

DENISE PEDRINI

*Análise do conhecimento dos cirurgiões
dentistas sobre plano de tratamento das
injúrias do ligamento periodontal após
traumatismo dentoalveolar.*

2008

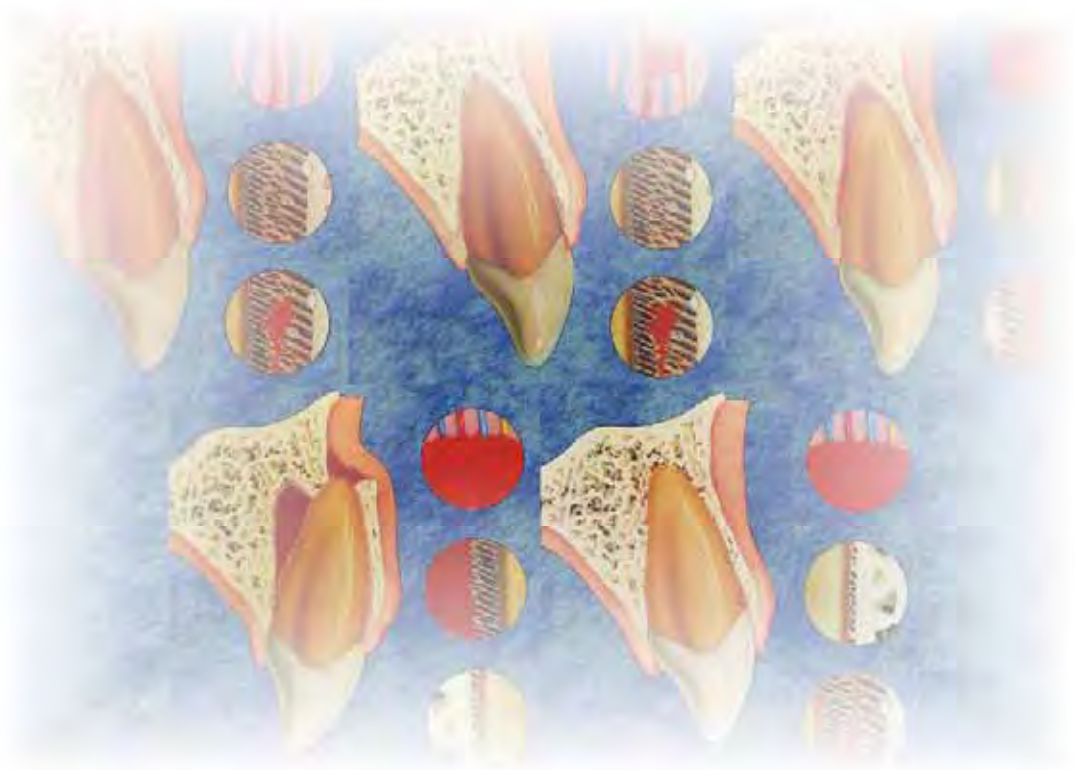
DENISE PEDRINI

*Análise do conhecimento dos cirurgiões
dentistas sobre plano de tratamento das
injúrias do ligamento periodontal após
traumatismo dentoalveolar.*

**Tese apresentada à Faculdade de
Odontologia do Câmpus de Araçatuba da
Universidade Estadual "Júlio de Mesquita
Filho" – UNESP, como parte dos
requisitos para a obtenção do Grau de
LIVRE-DOCENTE EM ODONTOLOGIA –
ÁREA DE CLÍNICA INTEGRADA.**

Araçatuba – São Paulo

2008

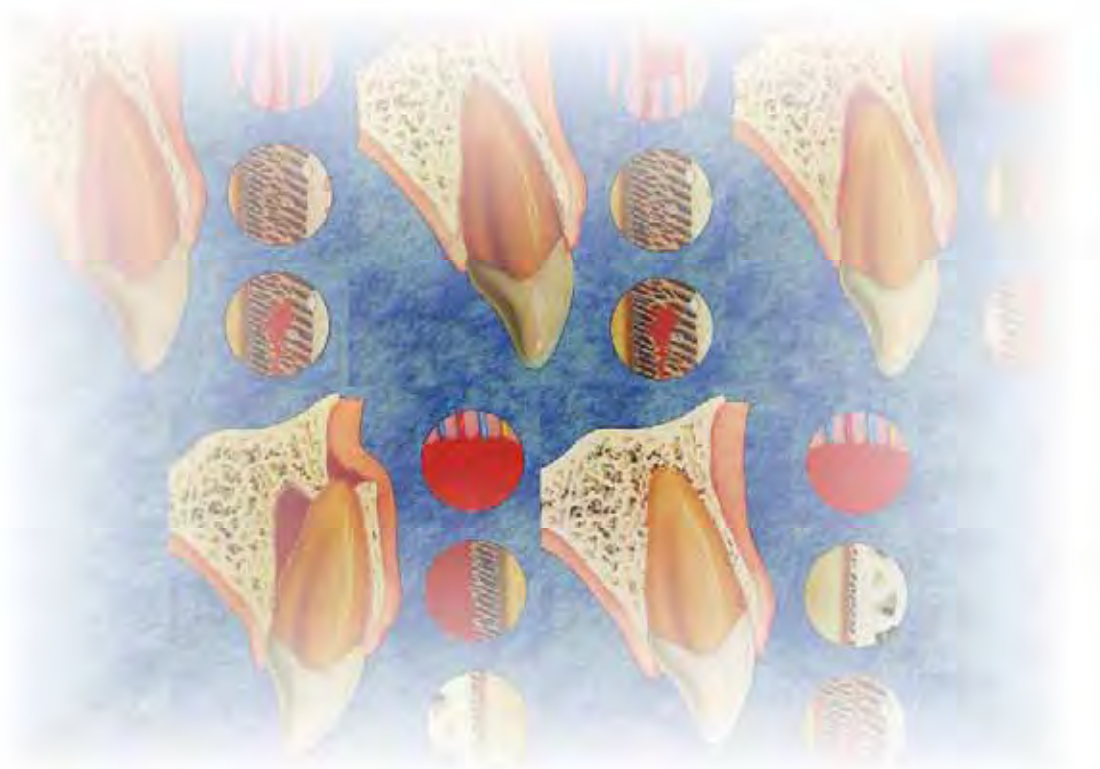


Dedicatoria



Dedicatória

*Dedico este trabalho à minha família e aos
meus amigos, pelo carinho e incentivo dispensados
durante minha vida.*



Agradecimentos Especiais



Agradecimentos Especiais

A Deus,

*Pela sua presença, fundamental em minha
vida, pois colocou no meu caminho uma família
maravilhosa e amigos verdadeiros.*

Aos meus pais, Arlindo e Elydia

*País maravilhosos, que com muita dedicação,
integridade e amor, ensinaram os mais nobres
valores da vida. Vocês nunca limitaram meus
sonhos, e me mostraram que, com perseverança,
tudo é possível. Quisera eu um dia poder retribuir
a vocês tudo o que recebi.*

Amo vocês!

Ao Cláudio

*“É um tal milagre encontrar, nesse labirinto de
desenganos amorosos, o ser verdadeiramente amado...”*

(Vinícius de Moraes)

Querido, com você aprendi o que é amar e ser feliz...

Por todo o sentido que deu em minha vida

Te amo muito!

Aos meus sogros, Sr. Sérgio e D. Marta

*Que me acolheram docemente em seu lar como uma
filha. Agradeço imensamente pelo carinho, atenção e
agradável convivência. Vocês são pessoas especiais.*

Adoro vocês!

À minha família

Obrigada por andarmos juntos no caminho da vida,

por estarem atentos sempre que necessito,

por me aceitarem assim como sou,

fazendo minha vida mais simples...

iluminando cada momento.

São simplesmente essenciais na minha vida.

Amo muito todos vocês!

Aos amigos da Clínica Integrada

Sônia, Poí, Celso, José Carlos, Daniela e Antônia

Vocês são o meu porto seguro.

O nosso convívio é como de uma família.

Vocês participam juntos das conquistas, respeitam as

limitações, dividem as dificuldades e apoiam

incondicionalmente.

Sinto-me privilegiada em trabalhar com vocês.

Obrigada por todo carinho!

À Profa. Maria Salete Machado Cândido

(in memoriam)

Aprendi com você muito mais que ensino e pesquisa.

Agradeço por ter encontrado uma pessoa tão

especial na minha vida.

Levo em meu coração a admiração que sinto por você.

Obrigada por tudo!

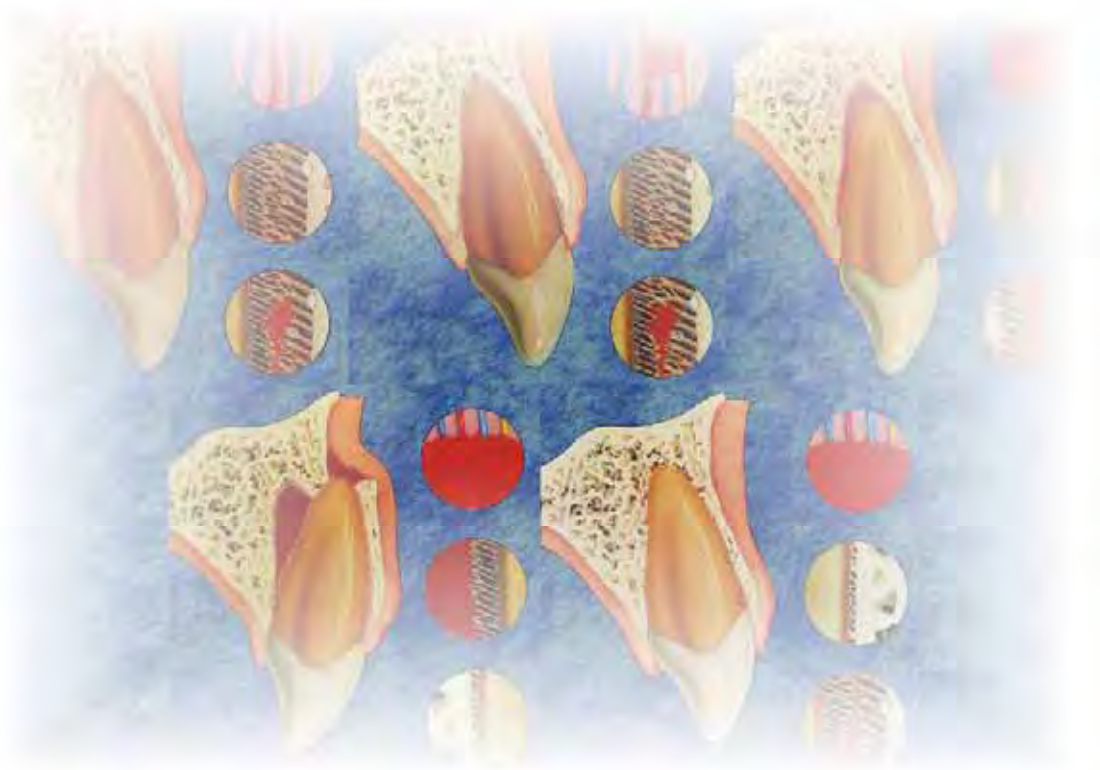
Aos meus alunos de graduação e pós-graduação

*“Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina”.*

(Cora Coralina)

*Vocês são a essência do meu trabalho.
Espero ter colaborado na missão do ensino, apontando
rumos, sem, entretanto, ter inibido as iniciativas que os
levarão a um promissor destino profissional.*

Aprendo muito com vocês.



Agradecimientos



Agradecimentos

*À Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, sob
direção do Prof. Dr. Pedro Felício Estrada Bernabé e da
Profa. Dra. Ana Maria Pires Soubhia, pelo meu trabalho
e oportunidade de crescimento profissional.*

*Ao Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada por
toda ajuda e amizade.*

*À Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica
(SBPqO), por conceder a oportunidade de realizar
esse trabalho.*

*Aos queridos alunos Kélio Garcia Silva, Eliana
Rodrigues, Lithieni Ribeiro Castilho, Célia Tomiko
Matida Hamata Saito, Cláudia Letícia Vendrame dos
Santos, Eloá Rodrigues Luvizuto e Jéssica Lemos
Gulinelli por ajudarem a aplicar o questionário.*

*Aos cirurgiões dentistas que responderam ao
questionário.*

*Ao Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem, amigo de
admirável competência. Obrigada pelas oportunidades,
pela disponibilidade e atenção. Sempre pronto a ensinar.*

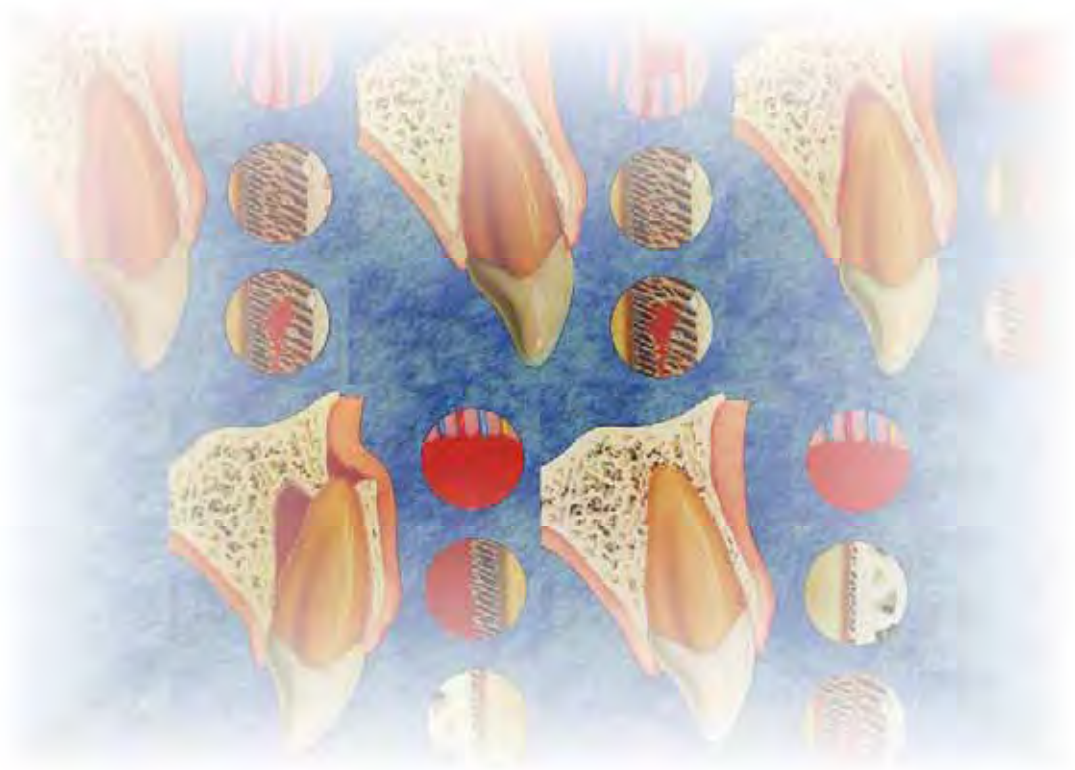
Obrigada por toda ajuda e apoio, sempre!

*Aos professores da Disciplina de Odontopediatria, pelo
carinho, oportunidades e pelas portas abertas com que
sempre me receberam.*

*À Profa. Dra. Maria Lúcia Marçal Mazza Sundfeld,
pela realização da análise estatística desse estudo, pela
seriedade, competência, paciência em ensinar e
esclarecer todas as dúvidas.*

*A todos funcionários da Biblioteca, em especial a Ana
Cláudia Martins Grieger Manzatti pela revisão
bibliográfica.*

*A todos aqueles que, de alguma forma, colaboraram
para que este sonho se tornasse realidade.*



Epígrafe

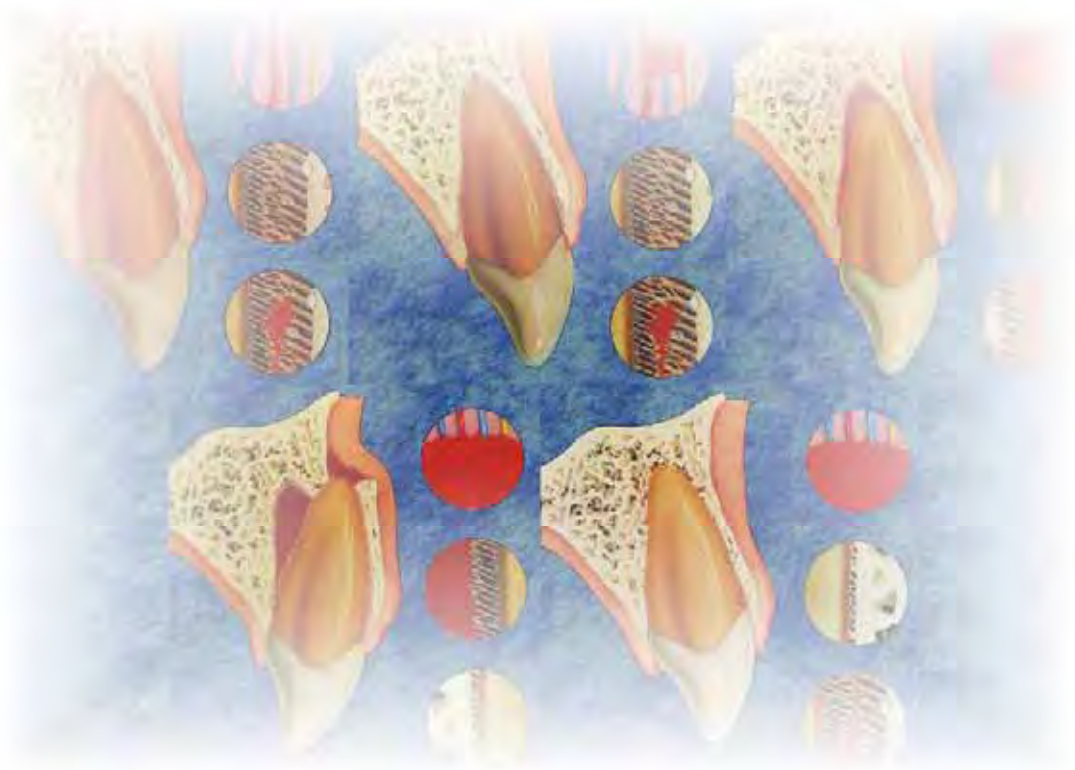


Epígrafe

Os conhecimentos nos dão meios para viver.

A sabedoria nos dá razão para viver.

