casa ou na escola, é de extrema importância que pais e professores estejam corretamente informados acerca das atitudes a tomar numa situação de emergência, de forma a assegurar o melhor prognóstico (1).

Dos 715 questionários distribuídos, foram utilizados apenas 318, talvez pelas crianças se esquecerem dos questionários em casa; alguns estavam em branco ou incompletos, o que denota falta de interesse e de conhecimento por parte dos encarregados de educação e professores no que diz respeito ao tema. Por outro lado, muitos dos inquiridos mostraram interesse em aprender mais sobre o assunto e deixaram várias mensagens quando responderam ao questionário, de acordo com outros estudos realizados (12,13). A maioria dos questionados eram mães, o que demonstra o seu papel mais presente na educação das crianças (13).

Relativamente à fratura de coroa, a maioria considerou procurar o fragmento dentário, no entanto, ainda uma grande percentagem descartou esta hipótese, talvez por se preocuparem mais com o sangramento gengival, um sinal alarmante, demonstrando pouco conhecimento acerca da utilidade do fragmento, e da possibilidade de ser restituído ao dente fraturado. Este resultado vai de encontro com dois estudos realizados na Jordânia, com mães e professores (13,14).

Quanto ao meio de transporte do fragmento, o mais escolhido foi a gaze, demonstrando mais uma vez falta de conhecimento por parte dos indivíduos. Muitos dos inquiridos que selecionaram esta hipótese manifestaram a sua opinião, referindo que utilizariam o que estivesse disponível no momento, como um lenço ou algodão. O segundo meio mais escolhido foi o soro fisiológico, e apenas uma pequena percentagem transportaria o fragmento em leite, o meio mais adequado. É importante ter em conta que o atraso no tratamento do dente fraturado pode resultar em necrose pulpar, pela exposição da dentina à invasão bacteriana através dos túbulos dentinários (3).

Quanto à subluxação, mais de 80% dos inquiridos respondeu corretamente: recorrer ao Médico Dentista imediatamente. Apesar de não ser necessário tratamento imediato, é

importante o *Follow Up* (3), pelo risco de ocorrer necrose pulpar, por lesão do feixe vasculo-nervoso, e conseqüente necessidade de tratamento endodôntico (15).

Relativamente às luxações, mais uma vez, o *Follow Up* é essencial, pois podem ocorrer complicações como a reabsorção radicular e lesão do feixe vasculo-nervoso que requerem tratamento endodôntico (15). Os resultados foram semelhantes nas três situações e demonstraram pouco conhecimento por parte dos responsáveis. A maioria não considera recolocar o dente no lugar, talvez pelo receio de magoar a criança, recolocar de forma errada, ou pelo fato de não se sentirem capazes de o fazer, delegando assim essa tarefa para o Médico Dentista. Quando o dente é deslocado da sua posição original é necessário efetuar a sua recolocação o mais rapidamente possível. A exceção é a luxação intrusiva, em que pode não ser possível ou mesmo indicado recolocar o dente de imediato (15). Por outro lado, o reposicionamento dentário pode agravar o trauma, o que aumenta a possibilidade de ocorrer reabsorção radicular e perda de osso de suporte, e, por esta razão, o reposicionamento deve ser feito com cuidado e de forma delicada (3). Em caso de luxação de dentes imaturos, é possível realizar revascularização e permitir o desenvolvimento radicular normal (3).

No que diz respeito à primeira atitude a tomar perante uma avulsão, a maioria dos indivíduos escolheu corretamente – procurar o dente perdido. Ainda assim, os restantes descartaram a utilidade do dente avulsionado, mais uma vez, talvez pelo fato de o sangramento ser mais preocupante (13) e, naturalmente escolhem conduzir a criança ao consultório médico-dentário. No entanto, o tempo perdido na tentativa de parar o sangramento, conduz a um atraso no reimplante, comprometendo o prognóstico. Estes dados demonstram falta de informação acerca da importância do dente, não estando em concordância com Hedge *et al* (16).

