

Avaliação do conhecimento da abordagem de trauma dental pelos profissionais de creches

Evaluation of knowledge of dental trauma approach of child day care center professionals

Maurício Bacarin Silva¹, Andrea Melo Moutinho da Costa², Maria Eliana Cruz de Almeida³, Savana Alencar Maia⁴, Cíntia Iara Oda Carvalhal⁵, Gimol Benchimol de Resende⁶

¹ Especialista em Odontopediatria – UEA

² Mestre em Patologia Tropical – Universidade Federal do Amazonas – Professora da UEA

³ Mestre em Odontopediatria – Centro Universitário Herminio Ometto de Araras – Professora da UEA

⁴ Mestre em Ortodontia – Unesp – Professora da UEA

⁵ Mestre em Materiais Dentários – Unicamp – Professora da UEA

⁶ Doutora em Odontopediatria – UFSC – Professora da UEA

Endereço para correspondência

Maurício Bacarin Silva

Av André Araújo, 1032 – Conj Juliana I – Blc B – Ap 201

69060-780 – Aleixo – Manaus – AM [Brasil]

m_bacarin@yahoo.com.br

Resumo

O trauma dental na infância ocorre em locais de assistência a essa fase. O tempo entre o acidente e a intervenção do odontólogo interfere no prognóstico. Avaliou-se o conhecimento de trinta profissionais de duas creches sobre manejo de trauma dental. Por meio de pesquisa descritiva transversal, foi aplicado um questionário para avaliar o perfil dos sujeitos, exemplificando situações de trauma dental e quais seriam os primeiros socorros. Apenas 3,3% foram treinados para tratar desse tipo de trauma, e 26,7% tinham curso de primeiros socorros. Os sujeitos eram do sexo feminino. 83,3% dos pesquisados já cursava ou haviam concluído o nível superior; 60% tinham de 5 a 20 anos de experiência profissional, e 47%, de 30 a 39 anos. Na média, 30% acertaram as respostas do questionário. Foi aplicado o teste Qui-quadrado. Não houve relação entre conhecimento sobre trauma dental e experiência profissional ou formação dos sujeitos. Concluiu-se que a maioria dos sujeitos não está preparada para lidar com trauma dental.

Descritores: Creches; Odontopediatria; Qualificação profissional; Traumatismos dentários.

Abstract

Dental trauma in childhood occurs in places children are being assisted. The time between the accident and the dentist's intervention interferes in the prognosis. This paper investigated the knowledge of thirty professionals of two day care center related to attendance of children with dental trauma. By means of a descriptive research, it was applied a questionnaire to analyze the profile of the subjects, exemplifying dental trauma situations and which would be the first aids. Only 3,3% were prepared for dental trauma, and 26,7% had a first-aid training. Women participated in the research. 83,3% were graduated or were not finished graduation; 60% had between 5 to 20 years of professional experience; 47% were 30-39 years old. On average, 30% answered correctly. The Chi-squared test was performed. There was not a relation among knowledge about dental trauma and professional experience or formation of individuals. It was concluded that the majority of the evaluated subjects was not prepared to deal with dental trauma.

Key words: Child day care centers; Dental trauma; Pedodontics; Qualification.

Introdução

Crianças de um até os três anos de idade estão começando a andar e, conseqüentemente, podem cair. Recorrentemente, acontecem situações que deixam os pais muito preocupados, tais como os casos de trauma dental, que podem ocorrer quando a criança cai e bate a boca, pois ainda não tem seus reflexos completamente desenvolvidos. Essa fase coincide com a sua freqüência nas creches^{1,2}.

As lesões que caracterizam o trauma dental na faixa de zero a três anos de idade estão relacionadas com a luxação dos dentes decíduos. Nessa faixa etária, o osso alveolar é mais esponjoso e maleável, o que leva a absorção do impacto pela deformação do tecido ósseo, o que não se verifica em pré-adolescentes. Nessa fase da vida, o osso tem maior dureza e é mais resistente; sendo mais comuns as fraturas dentais e a avulsão do elemento dentário. Isso, entretanto, não impede que ocorram os diversos tipos de trauma dental em todas as idades, inclusive no mesmo paciente².

