Thais Mara Manfrin

ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS EMPREGADOS POR 100 CIRURGIÕES-DENTISTAS NOS CASOS DE AVULSÃO DENTÁRIA

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba – Unesp, para a obtenção do Grau de "Mestre em Odontologia" – Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Orientador: Prof. Adj. Wilson Roberto Poi

ARAÇATUBA – SP
- 2004 -

Dados Curriculares

NASCIMENTO.....:	06.06.1977 – São Caetano do Sul/SP
FILIAÇÃO.....:	Antonio José Manfrin Cléria Aparecida Lourenço Manfrin
1997/2000.....:	Curso de Graduação na Faculdade de Odontologia de Araçatuba -UNESP
2001.....:	Aluna Especial do Mestrado na Faculdade de Odontologia de Araçatuba –UNESP Estagiária do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada, disciplina de Clínica Integrada na Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP
2002.....:	Estagiária do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada, Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
2003/2004.....:	Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, nível de Mestrado, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba –

Dedicatória

Dedicatória

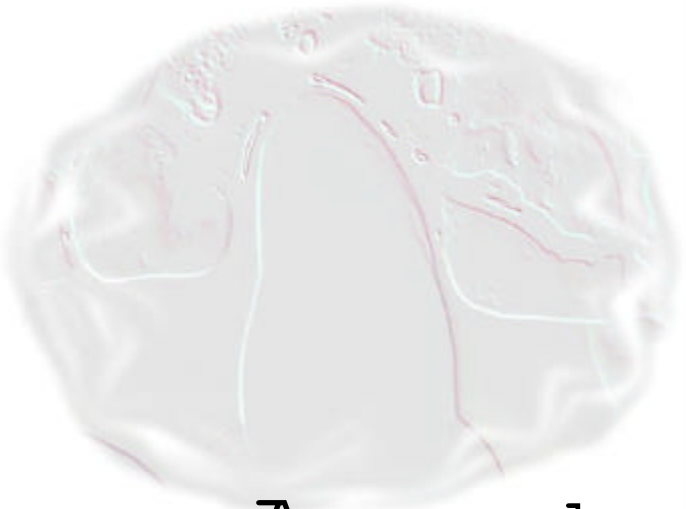
Aos meus pais, Cléria e Antonio, pela dedicação, esforço e confiança. Pelo amor incondicional, por acreditarem nos meus sonhos, lutando comigo e me incentivando sempre.

Aos meus irmãos, Marcos e Marcio, dos quais me orgulho muito. Crescer ao lado de vocês foi maravilhoso: exercitamos valores como amizade, companheirismo, solidariedade.

Ao meu namorado Kiko, com quem compartilhar a vida é prazeroso. Obrigada pelo apoio em momentos decisivos, pela garra e otimismo. Essa conquista também é sua.

À minha avó Oliana, pelo eterno carinho e amor.

Agradecimentos Especiais



Agradecimentos Especiais

Ao Meu Orientador Wilson Roberto Poi

Caro amigo,

Muito se aprende com você,

Ultrapassando os limites científicos ou acadêmicos.

Basta apenas observar com cuidado e paciência:

Liberdade, sensibilidade e ousadia para criar,

Compromisso, técnica e

segurança.

De todas as lições, a mais bonita é aquela que aproveita a profissão para se tornar um ser humano melhor.

Todo o meu carinho e admiração.

Às minhas amigas Lívia Guimarães Zina, Melaine de Almeida Lawall, Ione Érica Uehara e Rossana Pereira Costa. Vocês são como irmãs, vivemos momentos inesquecíveis juntas, obrigada pelo apoio e aconchego.

À Isabel Cristina Lui Poi, por toda ajuda e pela sua amizade.

Á Zuma e família Inácio, que me receberam com muito

carinho. Serei sempre grata por tudo o que fizeram por mim.

À família da Cris Florentino, valeu a torcida, a amizade e o carinho.

À minha amiga Renata Santos Boaventura, por ter-me ajudado na realização deste trabalho.

Ao meu amigo Renato Baldan, que presenteia aqueles que o rodeiam com boas observações e roteiros gastronômicos especiais.

Ao meu amigo Alexandre Rocha Costa, pela amizade e convivência durante o período de estágio na Cirurgia.

À Magaly Guimarães Zina, pela sua amizade e contribuição na correção ortográfica deste trabalho.

À professora Maria Lúcia

Marçal Massa Sundefeld pela sua grande ajuda e disponibilidade na realização deste trabalho.

Agradecimen

tos

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, ao Prof° Dr Idelmo Rangel Garcia Júnior e Prof° Dr. Osvaldo Magro Filho, pela amizade, convivência e oportunidade de aprendizado.

Aos professores da Clínica Integrada: Celso Koogi Sonoda, Sônia Regina Panzarini Barioni, Denise Pedrini, José Carlos Monteiro de Castro e Daniela Brandini que com sabedoria e disposição para o ensino, contribuíram marcantemente na minha formação.

Aos professores Dr. Michel Saad Neto, Dr. Tetuo

Okamoto, Dra. Alessandra Aranega e Dr. Marcos Rogério de Mendonça pela amizade, orientação e ensinamentos clínicos e científicos.

Aos colegas do Curso de pós-graduação pela amizade e companheirismo durante esta jornada: André Dotto Sottovia, Helen Ramon Ésper, Paulo Almeida Júnior, Jordan Lima da Silva, Fernando Esgaib Kayatt, Natasha Magro Érnica, José Luiz Rodrigues Leles, Fábio Tanaka, Vinícius Canavarros Palma, Thais Silveira Rodrigues, Carolina Chiantelli Cláudio, Leandro Carvalho Cardoso, Cristiano Gaujac, Eduardo Francisco Faco, Marcelo Kayatt Lacoski.

Aos ex-colegas do Curso de pós-graduação pela amizade e ensinamentos durante o período de estágio: Ana Paula Farnezi Bassi, Daniela Ponzoni,

Vanessa Cristina Mendes, Roberta de Carvalho Martinelli, Paulo Norberto Hasse.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba – Unesp: Helena, Ana Cláudia, Isabel, Izamar, Cláudio, Ivone, Cláudia, Luzia, Maria Cláudia, Marina, Alexandra e Jéssica pela atenção com que nos atendem e, em especial, pela revisão bibliográfica realizada pela Isabel e Ana Cláudia.

Aos funcionários do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Lourdes Soares Traficante, Glauco José de Carvalho, Maria Dirce C. Boatto, Gilmar Martins de Oliveira, Bernadete Maria Nunes Kimura e Ana Claúdia Macedo.

Às funcionárias da Seção de Pós-Graduação da

Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba – Unesp: Marina e Valéria, que sempre nos auxiliam com boa vontade.

À Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior), pelo auxílio financeiro que viabilizou a realização desse trabalho de pesquisa.

Aos colegas cirurgiões-dentistas que gentilmente responderam ao questionário tornando possível a realização deste trabalho.

Epígrafe

Epígrafe

“ A vida é realmente escuridão,
exceto quando há um impulso
E todo impulso é cego quando não há saber
E todo saber é vão, exceto quando há trabalho
E todo trabalho é vazio, exceto quando há amor

E quando trabalhais com amor, vós vos unis a vós próprios,

e uns aos outros, e a Deus. “

Kalil Gibran

Sumário

Lista de Tabelas	14
Lista de Figuras	15
Lista de Abreviaturas	16
Resumo	18
Abstract	21
1. Introdução	24
2. Proposição	27
3. Material e Método	29
4. Resultado	32
5. Discussão	41
6. Conclusão	48
7. Referências	50
Anexos	56

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Procedimentos empregados com relação ao tratamento da superfície radicular para casos de reimplante imediato e tardio 34

Tabela 2 - Procedimentos empregados com relação ao tratamento endodôntico para casos de reimplante imediato e tardio 34

Tabela 3 - Procedimentos empregados com relação à contenção dos dentes avulsionados para casos de reimplante imediato e tardio 36

Tabela 4 - Procedimentos empregados com relação ao ajuste oclusal para casos de reimplante imediato e tardio 37

Lista de Figuras

Figura 1 - Procedimentos empregados para o tratamento dos casos de avulsão dentária 39

Figura 2 - Educação e orientação dos pacientes nos casos de avulsão dentária 39

Lista de Abreviaturas

Cirurgiões-dentistas=	CDs
Cirurgião-dentista=	CD
Reimplante Imediato=	RI
Reimplante Tardio=	RT
Ligamento Periodontal=	LP

Resumo

Resumo

MANFRIN TM. Análise dos procedimentos empregados por 100 cirurgiões-dentistas nos casos de avulsão dentária, [dissertação]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2004.