A maioria dos inquiridos escolheu corretamente o local onde tocavam no dente avulsionado (coroa), no entanto 20% consideraram não ser importante. Apesar destes resultados, é pouco provável que estejam informados acerca da importância de manter a viabilidade das células do ligamento periodontal presentes na superfície radicular (17).

Quando questionados se recolocavam um dente definitivo, 45% respondeu “Não”, 31% “Não sei” e apenas 23% respondeu corretamente “Sim”, semelhante aos estudos de Al-Jundi (13,14) e Hedge *et al* (16). Estes dados demonstram uma verdadeira falta de

conhecimento, e, por outro lado, o fato de os responsáveis não estarem habilitados para tal e se sentirem receosos de recolocar o dente de forma incorreta ou magoar a criança, transferindo essa responsabilidade para o Médico Dentista (12).

A literatura demonstra que devem ser feitos todos os esforços para a recolocação imediata do dente avulsionado, que é crucial para um bom prognóstico a longo-prazo (1-3). O reimplante deve ser visto como uma forma de recuperar quer a função quer a estética (4).

Quanto à avulsão de um dente decíduo, 76% respondeu corretamente que não procederá à sua recolocação. Estes resultados não denotam profundo conhecimento por parte dos inquiridos, mas provavelmente por considerarem a dentição decídua pouco importante.

A literatura não recomenda a recolocação de um dente temporário (1,7). No entanto, os responsáveis devem estar conscientes das suas consequências – danos ao nível do sucessor permanente (1). Na dentição decídua, a prioridade é salvaguardar o sucessor permanente, e evitar que o traumatismo dentário provoque ansiedade na criança e medo do Médico Dentista (1).

No caso de não recolocarem o dente definitivo, 10% dos inquiridos referiram “deitar o dente fora”, um dado preocupante pelo fato de os pais e professores descartarem a importância da peça dentária, e desconhecerem a possibilidade de tratamento.

Os procedimentos de limpeza influenciam o processo de cicatrização, assim, a lavagem da superfície radicular durante 10 segundos com solução salina deve preceder o reimplante, de forma a remover corpos estranhos e bactérias que estimulam a resposta inflamatória (1). Por outro lado, o meio de transporte do dente está diretamente relacionado com a integridade das células do ligamento periodontal (1). Quando não é possível o reimplante imediato, o dente deve ser mantido em leite, soro fisiológico ou saliva (na boca da criança, entre a bochecha e a gengiva) (1,2,4). O leite é o meio mais indicado, pois aumenta a vitalidade das células do ligamento periodontal durante o tempo extra-oral, pela sua composição e osmolaridade (17), no entanto foi escolhido apenas por 12% dos inquiridos. A maioria colocava o dente numa gaze, sem proceder à sua lavagem tal como em Hedge *et al* (16) e Oliveira *et al* (18) – demonstrando falta de conhecimento dos dois grupos, pelo fato de meios secos propiciarem a desidratação dos tecidos dentários, com

consequente morte das células do ligamento periodontal e insucesso do reimplante (3,17). A permanência do dente avulsionado em meio seco compromete a sobrevivência das células do ligamento periodontal (4). O meio menos escolhido foi a água, o que vai de encontro com a literatura: não é recomendado, pela sua hipotonicidade que conduz à lise das células do ligamento periodontal (3,4,17). A permanência do dente avulsionado em água durante mais de 20 minutos provoca efeitos adversos ao nível das células do ligamento periodontal (1). Um meio de transporte adequado, juntamente com a mínima manipulação da superfície radicular promovem o sucesso do prognóstico. Um atraso no reimplante com consequente morte das células do ligamento periodontal pode conduzir à anquilose da peça dentária (2,3).

No caso de recolocarem o dente definitivo, a maioria dos inquiridos referiu corretamente proceder à limpeza da superfície radicular com água sem esfregar e de seguida recolocar o dente no lugar. No entanto, 24% recolocaria o dente no alvéolo sem antes lavar a superfície radicular, o que denota falta de conhecimento dos inquiridos, estando de acordo com Oliveira *et al* (18).