Rubem Alves



Resumo



Resumo *

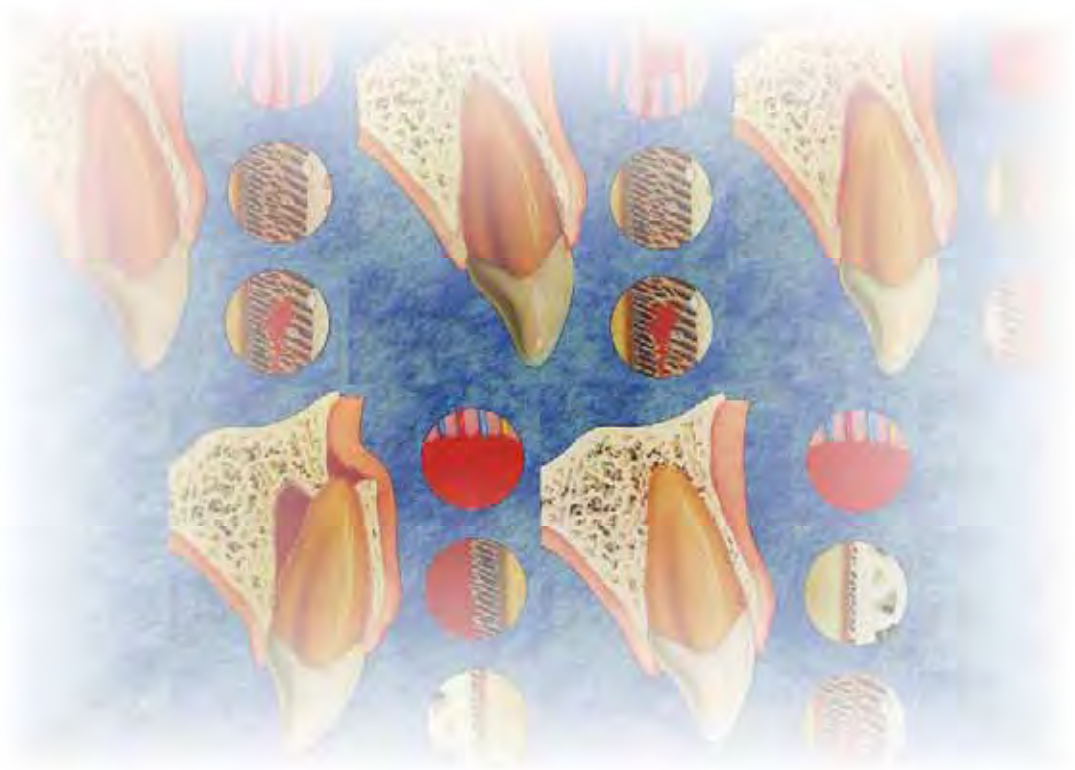
PEDRINI, D. Análise do conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre plano de tratamento das injúrias do ligamento periodontal após traumatismo dentoalveolar. (Tese - Livre-Docência). Araçatuba: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista; 2008.

O diagnóstico preciso e a elaboração de um plano de tratamento adequado podem constituir uma tarefa bastante complexa, especialmente nos traumatismos dentoalveolares, pois necessitam de uma abordagem multidisciplinar e conhecimento sobre o processo de reparo após o traumatismo. O objetivo do trabalho foi analisar o conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre plano de tratamento das injúrias do ligamento periodontal após traumatismo dentoalveolar. Para tanto, a partir de um questionário, foram abordadas perguntas referentes ao perfil dos profissionais entrevistados e conduta frente às injúrias do ligamento periodontal (concussão, subluxação, luxação extrusiva, luxação lateral e luxação intrusiva) ocasionadas por traumatismo dentoalveolar. Seiscentos e noventa e três cirurgiões dentistas que participaram da 23^a Reunião Anual da SBPqO (2006) responderam o questionário e os dados obtidos foram submetidos à análise descritiva, enquanto o teste estatístico foi aplicado para demonstrar as frequências e o nível de significância entre as variáveis (Teste qui-quadrado ou Teste Exato de

* Normalização segundo a revista Dental Traumatology (Anexo A).

Fisher). De acordo com os resultados obtidos, grandes dificuldades foram encontradas com relação ao plano de tratamento das luxações extrusiva, lateral e intrusiva. De maneira geral, a especialidade não influenciou na elaboração de planos adequados para as injúrias mais complexas. Foi possível concluir que os cirurgiões dentistas não apresentam conhecimento suficiente para tratar de maneira adequada as injúrias mais severas do ligamento periodontal após traumatismo dentoalveolar.

Palavras chave: traumatismos dentários; planejamento de assistência ao paciente; ligamento periodontal.



Abstract



Abstract

PEDRINI, D. Analysis of dentists' knowledge of the treatment plan for periodontal ligament injuries after dentoalveolar trauma. (Tese - Livre-Docência). Araçatuba: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista; 2008.

An accurate diagnosis and the establishment of an adequate treatment plan may constitute quite a complex task, particularly in cases of dentoalveolar trauma, which require a multidisciplinary approach and knowledge of the repair process in tooth injuries. The aim of this study was to analyze the dentists' knowledge of the treatment plan for periodontal ligament injuries after dentoalveolar trauma. For such purpose, a questionnaire was prepared with questions arguing about the profile of the interviewed professionals and their conduct facing periodontal ligament injuries (concussion, subluxation, extrusive luxation, lateral luxation and intrusive luxation) secondary to dentoalveolar trauma. Six hundred and ninety three dentists attending the 23rd Annual Meeting of the SBPqO (2006) filled out the questionnaire and the obtained data were subjected to descriptive analysis. Either chi-square test or Fisher's exact test was applied to determine the frequencies and the significance level among the variables. The results revealed great difficulties in establishing a treatment plan for extrusive, lateral and intrusive luxations. In general, the dental specialty of the participants did not influence the elaboration of adequate treatment plans for the most severe injuries. It could be concluded that dentists do not have

sufficient knowledge to treat properly the most severe types of periodontal ligament injuries following a dentoalveolar trauma.

Key words: tooth injuries; patient care planning; periodontal ligament.



Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição das respostas relativas a tempo de graduação, idade e gênero entre os cirurgiões dentistas (n=693).....	39
Tabela 2	Distribuição das áreas entre os especialistas.....	41
Tabela 3	Planos de tratamento propostos para as injúrias do ligamento periodontal (n=693).....	42
Tabela 4	Tempos de contenção para cada injúria analisada.....	44
Tabela 5	Associação entre o tempo de graduação e os planos de tratamento propostos para a concussão.....	45
Tabela 6	Associação entre o tempo de graduação e os planos de tratamento propostos para a subluxação.....	45
Tabela 7	Associação entre o tempo de graduação e os planos de tratamento propostos para a luxação extrusiva.....	46
Tabela 8	Associação entre o tempo de graduação e os planos de tratamento propostos para a luxação lateral.....	46
Tabela 9	Associação entre o CD clínico geral ou especialista e os planos de tratamento propostos para a concussão (n=684).....	47
Tabela 10	Associação entre o CD clínico geral ou especialista e os planos de tratamento propostos para a subluxação (n=684)....	47
Tabela 11	Associação entre o CD clínico geral ou especialista e os planos de tratamento propostos para a luxação extrusiva (n=684).....	48
Tabela 12	Associação entre o CD clínico geral ou especialista e os	

	planos de tratamento propostos para a luxação lateral (n=684).....	48
Tabela 13	Associação entre o CD clínico geral ou especialista e a capacidade de tratar todos os traumatismos abordados (n=631).....	50
Tabela 14	Associação entre as especialidades e os planos de tratamento propostos para a concussão (n=469).....	114
Tabela 15	Associação entre as especialidades e os planos de tratamento propostos para a subluxação (n=469).....	114
Tabela 16	Associação entre as especialidades e os planos de tratamento propostos para a luxação extrusiva (n=469).....	115
Tabela 17	Associação entre as especialidades e os planos de tratamento propostos para a luxação lateral (n=469).....	115
Tabela 18	Associação entre a capacidade de tratar todos os traumatismos e os planos de tratamento propostos para a concussão (n=640).....	116
Tabela 19	Associação entre a capacidade de tratar todos os traumatismos e os planos de tratamento propostos para a subluxação (n=640).....	116
Tabela 20	Associação entre a capacidade de tratar todos os traumatismos e os planos de tratamento propostos para a luxação extrusiva (n=640).....	117
Tabela 21	Associação entre a capacidade de tratar todos os traumatismos e os planos de tratamento propostos para a luxação lateral (n=640).....	117



Lista de Abreviaturas

SBPqO = Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica

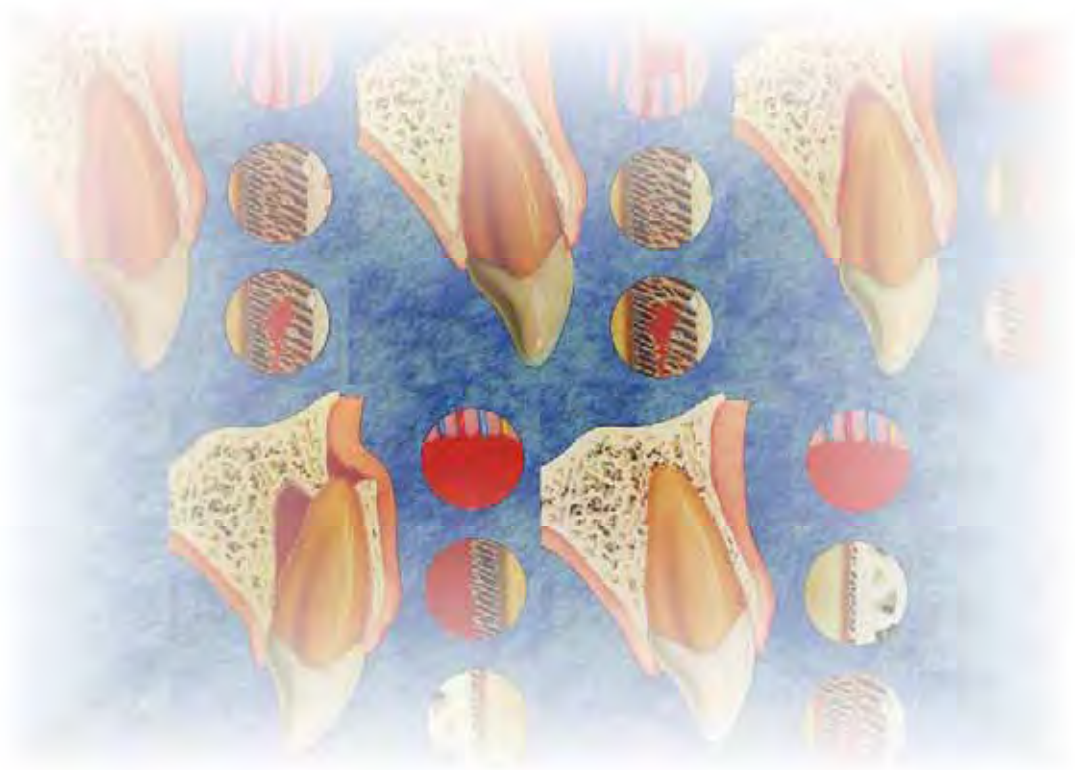
CDs = Cirurgiões Dentistas

CD = Cirurgião Dentista



Sumário

Introdução	29
Proposição	33
Material e Método	35
Resultado	38
Discussão	51
Conclusão	61
Referências	63
Anexo A - Normas do periódico "Dental Traumatology".....	71
Anexo B - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	84
Anexo C - Questionário aplicado aos voluntários	85
Anexo D - Autorização da SBPqO para a realização do estudo.....	86
Anexo E - Instituições dos cursos de graduação.....	87
Anexo F - Planos de tratamento propostos para a resolução das injúrias do ligamento periodontal, com base nas alternativas apresentadas no Anexo C.....	94
Anexo G - Tabelas.....	114



Introdução



Introdução

A natureza e a complexidade do traumatismo dentoalveolar é muito variada. Na maioria dos casos, o atendimento imediato e apropriado pode significar minimizar a ansiedade associada, e melhorar o prognóstico de muitas injúrias (1).

É necessário que os cirurgiões dentistas tenham um conhecimento adequado do atendimento do traumatismo dentoalveolar, especialmente o tratamento inicial. Uma falha no primeiro atendimento pode ocasionar implicações estéticas e funcionais, com aumento do desconforto e inconvenientes para o paciente, além de implicações financeiras se procedimentos mais complexos são requeridos (2, 3). Portanto, sem o tratamento imediato e adequado e o acompanhamento a longo prazo, as chances de complicações nos elementos dentários envolvidos aumentam, tais como necrose pulpar, reabsorção radicular externa e até mesmo a perda do dente (4).

A fim de assegurar um tratamento efetivo, o cirurgião dentista necessita do conhecimento dos vários tipos de traumatismos dentoalveolares e também do tratamento recomendado para cada uma das injúrias. Muitos casos de insucesso no tratamento resultam do desconhecimento por parte dos cirurgiões dentistas de como proceder no atendimento inicial, no decorrer do tratamento e no inadequado acompanhamento (5).

Os traumatismos dentoalveolares têm sido classificados de acordo com uma variedade de fatores, tais como etiologia, anatomia, patologia ou considerações terapêuticas (6). A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação para traumatismos dentários que inclui os dentes, os tecidos de sustentação, a gengiva e a mucosa bucal, e pode ser aplicada tanto à dentição decídua quanto à dentição permanente (7).

O conhecimento dessa classificação permite um correto diagnóstico e conseqüentemente um tratamento adequado que pode favorecer o prognóstico dessas injúrias.

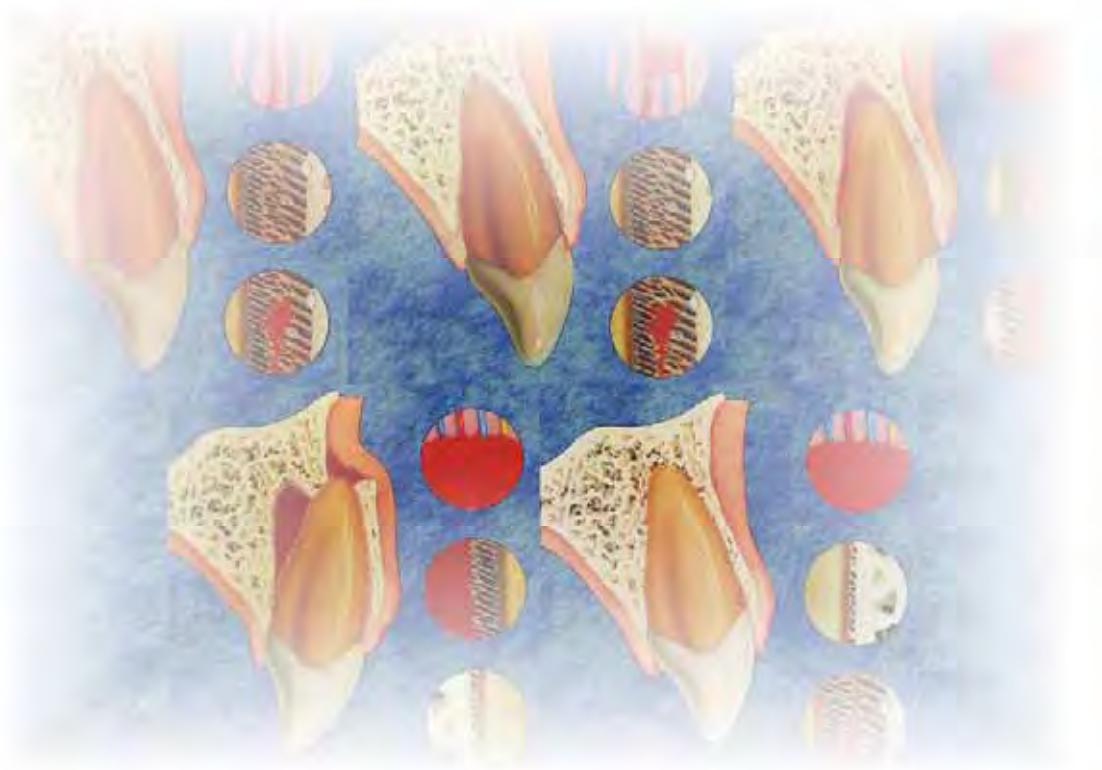
Os traumatismos dentoalveolares envolvendo as estruturas de sustentação do dente, normalmente apresentam injúria concomitante da polpa e do periodonto, necessitando desta forma de uma relação interdisciplinar, para o tratamento, o que é próprio da formação de um clínico geral (8).

Em algumas situações, o quadro clínico apresenta um aspecto que desencoraja o cirurgião dentista clínico geral a realizar os primeiros cuidados, mesmo que o paciente já tenha recebido atendimento médico, contudo, é importante ressaltar que tais profissionais são capazes de executar a maioria dos procedimentos necessários para este atendimento (9).

Diante disso, os profissionais devem estar atentos para uma parcela significativa da população que necessita desse tratamento de forma adequada, demonstrando a importância da ampla divulgação do assunto entre os clínicos gerais (10), já que um dente traumatizado não respeita os limites de nenhuma especialidade (11).

Considerando que a frequência dos traumatismos dentoalveolares tende a crescer em razão do aumento da popularidade de esportes praticados (12) e

do maior número de acidentes ciclísticos e automobilísticos e que já se constitui um problema de saúde pública, a importância do seu conhecimento e tratamento pelos cirurgiões dentistas é fundamental o que torna oportuna e relevante a realização deste trabalho.

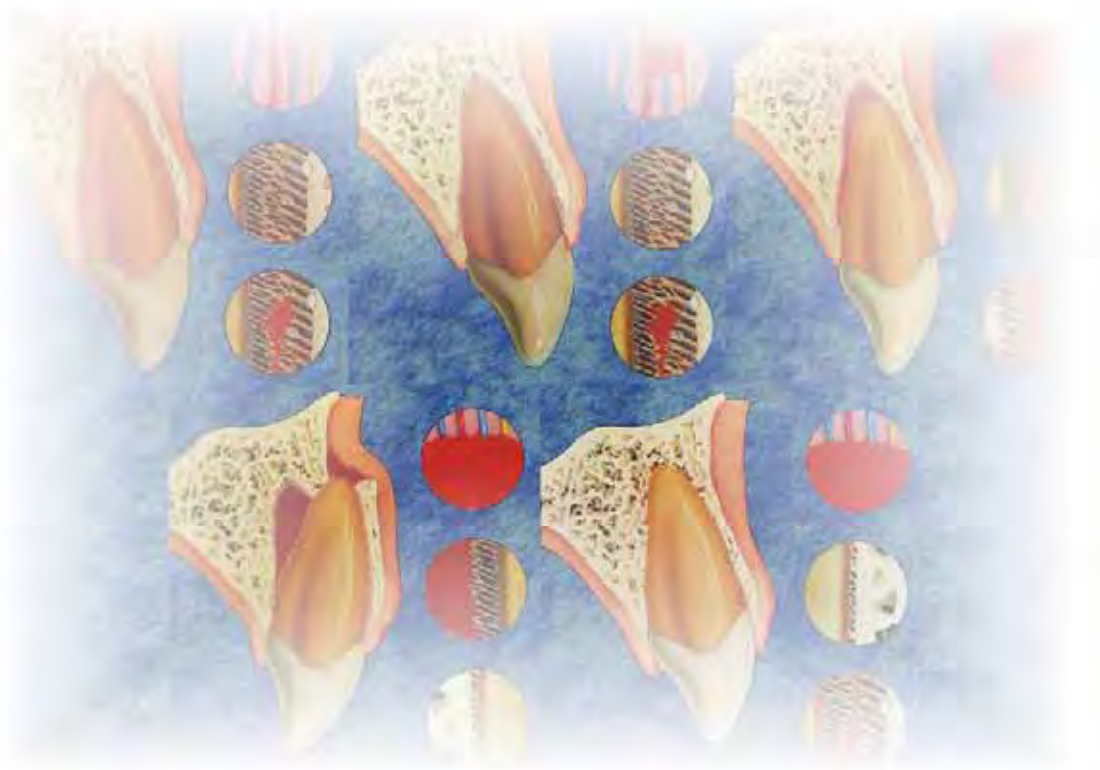


Proposição



Proposição

O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o plano de tratamento das injúrias do ligamento periodontal após traumatismo dentoalveolar.



