

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

LUÊNIA LISBOA MANGUEIRA

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE
EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE A AVULSÃO DENTÁRIA**

**PATOS
2014**

LUÊNIA LISBOA MANGUEIRA

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE
EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE A AVULSÃO DENTÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a MSc Rosana Araújo Rosendo

PATOS

2014

LUÊNIA LISBOA MANGUEIRA

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE
EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE A AVULSÃO DENTÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a MSc Rosana Araújo Rosendo - Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof.^a MSc Tássia Cristina de Almeida Pinto Sarmiento - 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Prof. MSc. Julierme Ferreira Rocha – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Aos meus amados pais Ednaldo e Ana Lúcia e à minha irmã Ludiana porque sem eles, tenho a certeza de que nada disso teria sido possível, pois sei que fizeram tudo que estava ao alcance de suas mãos, e até o que não estava, para que eu pudesse ter a felicidade de ver meus sonhos realizados.

Essa vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

A Deus, toda honra e glória! O verdadeiro merecedor de todo o mérito que sempre me deu forças e discernimento nos momentos que mais precisei, além de ter me presenteado com uma família maravilhosa.

A toda a minha família, meu pai Ednaldo, minha mãe Ana Lúcia e minha irmã Ludiana pela paciência e esforço; à minha sobrinha e afilhada Ágda Mariane por iluminar meus dias e me mostrar a pureza do mundo; e ao meu cunhado pelo empenho e bom humor.

As minhas queridas BAC'S, Rayssa, Sonaly, Lucélia, Brisa e Soyara. Amigas que conheci na universidade, e que cada uma com seu jeito tornaram o dia a dia menos árduo e a distância de casa amenizada. Hoje posso considerar que ganhei uma nova família!

A minha orientadora, Prof^a MSc. Rosana Araújo Rosendo, pela paciência e incentivo na elaboração desta pesquisa. Obrigada pelas palavras, pelo carinho, pela amizade e por ser esta pessoa tão abençoada, iluminada e humana.

A todos os professores pela convivência harmoniosa, pelas trocas de conhecimento e experiências que foram tão importantes na minha vida. Suas contribuições com tanto esmero me despertaram o amor pela odontologia. Agradecimento em especial ao professor Julierme, um homem que tem um coração enorme e à professora Tássia, uma profissional excepcional, que aceitaram participar da minha banca do TCC.

Aos colegas da graduação pelo compartilhamento de todos os momentos vivenciados, quer de alegria, quer de tristeza. Vou guardar todos no meu coração com um carinho muito especial.

A minha eterna dupla da clínica, Rayssa. Uma amiga que ganhei desde o primeiro período. Uma pessoa que tem um coração lindo e que estava sempre presente quando mais precisei, fosse na alegria ou na tristeza.

Às amigas de apartamento, Rayssa, Sonaly, Hortência e Marina, minhas eternas companheiras. Sentirei saudades da nossa convivência sempre harmoniosa.

À Thays, Hortência, Rayssa, Sonaly, Lucélia e Garibaldi por me ajudarem na realização dessa pesquisa. Sem vocês eu não teria conseguido concluir esta parte tão importante.

Às minhas primas-irmãs Itamaria, Renata, Camila e Karoline por me ajudarem tanto quando estou em João Pessoa. Eu não tenho nem palavras para expressar a minha gratidão!

A todas as funcionárias da clínica, em especial Diana, Poliana, Nelma e Patrícia, que contribuíram de forma direta e indireta na minha jornada de clínicas.

A todos muito OBRIGADA!!

“Que tamanho tem o universo?
O universo tem o tamanho do seu mundo.
Que tamanho tem o meu mundo?
Tem o tamanho dos seus sonhos.”

Augusto Cury

RESUMO

A avulsão dentária corresponde ao deslocamento total do elemento dental para fora do seu alvéolo, estando o aumento do número de acidentes automobilísticos, de acidentes na escola e nas práticas desportivas, juntamente com a crescente violência entre os fatores etiológicos mais comuns. O gênero masculino ainda é o mais acometido por esse tipo de trauma, cujo tratamento consiste no reimplante e cujo prognóstico está na dependência de um atendimento imediato à vítima, sendo o meio de armazenamento do dente avulsionado um fator de extrema relevância. Com base nessa assertiva, foi elaborado e aplicado um questionário estruturado e padronizado com 81 estudantes do curso de educação física de uma instituição de ensino superior sobre avulsão dentária, através do qual 39% responderam corretamente o que seria a avulsão dentária; 91% nunca receberam informações sobre o atendimento ao paciente vítima desse tipo de trauma e 35% afirmaram que o procedimento de eleição, nesses casos, seria a restauração do dente. Ainda como resultado, 78% dos participantes da pesquisa declararam ser imprescindível o uso da placa protetora durante a prática desportiva. Com base nos resultados conclui-se que os estudantes de educação física necessitam de um conhecimento mais abrangente sobre o assunto uma vez que o traumatismo e, conseqüentemente, a avulsão dentária são comuns de ocorrer em atividades práticas desportivas; tornando-se imprescindível a realização de campanhas educacionais de forma oral ou em material impresso, elucidando a manipulação apropriada nos casos de avulsão dentária.

Palavras-chave: Avulsão Dentária. Educação física e treinamento. Traumatismos Dentários.

ABSTRACT

Tooth avulsion is the total displacement of the dental element out of its socket, with the increase in the number of car accidents, accidents at school and in sports practice, along with the growing violence among the most common etiologic factors. The male is still the most affected by this type of trauma, the treatment consists of reimplantation and whose prognosis is dependent on an immediate care for the victim, being the storage means of the avulsed tooth a factor of utmost importance. Based on this assertion, a structured and standardized questionnaire was developed and implemented with 81 students of Physical Education (PE) degree from an institution of higher education on dental avulsion, through which 39% answered correctly what would be the tooth avulsion; 91% never received information about patient care victim of such trauma and 35% said that the election procedure in such cases would be the restoration of the tooth. Also as a result, 78% of respondents reported being necessary the use of the "teeth guard" during sports. Based on the results it is concluded that PE students require a more comprehensive understanding of the subject since the trauma and thus the tooth avulsion is common practice to occur in sports activities; making it essential to carry out educational campaigns orally or in printed material, elucidating the proper handling in cases of tooth avulsion.

Keywords: Dental avulsion. Physical education and training. Tooth Injuries.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição numérica e percentual das características pessoais e do período cursado pelos estudantes de educação física de uma Instituição de Ensino Superior de Patos PB..... **24**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IADT International Association for Dental Traumatology

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 TRAUMATISMO DENTÁRIO	14
2.2 CONCEITO E ETIOLOGIA DA AVULSÃO	18
2.3 MEIOS DE ARMAZENAMENTO DO DENTE AVULSIONADO	19
2.4 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DA AVULSÃO DENTÁRIA.....	20
REFERÊNCIAS.....	21
3 ARTIGO.....	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	39
APÊNDICE B - Questionário	41
ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa	42
ANEXO B - Normas da Revista Brasileira de Odontologia.....	43

1 INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário corresponde a um conjunto de impactos que afeta os dentes e suas estruturas de suporte desde uma simples fratura em esmalte até a perda definitiva do elemento dentário. Esses traumas podem acarretar em lesões tanto na estrutura dentária como no periodonto, ossos e tecidos moles, predominantemente na região anterior (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; SANABE et al., 2009).

Segundo Andreasen e Andreasen (2001), essas lesões classificam-se em: lesões dentárias, lesões no tecido de sustentação, lesões em tecidos moles e lesões no tecido ósseo. Por sua vez, para Freitas et al. (2008), a avulsão dentária equivale a 16% das ocorrências de traumatismo, sendo causa de maior preocupação devido ao alto impacto na qualidade de vida das crianças e adolescentes em relação ao desconforto físico e psicológico, interferindo negativamente nas relações sociais.

Dentre os principais fatores etiológicos do traumatismo dentário e, conseqüentemente da avulsão, encontram-se as práticas desportivas, acidentes automobilísticos, atividades pertinentes à infância, agressões e fatores predisponentes individuais como a protrusão, *overjet* acentuado, obesidade infantil e incapacidade do lábio superior em recobrir os dentes anteriores (PRATA et al., 2000). Os elementos dentários mais acometidos são os incisivos centrais superiores, e este fato pode estar associado à maior projeção desses dentes na maxila (PANZARINI et al., 2003; SOARES et al., 2003).