Quando questionados acerca de quando deveriam proceder à recolocação do dente avulsionado, 95% dos inquiridos respondeu corretamente que deve ser de imediato, não estando de acordo um estudo de Al Jundi, em que menos de 1% das mães realizaria o reimplante imediatamente (14). O prognóstico de um dente avulsionado está dependente do tempo decorrido entre o acidente e o reimplante (1,4,6).

No caso de o dente avulsionado se encontrar ainda na boca da criança, 38% dos inquiridos deixaria o dente onde estava e 15% recolocá-lo-ia no alvéolo. No entanto, 28% retirava o dente do lugar e ainda 19% não saberia o que fazer. Estes dados mostram desconhecimento de que o dente possa ser transportado em saliva. Por outro lado, os inquiridos podem ter algum receio de que haja a deglutição do dente por parte da criança, daí ser transportado entre a bochecha e a arcada dentária.

Relativamente ao tempo de permanência extra-oral, a maioria respondeu corretamente. Ainda assim, 17% ignorou a importância do tempo, o que é um dado preocupante e que pode comprometer o prognóstico do dente avulsionado (1,17). Andreasen, num estudo realizado com macacos, demonstrou que dentes reimplantados após 120 minutos apresentavam mais áreas de reabsorção radicular, quando comparados

com dentes reimplantados após 18 minutos. Mais tarde, descobriu ainda que dentes reimplantados de imediato apresentavam ainda menos reabsorção radicular do que dentes reimplantados após 18 minutos (19). Isto demonstra que quanto menor for o tempo extra-oral, menor o risco de ocorrer reabsorção radicular e maior a probabilidade de preservar o dente avulsionado.

Geralmente, o período entre a avulsão e o reimplante estão fora do controle do Médico Dentista. Com o passar do tempo, a percentagem de sucesso do reimplante diminui verticalmente. Um período extra-oral superior a 2 horas determina reabsorções extensas e prognósticos duvidosos (1).

Assim, a pouca importância dada aos traumatismos dentários permite que pequenos acidentes se transformem em situações mais preocupantes. Torna-se indispensável que a população valorize a saúde oral, e que tome as condutas adequadas numa situação de emergência, de forma a otimizar o tratamento que será efetuado.

O conhecimento tanto dos pais como dos professores neste estudo é baixo, estando de acordo com estudos realizados anteriormente (12-14,16,18). Muitos dos inquiridos manifestaram a necessidade e o interesse em receber formação acerca do tema, e, foi por essa mesma razão que se procedeu à distribuição de panfletos informativos.

Não foi encontrada qualquer associação com a idade, género e habilitações literárias, em semelhança com outros estudos realizados (13,14).

O fato de serem questões de resposta fechada não permite tirar conclusões precisas acerca do conhecimento real dos inquiridos.

Apesar dos pais e dos professores terem pouco conhecimento acerca do assunto, mostram que consideram um traumatismo uma situação de emergência, em que é necessário procurar assistência médico-dentária.

6. CONCLUSÃO

Apesar das limitações deste estudo denota-se a existência de um baixo nível de conhecimento por parte dos pais e professores sobre a temática abordada, verificando-se que a maioria dos inquiridos não está habilitada a gerir adequadamente uma situação de traumatismo dentário. No entanto, manifestaram interesse em receber instrução acerca do tema, podendo concluir-se que a aplicação dos questionários surtiu o efeito pretendido.

Neste sentido, surge a necessidade de implementação de estratégias que promovam o conhecimento dos pais e professores, quer seja através de ações de sensibilização entre a comunidade científica e a comunidade educativa, quer seja através de panfletos, posters ou mesmo com a inclusão deste tema no percurso académico dos professores.

É de extrema importância que os responsáveis pela criança saibam agir corretamente, de forma permitir um bom prognóstico e sucesso do tratamento, e assim prevenir ou minimizar futuras complicações.