A elaboração de um diagnóstico preciso e de um plano de tratamento adequado pode constituir uma tarefa bastante complexa, especialmente nas avulsões dentárias, pois uma série de variáveis está envolvida nestes casos. Além do conhecimento técnico e da experiência clínica, direcionados à qualidade do tratamento, a transmissão de informações à população pode influenciar de forma favorável na sobrevida dos dentes reimplantados. A proposta deste trabalho é analisar os procedimentos empregados por 100 cirurgiões-dentistas no atendimento dos casos de avulsão dentária. Para tanto, a partir de um questionário descritivo, foram abordados questões referentes ao perfil dos profissionais entrevistados e procedimentos empregados nos casos de avulsão, educação e orientação dos pacientes. Cem questionários devidamente preenchidos foram selecionados e os dados obtidos foram submetidos à análise descritiva, enquanto o teste estatístico foi aplicado para demonstrar freqüências e o nível de significância entre variáveis (teste qui-quadrado). De acordo com os resultados, verifica-se que esse tipo de trauma faz parte da rotina odontológica de 15 cirurgiões-dentistas, muito embora 71 tenham relatado alguma experiência com dentes avulsionados. Grandes deficiências foram encontradas com relação ao

tratamento da superfície radicular e ajuste oclusal. Achados positivos foram aqueles relacionados ao tratamento do alvéolo dentário e terapêutica medicamentosa empregada, bem como à educação e orientação dos pacientes (tempo extra-alveolar, meio de conservação, manipulação do dente avulsionado, reimplante pelo próprio paciente). Foi possível concluir que 47,5% dos procedimentos empregados pelos 100 cirurgiões-dentistas entrevistados são adequados e que 87,7% das orientações transmitidas aos pacientes são favoráveis, fatores que podem interferir positivamente no prognóstico do reimplante dentário.

Palavras-chave: Avulsão dentária; reimplante dentário.

Abstract

Abstract

MANFRIN TM. Analysis of procedures used in tooth avulsion by 100 dental surgeons, [dissertação] Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2004.

An accurate diagnosis and an adequate treatment plan may constitute a very complex task, particularly in teeth avulsion, because a series of variables are involved. In addition to the technical knowledge and clinical experience directed towards the quality of the treatment, patient education may influence favorably the survival of replanted teeth. The aim of this study is to analyze the procedures used in the management of dental avulsions by 100 dental surgeons. Thus, by means of a descriptive questionnaire, we obtained information about the profile of the professionals interviewed, the procedures used in avulsion cases and patient orientation and education. One hundred properly filled out questionnaires were selected. Descriptive statistics were used for the data while the chi-square statistic was employed to test the significance of association between variables. According to the results, this kind of trauma is part of the routine of 15 dental surgeons, although 71 have reported some experience with avulsed teeth. Great deficiencies were found regarding root surface treatment and occlusal adjustment. Positive findings were related to the socket treatment, adjunctive theraphy and patient education and orientation (extra-alveolar period, storage medium, manipulation of the avulsed tooth, patient's himself replantation). It was possible to conclude that 47,5% of the

procedures reported by 100 professionals interviewed are adequate and 87,7% patients education are favorable, a fact that can interfere positively with teeth replantation prognosis.

Keywords: Tooth avulsion; tooth replantation.

Introdução

1 Introdução

Os traumatismos dentários têm recebido, gradualmente, expressão epidemiológica como um problema de saúde pública emergente (1,2), na medida em que os índices de cárie diminuem em função dos avanços preventivos (3-5) e do aumento das taxas de violência, bem como na popularidade dos esportes radicais e de contato (2).

Dentro deste contexto, observa-se desde uma simples fratura de esmalte até uma avulsão dentária. As avulsões, por sua vez, merecem destaque pela diversidade dos fatores envolvidos, destacando-se o pronto e apropriado atendimento inicial (6) além de um acompanhamento clínico e radiográfico a longo prazo (7,8). Por outro lado, a integridade do ligamento periodontal, defendida por muitos como essencial ao sucesso do reimplante, é uma condição que o cirurgião-dentista não pode controlar, pois depende da interação de fatores como: tempo extra-alveolar, meio de conservação e contaminação do dente avulsionado (9-12). Na prática clínica, os pacientes com necessidade de reimplante chegam ao consultório horas ou dias após a ocorrência do acidente, com o dente na mão, no bolso ou embrulhado em papel, gaze ou algodão (13).

Além disso, as avulsões dentárias modificam a rotina odontológica, pois o profissional se vê obrigado a realizar planos de tratamento diferentes dos habituais (14), o que pode se transformar numa tarefa complexa. Aliado

ao restabelecimento da estética e da função, inclui-se ainda o manejo do paciente do ponto de vista psicológico (15).

Muito embora as avulsões dentárias pareçam pouco freqüentes, alguns dados observados na literatura demonstram números relevantes em algumas cidades brasileiras. Em Araçatuba, após a realização de um levantamento de 1992 a 2000, verificaram-se avulsões dentárias em 40,16% dos pacientes envolvendo um único dente (16). Em Piracicaba, foram observadas avulsões dentárias em 40,3% dos casos atendidos no serviço hospitalar local, durante o período de um ano (17). As diferenças se devem à variedade dos métodos empregados, faixa etária, tipo de dentição, modo ou estilo de vida das populações estudadas e período de análise dos dados (18,3).

Em vista disso, os profissionais devem estar atentos para uma parcela significativa da população que necessita de tratamento adequado, demonstrando a importância da ampla divulgação do assunto entre os clínicos gerais (19), já que um dente traumatizado não respeita os limites de nenhuma especialidade (21). Em estudos realizados com indivíduos leigos (pais, professores, técnicos esportivos, enfermeiras, salva-vidas), verifica-se que o cirurgião-dentista é o profissional procurado nos casos de traumatismo dentário (15,22), sobretudo nas proximidades do ocorrido (19).

Além do conhecimento técnico e da experiência clínica adquirida, responsáveis pelas diretrizes do tratamento da avulsão dentária (23), o cirurgião-dentista tem um outro papel importante na sociedade: preventivo e educativo (19). A integração destes fatores poderá influenciar de forma positiva o prognóstico do reimplante dentário.

Considerando a importância do conhecimento e tratamento das avulsões pelos cirurgiões-dentistas, é oportuna a realização deste trabalho.

Proposição

2 Proposição

É objetivo deste estudo analisar os procedimentos empregados por 100 cirurgiões-dentistas frente aos casos de avulsão dentária, assim como as orientações pertinentes a esse assunto transmitidas aos pacientes.