A avulsão dentária é caracterizada pelo seu caráter de urgência, comumente encontrado nos consultórios odontopediátricos. No entanto, os procedimentos imediatos não são executados devidamente pelo fato de existir uma enorme deficiência de conhecimento por parte dos pais e cuidadores, ou por ser o primeiro atendimento à vítima realizado em hospitais ou unidades de saúde. Esses determinantes, coligados à ausência de informações dos profissionais de saúde sobre o assunto, fazem com que a avaliação pelo cirurgião-dentista seja postergada, comprometendo o prognóstico (SANABE et al., 2009).

Assim sendo, todos os esforços devem ser direcionados para a adoção de uma correta conduta inicial, que contribuirá para um prognóstico favorável do elemento dental comprometido. Através de informações específicas e atitudes

corretas poderá haver uma diminuição na perda desses dentes e uma melhor condição de saúde bucal. Dessa forma, essa atenção inicial contribuirá para a diminuição de gastos públicos dispensados na reabilitação dos referidos pacientes (TRAEBERT et al., 2004).

Baseado nessa problemática propôs-se o desenvolvimento desta pesquisa com a finalidade de avaliar o nível de conhecimento dos alunos do curso de educação física de uma instituição de ensino superior sobre a avulsão dentária.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRAUMATISMO DENTÁRIO

O traumatismo dentário é um problema de saúde pública que atinge parcelas cada vez maiores da população, principalmente no que diz respeito à avulsão dentária que apresenta uma prevalência que varia de 0,5 a 16% (BITTENCOURT et al., 2008); causando danos estéticos, psicológicos, sociais e terapêuticos, além de altos custos expendidos na reabilitação oral, quando ocorrem acidentes graves com perdas dentárias múltiplas (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001).

Andreasen et al. (2003) acreditam que a classificação dos traumatismos dentários pode ser usada tanto em dentição decídua como na permanente, levando em consideração vários fatores como a etiologia, anatomia, patologia e considerações terapêuticas.

Segundo Andreasen e Andreasen (2001), os traumatismos dentários classificam-se em:

Lesões aos tecidos duros dos dentes e à polpa:

- Rompimento do esmalte: fratura incompleta do esmalte, sem perda da estrutura dentária. Não necessita de tratamento, visto que o risco de necrose pulpar é mínimo. Deve ser feito controle cuidadoso por um período de cinco anos.
- Fratura coronária não complicada: é uma fratura somente de esmalte, ou do esmalte e da dentina sem envolvimento de polpa. Nos casos de fratura somente em esmalte é feito o acabamento das margens rugosas com disco de lixa, seguido de fluorterapia e restauração com resina composta. Quando há uma fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar, deve ser feito o alisamento das bordas; proteção do complexo dentino-pulpar; restauração com resina composta e colagem do fragmento; além do controle clínico e radiográfico periódico.
- Fratura complicada de coroa: envolve esmalte, dentina e polpa. As opções de tratamento são: terapia pulpar conservadora (capeamento pulpar, pulpotomia parcial ou pulpotomia total), ou ainda a pulpectomia.

Lesões aos tecidos duros dos dentes, à polpa e ao processo alveolar:

- Fratura radicular: envolve a dentina, o cimento e a polpa. O tratamento adequado é o reposicionamento dental e contenção rígida em alguns casos.
- Fratura corono-radicular: envolve o esmalte, a dentina e a polpa, podendo ocorrer tanto no sentido horizontal como no vertical, com presença de mobilidade. Se a fratura for no sentido horizontal, o tratamento consiste em manter o elemento radicular por meio de técnicas de reposicionamento dental, sendo necessário o tratamento endodôntico pelo risco de necrose pulpar; já na fratura vertical, o tratamento é extração do elemento dentário.
- Fratura da parede e processo alveolar: envolve a parede óssea do alvéolo, podendo ou não envolver o elemento dental. A conduta é reposicionar o elemento dentário e contenção rígida por quatro semanas, além de acompanhamento periódico até um ano.

Lesões aos tecidos periodontais:

- Concussão: dentes sem mobilidade anormal ou deslocamento, mas sensível ao toque e à mastigação devido o rompimento de fibras do ligamento periodontal. O tratamento consiste no alívio da oclusão, limpeza com clorexidina 0,12% ou água oxigenada 10 vol (gaze ou bochecho) e dieta pastosa e fria, ingestão de líquidos por duas semanas.
- Subluxação: dentes com mobilidade ou deslocamento, sensível ao toque e à mastigação devido o rompimento de fibras do ligamento periodontal, além de sangramento pelo sulco gengival. O tratamento adequado é o mesmo usado para a concussão e ainda a contenção flexível (fio de nylon e resina composta por 14 a 21 dias); nos casos de grande mobilidade, a exodontia é indicada.
- Luxação extrusiva: extrusão, deslocamento parcial do dente para fora do alvéolo. O tratamento adequado é o reposicionamento e contenção por 14 a 21 dias; no caso de atendimento tardio e instalação de processo infeccioso e reabsorção da tábua óssea, a extração é a melhor conduta.
- Luxação lateral: deslocamento lateral do dente em uma direção que não seja a axial, acompanhado por comunicação ou fratura das paredes do

alvéolo. A conduta é a redução da luxação com reposicionamento e contenção semirrígida de 30 dias nos casos de fratura óssea e 15 dias quando não há fratura óssea.

- Luxação intrusiva: intrusão com deslocamento do dente para dentro do osso alveolar, esse ferimento é acompanhado por cominuição ou fratura do osso alveolar. O tratamento consiste na redução para a posição normal e imobilização, reerupção passiva (duas semanas), e em 96% dos casos verifica-se necrose.

- Avulsão dentária: corresponde ao deslocamento total do elemento dental para fora do seu alvéolo.

Um dado bem alarmante descrito por Sousa-Filho et al. (2009) foi que uma das principais causas dos traumatismos deve-se à agressão física, correspondendo a 131 casos dos 756 registrados, na qual a violência doméstica foi a mais comum. Garbin et al. (2012), realizaram uma coleta de dados na delegacia de polícia de Araçatuba, SP, encontrando 1844 casos, dos quais 15 apresentavam traumatismos dentários, só que esses dados não são totalmente fiéis, devido aos relatórios médicos forenses não serem específicos quanto aos dentes acometidos, até ocultando, algumas vezes, informações importantes, sendo portanto de extrema importância um dentista forense como integrante da equipe de Medicina Legal.

O gênero masculino está citado como o mais acometido por traumatismo pelo fato dos pacientes do gênero masculino participarem mais de atividades arriscadas, como os transportes, a construção, brigas, prática de esportes, passando assim mais tempo ausente de casa (MENEZES et al., 2007). Porém outros estudos demonstraram quase a mesma incidência de homens e mulheres (GARCIA-GODOY et al., 1985; MARCENES et al., 2001; SAKAI et al., 2005). Recentemente, elevou-se consideravelmente o número de mulheres acometidas por traumas dentários, o que pode ser explicado pela maior integração do gênero feminino em atividades antes desenvolvidas apenas para homens (SOUZA-FILHO et al., 2009).

Autores relataram que houve maior envolvimento de apenas um dente, mas também algumas pessoas apresentaram três, quatro, cinco ou até 11 dentes envolvidos (ZERMAN; CAVALLERI, 1993; ROCHA; CARDOSO, 2001; WRIGHT et al., 2007; GUEDES et al., 2010). O dente mais acometido foi o incisivo central

superior, seguido pelo incisivo lateral superior, em ambas as dentições (ZERMAN; CAVALLERI, 1993; OULIS; BERDOUSES, 1996; CÔRTEZ; MARCENES; SHEIMAM, 2001; SAKAI et al., 2005; GUEDES et al., 2010).

Observou-se em uma pesquisa realizada com 105 cirurgiões-dentistas, com diferentes graus de especialidade, a limitação de muitos deles para diagnosticar os distintos tipos de trauma dental, bem como o seu devido tratamento. No lugar de críticas quanto ao assunto abordado, deve-se fazer com que haja incentivos para que essa deficiência seja suprida, como os cursos de especialidade, para que não existam condutas clínicas erradas que gerem consequências ao pacientes (TONDELLI et al., 2010).

Na maioria dos casos, os traumatismos são considerados situações de urgência, pois resultam em distúrbios funcionais, estéticos e psicológicos. Entretanto, com exceção dos traumatismos com repercussão estética, não é realizada a procura por atendimento imediato, na maioria das vezes, por desconhecimento das suas consequências futuras (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001).

O traumatismo dentário causa de forma direta ou indireta consequências na qualidade de vida, gerando grandes perdas dentais, com efeitos maléficos a curto e longo prazo. Quando o traumatismo acomete as crianças, os danos causados não só as atinge como também a seus pais e ao profissional que as atende, tornando-se uma experiência dramática para todos (ANTUNES; LEÃO; MAIA, 2012).

