



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**



GEISA MACIEL DA SILVA

**PERFIL E CONDUTA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DE PATOS-PB
FRENTE AOS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES**

PATOS-PB
2018

GEISA MACIEL DA SILVA

**CONDUTA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DE PATOS-PB FRENTE
AOS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES**

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

Orientadora: Prof^ª. Dr.^ª Faldryene de Sousa Queiroz

PATOS-PB
2018

S586p

Silva, Geisa Maciel da.

Perfil e conduta dos cirurgiões-dentistas de Patos-PB frente aos traumatismos dentoalveolares / Geisa Maciel da Silva. - Patos-PB, 2018.
58 f. : il. color.

Monografia (Bacharelado em Odontologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2018.

"Orientação: Profa. Dra. Faldryene de Sousa Queiroz".

Referências.

1. Cirurgião-Dentista. 2. Traumatismo Dentário. 3. Traumatismos Dentoalveolares. I. Queiroz, Faldryene de Sousa. II. Título.

CDU 616.314-089(043)

GEISA MACIEL DA SILVA

**PERFIL E CONDUTA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DE PATOS-PB FRENTE
AOS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES**

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

Data de aprovação: 03/08/2018

BANCA EXAMINADORA:

Faldryene de Sousa Queiroz

Profª Drª Faldryene de Sousa Queiroz – Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Manuella Santos Carneiro Almeida

Profª Drª Manuella Santos Carneiro Almeida - 1ª Examinadora
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Rebeca Dantas Alves Figueiredo

Profª Rebeca Dantas Alves Figueiredo - 2ª Examinadora
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico a minha mãe, Cicleide Maciel, a quem amo tanto e sou infinitamente grata por estar sempre ao meu lado me cobrindo de amor e oferecendo o apoio necessário em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por se fazer presente na minha vida sempre me guiando e por me dar a força e coragem necessárias nos momentos de dificuldades.

Aos meus pais, por não medirem esforços para que eu realizasse meus sonhos e que sem o apoio e carinho incondicional deles, nada disso seria possível. Aos meus irmãos e a minha sobrinha os quais eu transbordo de tanto amar.

Aos meus amados amigos, que se tornaram minha família: Walter, Mirla, Marcela e Carla por estarmos sempre juntos e vivenciarmos alguns dos momentos mais alegres das nossas vidas e por nos apoiarmos nos momentos de inseguranças também. Aos meus queridos amigos da turma X: Joab, Mylena, Yan, Lucas, Monalisa, Inngrid, Alana, Monelly e minha querida dupla de clínica Rebeca que também foram muito especiais para mim.

A minha orientadora Faldryene, a quem tive a honra de ser orientada nesse trabalho, sempre muito atenciosa, responsável e tranquila apesar de alguns obstáculos e por ser uma pessoa admirável e muito amável.

A todos os professores da minha graduação, que tiveram um papel fundamental na minha formação, sou grata a todos os ensinamentos e todo o carinho e atenção.

SILVA, G.M. **Conduta dos cirurgiões-dentistas do sistema público de saúde de Patos-PB frente aos traumatismos dentoalveolares.** 2018. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Patos, 2018.

RESUMO

Os traumatismos dentários são frequentes no cotidiano clínico dos Cirurgiões-Dentistas e suas corretas condutas são fundamentais para um bom prognóstico do tratamento. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil e a conduta dos cirurgiões-dentistas das 41 Unidades Básicas de Saúde do município de Patos-PB frente aos traumatismos dentários. **Metodologia:** Para coleta de dados foi aplicado um questionário contendo perguntas sobre o perfil demográfico dos profissionais e a experiência com traumatismo dental. Os dados foram analisados estatisticamente pelo Qui-quadrado, com margem de erro de 5%. **Resultados:** 66,7% dos Cirurgiões-dentistas eram do sexo feminino, 83,3% fizeram a graduação em instituição de ensino Pública, 33,3% possuíam mais de 10 anos de formados, 53,3% eram especialistas, apenas 10% relataram ter algum tipo de cursos na área e a especialidade predominante foi a de Saúde da Família (16,7%). Sobre a prevalência do trauma dental na rotina de atendimentos, 46,7% dos entrevistados relataram ter recebido pacientes com traumatismo dentário, destes, 36,7% receberam apenas casos de fratura dental e 10% receberam tanto fratura como avulsão dental, 92,8% realizaram o primeiro atendimento e 7,2% encaminhou para outro local e 56,7% relataram sentirem-se seguros para realizar o atendimento. A relação entre a segurança no atendimento com variáveis de perfil e conduta não demonstrou associação estatisticamente significativa ($p>0,05$). **Conclusão:** Observou-se uma alta prevalência de traumatismo dentário e que muitos profissionais ainda não se sentem seguros para prestarem o atendimento imediato, sendo necessário mais incentivo em cursos na área, visando otimizar a assistência ao paciente com trauma dental.

Palavras-chave: Cirurgião-dentista; Conhecimento; Traumatismo dentário

SILVA, G.M. **Conduct of dental surgeons of the public health system of Patos-PB face to dental trauma.** 2018. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Patos, 2018.

ABSTRACT

Dental traumatismos were a relatively frequent situation in the daily routine of the Dental Surgeon and their correct conduct is fundamental for a good prognosis of the treatment.

Objective: The objective of this study was to evaluate the profile and conduct of dental surgeons of the 41 Basic Health Units of the city of Patos-PB in the face of dental trauma.

Methodology: A questionnaire containing questions about the demographic data of the professionals and the experience about dental traumatism was used to collect data. The data were analyzed statistically by chi-square, with a margin of error of 5%.

Results: 66.7% of dental surgeons were female, 83.3% graduated from a public educational institution, 33.3% had more than 10 years of training, 53.3% of professionals were specialists, only 10% reported having some type of courses in the area and the predominant specialty was Family Health (16.7%). 46.7% of the interviewees reported receiving dental trauma patients, of whom 36.7% received only cases of dental fracture and 10% received both fracture and dental avulsion, 92.8 % performed the first care and 7.2% sent to another location and 56.7% reported feeling able to perform care. The relationship between the ability to attend and variables of profile and conduct didn't show a statistically significant association ($p > 0.05$).

Conclusion: It was observed a high prevalence of dental traumatism and that many professionals still do not feel safe to provide the care, being necessary more incentive in courses in the area, aiming to optimize the dental patient care.

Keywords: Dental surgeon; Knowledge; Dental trauma

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição dos cirurgiões-dentistas por especialidades. Patos, 2018.....	29
Gráfico 2 – Prevalência do traumatismo dental e conduta em relação ao atendimento. Patos, 2018.....	30
Gráfico 3 – Avaliação das respostas aos casos clínicos propostos. Patos, 2018.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação entre a segurança no atendimento e o perfil e conduta dos Cirurgiões-dentistas. Patos, 2018.....	32
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

CD	Cirurgião-Dentista
TD	Traumatismo Dentoalveolar
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1. OS TRAUMATISMOS DENTÁRIOS: CONCEITO, FATORES ETIOLÓGICOS E CONSEQUÊNCIAS.....	13
2.2. PREVALÊNCIA DOS TRAUMATISMOS DENTÁRIOS.....	14
2.3. TRATAMENTO DOS TRAUMATISMOS DENTÁRIOS.....	15
REFERÊNCIAS	20
3 ARTIGO	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
ANEXOS	41
ANEXO A: QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	41
ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	44
ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO.....	46
ANEXO D: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	47
ANEXO E: ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION – INSTRUÇÕES AOS AUTORES	48

1 INTRODUÇÃO

Por definição temos o traumatismo dentário como uma agressão térmica, química ou mecânica sofrida pelo dente e estruturas adjacentes, cuja magnitude supera a resistência encontrada nos tecidos ósseos e dentários, sendo que a sua extensão tem relação direta com a intensidade, tipo e duração do impacto (DUARTE et al., 2001). E segundo Piva et al. (2013) as arcadas dentárias por se localizarem numa projeção corporal anterior, ficam assim mais expostas às agressões externas, aumentando a propensão à esse tipo de lesão.

Os traumatismos dentários podem ocorrer de forma frequente na população de diferentes faixas etárias, trazendo diversas consequências aos dentes e estruturas adjacentes.

Apresentam alta prevalência em crianças e adolescentes e a correta realização dos primeiros socorros pós-trauma, é de extrema importância, pois o prognóstico do caso está diretamente relacionado à conduta clínica do cirurgião-dentista (KREMER et al., 2017).

A ocorrência é comum durante a infância e a adolescência e possui etiologias variadas, já que é uma época em que o paciente está constantemente praticando atividades recreativas e esportivas com algum risco da integridade física. Estima-se que, em um futuro próximo, a prevalência de traumatismos dento-alveolares poderá exceder a de doenças como a cárie e doenças periodontais, sendo hoje já considerado um importante problema de saúde pública entre crianças e adolescentes (SB-BRASIL, 2010).

Há vários tipos de traumatismos, que segundo Sanabe et al. (2009), podem ocorrer desde uma simples trinca de esmalte, onde não há perda do material dental, até a avulsão completa do dente, onde ele é removido por completo da boca. Nestes casos, o tempo decorrido, o condicionamento do dente e a correta técnica do cirurgião-dentista são cruciais para que haja sucesso nos casos em que se opta pelo reimplante.

Traebert et al. (2009) mostraram os fatores causais mais comuns sendo o alto índice de violência, acidentes automobilísticos e o maior número de crianças participando em esportes violentos, como contribuintes para um aumento na prevalência dos traumatismos dentais.

Ocorrem mais em crianças do sexo masculino com idade de cerca de três anos e meio (SKAARE, JACOBSEN, 2005; SILVA et al., 2009). Na dentição permanente, há maior incidência nas idades entre 9 e 10 anos para os meninos (ANDREASEN, J. O., ANDREASEN, F. M., ANDERSSON, 2013) e em relação ao gênero, o sexo masculino foi

predominante para a ocorrência, segundo os estudos de Torres Silva et al. (2017), e o dente mais acometido é o incisivo central superior (PÁDUA et al., 2010).

Como consequências dos trauma dental, Wigen, Agnalt e Jacobsen (2008) mostraram ser a necrose pulpar como a mais frequente e Cortes, Marcenes e Sheiham (2002) apontaram outros impactos sobre as vítimas, como danos estéticos, psicológicos, sociais, além de produzir significativos custos no tratamento.

Os traumatismos dentários constituem uma situação relativamente frequente no cotidiano dos atendimentos clínicos efetuados pelo cirurgião-dentista e são situações de urgência odontológica que impõem ao profissional um atendimento rápido, porém minucioso. Apesar da agilidade no primeiro atendimento, na maioria das vezes é necessário o acompanhamento do paciente por um longo período (KREMER et al., 2017).

Portanto, a correta conduta do cirurgião-dentista na assistência as vítima de trauma dentária, baseada em seu treinamento formal adquirido na graduação, as experiência clínicas e o conhecimento adquiridos são fundamentais na escolha de opções de tratamento, melhorando os resultados finais. A procura imediata por tratamento especializado é fundamental para o diagnóstico e adoção de um correto procedimento, a fim de se obterem bons prognósticos (PINHEIRO; DELFINO, 2014).

Diante do exposto, o presente trabalho se propõe a avaliar o conhecimento e conduta dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Patos-PB frente aos traumatismos dentoalveolares.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 OS TRAUMATISMOS DENTÁRIOS: CONCEITO, FATORES ETIOLÓGICOS E CONSEQUÊNCIAS.

O trauma é caracterizado como o conjunto das perturbações causadas de maneira súbita por um agente físico que possui etiologia, natureza e extensão das mais variadas e que podem interferir nos diferentes tipos de tecidos corporais, dentre eles com mais frequência a pele e ossos faciais, e os dentes por se localizarem numa projeção corporal anterior, ficam assim mais expostos às agressões externas (PIVA et al., 2013). Podemos representar a lesão traumática dental como 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 (BRUNO et al., 2004).

Os tipos de lesões traumáticas podem ser divididas em duas partes: as lesões dos tecidos dentários e as lesões dos tecidos de sustentação. As lesões dos tecidos dentários são trincas de esmalte, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina (não complicada), fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar (complicada), fratura coronoradicular com ou sem envolvimento pulpar e fratura de raiz. As lesões dos tecidos de sustentação são concussão, subluxação, luxação lateral, luxação intrusiva, luxação extrusiva e avulsão (LOSSO et al. 2011) .

Lierger et al. (2009) apontaram como principais causas os acidentes de trânsito, Thoren et al. (2010) relataram ser as lesões físicas relacionadas com assalto e já Huang et al. (2009) afirmam que durante a prática de atividades esportivas e recreacionais é que ocorrem a maior parte das lesões orofaciais. Beltrio et al. (2007) relataram que a causa mais habitual em idade precoce são as quedas e colisões acidentais.

Rodrigues et al. (2015) mostraram que existem alguns fatores predisponentes que aumentam a susceptibilidade ao traumatismo dentário, como: sobressaliência acentuada, cobertura labial inadequada, obesidade, gênero. Já nas pesquisas de Feldens et al. (2016) apenas o aumento do overjet foi o único fator consistentemente identificado como um fator associado. As características comportamentais foram recentemente investigadas e sugeridas como potenciais fatores de risco para TD na dentição primária. Indivíduos que apresentam selamento labial inadequado e que possuem protrusão da maxila maior que 5 mm

em relação à mandíbula são mais suscetíveis à ocorrência de traumatismos dentários (SORIANO; CALDAS; GÓES, 2004).