Material e Método



Material e Método

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP (processo FOA 2006-01415) (Anexo B).

Para a realização do presente estudo foi elaborado um questionário (Anexo C) contendo perguntas referentes ao perfil profissional (ano de conclusão do curso de graduação, instituição, idade, gênero e área de atuação) e conduta frente às injúrias do ligamento periodontal ocasionadas por traumatismo dentoalveolar, exceto avulsão. As injúrias do ligamento periodontal foram classificadas em concussão, subluxação, luxação extrusiva, luxação lateral e luxação intrusiva de acordo com Andreasen (7) com base na Organização Mundial da Saúde (OMS).

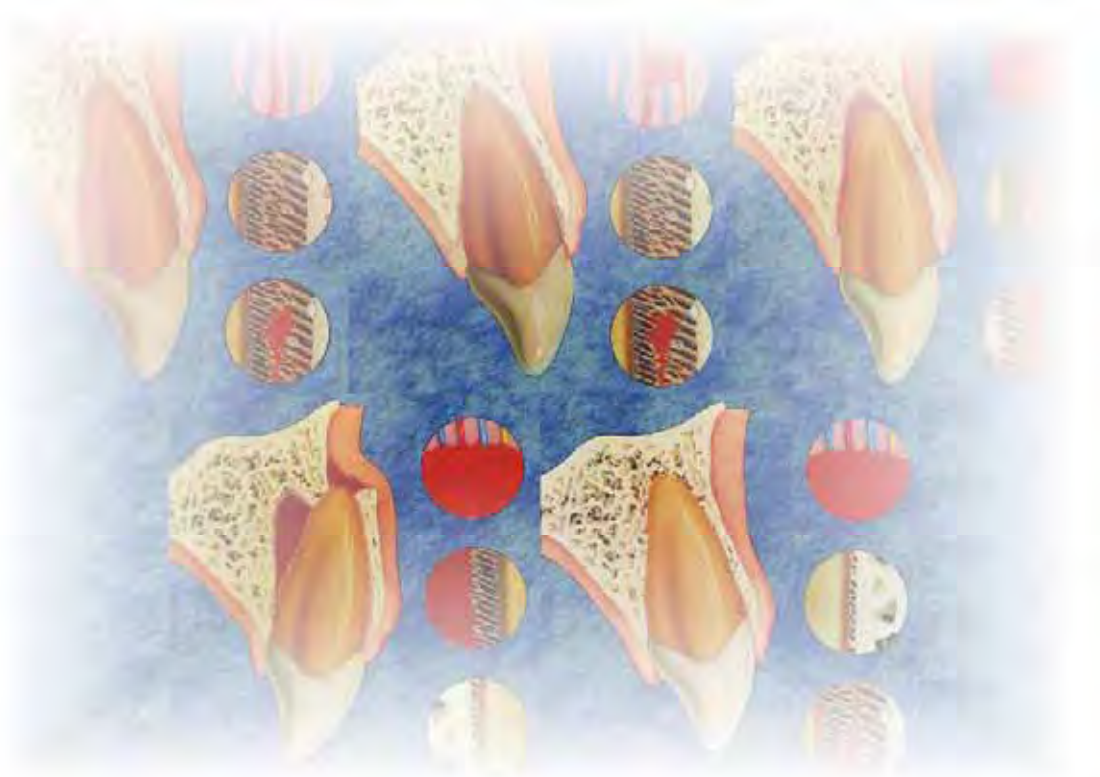
As opções de planos de tratamento para as injúrias do ligamento periodontal foram apresentadas por meio de alternativas de múltipla escolha podendo ser assinaladas uma ou mais opções. Ainda foi questionado se o cirurgião dentista seria capaz de tratar todos os tipos de traumatismo apresentados.

Foram entrevistados 693 cirurgiões dentistas que participaram da 23ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica (SBPqO), no ano de 2006 (Anexo D). O total de participantes durante o evento foi de 3675. Os cirurgiões dentistas responderam o questionário nos intervalos das

apresentações sem a interferência do entrevistador. A pesquisa foi voluntária e confidencial, sendo preservada a identidade dos entrevistados.

Os planos de tratamento propostos pelos cirurgiões dentistas foram classificados em adequados e inadequados, de acordo com os protocolos publicados (6, 13) para o tratamento das injúrias do ligamento periodontal.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística. A análise descritiva incluiu a distribuição das frequências para as perguntas do questionário. Associações entre as variáveis foram verificadas com o Teste qui-quadrado (χ^2) ou Teste Exato de Fisher ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$), utilizando o software Epi Info 3.4.1.



Resultado

Resultado

Dos 3675 cirurgiões dentistas participantes da 23ª Reunião Anual da SBPqO, 693 responderam o questionário. A tabela 1 apresenta as respostas relativas a tempo de conclusão do curso de graduação, idade e gênero.

Tabela 1 – Distribuição das respostas relativas a tempo de graduação, idade e gênero entre os cirurgiões dentistas (n=693).

Variáveis	Frequência (n)	Percentual (%)
Tempo de graduação (anos)		
0 a 4	243	35,1
5 a 9	238	34,3
10 a 14	101	14,6
15 a 19	61	8,8
20 a 24	28	4,0
25 a 42	22	3,2
Idade (anos)		
21 a 25	140	20,2
26 a 30	279	40,2
31 a 35	126	18,2
36 a 40	72	10,4
41 a 45	45	6,5
46 a 50	13	1,9
51 a 65	15	2,2
Em branco	3	0,4
Gênero		
Feminino	457	65,9
Masculino	236	34,1

O tempo médio de obtenção do título de graduação foi de 8,2 anos (dp=6,9) e de idade foi 30,9 anos (dp=7,1).

Quatrocentos e sessenta e cinco profissionais (67,1%) obtiveram sua formação em escolas públicas, 225 (32,5%) em escolas privadas e 3 CDs (0,4%) deixaram a resposta em branco (Anexo E).

Quatrocentos e noventa e sete CDs (71,7%) realizaram curso de especialização, 187 CDs (27%) não realizaram e 9 (1,3%) deixaram a resposta em branco. A tabela 2 mostra a distribuição das áreas entre os especialistas. A frequência apresentada na tabela é superior ao número de CDs que realizaram curso de especialização porque alguns possuíam mais de uma especialidade.

Doze CDs (2,3%) concluíram o curso de especialização entre os anos de 1975 e 1982, 22 CDs (4,2%) entre os anos de 1983 a 1990, 83 CDs (16%) entre os anos de 1991 a 1998, 344 CDs (66,3%) entre os anos de 1999 a 2006 e 58 (11,2%) deixaram a resposta em branco.

Quando questionados se atuavam em outras áreas além da sua especialidade, 207 CDs responderam que atuavam em Clínica Geral, 127 em Dentística, 88 em Prótese Dentária, 79 em Periodontia, 73 em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, 49 em Odontopediatria, 38 em Endodontia, 21 em Ortodontia, 10 em Estomatologia, 9 em Patologia Bucal, 4 em Implantodontia, 4 em Imaginologia Dentomaxilofacial, 3 em Saúde Coletiva, 3 em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e 1 em Ortopedia Funcional dos Maxilares. Alguns CDs atuavam em mais de uma área.

Tabela 2 – Distribuição das áreas entre os especialistas.

Área de especialidade	Frequência (n)	Percentual (%)
Odontopediatria	104	20,0
Endodontia	87	16,8
Prótese Dentária	54	10,4
Dentística	53	10,2
Periodontia	46	8,9
Ortodontia	46	8,9
Saúde Coletiva	33	6,3
Imaginologia Dentomaxilofacial	21	4,0
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	17	3,3
Implantodontia	17	3,3
Estomatologia	12	2,3
Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	7	1,3
Patologia Bucal	5	1,0
Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial	4	0,8
Odontologia Legal	2	0,4
Ortopedia Funcional dos Maxilares	2	0,4
Prótese Bucomaxilofacial	2	0,4
Outras Áreas	7	1,3
Total	519	100

A avaliação dos planos de tratamento propostos para a resolução das injúrias do ligamento periodontal (Anexo F) está apresentada na tabela 3.

Tabela 3 – Planos de tratamento propostos para as injúrias do ligamento periodontal (n=693).

Injúrias	Planos de tratamento	
	Adequado - n (%)	Inadequado - n (%)
Concussão	502 (72,4)	191 (27,6)
Subluxação	191 (27,6)	502 (72,4)
Luxação Extrusiva	36 (5,2)	657 (94,8)
Luxação Lateral	88 (12,7)	605 (87,3)
Luxação Intrusiva	3 (0,4)	690 (99,6)

Para a concussão foi considerado plano de tratamento adequado aquele que envolvia o exame radiográfico e o acompanhamento. Se o CD incluiu o ajuste oclusal e/ou outros procedimentos pertinentes também foram considerados adequados.

Na subluxação, o plano de tratamento considerado adequado incluía o exame radiográfico, o ajuste oclusal e o acompanhamento. Se o CD acrescentou a contenção dentária por período de 1 a 2 semanas, a antibioticoterapia e/ou outros procedimentos também foram considerados adequados.

Na luxação extrusiva, o plano adequado envolvia o exame radiográfico, o reposicionamento dentário, a contenção dentária por 2 a 3 semanas, o ajuste oclusal, a antibioticoterapia e o acompanhamento. Se o CD incluiu o tratamento endodôntico e/ou outros procedimentos também foram considerados corretos.

Para a luxação lateral foi considerado plano de tratamento adequado aquele que o CD respondeu o exame radiográfico, o reposicionamento

dentário, a contenção dentária por período de 3 a 4 semanas, o ajuste oclusal, a antibioticoterapia e o acompanhamento. Se o CD incluiu o tratamento endodôntico e/ou outros procedimentos também foram considerados corretos.

Na luxação intrusiva, o plano de tratamento considerado adequado envolvia o exame radiográfico, o tracionamento ortodôntico ou tracionamento cirúrgico, e neste caso, a contenção dentária seria necessária por período de 2 a 3 semanas, o ajuste oclusal, a antibioticoterapia, o tratamento endodôntico e o acompanhamento. Como no questionário não foi citado se o dente possuía rizogênese incompleta ou completa também foi considerada a alternativa de se aguardar a reerupção espontânea. Se o CD incluiu o reposicionamento dentário e/ou outros procedimentos também foram considerados corretos.

No item outros procedimentos foi considerado adequado para todas as injúrias: orientações quanto à dieta e higienização e testes de sensibilidade, percussão e mobilidade.

Os tempos de contenção citados para cada injúria estão indicados na tabela 4. A diferença de cada total com os 693 CDs participantes foram respostas deixadas em branco.

Tabela 4 – Tempos de contenção para cada injúria analisada.

Tempo (semanas)	Concussão n (%)	Subluxação n (%)	Extrusiva n (%)	Lateral n (%)	Intrusiva n (%)
1	11 (30,5)	34 (21,7)	55 (12,0)	42 (9,7)	13 (9,9)
1 a 2	1 (2,8)	8 (5,1)	32 (7,0)	21 (4,9)	3 (2,3)
2	15 (41,7)	57 (36,3)	126 (27,6)	85 (19,7)	30 (22,9)
2 a 3	0 (0,0)	2 (1,3)	27 (5,9)	23 (5,3)	5 (3,8)
3	1 (2,8)	7 (4,4)	29 (6,4)	27 (6,2)	9 (6,9)
3 a 4	0 (0,0)	1 (0,6)	4 (0,9)	8 (1,8)	1 (0,7)
4	4 (11,1)	22 (14,0)	68 (14,9)	60 (13,9)	20 (15,3)
5 a 48	4 (11,1)	24 (15,3)	113 (24,8)	164 (38,0)	50 (38,2)
Não sei	0 (0,0)	2 (1,3)	4 (0,5)	2 (0,5)	0 (0,0)
Total	36 (100,0)	157 (100,0)	458 (100,0)	432 (100,0)	131 (100,0)

A associação entre o tempo de conclusão do curso de graduação e os planos de tratamento propostos para as injúrias do ligamento periodontal pode ser observada nas tabelas de 5 a 8. Com relação à luxação intrusiva, apenas 3 CDs responderam adequadamente. Por esse motivo não foi aplicado o teste estatístico. Apenas na concussão houve associação estatisticamente significativa entre o tempo de graduação e a elaboração de planos adequados ($p=0,0127$), de maneira que os CDs formados a menos tempo, foram capazes de elaborar maior quantidade de planos adequados. Nos demais não houve associação estatisticamente significativa.

Tabela 5 – Associação entre o tempo de graduação e os planos de tratamento propostos para a concussão.

Tempo de graduação (anos)	Adequado n (%linha) (%coluna)	Inadequado n (%linha) (%coluna)	Total n (%linha) (%coluna)
0 a 4	171 (70,4) (34,1)	72 (29,6) (37,7)	243 (100,0) (35,1)
5 a 9	185 (77,7) (36,9)	53 (22,3) (27,7)	238 (100,0) (34,3)
10 a 14	70 (69,3) (13,9)	31 (30,7) (16,3)	101 (100,0) (14,6)
15 a 19	48 (78,7) (9,6)	13 (21,3) (6,8)	61 (100,0) (8,8)
20 a 24	18 (64,3) (3,5)	10 (35,7) (5,2)	28 (100,0) (4,0)
25 a 42	10 (45,5) (2,0)	12 (54,5) (6,3)	22 (100,0) (3,2)
Total	502 (72,4) (100,0)	191 (27,6) (100,0)	693 (100,0) (100,0)

$\chi^2=14,5051$ e $p=0,0127$

Tabela 6 – Associação entre o tempo de graduação e os planos de tratamento propostos para a subluxação.

Tempo de graduação (anos)	Adequado n (%linha) (%coluna)	Inadequado n (%linha) (%coluna)	Total n (%linha) (%coluna)
0 a 4	78 (32,1) (40,8)	165 (67,9) (32,9)	243 (100,0) (35,1)
5 a 9	64 (26,9) (33,5)	174 (73,1) (34,7)	238 (100,0) (34,3)
10 a 14	24 (23,8) (12,6)	77 (76,2) (15,3)	101 (100,0) (14,6)
15 a 19	16 (26,2) (8,4)	45 (73,8) (9,0)	61 (100,0) (8,8)
20 a 24	4 (14,3) (2,1)	24 (85,7) (4,8)	28 (100,0) (4,0)
25 a 42	5 (22,7) (2,6)	17 (77,3) (3,3)	22 (100,0) (3,2)
Total	191 (27,6) (100,0)	502 (72,4) (100,0)	693 (100,0) (100,0)

$\chi^2=6,0730$ e $p=0,2992$

Tabela 7 – Associação entre o tempo de graduação e os planos de tratamento propostos para a luxação extrusiva.

Tempo de graduação (anos)	Adequado n (%linha) (%coluna)	Inadequado n (%linha) (%coluna)	Total n (%linha) (%coluna)
0 a 4	14 (5,8) (38,9)	229 (94,2) (34,9)	243 (100,0) (35,1)
5 a 9	11 (4,6) (30,6)	227 (95,4) (34,6)	238 (100,0) (34,3)
10 a 14	5 (5,0) (13,8)	96 (95,0) (14,6)	101 (100,0) (14,6)
15 a 19	4 (6,6) (11,1)	57 (93,4) (8,6)	61 (100,0) (8,8)
20 a 24	2 (7,1) (5,6)	26 (92,9) (4,0)	28 (100,0) (4,0)
25 a 42	0 (0,0) (0,0)	22 (100,0) (3,3)	22 (100,0) (3,2)
Total	36 (5,2) (100,0)	657 (94,8) (100,0)	693 (100,0) (100,0)

Teste Exato de Fisher, $p=0,8753$

Tabela 8 – Associação entre o tempo de graduação e os planos de tratamento propostos para a luxação lateral.

Tempo de graduação (anos)	Adequado n (%linha) (%coluna)	Inadequado n (%linha) (%coluna)	Total n (%linha) (%coluna)
0 a 4	42 (17,3) (47,7)	201 (82,7) (33,2)	243 (100,0) (35,1)
5 a 9	25 (10,5) (28,4)	213 (89,5) (35,2)	238 (100,0) (34,3)
10 a 14	9 (8,9) (10,2)	92 (91,1) (15,2)	101 (100,0) (14,6)
15 a 19	7 (11,5) (8,0)	54 (88,5) (8,9)	61 (100,0) (8,8)
20 a 24	3 (10,7) (3,4)	25 (89,3) (4,1)	28 (100,0) (4,0)
25 a 42	2 (9,1) (2,3)	20 (90,9) (3,4)	22 (100,0) (3,2)
Total	88 (12,7) (100,0)	605 (87,3) (100,0)	693 (100,0) (100,0)

Teste Exato de Fisher, $p=0,2366$

A associação entre o CD clínico geral ou especialista e os planos de tratamento propostos para as injúrias do ligamento periodontal pode ser observada nas tabelas de 9 a 12. Com relação à luxação intrusiva, como apenas 3 CDs responderam adequadamente, não foi aplicado o teste estatístico. Na subluxação ($p=0,0412$) e na luxação lateral ($p=0,0419$) houve associação estatisticamente significativa entre a condição de ser ou não especialista e a elaboração de planos adequados, de maneira que o especialista elaborou mais planos adequados.

Tabela 9 – Associação entre o CD clínico geral ou especialista e os planos de tratamento propostos para a concussão (n=684).