A ocorrência de trauma dental infantil se dá primordialmente em dois lugares: no jardim de infância (32%) ou na própria casa (38%). Segundo esta pesquisa, realizada durante todo o ano de 2003, na Noruega³, com crianças de um a oito anos, a maior incidência, na média, foi o trauma de incisivos superiores decíduos em meninos na faixa etária de três anos e meio. De acordo com uma pesquisa australiana que enfatiza a pouca significância estatística encontrada entre os sexos, nos casos de trauma dental de decíduos, verificou-se que, em crianças de pouca idade, a maior prevalência de trauma dental em decíduos no sexo masculino não é tão evidente quanto a dentição permanente na pré-adolescência⁴.

A população leiga não sabe como agir em situações de trauma dental; por isso uma das melhores formas de prevenção das sequelas dessas intercorrências é a disseminação de conhecimento por meio do treinamento daqueles que são diretamente responsáveis pelas crianças nas creches: os professores e atendentes^{5,6}.

O fato de o trauma dental lesar os tecidos de suporte dental, as mucosas e os lábios, resulta em um importante nível de sangramento das áreas afetadas, o que assusta muito a criança e o próprio acompanhante. No entanto, nos casos em que o acometimento do trauma não é aparentemente tão grande e o paciente se acalma após algum tempo, freqüentemente os cuidadores deixam de levar a criança ao atendimento odontológico, o que pode ser muito prejudicial, em situações nas quais há a necessidade da avaliação radiográfica para pesquisar fraturas radiculares ou mesmo do osso alveolar, entre outros fatores. Segundo estudo na "Bebê Clínica", da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Estado de São Paulo, o tempo decorrido entre o trauma dental e o atendimento odontológico influencia significativamente no prognóstico do tratamento a ser realizado⁷.

Este estudo procurou avaliar o nível de preparação de professores e atendentes para lidar com uma situação que envolve trauma dental, por meio de levantamento de dados sobre o conhecimento desses profissionais.

Metodologia

Para o levantamento dos dados da pesquisa descritiva transversal, averiguou-se a existência de três creches credenciadas pelo governo municipal de Manaus que recebem apoio da Secretaria Municipal de Educação. Das três creches existentes, foram selecionadas duas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, sob Processo Número 066/08-CEP/ESA/UEA, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96.

Para a coleta dos dados, foram agendados os dias nas creches para aplicar os questionários aos seus profissionais. Paralelamente, foi realizada uma atividade de educação em saúde bucal com as crianças, passando um filme de animação interativa, com a aprovação dos diretores e

conforme agendamento pertinente ao calendário da própria instituição.

Após a adesão dos sujeitos por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicado o questionário para ser preenchido sem identificação, com o intuito de resguardar a identidade dos sujeitos avaliados.

O questionário utilizado nesta pesquisa, constituído por questões fechadas de alternativas com múltipla escolha, foi extraído de um trabalho já realizado⁸ e adaptado à realidade deste estudo. Foi dada aos sujeitos a opção de escrever sua resposta caso não encontrassem nenhuma alternativa satisfatória.

O instrumento de coleta de dados foi composto por um formulário dividido em três partes:

I – Perfil dos sujeitos; II – Casos hipotéticos; III – Opinião individual.

Foi aplicado o teste Qui-quadrado para verificar a hipótese de que duas variáveis categorizadas – tempo de experiência ou nível de formação comparada ao conhecimento sobre trauma dental – fossem independentes ao nível de 05% de significância.

Resultados

Parte I – Perfil dos entrevistados

A coleta dos dados, feita em duas creches, resultou em 30 questionários. O perfil dos sujeitos está disposto na Tabela 1.

Parte II – Casos hipotéticos

Nesta parte do questionário, os profissionais foram avaliados por intermédio de três situações hipotéticas. A porcentagem das alternativas assinaladas no Caso 1 está disposta na Figura 1; no 2, na Figura 2, e no 3, na Figura 3.