Um dos fatores que pode determinar baixos índices de procura por atendimento odontológico é o fato de os reflexos do traumatismo dentário serem pouco conhecidos pela população. Em se tratando de trauma de baixa severidade e pouco comprometimento dentário aparente, pode-se evidenciar muitas vezes a ausência de procura por esse tipo de atendimento. Porém, deve-se salientar que, além da importância do tratamento dos dentes traumatizados em função de seu alto impacto na qualidade de vida dos indivíduos, há também o fato de que outras manifestações decorrentes do traumatismo podem acontecer em longo prazo (CORTES; MARCENES; SHEIHAM, 2002).

A demora no atendimento do paciente gera uma exposição pulpar por longos períodos e pode levar a um quadro inflamatório mais intenso, se estendendo mais profundamente no tecido pulpar, com formação de microabscessos e eventual

necrose. Até 48 horas após uma lesão traumática, a reação inicial da polpa é proliferativa com não mais que 2 mm de profundidade de inflamação pulpar. Após 48 horas, as chances de contaminação bacteriana direta da polpa aumentam e a zona de inflamação avança apicalmente (CVECK et al., 1982). Por isso, o tratamento inicial deve ser imediato em função da possibilidade de repercussão indesejável tendo como consequência a perda de elementos dentais, o que promove um alto impacto na qualidade de vida dos indivíduos (ANDERSSON et al., 2012).

Outras repercussões poderão ainda inviabilizar a permanência do elemento dental acometido pelo traumatismo como é o caso das reabsorções radiculares, além da possibilidade do desenvolvimento de calcificações internas, dificultando a abordagem do tratamento endodôntico, caso esse elemento dentário apresente-se infectado ao longo do tempo (SIGURDSSON et al., 2011).

A seqüência para atendimento à vítima de trauma dental consiste em: procurar tranquilizar os pais/responsáveis; realizar anamnese, exames visual e radiográfico do paciente acometido pelo trauma; limpar e examinar os tecidos moles; avaliar a extensão do traumatismo; realizar o tratamento imediato; conscientizar os pais sobre as implicações do traumatismo; realizar exames de controle e registrar todos os dados obtidos (LEVINE, 1982).

Faz-se necessário, portanto, a criação de programas educativos que destaquem a importância da prevenção e benefícios de um tratamento imediato. O uso de protetores bucais, uma intervenção ortodôntica precoce e palestras educacionais são os principais métodos de prevenção, sendo estes últimos fundamentais no tocante à avulsão dentária (MARINHO et al., 2013).

2.2 CONCEITO E ETIOLOGIA DA AVULSÃO

A avulsão dentária corresponde ao deslocamento do dente do interior de seu alvéolo, merecendo ênfase pela sua pluralidade dos fatores envolvidos, tendo-se que realizar o atendimento imediato seguido de acompanhamento clínico e radiográfico por longos períodos (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001). Uma condição bastante importante é a manutenção da integridade do ligamento periodontal para que se consiga um reimplante adequado. Além disso, as avulsões dentárias modificam a rotina do cirurgião-dentista no consultório, pois esse tipo de traumatismo requer planos de tratamento diferenciados da normalidade, tornando-se um exercício complicado (BITTENCOURT et al., 2008)

Os fatores etiológicos mais comuns da avulsão dentária estão relacionados com os aumentos do número de acidentes automobilísticos, de acidentes na escola e nas práticas desportivas, juntamente com a crescente violência (CELENK, 2002).

Além desses fatores, destaca-se a queda como a principal causa da ocorrência da avulsão dentária, seja em casa, na escola ou associada a práticas esportivas (CALDAS JR; BURGOS, 2001; NICOLAU; MARGENES; SHEIHAM, 2001; SILVA, 2004; TRAEBERT et al., 2004; GRANVILLE-GARCIA; MENEZES; LIRA, 2006; VEIGAS, 2006; REIS et al., 2008; CAVALCANTI et al., 2009), devendo ser realizado a divulgação dos primeiros cuidados frente ao traumatismo, em ambiente escolar e domiciliar, como forma de atenuar as consequências do trauma.

2.3 MEIOS DE ARMAZENAMENTO DO DENTE AVULSIONADO

O meio de conservação para um dente avulsionado é importante tanto quanto a agilidade do reimplante do elemento dental. O leite bovino pasteurizado é considerado o meio de armazenamento mais recomendado e acessível, apresentando osmolaridade e pH compatíveis com as células vitais, sendo parcialmente livre de bactérias e mantendo o ligamento periodontal por até três horas (ESTRELA; FIGUEIREDO, 1999; COHEN; HARGREAVES, 2011). Porém, outros autores estabelecem esse tempo de até seis horas (PAIVA; ANTONIAZZI, 1993; VELASCO-BOHÓRQUEZ et al., 1996).

Outro meio de armazenamento é a saliva que pode também ser indicada, uma vez que permite que o dente seja mantido úmido e armazenado por até duas horas. Entretanto, a osmolaridade e o pH são incompatíveis e não estéreis (PAIVA; ANTONIAZZI, 1993; ESTRELA; FIGUEIREDO, 1999; COHEN; HARGREAVES, 2011).

O meio seco causa rapidamente a perda da vitalidade do ligamento periodontal (BARRET; KENNY, 1997; PANZARINI et al., 2003) e o meio menos adequado é a água pelo fato de ser hipotônica, causando uma destruição celular acelerada (PAIVA; ANTONIAZZI, 1993).

Existem no mercado as soluções salinas balanceadoras de Hanks, que permitem que o dente seja armazenado por um longo período de tempo, contudo

são de custo elevado e incompatíveis com a realidade da população (ESTRELA; FIGUEIREDO, 1999; COHEN; HARGREAVES, 2011).

2.4 TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DA AVULSÃO DENTÁRIA

O tratamento da avulsão dentária é o reimplante, devendo o elemento dentário ser acondicionado em leite gelado, soro fisiológico ou na própria saliva para conservar o ligamento periodontal enquanto não é realizado o procedimento de eleição (RODRIGUES et al., 2010).

O sucesso do reimplante depende de fatores como o tempo que o dente permanece fora do alvéolo, a presença de rizogênese incompleta, o modo de conservação do dente até o momento do reimplante, a conduta endodôntica e a imobilização (VASCONCELOS et al., 2001). Infelizmente, em muitos casos, o reimplante imediato não é realizado, sendo comum um período de uma a quatro horas entre a avulsão e o procedimento terapêutico, interferindo assim no prognóstico do caso (PANZARINI et al., 2003).

Isso por que o prognóstico do elemento dentário avulsionado depende de uma conduta emergencial apropriada e imediata logo após a avulsão, de forma que, quando reimplantados em até 60 minutos, os elementos dentários avulsionados apresentam um prognóstico favorável. Entretanto, caso esse tempo seja ultrapassado ou se o dente for mantido seco ou em soluções não indicadas, o prognóstico torna-se desfavorável, uma vez que as células do ligamento periodontal vão perdendo a vitalidade, podendo ocasionar a perda do elemento dentário (RODRIGUES et al., 2010; COHEN; HARGREAVES, 2011).

REFERÊNCIAS

- ANDERSSON, L. et al. International Association os Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. **Dent. Traumatol.**, Copenhagen, v. 28, n. 2, p. 88-96, Apr., 2012.
- ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M.; BAKLAND, L. K.; FLORES, M. T. **Traumatic dental injuries**: a manual. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 2003.
- ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. **Texto e atlas colorido de traumatismo dental**. Artmed: 3ed, p. 171-174, 2001.
- ANTUNES, L. A. A.; LEÃO, A. T.; MAIA, L. C. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3417-3424, 2012.
- BARRET, E. J.; KENNY, D. J. Avulsed permanent teeth: a review of the literature and treatment guidelines. **Endod Dent Traumatol.**, v. 13, n. 4, p. 153- 63, 1997.
- CALDAS A. F.; BURGOS, M. E. A. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental trauma clinic. **Dent. Traumatol.**, Copenhagen, v. 17, n. 6, p. 250-253, Dec., 2001.
- CAVALCANTI, A. L. et al. Dental injuries in 7- to 12- year – old Brazilian children. **Dent. Traumatol.**, Copenhagen, v. 25, n. 2, p. 198-202, 2009.
- CELENK, S. Causes of dental fractures in early permanent dentition: a retrospective study. **Journal of Endodontics**, v. 28, n. 3, p. 208-210, Mar., 2002.
- COHEN, S., HARGREAVES, K.M. Caminhos da polpa. 10^a. ed.; São Paulo: Editora Elsevier; 2011.
- CÔRTEZ, M.I.S.; MARCENES, W.; SHEIMAM, A. Prevalence and correlates of traumatic injuries to the permanent teeth of school-children aged 9-14 years in Belo Horizonte, Brazil. **Dental Traumatol**, v. 17, p. 22-26, 2001.
- CORTES, M. I. S; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on oral health related quality of life of 12-14 year old in Brazilian schoolchildren. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, n. 3, p.193-198, 2002.
- CVEK, M.; CLEATON-JONES, P. E.; AUSTIN, J. C.; ANDREASEN, J. O. Pulp reactions to exposure after experimental crown fractures or grinding in adult monkeys. **Journal of Endodontics**, v. 8, p. 391, 1982.
- ESTRELA, C.; FIGUEIREDO, J. A. Endodontia: princípios biológicos e mecânicos. São Paulo: Artes Médicas; 1999.