Material e Método

3 Material e Método

Para a realização do presente estudo, foi elaborado um questionário descritivo (Anexo B) contendo questões referentes ao perfil profissional (ano de conclusão do curso de graduação e instituição, idade, cursos de atualização, especialização ou pós-graduação), conduta frente ao reimplante dentário (tratamento da superfície radicular, tratamento endodôntico, tratamento do alvéolo, contenção, ajuste oclusal e terapêutica medicamentosa) bem como a orientação e educação dos pacientes (tempo extra-alveolar, meio de conservação, manipulação do dente avulsionado e reimplante pelo próprio paciente). Cento e cinqüenta questionários foram distribuídos em consultórios ou clínicas odontológicas da região central de São Bernardo do Campo, durante um período de seis meses, de janeiro a junho de 2004. As questões foram respondidas sem a presença do entrevistador e de acordo com a conveniência quanto ao tempo disponível dos entrevistados. Como pré-requisito para compor a amostra (não probabilística), foram selecionados 100 (66,7%) questionários

devidamente preenchidos, sendo os demais excluídos por estarem incompletos ou com a maior parte das respostas em branco. De acordo com as recomendações de alguns protocolos disponíveis na literatura (23-25) e com a finalidade de analisar os procedimentos relatados (questões 9 a 14) as condutas foram divididas em adequadas ou inadequadas. As orientações transmitidas aos pacientes (questões 15 a 18) foram separadas em favoráveis ou desfavoráveis ao prognóstico do reimplante dentário. A pesquisa foi voluntária e confidencial, sendo a identidade dos cirurgiões-dentistas (CDs) preservada. Uma vez completado o levantamento, foi realizada primeiramente uma análise descritiva e os dados obtidos foram submetidos à análise estatística (software Epi-info 3.2), que incluiu a distribuição das freqüências para as questões aplicadas. Associações entre as variáveis do estudo foram verificadas com o teste qui-quadrado (X^2) ao nível de significância de 5% ($P<0,05$).

Resultado

4 Resultado

Os profissionais entrevistados apresentaram as seguintes características: 11 CDs formaram-se entre os anos de 1960 e 1979; 34 CDs na década de 80 (1980 a 1989); 54 CDs entre os anos de 1990 e 2001 e um cirurgião-dentista (CD) não respondeu esta questão. Sessenta e dois profissionais obtiveram sua formação em escolas particulares e 38 em públicas; 77 CDs já realizaram ou estão cursando especialização, aperfeiçoamento ou pós-graduação (mestrado ou doutorado); a média de idade foi de 33,37 anos e a relação entre mulheres e homens foi equilibrada (54 CDs do gênero feminino e 46 CDs do gênero masculino). Um achado curioso se refere ao maior número de formados em escolas particulares a partir de 1990, bem como maior número de mulheres na profissão nesse mesmo período, aspectos condizentes com o perfil da Odontologia nessa década (Anexo C).

Quanto à experiência com avulsões dentárias, muito embora para somente 15 CDs esse tipo de trauma seja considerado rotina na prática odontológica, 71 profissionais relataram já ter atendido algum caso de avulsão. Diferenças estatisticamente significantes foram encontradas entre os entrevistados com mais anos de profissão (com formação anterior a 1989) e o atendimento de casos de avulsão (questão 5), provavelmente em razão da maior vivência clínica (Anexo D).

A faixa etária dos pacientes atendidos pelos profissionais concentra-se em indivíduos de 0 a 7 anos (33 CDs); 7 a 12 anos (32 CDs);

12 a 18 anos (12 CDs); 18 anos ou mais (8 CDs) e 26 CDs não responderam.

Quanto ao tempo ideal para a realização do reimplante, encontramos os seguintes números: 56 assinalaram imediatamente; 15 até 30 minutos; 33 até 1 hora; 1 até 2 horas ou mais e 1 não soube responder. Nas questões 7 e 8, mais de um item foi assinalado em cada resposta e dessa forma, as freqüências ultrapassaram o número total de CDs entrevistados (100).

Os procedimentos empregados para o tratamento dos casos de avulsão dentária são representados pelas questões de 9 a 14. Com relação aos métodos de tratamento da superfície radicular (Tabela 1), somente 9 CDs entrevistados adotam tratamentos distintos para o reimplante imediato (RI), no qual a conduta empregada é a irrigação com soro fisiológico; e para o reimplante tardio (RT), no qual o tratamento é feito a partir da remoção química ou mecânica do ligamento periodontal (LP) necrosado. As demais condutas apresentadas parecem ser adotadas em ambos os casos, tanto no RI como no RT: irrigação da superfície radicular com soro fisiológico (procedimento relatado por 62 CDs); utilização de meios químicos sem padronização quanto ao método (6 CDs); remoção da sujeira ou limpeza em água corrente (11 CDs) e 11 respostas não se aplicam ao assunto desta questão.

Quanto à terapia endodôntica aplicada, verifica-se, na Tabela 2, respostas que não definem o período de início da terapia endodôntica: 24 CDs protelam o tratamento endodôntico por um período indefinido; 12 CDs descrevem a técnica convencional, sem definição do período de tratamento e indicação de acordo com os tipos de reimplante e 9 respostas não se aplicam ao assunto. Em contrapartida, 28 CDs realizam o acompanhamento clínico e radiográfico do dente reimplantado no RI e no RT dão início à terapia endodôntica com trocas de hidróxido de cálcio; 12 CDs aguardam

de 7 a 14 dias para a realização do tratamento de canal; 7 CDs relataram começar o tratamento endodôntico o mais rápido possível, antes do reimplante ou após a realização da contenção e 7 profissionais encaminham o paciente a um especialista (Endodontista)

Tabela 1 – Procedimentos empregados com relação ao tratamento da superfície radicular para casos de reimplante imediato e tardio

Conduta	Respostas obtidas para o tratamento de superfície radicular (questão 9)	Número
Adequada	RI: Irrigação com soro fisiológico RT: Remoção química/mecânica do LP	9
Inadequada	Irrigação com soro fisiológico	62
	Métodos químicos: antibióticos, anti-sépticos ou hipoclorito	6
	Remover a sujeira ou lavar em água corrente	11
	Não se aplicam	11
TOTAL		99

* Um CD não respondeu esta questão.

Tabela 2 – Procedimentos empregados com relação ao tratamento endodôntico para casos de reimplante imediato e tardio

Conduta	Respostas obtidas para o tratamento endodôntico (questão 10)	Número
Adequada	RI: Acompanhamento clínico e radiográfico RT: Terapia endodôntica com curativo de hidróxido de cálcio	28
	Início do tratamento endodôntico de 7 a 14 dias após o reimplante	12
	Encaminhamento a um Endodontista	7
	Tratamento endodôntico imediato	7
Inadequada	Protelam o tratamento endodôntico por período indeterminado	24
	Descrição da técnica convencional, sem definição do período de tratamento e tipo de reimplante	12
	Não se aplicam	9
TOTAL		99

* Um CD não respondeu esta questão.

Na questão referente ao tratamento do alvéolo, 83,8% dos procedimentos relatados parecem apropriados: 21 CDs fazem distinção entre os tipos de reimplante, promovendo a irrigação com soro fisiológico ou uma suave curetagem (se necessário) no RI e a desorganização do coágulo no RT com cureta e soro fisiológico; 38 CDs relatam irrigar o alvéolo de forma abundante com soro fisiológico; 20 CDs relatam tratar o alvéolo com uma leve curetagem para remoção do coágulo ou corpos estranhos, manobra que pode estar associada à irrigação com soro e 4 profissionais sugerem a realização de radiografias para a detecção de possíveis fraturas dento-alveolares. As condutas inadequadas (16,2%) compreendem respostas em que nenhum procedimento é realizado (5 CDs) e respostas que não se aplicam ao assunto (11 CDs). Um entrevistado não respondeu esta questão.