A situação de urgência, juntamente com o nervosismo quer dos pais quer da criança, devem ser levados em conta pelo Médico Dentista de forma a realizar o atendimento necessário.

Pode também concluir-se que não foi encontrada qualquer associação com a idade, género e habilitações literárias.

Um traumatismo dentário pode comprometer o sorriso, que é tão importante tanto na infância, como na idade adulta.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and Color Atlas of Traumatic injuries to the teeth. 4th edition. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007.
2. Emerich K, Wyszowski J. Clinical Practice – Dental Trauma. European Journal of Pediatrics. 2010; 169:1045–1050.
3. Bakland KL, Andreasen JO. Dental Traumatology: essential diagnosis and treatment planning. Endodontic Topics 2004; 7, 14-34.
4. International Association of Dental Traumatology. Disponível em <http://www.iadt-dentaltrauma.org/1-9%20%20iadt%20guidelines%20combined%20-%20lr%20-%2011-5-2013.pdf>.
5. Anthony J, Andreasen J, Ebeleseder K, Kenny D, Trope M, Sigurdsson A, Andersson L, Bourguignon C, Flores M, Hicks M, Lenzi M, Malmgren B, Moule A, Pohl Y, Tsukiboshi M. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. Dental Traumatology. 2012; (28), pp. 2-12.
6. Flores M, Andersson L, Andreasen J, Bakland L, Malmgren B, Barnett F, Bourguignon C, DiAngelis A, Hicks L, Sigurdsson A, Trope A, Tsukiboshi M, Arx T. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth. Dental Traumatology. 2007; (23), pp. 130-136.
7. Flores M, Andersson L, Andreasen J, Bakland L, Malmgren B, Barnett F, Bourguignon C, DiAngelis A, Hicks L, Sigurdsson A, Trope A, Tsukiboshi M, Arx T. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. III. Primary teeth. Dental Traumatology. 2007; (23), pp. 196-202.
8. Glendor U. Epidemiology of traumatic dental injuries - a 12 year review of the literature. Dental Traumatology. 2008; 24:603–11.
9. Andreasen JO, Ravn JJ. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 1972; 1(5):235–9.
10. Navabazam A, Farahani SS. Prevalence of traumatic injuries to maxillary permanent teeth in 9 to 14-year-old school. Dental Traumatology. 2010; 26: 154–157.

11. Rocha MJC, Cardoso M. Traumatized Permanent teeth in Brazilian children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. *Dental Traumatology*. 2001; 17:245-49.
12. McIntyre JD, Lee JY, Trope M, Vann WFJr. Elementary School Staff Knowledge about dental injuries. *Dental Traumatology*. 2008; 24:289-98.
13. Al-Jundi SH, Al-Waeili H, Khairalah K. Knowledge and attitude of Jordanian school health teachers with regards to emergency management of dental trauma. *Dental Traumatology*. 2005; 21: 183–187.
14. Al-Jundi SH. Knowledge of Jordanian mothers with regards to emergency management of dental trauma. *Dental Traumatology*. 2006; 22(2)291-5.
15. American Association of Endodontists. The treatment of traumatic dental injuries. Summer 2014.
16. Hedge AM, Kumar KN, Varghese E. Knowledge of dental trauma among mothers in Mangalore. *Dental Traumatology*. 2010; 26:417-21.
17. Sigalas E, Regan JD, Kramer PR, Witherspoon DE, Opperman LA. Survival of human periodontal ligament cells in media proposed for transport of avulsed teeth. *Dental Traumatology* 2004; 20(1):21-8.
18. Oliveira TM, Sakai VT, Moretti AB, Silva TC, Santos CF, Machado MA. Knowledge and attitude of mothers with regards to emergency management of dental avulsion. *Journal of Dentistry for Children*. 2007; 74:200-2.
19. Andreasen JO. Interrelation between alveolar bone and periodontal ligament repair after replantation of mature permanent incisors in monkeys. *Journal of Periodontal Research*. 1981; 16:228-35.