Um dente anterior fraturado pode levar à incapacidade física, como dificuldade na mastigação, fonação ou ambos (MARCENES; ALESSI; TRAEBERT, 2000). A negligência em relação ao tratamento odontológico após o traumatismo dentário pode ter como consequência alteração de cor, mobilidade, alteração de posição na arcada dentária, sintomatologia dolorosa, sensibilidade, reabsorções radiculares ou ósseas, necrose e perda do elemento dental (DAMASCENO, et al. 2002).

Wigen, Agnalt e Jacobsen (2008) defendem a necrose pulpar como a consequência mais frequente, e em dentes decíduos, especialmente na luxação intrusiva que atinge o germe do permanente pode gerar neste uma hipoplasia de esmalte, interrupção da formação dental, defeitos de textura, alteração no posicionamento ou erupção, má formação da coroa e raiz e distúrbios na mineralização (CAMPOS; ZUANON; PANSANI, 2001).

É importante salientar as consequências da avulsão dentária para que não ocorra a perda do dente, tanto no momento em que houve o trauma quanto após o reimplante onde pode haver anquilose e reabsorção radicular por substituição. (CAMPBELL; CASAS; KENNY, 2009; MAJORANA et al., 2003).

Após o traumatismo, o prognóstico do paciente e um bem sucedido tratamento estão intimamente relacionados à experiência do profissional. Quando ocorre em crianças, é necessário, inicialmente, acalmar os pais e o paciente para que se consiga obter informações precisas durante a realização da anamnese, com vistas a estabelecer um diagnóstico preciso e confiável, por meio de perguntas simples sobre onde, como e quando ocorreu o traumatismo (WILSON, 1995).

2.2 PREVALÊNCIAS DOS TRAUMATISMOS DENTÁRIOS

O trauma dental por possuir alta prevalência tem sido considerado um problema de saúde pública mundial (JETRO et al., 2013). Andreasen, Lauridsen e Daugaard-jensen (2009), relataram a alta frequência dos traumatismos dentais na infância e na adolescência ocorrendo em 2 a cada 3 crianças antes da idade adulta. Com relação à incidência na dentição decídua, maiores porcentagens são descritas para a faixa etária crianças de 2 a 3 anos de idade, pois nessa faixa etária a coordenação motora está em desenvolvimento e elas começam a mover-se

sozinhas (KRAMER; FELDENS, 2013). Já outros estudos mostram que a idade mais prevalente é do quinto mês de vida até os três anos de idade (GARCIA-GODOY, Franklin; GARCIA-GODOY, Federico; GARCIA-GODOY, Federico M., 1987; HARRINGTON; EBERHART; KNAPP, 1988; BIJELLA et al., 1990; CUNHA; PUGLIESI; MELLO VIEIRA, 2001).

Na dentição permanente há maior incidência nas idades entre 9 e 10 anos para os meninos, justamente quando as brincadeiras e atividades esportivas tornam-se frequentes (ANDREASEN, J. O., ANDREASEN, F. M., ANDERSSON, 2013). Em relação ao gênero o sexo masculino foi predominante segundo os estudos de Torres Silva et al. (2017). O dente mais acometido é o incisivo central superior, sem diferença estatística entre os lados direito e esquerdo (PÁDUA et al., 2010).

A literatura postula que as luxações são mais frequentes na dentição decídua, devido às características resilientes e porosas dos ossos maxilares bem com as lojas ósseas que incluem os germes dos dentes permanentes que dissipariam o impacto não causando a fratura dental (KRAMER; FELDENS, 2013).

2.3 TRATAMENTO DOS TRAUMATISMOS DENTÁRIOS

O paciente deve ser submetido a um exame sistemático onde se busca avaliar clinicamente tecidos moles se há danos e lacerações, os tecidos dentários para detectar fratura ou mobilidade, realizar testes de percussão e de sensibilidade, além de avaliar e ossos da face, maxila e mandíbula. Exames complementares, a exemplo das radiografias, são necessários tanto para avaliar o elemento dentário como os tecidos moles para detectar a presença de corpos estranhos (ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M, 1991). Para Brown (2002), é necessário obter-se uma cuidadosa história médica, incluindo informações sobre tétano, e segundo Carmo et al. (2009) e Guimarães et al. (2006) o trauma dentário é uma das situações onde se usa mais frequentemente antibioticoterapia além de reafirmarem o que postula a literatura sobre a utilização de antibióticos para casos de avulsão dentária.

O tratamento deve ser direcionado baseando-se na idade do paciente, no estágio de desenvolvimento do dente decíduo ou permanente, no tipo, extensão e grau de severidade do trauma, a duração do tempo decorrido desde a ocorrência do trauma, a situação em que ocorreu, e se houve recuperação do fragmento ou do dente perdido e suas condições de transporte. Sendo extremamente importante o conhecimento e a conduta do CD no traçado do

diagnóstico e elaboração do plano tratamento para um bom prognóstico (KREMER et al., 2017).

Nas fraturas coronárias não complicadas quando ocorre só em esmalte pode-se fazer o alisamento da superfície dental (DIANGELIS et al., 2012). Quando envolve dentina busca-se a proteção da polpa a injúrias externas e restauração da função e estética do elemento dental (BRAZÃO, 2007). Se disponível o fragmento pode-se colá-lo (DIANGELIS et al., 2012).

Na fratura coronária complicada, em pacientes com dentes maduros e ápice fechado, a escolha é pelo tratamento endodôntico. Já em pacientes com dentes imaturos ou ápice não completamente formado, segundo Toledo et al. (2010) o tratamento endodôntico é dificultoso pelo fato das condições anatômicas do terço apical não possibilitarem os procedimentos técnicos da endodontia atual, e de acordo com Centenaro, Palma e Anziliero (2014), um dente nesse estágio necessita permanecer na por mais tempo na cavidade oral para que se complete a rizogênese. Portanto, Diangelis et al. (2012) asseguram que é vantajoso preservar a vitalidade pulpar por meio do capeamento ou pulpotomia parcial. Na dentição decídua pode-se tentar preservar a vitalidade pulpar pela pulpotomia parcial e a extração é geralmente uma alternativa adotada (MALMGREN et al., 2012).

Nas fraturas coronoradiculares em dentes permanentes como tratamento emergencial pode-se fazer a estabilização do segmento perdido adjacente ao dente até que o tratamento definitivo seja realizado (DIANGELIS et al., 2012). De acordo com a extensão e o envolvimento pulpar realizam-se os procedimentos necessários (proteção pulpar, tratamento endodôntico, cirurgia periodontal, extrusão ortodôntica, extração) para que se possa restaurar a função e estética do dente (BRAZÃO, 2007). Em decíduos, realiza-se apenas a remoção do fragmento e quando envolver apenas uma pequena parte da raiz e o fragmento estável for grande o suficiente permitir a restauração da coroa. Nas outras circunstâncias, extração é indicada. (MALMGREN et al., 2012).

Nas fraturas radiculares de dentes permanentes, se deslocado, reposicionar o segmento coronal do dente o mais rápido possível e verificar radiograficamente, seguido do uso de uma contenção semi-rígida para estabilização por 4 semanas. Se houver necrose pulpar, um tratamento endodôntico até a linha da fratura é indicado (DIANGELIS et al., 2012). Recomenda-se extrair apenas o fragmento coronal se ele estiver deslocado, e deve-se deixar o fragmento apical para que seja reabsorvido, em decíduos (MALMGREN et al., 2012).

Quanto aos danos aos tecidos de sustentação vemos que na concussão não ocorre aumento de mobilidade ou deslocamento anormal não sendo necessária a intervenção. Na subluxação há um leve aumento na mobilidade, porém, sem deslocamento onde normalmente não é necessário tratamento, mas de qualquer forma pode ser feito uma contenção semi-rígida para estabilizar o dente para o conforto do paciente por até 2 semanas (DIANGELIS et al., 2012).

Nos casos de luxação extrusiva o dente desloca-se parcialmente do alvéolo e segundo Diangelis et al. (2012) aparenta estar alongado e com mobilidade, necessitando-se que o reposicione no alvéolo e que seja feita uma contenção semi-rígida por 2 semanas, se houver indícios de necrose pulpar nos dentes maduros e imaturos o tratamento endodôntico é indicado.

Para Malmgren et al. (2012), na dentição decídua o tratamento deve ser baseado no estágio de formação radicular, grau de mobilidade, e o lido da criança com a situação ao se realizar os procedimentos de emergência, sendo assim nos casos de extrusão menor que 3mm em um dente com desenvolvimento incompleto, reposiciona-o cuidadosamente ou deixa-o que se reposicione espontaneamente. A extração é o tratamento de escolha para extrusões severas em um dente decíduo completamente formado.

Nas luxações laterais o dente é deslocado para palatina/lingual ou lateralmente com presença de fratura no processo alveolar, onde deve-se reposicionar o dente digitalmente ou com auxílio de um fórceps para retirá-lo da loja óssea e estabilizá-lo com uma contenção semi-rígida por 4 semanas. Se a polpa necrosar, indica-se o tratamento endodôntico para prevenir uma reabsorção radicular (DIANGELIS et al., 2012). Já na dentição decídua se não houver interferência oclusal, como nos casos de mordida aberta, o dente pode ser deixado para reposicionar-se espontaneamente, caso ocorra interferência ele pode ser reposicionado, porém nos casos de deslocamento severo da coroa para lateral a extração é indicada (MALMGREN et al., 2012).

Nas luxações intrusivas o dente se desloca axialmente para dentro do osso alveolar, em dentes com formação incompleta de raiz, permite-se que ocorra a erupção sem intervenção, se necessário pode-se fazer um reposicionamento ortodôntico ou cirúrgico caso ele tenha intruído mais de 7mm. Nos dentes com formação radicular completa permite-se a erupção sem intervenção se o dente invadiu menos de 3mm. Se nenhum movimento ocorrer reposiciona-se cirurgicamente ou ortodôntica antes que ele possa anquilosar. Se for invadido além de 7mm, reposiciona-se cirurgicamente. Depois de reposicionado deve-se estabiliza-lo

com uma contenção semi-rígida por 4 semanas. A polpa provavelmente se tornará necrótica e por isso o tratamento de canal deve ser feito após 2-3 semanas após reposicioná-lo (DIANGELIS et al., 2012). Em dentição decídua, caso o ápice do dente tenha se deslocado para vestibular deixa que ele reposicione-se espontaneamente, mas caso o deslocamento seja para o germe dentário do dente permanente, extração (MALMGREN et al., 2012).

Nos casos de avulsão onde o dente sai completamente do alvéolo, havendo uma ruptura por completo do feixe vâsculo-nervoso, a conduta a ser tomada em dentes decíduos segundo Malmgren et al. (2012) é que não se faça o reimplante. Já na dentição permanente, Diangelis et al. (2012) afirmam que o que vai determinar a escolha do tratamento são fatores como a maturidade da raiz, se o ápice está aberto ou fechado e as condições das células do ligamento periodontal, às quais suas vitalidades dependem do meio de armazenamento e o tempo fora da boca, sendo que após 60 minutos ou mais todas as células não são mais viáveis.

Diangelis et al. (2012), sugerem que em dentes com ápice fechado, se ele foi reimplantado antes da chegada ao consultório odontológico ou se o dente foi mantido em meio de armazenamento como soro fisiológico ou meio equilibrado de osmolalidade como leite ou saliva ou ainda armazenado a seco, e o tempo extra-bucal foi inferior a 60 minutos, faz-se o reimplante. Para isso adota-se os procedimentos clínicos necessários e aplica-se uma contenção semi-rígida por 2 semanas com prescrição de antibioticoterapia, para que se necessário seja realizado um tratamento endodôntico 7-10 após o reimplante e remoção da contenção.

Quando o tempo do dente fora da boca for superior a 60 minutos ou outras razões que sugerem que as células do ligamento periodontal não estão viáveis, opta-se por fazer o tratamento do canal radicular do dente antes para reimplantagem, ou pode ser feito 7-10 dias depois. Nesses casos, antes de reimplantar o dente pode-se utilizar uma solução de fluoreto de sódio 2% no tratamento das raízes, o que segundo Panzarini et al. (2008) atua reduzindo a possibilidade de que ocorra reabsorção inflamatória e evitando a ocorrência de áreas de anquilose e reabsorção por substituição. O objetivo em reimplantação tardia é, além de restaurar o dente para razões estéticas, funcionais e psicológicas, para manter o contorno ósseo alveolar. No entanto, o resultado final esperado é anquilose e reabsorção da raiz e o dente será perdido eventualmente. (DIANGELIS et al., 2012)

Em dentes com ápice aberto, ainda em desenvolvimento, e nas condições ideais, o objetivo do reimplante é que se permita a possível revascularização da polpa, mas caso não ocorra, e em condições desfavoráveis onde o risco de reabsorção radicular relacionadas a infecção seja superior às chances de revascularização, o tratamento endodôntico é recomendado (DIANGELIS et al., 2012).

