

CONDUTA TERAPÊUTICA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS EM RELAÇÃO AOS TRAUMATISMOS DENTÁRIOS

Ana Flávia Granville-Garcia¹
Valdenice Aparecida de Menezes¹
Izabele Lopes²
Pollyanna Santos Araujo²
Luciana de Barros Correia Fontes³
Alessandro Leite Cavalcanti⁴

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; MENEZES, V. A.; LOPES, I.; ARAUJO, P. S.; FONTES, L. B. C.; CAVALCANTI, A. L. Conduta terapêutica dos cirurgiões-dentistas em relação aos traumatismos dentários. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, v. 12, n. 3, p. 239-247, set./dez. 2008.

RESUMO: O objetivo foi avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre procedimentos a serem realizados em casos de traumatismo dentário. Foi um estudo transversal quantitativo, com entrevistas estruturadas com 150 cirurgiões-dentistas do município de Caruaru-PE. O formulário continha 13 perguntas para cada tipo de traumatismo. Os dados receberam análise com técnicas de estatística descritiva e analítica, testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher a um nível de significância de 5%. Quanto aos profissionais, 43,3% eram clínicos gerais e 53,7% tinham até 10 anos de formados. Na concussão, o “acompanhamento” foi a única conduta clínica que apresentou associação significativa com o tempo de formado, o mesmo ocorrendo com a subluxação. Em relação à luxação extrusiva, na comparação entre os subgrupos, de acordo com o tempo de formado, registrou-se a maior diferença percentual para os que indicaram: “contenção dentária”, além da indicação “aguarda a reerupção espontânea” ($p < 0,05$). Para a luxação intrusiva, a única diferença em relação ao tempo de formado ocorreu quanto ao tratamento ortodôntico ($p < 0,05$). Na luxação lateral, nenhuma questão apresentou diferença significativa em relação ao tempo de formado ($p > 0,05$). A maioria dos cirurgiões-dentistas possuía conhecimentos sobre o tratamento emergencial dos casos de traumatismos dentários apresentados, entretanto, se consideravam inaptos para realizá-lo. Neste sentido, um suporte teórico deveria ser realizado, com o intuito de dar maior segurança ao exercício de medidas emergenciais nas situações de traumatismos dentários, contribuindo, assim, para melhorar a qualidade de vida da população.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismos dentais; Cirurgião-dentista; Conhecimento.

THERAPEUTIC CONDUCT OF DENTAL SURGEONS IN RELATION TO DENTAL TRAUMAS

ABSTRACT: The objective of this work was to evaluate the knowledge of dental surgeons regarding the procedures to be performed in cases of dental trauma. A transversal quantitative study was performed, with structured individual interviews with 150 dental surgeons in the city of Caruaru-PE (BR). The form had 13 standardized questions for each type of trauma. Data was analyzed through analytical and descriptive statistical techniques, Chi-square and Exact Fisher tests with a significance level of 5.0%. 43.3% of the professionals were general physicians and approximately half (53.7%) had obtained their degree less than 10 years ago. In the concussion, the follow-up was the only clinical behavior presenting significant association with the time since graduation. The same occurred with the subluxation. In relation to the extrusive luxation, the comparison among the subgroups in respect to the time since his/her graduation registered the largest percentile difference for the ones who had indicated “splinting” and also indicated “wait for spontaneous reeruption” ($p < 0.05$). In the intrusive luxation, the only difference in relation to the time since graduation was the orthodontic treatment ($p < 0.05$). In the lateral luxation none of the questions presented a significant difference in relation to the time since graduation ($p > 0.05$). The majority of the dental surgeons interviewed had knowledge on the emergency treatment of the cases of dental traumas presented, but considered themselves inapt to carry it through. In this direction a theoretical support should be given, with the objective of providing greater confidence in the execution of emergency procedures on dental traumas, therefore contributing for the improvement of the life quality of the population.

KEYWORDS: Traumatic dental injuries; Dental surgeon; Knowledge.

Introdução

A lesão traumática dental representa uma transmissão aguda de energia ao dente e às estruturas de suporte, o que resulta em fratura e/ou deslocamento do dente, rompimento ou esmagamento dos tecidos de suporte (gengiva, ligamento periodontal e osso) (BRUNO et al., 2004).

Vários são os fatores etiológicos apontados na literatura para os traumatismos dentários, como: acidentes de trânsito, esportes, maus-tratos, acidentes decorrentes da entubação traqueal, protrusão incisiva, falta de cobertura labial e obesidade, dentre outros (BRUNO et al., 2004; GRANVILLE-GARCIA et al.,

2006a; NICOLAU et al., 2001; SORIANO, 2004).