8. ANEXOS



Pedido de Autorização

Eu, Ana Graciosa Barbosa Ferreira da Silva, aluna do 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do IUCS (Instituto Universitário Ciências da Saúde), venho por este meio solicitar autorização para a distribuição de questionários para a realização do Relatório Final de Estágio, intitulado, **“Traumatismos Dentários: Avaliação dos Conhecimentos de Pais e Professores”**.

A participação neste estudo não traz nenhuma despesa ou risco aos inquiridos, e as informações recolhidas são de carácter anónimo e para fins pedagógicos.

O principal objetivo do estudo, consiste em avaliar o nível de conhecimento de Pais e Professores acerca das atitudes imediatas a tomar face a uma situação de traumatismo dentário, através do preenchimento de um questionário.

Pretendo contribuir para um melhor conhecimento acerca deste tema, sendo necessário, para tal, incluir a participação de Pais e Professores.

Obrigada pela Atenção,

O Investigador,

Correio Electrónico: anagraciosabfsilva@gmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Desta forma, dou autorização para a distribuição dos questionários para fins pedagógicos na escola/instituição:

Assinatura: _____ Data: _____

Anexo 1. Pedido de Autorização para a distribuição dos questionários nas escolas.

“Traumatismos Dentários: Avaliação dos Conhecimentos de Pais e Professores”

Ana Graciosa B.F. Silva

Relatório Final de Estágio – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

O atual trabalho de investigação, intitulado **“Traumatismos Dentários: Avaliação dos Conhecimentos de Pais e Professores”**, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

Tem como principal objetivo avaliar o nível de conhecimento de pais e professores acerca das atitudes imediatas a tomar face a uma situação de traumatismo dentário. Pretendo contribuir para um melhor conhecimento acerca deste tema, sendo necessário, para tal, a participação de Pais e Professores. Daí a importância da sua colaboração.

Este estudo não lhe trará qualquer despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas de forma anónima, através do preenchimento de um questionário. Qualquer informação será confidencial e para fins pedagógicos. A sua participação é voluntária, pode retirar-se a qualquer altura ou recusar participar, sem que tal fato tenha consequências para si.

Obrigada pela Atenção,

O Investigador,

Ana Graciosa Silva

Correio Eletrónico: anagraciosabfsilva@gmail.com

**“Traumatismos Dentários:
Avaliação de Conhecimentos dos Pais e Professores”**

Ana Graciosa B.F. Silva

Relatório Final de Estágio – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

- Por favor, leia as questões com atenção e, para cada uma das situações abaixo descritas, assinale com um **X** a resposta que melhor reflete a sua opinião. **Não existem respostas certas ou erradas.**
- O questionário é **anónimo**, garantindo a confidencialidade de toda a informação que fornecer.

Parte I – Identificação do Inquirido

1. **Género:** () Feminino () Masculino
2. **Idade:** () < 30 anos () 31-40 anos () 41-50 anos () > 50 anos
3. **Habilitações Literárias:** () Ensino Básico () Ensino Secundário () Ensino Superior
4. () Professor(a) () Pai/Mãe

Parte II – Questionário

Situação 1 - Uma criança de 9 anos caiu enquanto corria, e apresenta um dente **partido** e a gengiva a **sangrar**:

1. O que fazia nesta situação?
 - a) Parava o sangramento comprimindo a ferida, e não fazia mais nada
 - b) Parava o sangramento comprimindo a ferida e levava a criança ao Médico Dentista imediatamente
 - c) Parava o sangramento comprimindo a ferida e levava a criança ao Médico Dentista apenas se sentisse dor
 - d) Parava o sangramento comprimindo a ferida, tentava encontrar o fragmento do dente e ia imediatamente ao Médico Dentista
2. Se **encontrasse o fragmento do dente** (se assinalou a alínea **d**) na questão anterior), como o transportava até ao Médico Dentista?
 - a) Numa gaze
 - b) Na boca da criança
 - c) Num recipiente com gelo
 - d) Num recipiente com soro fisiológico
 - e) Num recipiente com leite