- FREITAS, D. A. et al. Avaliação do conhecimento de acadêmicos de Educação Física sobre avulsão/reimplante dentário e a importância do uso de protetor bucal durante atividades físicas. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 215-218, Out./Nov./Dez., 2008.
- GARBIN, C. A. S.; QUEIROZ, A. P. D. G.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. Occurrence of Traumatic Dental Injury in Cases of Domestic Violence. **Braz Dent J**, v. 23, n. 1, 2012.
- GARCIA-GODOY, F.; MÓRBAN-LAUCER, F.; COROMINAS, L. R.; FRANJUL, R. A.; NOYOLA, M. Traumatic dental injuries in schoolchildren from Santo Domingo. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 13, p.177-179, 1985.
- GRANVILLE-GARCIA, A. F.; DE MENEZES V. A.; DE LIRA, P. I. C. Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers. **Dent. Traumatol.**, Copenhagen, v. 22, n. 6, p. 318-322, Dec., 2006.
- GUEDES, O. A.; ALENCAR, A. H. G; LOPES, L. G.; PÉCORÁ, J. D.; ESTRELA, C. A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental urgency service. **Braz Dent J**, v. 21, p.153-157, 2010.
- LEVINE, N. Injury to primary dentition. **Dent Clin North Am**, Philadelphia, v. 26, n. 3, p. 461-480, Jul., 1982.
- MARCENES, W.; ZABOT, N. E.; TRAEBERT J. Socio-economic correlates of traumatic injuries to the permanent incisors in schoolchildren aged 12 years in Blumenau, Brazil. **Dent Traumatol.**, v. 17, 2001.
- MARINHO, A. C. M. R. et al. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em adolescentes no conselho do Porto. **Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.**, Porto, v. 54, n. 3, p. 143-149, Out., 2013.
- MENEZES, M. M.; YUI, K. C. K.; ARAUJO, M. A. M.; VALERA, M. C. Prevalência de traumatismos maxilo-faciais e dentais em pacientes atendidos no pronto-socorro municipal de São José dos Campos/SP. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v. 22, n. 57, Jul./Set., 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, p. 213-217, 2001.
- OULIS, C. J.; BERDOUSES, E. D. Dental injuries of permanent teeth treated in private practice in Athens. **Endod Dent Traumatol**, v. 12, p. 60-65, 1996.
- PAIVA, J. G; ANTONIAZZI, J. H. Bases para prática clínica. São Paulo: Artes Médicas;1993.
- PANZARINI, S. R. et al. Avulsões dentárias em pacientes jovens e adultos na região de Araçatuba. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 57, n. 1, p.27-31, Jan./Fev., 2003.

PRATA, T. H. C. et al. Etiologia e Freqüência das Injúrias Dentárias Traumáticas em Pacientes do Centro de Traumatismos Dentários da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – Unesp. **Rev. Odontol. Unesp**, São Paulo, v. 29, n. 1/2, p. 43-53, 2000.

REIS, M. S.; WAGNERA, M.; DALMOLINB, G.; DAMÉBN; FREIBERGERBB, E. Ocorrência e etiologia do traumatismo dental em alunos do curso de odontologia da universidade de santa cruz do sul/rs. **Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino OnLine**, ano 4, n. 7, Jan./Jun., 2008.

ROCHA, M. J. C.; CARDOSO, M. Traumatized permanent teeth in children assisted at the Federal University of Santa Catarina. **Brazil. Dent Traumatol.**, v.17, p. 245-249, 2001.

RODRIGUES, Tânia Lemos Coelho; RODRIGUES, Fabiano Gonzaga; ROCHA, Julierme Ferreira. Avulsão dentária: Proposta de tratamento e revisão da literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 147-53, Mai./Ago., 2010.

SANABE, M. E. et al. Urgências traumatismos dentários: Classificação, Características e Procedimentos. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 4, Dez. 2009.

SAKAI, V. T.; MAGALHÃES, A. C.; PESSAN, J. P.; SILVA, S. M. B. da; MACHADO, M. A. A. M. Urgency treatment profile of 0 to 15 year-old children assisted at urgency dental service from Bauru Dental School, University of São Paulo. **J Appl Oral Sci.**, v. 13, n. 4, p. 340-344, 2005.

SIGURDSSON, A.; TROPE, M.; CHIVIAN, N. O papel da endodontia após o traumatismo dentário. *In*; Hargreaves, K.M.; Cohen, S. **Caminhos da Polpa**. Tradução de Alcir Costa Fernandes Filho et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, 928p.

SILVA, A. C.; PASSERI, L. A.; MAZONETTO, R.; MORAES, M.; MOREIRA, R. W. Incidence of dental trauma in Brazil: a 1-year evaluation. **Dent Traumatol.**, v. 20, p. 6-11, 2004.

SOARES, A. de J.; NISHIYAMA, C. K.; PROKOPOWITSCH, I. Avaliação da preservação do ligamento periodontal em diferentes meios de conservação. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 95-100, Mar./Abr., 2003.

SOUZA-FILHO, F. J. de; SOARES, A. de J.; GOMES, B. P. F. de A.; ZAIA, A. A.; FERRAZ, C. C. R.; de ALMEIDA, J. F. A. Avaliação das injúrias dentárias observadas no Centro de Trauma Dental da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. **RFO**, v. 14, n. 2, p. 111-116, Mai./Ago., 2009.

TONDELLI, P. M.; MENDONÇA, M. R. de; CUOGHI, O. A.; PEREIRA, A. L. P.; BUSATO, M. C. A. Knowledge on dental trauma and orthodontic tooth movement held by a group of orthodontists. **Braz Oral Res.**, v. 24, n. 1, p. 76-82, Jan./Mar., 2010.

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, p. 403-410, 2004.

VEIGAS, C. M. S.; GODOI, P. F. S.; RAMOS-JORGE M. L.; FERREIRA, E. F.; ZARZAR, P. M. P. A. Traumatismo na dentição decídua: Prevalência, fatores etiológicos e Predisponentes. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 42, n.4, p.257-336, out./dez. 2006.

VASCONCELOS, B. C. E.; FERNANDES, B. C.; AGUIAR, E. R. B. Reimplante dental. **Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Facial**, v.1, n. 2, p.45-51, 2001.

VELASCO-BOHÓRQUEZ, M. P.; SAAD NETO, M.; NAGATA, M. J. H.; ZARDO, M.; KANNO CM. Leite bovino pausterizado, clara ou gema do ovo de galinha, como meios para manter dentes avulsionados, antes de serem reimplantados./ Estudo histomorfométrico em ratos. **Rev Odontol UNESP**, São Paulo, v. 25, p. 511-64,1996.

WRIGHT, G.; BELL, A.; MCGLASHAN, G.; VICENT, C.; WELBURY, R. R. Dentoalveolar trauma in Glasgow: an audit of mechanism and injury. **Dent Traumatol.**, v. 23, p.226-231, 2007.

ZERMAN, N.; CAVALLERI, G. Traumatic injuries to permanent incisors. **Endod Dent Traumatol**, v. 9, p. 61-64, 1993.

3 ARTIGO

Avaliação do nível de conhecimento dos estudantes de educação física sobre a avulsão dentária

Luênia Lisboa Manguiera¹, Rosana Araújo Rosendo², Julierme Ferreira Rocha², Thays Martins de Moraes¹, Eduardo Hochuli-Vieira³

¹ Graduanda do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande

² Professor Assistente do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande

³ Professor do curso de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP

RESUMO

Essa pesquisa objetivou avaliar o nível de conhecimento dos estudantes de educação física de uma instituição de ensino superior da cidade de Patos- PB sobre a avulsão dentária. Para isto foi elaborado e aplicado um questionário estruturado e padronizado com 81 estudantes do referido curso, através do qual 39% responderam corretamente o que seria a avulsão dentária; 91% nunca receberam informações sobre o atendimento ao paciente vítima desse tipo de trauma e 35% afirmaram que o procedimento de eleição, nesses casos, seria a restauração do dente. Com base nos resultados conclui-se que os estudantes de educação física necessitam de um conhecimento mais abrangente sobre os traumatismos dentários e, conseqüentemente, a avulsão dentária, tão comuns de ocorrer em atividades práticas desportivas.