Aproximadamente um terço das crianças em fase de dentição decídua sofre traumatismo, sendo que este percentual chega próximo aos 50% na dentição permanente. Esta experiência em crianças e adolescentes induz efeitos físicos, estéticos e emocionais, além de ser considerada um problema de saúde pública sério (ANDREASEN et al., 2000; CORTES et al., 2001; TRAEBERT et al., 2004; GRANVILLE-GARCIA et al., 2006). Em adição, estima-se que a incidência de traumatismo dentário em crianças e adolescentes vai exceder as doenças cárie e periodontal, em alguns anos. Entretanto, apesar da elevada ocorrência em ambas as dentições, o que se observa na literatura é a negligência

¹ Doutora em Odontopediatria pela FOP/UPE; Professora Doutora de Odontopediatria do Departamento de Odontologia da UEPB.

² Alunas de Graduação da Faculdade de Odontologia de Caruaru/ASCES.

³ Doutora em Odontopediatria pela FOP/UPE; Professora Adjunta de Odontopediatria da FOC/ASCES e FOP/UPE

⁴ Doutor em Estomatologia FO/UFPB; Professor Doutor de Odontopediatria do Departamento de Odontologia da UEPB

ao tratamento frente às lesões traumáticas (CALDAR JR et al., 2001; GRANVILLE-GARCIA et al., 2006b).

Seguindo essa linha de raciocínio, estudos têm demonstrado um baixo índice de tratamento dos traumatismos dentários (TRAEBERT et al., 2004; GRANVILLE-GARCIA et al., 2006b). Isto remete à reflexão dos motivos de tal negligência. Poder-se-ia sugerir a procura limitada ao serviço odontológico por parte da maioria da população, como determinante dos baixos índices de dentes traumatizados tratados (MANFREDINI, 2003). Outro fator que poderia associar-se aos baixos índices de tratamento é o fato de o traumatismo dentário não ser uma doença; levando os pais a não atribuírem a devida atenção ao evento. Porém, deve-se salientar a importância do tratamento dos dentes traumatizados, em função de seu alto impacto na qualidade de vida dos indivíduos e pela possibilidade de acontecerem manifestações decorrentes do traumatismo em longo prazo. Um aspecto que também pode estar envolvido na negligência desse tratamento envolveria o baixo nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas no manejo do traumatismo dentário (TRAEBERT et al., 2004).

Devido à importância do assunto em pauta, este trabalho visa contribuir para os estudos dos traumatismos, avaliando o conhecimento de cirurgiões-dentistas de Caruaru-PE sobre o tema e a sua conduta frente a alguns tipos de traumatismo dentário.

Materiais e Métodos

Foi realizada uma pesquisa transversal quantitativa, junto a cirurgiões-dentistas inscritos em uma entidade de classe do município de Caruaru-PE, a Associação Caruaruense de Cirurgiões-Dentistas. A amostra considerou 50% do número de cirurgiões-dentistas inscritos no ano de 2006, perfazendo um total de 150 profissionais. Como instrumento para a coleta de dados adotou-se o formulário individual e padronizado, com 13 perguntas acompanhadas de desenho ilustrativo do tipo de traumatismo questionado (concussão, subluxação, intrusão, extrusão). As perguntas abordadas eram

sobre a conduta terapêutica frente a cada tipo de traumatismo citado.

Todos os desenhos apresentavam elementos dentários com ápice fechado. No momento inicial se explicou a finalidade da pesquisa, solicitando-se, em acréscimo, a participação do entrevistado. As respostas foram anotadas no momento da entrevista, com maior fidelidade e veracidade das informações, evitando-se falha de memória. Testou-se a fidedignidade das respostas, pelo método de validação de "face", em 10% dos entrevistados. Nesse método, o pesquisador solicita aos tomadores de decisão que explicitem, com suas próprias palavras, o que entenderam sobre cada pergunta (FRANKFORT-NACHIMIAS, 1992). As entrevistas foram realizadas no local de trabalho (consultório particular ou posto de saúde). Na medida do possível, procurou-se não interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas dos profissionais. Salienta-se que alguns entrevistados não responderam todos os itens.

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e valor máximo da variável idade (técnicas de estatística descritiva) e utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson ou o Teste Exato de Fisher (métodos analíticos). O nível de significância adotado correspondeu a 5,0%.

Este trabalho obteve aprovação pelo Comitê de Ética da Associação Caruaruense de Ensino Superior sob o número 73/06, com encaminhamento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais da área destacada, para a participação na pesquisa.

Resultados

No quadro 1 verifica-se que mais da metade dos profissionais (53,7%) tinha até 10 anos de formado; a maioria (45,8%) trabalhava nos serviços público e privado e 41,7% apenas no serviço privado.

Um percentual de 43,3% eram clínicos gerais, 12,7%, Ortodontistas, 9,3% Endodontistas; as demais especialidades tiveram representações inferiores.