Muitas pessoas não ficaram satisfeitas com as alternativas apresentadas no Caso 3 e escreveram sua opinião sobre o assunto. Apenas 3,3% relataram ignorar o que fazer nessa situação, outros 3,3% disseram nunca ter presenciado um caso parecido durante o pouco tempo de experi-

Tabela 1: Perfil dos Sujeitos

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	30	100,0
Idade (anos)		
< 20	02	6,6
20 – 29	06	20,0
30 – 39	14	46,7
40 – 49	08	26,7
Experiência Profissional (anos)		
< 05	12	40,0
05 -10	09	30,0
10 – 15	04	13,3
15 – 20	05	16,7
Nível de Formação		
Ensino Médio	05	16,6
Superior Incompleto	11	36,7
Superior Completo	14	46,7
Curso Primeiros Socorros fora Formação		
Sim	08	26,7
Não	22	73,3
Abordagem Trauma Dental durante curso		
Sim	01	3,3
Não	22	73,3
Não sei	03	10,0

ência que tinham, 30% afirmaram que levariam a criança para a enfermaria da creche – alternativa que não existia nesta questão, mas estava presente nas outras duas – , 13,3% mostraram

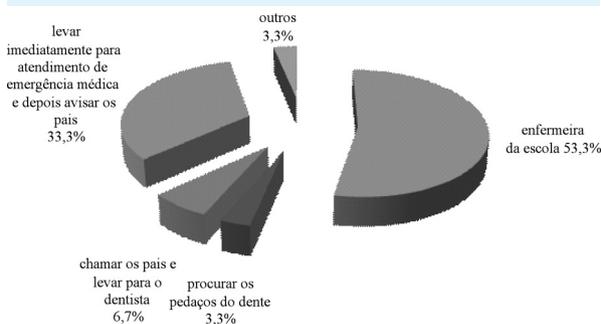


Figura 1: Porcentagem de sujeitos que assinalaram as alternativas no Caso 1, que envolve uma criança de três anos que cai de um lugar alto e apresenta sangramento da boca e do nariz e também fratura um dente, permanecendo acordada. 33,3% responderam corretamente

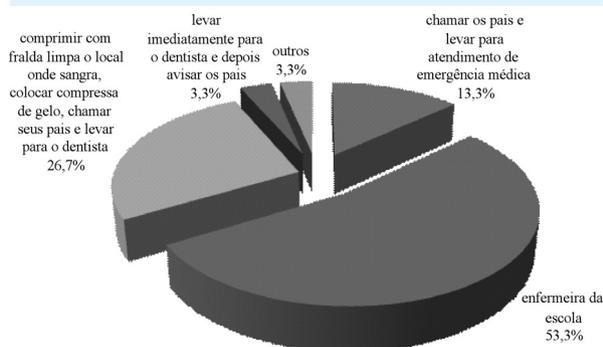


Figura 2: Porcentagem de sujeitos que assinalaram as alternativas no Caso 2, que versava sobre a intrusão de um dente anterior em uma criança de três anos, que apresentava sangramento proveniente da boca e edema labial, permanecendo acordada. 26,7% responderam corretamente

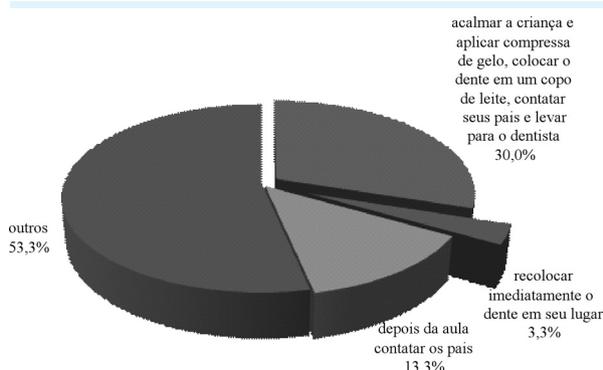


Figura 3: Porcentagem de sujeitos que assinalaram as alternativas no Caso 3, que citava avulsão de um decíduo de uma criança de 2 anos. 30% responderam corretamente

preocupação em avisar os pais para levá-la ao pronto atendimento. Desse total, 6,7% especificaram que levariam a criança para o dentista. O total de pessoas que assinalaram “outros” representou 53,3 %. Além disso, 3,3% disseram muito similarmente à alternativa correta, no entanto suprimiram a parte que mencionava colocar o decíduo em um copo de leite para levar ao dentista. E, por fim, 3,3% escreveram que achavam sem importância levar a criança ao dentista pelo fato de ter afetado apenas um decíduo e que uma compressa seria suficiente para sanar o problema.