CD	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Especialista	365 (73,4) (73,6)	132 (26,6) (70,2)	497 (100,0) (72,7)
Clínico Geral	131 (70,1) (26,4)	56 (29,9) (29,8)	187 (100,0) (27,3)
Total	496 (72,5) (100,0)	188 (27,5) (100,0)	684 (100,0) (100,0)

$$\chi^2=0,7821 \text{ e } p=0,3765$$

Tabela 10 – Associação entre o CD clínico geral ou especialista e os planos de tratamento propostos para a subluxação (n=684).

CD	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Especialista	127 (25,6) (67,6)	370 (74,4) (74,6)	497 (100,0) (72,7)
Clínico Geral	61 (32,6) (32,4)	126 (67,4) (25,4)	187 (100,0) (27,3)
Total	188 (27,5) (100,0)	496 (72,5) (100,0)	684 (100,0) (100,0)

$$\chi^2=3,4047 \text{ e } p=0,0412$$

Tabela 11 – Associação entre o CD clínico geral ou especialista e os planos de tratamento propostos para a luxação extrusiva (n=684).

CD	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Especialista	25 (5,0) (69,4)	472 (95,0) (72,8)	497 (100,0) (72,7)
Clínico Geral	11 (5,9) (30,6)	176 (94,1) (27,2)	187 (100,0) (27,3)
Total	36 (5,3) (100,0)	648 (94,7) (100,0)	684 (100,0) (100,0)

$\chi^2=0,1979$ e $p=0,6564$

Tabela 12 – Associação entre o CD clínico geral ou especialista e os planos de tratamento propostos para a luxação lateral (n=684).

CD	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Especialista	56 (11,3) (63,6)	441 (88,7) (74,0)	497 (100,0) (72,7)
Clínico Geral	32 (17,1) (36,4)	155 (82,9) (26,0)	187 (100,0) (27,3)
Total	88 (12,9) (100,0)	596 (87,1) (100,0)	684 (100,0) (100,0)

$\chi^2=4,1405$ e $p=0,0419$

Dentre as especialidades, a Odontopediatria, Endodontia e Cirurgia Bucomaxilofacial foram analisadas separadamente. Assim, foi possível observar a associação dessas especialidades com os planos de tratamento propostos para as injúrias do ligamento periodontal (tabelas 14 a 17 - Anexo G). Com relação à luxação intrusiva apenas 3 CDs responderam adequadamente. Por esse motivo não foi aplicado o teste estatístico. Apenas na luxação extrusiva ($p=0,0001$) houve associação estatisticamente

significativa entre os especialistas em Odontopediatria, Endodontia e Cirurgia Bucomaxilofacial com relação às outras especialidades e a elaboração de planos adequados, ou seja, os CDs que atuavam nessas especialidades elaboraram mais planos adequados. Na concussão, todas as especialidades tiveram grande percentual de planos de tratamento adequados. Já na subluxação, a quantidade de planos de tratamento adequados foi baixo para todas as especialidades. Nas luxações extrusiva e lateral, a especialidade que mais respondeu adequadamente foi a Cirurgia Bucomaxilofacial.

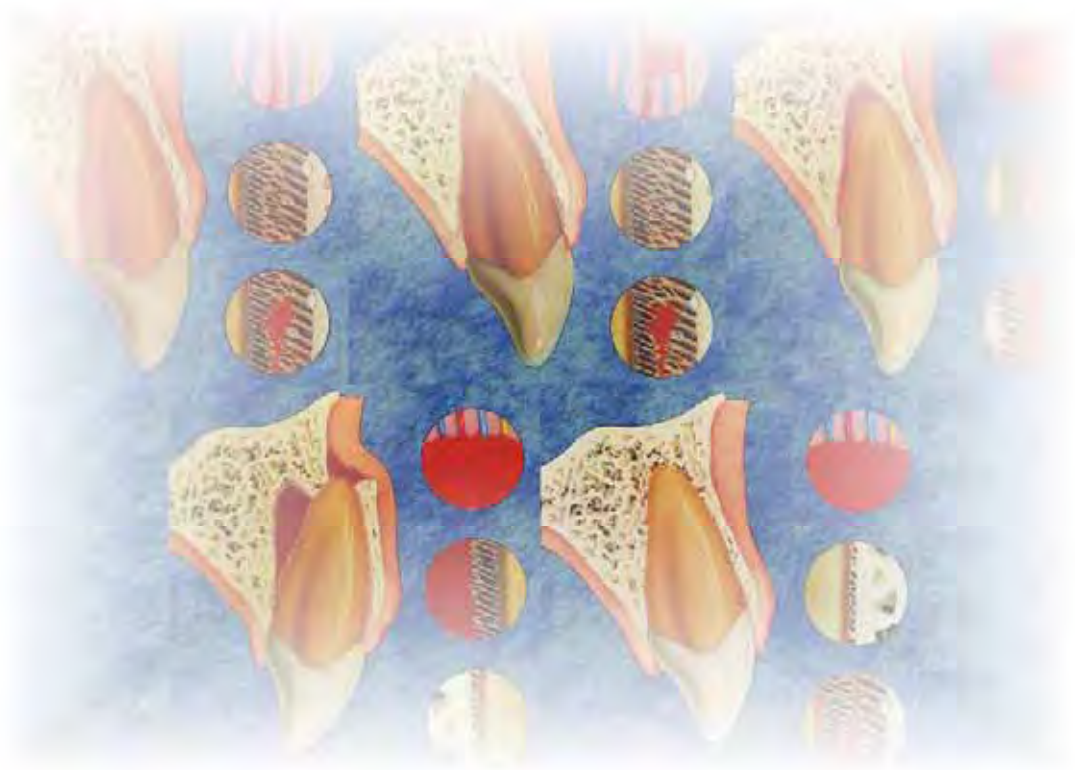
Quando questionados se seriam capazes de tratar todos os tipos de traumatismos apresentados, 345 CDs (49,8%) responderam que sim, 295 (42,6%) que não e 53 (7,6%) deixaram a resposta em branco. A associação entre os CDs que responderam essa pergunta e os planos de tratamento propostos para as injúrias do ligamento periodontal pode ser observada nas tabelas de 18 a 21 (Anexo G). Com relação à luxação intrusiva, como apenas 3 CDs responderam adequadamente, não foi aplicado o teste estatístico. Na subluxação ($p=0,0257$) e luxação lateral ($p=0,0133$) houve associação estatisticamente significativa entre o questionamento da capacidade de tratar todos os traumatismos abordados e a elaboração de planos adequados, de maneira que, os que afirmaram ser capazes de tratar, elaboraram maior quantidade de planos adequados.

Também foi verificada a associação entre o CD clínico geral ou especialista e a capacidade de tratar todos os traumatismos abordados (tabela 13), porém não foi estatisticamente significativa ($p=0,1511$).

Tabela 13 – Associação entre o CD clínico geral ou especialista e a capacidade de tratar todos os traumatismos abordados (n=631).

Tratamento dos traumatismos	CD		Total n (%linha) (%coluna)
	Especialista n (%linha) (%coluna)	Clínico Geral n (%linha) (%coluna)	
Sim	255 (74,8) (55,8)	86 (25,2) (49,4)	341 (100,0) (54,0)
Não	202 (69,7) (44,2)	88 (30,3) (50,6)	290 (100,0) (46,0)
Total	457 (72,4) (100,0)	174 (27,6) (100,0)	631 (100,0) (100,0)

$\chi^2=2,0610$ e $p=0,1511$



Discussão



Discussão

As injúrias traumáticas são inesperadas e fazem com que a atuação rápida e eficaz frente ao traumatismo dentoalveolar seja fundamental. Para que o tratamento possa ser instituído corretamente deve ser baseado em um exame clínico e radiográfico metuculoso (14), essencial para se chegar a um diagnóstico preciso, selecionar um tratamento apropriado e obter um prognóstico favorável (15).

Nos traumatismos dentoalveolares também são fatores determinantes do sucesso: o tempo decorrido para o atendimento do paciente, o tipo de contenção quando necessária, a presença ou ausência de infecção bacteriana, a ocorrência ou não de necrose pulpar, a terapia endodôntica bem indicada para cada situação clínica, o estágio de desenvolvimento dentário e a ocorrência ou não de fraturas ósseas associadas (16).

O exame radiográfico é de fundamental importância na complementação do diagnóstico devendo ser realizado em todos os dentes que sofreram traumatismo. Por meio dele podemos observar o estágio de desenvolvimento radicular, as lesões que afetam os tecidos duros dentários e em especial a raiz, o espaço do ligamento periodontal e o osso alveolar (17).

Além da detecção das injúrias, uma técnica radiográfica minuciosa e precisa, auxilia a avaliação da extensão da injúria e serve, posteriormente, como parâmetro para as avaliações do processo de cicatrização (17). Os

resultados mostraram que o exame radiográfico foi um dos itens mais citados dentro da elaboração do plano de tratamento, independente da injúria.

Na concussão e subluxação, apenas traumatismos leves são sofridos pelas estruturas periodontais, de modo que não há deslocamento anormal presente, mas há uma reação à percussão em direção horizontal e/ou vertical. O suprimento neurovascular da polpa geralmente não está comprometido e o índice de necrose pulpar é baixo (18). O tratamento em geral se constitui no alívio oclusal dos dentes antagonistas, complementado com testes de sensibilidade e exame radiográfico repetidos durante o período de acompanhamento e orientação da dieta por 14 dias (6).

O sinal clínico característico da subluxação é a presença de sangramento no sulco gengival. Nesses casos a contenção pode ser realizada por um período curto de tempo (1 a 2 semanas) mais no sentido de dar conforto ao paciente (13).

Grande parte dos entrevistados elaborou planos de tratamento adequados para essas injúrias (tabela 3) evidenciando que quanto menos complexo o traumatismo mais fácil se torna o plano de tratamento, menor as seqüelas e melhor o prognóstico.

As reações da polpa dentária às injúrias traumáticas podem ser extremamente variadas. A concussão e subluxação representam pequeno dano à vascularização pulpar enquanto que a luxação extrusiva, a luxação lateral e a luxação intrusiva representam maiores danos ao suprimento neurovascular pulpar dificultando o processo de revascularização (19, 20).

O diagnóstico clínico do estado pulpar e a decisão sobre o tratamento endodôntico devem ser baseados na avaliação de alterações da cor da coroa,

nos testes de sensibilidade e nas observações radiográficas, incluindo distúrbios no desenvolvimento radicular de dentes com rizogênese incompleta (6).

Com relação à indicação do tratamento endodôntico, não há diferença entre os vários tipos de traumatismos, com exceção de dentes severamente intruídos (21). Nesses casos não se pode esperar uma revascularização pulpar e o tratamento deve ser instituído independente das observações clínicas, 1 a 2 semanas após o trauma para prevenir uma reabsorção radicular inflamatória (6).

A luxação intrusiva foi a injúria que obteve um número muito reduzido de planos de tratamento adequados (tabela 3) e um dos fatores foi a não indicação do tratamento endodôntico que pode ocasionar a reabsorção do tipo inflamatória que leva à perda rápida do dente.

As complicações das luxações (extrusiva, lateral e intrusiva) incluem necrose pulpar, reabsorção radicular inflamatória, anquilose, reabsorção por substituição e perda do suporte ósseo marginal (6).

Os questionários respondidos mostraram que o nível de conhecimento dos cirurgiões dentistas entrevistados é baixo principalmente nos traumatismos mais severos que são justamente os que acarretam maiores seqüelas e são dados que estão de acordo com estudos semelhantes (22-26).

Os traumatismos, principalmente os mais severos, promovem no periodonto ampla lesão tecidual, incluindo a morte de cementoblastos em vastas áreas da superfície cementária (27). A necrose pulpar com infecção caracteriza uma situação complicadora, se não for detectada, uma vez que a reabsorção cementária precoce expõe dentina, estabelecendo uma

comunicação do compartimento pulpar com as áreas periodontais afetadas pelo traumatismo. Os produtos bacterianos, como os lipopolissacarídeos ou endotoxinas chegam pelos túbulos dentinários ao local ampliando e mantendo o processo inflamatório, dessa forma dando início ao processo de reabsorção inflamatória (16).

A lesão extensa do ligamento periodontal pode levar à necrose de algumas áreas e conseqüentemente à perda de importantes estruturas como os restos epiteliais de Malassez, os cementoblastos e o pré-cimento que exercem um papel fundamental na manutenção do espaço do ligamento periodontal. Quando essas estruturas são perdidas o processo de reabsorção pode se instalar e levar a completa reabsorção do dente (16, 27, 28). Daí a importância do conhecimento não só da classificação bem como principalmente do processo de reparo do traumatismo dentoalveolar no sentido de conduzir o tratamento de forma adequada com o objetivo de melhorar ou não interferir negativamente no prognóstico.

Os resultados do estudo mostraram de maneira geral, que ainda há um desconhecimento desses aspectos biológicos fundamentais já que grande parte dos planos de tratamento propostos se revelou inadequado para as injúrias do ligamento.

Na literatura, abordagens de tratamentos diferentes têm sido sugeridas para o tratamento das luxações intrusivas. Entretanto, existem divergências em relação ao procedimento mais favorável para reposicionar um dente intruído (29).

As técnicas sugeridas incluem acompanhamento para reerupção, reposição ortodôntica e reposição cirúrgica. Acompanhamento para reerupção

espontânea tem sido sugerido como o tratamento de escolha, particularmente para aqueles dentes com formação radicular incompleta (29-31).

Nos casos de rizogênese completa pode ser realizado o tracionamento ortodôntico quando há possibilidade de colagem de braquete em parte da coroa ou tracionamento cirúrgico nos casos onde não se visualiza a coroa (32). O tratamento de escolha deve ser o reposicionamento ortodôntico durante um período de 2-3 semanas (6).

De forma ideal, a extrusão ortodôntica deve ser iniciada no momento do traumatismo, ou alguns dias depois, quando o edema tiver diminuído e de forma que o dente intruído esteja suficientemente reposicionado em 2 a 3 semanas para assegurar o acesso ao tratamento endodôntico, visto que a reabsorção radicular externa do tipo inflamatória inicia-se por volta desse período (6, 29).

A literatura cita como vantagem do tracionamento cirúrgico a melhora no reparo pelo restabelecimento da anatomia original permitindo um rápido e adequado acesso ao tratamento endodôntico (33). Isso é importante visto que a necrose pulpar é esperada (6, 29, 33).

Quando um dente está com mobilidade aumentada ou é reposicionado após um deslocamento, surge a questão sobre o fato da contenção ajudar na cicatrização periodontal e/ou pulpar. Contudo, dados, tanto experimentais quanto clínicos, indicam que a eficácia da contenção é duvidosa (6, 34).

Vários métodos de contenção foram desenvolvidos, porém apenas a contenção com condicionamento ácido e resina composta está mais próxima de preencher as exigências de uma condição aceitável em uma situação de traumatismo (35).

Até o momento, o período de contenção ideal para dentes luxados tem base empírica. Um período de 2 a 3 semanas normalmente é suficiente no caso de um traumatismo isolado ao ligamento periodontal. Se o traumatismo ao ligamento periodontal for combinado com uma fratura óssea recomenda-se de 3 a 4 semanas (6).

Com relação ao tempo de contenção (tabela 4), os dados revelaram uma grande variabilidade, com períodos excessivamente longos, demonstrando o desconhecimento dos profissionais sobre a importância da contenção no contexto do processo de reparo do traumatismo dentoalveolar.

Outro procedimento importante é o ajuste oclusal visto que o reposicionamento nem sempre coloca o dente exatamente em seu local de origem e os pequenos deslocamentos podem provocar contatos prematuros que se constituem em um trauma adicional (36), devendo, além disso, ser considerada a presença de hábitos parafuncionais. Esse foi um item que frequentemente faltou no plano de tratamento e que quando não realizado pode contribuir negativamente para o prognóstico.

A antibioticoterapia tem sido recomendada para o tratamento de dentes traumatizados com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de complicações, principalmente a reabsorção radicular externa tipo inflamatória (37-39). Tem a finalidade de evitar a proliferação bacteriana de prováveis contaminantes da área em um processo de reparo e geralmente deve ser de largo espectro. Com relação ao antibiótico de escolha, a opção é a penicilina e a tetraciclina (40). O tempo de administração em geral é de 7 a 14 dias, tempo que coincide com o reparo do ligamento periodontal (16).

O acompanhamento de qualquer tipo de traumatismo é de extrema importância porque não é possível conhecer exatamente qual a extensão do dano provocado ao dente e seus tecidos de suporte e quais as consequências futuras (6). Nos planos de tratamento propostos nesse estudo, o acompanhamento foi um dos itens mais citados, independente da injúria.

Quando estamos diante de um caso de traumatismo, a situação é de urgência e nos obriga a agir com rapidez devido a necessidade imediata de tratamento (7). O tempo é fator crítico em muitas situações e o tratamento de urgência depende da gravidade e tipo de trauma ocorrido (17). Portanto, identificar o tipo de injúria e a sua extensão é fundamental para um plano adequado e subsequente tratamento e controle.

A experiência clínica, a sedimentação de conhecimentos básicos e a constante atualização sobre o assunto são fundamentais para o sucesso de qualquer tratamento, independente da especialidade exercida (41).

O cirurgião dentista precisa ter domínio de alguns conhecimentos básicos sobre o processo de reparo do traumatismo dentoalveolar para poder traçar um protocolo que o guie no sentido de obter o melhor resultado estético, funcional e biológico com o menor sacrifício e risco para o paciente (42).

Este estudo revelou que o nível de conhecimento dos cirurgiões dentistas entrevistados de um modo geral é baixo, apesar de existir na literatura protocolos (13, 43-45) que orientam sobre o tratamento mais adequado para cada tipo de injúria. Isso também reflete as várias justificativas que foram dadas pelos cirurgiões dentistas quando questionados se seriam capazes de tratar todos os tipos de traumatismos apresentados. As mais citadas foram: falta de prática clínica, falta de conhecimento, não era a área de atuação, faria

o tratamento de urgência e encaminharia para o especialista e seria capaz de tratar os casos mais simples, porém nos complicados, faria o encaminhamento.

O fato dos traumatismos dentoalveolares terem uma baixa ocorrência leva a uma pouca experiência clínica e um baixo nível não só de conhecimento sobre o assunto, bem como de sedimentação desse conhecimento (29, 46). Daí a importância de campanhas de educação realizadas periodicamente com divulgação dos protocolos de atendimento para que os cirurgiões dentistas possam manter-se atualizados sobre o assunto.

Isso se revelou nesse estudo quando se analisou o tempo de formado, com relação à capacidade de elaboração de planos adequados. Os cirurgiões dentistas formados a menos tempo conseguiram elaborar maior quantidade de planos adequados, principalmente para o traumatismo de concussão, o que provavelmente se deve a abordagem mais recente sobre o assunto, permanecendo um conhecimento residual.