Quadro 1: Distribuição dos pacientes pesquisados segundo as variáveis do estudo

Variável	n	%
• Especialidade		
Clinico geral	65	43,3
Implantodontia	9	6,0
Ortodontia	19	12,7
Saúde Pública	10	6,7
Odontopediatria	3	2,0
Endodontia	14	9,3
Dentística	4	2,7
Prótese Dentária	8	5,3
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	10	6,7

Estética	1	0,7
Periodontia	6	4,0
Radiologia	1	0,7
TOTAL	150	100,0
• Tempo de formado		
Até 10 anos	79	53,7
Mais de 10 anos	68	46,3
TOTAL(1)	147	100,0
(1) – Três profissionais omitiram esta informação		
• Local de trabalho		
Particular	60	41,7
Público	18	12,5
Ambos	66	45,8
TOTAL(1)	144	100,0
(1) – Seis profissionais omitiram esta informação		

Na Tabela 1 destaca-se que no grupo total a maioria dos pesquisados indicaria como condutas clínicas numa concussão: exame radiográfico (88,4%), acompanhamento (87,7%); e dieta pastosa (50,0%). Na comparação entre os subgrupos de acordo com o tempo de formado, as duas maiores diferenças percentuais

foram registradas para os que indicaram: “acompanhamento” e “ajuste oclusal”. Entretanto, o “acompanhamento” constituiu a única conduta clínica com associação significativa relativa ao tempo de formado, ao nível de 5,0%.

Tabela 1: Avaliação da conduta clínica numa concussão segundo o tempo de formado.

Conduta clínica	Tempo de formado (em anos)				Grupo total		p
	Até 10		Mais de 10				
	N	%	n	%	n	%	
Exame radiográfico	67	85,9	62	91,2	129	88,4	p ⁽²⁾ = 0,32
Reposicionamento dentário	3	3,8	4	5,9	7	4,8	p ⁽³⁾ = 0,70
Tracionamento cirúrgico	1	1,3	2	2,9	3	2,1	p ⁽³⁾ = 0,59
Tratamento ortodôntico (4)	3	3,9	2	2,9	5	3,4	p(3) = 1,00
Aguarda a reerupção espontânea	7	9,0	5	7,4	12	8,2	p(2) = 0,72
Contenção dentária	8	10,3	11	16,2	19	13,0	p(2) = 0,28
Ajuste oclusal	21	26,9	10	14,7	31	21,2	p(2) = 0,07
Antibiocoterapia	6	7,7	4	5,9	10	6,8	p(3) = 0,75
Acompanhamento	73	93,6	55	80,9	128	87,7	p(2) = 0,01*
Dieta pastosa	39	50,0	34	50,0	73	50,0	p(2) = 1,00
Teste de vitalidade	34	43,6	28	41,2	62	42,5	p(2) = 0,76
Teste de percussão	18	23,1	18	26,5	36	24,7	p(2) = 0,63
Outros	4	5,1	3	4,4	7	4,8	p(3) = 1,00
BASE(1)	78	-	68	-	146	-	

(1) – Quatro profissionais omitiram esta informação

(*) : Associação significativa a 5,0%.

(2) : Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3) : Através do teste Exato de Fisher.

(4) : Tratamento ortodôntico ou tracionamento ortodôntico.

Na Tabela 2 destaca-se, que no grupo total, a maioria dos pesquisados indicaria como condutas clínicas em uma subluxação: “exame radiográfico” (93,8%), “acompanhamento” (91,0%), “dieta pastosa” (57,2%) e “teste de vitalidade” (50,3%). Na comparação entre os subgrupos de acordo com o tempo de formado, o

“acompanhamento” foi a única conduta clínica que apresentou associação significativa com o tempo de formado ($p < 0,05$).

Dos 50 profissionais que afirmaram a necessidade de contenção, apenas 39 responderam sobre o tipo (semi-rígida).

Tabela 2: Avaliação da conduta clínica em uma subluxação, segundo o tempo de formado

Subluxação	Ano de formado (em anos)				Grupo total		p
	Até 10		Mais de 10		N	%	
	N	%	n	%			
Exame radiográfico	71	92,2	65	95,6	136	93,8	p(3) = 0,50
Reposicionamento dentário	17	22,1	14	20,6	31	21,4	p(2) = 0,82
Tracionamento cirúrgico	2	2,6	1	1,5	3	2,1	p(3) = 1,00
Tratamento ortodôntico (4)	1	1,3	2	2,9	3	2,1	p(3) = 0,60
Aguarda a reerupção espontânea	2	2,6	5	7,4	7	4,8	p(3) = 0,25
Contenção dentária	22	28,6	28	41,2	50	34,5	p(2) = 0,11
Ajuste oclusal	24	31,2	14	20,6	38	26,2	p(2) = 0,14
Antibiocoterapia	9	11,7	7	10,4	16	11,0	p(2) = 0,78
Acompanhamento	75	97,4	57	83,8	132	91,0	p(2) = 0,04*
Dieta pastosa	45	58,4	38	55,9	83	57,2	p(2) = 0,75
Teste de vitalidade	37	48,1	36	52,9	73	50,3	p(2) = 0,55
Teste de percussão	22	28,6	13	19,1	35	24,1	p(2) = 0,18
Outros	3	3,9	3	4,4	6	4,1	p(3) = 1,00
BASE(1)	77	-	68	-	145	-	

