
**Avaliação do conhecimento de mães e/ou responsáveis,
sobre traumatismo em dentes decíduos**

LUCIMARA CHELES DA SILVA FRANZIN(UNINGÁ)¹
HELDER DIAS CASOLLA(UNINGÁ)¹
THAYSA ALMODIM(G-UNINGÁ)²
VIVIANE MASSON(UNINGÁ)¹
WASHINGTON RODRIGUES CAMARGO(UNINGÁ)³

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento e as atitudes em relação a traumatismos em dentes decíduos, de um grupo de 82 mães e/ou responsáveis de crianças, que participaram do atendimento odontológico da Clínica Infantil da Faculdade Ingá – UNINGÁ, Maringá, PR, no período de julho a setembro de 2006. Através da aplicação de um questionário, foi pesquisada a percepção e as atitudes desta amostra, em relação aos traumas mais comuns na dentição decídua, além de cortes e sangramentos dos tecidos moles. Os resultados demonstraram existir algumas deficiências de informações por parte destas mães e/ou responsáveis, em relação aos cuidados odontológicos adequados quando de um traumatismo em dente decíduo ou em tecido mole. Portanto, o cirurgião-dentista deve estar capacitado a orientar a comunidade sobre a importância do atendimento imediato após um trauma, na tentativa de evitar o aumento destas injúrias e reduzir a gravidade das seqüelas.

Palavras-chave: Trauma dentário. Dente decíduo. Conhecimento.

ABSTRACT: The objective of this work was to evaluate the knowledge and the attitudes in relation the traumas in deciduous teeth, of a group of 82 responsible mothers and/or of children, who had participated of the dentistry attendance of the Infantile Clinic of the College Ingá –

¹ Professores Mestres Faculdade Ingá – UNINGÁ

² Acadêmica do Curso de Odontologia, Faculdade Ingá – UNINGÁ

³ Professor Doutor Faculdade Ingá – UNINGÁ

UNINGÁ, Maringá, PR, in the period of July the September of 2006. Through the application of a questionnaire, it was searched the perception and the attitudes of this sample, in relation to the traumas most common in the deciduous dentition, beyond cuts and bleeds of soft fabrics. The results had demonstrated to exist some deficiencies of information on the part of these responsible mothers and/or, in relation to the adjusted dentistry cares when of a trauma in soft deciduous tooth or fabric. Therefore, the surgeon-dentist must be able to after guide the community on the importance of the immediate attendance a trauma, in the attempt to prevent the increase of these injuries and to reduce the gravity of the sequels.

Key words: Dental trauma. Deciduous tooth. Knowledge.

INTRODUÇÃO

Os traumatismos dentários são lesões de ocorrência relativamente comuns, se apresentando como um desafio para os profissionais da Odontologia, especialmente os Odontopediatras. Por ocasião destes traumas, os dentes anteriores geralmente são afetados, e em razão de serem responsáveis pela estética e mastigação, ocupam importante papel no desenvolvimento da fala e a sua perda pode resultar na instalação de hábitos deletérios

Estes traumas dentários são comuns na 1º infância, se justificam pelo fato de que nessa faixa etária, a criança está em uma fase de grandes descobertas, curiosidades e inquietação, o que a leva à exploração do ambiente que a cerca, não possuindo ainda coordenação motora suficiente para evitar quedas e promover auto-proteção. Nesse contexto, situações de emergência envolvendo a boca e os dentes, quase sempre se transformam em experiências dramáticas tanto para os pais, como para os filhos.

Cerca de um terço das crianças, na dentição decídua sofrem lesões traumáticas na região bucal. O chamado “grupo de risco” são as crianças de 12 a 36 meses de idade, sendo os meninos os mais propensos. Além disso, os incisivos superiores, em especial os centrais são os dentes mais afetados. Também, a maior ocorrência de acidentes por trauma, ocorre em casa, na época das férias escolares (COSTA, CORRÊA, RIBEIRO, 1998; SANCHES; FARINHAS; SOUZA, 2002).

Como 14% das crianças e adolescentes, passam de alguma forma por essas emergências, é sem dúvida de extrema importância, que os pais ou responsáveis, estejam preparados para uma atitude correta neste

momento. No entanto, percebe-se que existe falta de informações por parte destes, que muitas vezes não sabe como agir, apresentando-se por inseguros e transtornados com a conduta a tomar. Esta atitude, na maioria das vezes leva à perda precoce do dente decíduo ou mesmo do permanente. Assim, a atuação das mães e/ou responsáveis é bastante relevante no prognóstico dos casos de traumas dentais em crianças, pois são eles que podem detectar inicialmente estas injúrias e encaminhar seus filhos para o atendimento odontológico.