Todas as hipóteses foram submetidas ao teste estatístico Qui-quadrado e não mostraram resultados estatisticamente significantes quan-

do relacionadas ao tempo de experiência do profissional e no caso do nível de formação do profissional. Os resultados da relação dos casos 1, 2 e 3 com o tempo de experiência foram respectivamente: $p = 0,53$; $p = 0,47$; $p = 0,78$. Quando relacionados com o nível de formação: $p = 0,80$; $p = 0,71$; $p = 0,78$.

Parte III – Opinião individual

Nesta parte do questionário foram feitas cinco perguntas para levantar as ações individuais perante um trauma dental.

A primeira envolvia a experiência anterior com casos de trauma dental em uma criança. Um quinto dos entrevistados (20%) disse já ter presenciado esse tipo de trauma em crianças. O resultado estatístico não obteve um nível de significância satisfatório quando relacionado com o tempo de experiência profissional, sendo $p = 0,35$, nem quanto ao nível de formação, $p = 0,19$. Na segunda questão, cujos dados estão ilustrados na Figura 4, o teste Qui-quadrado não evidenciou relação do tempo de experiência com o valor encontrado de $p = 0,39$, nem com o nível de formação, $p = 0,84$. Na terceira questão, cujos dados estão demonstrados na Figura 5, a análise esta-

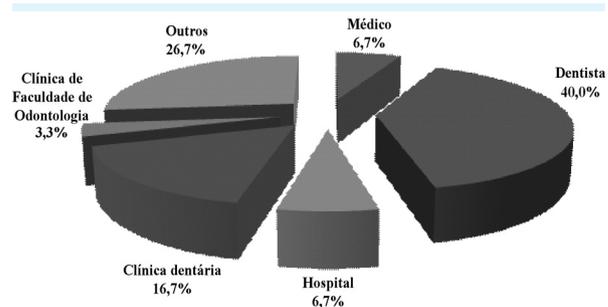


Figura 4: Serviços relatados para serem procurados em caso de trauma dental

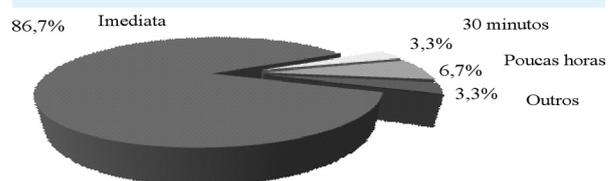


Figura 5: Urgência que é dada ao trauma dental de decíduo

tística não observou relação entre o tempo de experiência, e o valor encontrado de $p = 0,51$, nem quanto ao nível de formação, $p = 0,64$.

A quarta questão levantava a hipótese de reimplante de um dente decíduo avulsionado. Apenas 10% relataram que recolocariam o dente e 90% disseram que não. Quando relacionada ao tempo de experiência, a importância de $p = 0,73$ não evidenciou significância estatística quanto ao nível de formação, $p = 0,19$. A última questão referia-se à avaliação pessoal sobre a necessidade de treinamento em primeiros socorros para trauma dental e todos afirmaram que seria preciso receber formação específica.

Discussão

Os traumatismos dentários podem levar a perda de decíduos. Grande parte da população não tem consciência da importância da dentição decídua para o desenvolvimento da criança⁹ que pode ser afetado por sua perda precoce em diversos aspectos: irrupção e formação da dentição permanente; estabelecimento de maloclusões; exercício correto das musculaturas periorais¹⁰; dicção dos fonemas dentais; sistema digestório que não tem seu bolo alimentar devidamente tratado¹¹; fator psicológico e a vida social do indivíduo influenciados negativamente^{12, 13}.

Muitas são as razões para que os encontros com o odontopediatra ocorram o mais cedo possível. Essa visita periódica passa a ser uma rotina salutar que as crianças aceitam sem criar grande expectativa sobre o atendimento^{14, 15}; entretanto, o que ocorre no caso de trauma é diferente, principalmente quando se trata da primeira consulta da criança, o que não é raro. A situação de urgência e o nervosismo da criança e dos pais devem ser levados em conta e habilmente manipulados pelo profissional para conseguir realizar o atendimento necessário².