Situação 2 – Uma criança de 10 anos tropeçou e bateu com o dente da frente numa cadeira. Esse dente apresenta sinais de **mobilidade e sangramento** da gengiva:

- a) Tentava parar o sangramento, através da compressão da ferida
- b) Levava a criança ao Médico Dentista se sentisse dor
- c) Levava a criança ao Médico Dentista imediatamente

Situação 3 – Uma criança de 10 anos foi contra um colega e repara que o dente da frente está **deslocado para o palato** (céu-da-boca):

- a) Recolocava o dente com os dedos na sua posição original, e ia imediatamente ao Médico Dentista
- b) Não mexia no dente e levava a criança ao Médico Dentista imediatamente
- c) Não fazia nada, e levava a criança ao Médico Dentista apenas se sentisse dor

Situação 4 - Uma criança de 9 anos cai enquanto brinca com os colegas e repara que o dente da frente **afundou na gengiva**, estando pouco visível:

- a) Não faço nada e espero que o dente volte ao normal
- b) Levo a criança ao Médico Dentista apenas se sentir dor
- c) Levo a criança ao Médico Dentista de imediato
- d) Tento recolocar o dente no lugar, puxando com os dedos, e levo a criança ao Médico Dentista

Situação 5 - Uma criança de 11 anos tropeça no recreio e nota que o dente da frente se encontra **alongado** e para **fora** do seu lugar:

- a) Não faço nada e espero que o dente volte ao normal
- b) Levo a criança ao Médico Dentista apenas se sentir dor
- c) Levo a criança ao Médico Dentista de imediato
- d) Tento recolocar o dente no lugar com os dedos e levo a criança ao Médico Dentista

Situação 6 – Uma criança de 12 anos cai nas escadas. O seu dente da frente **saiu completamente** do seu lugar e vê sangue no local onde estaria o dente:

1. O que fazia se o dente **não** estivesse na boca da criança?
 - a) Parava o sangramento e ia ao Médico Dentista imediatamente
 - b) Parava o sangramento e ia ao Médico Dentista no dia seguinte
 - c) Tentava encontrar o dente perdido e ia ao Médico Dentista

2. Se **encontrasse o dente perdido** (se assinalou a alínea **c**) na questão anterior), por que parte o segurava?
 - a) Raiz
 - b) Coroa
 - c) Não é importante

3. Acha que deve recolocar o dente **definitivo** no lugar?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei

4. E no caso de ser um **dente de leite**, acha que deve ser recolocado?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei

5. Se respondeu "**Não**" na questão 3:
 - a) Deitava o dente fora, pois não pode ser tratado
 - b) Colocava o dente numa gaze e levava a criança ao Médico Dentista
 - c) Lavava e esfregava o dente com água, colocava-o num recipiente com água e levava a criança ao Médico Dentista
 - d) Lavava o dente com água sem esfregar, colocava-o num recipiente com leite e levava a criança ao Médico Dentista
 - e) Lavava o dente com água sem esfregar, colocava-o num recipiente com soro fisiológico e levava a criança ao Médico Dentista
 - f) Lavava o dente com água sem esfregar e colocava-o na boca da criança, entre a bochecha e a gengiva

6. Se respondeu “**Sim**” na questão 3:

- a) Recolocava o dente na boca da criança e ia ao Médico Dentista
- b) Lavava o dente com água sem esfregar, recolocava o dente na boca da criança e ia ao Médico Dentista
- c) Lavava e esfregava o dente com água, recolocava o dente na boca da criança e ia ao Médico Dentista

7. **Quando** acha que deve recolocar o dente?