Palavras-chave: Avulsão Dentária. Educação física e treinamento. Traumatismos Dentários.

ABSTRACT

This research aimed assess the level of knowledge of students of physical education from a university the Patos-PB city about tooth avulsion. For this has been developed and implemented a structured and standardized questionnaire about dental trauma with 81 students of that course, whereby 39% answered correctly what would be the tooth avulsion; 91% never received information about patient care victim of such trauma and 35% said that the election procedure in such cases would be the restoration of the tooth. Based on the results it is concluded that PE students require a more comprehensive understanding of the subject since the trauma and thus the tooth avulsion is common practice to occur in sports activities

Keywords: Dental avulsion. Physical education and training. Tooth Injuries.

INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário corresponde a um conjunto de impactos que afeta os dentes e suas estruturas de suporte desde uma simples fratura em esmalte até a perda definitiva do elemento dentário. Esses traumas podem acarretar em lesões tanto na estrutura dentária como no periodonto, ossos e tecidos moles, predominantemente na região anterior. ^{1, 18}

Essas lesões traumáticas classificam-se em: lesões dentárias, lesões no tecido de sustentação, lesões em tecidos moles e lesões no tecido ósseo. ¹ correspondendo a avulsão dentária a 16% das ocorrências de traumatismo, sendo causa de maior preocupação devido ao alto impacto na qualidade de vida das crianças e adolescentes em relação ao desconforto físico e psicológico, interferindo negativamente nas relações sociais. ¹⁰

Dentre os principais fatores etiológicos do traumatismo dentário e, conseqüentemente da avulsão, encontram-se as práticas desportivas, acidentes automobilísticos, atividades pertinentes à infância, agressões e fatores predisponentes

individuais como a protrusão, *overjet* acentuado, obesidade infantil e incapacidade do lábio superior em recobrir os dentes anteriores.¹⁶ Os elementos dentários mais acometidos são os incisivos centrais superiores, e este fato pode estar associado à maior projeção desses dentes na maxila.¹⁹

A avulsão dentária é caracterizada pelo seu caráter de urgência, comumente encontrado nos consultórios odontopediátricos. No entanto, os procedimentos imediatos não são executados devidamente pelo fato de existir uma enorme deficiência de conhecimento por parte dos pais e cuidadores, ou por ser o primeiro atendimento à vítima realizado em hospitais ou unidades de saúde. Esses determinantes, coligados à ausência de informações dos profissionais de saúde sobre o assunto, fazem com que a avaliação pelo cirurgião-dentista seja postergada, comprometendo o prognóstico.¹⁸

Baseado nessa problemática propôs-se o desenvolvimento desta pesquisa com a finalidade de avaliar o nível de conhecimento dos alunos do curso de educação física de uma instituição de ensino superior sobre a avulsão dentária.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo do tipo transversal, de caráter exploratório, em uma Instituição de Ensino Superior, na cidade de Patos - Paraíba, Brasil, envolvendo os estudantes do Curso de Educação Física, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (protocolo número 102/2011).

A população constitui-se de 321 alunos matriculados e a amostra desse estudo foi correspondente a 81 estudantes do Curso de Educação Física de uma Instituição de Ensino Superior. Para a realização do cálculo amostral foi utilizado o programa estatístico Epi Info 6.04 sendo considerado o grau de confiança de 95%, erro de 5% e poder de 50%.⁷ Para a operacionalização da pesquisa, empregou-se um questionário estruturado e padronizado, elaborado pelos pesquisadores, baseado no Guia publicado pela IADT – International

Association for Dental Traumatology, contendo as variáveis necessárias para a realização do estudo. Durante o desenvolvimento da pesquisa, houve uma dificuldade na aplicação dos questionários, justificada pelo fato de alguns alunos residirem em outras cidades, e pelo fato de os alunos ficarem dispersos na instituição, haja vista a realização de atividades em ginásios e laboratórios.

Até o momento da aplicação do questionário, nenhum participante foi informado previamente sobre o assunto objetivo da pesquisa. Dessa forma, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi apresentado minutos antes da aplicação do questionário, tendo como objetivo a fidedignidade das respostas. Sendo assim, o parâmetro de análise das condições atuais de conhecimento do estudante foi mantido, sem qualquer tipo de informações adquiridas exclusivamente por motivo da sua participação na referida pesquisa.

Os dados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva das informações coletadas (números absolutos e percentuais) e inferencial.

RESULTADOS

Um total de 81 alunos do curso de educação física respondeu ao questionário, sendo 63 (78%) homens e 18 (22%) mulheres. O grupo apresentou uma faixa etária entre 17 a 37 anos. O período letivo que os entrevistados estavam cursando variava entre o primeiro e o oitavo, havendo maior participação dos alunos dos períodos iniciais - 1º a 3º, equivalendo a 44% dos entrevistados (Tabela I).

CARACTERÍSTICAS	N	%
GÊNERO		
Masculino	63	78
Feminino	18	22
IDADE		

17 a 22 anos	52	65
23 a 28 anos	24	29
30 a 37	5	6
PERÍODO		
Primeiro	18	22
Segundo	4	5
Terceiro	14	17
Quarto	8	10
Quinto	13	16
Sexto	3	4
Sétimo	11	14
Oitavo	10	12

Tabela I- Distribuição numérica e percentual das características pessoais e do período cursado pelos estudantes de educação física de uma Instituição de Ensino Superior de Patos-PB.

Conforme os questionários aplicados aos estudantes de educação física, de uma instituição de ensino superior, obteve-se os resultados dispostos na Tabela II.

QUESTIONAMENTOS	RESULTADOS				
	7%	27%	9%	18%	39%
O que você entende por avulsão dentária?	Fratura de uma parte da coroa do dente	Fratura de uma parte da coroa e raiz do dente	Fratura do osso que envolve o dente	Movimentação do dente dentro do seu local de implantação	Deslocamento do dente para fora do seu local de implantação

Você já recebeu alguma informação sobre o atendimento ao paciente vítima de avulsão dentária?	9% Sim	91% Não			
Diante da prática desportiva, sofrendo o indivíduo uma avulsão dentária, o melhor procedimento seria:	34% Reimplante dental	35% Restaurar o dente	6% Confeccionar uma prótese	25% Fazer sutura na região	
O que você faria com um dente que sofreu avulsão?	23% Nada	33% Lavar em água corrente	12% Remoção de sujeiras da raiz do dente	16% Conservar em meio seco (papel, algodão, gaze, etc)	16% Conservar em meio líquido (leite, água, soro, saliva, etc)
Se durante a atividade física, o indivíduo sofrer uma avulsão dentária, o dente deve ser conservado em:	6% Leite	27% Água	52% Soro fisiológico	5% Saliva	10% Meio seco
Diante de uma avulsão dentária sua conduta seria:	16% Chamar o SAMU	51% Entrar em contato com o cirurgião-	11% Manter contato com a família do	22% Fazer compressa na região do	

		dentista, imediatamente	traumatizado	dente avulsionado com gaze	
Em caso de avulsão, em sua concepção, por quanto tempo o dente pode permanecer “fora da boca”?	22% Menos de trinta minutos	22% 4 horas	22% 24 horas	40% Não existe tempo determinado	
No caso de avulsão de um “dente de leite”, o reimplante:	22% É o procedimento de eleição	78% É contraindicado			
Você acredita que o dente avulsionado, após reimplantado, deve ser imobilizado?	57% Sim	43% Não			
Você acredita que o indivíduo deve fazer uso de uma placa protetora diante da prática de atividade física?	78% Sim	22% Não			
Você já presenciou	19%	81%			

algum caso de avulsão dentária?	Sim	Não			
--	-----	-----	--	--	--

O primeiro questionamento realizado foi sobre o que os alunos entendiam por avulsão dentária. Neste quesito, a maioria dos entrevistados (39%) responderam corretamente se tratar do deslocamento do dente para fora do seu local de implantação e, destes, 91% nunca receberam informações sobre o atendimento ao paciente vítima de avulsão dentária.

Quando questionados sobre o procedimento de eleição a ser realizado quando um indivíduo era vítima de avulsão dentária, diante da prática desportiva, 34% dos entrevistados responderam o reimplante dental.