REFERÊNCIAS

- ANDREASEN, J. O., ANDREASEN, F. M., ANDERSSON, L. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**. 4th ed. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2013.
- ANDREASEN, J.O., ANDREASEN, F.M. Exame do paciente com traumatismo. In _____. **Traumatismo dentário**. São Paulo: Panamericana, 1991. p. 9-19.
- ANDREASEN, J.O., LAURIDSEN, E., DAUGAARD-JENSEN, J. Dental traumatology: an orphan in pediatric dentistry. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 31, n. 2, p. 153-156, 2009.
- BELTRIO, E.M., CAVALCANTI, A.L., ALBUQUERQUE, S.S.L, DUARTE, R.C. Prevalence of dental trauma in children aged 1 – 3 years in João Pessoa (Brazil). **European Archives of Paediatric Dentistry**, Berlin, v.8, n.3, p. 21-29, 2007.
- BIJELLA, M.F.T.B., YARED, F.N.F.G., BIJELLA, V.T., LOPES, E.S. Occurrence of primary incisor traumatism in Brazilian children: a house-by-house survey. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v.57, n. 6, p. 424-427, 1990.
- BRAZÃO, Mariana Amade Mendes. **A inter-relação endodontia/periodontia no tratamento de dentes traumatizados**. 2007. 78 f. Monografia (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2007.
- BROWN, C.J. The management of traumatically intruded permanent incisors in children. **Dental Update**, Guildford, v.29, n.1, p.38-44, Jan./Fev. 2002.
- BRUNO, G. B.; MENEZES, V. A.; RIBEIRO, A. G. BARBOSA, M. B.; BRUNO, G. B.; SOUZA, E. H. **Saúde bucal no Programa de Saúde da Família**. Juazeiro do Norte: Faculdade de Medicina do Juazeiro do Norte, 2004. p. 50-60.
- CAMPBELL, K. M.; CASAS, M. J.; KENNY, D. J. Development of ankylosis in permanent incisors following delayed replantation and severe intrusion. **Dental Traumatology**, Chicago, v. 23, n. 3, p. 162-166, 2007.
- CAMPOS, J.A., ZUANON, A.C., PANSANI, C.A. Consequences of dental trauma in primary dentition to permanent dentition: a literature review. **Revista Odontológica do Brasil-Central**, Goiânia, v. 10, n. 30, p. 26-27, 2001.
- CARMO, E. D.; AMADEI, S. U.; PEREIRA, A. C.; & SILVEIRA, V. À. S. Prescrição medicamentosa em odontopediatria. **Revista de Odontologia Da UNESP**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 256–262, 2009.
- CENTENARO, W. L. A.; PALMA, L. Z.; ANZILIERO, L. Apicificação em dentes permanentes com rizogênese incompleta: relato de caso e revisão de literatura. **Perspectiva**, Erechim, v. 38, n. 1, p. 109-119, 2014.

- CORTES, M.I., MARCENES W., SHEIHAM A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, New Jersey, v. 30, n. 3, p. 193-198, 2002.
- CUNHA, R.F., PUGLIESI, D.M., MELLO VIEIRA, A.E. Oral trauma in Brazilian patients aged 0-3 years. **Dental Traumatology**, New Jersey, v. 17, n. 5, p. 210-212, 2001.
- DAMASCENO, L.M., MARASSI, C.S., RAMOS, M.E., SOUZA, I.P. Alterações no comportamento infantil decorrente da perda de dentes anteriores: relato de caso. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 193-196, 2002.
- DIANGELIS, A. J., ANDREASEN, J. O., EBELESEDER, K. A., KENNY, D. J., TROPE, M., SIGURDSSON, A., ANDERSSON, L., BOURGUIGNON, C., FLORES, M. T., HICKS, M. L., LENZI, A. R., MALMGREN, B., MOULE, A. J., POHL, Y., TSUKIBOSHI, M. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. **Dental Traumatology**, New Jersey, v.28, n. 6, p. 499, Feb. 2012.
- DUARTE, D. A.; BÖNECKER, M. J. S.; SANT'ANNA, G. R.; SUGA, S. S. **Caderno de Odontopediatria: Lesões traumáticas em dentes decíduos: Tratamento e Controle**. São Paulo: Santos, 2001. 145p.
- FELDENS, C. A., BORGES, T. S., VARGAS-FERREIRA, F., KRAMER, P. F. Risk factors for traumatic dental injuries in the primary dentition: concepts, interpretation, and evidence. **Dental Traumatology**, New Jersey, v. 32, n. 6, p. 429-437, 2016.
- GARCIA-GODOY, Franklin, GARCIA-GODOY, Federico, GARCIA-GODOY, Federico M. Primary teeth traumatic injuries at a private pediatric dental center. **Endodontics & Dental Traumatology Journal**, Copenhagen, v. 3, n. 3, p. 126-129, 1987.
- GUIMARÃES, S.; MOURA, D.; & SILVA, P. S. **Terapêutica Medicamentosa e Suas Bases Farmacológicas**. 2. ed. Porto: Porto Editora, 2006.
- HARRINGTON, M.S., EBERHART, A.B., KNAPP, J.F. Dentofacial trauma in children. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 55, n. 5, p. 334-338, 1988.
- HUANG, B.; MARCENES, W.; CROUCHER, R.; HECTOR, M. Activities related to the occurrence of traumatic dental injuries in 15-to18-years-olds. **Dental Traumatology**, Chicago, v. 25, n.1, p. 64-68, 2009
- JETRO, V.; MORAIS, H. H. A.; DIAS, T. G. S.; BARBALHO, J.C.M; LUCENO, E. S. Traumatismo Dentoalveolar: Nível de Conhecimento e Conduta de Urgência dos Bombeiros do Município de Caicó-RN. **Revista de cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial**, Camaragibe, v. 13, n. 2, p. 101-108, 2013.
- KRAMER, P.F., FELDENS, C. A. **Traumatismo na dentição decídua: prevenção, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2013.

KREMER, J. T. M.; PEREIRA, L. P.; MARQUES, F. R.; PORTUGAL, M. E. G.; BRUZAMOLIN, C. D. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o manejo do trauma dental infantil. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p.1-8, abr-jun. 2017.

LIEGER, O.; ZIX, J.; KRUSE, A.; IIZUKA, T. Dental injuries in association with facial fractures. **Jornal Oral Maxillofacial Surgery**, New York, v. 67, n. 8, p. 1680-1684, 2009.

LOSSO, E.M., TAVARES, M.C.R., BERTOLI, F.M.P., BARATTO-FILHO, F. Traumatismo dentoalveolar na dentição decídua. **RSBO**, Joinville, v. 8, n. 1, p.1-20, Jan-Mar. 2011.

MAJORANA, A.; BARDELLINI, E.; CONTI, G.; KELLER, E.; PASINI, S. Root resorption in dental trauma: 45 cases followed for 5 years. **Dental Traumatology**, v. 19, n. 5, p. 262-265, 2003.

MALMGREN, B., ANDREASEN, J. O., FLORES, M. T., ROBERTSON, A., DIANGELIS, A. J., ANDERSSON, L., CAVALLERI, G., COHENCA, N., DAY, P., HICKS, M. L., MALMGREN*, O., MOULE, A. J., ONETTO, J. and TSUKIBOSHI, M. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. **Dental Traumatology**, Chicago, v. 28, n. 3, p. 174-182, June 2012.

MARCENES, W., ALESSI, O., TRAEBERT, J. Causes and prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors of school-children aged 12 years in Jaragua do Sul, Brazil. **International Dental Journal**, New Jersey, v. 50, n. 2, p. 87-92, Apr. 2000.

PÁDUA, M.N., MENDES, F.M., BENEDETTO, M.S., VOLPI, A.N, MELLO-MOURA, J.C.I., BONINI, G.A.V.C. Prevalência de lesões dentárias traumáticas em pré-escolares de escolas públicas e particulares. **Journal of the Health Sciences Institute, São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 237-240, jul./Set. 2010.

PANZARINI, S. R.; GULINELI, J. L.; POI, W. R.; SONODA, C. K.; PEDRINI, D.; BRANDINI, D. A. Treatment of root surface in delayed tooth replantation: a review of literature. **Dental Traumatology**, Chicago, v. 24, n. 3, p. 277-282, 2008.

PINHEIRO, S. A. A., DELFINO, C. S. Conhecimento do cirurgião-dentista sobre trauma dentário. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v.14, n.1, p. 83-90, jan./mar. 2014.

PIVA, F., POTTER, I.G., SARI, G.T., KLEIN-JÚNIOR, C.A., COLEHO-DE-SOUZA, F.A. Atendimento de Urgência Frente ao Traumatismo Alvéolo Dentário – **Relato de Caso Clínico**. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, São Paulo, v. 67, n. 3, p.224-8, 2013.

RODRIGUES, A. S., CASTILHO, T., ANTUNES, L. A. A, ANTUNES, L. S. Perfil Epidemiológico dos Traumatismos Dentários em Crianças e Adolescentes no Brasil. **UNOPAR Científica. Ciências biológicas e da saúde**, Londrina, v. 17, n. 4, p. 267-278, 2015.

SANABE, E. M., CAVALCANTE, B. L., COLDEBELLA, R. C., ABREU-E-LIMA, B. C. F. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. **Revista Paulista de Pediatria**, Araraquara, v.27, n.4, p.5, mar. 2009.

SB-BRASIL 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Proposta de projeto técnico para consulta pública. Brasília, 2010.

SKAARE, A.B., JACOBSEN, I. Primary tooth injuries in Norwegian children (1–8 years). **Dental Traumatology**, Chicago, v.21, n.6, p.15-19, dec. 2005.

SILVA, B. M., COSTA, M. M. A., ALMEIDA, C. E. M., MAIA, A. S., CARVALHO, O. I. C., RESENDE, B. G. Avaliação do conhecimento da abordagem de trauma dental pelos profissionais de creches. **ConScientiae Saúde**, Manaus, v.8, n. 1, p.65-73, 2009.

SORIANO, E.P., CALDAS JR, A.F., GÓES, P.S. Risk factors related to traumatic dental injuries in Brazilian schoolchildren. **Dental Traumatology**, Chicago, v. 20, n. 5, p. 246-250, oct. 2004

THOREN, H.; NUMMINEN, L.; SNALL, J.; KORMI, E.; LINDQVIST, C.; IIZUKA, T et al. Occurrence and types of dental injuries among patients with maxillofacial fractures, **Jornal Oral Maxillofacial Surgery**, New York, v.68, n. 4, p. 774-778, 2010.

TOLEDO, R.; BRITTO, M.L.B.; PALLOTTA, R., C.; NABESHIMA, C. K. Hidróxido de cálcio e iodofórmio no tratamento endodôntico de dentes com rizogênese incompleta. **International Journal of Dentistry**, Cairo, v. 9, n. 1, p. 28-37, 2010.

TORRES SILVA, M. C.; DÍAZ, Y. B.; DÍAZ, A. M. B.; FIGUEREDO, E. J.; GARCÍA, Y. R. Factores predisponentes de trauma dental en escolares del municipio Rafael Freyre. **Correo Científico Médico de Holguín**, Holguín, v. 21, n. 3, p. 798-808, 2017.

TRAEBERT, J.; TRAIANO, M. L.; ARMÊNIO, R.; BARBIERI, D. B.; DE LACERDA, J. T.; MARCENES, W. Knowledge of lay people and dentists in emergency management of dental trauma. **Dental Traumatology**, Chicago, v. 25, n. 3, p. 277-83, 2009.

WIGEN, T. I.; AGNALT, R.; JACOBSEN, I. Intrusive luxation of permanent incisors in Norwegians aged 6-17 years: a retrospective study of treatment and outcome. **Dental Traumatology**, Chicago, v. 24, n. 3, p. 612-618, 2008.

WILSON, C.F. Management of trauma to primary and developing teeth. **Dental Clinics of North America**, Amsterdam, v. 39, p. 133-167, 1995.

3 ARTIGO

CONDUTA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE PATOS-PB FRENTE AOS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

CONDUCTA DE LOS CIRURGIOS-DENTISTAS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE PATOS-PB FRENTE A LOS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

CONDUCT OF DENTIST SURGERIES OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM OF PATOS-PB FACE TO DENTAL TRAUMATISMS

Geisa Maciel da **SILVA**¹
 Faldryene de Sousa **QUEIROZ**²
 Mylena de Araújo **RÉGIS**³

¹ UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Odontologia, Patos, PB, Brasil

² UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Odontologia, Patos, PB, Brasil

³ UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Odontologia, Patos, PB, Brasil

Resumo

Os traumatismos dentários são frequentes no cotidiano clínico dos Cirurgiões-Dentistas e sua correta conduta é fundamental para um bom prognóstico do tratamento. O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil e a conduta dos cirurgiões-dentistas das 41 Unidades Básicas de Saúde do município de Patos-PB frente aos traumatismos dentários. Para coleta de dados foi aplicado um questionário contendo perguntas sobre o perfil demográfico dos profissionais e a experiência com traumatismo dental. Os dados foram analisados estatisticamente pelo Qui-quadrado, com margem de erro de 5%. 66,7% dos Cirurgiões-dentistas eram do sexo feminino, 83,3% fizeram a graduação em instituição de ensino Pública, 33,3% possuíam mais de 10 anos de formados, 53,3% dos profissionais eram especialistas, apenas 10% relataram ter algum tipo de cursos na área e a especialidade predominante foi a de Saúde da Família (16,7%). Sobre a prevalência do trauma dental na rotina de atendimentos, 46,7% dos entrevistados relataram ter recebido pacientes com traumatismo dentário, destes, 36,7% receberam apenas casos de fratura dental e 10% receberam tanto fratura como avulsão dental, 92,8% realizaram o primeiro atendimento e 7,2% encaminhou para outro local e 56,7% relataram sentirem-se seguros para realizar o atendimento. A relação entre a segurança no atendimento com e variáveis de perfil e conduta não demonstrou associação estatisticamente significativa ($p>0,05$). Observou-se uma alta prevalência de traumatismo dentário e que muitos profissionais ainda não se sentem seguros para prestarem o atendimento, sendo necessário mais incentivo em cursos na área, visando otimizar o atendimento ao paciente com trauma dental.

Descritores: Cirurgião-dentista; Conhecimento; Traumatismo dentário

Abstract

Dental traumatism were a relatively frequent situation in the daily routine of the Dental Surgeon and their correct conduct is fundamental for a good prognosis of the treatment. The objective of this study was to evaluate the profile and conduct of dental surgeons of the 41 Basic Health Units of the city of Patos-PB in the face of dental trauma. A questionnaire containing questions about the demographic data of the professionals and the experience about dental traumatism was used to collect data. The data were analyzed statistically by chi-square, with a margin of error of 5%.