A incidência de trauma dental parece alarmante, como constatado em um estudo retrospectivo que avaliou cinco anos do serviço de emergência do Hospital Infantil do Texas,

Houston, de 1997 a 2001. Do total de atendimentos realizados, foram encontrados 1.102 casos de urgência odontológica. Esse número representa 0,4% de todos os casos de emergência do hospital. Dos atendimentos às crianças com menos de um ano de idade, 54% foram situações de trauma dental. De todos os atendimentos odontológicos de crianças entre um e dois anos de idade, 44% foram motivados por traumas dentais¹⁶.

Outro estudo teve resultado semelhante na prevalência de traumatismo sobre dentição decídua, pois foi verificada uma taxa de 41,6% de traumatismo dentário entre as idades de zero a três anos¹⁷.

A prevalência de trauma dental mais uma vez é reafirmada neste trabalho, pois foi constatado que 20% dos sujeitos já o vivenciaram. Apesar de a maioria mostrar preocupação com o tratamento imediato, conforme as respostas do questionário, existe alguma resistência com que os profissionais de odontologia ainda se deparam, evidenciada por comentários particulares dos entrevistados relatados neste trabalho. Pode-se refletir sobre o fato de o questionário aplicado por um odontólogo interferir na opinião da maioria dos sujeitos, em particular sobre o imediatismo que seria ou não realmente dado à assistência do trauma dental.

No intuito de conseguir uma melhor percepção dos pacientes e de seus responsáveis sobre a experiência do trauma dental, a classe odontológica tem promovido diversas ações educativas para esclarecer o que fazer nessas situações. Como na faixa etária de crianças até três anos, na ausência dos responsáveis, os principais atores são os cuidadores, é de grande interesse que eles tenham treinamento para o manejo nessas ocasiões. Em estudo realizado em Cardiff, Reino Unido, foi avaliado o nível de conhecimento e as atitudes de professores de escolas primárias nos casos de avulsão dental. Concluiu-se que esse nível era rudimentar e que os professores gostariam de receber mais informações sobre o assunto¹⁸. O mesmo ocorreu no estudo realizado com professores de pré-escola de Singapura, sendo verificado que 79% estavam

insatisfeitos com seu conhecimento nessa área e 95% gostariam de ter uma orientação posterior sobre trauma dental⁶. Corroborando as pesquisas mencionadas, um estudo feito no sul da Europa demonstrou a falta de experiência dos professores para dar a assistência adequada aos pacientes infantis, bem como a necessidade de melhorar o conhecimento de manejo de trauma dental¹⁹. Os professores e atendentes avaliados neste estudo, em sua maioria, mostraram não estar preparados para o atendimento de trauma dental e relataram que havia necessidade de receber treinamento sobre o tema.

Os profissionais pesquisados demonstraram uma consciente delegação de deveres a outras pessoas, conforme as hipóteses de acidentes eram lhes apresentadas, pois, muitas vezes, a enfermaria da escola era o local indicado para prestação de socorro, em casos de trauma dental. Na primeira e segunda hipóteses, 53,3% encaminhariam para a enfermaria, e na terceira, em que não existia essa alternativa, 53,3% assinalaram a opção "outros", e havia relatos escritos para encaminhar à enfermaria que representavam 30% do total de sujeitos.

Isso é muito oportuno, partindo do princípio de que o treinamento necessário para assistir uma situação inesperada não fez parte da formação profissional dos sujeitos deste estudo – apenas 3,3% sabiam lidar com esse trauma. No entanto, convém lembrar que, desde o início, esse profissional, com quem está a tutela de crianças durante o expediente escolar, precisa estar bem preparado para agir eficazmente em caso de acidente. Rotineiramente, esses fatos são considerados irrelevantes e culturalmente pouco importantes, sobretudo por serem ignoradas as consequências decorrentes de uma lesão de trauma dental não tratada com os primeiros socorros adequados.

O resultado do teste estatístico aplicado não encontrou significância nas variáveis analisadas quando cruzados o tempo de experiência profissional ou mesmo o nível de escolaridade com o conhecimento sobre trauma dental, isso porque nunca houve um preparo específico para

o tema abordado. Nesse contexto, as respostas corretas independiam da formação ou da experiência profissional, não obstante 26,7% tivessem feito curso de primeiros socorros, e 3,3% sobre trauma dental. Corroborando um *survey* realizado com 190 professores que responderam a um questionário na Jordânia²⁰, em que, por meio do teste Qui-quadrado, não foi encontrada a significância estatística entre os conhecimentos de trauma dental e a experiência profissional, além de outros quesitos, com o agravante de 46% terem tido treinamento de primeiros socorros, e 5,2%, em trauma dental.