Com relação ao tipo de contenção utilizada (Tabela 3), observa-se uma grande variedade de materiais utilizados, muito embora não haja padronização de acordo com os tipos de reimplante e em relação ao período de permanência. Os procedimentos considerados adequados foram aqueles em que a contenção apresentada era do tipo flexível: resina fotopolimerizável e fio ortodôntico (25 CDs); resina fotopolimerizável e fio de nylon (10 CDs) e bráquetes ortodônticos (4 CDs). Já as condutas inadequadas ficaram relacionadas às contenções do tipo rígida: resina fotopolimerizável (14 CDs); amarria com fios metálicos (aço, ortodôntico, aciflex, amarrilho, anzol de pesca) (5 CDs); semi-rígida durante 15 dias no RI e rígida no RT durante 45 a 60 dias (4 CDs); somente rígida (3 CDs), fio metálico e resina acrílica (2 CDs); cimento cirúrgico (3 CDs) e 2 CDs não realizam nenhum tipo de contenção. Respostas com os termos contenção, imobilização, fixação ou semi-rígida – sem a citação do material utilizado ou período de contenção também foram consideradas inadequadas (15 CDs). Um CD não respondeu esta questão.

Quanto à terapêutica medicamentosa empregada, 79,4% das condutas podem ser consideradas adequadas, já que 55 dos profissionais indicam o uso de antibióticos no reimplante dentário, verificando-se também associações do antibiótico com analgésico e antiinflamatório (1 CD), com antiinflamatório somente (9 CDs); com apenas analgésico (3 CDs); com analgésico e anti-séptico bucal (1 CD); com clorexidina 0.12% (1 CD); com vacina antitetânica (6 CDs) ou ainda com vitamina C (1 CD). As condutas inadequadas referem-se à não prescrição de antibióticos no reimplante dentário de forma rotineira, ministrando esta medicação de acordo com a contaminação local, grau de laceração e estado geral de saúde do paciente (13 CDs); há um relato do uso de Arnica; 02 entrevistados relataram não prescrever antibiótico; 1 profissional indica somente no RI, contra-indicando no RT; 3 CDs preconizam a antibioticoterapia somente no RT, sem relato de prescrição medicamentosa no RI. Três profissionais não responderam esta questão.

Tabela 3 – Procedimentos empregados com relação à contenção de dentes avulsionados para casos de reimplante imediato e tardio

Conduta	Respostas obtidas quanto a contenção dentária (questão 12)	Número
Adequada	Resina composta fotopolimerizável e fio ortodôntico	25
	Resina composta fotopolimerizável e fio de nylon	10
	Bráquets ortodônticos	4
Inadequada	Contenção, imobilização, fixação, semi-rígida – sem definição do material utilizado ou período de contenção	27
	Resina fotopolimerizável	14
	Amarria com fios metálicos	5
	RI: Semi-rígida 15 dias RT: Rígida 45-60 dias	4
	Rígida	3

	Cimento cirúrgico	3
	Não é feita contenção	2
TOTAL		99

* Um CD não respondeu esta questão.

Na questão referente ao ajuste oclusal (Tabela 4) dos dentes reimplantados, há somente 19 relatos da remoção de contatos prematuros ou de interferências oclusais (procedimentos adequados). Para a grande maioria, o dente reimplantado deve ser deixado em infra-oclusão (49 CDs); com alívio oclusal ou dos contatos (20 CDs); 2 CDs realizam ajuste oclusal somente no RT deixando o dente reimplantado em infra-oclusão; nenhum ajuste (1 CD); 9 respostas não se aplicam ao assunto em questão e um profissional não respondeu.

Tabela 4 – Procedimentos empregados com relação ao ajuste oclusal para casos de reimplante imediato e tardio

Conduta	Respostas obtidas quanto ao ajuste oclusal (questão 14)	Número
Adequada	Remoção de contatos prematuros ou interferências	19
	Infra-oclusão	49
	Alívio oclusal ou dos contatos	20
	Não se aplicam	8
Inadequada	RI: nenhum ajuste oclusal RT: ajuste oclusal (infra-oclusão)	2
	Nenhum ajuste	1
TOTAL		99

* Um CD não respondeu esta questão.

A partir do relato detalhado dos procedimentos empregados para o tratamento dos casos de avulsão dentária (questões de 9 a 14), foi possível elaborar um gráfico representativo das condutas adequadas e inadequadas, de acordo com cada questão (Figura 1). De uma forma geral, 47,5 % dos

procedimentos relatados pelos cirurgiões-dentistas entrevistados são adequados.

Com relação à educação e orientação dos pacientes, 97 CDs recomendam que o tempo extra-alveolar seja o menor possível; 1 CD sugere até 12 horas em meio apropriado, sem dizer qual; 1 CD até 2 horas e um entrevistado não respondeu. O meio úmido é o meio preconizado pelos profissionais: saliva; leite e soro foram os meios mais citados (80,79 e 75 citações respectivamente); água (16 CDs); solução salina balanceada de Hank (HBSS) (1 CD); hipoclorito de sódio (1 CD) e um CD não respondeu esta questão. As freqüências ultrapassaram 100, pois há mais de uma resposta para a mesma questão. A mínima manipulação do dente avulsionado é recomendada por 93 CDs, com orientação para segurar o dente sempre pela coroa; 5 orientam lavar o dente em água corrente e colocar num meio de conservação adequado, sem dizer qual; um entrevistado sugere além da lavagem em água corrente, colocar em solução de hipoclorito de sódio e um profissional não respondeu (1 CD). Sessenta CDs incentivam a realização do reimplante pelo próprio paciente ou familiares, seguida da procura por ajuda profissional; 12 CDs indicam somente em caso de distância de um cirurgião-dentista; para 6 CDs depende do caso (condições do alvéolo, tipo de dentição, estado emocional do paciente); 18 profissionais contra-indicam esta manobra; 2 CDs sugerem controle clínico e radiográfico; 02 CDs preconizam apenas a manutenção do dente avulsionado em soro fisiológico. Condutas favoráveis ou desfavoráveis quanto à educação e orientação de pacientes (questões de 15 a 18) foram expressas em freqüências (Figura 2), e de uma forma geral, 87,7% das orientações transmitidas aos pacientes são favoráveis ao prognóstico do reimplante.

Figura 1 – Procedimentos empregados para o tratamento dos casos de avulsão dentária

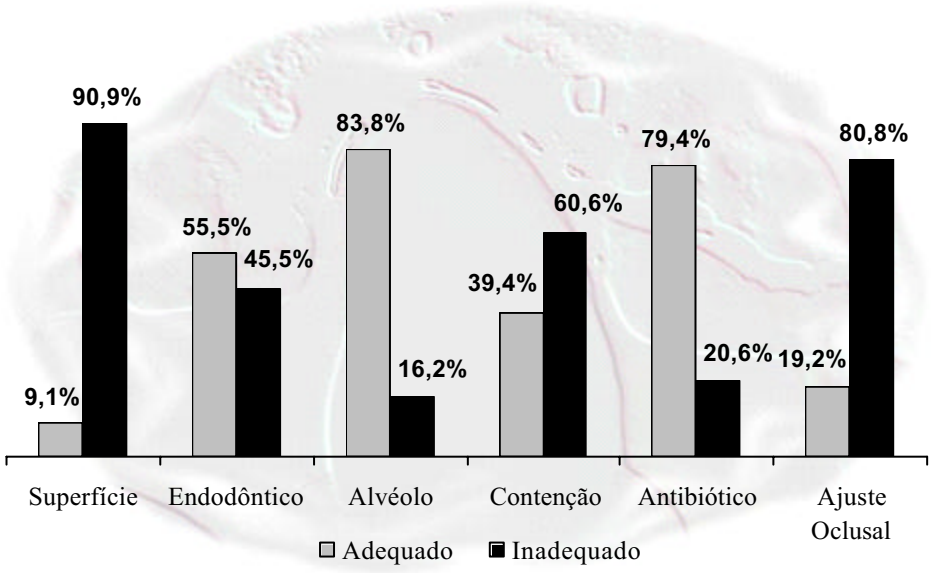
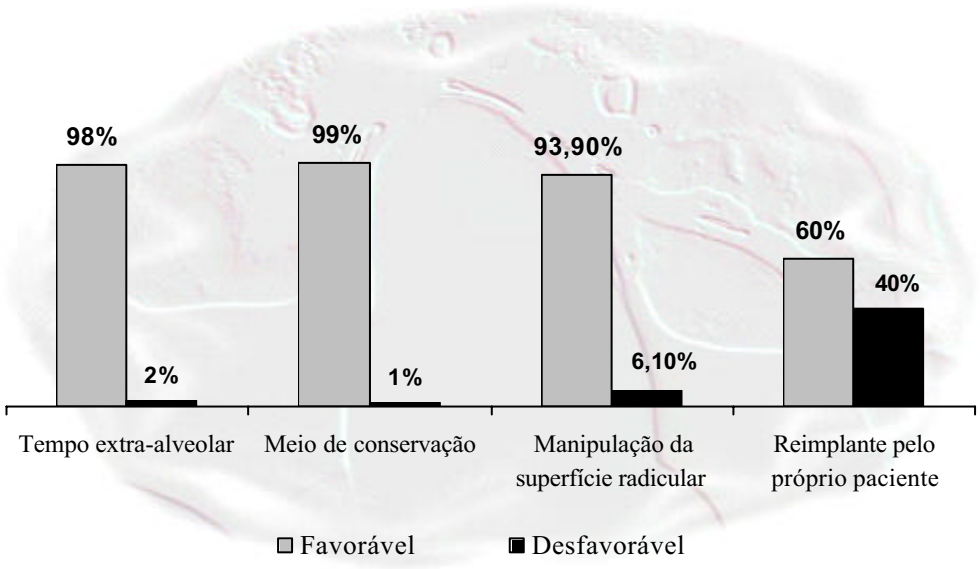