A função do profissional da área da saúde, principalmente o cirurgião dentista, é amparar psicologicamente a criança e seu núcleo familiar, submetidos ao traumatismo. Também, estar bem preparado para estabelecer o binômio diagnóstico/prognóstico, planejamento e execução do tratamento. E, principalmente alertar as mães e/ou responsáveis sobre as possíveis medidas de prevenção existentes quanto ao trauma odontológico no dente decíduo, a importância de uma atenção odontológica imediata, além das possíveis seqüelas no dente permanente.

Na conjunção de todas estas idéias, justifica-se este trabalho com a finalidade de avaliar o conhecimento prévio e a conduta de mães e/ou responsáveis diante de um trauma dentário infantil, para se planejar posteriormente políticas de saúde que favoreçam esta parte da população.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa foi realizada no ano de 2006, com o grupo total de mães e/ou responsáveis (n=82), que participavam do atendimento de seus filhos, na Clínica Integrada Infantil da Faculdade Ingá- UNINGÁ, Maringá-PR, no período de julho a setembro, após aprovação do projeto de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário específico individual, adaptado de Franzin (2003), na sala de espera da Clínica Integrada Infantil da Faculdade Ingá – UNINGÁ, Maringá-PR, no dia da consulta odontológica de seu filho.

Antes da realização da pesquisa, todas as mães e/ou responsáveis, tiveram esclarecimentos a respeito da importância do estudo e de sua participação. Este instrumento foi aplicado na forma de entrevista escrita, sendo respondido e preenchido pela amostra, na presença da pesquisadora (acadêmica do 4º ano da UNINGÁ), que atuou como organizadora do processo, não interferindo nem tampouco sugerindo acerca das respostas esperadas. O questionário foi composto por dados pessoais tanto

da criança quanto da mãe e/ou responsável, além de 5 perguntas objetivas (questões fechadas) que incluíam: sua conduta, diante da situação imediata após o trauma em dentes decíduos, como fraturas e após ocorrerem cortes e sangramentos nos tecidos moles da cavidade bucal de seus filhos. Também, investigou quais as medidas de primeiros socorros por eles realizadas e se procuravam a ajuda imediata de um profissional da saúde.

Após a coleta, a análise estatística dos dados foi realizada através do programa software Excel da Microsoft (análise de dados e frequência) e processados no programa Statistica for Windows v. 5.0. Para a análise das variáveis foram utilizados o Teste do Qui-quadrado e adotado nível de significância de 5 %.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos Pessoais

Participaram da investigação 82 mães e/ou responsáveis, estando em sua maior parte (50%) na faixa etária entre 28 e 38 anos, 22% entre 38 e 48 anos, 15,9% entre 18 e 28 anos, enquanto 12,2% deles tinham de 48 a 58 anos, isto se justifica pelo fato de que algumas crianças, compareceram à Clínica da Faculdade Ingá - UNINGÁ para tratamento odontológico, acompanhadas pelos avós ou tios. Quanto às atitudes tomadas pelas mães e/ou responsáveis, nos vários questionamentos sobre traumas na dentição decídua e, as diferentes idades avaliadas, estas não foram significativas ($p > 0,10$ ou 10 %), isto é independentem da idade.

Ao se avaliar o grau de instrução formal da amostra, verificou-se que 41,5% apresentaram um baixo grau de escolaridade, visto que havia estudado apenas o Ensino Fundamental, enquanto 48,8% havia estudado o Ensino Médio e 9,7% o Ensino Superior. Apesar dos diferentes níveis de escolaridade apresentado pelas mães e/ou responsáveis, não houve influência estatística ($p > 0,10$ ou 10 %) quanto às respostas obtidas em relação à atitude tomada diante de um trauma em dente decíduo ou tecidos moles.