A primeira hipótese do questionário, com 33,3% de acerto pelos profissionais, cita uma criança que cai de um lugar alto e apresenta sangramento da boca e do nariz, além da fratura do elemento dental. Neste caso, deve ser atendida com urgência, embora permaneça consciente, pois a hemorragia nasal e a otorragia são agravantes que podem indicar fratura na base do crânio. Por isso, a melhor opção é levar imediatamente ao serviço de emergência médica, uma vez que existe risco de morte. Diante disso, procurar os pedaços do dente fica para segundo plano – 3,3% assinalaram esta alternativa. O aviso aos pais deve ser feito, contudo o ideal é agir rapidamente para que o tempo de espera pela chegada dos responsáveis não influencie nos primeiros socorros para o suporte da vida da criança, o que dispensa sua autorização prévia. Portanto 6,7% assinalaram equivocadamente a opção chamar os pais e levar para o dentista, pois se trata de uma emergência médica. Esse aspecto foi abordado para gerar entendimento sobre as prioridades no caso de trauma, e o primeiro deles sempre é dar suporte à vida. Esses traumas podem estar associados a traumatismos cranianos; por isso, é importante pesquisar se o paciente está consciente ou com tontura, com alteração na visão, como diplopia, ou se vomitou²¹.

É muito comum ocorrer a intrusão do elemento dentário, daí a importância da segunda situação hipotética abordada no questionário cuja resposta 26,7% acertaram. Neste caso, é importante a anuência dos responsáveis para levar ao

atendimento odontológico, pois é uma situação de urgência que não oferece risco de morte ao paciente; por isso, convém conversar com os pais antes de encaminhar a criança ao dentista, na opinião de 3,3% dos respondentes, além de não se tratar de emergência médica, conforme 13,3% assinalaram. Durante o acidente, a pessoa pode não perceber que houve a intrusão do decíduo e julga simplesmente que foi perdido, quando, na verdade, continua impactado no alvéolo. Nessa situação, mais uma vez a pesquisa radiográfica é imprescindível para saber se o dente foi aspirado, deglutido ou ficou alojado nos tecidos periorais²². Além disso, o dentista poderá fazer o diagnóstico correto por intermédio da localização do ápice do dente intruído. Caso esse dente esteja posicionado por vestibular, a reirrupção dar-se-á espontaneamente, sendo necessário apenas o acompanhamento²³. Entretanto, se a raiz do decíduo estiver próxima à face vestibular do germe do permanente, a exodontia estará indicada^{21, 24}.

No caso de avulsão de um decíduo, é importante que as pessoas saibam do risco de seu reimplante, justificando a terceira hipótese abordada no questionário. Verificou-se que

30% responderam corretamente a essa questão. Poucos autores indicam, na literatura, o reimplante de decíduos^{25, 26} 3,3% responderam que reimplantariam o dente decíduo em questão, procedimento de prognóstico sombrio. Existem alguns casos clínicos relatados na literatura em que o dente decíduo reimplantado permaneceu em boca entre 2 e 24 meses²², e outro, com acompanhamento longitudinal até a irrupção do permanente²⁷. É importante avaliar o risco e o benefício para o paciente, pois existe possibilidade de infecção e de traumatismo do germe permanente. Soma-se a isso a pouca colaboração do paciente infantil não apenas para realizar a contenção do decíduo, mas também para a co-operação pós-operatória, desde a higiene até a restrição de alimentos e hábitos que podem prejudicar o tratamento, no caso de reimplante; por isso, a maioria dos autores prefere não indicar esse procedimento²⁸. É evidente que avisar

os pais depois da aula não é conveniente, como 13,3% assinalaram, pois a urgência do atendimento se faz necessária.