Figura 2 – Educação e orientação dos pacientes nos casos de avulsão dentária


98%
2%
99%
1%
93,90%
6,10%
60%
40%
Tempo extra-alveolar
Meio de conservação
Manipulação da superfície radicular
Reimplante pelo próprio paciente
Favorável
Desfavorável

Discussão

5 Discussão

Muito embora na literatura os índices de traumatismos dentários pareçam aumentar na atualidade em níveis epidemiológicos (1-5), o atendimento de avulsões dentárias pode ser considerado uma ocorrência rara para boa parte dos cirurgiões-dentistas. No presente estudo, apesar desse tipo de trauma ser comum na rotina odontológica de apenas 15 profissionais, 71 entrevistados relataram ter tido algum tipo de experiência clínica com as avulsões dentárias, achado que pode estar relacionado com os anos de prática clínica, pois CDs formados anteriormente a 1989 atenderam proporcionalmente mais casos quando comparados aos demais entrevistados (Anexo D). Todavia, todo cirurgião-dentista está sujeito a receber em seu consultório um paciente com avulsão, uma vez que a procura por atendimento é feita nas proximidades do ocorrido (19).

Essa realidade deixa clara a importância da difusão de conhecimentos sobre o assunto dentre aqueles que estão envolvidos com o atendimento odontológico, ou seja, cirurgiões-dentistas, auxiliares e atendentes (20,26,27).

Os traumatismos dentários muitas vezes são tratados empiricamente, bem como a etiologia das complicações pobremente entendidas (5). Essas deficiências não são fatos isolados e se tornam claras em alguns levantamentos, como na Nova Zelândia (26), na Inglaterra (20) e na Tanzânia (27), demonstrando falta de divulgação das informações e

despreparo dos entrevistados ao se depararem com esse tipo de traumatismo.

Dessa forma, além da experiência clínica, é necessária a sedimentação de conhecimentos básicos e constante atualização sobre o assunto. A fim de fornecer diretrizes e orientar o profissional no manejo das avulsões dentárias, foram criados protocolos de atendimento (23-25) e de acordo com a Associação Internacional de Traumatismo Dentário (25), observam-se tratamentos distintos para dentes avulsionados permanentes com rizogênese completa ou incompleta e com tempo extra-alveolar menor ou maior do que 60 minutos em meio seco.

Para facilitar o tratamento das avulsões dentárias, o reimplante foi didaticamente classificado em imediato (realizado no prazo de até 1 hora após a avulsão) e mediato ou tardio (reimplante realizado após 1 hora decorrida da avulsão), baseado nos protocolos descritos (23-25), em trabalhos experimentais (10) e a partir de estudos clínicos longitudinais (8,12,28). Entretanto, essas denominações geram grande controvérsia, pois, na prática clínica, nem sempre é possível a realização do reimplante num período considerado ideal como 5 minutos (29), 15 minutos (30) ou 18 minutos (10), nos quais há previsibilidade do reparo do ligamento periodontal e ausência de seqüelas como reabsorções radiculares.

A opção de tratamento no reimplante dentário (imediato ou tardio) é influenciada pelas condições do dente avulsionado (extensão do período extra-alveolar em meio seco ou úmido, contaminação da superfície radicular) (8,10) e pela probabilidade da manutenção da vitalidade do ligamento periodontal e da polpa.

Diante do exposto, nos deparamos com um grande dilema: qual tipo de tratamento indicar ? Reimplante imediato ou tardio ? A dificuldade em traçar planos de tratamento diferentes para o reimplante imediato ou tardio (questões de 9 a 14) foi constatada neste estudo, uma vez que a

maioria dos entrevistados adotou o mesmo tipo de tratamento para ambos os casos. Certamente, além das classificações e protocolos disponíveis, o tratamento e o prognóstico dos casos devem ser aliados ao bom senso, separando o reimplante em favorável ou desfavorável.

O sucesso do reimplante dentário está ligado, entre outros fatores, ao apropriado atendimento inicial (6,20), além de um efetivo acompanhamento clínico e radiográfico a longo prazo.

Em alguns desses itens, particularmente no tratamento da superfície radicular, um achado preocupante é aquele que aponta que poucos profissionais (9 CDs) distinguem o ligamento periodontal com vitalidade (reimplante imediato) do necrosado (reimplante tardio). Considerando que o reimplante é relativamente um trauma incomum na rotina odontológica e que o reimplante imediato é ainda mais raro, somente a irrigação com soro fisiológico, relatada por 62 CDs, não pode ser considerada uma medida adequada para o reimplante tardio. Apesar da diversidade de técnicas sugeridas, uma padronização já está bem definida: hidratação do LP com soro fisiológico no RI (14,23-25) e a remoção do LP necrosado no RT (25), que deve estar associada á aplicação tópica com fluoreto fosfato acidulado de sódio 2,4% (25,31) ou fluoreto de estanho 2% (23,30).

O tratamento adequado da superfície radicular no reimplante tardio pode retardar a ocorrência de reabsorções radiculares, ao passo que a terapia endodôntica dos dentes avulsionados é indicada no controle e tratamento da reabsorção radicular inflamatória (7,32). O diagnóstico da necrose ou vitalidade pulpar deve ser realizado baseado nas características do trauma: como tempo extra-alveolar, rizogênese do dente avulsionado e em testes de vitalidade e percussão (7,28). Sob esse aspecto e de acordo com as respostas obtidas neste trabalho, ainda persistem dúvidas em relação

ao momento ideal do início do tratamento de canal para 45,4% dos entrevistados com condutas inadequadas.

O acompanhamento clínico e radiográfico no RI e a terapia endodôntica com pasta de hidróxido de cálcio no RT foram medidas consideradas adequadas (relatadas por 28 CDs). No entanto, o profissional deve estar ciente que a revascularização pulpar é um achado incomum mesmo no RI, e que muitas vezes uma atitude conservadora irá culminar em atraso no diagnóstico da reabsorção inflamatória, limitando a ação local do tratamento endodôntico com pasta de hidróxido de cálcio e podendo levar á perda do elemento dentário, de acordo com a velocidade do processo reabsortivo.