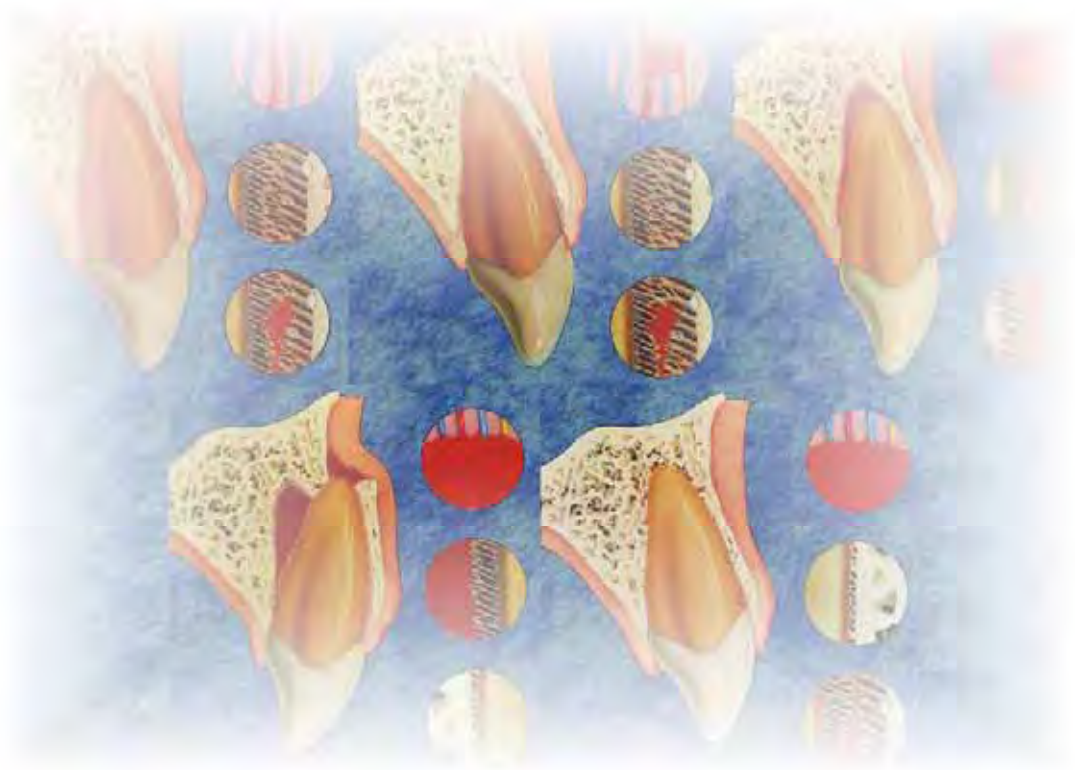
Quando comparado o nível de conhecimento com relação às especialidades nota-se que os clínicos gerais apresentam menor índice que os especialistas. Esses dados indicam que a especialização, principalmente a Odontopediatria, a Endodontia e a Cirurgia Bucomaxilofacial, pode ser um fator de influência no conhecimento sobre a conduta de urgência das injúrias dentoalveolares. No caso da Odontopediatria, como as lesões são mais freqüentes em crianças e jovens (6, 47), esse assunto certamente é mais discutido durante o curso. Após o atendimento inicial, devido à necessidade de acompanhamento da vitalidade pulpar ou mesmo do tratamento endodôntico, o endodontista é o profissional mais solicitado para o atendimento desses casos. E o cirurgião bucomaxilofacial atende muitos dos casos de traumatismos

realizados em ambiente hospitalar pela associação com lesões de face mais extensas e fraturas ósseas. No entanto, em razão do envolvimento multidisciplinar necessário para o atendimento desses casos, o clínico geral deveria ser o profissional mais indicado para realizá-lo.

De acordo com Andreasen & Andreasen (6) o cuidado imediato de dentes traumatizados e o futuro da saúde dentária do paciente requerem não apenas um excelente tratamento de urgência, mas também um apropriado acompanhamento a longo prazo e depende do conhecimento e da habilidade dos profissionais envolvidos. Mencionam, ainda, que a maioria dos profissionais que realiza esse tipo de procedimento não possui conhecimento suficiente para fazê-lo, dado que se revelou claramente nesse estudo.

Diante dos resultados deste estudo fica evidente a necessidade de desenvolver estratégias para melhorar o conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto ao diagnóstico e tratamento para pacientes que sofreram traumatismo dentoalveolar no sentido de melhorar o prognóstico dessas lesões.

O traumatismo dentoalveolar deve ser visto de maneira semelhante à cárie dentária e à doença periodontal onde a prevenção e a educação da população e dos profissionais são fundamentais para um controle eficiente (16).

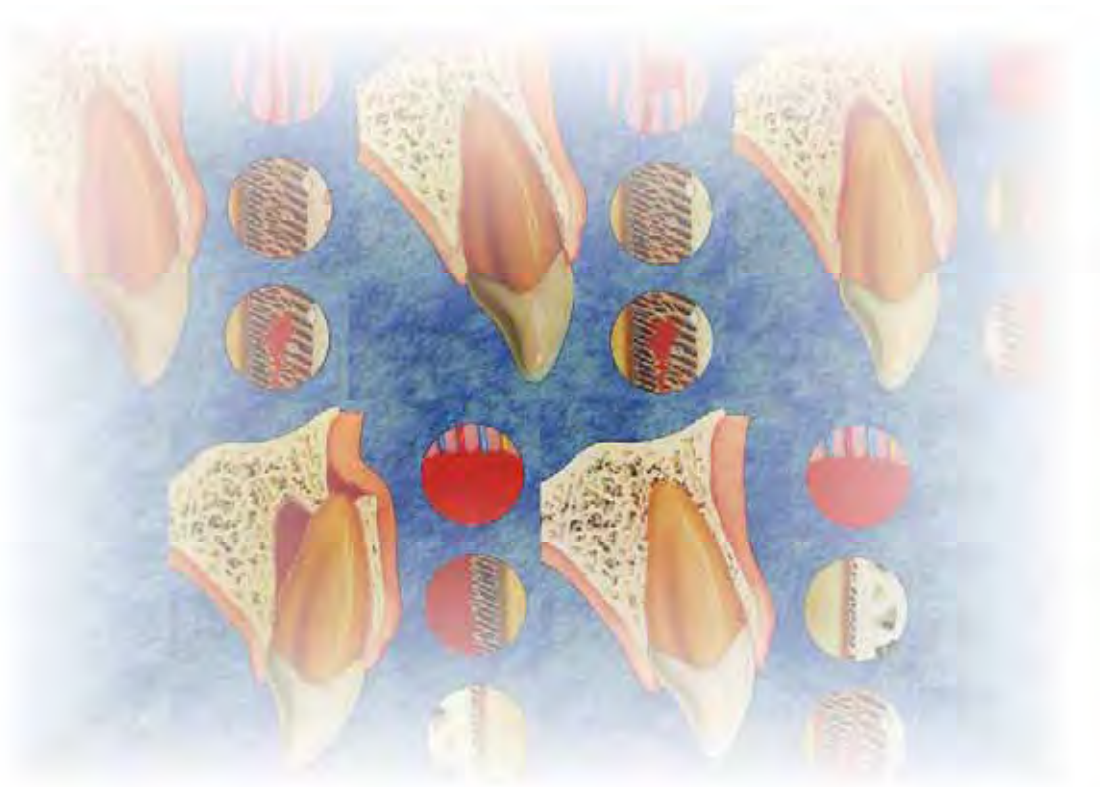


Conclusão



Conclusão

A partir dos resultados desse estudo, é possível concluir que os cirurgiões dentistas não apresentam conhecimento suficiente para tratar de maneira adequada as injúrias mais severas do ligamento periodontal após traumatismo dentoalveolar.



Referências



*Referências**

1. Hamdan MA, Rajab LD. Traumatic injuries to permanent anterior teeth among 12-year-old schoolchildren in Jordan. *Community Dent Health* 2003;20:89-93.
2. Andreasen FM, Andreasen JO. Treatment of traumatic dental injuries. Shift in strategy. *Int J Technol Assess Health Care* 1990;6:588-602.
3. Watkins CA, Logan HL, Kirchner HL. Anticipated and experienced pain associated with endodontic therapy. *J Am Dent Assoc* 2002;133:45-54.
4. Kaste LM, Gift HC, Bhat M, Swango PA. Prevalence of incisor trauma in persons 6 to 50 years of age: United States, 1988-1991. *J Dent Res* 1996;75:696-705.
5. França RI, Traebert J, Lacerda JT. Brazilian dentists' knowledge regarding immediate treatment of traumatic dental injuries. *Dent Traumatol* 2007;23:287-90.
6. Andreasen JO, Andreasen FM. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. 3th ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. 770p.
7. Andreasen JO. Traumatic injuries of the teeth. 2th ed. Copenhagen: Munksgaard; 1974. 324p.
8. Leroy RL, Aps JK, Raes FM, Martens LC, De Boever JA. A multidisciplinary treatment approach to a complicated maxillary dental

* Normalização segundo a revista Dental Traumatology (Anexo A).

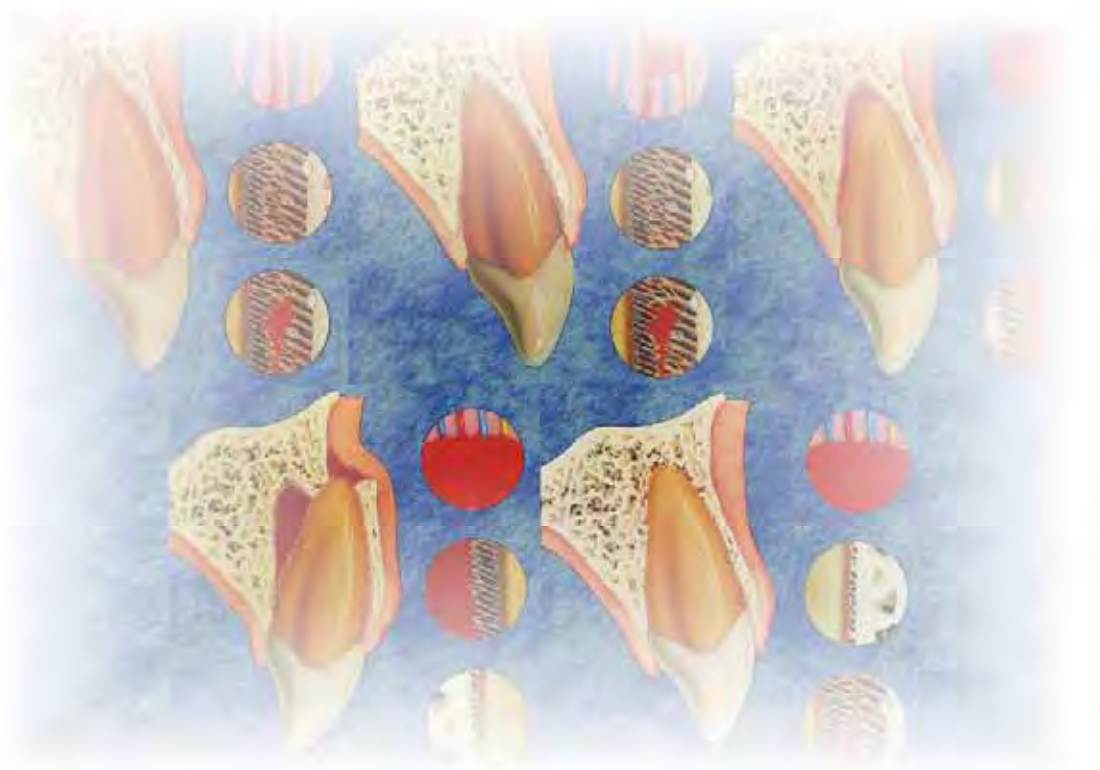
- trauma: a case report. *Endod Dent Traumatol* 2000;16:138-42.
9. Poi WR, Sonoda CK, Lucas LVM, Ferreira RS. Exame do paciente acometido por traumatismo dento-alveolar. *JBC J Bras Clin Estet Odontol* 2000;4:58-60.
 10. Poi WR, Salineiro SL, Miziara FV, Miziara EV. A educação como forma de favorecer o prognóstico do reimplante dental. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1999;53:474-9.
 11. Andreasen JO. External root resorption: its implication in dental traumatology, paedodontics, periodontics, orthodontics and endodontics. *Int Endod J* 1985;18:109-18.
 12. Blatz MB. Comprehensive treatment of traumatic fracture and luxation injuries in the anterior permanent dentition. *Pract Proced Aesthet Dent* 2001;13:273-9.
 13. 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;17:145-8.
 14. Miñana R, Meroño CM. Diagrama de actuación frente a un traumatismo dental. *Endodoncia* 1990;8:174-6.
 15. Diangelis AJ, Backland LK. Lesões dentais traumáticas: conceitos atuais de tratamento. *J Am Dent Assoc Brasil* 1999;2:7-20.
 16. Consolaro A. Reabsorções dentárias nas especialidades clínicas. 2th ed. Maringá: Dental Press; 2005. 616p.
 17. Araújo MAM, Valera MC. Tratamento clínico dos traumatismos dentários. São Paulo: Artes Médicas; 1999. 277p.
 18. Pileggi R, Dumsha TC, Myslinksi NR. The reliability of electrical pulp

- test after concussion injury. *Endod Dent Traumatol* 1996;12:16-9.
19. Feiglin B. Dental pulp response to traumatic injuries - a retrospective analysis with case reports. *Endod Dent Traumatol* 1996;12:1-8.
 20. Andreasen JO, Andreasen FM, Skeie A, Hjorting-Hansen E, Schwartz O. Effect of treatment delay upon pulp and periodontal healing of traumatic dental injuries - a review article. *Dent Traumatol* 2002;18:116-28.
 21. Andreasen FM, Pedersen BV. Prognosis of luxated permanent teeth – the development of pulp necrosis. *Endod Dent Traumatol* 1985;1:207-20.
 22. 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;182:129-33.
 23. Kostopoulou MN, Duggal MS. A study into dentists' knowledge of the treatment of traumatic injuries to young permanent incisors. *Int J Paediatr Dent* 2005;15:10-9.
 24. Hu LW, Prisco CRD, Bombana AC. Knowledge of Brazilian general dentists and endodontists about the emergency management of dento-alveolar trauma. *Dent Traumatol* 2006;22:113-7.
 25. Manfrin TM, Boaventura RS, Poi WR, Panzarini SR, Sonoda CK, Sundefeld MLMM. Analysis of procedures used in tooth avulsion by 100 dental surgeons. *Dent Traumatol* 2007;23:203-10.
 26. Yeng T, Parashos P. Dentists' management of dental injuries and dental trauma in Australia: a review. *Dent Traumatol* 2008;24:268-71.

27. Hammarström L, Blomlöf L, Lindskog S. Dynamics of dentoalveolar ankylosis and associated root resorption. *Endod Dent Traumatol* 1989;5:163-75.
28. Lindskog S. Formation of intermediate cementum. II: a scanning electron microscopic study of the epithelial root sheath of Hertwig in monkey. *J Craniofac Genet Dev Biol* 1982;2:161-9.
29. Andreasen JO, Bakland LK, Andreasen FM. Traumatic intrusion of permanent teeth. Part 3. A clinical study of the effect of treatment variables such as treatment delay, method of repositioning, type of splint, length of splinting and antibiotics on 140 teeth. *Dent Traumatol* 2006;22:99-111.
30. Bruszt P. Secondary eruption of teeth intruded into the maxilla by a blow. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1958;11:146-9.
31. Tronstad L, Trope M, Bank M, Barnett F. Surgical access for endodontic treatment of intruded teeth. *Endod Dent Traumatol* 1986;2:75-8.
32. Oulis C, Vadiakas G, Siskos G. Management of intrusive luxation injuries. *Endod Dent Traumatol* 1996;12:113-9.
33. Ebeleseder KA, Santler G, Glockner K, Hulla H, Pertl C, Quehenberger F. An analysis of 58 traumatically intruded and surgically extruded permanent teeth. *Endod Dent Traumatol* 2000;16:34-9.
34. Kristerson L, Andreasen JO. The effect of splinting upon periodontal and pulpal healing after autotransplantation of mature and immature permanent incisors in monkeys. *Int J Oral Surg* 1983;12:239-49.
35. Oikarinen K. Tooth splinting: a review of the literature and

- consideration of the versatility of a wire-composite splint. *Endod Dent Traumatol* 1990;6:237-50.
36. Panzarini SR, Pedrini D, Poi WR, Sonoda CK, Brandini DA, Castro JCM. Dental trauma involving root fracture and periodontal ligament injury: a 10-year retrospective study. *Braz Oral Res* 2008;22:229-34.
 37. Hammarström L, Blomlöf L, Feiglin B, Andersson L, Lindskog S. Replantation of teeth and antibiotic treatment. *Endod Dent Traumatol* 1986;2:51-7.
 38. Cvek M, Cleaton-Jones P, Austin J, Lownie J, Kling M, Fatti P. Pulp revascularization in reimplanted immature monkey incisors - predictability and the effect of antibiotic systemic prophylaxis. *Endod Dent Traumatol* 1990;6:157-69.
 39. Cvek M, Cleaton-Jones P, Austin J, Lownie J, Kling M, Fatti P. Effect of topical application of doxycycline on pulp revascularization and periodontal healing in reimplanted monkey incisors. *Endod Dent Traumatol* 1990;6:170-6.
 40. Sae-Lim V, Wang CY, Trope M. Effect of systemic tetracycline and amoxicillin on inflammatory root resorption of replanted dogs' teeth. *Endod Dent Traumatol* 1998;14:216-20.
 41. Castro MAM. Planos de tratamento das fraturas coronárias e coronoradiculares propostos por especialistas em dentística titulados pela UNESP – Araçatuba [dissertação]. 66p. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2006.
 42. Baratieri LN, Monteiro Jr S, Andrada MAC, Vieira LCC, Ritter AV, Cardoso AC. Restaurações adesivas diretas em dentes anteriores

- fraturados. In: Baratieri LN, Monteiro Jr S, Andrada MAC, Vieira LCC, Ritter AV, Cardoso AC. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. São Paulo: Ed. Santos; 2001. p.395-483.
43. Kenny DJ, Barrett EJ, Casas MJ. Avulsions ad intrusions: the controversial displacement injuries. J Can Dent Assoc 2003;69:308-13.
 44. Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol 2007;23:66-71.
 45. Lin S, Zuckerman O, Fuss Z, Ashkenazi M. New emphasis in the treatment of dental trauma: avulsion and luxation. Dent Traumatol 2007;23:297-303.
 46. Jackson NG, Waterhouse PJ, Maguire A. Management of dental trauma in primary care: a postal survey of general dental practitioners. Br Dent J 2005;198:293-7.
 47. Westphalen VPD, Martins WD, Deonizio MDA, Silva Neto UX, Cunha CB, Fariniuk LF. Knowledge of general practitioners dentists about the emergency management of dental avulsion in Curitiba, Brazil. Dent Traumatol 2007;23:6-8.