(1) – Cinco profissionais omitiram esta informação

(*): Associação significativa a 5,0%.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3) – Através do teste Exato de Fisher.

(4): Tratamento ortodôntico ou tracionamento ortodôntico.

A maioria dos pesquisados indicaria como conduta clínica relacionada à luxação extrusiva: “exame radiográfico” (93,8%), “reposicionamento dentário” (89,0%), “acompanhamento” (86,9%), “contenção dentária” (75,9%) e “dieta pastosa” (68,3%). Na comparação entre os subgrupos de acordo com o tempo de

formado, a maior diferença percentual foi registrada para os que indicaram: “contenção dentária” além da indicação “aguarda a reerupção espontânea”, com $p < 0,05$ (Tabela 3).

Dos 110 profissionais que optaram pela contenção dentária, 84 indicaram a semi-rígida.

Tabela 3: Avaliação da conduta clínica numa luxação extrusiva, segundo o tempo de formado

Luxação extrusiva	Ano de formado (em anos)				Grupo total		Valor de p
	Até 10		Mais de 10		n	%	
	N	%	n	%			
Exame radiográfico	72	93,5	64	94,1	136	93,8	P(3) = 1,00
Reposicionamento dentário	68	88,3	61	89,7	129	89,0	P(2) = 0,78
Tracionamento cirúrgico	3	3,9	-	-	3	2,1	P(3) = 0,24
Tratamento ortodôntico (4)	6	7,8	6	8,8	12	8,3	P(2) = 0,82

Aguarda a reerupção espontânea	-	-	4	5,9	4	2,8	p(3) = 0,04*
Contenção dentária	52	67,5	58	85,3	110	75,9	p(2) = 0,01*
Ajuste oclusal	18	23,4	15	22,1	33	22,8	P(2) = 0,85
Antibiocoterapia	20	26,0	21	30,9	41	28,3	P(2) = 0,51
Acompanhamento	66	85,7	60	88,2	126	86,9	P(2) = 0,65
Dieta pastosa	51	66,2	48	70,6	99	68,3	P(2) = 0,57
Teste de vitalidade	33	42,9	36	52,9	69	47,6	p(2) = 0,22
Teste de percussão	17	22,1	10	14,7	27	18,6	p(2) = 0,25
Outros	4	5,2	4	5,9	8	5,5	p(3) = 1,00
BASE(1)	77	-	68	-	145	-	

(1) – Cinco profissionais omitiram esta informação

(*): Associação significativa a 5,0%.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3) – Através do teste Exato de Fisher.

(4): Tratamento ortodôntico ou tracionamento ortodôntico.

Em casos de luxação intrusiva foram citadas as seguintes condutas clínicas: “exame radiográfico” (95,8%), “acompanhamento” (88,2%), “aguarda a reerupção espontânea” (56,9%) e “dieta pastosa” (54,2%). Em relação à variável tempo de formado, a única dife-

rença foi o tratamento ortodôntico, com $p < 0,05$ (Tabela 4).

Dos profissionais que assinalaram a necessidade de contenção (24), apenas 13 optaram pelo tipo (semi-rígida).

Tabela 4: Avaliação da conduta clínica numa luxação intrusiva segundo o tempo de formado

Luxação intrusiva	Tempo de Formado (em anos)				Grupo total		p
	Até 10		Mais de 10		N	%	
	N	%	n	%			
Exame radiográfico	74	96,1	64	95,5	138	95,8	p(3) = 1,00
Reposicionamento dentário	12	15,6	13	19,4	25	17,4	p(2) = 0,54
Tracionamento cirúrgico	9	11,7	9	13,4	18	12,5	p(2) = 0,75
Tratamento ortodôntico (4)	45	58,4	26	38,8	71	49,3	p(2) = 0,01*
Aguarda reerupção espontânea	40	51,9	42	62,7	82	56,9	p(2) = 0,19
Contenção dentária	13	16,9	11	16,4	24	16,7	p(2) = 0,94
Ajuste oclusal	6	7,8	3	4,5	9	6,3	p(3) = 0,50
Antibiocoterapia	20	26,0	21	31,3	41	28,5	p(2) = 0,47
Acompanhamento	70	90,9	57	85,1	127	88,2	p(2) = 0,27
Dieta pastosa	40	51,9	38	56,7	78	54,2	p(2) = 0,56
Teste de vitalidade	30	39,0	26	38,8	56	38,9	p(2) = 0,98
Teste de percussão	17	22,1	12	17,9	29	20,1	p(2) = 0,53
Outros	4	5,2	4	6,0	8	5,6	p(3) = 1,00
BASE(1)	77	-	67	-	144	-	

(1) – Seis profissionais omitiram esta informação

(*): Associação significativa a 5,0%.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3) – Através do teste Exato de Fisher.