Atitudes das mães e/ou responsáveis, após cortes dos tecidos moles e sangramentos bucais

O conhecimento materno/paterno sobre a atitude diante de um trauma com corte dos tecidos moles e sangramentos bucais, variou de 20,7% a 53,7% (Tabela 1). Sendo observado que somente 53,7% da

amostra optou por lavar o local, e comprimir com pano limpo, procurando logo após um cirurgião-dentista. O restante procuraria uma farmácia (25,6%) ou serviço de emergência (Pronto Socorro), enquanto 20,3% da amostra somente comprimiria o local com um pano ou gaze até parar o sangramento, não procurando um odontólogo ou serviço de saúde, que poderia orientá-lo para o risco da criança adquirir a doença tétano, decorrente de um trauma a partir de um objeto contaminado. Sendo por vezes necessário que o mecanismo de formação de anticorpos da criança, possa ser ativado com uma injeção de reforço do toxóide. De acordo com MacDonald; Avery (2000); Avery; Hennon (2001), a criança imunizada pode ser protegida através da imunização passiva ou da soroterapia com antitoxina tetânica. Também, às vezes é necessário a remoção de resíduos, e se realize uma sutura para que não se formem quelóides, ou para controlar a hemorragia das feridas abertas em tecidos moles.

Tabela 1 - Distribuição do número de mães e/ou responsáveis e suas respectivas atitudes, após cortes e sangramentos bucais (por queda) na criança

Atitude	F	%
I	17	20,7
II	21	25,6
III	44	53,7
Total	82	100,0

Legenda: I - Lava o local com água e comprime com gaze ou pano até que pare o sangramento.

II - Leva a criança à uma farmácia ou Pronto-socorro.

III - Lava o local, comprime com pano limpo e procura um dentista.

Atitudes das mães e/ou responsáveis, após trauma nos dentes decíduos

Nesse sentido, se observou na Tabela 2, que após a criança cair e fraturar o dente “de leite”, a grande maioria, cerca de 75,6 % dos pesquisados, relataram que pegariam o pedaço fraturado e procuraria imediatamente um cirurgião-dentista. Resultado abaixo desta média, embora com metodologia diferente, foi encontrado por Batista; Wanderlei; Rodrigues (2005), avaliando 60 pais de alunos e funcionários de seis estabelecimentos de Ensino em São Paulo, quanto à urgência de atendimento em caso de fraturas dentais em dentes decíduos, constataram

que 43,5% dos pais acreditavam ser urgente. Contrariando a esse grupo, 24,4% (20 dos pais avaliados neste estudo), não dariam grande importância ao fato, pois 14,6% mostraram não se preocupar muito com a dentição decídua, pois seria trocada futuramente, enquanto 9,8% deles teriam como conduta, deixar a criança somente em observação, não procurando por qualquer outro tipo de ajuda.

Tabela 2 - Distribuição do número de mães e/ou responsáveis e suas respectivas atitudes, após a criança cair e “quebrar o dente de leite”

Atitudes	F	%
I	8	9,8
II	12	14,6
III	62	75,6
Total	82	100,0

Legenda: I – Deixa a criança em observação.

II – Não se preocupa muito, pois o dente de leite será trocado futuramente.

III – Pega o pedaço fraturado do dente e procura imediatamente um dentista.

Os dados apresentados na Tabela 2, foram menores do que os encontrados por Granville-Garcia (2003), que embora com metodologia diferente, avaliando o conhecimento de 654 pais e/ou responsáveis em relação à presença de trauma em dentes decíduos, constatou que a maioria (86,7% pais de escolas públicas, e 60,3% de escolas particulares) não tomou nenhuma atitude emergencial diante do traumatismo dentário, com poucos deles buscando auxílio odontológico tardio, ou às vezes apenas um Pronto-Atendimento.

Para Mc Donald; Avery (2000), as injúrias traumáticas podem determinar seqüelas para os dentes decíduos, que variam de uma hiperemia pulpar inicial até processos necróticos e infecciosos da polpa e do periodonto que poderão se refletir na descoloração coronária. Além destas, podem ainda ocorrer reabsorção radicular patológica, obliteração pulpar, anquilose e até mesmo dilaceração do dente decíduo, sem contar as possíveis seqüelas para o dente permanente sucessor. Assim, segundo estes autores, a negligência dos pais causada pelo desconhecimento das consequências destas injúrias tanto para os decíduos quanto para os permanentes sucessores, podem justificar a pequena porcentagem de

crianças levadas a um atendimento odontológico após um trauma, sendo este o motivo da alta frequência de incisivos decíduos com seqüelas de lesões traumáticas. Na análise da percepção da população estudada quanto à possibilidade de reimplantar um dente decíduo que sofreu avulsão durante uma queda, (Tabela 3), os resultados demonstraram que uma pequena parcela (3,7%) reimplantaria o mesmo imediatamente. Já, a metade dos pesquisados (50%) levariam imediatamente o filho, e, o dente embrulhado em um guardanapo ao dentista.