Anexos

Anexo A – Normas do periódico “Dental Traumatology”.



Author Guidelines

Content of Author Guidelines: 1. General, 2. Ethical Guidelines, 3. Manuscript Submission Procedure, 4. Manuscript Types Accepted, 5. Manuscript Format and Structure, 6. After Acceptance

Relevant Documents: [Exclusive Licence Form](#)

Useful Websites: [Submission Site](#), [Articles published in Dental Traumatology](#), [Author Services](#), [Blackwell Publishing's Ethical Guidelines](#), [Guidelines for Figures](#)

1. GENERAL

Dental Traumatology is an international journal which aims to convey scientific and clinical progress in all areas related to adult and pediatric dental traumatology. It aims to promote communication among clinicians, educators, researchers, administrators and others interested in dental traumatology. The journal publishes original scientific articles, review articles in the form of comprehensive reviews or mini reviews of a smaller area, short communication about clinical methods and techniques and case reports. The journal focuses on the following areas related to dental trauma:

Epidemiology and Social Aspects
Tissue, Periodontal, and Endodontic Considerations
Pediatrics and Orthodontics
Oral and Maxillofacial Surgery / Transplants/ Implants
Esthetics / Restorations / Prosthetics
Prevention and Sports Dentistry

Please read the instructions below carefully for details on the submission of manuscripts, the journal's requirements and standards as well as information concerning the procedure after a manuscript has been accepted for publication in *Dental Traumatology*. Authors are encouraged to visit [Blackwell Publishing Author Services](#) for further information on the preparation and submission of articles and figures.

2. ETHICAL GUIDELINES

Dental Traumatology adheres to the below ethical guidelines for publication and research.

2.1. Authorship and Acknowledgements

Authors submitting a paper do so on the understanding that the manuscript have been read and approved by all authors and that all authors agree to the submission of the manuscript to the Journal.

Dental Traumatology adheres to the definition of authorship set up by The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). According to the ICMJE authorship criteria should be based on 1) substantial contributions to conception and design of, or acquisition of data or analysis and interpretation of data, 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content and 3) final approval of the version to be published. Authors should meet conditions 1, 2 and 3.

It is a requirement that all authors have been accredited as appropriate upon submission of the manuscript. Contributors who do not qualify as authors should be mentioned under Acknowledgements.

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited.

2.2. Ethical Approvals

Experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association Declaration of Helsinki (version, 2002 www.wma.net/e/policy/b3.htm) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included. Editors reserve the right to reject papers if there are doubts as to whether appropriate procedures have been used.

2.3 Clinical Trials

Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org. A [CONSORT checklist](#) should also be included in the submission material.

All manuscripts reporting results from a clinical trial must indicate that the trial was fully registered at a readily accessible website, e.g., www.clinicaltrials.gov.

2.4 DNA Sequences and Crystallographic Structure Determinations

Papers reporting protein or DNA sequences and crystallographic structure determinations will not be accepted without a Genbank or Brookhaven accession number, respectively. Other supporting data sets must be made available on the publication date from the authors directly.

2.5 Conflict of Interest

All sources of institutional, private and corporate financial support for the work within the manuscript must be fully acknowledged, and any potential grant holders should be

listed. Acknowledgements should be brief and should not include thanks to anonymous referees and editors. The Conflict of Interest Statement should be included as a separate document uploaded under the file designation "Title Page" to allow blinded review.

2.6 Appeal of Decision

The decision on a paper is final and cannot be appealed.

2.7 Permissions

If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

2.8 Copyright Assignment

Authors submitting a paper do so on the understanding that the work and its essential substance have not been published before and is not being considered for publication elsewhere. The submission of the manuscript by the authors means that the authors automatically agree to assign exclusive copyright to Blackwell Publishing if and when the manuscript is accepted for publication. The work shall not be published elsewhere in any language without the written consent of the publisher. The articles published in this journal are protected by copyright, which covers translation rights and the exclusive right to reproduce and distribute all of the articles printed in the journal. No material published in the journal may be stored on microfilm or videocassettes or in electronic database and the like or reproduced photographically without the prior written permission of the publisher.

Upon acceptance of a paper, authors are required to assign the exclusive licence to publish their paper to Blackwell Publishing. Assignment of the exclusive licence is a condition of publication and papers will not be passed to the publisher for production unless licence has been assigned. (Papers subject to government or Crown copyright are exempt from this requirement; however, the form still has to be signed). A completed [Exclusive Licence Form](#) must be sent to the address specified on the Exclusive Licence Form, before any manuscript can be published. Authors must send the completed original Exclusive Licence Form by regular mail upon receiving notice of manuscript acceptance, i.e., do not send the Exclusive Licence form at submission. Faxing or e-mailing the Exclusive Licence Form does not meet requirements.

For questions concerning copyright, please visit [Blackwell Publishing's Copyright FAQ](#)

3. MANUSCRIPT SUBMISSION PROCEDURE

Manuscripts should be submitted electronically via the online submission site <http://mc.manuscriptcentral.com/dt>. The use of an online submission and peer review site enables immediate distribution of manuscripts and consequentially speeds up the review process. It also allows authors to track the status of their own manuscripts. Complete instructions for submitting a paper is available online and below. Further assistance can be obtained from Editorial Assistant Karin Andersson at dtoffice@qualitynet.net.

3.1. Getting Started

Launch your web browser (supported browsers include Internet Explorer 5.5 or

higher, Safari 1.2.4, or Firefox 1.0.4 or higher) and go to the journal's online Submission Site: <http://mc.manuscriptcentral.com/dt>.

- Log-in or, if you are a new user, click on "register here".
- If you are registering as a new user.
 - After clicking on "register here", enter your name and e-mail information and click "Next". Your e-mail information is very important.
 - Enter your institution and address information as appropriate, and then click "Next."
 - Enter a user ID and password of your choice (we recommend using your e-mail address as your user ID), and then select your areas of expertise. Click "Finish".
- If you are registered, but have forgotten your log in details, enter your e-mail address under "Password Help". The system will send you an automatic user ID and a new temporary password.
- Log-in and select "Author Centre".

3.2. Submitting Your Manuscript

- After you have logged into your "Author Centre", submit your manuscript by clicking the submission link under "Author Resources".
- Enter data and answer questions as appropriate. You may copy and paste directly from your manuscript and you may upload your pre-prepared covering letter.
- Click the "Next" button on each screen to save your work and advance to the next screen.
- You are required to upload your files.
 - Click on the "Browse" button and locate the file on your computer.
 - Select the designation of each file in the drop down next to the Browse button.
 - When you have selected all files you wish to upload, click the "Upload Files" button.
- To allow double blinded review, please submit (upload) your main manuscript and title page as separate files. Please upload:
 - Your manuscript without title page under the file designation "main document"
 - Figure files under the file designation "figures".
 - The title page, Acknowledgements and Conflict of Interest Statement where applicable, should be uploaded under the file designation "title page"
- Review your submission (in HTML and PDF format) before completing your submission by sending it to the Journal. Click the "Submit" button when you are finished reviewing. All documents uploaded under the file designation "title page" will not be viewable in the html and pdf format you are asked to review in the end of the submission process. The files viewable in the html and pdf format are the files available to the reviewer in the review process.

3.3. Manuscript Files Accepted

Manuscripts should be uploaded as Word (.doc) or Rich Text Format (.rft) files (not write-protected) plus separate figure files. GIF, JPEG, PICT or Bitmap files are acceptable for submission, but only high-resolution TIF or EPS files are suitable for printing. The files uploaded as main manuscript documents will be automatically converted to HTML and PDF on upload and will be used for the review process. The files uploaded as title page will be blinded from review and not converted into HTML and PDF. The main manuscript document file must contain the entire manuscript including abstract, text, references, tables, and figure legends, but *no* embedded figures. In the text, please reference figures as for instance "Figure 1", "Figure 2" etc to match the tag name you choose for the individual figure files uploaded. Manuscripts should be formatted as described in the Author Guidelines below. Please note that any

manuscripts uploaded as Word 2007 (.docx) will be automatically rejected. Please save any .docx file as .doc before uploading.

3.4. Blinded Review

All manuscripts submitted to *Dental Traumatology* will be reviewed by two experts in the field. *Dental Traumatology* uses double blinded review. The names of the reviewers will thus not be disclosed to the author submitting a paper and the name(s) of the author(s) will not be disclosed to the reviewers.

To allow double blinded review, please submit (upload) your main manuscript and title page as separate files.

Please upload:

- Your manuscript without title page under the file designation "main document"
- Figure files under the file designation "figures"
- The title page, Acknowledgements and Conflict of Interest Statement where applicable, should be uploaded under the file designation "title page"

All documents uploaded under the file designation "title page" will not be viewable in the html and pdf format you are asked to review in the end of the submission process. The files viewable in the html and pdf format are the files available to the reviewer in the review process.

3.5. Suggest a Reviewer

Dental Traumatology attempts to keep the review process as short as possible to enable rapid publication of new scientific data. In order to facilitate this process, please suggest the names and current email addresses of a potential international reviewer whom you consider capable of reviewing your manuscript. In addition to your choice the journal editor will choose one or two reviewers as well. When the review is done you will be notified under "Manuscripts with decision" and through e-mail.

3.6. Suspension of Submission Mid-way in the Submission Process

You may suspend a submission at any phase before clicking the "Submit" button and save it to submit later. The manuscript can then be located under "Unsubmitted Manuscripts" and you can click on "Continue Submission" to continue your submission when you choose to.

3.7. E-mail Confirmation of Submission

After submission you will receive an e-mail to confirm receipt of your manuscript. If you do not receive the confirmation e-mail after 24 hours, please check your e-mail address carefully in the system. If the e-mail address is correct please contact your IT department. The error may be caused by some sort of spam filtering on your e-mail server. Also, the e-mails should be received if the IT department adds our e-mail server (uranus.scholarone.com) to their whitelist.

3.8. Manuscript Status

You can access Manuscript Central any time to check your "Author Center" for the status of your manuscript. The Journal will inform you by e-mail once a decision has been made.

3.9. Submission of Revised Manuscripts

To submit a revised manuscript, locate your manuscript under "Manuscripts with Decisions" and click on "Submit a Revision". Please remember to delete any old files

uploaded when you upload your revised manuscript. Please also remember to upload your manuscript document separate from your title page.

4. MANUSCRIPT TYPES ACCEPTED

Original Research Articles in all areas related to adult and pediatric dental traumatology are of interest to *Dental Traumatology*. Examples of such areas are Epidemiology and Social Aspects, Tissue, Periodontal, and Endodontic Considerations, Pediatrics and Orthodontics, Oral and Maxillofacial Surgery/ Transplants / Implants, Esthetics / Restorations / Prosthetics and Prevention and Sports Dentistry.

Review Papers: *Dental Traumatology* commissions review papers of comprehensive areas and mini reviews of small areas. The journal also welcomes uninvited reviews. Reviews should be submitted via the online submission site and are subject to peer-review.

Comprehensive Reviews should be a complete coverage of a subject discussed with the Editor in Chief prior to preparation and submission. Comprehensive review articles should include a description of search strategy of relevant literature, inclusion criteria, evaluation of papers and level of evidence.

Mini Reviews are covering a smaller area and may be written in a more free format.

Case Reports

Dental Traumatology accepts Case Reports but these will only be published online and will not be included in the printed version unless specifically requested by the Editor-in-Chief.

Case Reports illustrating unusual and clinically relevant observations are acceptable, but their merit needs to provide high priority for publication in the journal. They should be kept within 3-4 printed pages and need not follow the usual division into material and methods etc, but should have an abstract. The introduction should be kept short. Thereafter the case is described followed by a discussion.

Short Communications of 1-2 pages are accepted for quick publication. These papers need not follow the usual division into Material and Methods, etc., but should have an abstract. They should contain important new information to warrant publication and may reflect improvements in clinical practice such as introduction of new technology or practical approaches. They should conform to a high scientific and a high clinical practice standard.

Letters to the Editor, if of broad interest, are encouraged. They may deal with material in papers published in *Dental Traumatology* or they may raise new issues, but should have important implications.

Meetings: advance information about and reports from international meetings are welcome, but should not be submitted via the online submission site, but send directly to the journal administrator Karin Andersson at dtooffice@qualitynet.net

5. MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

5.1. Format

Language: The language of publication is English. Authors for whom English is a second language must have their manuscript professionally edited by an English speaking person before submission to make sure the English is of high quality. It is preferred that manuscript is professionally edited. A list of independent suppliers of editing services can be found at www.blackwellpublishing.com/bauthor/english_language.asp. All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication.

Abbreviations, Symbols and Nomenclature: Abbreviations should be kept to a minimum, particularly those that are not standard. Non-standard abbreviations must be used three or more times and written out completely in the text when first used. Consult the following sources for additional abbreviations: 1) CBE Style Manual Committee. Scientific style and format: the CBE manual for authors, editors, and publishers. 6th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1994; and 2) O'Connor M, Woodford FP. Writing scientific papers in English: an ELSE-Ciba Foundation guide for authors. Amsterdam: Elsevier-Excerpta Medica; 1975.

Font: When preparing your file, please use only standard fonts such as Times, Times New Roman or Arial for text, and Symbol font for Greek letters, to avoid inadvertent character substitutions. In particular, please do not use Japanese or other Asian fonts. Do not use automated or manual hyphenation. Use double spacing when writing.

5.2. Structure

All papers submitted to *Dental Traumatology* should include: Title Page, Abstract, Main text, References and Tables, Figures, Figure Legends, Conflict of Interest Statement and Acknowledgements where appropriate. Title page, Conflict of Interest Statement and any Acknowledgements must be submitted as separate files and uploaded under the file designation Title Page to allow blinded review. Manuscripts must conform to the journal style. Manuscripts not complying with the journal style will be returned to the author(s).

Title Page: should be uploaded as a separate document in the submission process under the file designation "Title Page" to allow blinded review. It should include: Full title of the manuscript, author(s)' full names and institutional affiliations including city, country, and the name and address of the corresponding author. If the author does not want the e-mail address to be published this must be clearly indicated. The title page should also include a running title of no more than 60 characters and 3-6 keywords.

Abstract is limited to 300 words in length and should contain no abbreviations. The abstract should be included in the manuscript document uploaded for review as well as inserted separately where specified in the submission process. The abstract should convey the essential purpose and message of the paper in an abbreviated form. For original articles the abstract should be structured with the following headings: Background/Aim, Material and Methods, Results and Conclusions. For other article types, please choose headings appropriate for the article.

Main Text of Original Articles should be divided into Introduction, Material and Methods, Results and Discussion. During the editorial process reviewers and editors frequently need to refer to specific portions of the manuscript, which is difficult unless the pages are numbered. Authors should number all of the pages consecutively.

Introduction should be focused, outlining the historical or logical origins of the study and not summarize the results; exhaustive literature reviews are inappropriate. Give only strict and pertinent references and do not include data or conclusions from the work being reported. The introduction should close with the explicit statement of the specific aims of the investigation or hypothesis tested.

Materials and Methods must contain sufficient detail such that, in combination with the references cited, all clinical trials and experiments reported can be fully reproduced. As a condition of publication, authors are required to make materials and methods used freely available to academic researchers for their own use. Describe your selection of observational or experimental participants clearly. Identify the method, apparatus and procedures in sufficient detail. Give references to established methods, including statistical methods, describe new or modify methods. Identify precisely all drugs used including generic names and route of administration.

(i) Clinical trials should be reported using the CONSORT guidelines available at www.consort-statement.org. A [CONSORT checklist](#) should also be included in the submission material. All manuscripts reporting results from a clinical trial must indicate that the trial was fully registered at a readily accessible website, e.g., www.clinicaltrials.gov.

(ii) Experimental subjects: experimentation involving human subjects will only be published if such research has been conducted in full accordance with ethical principles, including the World Medical Association Declaration of Helsinki (version, 2002 www.wma.net/e/policy/b3.htm) and the additional requirements, if any, of the country where the research has been carried out. Manuscripts must be accompanied by a statement that the experiments were undertaken with the understanding and written consent of each subject and according to the above mentioned principles. A statement regarding the fact that the study has been independently reviewed and approved by an ethical board should also be included. Editors reserve the right to reject papers if there are doubts as to whether appropriate procedures have been used.

(iii) Suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included.

Results should present the observations with minimal reference to earlier literature or to possible interpretations. Present your results in logical sequence in the text, tables and illustrations giving the main or most important findings first. Do not duplicate data in graphs and tables.

Discussion may usually start with a brief summary of the major findings, but repetition of parts of the Introduction or of the Results sections should be avoided. The section should end with a brief conclusion and a comment on the potential clinical relevance of the findings. Link the conclusions to the aim of the study. Statements and interpretation

of the data should be appropriately supported by original references.

Main Text of Review Articles comprises an introduction and a running text structured in a suitable way according to the subject treated. A final section with conclusions may be added.

Acknowledgements: Under acknowledgements please specify contributors to the article other than the authors accredited. Acknowledgements should be brief and should not include thanks to anonymous referees and editors.

Conflict of Interest Statement: All sources of institutional, private and corporate financial support for the work within the manuscript must be fully acknowledged, and any potential grant holders should be listed. The Conflict of Interest Statement should be included as a separate document uploaded under the file designation "Title Page" to allow blinded review.

5.3. References

As the Journal follows the Vancouver system for biomedical manuscripts, the author is referred to the publication of the International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Int Med* 1997;126:36-47.

Number references consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Identify references in texts, tables, and legends by Arabic numerals (in parentheses). Use the style of the examples below, which are based on the format used by the US National Library of Medicine in Index Medicus. For abbreviations of journals, consult the "List of the Journals Indexed" printed annually in the January issue of Index Medicus.

We recommend the use of a tool such as [EndNote](http://www.endnote.com/support/enstyles.asp) or [Reference Manager](http://www.refman.com/support/rmstyles.asp) for reference management and formatting. EndNote reference styles can be searched for here: www.endnote.com/support/enstyles.asp. Reference Manager reference styles can be searched for here: www.refman.com/support/rmstyles.asp

Try to avoid using abstracts of articles as references. "Unpublished observations", "personal communications", and "unaccepted papers" may not be used as references, although references to written, not verbal, communications may be inserted (in parentheses) in the text. Examples of correct forms of references are given below.

Journals:

Standard journal article - list all authors when six or fewer; when seven or more, list first six authors and add et al.

Examples:

Andreasen JO, Hjørting-Hansen E. Replantation of teeth. I. Radiographic and clinical study of 100 human teeth. *Acta Odontol Scand* 1966;24:263-86.

Corporate author:

American Association of Endodontists. Recommended guidelines for treatment of the avulsed tooth. *J Endod* 1983;9:571.