O alvéolo deve ser preparado, basicamente, a fim de remover corpos estranhos e facilitar o reposicionamento do dente no seu interior (7). Pode ser levemente aspirado, se houver algum coágulo presente e se for constatada fratura da parede óssea, o reposicionamento deve ser realizado com um instrumento rombo no interior do alvéolo (23). Bons resultados foram observados nesta pesquisa (83,8%), já que os procedimentos relatados parecem apropriados, facilitando a manobra do reimplante.

No reimplante dentário, a contenção preconizada é a flexível (fisiológica), devendo ser removida de 7 a 10 dias (7,23,24,25,33), ou rígida em casos de fratura dento-alveolar, em que o período de contenção é maior (4-8 semanas) (7,33). Das questões aplicadas, a pergunta sobre a contenção dos dentes avulsionados foi a que apresentou maior diversidade nas respostas. Um ponto que gera controvérsia é a flexibilidade ou rigidez das contenções, sobretudo quanto ao material utilizado. Contenções elaboradas com fio ortodôntico com diâmetro menor ou igual a 0.5 mm e resina fotopolimerizável (33), confeccionadas com fio de nylon e resina fotopolimerizável (24) ou bráquetes ortodônticos são consideradas flexíveis (33). O termo semi-rígida, relatado por alguns entrevistados (16 CDs)

parece inapropriado pois é muito abrangente, e deveria especificar o material empregado, já que não define se a contenção é parcialmente rígida ou flexível.

Dados bastante satisfatórios foram encontrados com relação à terapêutica medicamentosa (79,4% dos CDs entrevistados prescrevem antibióticos). O uso da antibioticoterapia no reimplante dentário é consenso na literatura como meio de se controlar a contaminação da raiz e do alvéolo, particularmente nos casos de período extra-alveolar prolongado (11,34), sendo a penicilina o antibiótico de escolha (26,35). Acredita-se que essa medida, aliada ao tratamento endodôntico, pode ser capaz de prevenir, reduzir ou eliminar a reabsorção inflamatória (35).

Merece destaque, também, o fato da maioria dos profissionais (80,8%) afirmar que o dente avulsionado deva ficar em infra-oclusão ou com alívio oclusal (contatos), o que implicaria num desgaste acentuado da sua superfície incisal, quando o ideal é a remoção de eventuais contatos prematuros decorrentes da reposição do elemento dentário na sua loja de origem (7,23,24).

Os achados mais positivos, no entanto, foram aqueles relacionados à educação dos pacientes, tais como a recomendação que o reimplante seja realizado o mais breve possível (98%); a utilização de meios úmidos (saliva, leite, soro) para o acondicionamento do dente até receber o tratamento definitivo (99%) e o incentivo para que o reimplante seja feito pelo próprio paciente (60 %). A despeito dessa última orientação, professoras escolares se mostraram relutantes em realizar esta manobra. As razões relatadas estavam relacionadas à falta de confiança, experiência ou treinamento; medo de machucar ou aumentar a situação de pânico do paciente; medo de contrair alguma doença infecciosa ou contaminar o dente e alvéolo da criança (36,37); e, ainda, a possibilidade de implicações legais ou processos por reimplantarem o dente incorretamente (37). Diante disso,

na impossibilidade de realização do reimplante, é imperativo o conhecimento de um meio de conservação adequado, ou seja, capaz de promover as melhores condições possíveis para a sobrevivência das células do ligamento periodontal e com disponibilidade no momento do trauma (38).

Seguramente, a fonte mais apropriada de informação é o dentista do paciente (15). Painéis explicativos nos hospitais e postos de saúde ou artigos em jornais e revistas são meios de divulgação que contribuem para a educação em saúde bucal. A receptividade pelo assunto pode ser verificado em pesquisas com indivíduos que prestam os primeiros socorros como: técnicos esportivos (39,40), professoras (36), enfermeiras e assistentes (15,26,37), e pais (15,22,26,41), pois geralmente a maioria dos entrevistados nunca recebeu nenhuma informação a respeito. Holan & Shmueli (42), numa pesquisa realizada com 335 médicos e residentes de alguns hospitais de uma cidade de Israel, revelaram que 50% dos entrevistados não reimplantariam o dente avulsionado sob nenhuma circunstância. Isso reflete a necessidade da inter-relação de conhecimento entre as áreas da saúde, com o propósito de atender às necessidades integrais do paciente.

Assim, se formos capazes de conscientizar a população e cirurgiões-dentistas (diminuição do tempo extra-alveolar em meio seco e necessidade do pronto e apropriado atendimento), poderemos reverter a concepção de que estes dentes serão eventualmente perdidos (43).

A despeito da possível subjetividade clínica do questionário e da sua forma de aplicação, a análise dos procedimentos empregados demonstrou que alguns conceitos como tratamento da superfície radicular e ajuste oclusal dos dentes reimplantados precisam ser esclarecidos ou redefinidos, evidenciando a necessidade premente de campanhas educativas

aplicadas de forma abrangente e maior ênfase sobre o assunto deve ser dada no curso de graduação.

Conclusão

6 Conclusão

Após a análise dos resultados, foi possível concluir que 47,5% dos procedimentos empregados pelos 100 cirurgiões-dentistas entrevistados são adequados e que 87,7% das orientações transmitidas aos pacientes são favoráveis, fatores que podem interferir positivamente no prognóstico do reimplante dentário.

Referências

7 Referências[1]

1 Traebert J, Peres MA, Blank V, Böell RS, Pietruza JA. Prevalence of traumatic dental injury and associated factors among 12-year-old school children in Florianópolis, Brazil. Dent Traumatol 2003; 19(1): 15-8.

2 Marcenes W, Beiruti N, Tayfour D, Issa S et al. Epidemiology of traumatic injuries to the permanent incisors of 9-12 year-old schoolchildren in Damascus, Syria. Endod Dent Traumatol 1999; 15(3): 117-23.

3 Marcenes W, Bönecker MJS. Aspectos espidemiológicos e sociais das doenças bucais. In Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

4 Narvai PC, Castellanos Fernandes RA, Frazão P. Prevalência de cáries em dentes permanents de escolares do município de São Paulo, SP, 1970-1996. Rev Saúde Pública 2000; 34(2): 196-200.

5 Andreasen JO, Andreasen FM. Dental Traumatology, quo vadis. Endod Dent Traumatol 1990; 6(2): 78-80.

6 Al-Jundi SH. Type of treatment, prognosis, and stimation of time spent to manage dental trauma in late presentation cases at dental teaching hospital: a longitudinal and retrospective study. Dent Traumatol 2004, 20(1):1-5.

7 Andreasen JO, Andreasen FM. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth, 3rd ed. Copenhagen, St. Louis: Munksgaard: CV Mosby; 1994.

8 Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation

1. As referências no texto estão de acordo com as normas da revista Dental Traumatology, para a qual o trabalho será enviado.

of 400 avulsed permanent incisors.1. Diagnosis of healing complications. Endod Dent Traumatol 1995; 11(2): 51-58.

9 Andreasen JO, Hjorting-Hansen E. Replantation of teeth. I. Radiographic and clinical study of 110 human teeth replanted after accidental loss. Acta Odontol Scand 1966; 24(3): 263-86.

10 Andreasen JO. Effect of extra-alveolar period and storage media upon periodontal and pulpal healing after replantation of mature permanent incisors in monkeys. Int J Oral Surg 1981; 10(1): 43-53.

11 Hammarström L, Blomlöf L, Lindskog S. Dynamics of dentoalveolar ankylosis and associated root resorption. Endod Dent Traumatol 1989; 5(4):163-75.

12 Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 4. Factors related to periodontal ligament healing. Endod Dent Traumatol 1995; 11(2): 76-89.