Quanto aos cuidados com o dente avulsionado, 33% responderam que lavariam o mesmo em água corrente, 23% não fariam nada, 16% conservariam o dente em meio seco e apenas 6% no leite. Esses dados são alarmantes, uma vez que o leite bovino pasteurizado é considerado o meio de armazenamento mais recomendado e acessível, apresentando osmolaridade e pH compatíveis com as células vitais, sendo parcialmente livre de bactérias e mantendo o ligamento periodontal por até três horas.⁴

Sobre a conduta a ser tomada frente a uma avulsão, 51% dos entrevistados relataram que entrariam em contato com o cirurgião-dentista; outros 22% fariam compressa com gaze na região; 16% chamariam o SAMU e 11% manteriam contato com a família do traumatizado. Quanto à permanência do dente avulsionado fora da boca, 40% dos entrevistados responderam que não havia tempo determinado

A grande maioria (78%) afirmou ser contraindicado o reimplante de dentes decíduos avulsionados. Destes, 57% acreditam que o dente avulsionado, após o reimplante, precisa ser imobilizado e os outros 43% alegaram que esta conduta seria desnecessária. Dos alunos entrevistados, 81% relataram nunca ter presenciado um caso de avulsão dentária e 78% declararam ser imprescindível o uso da placa protetora durante a prática desportiva.

DISCUSSÃO

Considerando o caráter emergencial dos traumatismos dentários e que a grande parte ocorre no ambiente escolar e em práticas desportivas, faz-se necessário o conhecimento adicional sobre o tema para os profissionais da área, como uma forma de melhorar o prognóstico dos traumatismos.¹¹

Baseado nos resultados, averiguou-se a importância da admissão do conteúdo sobre os diversos tipos de trauma dentário, já que 91% dos estudantes afirmaram nunca ter recebido informações sobre o comportamento frente a uma avulsão dentária. Esses resultados corroboram com os encontrados em uma pesquisa realizada com professores de ensino fundamental.¹⁴ Um baixo nível de conhecimento sobre este assunto e o despreparo dos profissionais frente a esses tipos de traumas também são relatados em outros estudos.

20, 17

Na Universidade Estadual de Montes Claros- SP foi desenvolvido um estudo no ano de 2005, no qual constatou-se que a maior parte dos estudantes de educação física não tinha conhecimento adequado para lidar com os casos de traumatismo dentário. Devido a este quadro foi criado um programa de ações interdisciplinares entre odontologia e educação física. Cinco anos após, observou-se que dos 78 alunos entrevistados de educação física, 90,8% tinham sido orientados quanto ao assunto devido à prática dessas ações.⁶

Nos resultados da pesquisa constatou-se que 39% dos entrevistados responderam corretamente quando questionados sobre o conceito de avulsão dentária. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo com professores de educação física, no qual 22% dos entrevistados demonstraram que sabiam o que era uma avulsão dentária.¹¹ Outro estudo, porém¹⁵ demonstrou que 84% dos entrevistados desconheciam o significado de avulsão dentária.

Em um estudo envolvendo profissionais de educação física, atendentes de natação, enfermeiros e pais de crianças e adolescentes, acerca do conhecimento sobre avulsão dentária, observou-se uma unanimidade de conhecimento inadequado sobre o tema, e 80% dos entrevistados não reimplantariam o dente por falta de informação ou insegurança.¹² Esses resultados não corroboram com os encontrados pela presente pesquisa onde 34% dos entrevistados relataram o reimplante dental como tratamento de eleição em caso de avulsão.

De acordo com outro estudo⁹, muitos dentes por não serem reimplantados no momento certo são perdidos, o que se explica pela falta de conhecimento e/ou habilidade dos profissionais.

Em relação à experiência vivenciada pelos estudantes, 81% nunca presenciaram um caso de avulsão dentária, o que condiz com os estudos desenvolvidos por LIMA (2010),¹⁴ em que 89,2% dos professores jamais presenciaram um caso desses. Outros autores também constataram essa mesma informação.^{2,5}

Quando questionado sobre a conduta diante de uma avulsão, 51% dos entrevistados afirmaram que entrariam em contato com o cirurgião-dentista, o que corrobora com os resultados encontrados por BORSSÉN e HOLM (1997)², em que 83% dos participantes da pesquisa afirmaram que levariam a vítima de avulsão direto para atendimento odontológico. Outros pesquisadores demonstram em seus resultados, que a maioria entraria em contato com os pais (58,5%), o que difere com o presente estudo em que apenas 11% dos entrevistados adotariam essa conduta.¹⁴

Em relação ao meio de transporte de um dente avulsionado, pesquisadores⁸ aplicaram questionários com professores de educação física, obtendo-se que 51,8% transportariam o dente em meio seco, 19,9% em meio líquido e 9% no leite. Resultados semelhantes foram encontrados por FRUJERI (2006)¹¹, onde 64% dos profissionais de educação de física conservariam o dente em meio seco, 17% no leite, 12% em soro fisiológico e 7% na saliva. Em contrapartida, no presente estudo, apenas 16% conservariam

em meio seco, 52% em soro fisiológico e 6% no leite. Os melhores meios de acondicionamento de um dente avulsionado seria o leite, o soro fisiológico, a saliva e, por último, a água. ⁴

Em uma pesquisa desenvolvida com 1189 atletas, constatou-se que 28,8% afirmaram já ter sofrido algum trauma dentário e 52,4% asseguraram a necessidade da utilização do protetor bucal. ⁸ Os protetores bucais são importantes para a prevenção dos traumatismos, mas o tratamento da *overjet* acentuado e a conscientização dos pais e profissionais da área fazem com que muitas injúrias sejam prevenidas, ou que pelo menos os procedimentos de emergência sejam realizados. ¹³

CONCLUSÃO

Com base nesses resultados observou-se que os estudantes de educação física necessitam de um conhecimento mais abrangente sobre o assunto uma vez que o traumatismo e, conseqüentemente, a avulsão dentária são comuns de ocorrer em atividades práticas desportivas, tornando-se necessário o conhecimento sobre o tipo de trauma e quais os procedimentos de eleição diante de seu acontecimento. Dessa forma, torna-se imprescindível a realização de campanhas educacionais de forma oral ou em material impresso, elucidando a manipulação apropriada nos casos de avulsão dentária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andreasen, J.O., Andreasen, F.M. *Texto e atlas colorido de traumatismo dental*. Artmed: 3ed, 2001: 171-174
2. Borssén, E., Holm, A. K. Traumatic dental injuries in a cohort of 16-year-olds in northern sweden. *Endod Dent Traumatol* 1997; 13: 276-80

3. Chan, A. W. K., Wong, T. K. S., Cheung, G. S. P. Lay knowledge of physical education teachers about the emergency management of dental trauma in hongkong. *Dent. Traumatol* 2001; 17: 77-85
4. Cohen, S., Hargreaves, K. M. Caminhos da polpa. Elsevier: 10 ed., São Paulo, 2011
5. Cortes, M. I. S., Sheiham, A., Marcenes, W. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on oralhealth related quality of life of 12 to 14 year old brazilian school-children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 193-8
6. Dias, V. O., Oliveira, M. J. L., Oliveira, R. A. D., Almeida, M. F. L. S., Pereira, M. I. S. Ações interdisciplinares sobre traumas dentários nos cursos de odontologia e educação física na Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil. *Rev Motricidade* 2012; 8 (2): 78-82
7. **Epiinfo** [computerprogram]. Version 6. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.
8. Ferrari, C. H., Medeiros, J. M. F. Dental trauma and level of information: mouthguard use in different contact sports. *Dent Traumatol* 2002; 18 (3): 144-147
9. Ferruccio, M., Sydney, G. B., Ferruccio, E., Sydney, R. B. O papel da educação odontológica escolar na manutenção do elemento dental traumatizado. *Rev ABO Nac, Dez.*, 2003 / Jan. 2004; 11 (6): 336-342
10. Freitas, D. A. et al. Avaliação do conhecimento de acadêmicos de educação física sobre avulsão/reimplante dentário e a importância do uso de protetor bucal durante atividades físicas. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, Out./Nov./Dez. 2008; 37 (4): 215-218
11. Frujeri, M. L. V. Avulsão dentária: efeito da informação na mudança de comportamento em diferentes grupos profissionais [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2006
12. Hamilton, F. A., Hill, F. J., Mackie, I. C. Investigation of lay knowledge of the management of avulsed permanent incisors. *Endod Dent Traumatol* 1997; 13 (1): 19-23