66.7% of dental surgeons were female, 83.3% graduated from a public educational institution, 33.3% had more than 10 years of training, 53.3% of professionals were specialists, only 10% reported having some type of courses in the area and the predominant specialty was Family Health (16.7%). 46.7% of the interviewees reported receiving dental trauma patients, of whom 36.7% received only cases of dental fracture and 10% received both fracture and dental avulsion, 92.8 % performed the first care and 7.2% sent to another location and 56.7% reported feeling able to perform care. The relationship between the ability to attend and variables of profile and conduct didn't show a statistically significant association ($p > 0.05$). **Conclusion:** It was observed a high prevalence of dental traumatism and that many professionals still do not feel safe to provide the care, being necessary more incentive in courses in the area, aiming to optimize the dental patient care.

Descriptors: Dental surgeon; Knowledge; Dental trauma

Resumen

Los traumatismos dentales son frecuentes en el cotidiano clínico de los Cirujanos-Dentistas y su correcta conducta es fundamental para un buen pronóstico del tratamiento. El objetivo del trabajo fue evaluar el perfil y conducta de los cirujanos-dentistas del sistema público de Patos-PB a los traumatismos dentales. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario que contenía preguntas sobre el perfil demográfico de los profesionales y la experiencia con traumatismo dental. Los datos fueron analizados estadísticamente por el Qui-cuadrado, con margen de error del 5%. 66,7% de los Cirujanos-dentistas eran del sexo femenino, 83,3% hicieron la graduación en institución pública, 33,3% poseía más de 10 años de graduados, 53,3% de los profesionales eran especialistas, apenas 10% relataron tener algún tipo de cursos en el área y la especialidad predominante fue la de Salud de la Familia (16,7%). En cuanto a la prevalencia del trauma dental en la rutina, 46,7% de los entrevistados relataron haber recibido pacientes con traumatismo dental, de éstos, 36,7% recibieron sólo casos de fractura dental y el 10% recibieron tanto fractura como avulsión dental, 92,8 % realizaron la primera atención y 7,2% encaminó a otro local y 56,7% relató sentirse seguros para realizar la atención. La relación entre la seguridad en la atención con variables de perfil y conducta no demostró asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Se observó una alta prevalencia de traumatismo y que muchos profesionales aún no se sienten seguros para la atención, necesitando más incentivo en cursos del área, buscando optimizar la atención.

Descriptor: Cirujano-Dentista, Conocimiento, Traumatismo dental

INTRODUÇÃO

Por definição temos o traumatismo dentário como uma agressão térmica, química ou mecânica sofrida pelo dente e estruturas adjacentes, cuja magnitude supera a resistência encontrada nos tecidos ósseos e dentários, sendo que a sua extensão tem relação direta com a intensidade, tipo e duração do impacto¹. E segundo Piva et al. ² (2013) as arcadas dentárias por se localizarem numa projeção corporal anterior ficam assim mais expostas às agressões externas, aumentando a propensão à esse tipo de lesão.

Os traumatismos dentários podem ocorrer de forma frequente na população de diferentes faixas etárias, trazendo diversas consequências aos dentes e estruturas

adjacentes. Apresentam alta prevalência em crianças e adolescentes e a correta realização dos primeiros socorros pós-trauma, é de extrema importância, pois o prognóstico do caso está diretamente relacionado à conduta clínica do cirurgião-dentista³.

A ocorrência é comum durante a infância e a adolescência e possui etiologias variadas, já que é uma época em que o paciente está constantemente praticando atividades recreativas e esportivas com algum risco da integridade física. Estima-se que, em um futuro próximo, a prevalência de traumatismos dento-alveolares poderá exceder a de doenças como a cárie e doenças periodontais, sendo hoje já considerado um importante problema de saúde pública entre crianças e adolescentes⁴.

Há vários tipos de traumatismos que segundo podem ocorrer desde uma simples trinca de esmalte, onde não há perda do material dental, até a avulsão completa do dente, onde ele é removido por completo da boca. Nestes casos, o tempo decorrido, o condicionamento do dente e a correta técnica do cirurgião-dentista são cruciais para que haja sucesso nos casos em que se opta pelo reimplante⁵.

Os fatores causais mais comuns como o alto índice de violência e acidentes automobilísticos e um maior número de crianças participando em esportes violentos, atuam como contribuintes para um aumento na prevalência dos traumatismos dentais⁶.

Ocorrem mais em crianças do sexo masculino com idade de cerca de três anos e meio^{7,8}. Na dentição permanente, há maior incidência nas idades entre 9 e 10 anos para os meninos⁹ e em relação ao gênero o sexo masculino foi predominante segundo os estudos de Torres Silva et al.¹⁰ (2017), e o dente mais acometido é o incisivo central superior¹¹.

Como consequências dos traumatismos dentários a necrose pulpar mostra-se como a mais frequente¹², além dos impactos sobre as vítimas como danos estéticos, psicológicos, sociais além de produzir significativos custos¹³.

Kremer et al.³ (2017) afirmam que os TD's constituem uma situação relativamente frequente no cotidiano dos atendimentos clínicos efetuados pelo Cirurgião-Dentista. São situações de urgência odontológica que impõem ao profissional um atendimento rápido, porém minucioso. Apesar da agilidade no primeiro atendimento, na maioria das vezes é necessário o acompanhamento do paciente por um longo período.

Portanto, segundo Pinheiro, Delfino¹⁵ (2014) a correta conduta do cirurgião-dentista na assistência à vítima de trauma dentária, baseada em seu treinamento formal adquirido na graduação, as experiências clínicas e o conhecimento adquiridos são fundamentais na escolha de opções de tratamento, melhorando os resultados

finais. A procura imediata por tratamento especializado é fundamental para o diagnóstico e adoção de um correto procedimento, a fim de se obterem bons prognósticos.

Diante do exposto, o presente trabalho se propõe a avaliar o conhecimento e conduta dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Patos-PB frente aos traumatismos dentoalveolares.

MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa caracterizou-se por ser do tipo observacional desenvolvida por meio da aplicação de um questionário (ANEXO I) para a avaliação da conduta dos Cirurgiões-Dentistas frente aos traumatismos dentoalveolares na rotina clínica do atendimento odontológico na rede pública.

A cidade de Patos-PB é assistida por 41 Unidades Básicas de Saúde da Família (USF), com um cirurgião-dentista (CD) para cada USF. O universo foi composto por todos os CD's que trabalham no sistema público de saúde, especificamente nas USFs, registrados no CRO/PB, encontrados em seus respectivos locais de trabalho.

Foram incluídos na pesquisa todos os CDs que trabalhavam no serviço público de saúde da cidade de Patos – PB e excluídos os que se negaram a responder o questionário, que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou que não responderam em tempo aos questionários; profissionais que assumiram o emprego após a data inicial da pesquisa e os profissionais que trabalhavam em mais de um estabelecimento público na cidade onde a pesquisa foi desenvolvida.

Para a realização da pesquisa, foi elaborado um questionário autoaplicado, fechado e estruturado, respondido pelo pesquisador, contendo um total de 20 questões sendo 10 sobre os dados referentes à identificação do sujeito da pesquisa e à formação profissional e 10 questões específicas sobre o conhecimento dos mesmos e suas condutas adotadas frente aos diversos tipos de traumatismos dentoalveolares, como fraturas com envolvimento pulpar, fraturas radiculares e avulsões. Estas questões foram extraídas de questionários validados descritos nos estudos de

Granville-Garcia et al.¹⁵ (2009); Costa et al.¹⁶ (2014); Hu et al.¹⁷ (2006) e Pinheiro; Delfino¹⁴ (2014).

Para a aplicação do questionário o pesquisador visitou pessoalmente todos os CDs, os quais foram previamente comunicados sobre os propósitos dessa pesquisa e do caráter voluntário e anônimo. Os questionários foram entregues para preenchimento, em envelope fornecido pelo pesquisador, contendo o TCLE para que fossem respondidos e foram recebidos em até duas semanas após a data da entrega, sendo essa determinação previamente comunicada aos participantes.

As respostas dos CDs foram analisadas através de procedimentos de estatística descritiva realizados por meio do programa SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0 para Microsoft Windows, com teste de associações pela análise do Qui-quadrado entre algumas variáveis da caracterização da amostra e resultados das condutas dos CDs em casos de traumatismos dentoalveolares. Os resultados foram expressos em números absolutos e percentuais, apresentados através de Gráficos e Tabelas.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

RESULTADOS

Análise descritiva:

Perfil dos Cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde de Patos-PB:

A pesquisa teve como universo os Cirurgiões-dentistas das 41 Unidades Básicas de Saúde do Município de Patos-PB e houve uma perda amostral de 11 CDs, pelos seguintes critérios: 2,43% por encontrarem-se de licença para tratamento de saúde; 2,43% de licença maternidade; 2,43% por não responderem ao questionário à tempo; 4,87% por recusaram-se a responder o questionário e 14,6% por não se encontrarem no local de trabalho no momento de aplicação do questionário; resultando assim uma amostra final de 30 Cirurgiões-dentistas que responderam ao questionário aplicado pelo pesquisador.

Quanto ao perfil dos entrevistados, 66,7% (n=20) são do sexo feminino, com idade variando de 22 a 62 anos, e média de 35,6 anos. Sobre a formação profissional, a maioria (83,3%, n=25) possui graduação em Instituição de Ensino Pública e, referente aos anos de formação, 16,7% (n=5) possuíam menos de 1 ano de formados enquanto que 33,3% (n=10) possuíam mais de 10 anos de formados. Quanto à Pós-graduação 53,3% (n= 16) dos CD's eram especialistas e apenas 10% (n=3) relataram possuir algum tipo de cursos em Emergência de Lesões Traumáticas.

O gráfico 1 apresenta a distribuição dos cirurgiões-dentistas por especialidade, onde se pode observar que a especialização em Saúde da Família foi a mais prevalente (16,7%).

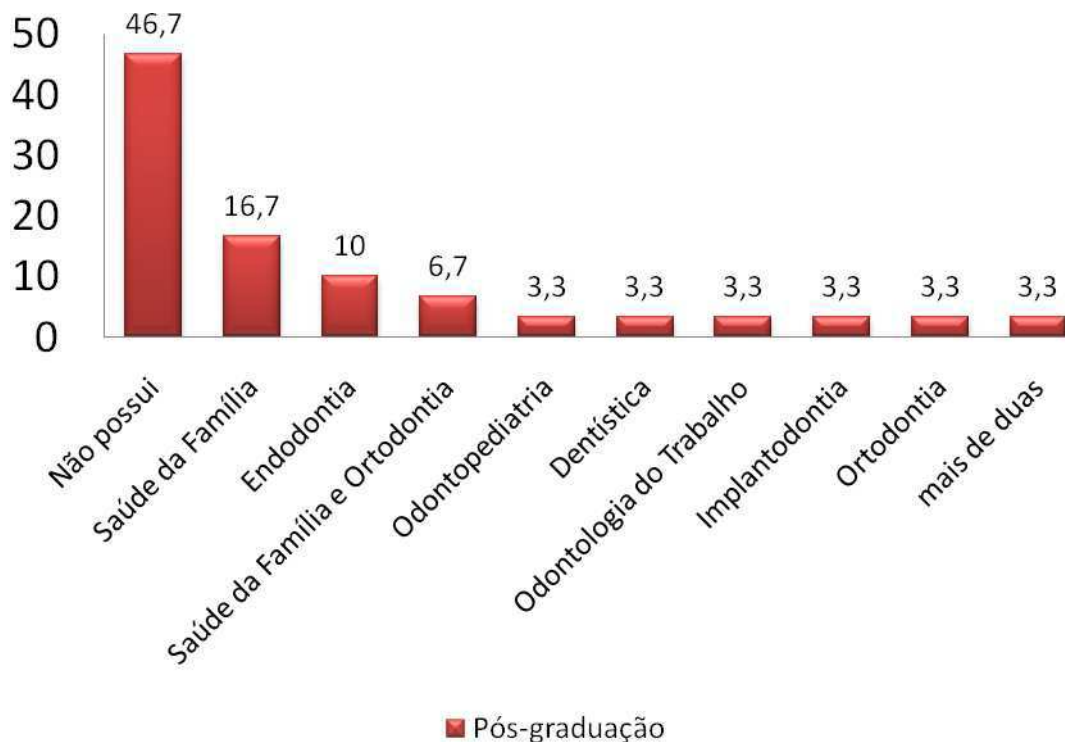


Gráfico 1. Distribuição dos cirurgiões-dentistas por especialidades. Patos, 2018.

A atuação apenas no Sistema Público de saúde correspondeu a 70% (n=21) enquanto que 30% (n=9) atuam tanto no sistema público como no privado.

Prevalência dos Traumatismos dentais:

Sobre os dados referentes à prevalência do trauma dental na rotina de atendimentos, 46,7% (n=14) dos CDs relataram ter recebido pacientes com traumatismos dentários. Com relação ao tipo de trauma, 53,3% (n=16) nunca receberam, 36,7% (n=11) receberam apenas casos de fratura dental e 10% (n=3) relataram ter recebido tanto fratura como avulsão dental. Dos que receberam pacientes com trauma, 92,8% (n=13) realizaram o primeiro atendimento e 7,2% (n=1) encaminhou para outro local. Quanto à segurança para prestação de atendimento aos pacientes com casos de traumatismos dentários, levando em conta tanto os que já receberam pacientes ou nunca receberam, a maioria 56,7% (n=17) relatou sentir-se seguros para realizar o atendimento (Gráfico 2).