Books and other monographs:

Examples:

Personal author(s)

Grossman LI. Endodontic practice. 10th ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1981. p. 176-9.

Chapter in book:

Sanders B, Brady FA, Johnson R. Injuries. In: Sanders B, editor. Pediatric oral and maxillofacial surgery. St. Louis: Mosby; 1979. p. 330-400.

5.4. Tables, Figures and Figure Legends

Tables should only be used to clarify important points. Tables must, as far as possible, be self-explanatory. The tables should be numbered consecutively with Arabic numerals.

Figures: All graphs, drawings and photographs are considered figures and should be numbered in sequence with Arabic numerals and abbreviated Fig(s). Each figure should have a legend and all legends should be numbered correspondingly and included at the end of the manuscript. Text on the figures should be in capitals. Figures should be planned to fit the proportions of the printed page.

All figures and artwork must be provided in electronic format. Please save vector graphics (e.g. line artwork) in Encapsulated Postscript Format (EPS) and bitmap files (e.g. half-tones) or clinical or in vitro pictures in Tagged Image Format (TIFF). JPEG files are also acceptable. Detailed information on our digital illustration standards can be found at www.blackwellpublishing.com/bauthor/illustration.asp

Unnecessary figures and parts (panels) of figures should be avoided: data presented in small tables or histograms, for instance, can generally be stated briefly in the text instead. Figures should not contain more than one panel unless the parts are logically connected

Figures divided into parts should be labelled with a lower-case, boldface, roman letter, a, b, and so on, in the same type size as used elsewhere in the figure. Lettering in figures should be in lower-case type, with the first letter capitalized. Units should have a single space between the number and unit, and follow SI nomenclature common to a particular field. Unusual units and abbreviations should be spelled out in full or defined in the legend. Scale bars should be used rather than magnification factors, with the length of the bar defined in the legend rather than on the bar itself. In general visual cues (on the figures themselves) are preferred to verbal explanations in the legend (e.g. broken line, open red triangles etc)

Preparation of Electronic Figures for Publication: Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (lineart) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: lineart: >600 dpi; half-tones (including gel photographs):

>300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Further information can be obtained at Blackwell Publishing's guidelines for figures:
www.blackwellpublishing.com/bauthor/illustration.asp.

Check your electronic artwork before submitting it:
www.blackwellpublishing.com/bauthor/eachecklist.asp

Permissions: If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

Figure Legends should be a separate section of the manuscript, and should begin with a brief title for the whole figure and continue with a short description of each panel and the symbols used: they should not contain any details of methods

5.5. Supplementary Material

Publication in electronic formats has created opportunities for adding details or whole sections in the electronic version only. Authors need to work closely with the editors in developing or using such new publication formats.

Supplementary Material, such as data sets or additional figures or tables, that will not be published in the print edition of the journal, but which will be viewable via the online edition, can be submitted.

It should be clearly stated at the time of submission that the Supplementary Material is intended to be made available through the online edition. If the size or format of the Supplementary Material is such that it cannot be accommodated on the journal's Web site, the author agrees to make the Supplementary Material available free of charge on a permanent Web site, to which links will be set up from the journal's website. The author must advise Blackwell Publishing if the URL of the website where the Supplementary Material is located changes. The content of the Supplementary Material must not be altered after the paper has been accepted for publication.

The availability of Supplementary Material should be indicated in the main manuscript by a paragraph, to appear after the References, headed "Supplementary Material" and providing titles of figures, tables, etc. In order to protect reviewer anonymity, material posted on the authors Web site cannot be reviewed. The Supplementary Material is an integral part of the article and will be reviewed accordingly.

Extra issues - Larger papers or monographs may be published as additional issues (numbered as the ordinary issues), the full cost being paid by the author. Further information may be obtained from the editor.

6. AFTER ACCEPTANCE

Upon acceptance of a paper for publication, the manuscript will be forwarded to the Production Editor who is responsible for the production of the journal.

6.1 Proof Corrections

The corresponding author will receive an email alert containing a link to a web site. A

working e-mail address must therefore be provided for the corresponding author. The proof can be downloaded as a PDF (portable document format) file from this site. Acrobat Reader will be required in order to read this file. This software can be downloaded (free of charge) from the following web site: www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html. This will enable the file to be opened, read on screen and printed out in order for any corrections to be added. Further instructions will be sent with the proof.

6.2 Early Online Publication Prior to Print

Dental Traumatology is covered by Blackwell Publishing's OnlineEarly service. OnlineEarly articles are complete full-text articles published online in advance of their publication in a printed issue. OnlineEarly articles are complete and final. They have been fully reviewed, revised and edited for publication, and the authors' final corrections have been incorporated. Because they are in final form, no changes can be made after online publication. The nature of OnlineEarly articles means that they do not yet have volume, issue or page numbers, so OnlineEarly articles cannot be cited in the traditional way. They are therefore given a Digital Object Identifier (DOI), which allows the article to be cited and tracked before it is allocated to an issue. After print publication, the DOI remains valid and can continue to be used to cite and access the article.

6.3 Online Production Tracking

Online production tracking is available for your article through Blackwell's Author Services. Author Services enables authors to track their article - once it has been accepted - through the production process to publication online and in print. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. The author will receive an e-mail with a unique link that enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript. Visit www.blackwellpublishing.com/bauthor for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more.

6.4 Author Material Archive Policy

Please note that unless specifically requested, Blackwell Publishing will dispose of all hardcopy or electronic material submitted two months after publication. If you require the return of any material submitted, please inform the editorial office or production editor as soon as possible.

6.5 Offprints and Extra Copies

A PDF offprint of the online published article will be provided free of charge to the corresponding author, and may be distributed subject to the Publisher's terms and conditions. Additional paper offprints may be ordered online. Please click on the following link, fill in the necessary details and ensure that you type information in all of the required fields: [Offprint Cosprinters](http://OffprintCosprinters). If you have queries about offprints please email offprint@cosprinters.com

6.6 Author Services

For more substantial information on the services provided for authors, please see [Blackwell Publishing Author Services](#)

6.7 Note to NIH Grantees

Pursuant to NIH mandate, Wiley-Blackwell will post the accepted version of contributions authored by NIH grant-holders to PubMed Central upon acceptance. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication. For further information, see www.wiley.com/go/nihmandate

Anexo B – Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa.

unespUNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –CEP–**OF. 117/2006
CEP
SFCD/bri

Araçatuba, 11 de agosto de 2006.

Referência Processo FOA 2006-01415

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto **"ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE TRAUMATISMO DENTO-ALVEOLAR COM INJÚRIAS DO LIGAMENTO PERIODONTAL"** expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, **deverá ser enviado relatórios parciais em 10/08/2007 e 10/08/2008 e o relatório final em 10/08/2009.**

Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP

Ilma. Senhora
Drª. DENISE PEDRINI
Araçatuba-SP-

Ciente.De acordo.11/8/2006

Denise Pedrini
Drª. Denise Pedrini

Anexo C – Questionário aplicado aos voluntários.



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

QUESTIONÁRIO

1. Qual o ano de conclusão do seu curso de Graduação ?.....
2. Em que instituição você realizou esse curso ?.....
3. Qual a sua idade ?.....
4. Gênero: () Feminino () Masculino
5. Possui curso de especialização ? Sim () Não () Qual: Ano de conclusão:.....
6. Além da sua especialidade, você atua em outras áreas ? Sim () Não ()
7. Quais ? () Endodontia () Prótese () Periodontia () Odontopediatria
() Cirurgia () Ortodontia () Clínica Geral () Dentística
8. Para facilitar o tratamento das injúrias do ligamento periodontal foi proposta uma classificação por Andreasen (1974) baseada na World Health Organization (WHO-1969). Com base nesta classificação, apresentada abaixo, elabore plano(s) de tratamento para cada um destes traumatismos (**VOCÊ PODE ASSINALAR UMA OU MAIS OPÇÕES**).

Esquema	Classificação	Tipos de tratamento	
	Concussão.	1. () Exame radiográfico 2. () Reposicionamento dentário 3. () Tracionamento cirúrgico 4. () Tracionamento ortodôntico 5. () Aguarda reerupção espontânea 6. () Contenção dentária Tempo de contenção:.....	7. () Ajuste oclusal 8. () Antibioticoterapia 9. () Tratamento endodôntico 10. () Acompanhamento 11. () Outros. Especifique:
	Subluxação.	1. () Exame radiográfico 2. () Reposicionamento dentário 3. () Tracionamento cirúrgico 4. () Tracionamento ortodôntico 5. () Aguarda reerupção espontânea 6. () Contenção dentária Tempo de contenção:.....	7. () Ajuste oclusal 8. () Antibioticoterapia 9. () Tratamento endodôntico 10. () Acompanhamento 11. () Outros. Especifique:
	Luxação Extrusiva.	1. () Exame radiográfico 2. () Reposicionamento dentário 3. () Tracionamento cirúrgico 4. () Tracionamento ortodôntico 5. () Aguarda reerupção espontânea 6. () Contenção dentária Tempo de contenção:.....	7. () Ajuste oclusal 8. () Antibioticoterapia 9. () Tratamento endodôntico 10. () Acompanhamento 11. () Outros. Especifique:
	Luxação Lateral.	1. () Exame radiográfico 2. () Reposicionamento dentário 3. () Tracionamento cirúrgico 4. () Tracionamento ortodôntico 5. () Aguarda reerupção espontânea 6. () Contenção dentária Tempo de contenção:.....	7. () Ajuste oclusal 8. () Antibioticoterapia 9. () Tratamento endodôntico 10. () Acompanhamento 11. () Outros. Especifique:
	Luxação Intrusiva.	1. () Exame radiográfico 2. () Reposicionamento dentário 3. () Tracionamento cirúrgico 4. () Tracionamento ortodôntico 5. () Aguarda reerupção espontânea 6. () Contenção dentária Tempo de contenção:.....	7. () Ajuste oclusal 8. () Antibioticoterapia 9. () Tratamento endodôntico 10. () Acompanhamento 11. () Outros. Especifique:

9. Você seria capaz de tratar todos os tipos de traumatismos apresentados? () Sim () Não
Justifique:

Anexo D – Autorização da SBPqO para a realização do estudo.



A U T O R I Z A Ç Ã O

Para fins de conclusão do trabalho de pesquisa intitulado “Análise do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre traumatismo dento-alveolar com injúrias do ligamento periodontal”, autorizo a Profa. Dra. Denise Pedrini, da disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia, UNESP – Campus Araçatuba, a realizar durante o evento em Atibaia, entrevista com os participantes nos intervalos das suas apresentações.

São Paulo, 21 de agosto de 2006

João Humberto Antoniazzi

Presidente da SBPqO

Av. Professor Lineu Prestes, 2227 - Cidade Universitária - São Paulo - SP - CEP: 05508-900 - Tel/Fax:
(11) 3091.7855

e-mail: sbpqo@sbpqo.org.br Internet: <http://www.sbpqo.org.br>

Anexo E – Instituições dos cursos de graduação.

Instituição	Administração	Frequência (n)	Percentual (%)
Associação Caruaruense de Ensino Superior – ASCES	Privada	5	0,7
Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos – UNIFEB	Privada	4	0,6
Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA	Privada	3	0,4
Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS	Privada	2	0,3
Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA	Privada	1	0,1
Centro Universitário do Pará - CESUPA	Privada	2	0,3
Centro Universitário Fluminense - Faculdade de Odontologia de Campos - FOC	Privada	2	0,3
Centro Universitário Hermínio Ometto - UNIARARAS	Privada	2	0,3
Centro Universitário Lusíada - UNILUS	Privada	1	0,1
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSP	Privada	1	0,1
Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas - EFOA	Pública	5	0,7
Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo - FONF	Privada	4	0,6
Faculdades Adamantinenses Integradas - FAI	Privada	1	0,1
Faculdades Federais Integradas de Diamantina - FAFEID	Pública	3	0,4

Faculdades Integradas Aparício Carvalho - FIMCA	Privada	1	0,1
Faculdades Integradas São Pedro - FAESA	Privada	2	0,2
Fundação Educacional D. André Arcoverde - Centro de Ensino Superior de Valença	Privada	2	0,3
Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva - IMES/FAFICA	Pública	1	0,1
Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC Campinas	Privada	11	1,6
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Minas	Privada	5	0,7
Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR	Privada	13	1,8
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS	Privada	5	0,7
Universidad Nacional de Córdoba - UNC	Pública	1	0,1
Universidade Camilo Castelo Branco - Unicastelo	Privada	2	0,3
Universidade Cidade de São Paulo - UNICID	Privada	3	0,4
Universidade de Brasília - UnB	Pública	2	0,3
Universidade de Cuiabá - UNIC	Privada	4	0,6
Universidade de Fortaleza - UNIFOR	Privada	6	0,9
Universidade de Franca - UNIFRAN	Privada	2	0,3
Universidade de Itaúna	Privada	2	0,3
Universidade de Marília - UNIMAR	Privada	2	0,3
Universidade de Mogi das Cruzes - UMC	Privada	3	0,4

Universidade de Passo Fundo - UPF	Privada	6	0,9
Universidade de Pernambuco - UPE	Pública	7	1,0
Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP	Privada	16	2,3
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC	Privada	1	0,1
Universidade de Santo Amaro - UNISA	Privada	5	0,7
Universidade de São Paulo - USP	Pública	6	0,9
Universidade de São Paulo - USP - Bauru	Pública	22	3,2
Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto	Pública	22	3,2
Universidade de São Paulo - USP - SP	Pública	24	3,4
Universidade de Taubaté - UNITAU	Pública	6	0,9
Universidade de Uberaba - UNIUBE	Privada	8	1,2
Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG	Pública	1	0,1
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ	Pública	16	2,3
Universidade do Grande ABC - UNIABC	Privada	1	0,1
Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy - UNIGRANRIO	Privada	5	0,7
Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE	Privada	4	0,6
Universidade do Sagrado Coração - USC	Privada	12	1,7

Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP	Privada	1	0,1
Universidade Estácio de Sá - UNESA	Privada	1	0,1
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB	Pública	1	0,1
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP	Pública	32	4,6
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS	Pública	4	0,6
Universidade Estadual de Londrina - UEL	Pública	1	0,1
Universidade Estadual de Maringá - UEM	Pública	2	0,3
Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES	Pública	3	0,4
Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG	Pública	12	1,7
Universidade Estadual Paulista - UNESP	Pública	2	0,3
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP - Araçatuba	Pública	42	6,1
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP - Araraquara	Pública	29	4,2
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP - São José dos Campos	Pública	22	3,2
Universidade Federal da Bahia - UFBA	Pública	13	1,9
Universidade Federal da Paraíba - UFPB	Pública	17	2,5
Universidade Federal de Alagoas - UFAL	Pública	4	0,6

Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL - MG	Pública	6	0,9
Universidade Federal de Goiás - UFG	Pública	8	1,2
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF	Pública	9	1,3
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS	Pública	1	0,1
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	Pública	18	2,6
Universidade Federal de Pelotas - UFPel	Pública	4	0,6
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE	Pública	5	0,7
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC	Pública	2	0,3
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM	Pública	16	2,3
Universidade Federal de Uberlândia - UFU	Pública	13	1,8
Universidade Federal do Amazonas - UFAM	Pública	3	0,4
Universidade Federal do Ceará - UFC	Pública	7	1,0
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES	Pública	3	0,4
Universidade Federal do Maranhão - UFMA	Pública	2	0,2
Universidade Federal do Pará - UFPA	Pública	9	1,3
Universidade Federal do Paraná - UFPR	Pública	6	0,9
Universidade Federal do Piauí - UFPI	Pública	2	0,3

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	Pública	20	2,9
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN	Pública	4	0,6
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS	Pública	10	1,4
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM	Pública	2	0,3
Universidade Federal Fluminense - Niterói	Pública	15	2,2
Universidade Gama Filho	Privada	6	0,9
Universidade Guarulhos - UnG	Privada	2	0,2
Universidade Ibirapuera - UNIB	Privada	1	0,1
Universidade Iguaçu - UNIG	Privada	2	0,3
Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS	Privada	3	0,4
Universidade Luterana do Brasil - ULBRA	Privada	3	0,4
Universidade Luterana do Brasil - ULBRA - Cachoeira do Sul	Privada	7	1,0
Universidade Luterana do Brasil - ULBRA - Canoas	Privada	1	0,1
Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP	Privada	3	0,4
Universidade Metodista de São Paulo	Privada	3	0,4
Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES	Privada	4	0,6
Universidade Norte do Paraná - UNOPAR	Privada	1	0,1
Universidade Paranaense - UNIPAR	Privada	1	0,1
Universidade Paulista - UNIP	Privada	12	1,7

Universidade Paulista - UNIP - Araçatuba	Privada	1	0,1
Universidade Paulista - UNIP - Bauru	Privada	2	0,3
Universidade Paulista - UNIP - Campinas	Privada	1	0,1
Universidade Paulista - UNIP - SP	Privada	3	0,4
Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO	Privada	1	0,1
Universidade Santa Cecília - UNISANTA	Privada	2	0,3
Universidade São Francisco - USF	Privada	3	0,4
Universidade Tuiuti do Paraná - UTP	Privada	3	0,4
Universidade UNIVILLE - Joinville	Privada	1	0,1
Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE	Privada	5	0,7
Universidade Vale do Rio Verde - UninCor	Privada	3	0,4
Em branco	-	3	0,4
Total	-	693	100,0

Anexo F - Planos de tratamento propostos para a resolução das injúrias do ligamento periodontal, com base nas alternativas apresentadas no Anexo C.