Estes dados, embora com metodologia diferente, são maiores que os 45%, encontrados por Batista; Wanderlei; Rodrigues (2005), quanto à urgência de atendimento em caso de avulsão. No entanto, na amostra aqui estudada, 13,4% das mães guardariam o dente e, somente quando pudessem, é que levariam seu filho ao dentista, não acreditando ser este um estado emergencial. Enquanto, 6,1% deles ficariam sem ação, não sabendo sequer qual atitude a tomar.

Tabela 3 - Distribuição do número de mães e/ou responsáveis e suas respectivas atitudes, após o “dente de leite sair para fora da boca” (avulsão)

Atitude	F	%
I	5	6,1
II	22	26,8
III	41	50,0
IV	11	13,4
V	3	3,7
Total	82	100,0

Legenda: I – Fica muito nervosa e não tem ação

II – Acha o dente, guarda-o em leite e procura imediatamente um dentista

III – Leva imediatamente a criança e o dente embrulhado em um guardanapo, ao dentista, ele saberá o que fazer

IV – Guarda o dente e quando puder leva a criança ao dentista

V – Recoloca o dente na boca e procura o cirurgião dentista imediatamente

A literatura é polêmica quanto ao reimplante do dente decíduo após um trauma, sendo esta conduta utilizada somente em condições favoráveis e sob proervação. Assim, segundo McDonald; Avery; Hennon (2001), quando o dente é transportado embrulhado, é inadequado, pois o

dente permanecendo seco pode ocorrer lesão nas células do ligamento periodontal, que são responsáveis pela manutenção do dente reimplantado sem que haja reabsorção patológica. Concluem que o período extra-alveolar do dente avulsionado, associado ao meio de conservação, é fundamental para o sucesso de um reimplante em dente decíduo. O meio considerado ideal para Corrêa; Dissenha; Weffort (2005) é a própria saliva, embora o leite e o soro fisiológico também possam ser utilizados como 2ª opção. Assim, somente 26,8% dos pais/responsáveis, teriam uma atitude considerada pela maior parte da literatura mais adequada, pois localizariam o dente decíduo, armazenariam em leite e procurariam de imediato um profissional. Para Takahashi; Costa; Percinoto (2005), em seu protocolo de atendimento e tratamento em casos de avulsão dentária em dente decíduo, citam que em geral, devido à possibilidade de lesar o germe do sucessor permanente, não são feitas tentativas de reposicionar o dente decíduo.

Em contradição, o reimplante de dentes decíduos é preconizado sob determinadas condições: criança jovem com saúde favorável, osso alveolar intacto, higiene bucal do paciente, colaboração da criança e da família, tempo decorrido desde o momento do acidente, transporte adequado do dente, local do acidente, meio de conservação do dente e o estágio de desenvolvimento do ápice radicular, reimplante variando de 15 a 30 minutos, no máximo, e contenção semi-rígida durante aproximadamente, 15 a 20 dias. Essas observações são compatíveis com as citadas por Costa; Corrêa; Ribeiro (1998); Nogueira; Nogueira; Gillet (2002); Sanches; Farinhas,; Souza (2002).

Conclui-se, que somente 76,8%, teriam uma atitude considerada pela literatura Corrêa; Dissenha; Weffort (2005) mais adequada, pois localizariam o dente decíduo, armazenariam em leite e procurariam com urgência um profissional, para saber qual seria a conduta correta.

Em relação ao questionamento sobre o escurecimento de um dente decíduo após uma queda, a grande maioria (96,4%) procuraria auxílio, sendo que somente 3,6% não se preocuparia porque o dente era decíduo ou a criança não estava sentindo dor.

Esta alteração de cor é muito freqüente após trauma dentário, sugerindo hemorragia interna, e pode surgir aproximadamente três semanas após o trauma, sendo ou não reversível (MC DONALD; AVERY; HENNON, 2001).

Ao serem questionados sobre após um trauma, o dente decíduo sofrer uma luxação (Tabela 4), cerca de 7,2% da amostra não procuraria

um profissional, mas aguardaria para ver o que aconteceria. Enquanto, 74,5% eliminariam o uso da chupeta. Esta orientação é indicada por Walter; Ferelle; Issao (1996), pois os dentes traumatizados devem sofrer o mínimo possível de movimentos.

Tabela 4 - Distribuição do número de mães e/ou responsáveis e suas respectivas atitudes, quando após o trauma, o “dente de leite apenas amoleceu”

Atitude	F	%
I	6	7,2
II	15	18,3
III	61	74,5
Total	82	100,0

Legenda: I – Aguarda para ver o que acontece

II – Procura um cirurgião dentista para fazer Rx e observar se haverá problemas com o dente permanente, que nascerá futuramente

III – Não dá chupeta a criança por alguns dias.