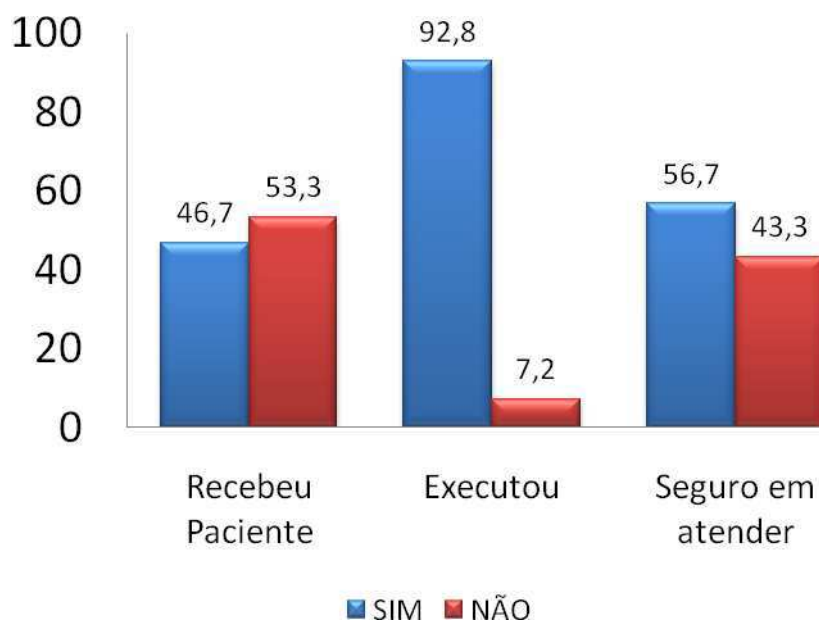


Gráfico 2. Prevalência do traumatismo dental e conduta em relação ao atendimento. Patos, 2018.

Análise das respostas relativas aos casos clínicos propostos:

Em relação às 10 questões específicas sobre a conduta nos casos de traumatismo dentário, observou-se que nenhum cirurgião-dentista acertou todas as questões, 36,7% (n=11) erraram 04 ou mais questões, 33,3% (n=10) erraram 03 questões, 20% (n=6) erraram 02 e 10% (n=3) erraram apenas uma questão dos casos propostos.

O Gráfico 3 demonstra o percentual de acertos e erros por questões propostas nos casos clínicos da segunda parte do questionário.

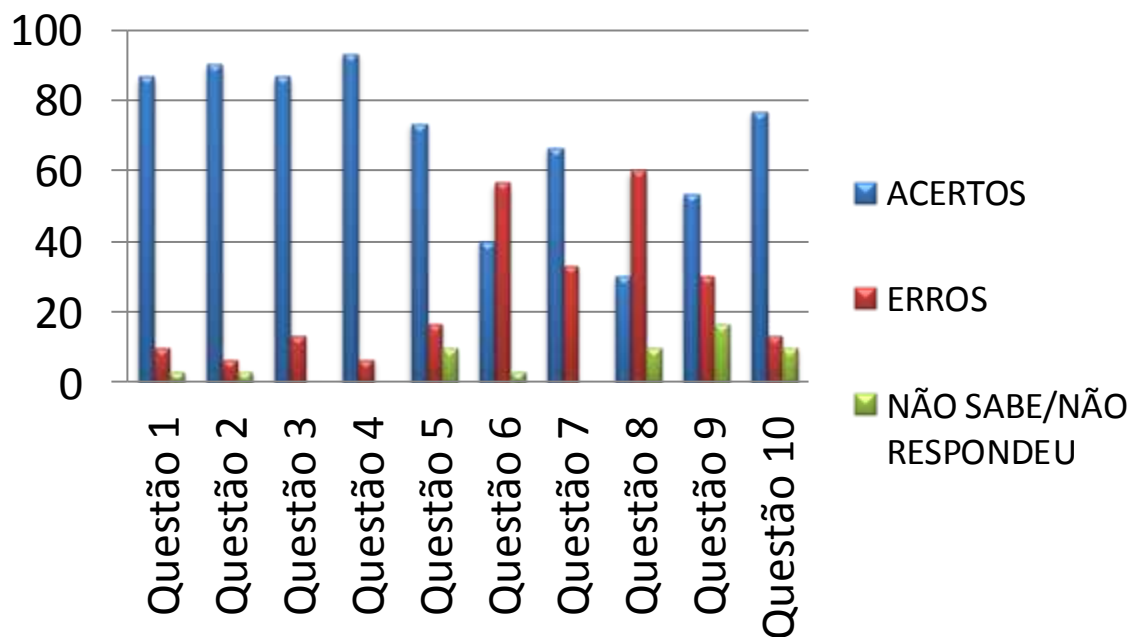


Gráfico 3. Avaliação das respostas aos casos clínicos propostos. Patos, 2018.

Análise Bivariada:

A tabela 1 apresenta a relação entre a segurança em atender os pacientes com trauma dental e o perfil e conduta dos profissionais.

Tabela 1. Relação entre a segurança no atendimento e o perfil e conduta dos Cirurgiões-dentistas. Patos, 2018.

Variáveis CDs	SEGURANÇA EM ATENDER PACIENTE COM TRAUMA			Valor de p ⁽¹⁾
	Sim	Não	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Masculino	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (100,0)	0,297
Feminino	10 (50)	10 (50)	20 (100,0)	
Idade				
20-30 anos	8 (53,3)	7 (43,7)	15 (100,0)	0,426
31-40 anos	6 (75,0)	2 (25,0)	8 (100,0)	
> 40 anos	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (100,0)	
Anos de Formado				
Até 5 anos	8 (57,1)	6 (46,9)	14 (100,0)	0,967
> 5 anos	9 (56,2)	7 (43,8)	16 (100,0)	
Pós-graduação				
Sim	9 (56,2)	7 (43,8)	16 (100,0)	0,961
Não	8 (57,1)	6 (42,9)	14 (100,0)	
Local de trabalho				
Pública	10 (47,6)	11 (52,4)	21 (100,0)	0,127
Pública e Particular	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (100,0)	
Conduta frente ao trauma				
Nunca recebeu	11 (68,8)	5 (31,2)	16 (100,0)	0,241
Executou atendimento	6 (46,2)	7 (53,8)	13 (100,0)	
Encaminhou	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	

DISCUSSÃO

O perfil dos profissionais entrevistados na presente pesquisa se assemelha com os de Pinheiro; Delfino¹⁴ (2014) onde 60,78% eram do sexo feminino e possuíam média de 36 anos de idade, também se assemelham aos dos estudos de Leôncio et al.¹⁸ (2015) onde 52% eram do sexo feminino e encontraram a média de idade de 20-30 anos, porém este mesmo estudo mostra os anos de graduação entre 1 a 5 representando 34% e a predominância de 60% atuando em instituição pública e privada o que difere dos resultados desta pesquisa em questão onde os profissionais com mais de 10 anos de profissão representam 33,3% e a atuação em instituição exclusivamente pública predomina com percentual de 70%. O fato da maioria dos CD's serem do gênero feminino e com tempo de formação profissional com mais de 10 anos corrobora com o estudo de Antunes et al.¹⁹ (2012). Mas o gênero feminino predominante discorda do estudo de França et al.²⁰ (2007) que entrevistaram uma maior quantidade de homens.

Praticamente o número de clínicos gerais e especialistas do presente estudo eram o mesmo, diferentemente do estudo de Pinheiro, Delfino¹⁴ (2014) onde houve

maior expressividade especialistas 65,69% e também do de Leôncio et al.¹⁸ (2015) com 70%. Os tipos de pós-graduações odontológicas mais expressivas foram a Saúde da Família, seguida da Endodontia, ficando Odontopediatria, Dentística, Implantodontia, Odontologia do trabalho e Ortodontia com percentual de 3,3% cada. Já os CD's que possuíam dois tipos de especialidade mostrou ser Saúde da Família e Ortodontia a mais expressiva com 6,7%. E apenas 3,3% da amostra revelou possuir 3 tipos sendo Periodontia, Endodontia e Saúde da Família. Em contrapartida o estudo de Granville-Garcia et al.²¹ (2008) mostrou ser a Ortodontia (12,7%) a especialidade mais numerosa.

O fato da pós-graduação em Saúde da Família ter sido a mais observada é bastante considerável, devido ao setor de trabalho dos entrevistados, que são as Unidades Básicas de Saúde. Em relação a Cursos Em Emergência de Lesões Traumáticas uma minoria (10%) era possuidora assim como no estudo de Pinheiro, Delfino¹⁴ (2014) onde apenas 15,69% possuíam.

Dos entrevistados, 46,7%, já recebeu pacientes com traumatismos dentários, dentre eles, predominando os casos de fraturas dentárias, seguido dos que relataram receber tanto fraturas como avulsão. No estudo de Lima et al.²² (2013) mostrou a avulsão sendo bem mais frequente com cerca de (69,4%) das ocorrências.

Quanto às situações envolvendo trauma dental, 43,3% relataram que receberam e executaram o atendimento e 56,7% dos dentistas que receberam ou não paciente com TD diziam sentirem-se seguros para atender, o que no estudo de Kremer et al.³ (2017) em casos de trauma infantil a grande maioria 90,4% sentiam-se aptos.

Nos 10 casos clínicos propostos na parte II do questionário as respostas foram classificadas em: "certa" a melhor conduta que deveria ser adotada na situação explicitada e como resposta "errada" a conduta menos desejada.

Uma significativa maioria (86,6%) afirmou a pulpotomia ser a medida a ser tomada nos casos de fratura esmalte-dentina-polpa com menos de 1h em dentes com formação radicular incompleta, o que de acordo com Leonardo M.R., Leonardo R.T.²³ (2012) e Lopes, Siqueira²⁴ (2010) alternativas de tratamento mais conservadoras como a pulpotomia são utilizadas para promover o estímulo e o desenvolvimento do ápice dental em dentes com rizogênese incompleta.

O resultado corrobora com o estudo de Ribeiro et al.²⁵ (2014) em que a pulpotomia foi a técnica mais escolhida pelos dentistas para o tratamento de dentes com formação radicular incompleta (n=34, 58,6%). De acordo com Carvalho et al.²⁶

(2012) a taxa de sucesso da pulpotomia nesses casos é alta, variando de 72,9% à 99,4%, devido a grande capacidade reparadora da polpa mesmo que se apresente sintomatologia dolorosa e espontânea e rarefação óssea apical que são sinais e sintomas de alteração irreversível.

Na questão seguinte, em relação ao medicamento utilizado a grande maioria (90%) também declarou ser o Hidróxido de cálcio o material mais indicado nesse caso, sendo condizente com a terapêutica adotada pelos cirurgiões-dentistas anteriormente. Conforme Freires, Cavalcanti²⁷ (2011), o efeito tecidual dos cimentos de hidróxido de cálcio quando aplicados sobre a polpa promove uma completa cicatrização dos tecidos pulpares e uma remineralização da dentina em forma de barreira tecidual. A sua utilização contribui para formação de pontes de dentina, expulsão de infiltrado bacteriano e recuperação tecidual.

Quanto aos casos de avulsão imediata de dente permanente, 86,6% dos dentistas indicariam à mãe da vítima por telefone que fosse realizado o reimplante e se o procedimento não pudesse ser realizado o dente poderia ser colocado em solução salina e ir para o consultório odontológico imediatamente, e já no consultório o procedimento seguinte adotado pela grande maioria (93,3%) seria exame radiográfico, colocação de tala (contenção) e instruções sobre o controle da placa bacteriana e controle da dieta. Quanto ao tipo de tala que deveria ser usada 73,3% indica a semi-rígida, durante 2 semanas ou até que a mobilidade do dente fosse reduzida o que corrobora com Diangelis et al.²⁸ (2012).

Em relação à prescrição de medicamentos neste mesmo caso citado, 33,3% dos dentistas disseram que era necessário apenas anti-inflamatório e analgésico, 23,3% que além desses, um antibiótico de espectro estreito e 43,3% antiinflamatório, analgésico e antibiótico de espectro alargado, sendo a última a alternativa tida como certa, ou seja, o percentual de erro dessa questão foi de 56,6%, consideravelmente elevado. Para Carmo et al.²⁹, 2009 e Guimarães et al.,³⁰ 2006 o trauma dentário é uma das situações onde se usa mais frequentemente antibioticoterapia, além de reafirmarem a utilização de antibióticos para casos de avulsão dentária tanto para rizogênese completa ou incompleta assim como descreve a literatura. Para Andersson et al.³¹ (2012) a administração sistêmica de antibióticos tem como primeira escolha a Tetraciclina, porém, seu uso em paciente mais jovens deve ser cuidadoso pelo risco de descoloração permanente do elemento dentário, tendo como alternativa a Amoxicilina. De acordo com Trope³² (2002) a utilização de Amoxicilina no momento do reimplante e anterior ao tratamento endodôntico é eficiente na prevenção da invasão de bactérias à polpa necrosada e, conseqüentemente, a reabsorção inflamatória.

No caso de fratura coronária de esmalte e dentina, em que o paciente após 24h reclamou de um pouco de dor a conduta em que deveria ser feita era o revestimento com hidróxido de cálcio aplicado à dentina exposta e em seguida restauração imediata foi prevalente com 66,6%, o que se nota o conhecimento sobre as propriedades anti-inflamatórias do Ca(OH)_2 e da necessidade de proteção do complexo dentina-polpa por boa parte dos dentistas.