Entretanto, neste estudo, 90% dos entrevistados afirmaram que o dente decíduo avulsionado não deveria ser recolocado. Isso não denota profundo conhecimento dos sujeitos sobre trauma, mas provavelmente uma coincidência na resposta correta e na pouca importância dada à denteção decídua. Além disso, houve grande receio em escolher a alternativa que dizia para armazenar, no leite, o dente avulsionado. Podemos destacar que muitos entrevistados podem não ter assinalado essa alternativa, possivelmente, por acharem que o uso do leite fosse um tipo de crendice, o que foi relatado diversas vezes por muitos deles depois preencherem os questionários, em um momento informal eleito para sanar as dúvidas que surgiram. Ocorreu também o caso de um dos sujeitos transcrever a alternativa correta, excluindo apenas o armazenamento no leite. O leite é tido como um dos melhores meios para armazenar o dente avulsionado até ser reimplantado²⁹, e qualquer fonte de informação sobre trauma dental, normalmente, explicita o leite como meio de transporte de dentes avulsionados. Essa falta de conhecimento sobre trauma dental é reafirmada pelo estudo realizado em Adamantina, Estado de São Paulo, em que também se concluiu que os professores das escolas não possuem tal entendimento³⁰.

É importante que o dentista atenda prontamente a um traumatismo dentário. Nesse contexto, a necessidade do pronto atendimento torna-se imprescindível. Além disso, é preciso que a população valorize a saúde bucal, com atenção especial às situações de urgência. Com certo grau de sensibilização e cumplicidade, as pessoas, passam a agir de forma imediata no momento de um acidente, otimizando o tratamento que será realizado.

A pouca importância dada ao trauma dental permite que pequenos acidentes se transformem em situações mais preocupantes e mais difíceis de tratar. A ocorrência de experiências anteriores que foram, possivelmente, de menor

gravidade não pode servir de parâmetro para ignorar novos acidentes, como relatado em alguns comentários das pessoas incluídas neste trabalho. É de extrema relevância que seja dado o devido valor a cada incidente, buscando a orientação do profissional que tenha habilidade para fazer o correto diagnóstico das lesões relacionadas ao trauma dental. Neste estudo, também foi averiguado que em caso de trauma dental (Figura 4), aproximadamente 40% dos entrevistados ainda procurariam outros profissionais que não fossem dentistas.

A visita aos profissionais na oportunidade da aplicação dos questionários surtiu efeito, pois, na ocasião, mostraram grande interesse em saber como agir corretamente em uma situação de trauma dental e em adquirir novos conhecimentos sobre o tema. É interessante levantar a possibilidade de inclusão do trauma dental nos cursos de primeiros socorros, assim como nas grades curriculares dos cursos de formação dos profissionais de educação infantil, para que esse importante tema possa ser divulgado. Quanto aos aspectos levantados neste trabalho, o exercício de educação continuada é um preceito a ser considerado com urgência.

Busca-se, por meio deste estudo, levar para o entendimento comum as formas de abordar corretamente a criança quando ocorre um incidente de trauma dental, pela divulgação dos resultados da pesquisa às autoridades responsáveis pela execução de ações para a melhoria do serviço prestado à população, além de qualificar seus profissionais.

Conclusão

Concluiu-se que a maioria dos profissionais de creche avaliados na pesquisa não está preparada para prestar os primeiros socorros no caso de trauma dental. Além disso, verificou-se que esse despreparo não está associado ao nível de formação nem ao tempo de experiência profissional, mas, sim, à ausência de uma abordagem específica do trauma dental nos cursos de formação.