13 Sonoda CK, Poi WR; Okamoto T, Toyota E, Takeda RH. Reimplante imediato de dentes após o tratamento da raiz com solução de hipoclorito de sódio a 1%, 2,5%, 5% e 10%. Rev Bras Odontol 2000; 57(5): 293-6.

14 Barrett E, Kenny DJ. Avulsed permanent teeth: a review of the literature and treatment guidelines. Endod Dent Traumatol 1997; 13(4): 153-63.

15 Walker A, Brenchley J. It's a knockout: survey of the management of avulsed teeth. Accid Emerg Nurs 2000, 8(2): 66-70.

16 Panzarini SR, Saad Neto M, Sonoda CK, Poi WR, Carvalho ACP. Avulsões dentárias em pacientes jovens e adultos na região de Araçatuba. Rev Assoc Paul Cir Dent 2003; 57(1): 27-31.

17 Silva AC, Passeri LA, Mazzoneto R, Moraes M, Moreira RW. Incidence of dental trauma associated with facial trauma in Brazil: a 1-year evaluation. Dent Traumatol 2004; 20(1):6-11.

18 Bastone EB, Freer TJ, McNamara JR. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature. Aust Dent J 2000; 45(1):2-9.

19 Poi WR, Salineiro SL, Miziara FV, Miziara EV. A educação como forma de favorecer o prognóstico do reimplante dental. Rev Assoc Paul Cir Dent 1999; 53(6): 474-9.

20 Hamilton FA, Hill FJ, Holloway PJ. An investigation of dento-alveolar trauma and its treatment in an adolescent population. Part 2: dentists'knowledge of management methods and their perceptions of barriers to providing care. Br Dent J 1997; 182(4): 129-33.

21 Andreasen JO. External root resorption: its implication in dental traumatology paedodontics, periodontics, orthodontics and endodontics. Int Endod J 1985; 18(2): 109-18.

22 Raphael SL, Gregory PJ. Parental awareness of the emergency management of avulsed teeth in children. Aust Dent J 1990; 35(2): 130-3.

23 Trope M. Clinical management of the avulsed tooth: present strategies and future directions. Dent Traumatol 2002; 18(1): 1-11.

24 AAE. American Association of Endodontics. Treating the avulsed permanent tooth. Update Guidelines. Chicago 1994.

25 Flores MT, Andreasen JO, Bakland LK, Feiglin B, Gutmann JL, Oikarinen K, et al. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. Dent Traumatol 2001; 17(5): 93-8.

26 Stokes AN. Lay and professional knowledge of methods for emergency

management of avulsed teeth. Endod Dent Traumatol 1992; 8(4): 160-2.

27 Kahabuka FK, Willemsen W, Van't Hof, Ntabaye MK, Burgersdijk R, Frankenmolen F, et al. Initial treatment of traumatic dental injuries by dental practitioners. Endod Dent Traumatol 1998; 14(5): 206-9.

28 Andreasen JO, Borum MK, Jacobsen HL, Andreasen FM. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 4. Factors related to pulpal healing. Endod Dent Traumatol 1995; 11(2): 59-68.

29 Kenny DJ, Barret EJ, Casas MJ. Avulsions and intrusions: the controversial displacement injuries. J Can Dent Assoc 2003; 69(5): 308-13.

30 Krasner P. Advances in the treatment of avulsed teeth. Dent Today 2003; 22(8): 84-7.

31 Mahajan SK, Sidhu SS. Effect of fluoride on root resorption of autogenous dental replants: clinical study. Aust Dent J 1981; 26(1): 42-5.

32 Andersson L, Bodin I, Sorensen S. Progression of root resorption following replantation of human teeth after extended extraoral storage. Endod Dent Traumatol 1989; 5(1): 38-47.

33 Oikarinen K. Tooth splinting: a review of the literature and consideration of the versatility of a wire-composite splint. Endod Dent Traumatol 1990; 6(6): 237-50.

34 Sae-Lim V, Wang CY, Trope M. Effect of systemic tetracycline and amoxicillin on inflammatory root resorption of replanted dog teeth. Endod Dent Traumatol 1998; 14(5): 216-20.

35 Hammarstrom L, Blomlöf L, Feiglin B, Andersson L, Lindskog S.

Replantation of the teeth and antibiotic treatment. Endod Dent Traumatol 1986; 2(2): 51-7.

36 Blakytny C, Surbuts C, Thomas A, Hunter ML. Avulsed permanent incisors: knowledge and attitudes of primary school teachers with regard to emergency management. Int J Paediatric Dent 2001; 11(5): 327-32.

37 Hamilton FA, Hill FJ, Mackie IC. Investigation of lay knowledge of the management of avulsed permanent incisors. Endod Dent Traumatol 1997; 13(1): 19-23.

38 Blomlöf L, Otteskog P. Viability of human periodontal ligament cells after storage in milk or saliva. Scand J Dent Res 1980, 88(5): 436-40.

39 Lang B, Pohl Y, Fillippi A. Knowledege and prevention of dental trauma in team handball in Switzerland and Germany. Dent Traumatol 2002; 18(6): 329-34.

40 Onyeaso CO, Adegbesan OA. Knowledge and attitudes of coaches of secondary school atheletes in Ibadan, Nigeria regarding oro-facial injuries and mouthguard use by the athletes. Dent Traumatol 2003; 19(4): 204-8.

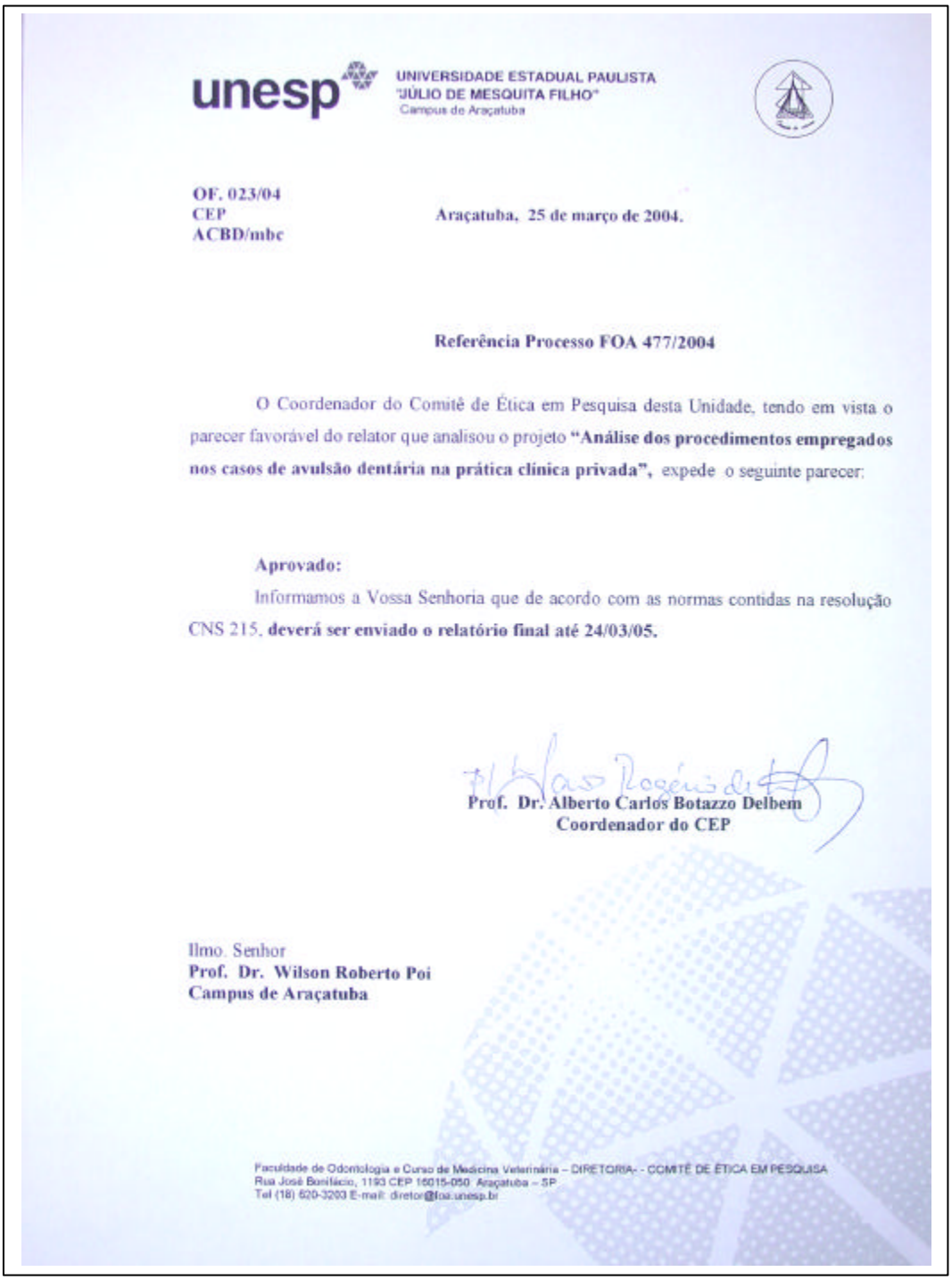
41 Sae-Lim V, Chulaluk K, Lim LP. Patient and parental awareness of the importance of immediate management of traumatised teeth. Endod Dent Traumatol 1999; 15(1): 37-41