Quanto à conduta frente um caso de fratura radicular horizontal no terço apical após 24hrs, houve o maior número respostas consideradas erradas (60%). O motivo talvez pela não maior especificação do tratamento a ser adotado nas alternativas, onde o tratamento endodôntico era o indicado. Segundo Diangelis et al.²⁸, (2012) se houver necrose pulpar, um tratamento endodôntico até a linha da fratura é indicado, por mais que seja relativamente infrequente e segundo Fagundes et al.³³ (2014) e Mankar et al.³⁴ (2014), em 25% dos casos é que vai ocorrer necrose pulpar do deslocamento da porção coronal, e esses mesmos autores acreditam que o uso de tala não seria muito apropriado uma vez que é quase anormal a ocorrência de mobilidade do segmento coronal. A cicatrização de forma espontânea da linha de fratura apical tem sido relatada em muitos casos, deste modo uma observação periódica tem sido defendida^{33,34}. Em caso de elemento permanente avulsionado e mantido seco durante 7h, 16,6% dos CD's não sabiam ou não tinham certeza de qual conduta tomar e 16,6% indicavam a substituição dos dentes perdidos por prótese, sendo que a maioria respondeu de maneira correta as alternativas em que deveria se colocar o dente em uma solução de fluoreto (fluoreto de sódio 2,4%), purificar o alvéolo com soro fisiológico, fazer o tratamento endodôntico antes ou depois de reimplantar, tala e antibioticoterapia. Segundo Kinirons et al.³⁵ (2000), há uma crítica associação entre a cicatrização periodontal e o tempo em que o dente permanece fora do alvéolo em meio seco. Segundo Andersson et al.³¹ (2012) antes do reimplante, é indicada a utilização da solução de fluoreto de sódio a 2% na superfície radicular por durante 20 min, por atuar como afirmam Panzarini et al.³⁶ (2008) reduzindo a reabsorção inflamatória e a evitando a ocorrência de áreas de anquilose e reabsorção por substituição.

A conduta em casos de reabsorção radicular interna foi a escolhido pela maioria optar-se pelo tratamento endodôntico por meio de repetição de enchimento com hidróxido de cálcio antes do canal ser obturado definitivamente, o que está correto, mostrando mais uma vez uma das propriedades do Ca(OH)_2 em ser remineralizante.

Na análise da Relação entre a segurança em atender os pacientes com trauma dental e o perfil e conduta dos profissionais, embora nenhum dos itens tenha dados estatisticamente significantes, observou-se que 70% dos profissionais do sexo masculino se consideravam seguros para atender pacientes com trauma dental, enquanto que só 50% das mulheres também relataram.

A faixa etária dos 31-40, de onde pertence a média de idade dos entrevistados (35,6 anos), foi a dos profissionais que mais se sentiram seguros em atender (75%). Os anos de formação não influenciaram nesse aspecto, sendo que os que tinham até 5 anos de formação, 57,1%, se sentiam seguros e os que possuíam mais de 5 anos representaram 56,2%, assim como a presença ou não de Pós-graduação não pareceu influenciar na segurança no atendimento.

Dos que exercem atendimento apenas nas instituições públicas uma discreta maioria (52,4%) relatou não se sentir seguro em atender pacientes com TD, já os que exercem atendimentos em instituições públicas e privadas mostraram-se mais seguros, onde 77,8% relataram sentirem-se seguros. Quanto a conduta frente ao trauma, dos que nunca receberam casos do tipo (68,8%) relataram sentir-se seguro caso houvesse uma ocorrência, e dos que já executaram atendimento de pacientes com traumatismo dentário nas Unidades de Saúde, 53,8% dizia não se sentir apto para realizar tal fato, enquanto que os que realizaram encaminhamento declaram-se totalmente inseguros. Algo discutível é que mesmo realizando o atendimento os cirurgiões-dentistas referiam-se não sentirem segurança suficiente para realizar um correto atendimento aos pacientes que chegam com diferentes tipos de traumas dentários.

CONCLUSÃO

Os traumatismos dentoalveolares constituem uma situação relativamente frequente no cotidiano dos atendimentos clínicos das Unidades Básicas de Saúde de Patos-PB e observou-se que embora os Cirurgiões-Dentistas tenham demonstrado um conhecimento satisfatório em relação ao manejo do paciente com este tipo de lesão, uma quantidade significativa afirmou não se sentir seguro para prestar o atendimento imediato a esses pacientes. Tal fato demonstra a necessidade de mais incentivo em cursos de formação na área para esses profissionais, o que viria a otimizar o atendimento ao paciente com traumatismo dentoalveolar.

REFERÊNCIAS

1. Duarte DA, Bonecker MS, Santanna GR, Suga SS. Caderno de odontopediatria: Lesões traumáticas em dentes decíduos: Tratamento e Controle. São Paulo: Santos, 2001. 45p.
2. Piva F, Potter IG, Sari GT, Klein-Júnior CA, Coelho-De Souza FH. Atendimento de Urgência Frente ao Traumatismo Alvéolo Dentário – Relato de Caso Clínico. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2013; 67(3):224-8.
3. Kremer JTM, Pereira LP, Marques FR, Portugal MEG, Bruzamolín, CD. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o manejo do trauma dental infantil. *Rev. Gestão & Saúde*. 2017;16(2):1-8.
4. Sb-Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Proposta de projeto técnico para consulta pública. Brasília, 2010.
5. Sanabe Em, Cavalcante BL, Coldebella RC, Abreu-e-Lima BCF. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Rev Paul Pediatr* 2009;27(4):447-51.
6. Traebert J, Traiano ML, Armênio R, Barbieri DB, De Lacerda JT, Marcenes W. Knowledge of lay people and dentists in emergency management of dental trauma. *Dent Traumatol*. 2009;25(3):277-83.
7. Skaare AB, Jacobsen I. Primary tooth injuries in Norwegian children (1–8 years). *Dent Traumatol*. 2005;21(6):15-9.
8. Silva BM, Costa MMA, Almeida CEM, Maia AS, Carvalho OIC, Resende BG. Avaliação do conhecimento da abordagem de trauma dental pelos profissionais de creches. *ConsSaude*. 2009;8(1):65-73.
9. Andreasen JO, Andreasen FM, Anderson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2013.
10. Torres Silva MC, Díaz YB, Díaz AMB, Figueredo EJ, García YR. Factores predisponentes de trauma dental en escolares del municipio Rafael Freyre. *Correo cient. Holguín*. 2017;21(3):798-808.
11. Pádua MN, Mendes FM, Benedetto MS, Volpi NA, Mello-Moura JCI, Bonini GAVC. Prevalência de lesões dentárias traumáticas em pré-escolares de escolas públicas e particulares. *J Health Sci Inst*. 2010;28(3):237-40.
12. Wigen TI, Agnalt R, Jacobsen I. Intrusive luxation of permanent incisors in Norwegians aged 6-17 years: a retrospective study of treatment and outcome. *Dent Traumatol*. 2008;24(3):612-8.

13. Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(3):193-8.
14. Pinheiro SAA, Delfino CS. Conhecimento do cirurgião-dentista sobre trauma dentário. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* 2014;14(1):83-90.
15. Granville-Garcia AF, Balduino Jr JB, Ferreira JMS, Menezes VA, Fontes LBC, Cavalcanti AL. Conhecimento do cirurgião-dentista sobre avulsão dental no Programa de Saúde da Família de Campina Grande- PB/Brasil. *Rev Odontol.* 2009;17(33):35-41
16. Costa LED, Queiroz FS, Nóbrega CBC, Leite MS, Nóbrega WFS, Almeida ER. Trauma dentário na infância: avaliação da conduta dos educadores de creches públicas de Patos-PB. *Rev Odontol UNESP.* 2014; 43(6): 402-408.
17. Hu LW, Prisco CRD, Bombana AC. Knowledge of Brazilian general dentists and endodontists about the emergency management of dentoalveolar trauma. *Dent Traumatol.* 2006; 22(3): 113-7.
18. Leôncio LL, Batista EPC, Nóbrega CBC, Costa LED. Diagnóstico e encaminhamento de pacientes com doenças bucais no serviço público de saúde de Patos-PB: atuação do cirurgião-dentista na referência e contra referência. *Arq Odontol.* 2015;51(4): 210-5.
19. Antunes Drusila P, Antunes Débora P, Chaoubat A, Paula MVQ de, Salgado IO, Coelho, LGC. O conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre condutas clínicas nas avulsões e reimplantes dentários: estudo piloto. *HU Rev.* 2012; 38(3,4):135-41.
20. França RI, Traebert J, De Lacerda JT. Brazilian dentists' knowledge regarding immediate treatment of traumatic dental injuries. *Dent Traumatol.* 2007;23(5):287-90.
21. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Lopes I, Araujo OS, Fontes LBC, Cavalcanti AL. Conduta terapêutica dos cirurgiões-dentistas em relação aos traumatismos dentários. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar.* 2008;12(3):239-47.
22. Lima DC, Pereira AA, Swerts AA, Fernandes LA. Conduta dos cirurgiões dentistas de Alfenas/MG frente ao tratamento emergencial de pacientes com avulsão dentária. *Arq Odontol.* 2013;49(4):169-176.
23. Leonardo MR, Leonardo RT. Tratamento de canais radiculares: avanços tecnológicos de uma endodontia minimamente invasiva e reparadora. São Paulo: Artes médicas; 2012.
24. Lopes HP, Siqueira Jr JF. Endodontia: biologia e técnica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

25. Ribeiro ILA, Melo RTC, Trigueiro DA, Ferreira GS, Conduta clínica de cirurgias-dentistas de João Pessoa-PB no tratamento endodôntico de dentes com rizogênese incompleta Rev. Odontol. Univ. Cid. 2014; 26(3):212-18.
26. Carvalho C, Freire LG, Nakamura V, Gavini G. Possibilidades terapêuticas no tratamento de dentes jovens portadores de polpa viva: revisão de literatura. Rev. Ciênc Saúde. 2012; 14(1):40-52.
27. Freires IA, Cavalcanti YW. Proteção do complexo dentinopulpar: indicações, técnicas e materiais para uma boa prática clínica. Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2011;13(4):69-80.
28. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol. 2012;28(6):499.
29. Carmo ED, Amadesi SU, Pereira AC, & Silveira VAS. Prescrição medicamentosa em odontopediatria. Rev. odontol. UNESP. 2009;28(4):256-262.
30. Guimarães S, Moura D, & Silva PS da. Terapêutica Medicamentosa e Suas Bases Farmacológicas (5a). Porto: Porto Editora, 2006.
31. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G, Trope M, Diangelis AJ, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol. 2012;28(2):88-96.
32. Trope, M. Clinical management of the avulsed tooth: Present strategies and future directions. Dent traumatol. 2002;18(1):1-11.
33. Fagundes Ddos S, de Mendonça IL, de Albuquerque MT, Inojosa I de F. Spontaneous healing responses detected by cone-beam computed tomography of horizontal root fractures: a report of two cases. Dent Traumatol. 2014;30(6):484-487.
34. Mankar N, Jogad N, Chute A, Patil S, Gade V, Mohkar S. Management of horizontal root fracture: two case reports. IOSR J Dent Med Sci. 2014;13(4):1-4.
35. Kinirons MJ, Gregg TA, Welbury RR, Cole BO. Variations in the presenting and treatment features in reimplant permanent incisors in children and their effect on the prevalence of root resorption. Br Dent J. 2000;189(5):263-6.
36. Panzarini SR, Gulineli JL, Poi WR, Sonoda CK, Pedrini D, Brandini DA. Treatment of root surface in delayed tooth replantation: a review of literature. Dent Traumatol. 2008;24(3): 277-82.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os traumatismos dentoalveolares configuram situações de urgência comuns na população e que na maioria dos casos os pacientes recorrem às Unidades Básicas de Saúde para que seja realizado o primeiro atendimento, por isso a importância do conhecimento do Cirurgião-dentista destes estabelecimentos nesses momentos. É fundamental que eles se sintam capacitados suficientemente para prestar um bom atendimento, traçar um correto diagnóstico e elaborar um plano de tratamento adequado para um bom prognóstico dos elementos dentários do paciente.

Nas UBS's de Patos-PB observou-se que é alta a prevalência de trauma dentário e que uma quantidade significativa de profissionais ainda não se sentem seguros para prestarem o atendimento imediato a esses paciente, o que mostra que é necessário mais incentivo em cursos de formação na área, o que virá a otimizar o atendimento ao paciente com trauma dental.

ANEXO A: QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

CONDUTA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE PATOS-PB FRENTE AOS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES

Por favor, responda as Partes I e II do questionário:

Parte I: Informações pessoais e profissionais, assinale a alternativa apropriada.

Q.1 Sexo: () Masculino () Feminino

Q.2 Idade: _____

Q.3 Graduado em qual faculdade? (indicar) _____

Q.4 Quantos anos de formação? (indicar) _____

Q.5 Formação atual:

() Clínico geral () Especialista em: _____

Q.6 Atuação:

() Atendimento em repartição pública () Atendimento em consultório particular

Q.7 Você já recebeu na Unidade Básica de Saúde algum paciente com traumatismo dental (fratura/avulsão) imediato:

() Sim. Que tipo? _____ () Não

Q.8 Se sim, conseguiu prestar o primeiro atendimento na própria Unidade Básica de Saúde?

() Sim () Não () Nunca atendi

Q.9 Você se sentiria seguro para atender um paciente com avulsão dentária imediata na Unidade Básica de Saúde?

() Sim () Não

Q.10 Fez algum curso de pós-graduação sobre a gestão de emergências de lesões traumáticas dentárias?

() Sim () Não

Parte II: Estudo de caso. Por favor, leia com atenção os seguintes seis casos, e marque a sua melhor escolha.

Caso 1

Um menino de 7 anos que foi atingido no rosto com uma bola de futebol cerca de 1 h antes do exame clínico e radiográfico, apresentou uma fratura coronária no elemento 11, envolvendo esmalte e dentina com exposição pulpar, fase de formação radicular incompleta (ápice aberto).

Q.11 O tratamento imediato é:

() Pulpectomia

() Pulpotomia

() Tratamento endodôntico em uma sessão

() Não sei/não tenho certeza

Q.12 O medicamento utilizado para o tratamento, neste caso, é a seguinte:

- Paramonoclorofórmio
- Hidróxido de cálcio
- Formalina
- Não precisa de medicamento
- Não sei/não tenho certeza.