Referências

1. Assunção LRS, Cunha RF, Ferelle A. Análise dos traumatismos e suas sequelas na dentição decídua: uma revisão da literatura. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2007;7(2): 173-9.
2. Wanderley MT, Guedes-Pinto AC. Traumatismo em dentes decíduos e suas repercussões para as dentições. In: Guedes-Pinto AC, Issao M. *Manual de Odontopediatria.* São Paulo: Santos; 2006: 266-85.
3. Skaare AB, Jacobsen I. Primary tooth injuries in Norwegian children (1-8 years). *Dent Traumatol* 2005;21:315-19.
4. Bastone EB, Freer TJ, McNamara JR. Epidemiology of dental trauma: a review of the Literature. *Aust Dent J.* 2000;45(1):2-9.
5. Panzarini SR, Pedrini D, Brandini DA, Poi WR, Santos MF, Correa JP, Silva FF. Physical education undergraduates and dental trauma knowledge. *Dent Traumatol.* 2005;21(6):324-8.
6. Sae-Lim V, Lim LP. Dental trauma management awareness of Singapore pre-school teachers. *Dent Traumatol.* 2001;17(2):71-6.
7. Pugliesi DMC, Cunha RF, Delbem CB, Sundefeld MLMM. Influence of the type of dental trauma on the pulp vitality and the time elapsed until treatment: a study in patients aged 0-3 years. *Dent Traumatol.* 2004;20:139-142.
8. Chan AW, Wong TK, Cheung GS. Lay knowledge of physical education teachers about the emergency management of dental trauma in Hong Kong. *Dent Traumatol.* 2001; 17(2):77-85.
9. Alencar CRB, Cavalcanti AL, Bezerra PKM. Perda precoce de dentes decíduos: etiologia, epidemiologia e conseqüências ortodônticas. *Publ UEPG Ci Biol Saúde.* 2007; 13:29-37.
10. Pinto V. Prevenção da cárie dental. In: _____. *Saúde bucal coletiva.* São Paulo: Liv e Editora Santos. 2000;371-84.
11. Nogueira AJS. Perdas precoces de dentes decíduos e suas conseqüências para dentição futura – elaboração de propostas preventivas. *Rev ABO Nac.* 1998;6(4):228-33.
12. Garcia IF. Importancia de los dientes temporales. Su cronología de erupcion. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003;5:439-45.

13. Rodd HD, Atkin JM. Denture satisfaction and clinical performance in a pediatric population. *Int J Paediatr Dent.* 2000;10:27-37.
14. Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Livr Santos; 2005.
15. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Odontologia para o bebê: do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
16. Ladrillo TE, Hobdell MH, Caviness AC. Increasing prevalence of emergency department visits for pediatric dental care, 1997-2001. *JADA.* 2006;137:389-85.
17. Zembruski-Jaber C, Zamban RC, Candaten V, Cardoso L, Fernandes DSC. Conseqüências de Traumatismos na Dentição Decídua. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2006;6(2):181-7.
18. Blakytyn C, Surbutis C, Thomas A, Hunter ML. Avulsed permanent incisors: knowledge and attitudes of primary school teachers with regard to emergency management. *Int J Paed Dent.* 2001;11:327-32.
19. Çaglar E, Ferreira LP, Kargul B. Dental trauma management knowledge among a group of teachers in two south European cities. *Dent Traumatol.* 2005;21(5):258-62.
20. Al-Jundi SH, Al-Waeili H, Khairalah K. Knowledge and attitude of Jordanian school health teachers with regards to emergency management of dental trauma. *Dent Traumatol.* 2005;21(4):183-7.
21. Andreassen JO, Andreassen FM. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. Porto Alegre: ArtMed; 2001.
22. Flores MT. Traumatic injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol.* 2002;18: 287-98.
23. Holan G, Ram D. Sequelae and prognosis of intruded primary incisors: a retrospective study. *Pediatr Dent.* 1999;21:242-7.
24. Soporowski, NJ, Allred EN, Needleman HL. Luxation injuries of primary anterior teeth prognosis and related correlates. *Pediatr Dent.* 1994;16:96-101.
25. Hawes RR. Traumatized primary teeth. *Dentistry clinic North American.* 1996; 391-404.
26. Hill JC. Oral trauma to the preschool child. *Dentistry Clinic North American.* 1991; 28:177-86.
27. Rocha MJC, Cardoso M. Reimplantation of primary tooth – case report. *Dent Traumatol.* 2008;24:e4-e10.
28. Flores MT, Andreasen JO, Bakland LK, Feiglin B, Gutmann JL, Oikarinen K. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. *Dent Traumatol.* 2001;17:1- 4.
29. Hammarström L, Pierce A, Blomlof L, Feiglin B, Lindskog S. Tooth avulsion and replantation – a review. *Endod Dent Traumatol.* 1986;2:1-8.
30. Mori GG, Turcio KHL, Borro VPB, Mariusso AM. Evaluation of the knowledge of tooth avulsion of school professionals from Adamantina, São Paulo, Brazil. *Dent Traumatol.* 2007;23:2-5.