- a) Imediatamente
- b) Passado 1 hora do acidente
- c) No dia seguinte

8. No caso de o dente sair do lugar mas estar ainda **dentro da boca** da criança:

- a) Coloco o dente no lugar e levo a criança ao Médico Dentista
- b) Deixo o dente dentro da boca e levo a criança ao Médico Dentista
- c) Tiro o dente da boca da criança
- d) Não sei

9. Quanto tempo pode ficar o dente **fora** da boca da criança?

- a) O mínimo possível
- b) 15-30 minutos após o traumatismo
- c) 30-60 minutos após o traumatismo
- d) 24 horas após o traumatismo
- e) O tempo não é importante

FIM

Obrigada pela sua participação!

O que fazer numa situação de TRAUMATISMO DENTÁRIO?



Se o dente partir:

O primeiro passo é tentar encontrar o pedaço de dente, pois pode ser "colado" ao dente da criança!

De seguida, deve lavar o pedaço com água, e transportá-lo dentro da boca da criança ou num recipiente com leite, até ao consultório do Médico Dentista.



Se o dente estiver móvel:

Leve a criança imediatamente ao Médico Dentista, mesmo que não sinta dor!



Se o dente estiver deslocado para o céu da boca:

Tente recolocar o dente na posição correta com os dedos, mande a criança trincar uma gaze e leve-a ao Médico Dentista imediatamente!

Se não se sentir à vontade para fazer isto, vá com a criança ao consultório dentário de imediato!



Se o dente estiver alongado ou se afundou na gengiva:

Recoloque o dente com os dedos na posição original!

Vá de imediato ao Médico Dentista.

No caso de não conseguir realizar este procedimento, leve a criança rapidamente ao Dentista!



Se o dente cair:

Se o dente não estiver na boca da criança, procure-o!

Quando encontrar o dente, segure-o pela coroa.

Lave o dente com água ou soro fisiológico, sem esfregar!

- Coloque-o num recipiente com leite, soro fisiológico ou na boca da criança, e vá imediatamente ao Médico-Dentista!

ou

- Lave o dente com água ou soro fisiológico sem esfregar, recolque o dente no sitio original e peça à criança para trincar uma gaze. Vá imediatamente ao Médico Dentista!

Se o dente estiver na boca da criança, coloque o dente no lugar ou deixe o dente na boca e leve-a imediatamente ao Médico Dentista!

O DENTE DEVE FICAR FORA DA BOCA DA CRIANÇA O MÁXIMO DE TEMPO POSSÍVEL!

NO CASO DE SER UM DENTE DE LEITE, NÃO O RECOLOQUE NO LUGAR!

Em caso de traumatismo dentário deve sempre levar a criança ao Médico Dentista!!!



CESPU
Realizado no âmbito da Mestria Final de Especialidade "Traumatismos Dentários: Conhecimentos de Pais e Professores"
Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Ana Graciosa Silva

Anexo 3. Panfleto informativo distribuído aos pais e professores após a recolha dos questionários.

1. ESTÁGIO EM CLÍNICA GERAL DENTÁRIA

O Estágio em Clínica Geral Dentária, regido pela Professora Doutora Filomena Salazar, decorreu entre o dia 14 de Setembro de 2016 e o dia 14 de Junho de 2017, durante 5 horas semanais, às quartas-feiras. Foi supervisionado pelo Mestre João Baptista, Mestre Luís Santos e Professora Doutora Sónia Machado. Este estágio contribuiu de forma enriquecedora para um melhor conhecimento das várias áreas da Medicina Dentária, para além de permitir estabelecer diagnósticos e planos de tratamento de forma multidisciplinar. Os atos clínicos realizados encontram-se na **Tabela 1**.

ATO CLÍNICO	OPERADOR	ASSISTENTE	TOTAL
DENTISTERIA	9	7	16
EXODONTIA	4	3	7
DESTARTARIZAÇÃO	5	4	9
ENDODONTIA	1	6	7
TRIAGEM	4	3	7
OUTROS	0	3	3
TOTAL	23	26	49

Tabela 1. Atos Clínicos de Clínica Geral Dentária, como operador e como assistente.