Caso 2

A mãe telefonou para o consultório odontológico, explicando que sua filha de 8 anos, teve seu dente(elemento 21) avulsionado neste exato momento.

Q.13 Quais são as instruções que devem ser dadas para a mãe?

- Armazenar o dente na água e ir ao consultório odontológico imediatamente.
- Armazenar o dente no gelo e ir para o consultório imediatamente.
- Reimplantar o dente, e se o procedimento do reimplante não puder ser realizado nesta altura, o dente pode então ser colocado em solução salina e ir para o consultório odontológico imediatamente.
- Não sei/não tenho certeza

Q.14 A mãe e a criança vieram para o consultório. Qual é o próximo procedimento a ser feito?

- Teste térmico, exame radiográfico, tratamento endodôntico.
- Exame radiográfico, tala, e instruções sobre a placa e controle da dieta.
- Não sei/não tenho certeza

Q.15 Neste caso, que tipo de tala e quanto tempo deve ser usada?

- Rígida, durante 2 semanas ou até que a mobilidade do dente seja reduzida.
- Semi-rígida ou rígida, por um mês.
- Semi-rígida, durante 2 semanas ou até que a mobilidade do dente seja reduzida.
- Não deve usar tala.
- Não sei/não tenho certeza

Q.16 Será que você faria prescrição de algum medicamento?

- Não
- Sim, antibiótico de espectro estreito, anti-inflamatório, analgésico.
- Sim, anti-inflamatório, analgésico.
- sim, antibiótico de espectro alargado, anti-inflamatório, analgésico.

Caso 3

Um paciente que sofreu um acidente 24 h antes, veio ao consultório reclamando de um pouco de dor de dente. Clinicamente o elemento 41 apresentou uma fratura coronária envolvendo esmalte e dentina, sem expor a polpa.

Q.17 O tratamento imediato é:

- Tratamento endodôntico
- Revestimento de hidróxido de cálcio é aplicado à dentina exposta, em seguida, é decidido ser feita uma restauração imediata.
- A restauração imediata com resina composta.
- Nenhuma das condutas acima.

Caso 4

O paciente veio ao consultório explicando um acidente que sofreu no dia anterior. Depois de um exame radiográfico, o elemento 21 apresentou uma fratura radicular horizontal, no terço apical.

Q.18 O tratamento imediato é:

- Extração do dente
- Tratamento endodôntico
- Teste térmico, tala rígida.
- Teste térmico, tala semi-rígida.
- Não sei/não tenho certeza

Caso 5

Um paciente veio ao consultório com um dente avulsionado(elemento 12), tendo sido mantido seco durante 7 h.

Q.19 O tratamento imediato é:

- Purificar a superfície da raiz e do alvéolo com soro fisiológico, reimplantar o dente, tala e antibióticoterapia.
- Colocar o dente em uma solução de fluoreto(fluoreto de sódio 2,4%), purificar o alvéolo com soro fisiológico, reimplantar, tratamento endodôntico, tala e antibióticoterapia.
- Colocar o dente em uma solução de fluoreto(fluoreto de sódio 2,4%), purificar o alvéolo com soro fisiológico, tratamento endodôntico, reimplantar, tala e antibióticoterapia.
- Substituição de dentes perdidos por prótese.
- Não sei/não tenho certeza

Caso 6

Um paciente veio ao consultório reclamando de alteração da cor do dente 12. Ele explicou que o dente foi traumatizada 4 anos atrás. Após o exame radiográfico, o profissional detectou a presença de reabsorção radicular interna.

Q.20 O tratamento é o seguinte:

- Procedimento de extração
- Pulpectomia
- Tratamento endodôntico em uma sessão
- Endodontia, por meio de repetição de enchimento com hidróxido de cálcio antes do canal ser obturado definitivamente.
- Não sei/não tenho certeza

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. ESCLARECIMENTOS:

Caro Cirurgião-dentista da Atenção Básica:

Este é um convite para você participar como voluntário na pesquisa intitulada: **OS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES NA PERSPECTIVA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA**, que terá como objetivo geral **Identificar a conduta dos cirurgiões-dentistas da atenção básica da cidade de Patos-PB frente aos traumatismos dentoalveolares**”.

Ao voluntário caberá a autorização para participar da pesquisa, bem como preencher o questionário com perguntas que dispõem sobre a experiência no atendimento ao paciente com traumatismo dentoalveolar e a conduta adotada frente aos casos de traumatismo, não havendo nenhum risco ou desconforto iminente a sua participação.

Ressalta-se que os responsáveis pelo projeto estão cientes de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução Nº 196/96 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde e resoluções complementares (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005, 347/2005) e 466/12 de 12 de dezembro de 2012:

- 1) Garantia de confidencialidade, do anonimato e das não-utilização das informações em prejuízo dos envolvidos.
- 2) Que não haverá riscos.

Informa-se ainda, que o projeto irá garantir aos envolvidos, os referenciais básicos da bioética que são: **Autonomia, Beneficência, Não-maleficência e Justiça** e que o voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9993 8867 com a responsável Profa. Dra. Faldryene de Sousa Queiroz Feitosa.

2. DECLARAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE:

Eu, _____, exerço o cargo de _____ na Unidade Básica de Saúde de Patos-PB e fui informado(a) dos objetivos da pesquisa intitulada: **OS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES NA PERSPECTIVA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O pesquisador certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também fui informado que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei chamar a Professora Orientadora:

Faldryene de Sousa Queiroz, no telefone (83) 9993 8867 e email falqueiroz@hotmail.com;

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Patos-PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador(a)

Assinatura do Professor/ orientador

ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO



TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, **Priscila Ramos Gomes**, Secretária de Saúde do Município de Patos – PB, declaro que a aluna **Geisa Maciel da Silva** do curso de Odontologia da UFCG, está autorizada a realizar nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Patos – Pb, o Projeto de pesquisa intitulado: **“OS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES NA PERSPECTIVA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA”**, sob responsabilidade da Profa. Profa. Faldryene de Sousa Queiroz, cujo objetivo geral é **“Identificar a conduta dos cirurgiões-dentistas da cidade de Patos-PB frente aos traumatismos dentoalveolares”**.

Ressalta-se que os responsáveis pelo projeto estão cientes de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução Nº 196/96 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde e resoluções complementares (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005, 347/2005) E 466/12 de 12 de dezembro de 2012:

- 1) Garantia de confidencialidade, do anonimato e das não-utilização das informações em prejuízo dos envolvidos.
- 2) Que não haverá riscos.

Informa-se ainda, que o projeto irá garantir aos envolvidos, os referenciais básicos da bioética que são: Autonomia, Beneficência, Não-maleficência e Justiça.

Patos 30 de abril de 2018.

Priscila Ramos Gomes de Almeida
Secretária de Saúde
Matr.: 31548744

Priscila Ramos Gomes
Secretária de Saúde de Patos-PB

ANEXO D: COMPROVANTE DE SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

principal sair

Público
Pesquisador
Alterar Meus Dados
FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ FEITOSA - Pesquisador | V3.2

Cadastros
Sua sessão expira em: 39min 52

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS TRAUMATISMOS DENTOALVEOLARES NA PERSPECTIVA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA
Pesquisador Responsável: FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ FEITOSA
Área Temática:
 Versão: 1
 CAAE:
 Submetido em: 14/07/2018
 Instituição Proponente:
 Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental
 Localização atual da Versão do Projeto: Faculdades Integradas de Patos - FIP
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Versão em Tramitação (PO) - Versão 1 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Projeto Original (PO) - Versão 1 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> ↳ Cronograma - Submissão 1 ↳ Declaração de Pesquisadores - Submis... ↳ Folha de Rosto - Submissão 1 ↳ Informações Básicas do Projeto - Subm... ↳ Orçamento - Submissão 1 ↳ Outros - Submissão 1 ↳ Projeto Detalhado / Brochura Investiga... ↳ TCLE / Termos de Assentimento / Justi... ↳ Apreciação 1 - Faculdades Integradas de P... ↳ Projeto Completo 				

LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	FALDRYENE DE SOUSA QUEIROZ FEITOSA	1	14/07/2018	14/07/2018	Em Recepção e Validação Documental	Não	

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	16/07/2018 11:57:57	Submetido pela CONEP para avaliação do CEP	1	Administrador	CONEP	Faculdades Integradas de Patos - FIP	
PO	14/07/2018 17:19:52	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	CONEP	

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Notificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE

Ano de submissão do Projeto	Tipo do centro	Código do Comitê que está analisando o projeto																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">n</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">n</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">n</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">n</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">n</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">n</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">n</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">d</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">v</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">t</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">x</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">x</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">x</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">.</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">l</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">l</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">l</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">l</td> </tr> </table>			n	n	n	n	n	n	n	a	a	.	d	v	.	t	x	x	x	.	l	l	l	l
n	n	n	n	n	n	n	a	a	.	d	v	.	t	x	x	x	.	l	l	l	l			
Sequencial para todos os Projetos submetidos para apreciação							Dígito verificador		Sequencial, quando estudo possui Centro(s) Participante(s) e/ou Coparticipante(s)															

Voltar

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior) ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).

ANEXO E: ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION – INSTRUÇÕES

AOS AUTORES

1 Objetivos

1.1 **Archives of Health Investigation** tem como missão publicar artigos científicos inéditos de pesquisa básica e aplicada, de divulgação e de revisão de literatura que constituam os avanços do conhecimento científico na área de Saúde, respeitando os indicadores de qualidade.

1.2 Também, a publicação de resumos de trabalhos apresentados em Reuniões ou Eventos Científicos relacionados à área de Saúde, sob a forma de suplementos especiais, como uma forma de prestigiar os referidos eventos e incentivar os acadêmicos à vida científica

2 Itens Exigidos para Apresentação dos Artigos

2.1 Os artigos enviados para publicação devem ser inéditos e não terem sido submetidos simultaneamente a outro periódico. A **Archives of Health Investigation** (ArchI) reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo sua posterior reprodução como transcrição com a devida citação da fonte.

2.2 Poderão ser submetidos artigos escritos em português, espanhol e inglês.

2.2.1 O trabalho poderá ser publicado em português, espanhol ou em inglês. O texto em espanhol ou inglês deverá vir acompanhado de documento que comprove que a revisão foi realizada por profissionais proficientes na língua espanhola ou inglesa. Todo artigo deverá vir acompanhado de resumos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa.

2.3 **Archives of Health Investigation** tem publicação bimestral e tem o direito de submeter todos os artigos a um corpo de revisores, que está totalmente autorizado a decidir pela aceitação, ou devolvê-los aos autores com sugestões e modificações no texto e/ou para adaptação às regras editoriais da revista.

2.4 Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião da Equipe Editorial e Editores Associados.

3 Critérios de Análise dos Artigos

3.1 Os artigos serão avaliados inicialmente quanto ao cumprimento das normas de publicação. Trabalhos não adequados e em desacordo com as normas serão rejeitados e devolvidos aos autores antes mesmo de serem submetidos à avaliação pelos revisores.

3.2 Os artigos aprovados quanto às normas serão submetidos à análise quanto ao mérito e método científico por, no mínimo, dois revisores de instituições distintas à de origem do trabalho, além de um membro do Corpo de Editores, mantendo-se o total sigilo das identidades dos autores e revisores. Quando necessária revisão, o artigo será devolvido ao autor correspondente para as alterações. A versão revisada deverá ser submetida novamente pelo(s) autor(es) acompanhada por uma carta resposta (“cover letter”) explicando cada uma das alterações realizadas no artigo a pedido dos revisores. As sugestões que não forem aceitas deverão vir acompanhadas de justificativas convincentes. As alterações devem ser destacadas no texto do artigo em negrito ou outra cor. Quando as sugestões e/ou correções feitas diretamente no texto, recomenda-se modificações nas configurações do Word para que a identidade do autor seja preservada. O artigo revisado e a carta resposta serão inicialmente, avaliados pela Equipe Editorial e Editores Associados que os enviará aos revisores quando solicitado.

3.3 Nos casos de inadequação das línguas portuguesa, espanhola ou inglesa, uma revisão técnica por um especialista será solicitada aos autores.

3.4 A Equipe Editorial e os Editores Associados decidirão sobre a aceitação do trabalho, podendo, inclusive, devolvê-lo aos autores com sugestões para que sejam feitas as modificações necessárias no texto e/ou ilustrações. Neste caso, é solicitado ao(s) autor(es) o envio da versão revisada contendo as devidas alterações ou justificativas. Esta nova versão do trabalho será reavaliada pelo Corpo de Editores.

3.5 Nos casos em que o artigo for rejeitado por um dos dois revisores, a Equipe Editorial e os Editores Associados decidirão sobre o envio do mesmo para a análise de um terceiro revisor.

3.6 Nos casos de dúvida sobre a análise estatística esta será avaliada pela estaticista consultora da revista.

3.7 Após aprovação quanto ao mérito científico, os artigos serão submetidos à análise final somente da língua portuguesa (revisão técnica) por um profissional da área.

4 Correção das Provas dos Artigos

4.1 A prova dos artigos será enviada ao autor correspondente por meio de e-mail com um link para baixar o artigo diagramado em PDF para aprovação final.

4.2 O(s) autor(es) dispõe de um prazo de 72 horas para correção e devolução do original devidamente revisado, se necessário.

4.3 Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Corpo de Editores considerará como final a versão sem alterações, e não serão permitidas maiores modificações. Apenas pequenas modificações, como correções de ortografia e verificação das ilustrações serão aceitas. Modificações extensas implicarão na reapreciação pelos revisores e atraso na publicação do artigo.