(4): Tratamento ortodôntico ou tracionamento ortodôntico.

Em relação à luxação lateral: “exame radiográfico” (97,2%), “acompanhamento” (88,9%), “reposicionamento dentário” (75,7%), “dieta pastosa” (66,0%) e “contenção dentária” (52,1%), foram as condutas mais citadas. Nenhuma resposta apresentou associação

significante com o tempo de formado (Tabela 5).

Dos 75 profissionais que assinalaram a necessidade de contenção, 58 responderam sobre o tipo (semi-rígida).

Tabela 5: Avaliação da conduta clínica numa luxação lateral segundo o tempo de formado

Luxação lateral	Ano de formado (em anos)				Grupo total		p
	Até 10		Mais de 10		N	%	
	N	%	n	%			
Exame radiográfico	74	96,1	66	98,5	140	97,2	p(3) = 0,62
Reposicionamento dentário	57	74,0	52	77,6	109	75,7	p(2) = 0,61
Tracionamento cirúrgico	5	6,5	9	13,4	14	9,7	p(2) = 0,16
Tratamento ortodôntico (4)	16	20,8	13	19,4	29	20,1	p(2) = 0,83
Aguarda a reerupção espontânea	5	6,5	-	-	5	3,5	p(3) = 0,06
Contenção dentária	42	54,6	33	49,3	75	52,1	p(2) = 0,52
Ajuste oclusal	19	24,7	19	28,4	38	26,4	p(2) = 0,61
Antibiocoterapia	17	22,1	20	29,8	37	25,7	p(2) = 0,28
Acompanhamento	70	90,9	58	86,6	128	88,9	p(2) = 0,40
Dieta pastosa	49	63,6	46	68,7	95	66,0	p(2) = 0,52
Teste de vitalidade	31	40,3	18	26,9	49	34,0	p(2) = 0,09
Teste de percussão	14	18,2	11	16,4	25	17,4	p(2) = 0,78
Outros	3	3,9	4	6,0	7	4,9	p(3) = 0,70
BASE(1)	77	-	67	-	144	-	

(1) – Seis profissionais omitiram esta informação

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(3) – Através do teste Exato de Fisher.

(4): Tratamento ortodôntico/tracionamento ortodôntico.

A tabela 6 mostra que um pouco mais da metade dos pesquisados afirmou que se considera apto para tratar todos os tipos de traumas apresentados, sendo

que a experiência profissional não foi significante nesta questão.

Tabela 6: Avaliação da questão “Considera-se apto de tratar todos os tipos de trauma apresentados?”, segundo o tempo de formado.

Resposta	Tempo de Formado				Grupo total		p
	Até 10 anos		Mais de 10 anos		n	%	
	N	%	n	%			
Sim	42	55,3	33	53,2	75	54,4	p(2) = 0,81
Não	34	44,7	29	46,8	63	45,6	
TOTAL(1)	76	100,0	62	100,0	138	100,0	

(1) – Doze profissionais omitiram esta informação

(2) – Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Discussão

Estudos epidemiológicos indicam que cerca de um a dois terços dos traumatismos ocorrem em crianças 8 a 12 anos, apresentando como causas mais frequentes as atividades esportivas, acidentes ou casos de violência (FLORES et al., 2001). Desta forma, é de suma importância informar a comunidade sobre a prevenção, bem como a procura pelo tratamento nos casos de traumatismo dental (BRUNO et al., 2004). Seguindo esta linha de raciocínio, chama-se a atenção sobre a necessidade do conhecimento do tratamento adequado, a fim de minimizar o índice de insucesso a curto e longo prazo (TRAEBERT et al., 2004; FLORES et al., 2001).

Protocolos de atendimento aos diversos tipos de traumatismos têm sido publicados na literatura (ANDREASEN et al., 2000; FLORES et al., 2001; FLORES et al., 2007), entretanto, apesar da importância do assunto (ANDERSON, 2007), poucos são os estudos que focalizam o conhecimento do cirurgião-dentista para o atendimento emergencial em casos de traumatismos dentais.

Neste sentido, foram entrevistados 150 profissionais, sobre os procedimentos a serem realizados em casos de lesões aos tecidos periodontais, com exceção da avulsão, que, devido à sua complexidade, representou o objeto de um estudo isolado.