13. Harris, L. C., Karris, I. R. An overview of dental care for the young patient: 1. introduction, priorities and disease prevention. *Dental Update* Mar. 1998; 25 (2): 65-72
14. Lima, D. C. Traumatismo alvéolo-dentário: prevalência em crianças e conhecimento de educadores do ensino fundamental [tese de doutorado]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, 2010
15. Poi, W. R., Salineiro, S. L., Miziara, F. V., Miziara, E. V. A educação como forma de favorecer o prognóstico do reimplante dental. *RevAssoc Paul Dente* 1999; 53: 474-9
16. Prata, T.H.C. et al. Etiologia e frequência das injúrias dentárias traumáticas em pacientes do centro de traumatismos dentários da faculdade de odontologia de São José dos Campos – UNESP. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo **2000**; 29 (1/2): 43-53
17. Reis, M. S., Wagner, M.H., Müller, J.C., Contim, M., Wiesel, S. S. Avaliação do nível do conhecimento dos estudantes de educação física e pedagógica da UNISC sobre avulsão – reimplante dentário. In: Reunião Anual SBPQO, 21^a, 8 a 12 de Setembro de 2004, Águas de Lindóia - São Paulo - Brasil 2004 Set. 18 (1): 210
18. Sanabe, M.E. et al. Urgências de traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Rev. Paul. Pediatr.*, São Paulo, Dez., 2009; 27 (4)
19. Soares, A. J., Nishiyama, C.K., Prokopowitsch, I. Avaliação da preservação do ligamento periodontal em diferentes meios de conservação. **Revista da APCD**, São Paulo, Mar./Abr. **2003**; 57 (2): 95-100
20. Stokes, A. N., Anderson, HK, Cowan, TM. Lay and professional knowledge of methods for emergency management of avulsed teeth. *EndodDentTraumatol* 1992;8: 160-2

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados observou-se que os estudantes de educação física necessitam de um conhecimento mais abrangente sobre o assunto uma vez que o traumatismo e, conseqüentemente, a avulsão dentária são comuns de ocorrer em atividades práticas desportivas, tornando-se necessário o conhecimento sobre o tipo de trauma e quais os procedimentos de eleição diante de seu acontecimento. Dessa forma, torna-se imprescindível a realização de campanhas educacionais de forma oral ou em material impresso, elucidando a manipulação apropriada nos casos de avulsão dentária.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESTUDO: Avaliação do nível de conhecimento dos estudantes de educação física sobre avulsão dentária

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu,, portador da Cédula de identidade, RG, e inscrito no CPF/MF..... nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **Avaliação do nível de conhecimento dos estudantes de educação física sobre**

avulsão dentária

. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa analisar o nível de conhecimento dos estudantes de educação física de uma Instituição de Ensino Superior de Patos - PB acerca do traumatismo dentário.
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

X) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos das Faculdades Integradas de Patos.

Patos, de de

() Estudante

Testemunha 1 : _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto: _____

Prof^a MSc Rosana Araújo Rosendo
Especialista em Saúde da Família – CRO-PB-3033

Telefone para contato: (83) 3511-3045

APÊNDICE B - Questionário

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE AVULSÃO DENTÁRIA

Gênero: ()M ()F Idade: ____ anos

1. Período do curso em que se encontra:

- a) () 1º Período
- b) () 2º Período
- c) () 3º Período
- d) () 4º Período
- e) () 5º Período
- f) () 6º Período

2. O que você entende por avulsão dentária?

- a) fratura de uma parte da coroa do dente
- b) fratura de uma parte da coroa e raiz do dente
- c) fratura do osso que envolve o dente
- d) movimentação do dente dentro do seu local de implantação
- e) deslocamento do dente para fora do seu local de implantação

2. Você já recebeu alguma informação sobre o atendimento ao paciente vítima de avulsão dentária?

- a) () Sim
- b) () Não

4. Diante da prática desportiva, sofrendo o indivíduo uma avulsão dentária, o melhor procedimento seria:

- a) Reimplante dental
- b) Restaurar o dente
- c) Confeccionar uma prótese
- d) Fazer sutura na região

5. O que você faria com um dente que sofreu avulsão?

- a) Nada
- b) Lavagem em água corrente
- c) Remoção de sujeiras da raiz do dente
- d) Conservar em meio seco (papel, algodão, gaze, etc)
- e) Conservar em meio líquido (leite, água, soro, saliva, etc)

6. Se durante a atividade física, o indivíduo sofrer uma avulsão dentária, o dente deve ser conservado em:

- a) leite
- b) água
- c) soro fisiológico
- d) saliva
- e) meio seco

7. Diante de uma avulsão dentária sua conduta seria:

- a) Chamar o SAMU
- b) Entrar em contato com o cirurgião-dentista, imediatamente
- c) Manter contato com a família do traumatizado
- d) Fazer compressa na região do dente avulsionado com gaze

8. Em caso de avulsão, em sua concepção, por quanto tempo o dente pode permanecer “fora da boca”?

- a) menos de trinta minutos
- b) 4 horas
- c) 24 horas
- d) não existe tempo determinado

9. No caso de avulsão de um “dente de leite”, o reimplante:

- a) é o procedimento de eleição
- b) é contraindicado

10. Você acredita que o dente avulsionado, após reimplantado, deve ser imobilizado?

- a) () Sim
- b) () Não

11. Você acredita que o indivíduo deve fazer uso de uma placa protetora diante da prática de atividade física?

- a) () Sim
- b) () Não

12. Você já presenciou algum caso de avulsão dentária?

- a) () Sim
- b) () Não

REFERÊNCIA: Modificado de WESTPHALEN, V. P. D. et al. Avulsão dentária: condutas clínicas. **JBC- Jornal Brasileiro de Clínica & Estética em Odontologia**, v. 3, n. 15, p.79-83, 1999.

ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa



FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

CERTIDÃO

Certificamos, para fins de publicação, que, em Reunião realizada no dia 03 de dezembro de 2014, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, aprovou o relatório da pesquisa **AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE AVULSÃO DENTÁRIO**. Protocolo CEP/FIP 102/2011, registrado em nome do (a) pesquisador (a): **Rosana Araújo Rosendo**.

Patos, 11 de dezembro de 2014


FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FIP

Lidia Pinheiro da Nóbrega
 COORDENADORA ADJUNTA DO COMITÊ
 DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/FIP

ANEXO B - Normas da Revista Brasileira de Odontologia

Diretrizes para Autores

1. PADRÃO DE APRESENTAÇÃO

1.1 Os trabalhos quando enviados por correio devem ser apresentados impressos em folhas de papel tamanho A4 (lauda), fonte Arial tamanho 11, com espaço duplo e margem de 3 cm de cada lado, numeradas com algarismos arábicos no ângulo inferior direito e ter até o máximo de 11 (onze) laudas, com 25 (vinte e cinco) linhas cada. A página de identificação não constará do total de 11 laudas e deverá conter o título (português/inglês), resumo/abstract (máximo de 120 palavras), palavras-chave/keywords, nome dos autores (com titulação máxima, disciplina e instituição a que cada autor está afiliado, cidade, estado e país). Se o autor não pertencer a nenhuma instituição de ensino, deverá colocar sua formação (por exemplo: cirurgião-dentista ou clínico privado).

1.2 Tabelas (ou gráficos) e quadros: Deverão ser numerados em algarismos romanos, com apresentação resumida e objetiva, para compreensão do trabalho. Os dados originais deverão ser apresentados sintetizados, enviando somente a média dos resultados e não os valores das amostras individualmente. As tabelas de análise de variância devem ser evitadas. Sempre que possível, valores quantitativos deverão ser apresentados na forma de gráficos, que devem ser mandados em Excell em arquivo separado. O autor deverá optar por tabela ou gráfico e não será permitida utilização das duas modalidades mencionadas. As tabelas ou gráficos e quadros farão parte da contagem total de 11 páginas pedidas para cada artigo.

1.3 Figuras (desenhos, fotografias e gráficos): Deverão se limitar a 4 (quatro) por trabalho e numeradas em algarismos arábicos. Imagens fotográficas deverão ser apresentadas como fotografias e com cópia, tendo dimensões de 12 x 9 cm ou 9 x 9 cm (quando quadradas), em papel brilhante e de preferência em cores, sendo assinalado, em seu verso, a lápis, o número da figura e o lado superior da mesma, bem como o título do trabalho resumido para posterior identificação. Não devem estar coladas nas folhas de legendas. Poderão ser enviadas, preferencialmente, em formato de imagem JPEG ou TIFF com 300 dpi de resolução.

1.4 Os desenhos e gráficos devem ser entregues em CD ou DVD, em arquivo separado no programa Excell, com cópia impressa. Os gráficos também poderão ser entregues em Excell em arquivo separado. As figuras e suas legendas deverão constar em folhas separadas e não numeradas (não fazendo parte da contagem total de 11 laudas).