4.4 A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.

5 Submissão dos Artigos

Os artigos deverão ser submetidos on line (www.archhealthinvestigation.com.br). Todos os textos deverão vir acompanhados obrigatoriamente da “Carta de Submissão”, do “Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição” (quando cabível), bem como da “Declaração de Responsabilidade”, da “Transferência de Direitos Autorais” e “Declaração de Conflito de Interesse” (documento explicitando presença ou não de conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico) assinado(s) pelo(s) autor(es). O manuscrito deverá ser enviado em dois arquivos Word, onde um deles deve conter o título do trabalho e respectivos autores; o outro deverá conter o título (português, espanhol e inglês), resumo (português, espanhol e inglês) e o texto do trabalho (artigo completo sem a identificação dos autores).

5.1 Preparação do Artigo

O texto, incluindo resumo, tabelas, figuras e referências, deverá estar digitado no formato “Word for Windows”, fonte “Arial”, tamanho 11, espaço duplo, margens laterais de 3 cm, superior e inferior com

2,5 cm e conter um total de 20 laudas, incluindo as figuras, tabelas e referências. Todas as páginas deverão estar numeradas a partir da página de identificação.

5.1.1 Página de identificação

A página de identificação deverá conter as seguintes informações:

- título em português, espanhol e inglês, os quais devem ser concisos e refletirem o objetivo do estudo.
- nome por extenso dos autores, com destaque para o sobrenome e na ordem a ser publicado, contendo nome do departamento e da instituição aos quais são afiliados, com a respectiva sigla da instituição, CEP (Código de Endereçamento Postal), cidade e país (Exemplo: Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, Faculdade de Odontologia, UNESP Univ. Estadual Paulista, 14801-903 Araçatuba - SP, Brasil);
- Endereço completo do autor correspondente, a quem todas as correspondências devem ser endereçadas, incluindo e-mail.

5.1.2 Resumo

Todos os tipos de artigos deverão conter resumo (português, espanhol e inglês) precedendo o texto, com no máximo de 250 palavras, estruturado em sessões: introdução, objetivo, material e método, resultados e conclusão. Nenhuma abreviação ou referências deverão estar presentes.

5.1.3 Descritores

Indicar, em número de 3 a 6, identificando o conteúdo do artigo, devendo ser mencionadas logo após o RESUMO. Para a seleção dos Descritores os autores deverão consultar a lista de assuntos do “MeSH Data Base (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>)” e os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br/>). Deve-se utilizar ponto e vírgula para separar os descritores, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula.

5.1.4 Ilustrações e tabelas

As ilustrações (figuras, gráficos, desenhos, etc.), serão consideradas no texto como figuras, sendo limitadas ao mínimo indispensáveis e devem ser adicionadas em arquivos separados. Devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto. As figuras deverão ser anexadas ao e-mail do artigo, em cores originais, digitalizadas em formato tif, gif ou jpg, com no mínimo de 300dpi de resolução, 86 mm (tamanho da coluna) ou 180 mm (tamanho página

inteira). As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e listadas no final do trabalho. As tabelas deverão ser logicamente organizadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda deve ser colocada na parte superior das mesmas. As tabelas deverão ser abertas nas laterais (direita e esquerda). As notas de rodapé deverão ser indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável

5.1.5 Citação de autores no texto

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas formas:

5.1.5.1 Somente numérica:

Exemplo: Radiograficamente é comum observar o padrão de “escada”, caracterizado por uma radiolucidez entre os ápices dos dentes e a borda inferior da mandíbula.6,10,11,13. As referências devem ser citadas no parágrafo de forma sobrescrita e em ordem ascendente.

5.1.5.2 Ou alfanumérica:

- um autor: Ginnan⁴ (2006)
- dois autores: Tunga, Bodrumlu¹³ (2006)
- três autores ou mais de três autores: Shipper et al.² (2004)

Exemplo: As técnicas de obturação utilizadas nos estudos abordados não demonstraram ter tido influência sobre os resultados obtidos, segundo Shipper et al.² (2004) e Biggs et al.⁵ (2006). Shipper et al.² (2004), Tunga, Bodrumlu¹³ (2006) e Wedding et al.¹⁸ (2007),

5.1.6 Referências

As Referências deverão obedecer seguir aos requisitos “Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals – Vancouver”, para a submissão de manuscritos artigos a revistas biomédicas disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Toda referência deverá ser citada no texto. Deverão ser ordenadas pelo sobrenome dos autores e numeradas na mesma sequência em que aparecem no texto.

Exemplo - Texto:

... de acordo com Veríssimo et al.¹, Raina et al.², Stratton et al.³, Bodrumlu et al.⁴ e Odonni et al.⁵, contrariando os resultados apresentados por Baumgartner et al.⁶ onde ...

Referências:

1. Veríssimo DM, Do Vale MS, Monteiro AJ. Comparison of apical leakage between canals filled with

gutta-percha/AH plus and the Resilon/Epiphany system, when submitted to two filling techniques. J

Endod. 2007;33:291-4.

2. Raina R, Loushine RJ, Wellwe RN, Tay FR, Pashjey DHP. Evaluation of the quality of the apical seal

in Resilon/Epiphany and gutta-percha/AH plus-filled root canals by using a fluid filtration approach. J

Endod. 2007;33:944-7.

3. Stratton RK, Apicella MJ, Mines P. A fluid filtration comparison of gutta-percha versus Resilon, a

new soft resin endodontic obturation system. J Endod. 2006;32:642-5.

4. Bodrumlu E, Tunga U, Alaçam T. Influence of immediate and delayed post space preparation on

sealing ability of Resilon. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007;103:61-4.

5. Oddoni PG, Mello I, Coil JM, Antoniazzi JB. Coronal and apical leakage analysis of two different root

canal obturation systems. Braz Oral Res. 2008;22:211-5.

6. Baumgartner G, Zehnder M, Paquè F. Enterococcus faecalis type strain leakage through root canals

filled with guttapercha/ AH plus or Resilon/Epiphany. J Endod. 2007;33:45-7.

Referência a comunicação pessoal, trabalhos em andamento e submetidos à publicação não deverão

constar da listagem de referências. Quando essenciais essas citações deverão ser registradas no rodapé da

página do texto onde são mencionadas.

Publicações com até seis autores, citam-se todos, separando um do outro com vírgula; acima de seis

autores, citam-se os seis primeiros, separando um do outro com vírgula, seguido da expressão et al.

Exemplo

seis autores:

Dultra F, Barroso JM, Carrasco LD, Capelli A, Guerisoli M, Pécora JD.

Mais de 6 autores

Pasqualini D, Scotti N, Mollo L, Berutti E, Angelini E, Migliaretti G, et al.

Exemplos de referências

Livro

Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002.

Gold MR, Siegal JE, Russell LB, Weintein MC, editors. Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford, England: Oxford University Press; 1997. p. 214-21.

□ Organização ou Sociedade como autor de livro

American Dental Association. Guide to dental materials and devices. 7th ed. Chicago: American Dental Association; 1974.

□ Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 79 de 28 de agosto de 2000. DO 169 de 31/08/2000. p. 1415-537.

□ Artigo de periódico

Hetem S, Scapinelli CJA. Efeitos da ciclofamida sobre o desenvolvimento do germe dental “in vitro”.

Rev Odontol UNESP. 2003;32:145-54.

Os títulos dos periódicos deverão ser referidos de forma abreviada, sem negrito, itálico ou grifo, de

acordo com o Journals Data Base (PubMed) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>), e para os periódicos

nacionais verificar em Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Bireme ([http://portal.](http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt)

[revistas.bvs.br/?lang=pt](http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt)).

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade

do(s) autor(es) do artigo. Citar apenas as referências relevantes ao estudo.

6 Princípios Éticos e Registro de Ensaios Clínicos

6.1 Procedimentos experimentais em animais e humanos

Estudo em Humanos: Todos os trabalhos que relatam experimentos com humanos ou que utilize partes do

corpo ou órgãos humanos (como dentes, sangue, fragmentos de biópsia, saliva, etc...) devem seguir os

princípios éticos estabelecidos e ter documento que comprove sua aprovação por um Comitê de Ética em

Pesquisa em seres Humanos (registrado na CONEP) da Instituição do autor ou da Instituição onde os

sujeitos da pesquisa foram recrutados, conforme Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho

Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Estudo em Animais: Em pesquisas envolvendo experimentação animal é necessário que o protocolo tenha

sido aprovado pelo Comitê de Pesquisa em Animais da Instituição do autor ou da Instituição onde os

animais foram obtidos e realizado o experimento.

Casos clínicos: Deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O uso de

qualquer designação em tabelas, figuras ou fotografias que identifique o indivíduo não é permitido, a não ser que o paciente ou responsável expresse seu consentimento por escrito (em anexo modelo). O Editor Científico e o Conselho Editorial se reservam o direito de recusar artigos que não demonstrem evidência clara de que esses princípios foram seguidos ou que, ao julgamento dos mesmos, os métodos empregados não foram apropriados para o uso de humanos ou animais nos trabalhos submetidos à este periódico.

7.Casos Omissos: serão resolvidos pela Equipe Editorial e Editores Associados.

8 Apresentação dos Artigos

Os artigos originais deverão apresentar:

- **Introdução:** Explicar precisamente o problema, utilizando literatura pertinente, identificando alguma lacuna que justifique a proposição do estudo. No final da introdução deve ser estabelecida a hipótese a ser avaliada.
- **Material e método:** Deve ser apresentado com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações e possibilitar sua reprodução. Incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes depois da primeira citação dos produtos, instrumentos, reagentes ou equipamentos. Métodos já publicados devem ser referenciados, exceto se modificações tenham sido feitas. No final do capítulo descrever os métodos estatísticos utilizados.
- **Resultado:** Os resultados devem ser apresentados seguindo a seqüência do Material e método, com tabelas, ilustrações, etc. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e ilustrações possível.
- **Discussão:** Os resultados devem ser discutidos em relação à hipótese testada e à literatura (concordando ou discordando de outros estudos, explicando os resultados diferentes). Devem ser destacados os achados do estudo e não repetir dados ou informações citadas na introdução ou resultados. Relatar as limitações do estudo e sugerir estudos futuros.

- **Conclusão:** As conclusões devem ser coerentes com os objetivos, extraídas do estudo, não repetindo simplesmente os resultados.
- **Agradecimentos:** (quando houver) - agradeça pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo. Especifique auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo.

Revisão de literatura:

Archives of Health Investigation só aceita revisão de literatura sistemática, com ou sem meta-análise no formato e estilo Cochrane quando aplicável. Para maiores informações consultar www.cochrane.org. As revisões de literatura deverão contemplar assuntos atuais e de relevância para a área. Existem na literatura diversos exemplos deste tipo de revisão.

9. Relato de casos clínicos

- **Resumo** (português, espanhol e inglês): Deverá conter um sumário do artigo em um único parágrafo
- **Introdução:** deve conter uma explicação resumida do problema citando somente referências relevantes e a proposição.
- **Descrição do caso clínico:** Relatar o caso, destacando o problema, os tratamentos disponíveis e o tratamento selecionado. Descrever detalhadamente o tratamento, o período de acompanhamento e os resultados obtidos. O relato deve ser realizado no tempo passado e em um único parágrafo.
- **Discussão:** Comentar as vantagens e desvantagens do tratamento, etc. Se o texto ficar repetitivo omitir a discussão.

10. Descrição de técnicas

- **Resumo** (português, espanhol e inglês): Deverá conter um sumário do artigo em um único parágrafo
- **Introdução:** Apenas um resumo da literatura relevante que colabore com a padronização da técnica ou protocolo a serem apresentados.
- **Técnica:** Deve ser apresentada passo a passo.

• **Discussão:** Comentar as vantagens e desvantagens da técnica. Indicar e contra indicar a técnica apresentada. Se o texto ficar repetitivo omitir a discussão.

• **Abreviaturas, Siglas e Unidades de Medida:** para unidades de medida, deverão ser utilizadas as unidades legais do Sistema Internacional de Medidas. Nomes de medicamentos e materiais registrados, bem como produtos comerciais, deverão aparecer entre parênteses, após a citação do material, e somente uma vez (na primeira).

Termo de Consentimento

Eu, _____ responsáveis legais de

_____ autorizo a publicação dos dados e fotografias do tratamento realizado e que fará parte do artigo intitulado

_____ de autoria de

na **Archives of Health Investigation.**

Datar e assinar

_____/_____/_____

Termo de Consentimento

Eu, _____ autorizo a publicação dos dados e fotografias do tratamento realizado e que fará parte do artigo intitulado

_____ de autoria de

_____ na **Archives of Health Investigation.**

Datar e assinar

_____/_____/_____

Carta de Submissão, Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Prezado Editor,

Encaminho o artigo intitulado

_____ de autoria _____ para análise

e publicação na **Archives of Health Investigation.**

Por meio deste documento, transfiro para **Archives of Health Investigation**, os direitos autorais a ele

referente(s) que tornar-se-ão propriedade exclusiva da mesma, sendo vedada qualquer reprodução total ou

parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impressa, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida por escrito junto à Comissão Editorial da Revista. Certifico que o manuscrito é um trabalho de pesquisa original, e o seu conteúdo não está sendo considerado para publicação em outras revistas, seja no formato impresso ou eletrônico, reservando-se os direitos autorais do mesmo para a referida revista. A versão final do trabalho foi lida e aprovada por todos os autores. Certifico(amos) que participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha (nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Datar e assinar

____/____/____

Observação: Os co-autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de

sua publicação se aceito pela **Archives of Health Investigation**

Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses

Os autores abaixo assinados do manuscrito intitulado “.....” declaram à Revista **Archives of Health**

Investigation a inexistência de conflito de interesses em relação ao presente artigo.

Cidade, UF, data.