Analisando-se os profissionais participantes da pesquisa, 52,7% possuíam especialidade em alguma área da odontologia, menos da metade era clínico geral e apenas 12,5% se dedicavam ao serviço público, exclusivamente.

O primeiro questionamento foi sobre a conduta clínica a ser seguida em casos de concussão. Entende-se por concussão uma lesão às estruturas de suporte, sem mobilidade ou deslocamento anormal do dente, mas com acentuada sensibilidade à percussão (ANDREASEN et al., 2000; BEZERRA; TOLEDO, 2005). A maioria apontou o exame radiográfico, a dieta pastosa, o teste de vitalidade, e o acompanhamento, como condutas adequadas. Estes resultados estão de acordo com vários autores (ANDREASEN et al., 2000; FLORES et al., 2001; FLORES et al., 2007). A manutenção da dieta pastosa deveria ocorrer por aproximadamente 30 dias, destacando-se que os primeiros 7-10 dias são cruciais para a recuperação das fibras periodontais (CHELOTTI et al., 2003). Um número maior de profissionais, com menos tempo de formado, indicou o acompanhamento em tais casos ($p < 0,05$). De acordo com alguns autores o acompanhamento clínico e radiográfico deve ser realizado após 30, 45 dias e um ano (ANDREASEN et al., 2000; FLORES et al., 2001; FLORES et al., 2007). Chelotti et al. (2003) sugerem que este acompanhamento se estenda até um período de dois anos, devido às possíveis alterações pulpares e periapicais, dentro do período mencionado. É importante salientar que o ajuste oclusal e o repouso mastigatório representam alternativas clínicas apontadas por alguns protocolos (FLO-

RES et al., 2001; MELO; SYDNEY, 1998).

A subluxação, segunda lesão questionada, consiste em injúria traumática onde há uma mobilidade anormal, mas sem deslocamento do elemento dentário e com a possibilidade de hemorragia no alvéolo do dente em questão (ANDREASEN et al., 2000). Os cirurgiões-dentistas pesquisados citaram os mesmos passos clínicos a serem seguidos em relação às lesões concussivas. Alguns autores (BEZERRA; TOLEDO, 2005; CHELOTTI et al., 2003; FLORES et al., 2007) não fazem diferença entre o tratamento da concussão e o da subluxação, a não ser pela necessidade de esplintagem semi-rígida para maior conforto do paciente e pela necessidade de desgaste oclusal e repouso mastigatório. Flores et al. (2007) indicam a contenção semi-rígida, nesses casos, por cerca de 15 dias. A necessidade de contenção foi apontada por 34,5% (50) dos profissionais e destes, 39 responderam ser do tipo semi-rígida. Esta permite que dentes traumatizados tenham alguma mobilidade, de maneira que a mastigação funciona como o estímulo à formação de novos vasos e de fibras que sofreram necrose, evitando-se o desenvolvimento de reabsorção substitutiva (MELO; SYDNEY, 1998). A única questão que apresentou diferença significativa foi relativa ao acompanhamento clínico, mais citado por profissionais com menor tempo de formado ($p < 0,05$).

Reconhece-se o deslocamento parcial do elemento dentário do alvéolo como extrusão dentária (ANDREASEN et al., 2000) quando se observa, radiograficamente, imagem sugestiva de aumento do espaço periodontal (MARTINS et al., 2007). Nestes casos, o dente deve ser cuidadosamente reposicionado, usando-se, para isso, pressão axial com um dedo sobre o bordo incisal. A anestesia local em geral não é necessária. A radiografia deve ser tomada com o intuito de verificar o posicionamento dentário. Quando o dente estiver reposicionado, verificam-se a oclusão e a necessidade do seu ajuste (SILVA et al., 2003). Uma contenção semi-rígida deve ser feita por um período de 14 dias (FLORES et al., 2007) e removida, caso não haja indícios de alteração do tecido duro (reabsorção radicular, perda óssea). Em dentes com ápice aberto se indica o acompanhamento por períodos prolongados. Nos dentes com ápice fechado, a probabilidade de revascularização é mínima (ANDREASEN et al., 2000). Quando não se realiza o atendimento imediatamente, recomenda-se o tracionamento cirúrgico bem como o ortodôntico, apresentando este último um prognóstico melhor (MARTINS et al., 2007). Cuidados relacionados à dieta (pastosa), ao teste de vitalidade e ao repouso mastigatório, bem como um acompanhamento clínico e radiográfico (após 2 e 4 semanas, 8 semanas, um ano e cinco anos) estão inseridos nos protocolos de atendimento (MELO; SYDNEY, 1998; FLORES et al., 2007). Sinais de necrose podem ser constatados através de respostas negativas do teste de sensibilidade, por descoloração da coroa e rarefação óssea apical (FLORES et al., 2007), indicando a necessidade de tratamento endodôntico (ANDREASEN et

al., 2000). A maioria dos pesquisados está de acordo com os procedimentos citados, sem diferença significativa nas respostas ($p>0,05$). Salienta-se que, dos 110 profissionais que opinaram pela necessidade de contenção, 84 escolheram a semi-rígida.