1.5 Todas as pesquisas que envolverem estudos com seres humanos e animais deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Deve ser enviada a cópia do parecer do CEP. A ausência deste documento implicará na devolução do trabalho.

1.6 Os originais e as figuras não serão devolvidos aos autores.

1.7 Os originais com avaliação "desfavorável" serão devolvidos aos autores, revogando-se a transferência de direitos autorais. Os originais com avaliação "sujeito a modificações" serão remetidos aos autores para que as modificações sugeridas sejam realizadas, no prazo máximo de até 60 dias, e, posteriormente, reavaliados. Os artigos aprovados pela RBO terão um prazo de até 12 meses para publicação.

1.8 So serão aceitos trabalhos com até 6 seis autores.

2. ESTRUTURA DO TRABALHO

2.1 PÁGINA DE ROSTO

- Título do trabalho: em português e em inglês - corpo 14 pontos - até 80 caracteres.

- Nome do(s) autor(es), titulação máxima e referência à instituição a que pertence(m):. Exemplos: Ana Emilia Figueiredo de Oliveira (professora doutora de Radiologia da FO/UFMA); Paulo Sérgio Vanzillotta (Professor de Prótese do CAP/Associação Brasileira de Odontologia – RJ); Daniel Lopes Valle (cirurgião-dentista, clínica particular).
- Endereço, telefone e e-mail dos autores para futuros contatos. Indicar o autor principal para que seja divulgado o seu contato (rua, bairro, cidade, CEP, estado, país, e-mail, telefones).
- Resumo - Não deve exceder a 120 palavras. Deve conter resumidamente o objetivo, material e método, resultados e conclusões.
- Palavras-chave - Palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho, fornecidas pelo próprio autor.
- Abstract - Resumo em inglês.
- Keywords - Palavras-chave em inglês.
- Observação - A página de rosto (identificação) não fará parte da contagem total de 11 laudas.

2.2 TEXTO

- Introdução (com o objetivo do estudo);
 - Material e Método;
 - Resultados;
 - Discussão;
 - Conclusão
- Referências Bibliográficas - Conter, no máximo, 20 referências bibliográficas. Nos casos de Revisão da Literatura, serão permitidas até 40 referências. Os autores devem ser citados em ordem alfabética e numerados.

2.3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências devem ser apresentadas no estilo Vancouver.

Exemplos de como organizar as referências bibliográficas.

1. Modelos de referências no todo e em parte:

Autor:

Ex.: Autor 1, Autor 2, Autor 3, Autor 4, Autor 5, Autor 6. Título da obra. Edição. Local de Publicação: editora; ano de publicação.

Com Autor(es) Filados a uma Entidade/Organização:

Ex.: Autor(es) (nome da entidade/organização). Título do livro. Edição. Local de Publicação: editora; ano de publicação. Paginação.

Com Editor, Organizador, Coordenador:

Ex.: Autor(es) do livro, indicação correspondente. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação.

Autor Corporativo (Entidade/Instituição):

Ex.: Nome da Instituição. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação.

Obras Sem Autoria:

Ex.: Nome do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação.

Capítulo de Livro:

Ex.: Autor(es) do capítulo. Título do capítulo: subtítulo. In: Autor(es) do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação. página inicia-final do capítulo.

OBS.: Quando o autor do capítulo for o mesmo do livro a referência pode ser feita da seguinte maneira, veja abaixo.

Ex.: Autor(es) do capítulo. Título do livro: subtítulo. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação. Capítulo número, Título do capítulo; página inicia-final do capítulo.

TCC, Dissertações e Teses:

Ex.: Autor. Título do trabalho: sub-título se houver. [identificação do trabalho]. Local de apresentação:

Nome da Universidade; Ano. Total de páginas. Grau.

Anais de Congressos:

Ex.: Autor(es)/Editor(es). Título do evento precedido da designação anais; Ano mês dia da realização do evento; Local de realização do evento, País. Local de publicação: Editora; Ano. Número de páginas.

Trabalhos Apresentados em Eventos:

Ex.: Autor do trabalho. Título do trabalho. Localização do trabalho: Autor(es)/Editor(es). Título do documento. Título do evento; Ano mês dia; Local de realização do evento cidade e país. Local da publicação: Editora; ano. Páginas inicial-final.

Trabalhos Não Publicados:

Ex.: Autor. Título do trabalho. Cidade, Ano. Folhas. Informação do trabalho.

Bula de Remédio:

Ex.: Nome do remédio. Responsável. Cidade: Laboratório; Ano. Informação.

2. Modelos de referências de periódicos, artigos de periódicos e jornais:

Periódico no Todo:

Ex.: Nome do periódico. Ano; volume (número).

Artigo de Periódico:

Ex.: Autor. Título do artigo. Nome do periódico. Ano, volume (número): página inicialfinal.

Artigo de Periódico Sem Autor:

Ex.: Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final.

Artigo de Periódico Contendo Retratação:

Ex.: Autor. Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final da retratação. Retratação de: Autor(es) do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final do artigo retratado.

Artigo de Periódico Retratado:

Ex.: Autor. Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final do artigo. Retratação em: Autor(es) do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final retratadas.

Artigo de Periódico Publicado com Errata:

Ex.: Autor(es). Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicialfinal do artigo. Errata em: Autor(es) do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final da errata.

3. Modelos de referências em meios eletrônicos:

Monografia no Todo (Livros, Folhetos Etc...):

Ex.: Autor pessoa ou entidade. Título do documento. [acesso ou captura]. Cidade; Ano. Disponível em: endereço eletrônico. Autor pessoa ou entidade. Título do documento. [tipo do suporte]. Local: editora; Ano. Descrição física do suporte.

TCCs, Dissertações e Teses:

Ex.: Autor. Título do trabalho: sub-título se houver. [identificação do trabalho]. Local de apresentação: Nome da Universidade; Ano. Total de páginas. Grau. [citado em: dia mês abreviado ano]. Endereço eletrônico.

Artigo de Periódico (Internet)

Ex.: Autor pessoa ou entidade (na ausência faz a entrada pelo título). Título do documento. Nome do periódico. [formato da publicação]. Ano mês [quando acessou dia, mês e ano]; volume: página inicial-final. Disponível em: endereço eletrônico.

DVD ou Cd-Rom

Ex.: Autor pessoa ou entidade. Título do documento [meio eletrônico]. Cidade: Editora; Ano.

4. Exemplo de grafia dos nomes:

Arnold McDonald – McDonald, A
 José Santos Júnior – Santos J, Jr
 Eduardo Roquete-Pinto - Roquete-Pinto, E
 Heitor Espírito Santo - Espírito Santo, H

3. RELATOS DE CASOS CLÍNICOS OU DE TÉCNICAS

• Serão aceitos com as seguintes recomendações: 1) Não poderão ultrapassar seis laudas; 2) Serão permitidos até três autores; 3) O assunto deverá ser relevante e o relato de caso deverá contribuir para o enriquecimento da literatura científica e não ser apenas a reprodução de casos amplamente conhecidos na literatura.

4. DO ENCAMINHAMENTO DOS ORIGINAIS

Todos os artigos encaminhados pelos correios devem postados por SEDEX para: Associação Brasileira de Odontologia – Seção RJ, a/c Revista Brasileira de Odontologia (RBO) - Rua Barão de Sertório, 75 - Rio Comprido, CEP: 20261-050 – Rio de Janeiro – RJ. Telefone: 2504-0002 (ramal: 233), e-mail: revista@aborj.org.br. Não serão aceitos artigos enviados por e-mail.

5. ESCLARECIMENTOS

Os artigos só serão aceitos quando encaminhados através dos correios ou pela submissão online, efetuada através do portal da revista. Não serão aceitos artigos enviados para o e-mail da RBO. Todos os artigos deverão estar de acordo com as normas atuais da revista.

Os artigos recebidos até o final do ano de 2010, que foram aprovados, serão adequados às normas atuais.

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão com todas os itens listados a seguir. Serão devolvidas aos autores as submissões que não estiverem de acordo com as normas.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação em outra revista.
2. Os arquivos para submissão devem estar em formato Microsoft Word ou formato compatível.
3. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) devem estar ativos e prontos para clicar.
4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
5. A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, conforme instruções disponíveis em assegurando a Avaliação por Pares Cega.

Declaração de Direito Autoral

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Eu (Nós), abaixo assinado(s), CPF (s), transfiro(rimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado: (título) à Revista Brasileira de Odontologia - RBO. Declaro(amos) que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Local, data, mês e ano.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.