2. ESTÁGIO EM CLÍNICA HOSPITALAR

O Estágio em Clínica Hospitalar decorreu no Centro Hospitalar de São João – Pólo de Valongo. Teve início no dia 15 de Setembro de 2016 e terminou no dia 8 de Junho de 2017, às quintas-feiras, entre as 9:00h e as 12:30h. Foi supervisionado pela Mestre Rita Cerqueira e Mestre Ana Azevedo. Este estágio permitiu desenvolver autonomia clínica, gestão do tempo de consulta e ainda o contato com doentes polimedicados.

Os atos clínicos realizados encontram-se na **Tabela 2**.

ATO CLÍNICO	OPERADOR	ASSISTENTE	TOTAL
DENTISTERIA	42	50	92
EXODONTIA	51	55	106
DESTARTARIZAÇÃO	20	27	47
ENDODONTIA	14	3	17
OUTROS	7	6	13
TOTAL	134	141	275

Tabela 2. Atos Clínicos de Clínica Hospitalar, como operador e como assistente.

3. ESTÁGIO EM SAÚDE ORAL E COMUNITÁRIA

O Estágio em Saúde Oral Comunitária decorreu às sextas-feiras, entre as 9:00h e as 12:30h, de 16 de Setembro de 2016 a 9 de Junho de 2017, sob a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante. Na primeira fase, até Dezembro de 2016, teve lugar no IUCS onde foi realizado o Plano de Atividades e foram atribuídas as escolas a visitar.

Posteriormente o plano foi implementado, inicialmente no Jardim de Infância e Escola Básica da Bela em Ermesinde, e mais tarde, no agrupamento de Paredes, no Jardim de Infância de Carreiras Verdes, e Jardim de Infância e Escola Básica de Bitarães, tendo como base o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Foram realizadas atividades como um teatro e um jogo educativo acerca da saúde oral, ensino dos métodos de escovagem e práticas de alimentação saudável. Recolheram-se os dados epidemiológicos de todos os alunos presentes nos Jardins de Infância e Escolas Básicas. Este estágio contribuiu bastante a nível do contato com as crianças.

O cronograma encontra-se na **Tabela 3**.

DATA	INSTITUIÇÃO	TURMA	ATIVIDADE
24 FEVEREIRO			Férias de Carnaval
17 FEVEREIRO			Reunião com a Coordenadora
3 MARÇO	Jl Bela	T3	Levantamento de Dados + Teatro das Sombras "A vida de um dente"
17 MARÇO	EB Bela	2ªA	

24 MARÇO		4ªA	Levantamento de Dados + Jogo de tabuleiro "Dentes em Equipa"
31 MARÇO			Jornadas do IUCS
7 ABRIL			Férias da Páscoa
14 ABRIL			Feriado
21 ABRIL	Jl Bela	T3	Levantamento de Dados
28 ABRIL	EB Bela	2ªA	Levantamento de Dados
	Jl Carreiras Verdes	T1	Levantamento de Dados + Teatro das Sombras "A vida de um dente"
5 MAIO	EB Bela	4ªA	Levantamento de Dados
	Jl Bitarães	T2	Levantamento de Dados + Teatro das Sombras "A vida de um dente"
12 MAIO			Queima das Fitas
19 MAIO	EB Bela	T3 + 4ªA	Implementação da escovagem
	EB Bitarães	1ªA	Levantamento de Dados + Jogo de Tabuleiro "Dentes em Equipa"
26 MAIO	EB Bela	2º A	Implementação da Escovagem
	EB Bitarães	3ºB	Levantamento de Dados + Jogo de Tabuleiro "Dentes em Equipa"
			*Dia de provas, por isso esta atividade passou para o dia 2 de Junho
9 JUNHO			Apresentação dos Dados Epidemiológicos da Turma

Tabela 3. Cronograma de Estágio em Saúde Oral e Comunitária.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS ACERCA DOS ESTÁGIOS

Os três estágios realizados foram bastante enriquecedores, permitindo a aplicação dos conhecimentos adquiridos, bem como o aperfeiçoamento da prática clínica.