A luxação intrusiva ocorre como um dos traumatismos mais severos (MELO; SYDNEY, 1998; GUNGOR et al., 2006). Nestes casos o elemento dentário é forçado para o interior do alvéolo. Clinicamente, a coroa do dente mostra-se encurtada. Há sangramento gengival e escuta-se um som alto e metálico, à percussão (BEZERRA; TOLEDO, 2005). Radiograficamente existe imagem sugestiva de deslocamento do dente em direção apical, com desaparecimento parcial do ligamento periodontal. Em casos de elementos dentários com ápice fechado (objeto da pesquisa), a reerupção espontânea é muito pouco provável. Portanto, deve-se realizar extrusão cirúrgica ou ortodôntica, tão logo quanto possível (FLORES et al., 2001; SILVA et al., 2003; GUNGOR et al., 2006). Dessas, alguns autores consideram a última de eleição, por minimizar o risco de reabsorção externa (FLORES et al., 2001; BEZERRA; TOLEDO, 2005; CHELOTTI et al., 2003). A necrose pulpar ocorre em 96% dos casos, sendo o tratamento endodôntico com hidróxido de cálcio indicado, assim que possível (FLORES et al., 2001; CHELOTTI et al., 2003). Teste de sensibilidade, cuidados com a dieta e o acompanhamento clínico e radiográfico devem ser realizados (após 45 ou 60 dias, um ano e cinco anos) (FLORES et al., 2001; FLORES et al., 2007). A cobertura antibiótica foi citada na literatura (GUNGOR et al., 2006), em caso de extrusão cirúrgica. Todos os procedimentos a serem realizados foram contemplados pela grande maioria dos pesquisadores. A única resposta na qual a experiência profissional apresentou diferença significativa foi em relação ao tracionamento ortodôntico, citado pelos cirurgiões-dentistas com menor tempo de formado, em um maior número de vezes ($p<0,05$). Outros profissionais (24) opinaram pela necessidade de contenção e cerca de metade (13) pelo do tipo semi-rígida.

Luxação lateral foi o último dos traumatismos questionados. Neste tipo de traumatismo ocorre o deslocamento lateral excêntrico do dente no seu alvéolo, usualmente em direção palatal, podendo o mesmo encontrar-se travado nessa região, (som metálico à percussão) com ou sem sangramento gengival. Radiograficamente existe a possibilidade de o dente estar com a parte apical ou lateral do alvéolo vazia (ANDREASEN et al., 2000; FLORES et al., 2007). O reposicionamento exige liberar o dente da sua trava óssea. A anestesia é um procedimento necessário, quando o tempo decorrido entre o trauma e o atendimento for demorado, pela característica dolorosa do procedimento. O dente deve ser reposicionado digitalmente ou utilizando-se o fórceps (MELO; SYDNEY, 1998). Após isso, examina-se a oclusão, e uma radiografia é tomada para verificar a recolocação correta. O tempo de contenção semi-rígida

varia, de acordo com autores, desde um intervalo máximo de 15 dias (BEZERRA; TOLEDO, 2005) até 3 a 4 semanas (MELO; SYDNEY, 1998; FLORES et al., 2007). Necrose ocorre em 58% dos casos (CHELOTTI et al., 2003); assim, na ausência contínua de resposta ao teste de vitalidade, procede-se o tratamento endodôntico, com o intuito de reduzir a probabilidade de reabsorção. Cuidados com a dieta e com o acompanhamento clínico e radiográfico (45 - 60 dias, seis meses, um ano e cinco anos) devem ser realizados (FLORES et al., 2007). A maioria dos entrevistados contemplou os procedimentos clínicos a serem realizados. Salienta-se que, no item contenção dentária, 50% dos profissionais afirmaram sobre a necessidade desta e apenas 58 opinaram pela do tipo semi-rígida. Nesse tipo de traumatismo a experiência clínica não apresentou diferencial.

Verificou-se que, em algumas questões, houve diferença significativa entre as variáveis estudadas e o tempo de formado, ou seja, os profissionais com menor tempo de formado apresentaram um maior número de acertos, refletindo provavelmente a preocupação com uma qualidade de ensino melhor nos últimos 10 anos.

Apesar de o resultado ser positivo, em relação aos procedimentos clínicos a serem seguidos, em casos dos diferentes tipos de traumatismos abordados por este estudo, pouco mais que metade dos profissionais entrevistados se consideravam aptos a realizá-los. Neste sentido, para dar um maior suporte clínico e científico para estes cirurgiões-dentistas, cursos sobre protocolos de atendimento ao traumatismo dentário devem ser realizados (HU et al., 2006).