Somente, 18,3% dos participantes levariam a criança ao cirurgião-dentista para fazer um Rx e observar se havia ocorrido algum dano à dentição permanente.

Estes dados contrastam com os encontrados por Valle; Lopes (2005), pois ao avaliarem 487 pais na Clínica de Bebês do CBM – Universidade Federal do Espírito Santo, de pacientes que haviam sofrido traumatismo em dentes decíduos, citam que a maioria encaminharia as crianças à Clínica Odontológica em caso de dor ou escurecimento dentário.

Nesse contexto, Scarpari; Possobon; Moraes (2004), analisando 798 prontuários clínicos do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Paciente Especiais - CEPAE, da UNICAMP, que atendem crianças de 0 a 60 meses, verificaram que os pais das crianças não participantes do Programa Educativo, só procuravam por atendimento de urgência nos casos mais graves de traumas dentários, nos casos menos severos, que não apresentavam envolvimento dental, as crianças não eram levadas para avaliação odontológica. Entretanto, observaram que os das crianças que faziam parte do Programa Preventivo, recebiam orientação para que procurassem a Equipe do CEPAE, caso a criança apresentasse

algum tipo de problema, inclusive traumatismos considerados de pouca gravidade, o que evidencia a importância da criança participar de um Programa Odontológico Preventivo.

CONCLUSÃO

A partir dos dados acima expostos, conclui-se existir algumas deficiências de informações por parte das mães e/ou responsáveis, em relação aos cuidados odontológicos adequados quando de um trauma em dente decíduo ou em tecidos moles. Assim, o cirurgião-dentista deve estar capacitado para orientar a comunidade sobre a importância do atendimento imediato após trauma, na tentativa de evitar o aumento destas injúrias e reduzir a gravidade das seqüelas, realizando o mais cedo possível e de maneira satisfatória o atendimento do paciente traumatizado.

REFERÊNCIAS

BATISTA D.C.R.; WANDERLEI, M.T.; RODRIGUES, C.R.M.D. Avaliação do conhecimento de pais e escolas sobre traumatismos em dentes decíduos. *JBP*. Curitiba, v. 8; p. 6, 2005. Supl.

CORRÊA, M.S.N.P.; DISSENHA, R.M.S.; WEFFORT. S.Y.K. **Saúde bucal do bebê ao adolescente: guia de orientação**. São Paulo: Santos; 2005.

COSTA, L.R.R.S.; CORRÊA, M.S.N.P.; RIBEIRO, R.A. Traumatismo na dentição decídua. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998.

FRANZIN, L.C.S. **Conhecimento de um grupo de gestantes e mães, participantes da rede de saúde pública, em relação à saúde bucal de seus filhos**. São Paulo, p. 159; 2003. Tese (Mestrado). Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

GRANVILLE-GARCIA, A.F. **Prevalência e fatores associados ao traumatismo dentário em crianças de 1 a 5 anos da Cidade do Recife –PE**, 2003. 98 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia da Universidade de Odontologia de Pernambuco.

Mc DONALD, R.E.; AVERY, D.R. **Odontopediatria**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

Mc DONALD, R.E.; AVERY, D.R.; HENNON, D.K. **Tratamento dos traumatismos dos dentes e tecidos de suporte**. In: Mc DONALD, R.E.; AVERY, D. R. *Odontopediatria*. 8.ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2001.

NOGUEIRA, J.A; NOGUEIRA, R.; GILLET, A. Aspectos clínicos dos traumas dentais na 1º infância. *JBP*. Curitiba, v. 2, nº6. 2002

SANCHEZ, A.L.S.F.; FARINHAS, J.A., SOUZA, I.P.R. de. Intrusão e avulsão em dentes decíduos: relato de caso. *RBO*. v.59, n.1, 2002.

SCARPARI, C.E.O.; POSSOBON, R.F.; MORAES A.B.A. Ocorrência de traumatismos em dentes decíduos de crianças atendidas no Cepae-FOP- Unicamp. *JBP*. Curitiba, v.7, nº. 35, p. 33-40. 2004.

TAKAHASHI, K.; COSTA, M. M. T. M.; PERCINOTO, C. Protocolo de atendimento de dentes decíduos avulsionados. *JBP*. Curitiba, v. 8, p. 19, 2005.

VALLE, M.A.S.; LOPES, S.O. Orientando traumatismos em dentes decíduos através de folder educativo. *JBP*. Curitiba, v. 8, p. 9, 2005.

WALTER L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