42 Holan G, Shmueli Y. Knowledge of physicians in hospital emergency rooms in Israel on their role in cases of avulsion of permanent incisors. Int J Paediatric Dent 2003; 13(1): 13-9.

43 Majorana A, Bardelline E, Conti G, Keller E, Pasini S. Root resorption in dental trauma: 45 cases followed for 5 years. Dent Traumatol 2003; 19(5): 262-5.

Anexos

ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa - FOA -UNESP



unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" Campus de Araçatuba

OF. 023/04
CEP
ACBD/mbc

Araçatuba, 25 de março de 2004.

Referência Processo FOA 477/2004

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto **"Análise dos procedimentos empregados nos casos de avulsão dentária na prática clínica privada"**, expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, **deverá ser enviado o relatório final até 24/03/05.**

Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem
Coordenador do CEP

Ilmo. Senhor
Prof. Dr. Wilson Roberto Poi
Campus de Araçatuba

Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária – DIRETORIA- - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba – SP
Tel (18) 620-3203 E-mail: diretor@foa.unesp.br

ANEXO B – Questionário

DISCIPLINA DE CLÍNICA INTEGRADA
Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba
Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada

PESQUISA: Atendimento de pacientes com avulsão dentária

1. Qual o ano de conclusão do seu curso de Graduação ?.....
2. Em que instituição você realizou esse curso ?.....
3. Qual a sua idade ?.....Sexo.....
4. Cursou ou está cursando atualização/aperfeiçoamento/especialização/pós-graduação ?.....
Qual (is).....

5. Você já atendeu algum caso de avulsão dentária ?
† Sim † Não
6. Esse tipo de trauma é comum na sua prática clínica ?
† Sim † Não
7. Dos casos atendidos por você, qual a faixa etária mais acometida por esse traumatismo ?
† de 0 a 7 anos † de 12 a 18 anos
† de 7 a 12 anos † de 18 anos ou mais
8. Qual, na sua opnião, deve ser o tempo ideal para a realização do reimplante dentário para que se consiga bons resultados ?
† imediatamente † até 30 minutos
† até 1 hora † 2 horas ou mais
† não sei

Considerando as observações relatadas na literatura especializada, um reimplante dentário pode ser considerado como imediato quando realizado no prazo de até uma hora após a avulsão e, a partir daí, é classificado como tardio ou mediato. Com base nessa afirmativa, responda as questões de 9 a 14.

9. Relate, resumidamente, o seu procedimento com relação ao tratamento da superfície radicular para casos de reimplante imediato e tardio:
.....
.....
.....
10. Relate, resumidamente, o seu procedimento com relação ao tratamento do canal radicular para casos de reimplante imediato e tardio:
.....
.....
.....
11. Relate, resumidamente, o seu procedimento com relação ao tratamento do alvéolo dentário para casos de reimplante imediato e tardio:
.....
.....
.....
12. Relate, resumidamente, o seu procedimento com relação à contenção do dente avulsionado para casos de reimplante imediato e tardio:
.....
.....
.....
13. Relate, resumidamente, o seu procedimento com relação ao uso de antibióticos para casos de reimplante imediato e tardio:
.....
.....
.....
14. Relate, resumidamente, o seu procedimento com relação ao ajuste oclusal para casos de reimplante imediato e tardio:
.....
.....
.....

Seguramente, a educação dos pacientes é uma forma de favorecer o prognóstico do reimplante dentário. Diante da possibilidade de uma avulsão dentária por parte de seus pacientes, quais orientações voc ê transmite:

15. Quanto ao tempo extra-alveolar ?
.....
.....
.....
16. Quanto ao meio utilizado para a conservação do dente avulsionado ?
.....
.....
.....
17. Quanto a manipulação desse dente por parte do paciente ?
.....
.....
.....
18. Quanto ao reimplante desse elemento pelo próprio paciente ?
.....
.....

ANEXO C –

Tabela 1 - Análise comparativa entre o ano de formação dos profissionais entrevistados e tipo de instituição (particular ou pública)

Formatura	Particular	Pública	TOTAL
60 a 79	4	7	11
Row%	36.6	63.6	100
Col %	6.6	18.4	11.1
80 a 89	19	15	34
Row%	55.9	44.1	100.0
Col %	31.1	39.5	34.3
90 a 2001	38	16	54
Row%	70.4	29.6	100.0
Col %	62.3	42.1	54.5
TOTAL	61	38	99*
Row%	61.6	38.4	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0

Não significativo ao nível de 5%

Tabela 2- Análise comparativa entre o ano de formação dos profissionais entrevistados e gênero (feminino ou masculino)

Formatura	Feminino	Masculino	TOTAL
60 a 79	4	8	11
Row%	27.3	72.7	100
Col %	5.7	17.4	11.1
80 a 89	17	17	34
Row%	50.0	50.0	100.0
Col %	32.1	37.0	34.3
90 a 2001	33	21	54
Row%	61.1	38.9	100.0
Col %	62.3	45.7	54.5
TOTAL	53	46	99*
Row%	53.5	46.5	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0

Não significativo ao nível de 5%

* A somatória dos valores é igual a 99 pois um entrevistado não respondeu a questão correspondente ao ano de formatura.

ANEXO D –

Tabela 3 - Questão 5. Você já atendeu algum caso de avulsão dentária ?

Avulsão	Freqüência	Porcentagem
NÃO	29	29.0%
SIM	71	71.0%
TOTAL	100	100.0%

Tabela 4 - Análise comparativa entre o ano de formação dos profissionais entrevistados e a experiência com avulsões dentárias.

Formatura	NÃO	SIM	TOTAL
60 a 79	2	9	11
Row%	18.2	81.8	100
Col %	6.9	12.9	11.1
80 a 89	4	30	34
Row%	11.8	88.2	100.0
Col %	13.8	42.9	34.3
90 a 2001	23	31	54
Row%	42.6	57.4	100.0
Col %	79.3	44.3	54.5
TOTAL	29	70	99*
Row%	29.3	70.7	100.0
Col %	100.0	100.0	100.0

Significativo ao nível de 5%

* A somatória dos valores é igual a 99 pois um entrevistado não respondeu a questão correspondente ao ano de formatura.

Autorizo a reprodução deste trabalho.
Araçatuba, 16 de dezembro de 2004.

Thais Mara Manfrin