Conclusão

A maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados tem conhecimento sobre o tratamento emergencial dos casos de traumatismos dentários apresentados, entretanto mais da metade se considera inapta para realizá-lo. Neste sentido, um suporte teórico deve ser realizado, com o intuito de dar maior segurança para o exercício de medidas emergenciais de traumatismos dentários, conseqüentemente, contribuindo para melhorar a qualidade de vida da população.

Referências

- ANDERSSON, L. The importance of guidelines. **Dent Traumatol.** v. 23, n. 2, p. 65, 2007.
- ANDREASEN, J. O. et al. **Manual de traumatismos dental.** São Paulo: Artes Médicas, 2000. 64 p.
- BEZERRA, A. C. B.; TOLEDO, O. A. Traumatismos em dentes anteriores. In: Toledo. O. A. **Odontopediatria.** São Paulo: Premier, 2005. p. 266-291.
- BRUNO, G. B.; MENEZES, V. A.; RIBEIRO, A. G.

Doenças bucais mais prevalentes. In:

BARBOSA, M. B.; BRUNO, G. B.; SOUZA, E. H. **Saúde bucal no PSF**. Juazeiro do Norte: Faculdade de Medicina, 2004. p. 50-60.

CALDAS JÚNIOR, A. F.; BURGOS, M. E. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. **Dent Traumatol**. v. 17, n. 6, p. 250-253, 2001.

CHELOTTI, A. et al. Lesões traumáticas em dentes decíduos e permanentes jovens. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 2003. p. 649-687.

CORTES, M. I.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Prevalence and correlates of traumatic injuries to the permanent teeth of schoolchildren aged 9-14 years in Belo Horizonte, Brazil. **Dent. Traumatol**. v. 17, n. 1, p. 22-26, 2001.

FLORES, M. T.; ANDREASEN, J. O.; BAKLAND, L. K. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. **Dent Traumatol**. v. 17, n. 4, p. 145-148, 2001.

FLORES, M. T. et al. Guidelines for the management for traumatic dental injuries. **IADT**, p. 1-20, 2007.

FRANKFORT-NACHIMIAS, C.; NACHIMIAS, D. **Research methods in the social**. 4. ed. London: E. Arnold, 1992. 144 p.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; MENEZES, V. A.; LIRA, P. I. C. Prevalência e fatores sociodemográficos associados ao traumatismo dentário em pré-escolares. **Odontologia clínico-científica**, v. 5, n. 1, p. 57-64, 2006a.

_____. Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers. **Dental Traumatol**. v. 22, n. 6, p. 318-322, 2006b.

GUNGOR, H. C.; CENGIZ, S. B.; ALTAY, N. Immediate surgical repositioning following intrusive luxation: a case report and review of the literature. **Dent Traumatol**. v. 22, n. 6, p. 340-344, 2006.

HU, L. W.; PRISCO, C. R. D.; BOMBANA, A. Knowledge of Brazilian General Dentists and Edodonts about Emergency management of dento-alveolar trauma. **Dent Traumatol**, v. 22, n. 3, 113-117, 2006.

MANFREDINI, M. A. Planejamento em saúde bucal. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre:

Artmed, 2003. p. 50-63.

MELO, L. L.; SYDNEY, G. B. Lesões traumáticas dos tecidos de sustentação do dente. In: MELO, L. L. **Traumatismo alvéolo-dentário**. São Paulo: Artes Médicas, 1998. p. 160-247.

MARTINS, D. M. et al. Treatment of extrusive luxation by intentional replantation. **Int J Paed Dent**. v. 17, n. 4, p. 134-138, 2007.

MORI, G. G. et al. Evaluation of the knowledge of tooth avulsion o school professionals from Adamantina, São Paulo, Brazil, **Dent Traumatol**, v. 3, n. 1, p. 2-5, 2007.

NICOLAU, B.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Prevalence, causes and correlates of traumatic dental injuries among 13-year-olds in Brazil. **Dent Traumatol**, v. 17, n. 4, p. 213-217, 2001.

SILVA, A. C. C.; SANTOS, R. L. C.; AGUIAR, C. M. Procedimentos clínicos em traumas dentários. **J Brs Endod**. v. 4, n. 3, p. 169-174, 2003.

SORIANO, E. P. **Determinação dos fatores de risco para o traumatismo dental em escolares da cidade do Recife**. 2004. 115 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2004.

TRAEBERT, J. et al. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 403-410, 2004.

Recebido em: 18/06/2008

Aceito em: 20/10/2008

Received on: 18/06/2008

Accepted on: 20/10/2008