Concussão	Frequência (n)	Percentual (%)
1	16	2,3
1,10	358	51,7
1,10,11	21	3,0
1,11	1	0,1
1,2,10	3	0,4
1,2,6,10,11	1	0,1
1,2,7,9	1	0,1
1,2,8,10	1	0,1
1,3,8,10	1	0,1
1,4,6,10	1	0,1
1,4,8,10	1	0,1
1,4,9	1	0,1
1,5	2	0,3
1,5,10	28	4,0
1,5,10,11	2	0,3
1,5,6,10	2	0,3
1,5,6,7,10	1	0,1
1,5,7,10	4	0,6
1,5,7,10,11	1	0,1
1,5,7,8,10	1	0,1
1,5,9,10	1	0,1
1,6	1	0,1
1,6,10	7	1,0
1,6,10,11	2	0,3
1,6,7,10	12	1,7
1,6,7,10,11	6	0,9
1,6,7,9,10	1	0,1
1,6,9,10	2	0,3

1,7	5	0,7
1,7,10	108	15,6
1,7,10,11	15	2,2
1,7,8,10	4	0,6
1,7,9,10	1	0,1
1,8,10	8	1,2
1,8,9,10	1	0,1
1,9,10	2	0,3
10	43	6,2
2,7,10	1	0,1
4,8,9,10	1	0,1
5,10	6	0,9
5,6,7	1	0,1
6,10	4	0,6
6,7	1	0,1
6,7,10	1	0,1
7	1	0,1
7,10	5	0,7
8,10	1	0,1
Em branco	5	0,6
Total	693	100,0

Subluxação	Frequência (n)	Percentual (%)
1	9	1,3
1,10	207	29,9
1,10,11	15	2,2
1,2,10	3	0,4
1,2,5,7,10	1	0,1
1,2,6	3	0,4
1,2,6,10	8	1,2
1,2,6,7,10	2	0,3
1,2,6,7,8,9,10	1	0,1
1,2,6,8,10	1	0,1
1,2,7	1	0,1
1,2,7,10	1	0,1
1,2,7,8,10	1	0,1
1,2,7,9	1	0,1
1,2,8,10	1	0,1
1,3,9,10	2	0,3
1,4,10	2	0,3
1,4,5,6,7,10	1	0,1
1,4,8,9,10	1	0,1
1,5	4	0,6
1,5,10	23	3,3
1,5,6,10	2	0,3
1,5,6,7,10	2	0,3
1,5,6,7,10,11	1	0,1
1,5,7	1	0,1
1,5,7,10	3	0,4
1,5,7,10,11	1	0,1
1,5,7,8	1	0,1
1,5,9	1	0,1
1,6	7	1,0
1,6,10	85	12,3

1,6,10,11	8	1,2
1,6,11	1	0,1
1,6,7	4	0,6
1,6,7,10	46	6,6
1,6,7,10,11	13	1,9
1,6,7,8,10	5	0,7
1,6,7,8,10,11	1	0,1
1,6,7,8,9,10	1	0,1
1,6,7,8,9,10,11	1	0,1
1,6,7,9,10	3	0,4
1,6,7,9,10,11	1	0,1
1,6,8	1	0,1
1,6,8,10	3	0,4
1,6,8,10,11	1	0,1
1,6,9	1	0,1
1,6,9,10	5	0,7
1,7	3	0,4
1,7,10	106	15,3
1,7,10,11	10	1,4
1,7,11	1	0,1
1,7,8,10	8	1,2
1,7,8,10,11	2	0,3
1,7,9	1	0,1
1,7,9,10	1	0,1
1,7,9,10,11	1	0,1
1,8,10	15	2,2
1,8,9,10	1	0,1
1,9	2	0,3
1,9,10	4	0,6
10	17	2,5
2,6	1	0,1
2,6,7,10	1	0,1
5	1	0,1

5,10	3	0,4
5,6	1	0,1
6,10	5	0,7
6,7	3	0,4
6,7,10	3	0,4
6,7,10,11	1	0,1
6,7,8,10	1	0,1
7,10	5	0,7
7,10,11	1	0,1
7,11	1	0,1
9,10	1	0,1
Em branco	6	0,8
Total	693	100,0

Luxação Extrusiva	Frequência (n)	Percentual (%)
1,10	5	0,7
1,10,11	1	0,1
1,2	2	0,3
1,2,10	7	1,0
1,2,10,11	2	0,3
1,2,3,4,6,7,8,9	1	0,1
1,2,3,6,7,8,9,10,11	1	0,1
1,2,3,6,7,9,10	1	0,1
1,2,4,6,10	1	0,1
1,2,4,6,9,10	2	0,3
1,2,5,10	2	0,3
1,2,5,6,10	1	0,1
1,2,6	12	1,7
1,2,6,10	110	15,9
1,2,6,10,11	19	2,7
1,2,6,11	1	0,1
1,2,6,7	7	1,0
1,2,6,7,10	77	11,1
1,2,6,7,10,11	15	2,2
1,2,6,7,11	2	0,3
1,2,6,7,8	4	0,6
1,2,6,7,8,10	21	3,0
1,2,6,7,8,10,11	3	0,4
1,2,6,7,8,9	5	0,7
1,2,6,7,8,9,10	58	8,4
1,2,6,7,8,9,10,11	12	1,7
1,2,6,7,8,10	1	0,1
1,2,6,7,9	8	1,2
1,2,6,7,9,10	74	10,7
1,2,6,7,9,10,11	10	1,4
1,2,6,7,9,11	1	0,1
1,2,6,8	2	0,3

1,2,6,8,10	24	3,5
1,2,6,8,10,11	2	0,3
1,2,6,8,9	3	0,4
1,2,6,8,9,10	38	5,5
1,2,6,8,9,10,11	1	0,1
1,2,6,8,9,10	1	0,1
1,2,6,9	6	0,9
1,2,6,9,10	59	8,5
1,2,6,9,10,11	4	0,6
1,2,7	1	0,1
1,2,7,10	5	0,7
1,2,7,8,10	4	0,6
1,2,7,8,9,10	2	0,3
1,2,7,9,10	1	0,1
1,2,8	1	0,1
1,2,8,10	2	0,3
1,2,8,9,10	2	0,3
1,2,9,10	4	0,6
1,3,6,10	1	0,1
1,3,6,7,9,10	1	0,1
1,4,7,9,10	1	0,1
1,5,8,10	1	0,1
1,5,9,10	1	0,1
1,6	1	0,1
1,6,10	6	0,9
1,6,7,10	4	0,6
1,6,7,8,10	1	0,1
1,6,7,9,10	1	0,1
1,6,8,10	1	0,1
1,6,8,9,10	2	0,3
1,6,9,10	1	0,1
1,7,10	5	0,7
1,7,9,10	1	0,1

1,8,10	1	0,1
1,8,9,10	1	0,1
1,9,10	1	0,1
2	2	0,3
2,10	1	0,1
2,6	2	0,3
2,6,10	5	0,7
2,6,7,10	1	0,1
2,6,7,8,10	1	0,1
2,6,7,8,9	1	0,1
2,6,7,8,9,10	1	0,1
2,6,7,9,10	2	0,3
2,6,7,9,10,11	2	0,3
2,6,8,10	1	0,1
2,6,9	3	0,4
2,6,9,10	4	0,6
2,8,10	1	0,1
2,9,10	1	0,1
6	1	0,1
7,8,9	1	0,1
Em branco	4	0,5
Total	693	100,0

Luxação Lateral	Frequência (n)	Percentual (%)
1	2	0,3
1,10	8	1,2
1,11	1	0,1
1,2	1	0,1
1,2,10	14	2,0
1,2,11	1	0,1
1,2,3,4,6,7,8,9	1	0,1
1,2,3,4,6,8,9,10	1	0,1
1,2,3,6	1	0,1
1,2,3,6,7,10	2	0,3
1,2,3,6,7,8,9,10	6	0,9
1,2,3,6,7,8,9,10,11	1	0,1
1,2,3,6,7,9,10	1	0,1
1,2,3,6,7,9,10,11	1	0,1
1,2,3,6,8,10	1	0,1
1,2,3,6,8,9	2	0,3
1,2,3,6,8,9,10	6	0,9
1,2,3,6,8,9,10,11	1	0,1
1,2,3,8,9,10	1	0,1
1,2,4,10	2	0,3
1,2,4,6,10	1	0,1
1,2,4,6,7,10,11	1	0,1
1,2,4,6,7,8,10,11	1	0,1
1,2,4,6,7,8,9,10	2	0,3
1,2,4,6,7,9,10	1	0,1
1,2,4,6,9,10	1	0,1
1,2,4,7,10	1	0,1
1,2,5,6,7,10,11	1	0,1
1,2,6	12	1,7
1,2,6,10	97	14,0
1,2,6,10,11	15	2,2
1,2,6,11	1	0,1

1,2,6,7	9	1,3
1,2,6,7,10	61	8,8
1,2,6,7,10,11	18	2,6
1,2,6,7,11	2	0,3
1,2,6,7,8	5	0,7
1,2,6,7,8,10	22	3,2
1,2,6,7,8,10,11	6	0,9
1,2,6,7,8,9	5	0,7
1,2,6,7,8,9,10	50	7,2
1,2,6,7,8,9,10,11	10	1,4
1,2,6,7,8,9,11	1	0,1
1,2,6,7,9	6	0,9
1,2,6,7,9,10	41	5,9
1,2,6,7,9,10,11	8	1,2
1,2,6,8	2	0,3
1,2,6,8,10	25	3,6
1,2,6,8,10,11	2	0,3
1,2,6,8,9	2	0,3
1,2,6,8,9,10	37	5,3
1,2,6,8,9,10,11	2	0,3
1,2,6,9	7	1,0
1,2,6,9,10	56	8,1
1,2,6,9,10,11	3	0,4
1,2,7	1	0,1
1,2,7,10	3	0,4
1,2,7,8	1	0,1
1,2,7,8,10	2	0,3
1,2,7,9,10	2	0,3
1,2,8	1	0,1
1,2,8,10	3	0,4
1,2,8,10,11	1	0,1
1,2,9	1	0,1
1,2,9,10	5	0,7

1,3,4,6,9,10	1	0,1
1,3,6,10	3	0,4
1,3,6,7,8	1	0,1
1,3,6,7,8,9,10	1	0,1
1,3,6,8,10	1	0,1
1,3,6,8,9,10	3	0,4
1,3,6,9	1	0,1
1,3,7,9	1	0,1
1,3,9	1	0,1
1,4	1	0,1
1,4,6,10	1	0,1
1,4,6,7,10	1	0,1
1,4,6,7,8,10	1	0,1
1,4,6,7,9,10	1	0,1
1,4,6,7,9,10,11	1	0,1
1,4,6,8,9,10	1	0,1
1,4,6,9,10	1	0,1
1,4,7,10	1	0,1
1,4,8,9,10	1	0,1
1,5,10	1	0,1
1,5,7,10	1	0,1
1,5,8,10	1	0,1
1,6	2	0,3
1,6,10	10	1,4
1,6,10,11	1	0,1
1,6,7	1	0,1
1,6,7,10	4	0,6
1,6,7,8	1	0,1
1,6,7,8,10	2	0,3
1,6,7,8,9,10	1	0,1
1,6,7,9,10	3	0,4
1,6,8	1	0,1
1,6,8,10	4	0,6

1,6,8,9	1	0,1
1,6,8,9,10	1	0,1
1,6,9	4	0,6
1,6,9,10	3	0,4
1,6,9,10,11	1	0,1
1,7	2	0,3
1,7,10	2	0,3
1,7,8,10	2	0,3
1,7,8,9,10	1	0,1
1,8,10	2	0,3
1,8,11	2	0,3
1,8,9,10	1	0,1
1,9,10	3	0,4
11	1	0,1
2,6	1	0,1
2,6,10	5	0,7
2,6,7,8,9,10	2	0,3
2,6,7,9,10,11	2	0,3
2,6,9	1	0,1
2,6,9,10	1	0,1
4,8,10	1	0,1
6	2	0,3
6,10	1	0,1
6,8	1	0,1
7,9	1	0,1
8,9,10	1	0,1
Em branco	4	0,5
Total	693	100,0

Luxação Intrusiva	Frequência (n)	Percentual (%)
1,10	5	0,7
1,10,11	2	0,3
1,2	1	0,1
1,2,10	2	0,3
1,2,10,11	1	0,1
1,2,3,4,5,6,10	1	0,1
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	4	0,6
1,2,3,4,5,6,7,9,10	1	0,1
1,2,3,4,5,6,7,9,10,11	2	0,3
1,2,3,4,5,6,8,10	1	0,1
1,2,3,4,5,6,8,9,10	1	0,1
1,2,3,4,5,9,10,11	1	0,1
1,2,3,4,6,7,8,9	1	0,1
1,2,3,4,6,7,8,9,10	1	0,1
1,2,3,4,6,7,9,10,11	1	0,1
1,2,3,4,6,8,10,11	1	0,1
1,2,3,4,6,8,9,10	1	0,1
1,2,3,4,6,9,10	2	0,3
1,2,3,4,8,9,10	1	0,1
1,2,3,6	1	0,1
1,2,3,6,10	2	0,3
1,2,3,6,10,11	1	0,1
1,2,3,6,7,10	2	0,3
1,2,3,6,7,8,10	1	0,1
1,2,3,6,7,8,9,10	1	0,1
1,2,3,6,7,9,10	1	0,1
1,2,3,6,8,9,11	1	0,1
1,2,3,6,9,10	1	0,1
1,2,3,7,8,9,10,11	1	0,1
1,2,3,8,10	1	0,1
1,2,3,8,9,10	1	0,1
1,2,4	1	0,1

1,2,4,10	1	0,1
1,2,4,5,6	1	0,1
1,2,4,5,6,7,8,10	1	0,1
1,2,4,5,6,7,8,9,10	1	0,1
1,2,4,5,6,7,9,10	1	0,1
1,2,4,5,6,7,9,10,11	1	0,1
1,2,4,5,6,9,10	1	0,1
1,2,4,5,6,9,11	1	0,1
1,2,4,5,7,9,10	1	0,1
1,2,4,5,7,9,10,11	1	0,1
1,2,4,5,8,9,10	1	0,1
1,2,4,5,9,10	2	0,3
1,2,4,6	2	0,3
1,2,4,6,10	5	0,7
1,2,4,6,7,10	3	0,4
1,2,4,6,7,10,11	1	0,1
1,2,4,6,7,8,9,10	2	0,3
1,2,4,6,7,9,10	5	0,7
1,2,4,6,8,9,10	1	0,1
1,2,4,6,9,10	3	0,4
1,2,4,7	1	0,1
1,2,4,7,10	2	0,3
1,2,4,7,9,10	2	0,3
1,2,4,8,9,10	1	0,1
1,2,4,9,10	1	0,1
1,2,5,10	3	0,4
1,2,5,6,10	1	0,1
1,2,5,6,8,9,10	1	0,1
1,2,5,9,10	1	0,1
1,2,6,10	7	1,0
1,2,6,7	2	0,3
1,2,6,7,8,10	1	0,1
1,2,6,7,9	1	0,1

1,2,6,7,9,10	2	0,3
1,2,6,8,10	1	0,1
1,2,6,8,9	1	0,1
1,2,6,8,9,10	1	0,1
1,2,6,8,9,10,11	1	0,1
1,2,6,9,10	11	1,6
1,2,6,9,10,11	1	0,1
1,2,7,10	1	0,1
1,2,8,9,10	1	0,1
1,2,9	1	0,1
1,2,9,10	1	0,1
1,3	2	0,3
1,3,10	2	0,3
1,3,4	1	0,1
1,3,4,10	2	0,3
1,3,4,5,6,10	2	0,3
1,3,4,5,6,8	1	0,1
1,3,4,5,6,8,10	1	0,1
1,3,4,5,6,8,9,10	1	0,1
1,3,4,5,6,9,	1	0,1
1,3,4,5,7,8,9,10,11	1	0,1
1,3,4,5,8,10	2	0,3
1,3,4,5,8,9	1	0,1
1,3,4,5,8,9,10	4	0,6
1,3,4,5,9,10	6	0,9
1,3,4,5,9,10,11	2	0,3
1,3,4,6,7,8	1	0,1
1,3,4,6,7,8,10	1	0,1
1,3,4,6,7,8,9	1	0,1
1,3,4,6,7,8,9,10	1	0,1
1,3,4,6,7,8,9,10,11	1	0,1
1,3,4,6,8,9,10	2	0,3
1,3,4,6,9,10	1	0,1

1,3,4,8,10	1	0,1
1,3,4,8,9,10	1	0,1
1,3,4,9	1	0,1
1,3,4,9,10,11	1	0,1
1,3,5,10	1	0,1
1,3,5,9,10	1	0,1
1,3,6	2	0,3
1,3,6,10	3	0,4
1,3,6,10,11	1	0,1
1,3,6,7,10	5	0,7
1,3,6,7,8,9,10	2	0,3
1,3,6,7,9	1	0,1
1,3,6,8,10	1	0,1
1,3,6,8,9,10	1	0,1
1,3,6,9,10	5	0,7
1,3,7,8,10,11	1	0,1
1,3,7,8,9,10	1	0,1
1,3,8	1	0,1
1,3,8,10	1	0,1
1,3,9,10	2	0,3
1,4	6	0,9
1,4,10	28	4,0
1,4,10,11	2	0,3
1,4,5	1	0,1
1,4,5,10	13	1,9
1,4,5,10,11	3	0,4
1,4,5,6,10,11	1	0,1
1,4,5,6,7,10	1	0,1
1,4,5,6,7,8,9,10	2	0,3
1,4,5,6,7,9,10	2	0,3
1,4,5,6,7,9,10,11	2	0,3
1,4,5,6,8,9,10,11	1	0,1
1,4,5,6,9	1	0,1

1,4,5,6,9,10	5	0,7
1,4,5,6,9,10,11	2	0,3
1,4,5,7,10	3	0,4
1,4,5,8,10	3	0,4
1,4,5,8,9,10	6	0,9
1,4,5,8,9,10,11	1	0,1
1,4,5,9	2	0,3
1,4,5,9,10	11	1,6
1,4,5,9,10,11	5	0,7
1,4,6	3	0,4
1,4,6,10	6	0,9
1,4,6,7	1	0,1
1,4,6,7,10	4	0,6
1,4,6,7,10,11	1	0,1
1,4,6,7,8,10	1	0,1
1,4,6,7,8,9,10	5	0,7
1,4,6,7,9	1	0,1
1,4,6,7,9,10	1	0,1
1,4,6,8	1	0,1
1,4,6,8,10	3	0,4
1,4,6,8,9,10	3	0,4
1,4,6,9,10	5	0,7
1,4,7	2	0,3
1,4,7,10	7	1,0
1,4,7,8	1	0,1
1,4,7,8,10	1	0,1
1,4,7,9,10	7	1,0
1,4,7,9,10,11	1	0,1
1,4,8	2	0,3
1,4,8,10	7	1,0
1,4,8,10,11	2	0,3
1,4,8,9	2	0,3
1,4,8,9,10	3	0,4

1,4,8,9,10,11	1	0,1
1,4,9	6	0,9
1,4,9,10	16	2,3
1,4,9,10,11	2	0,3
1,5	10	1,4
1,5,10	143	20,6
1,5,10,11	10	1,4
1,5,11	4	0,6
1,5,6,10	4	0,6
1,5,6,10,11	2	0,3
1,5,6,7,10	2	0,3
1,5,6,7,8,10,11	1	0,1
1,5,6,7,8,9,10	1	0,1
1,5,6,7,9,10	1	0,1
1,5,6,8,10	1	0,1
1,5,6,8,9,10	1	0,1
1,5,7	1	0,1
1,5,7,10	4	0,6
1,5,7,10,11	3	0,4
1,5,7,8	1	0,1
1,5,7,9,10	2	0,3
1,5,8	3	0,4
1,5,8,10	13	1,9
1,5,8,9	1	0,1
1,5,8,9,10	7	1,0
1,5,8,9,10,11	1	0,1
1,5,9	5	0,7
1,5,9,10	23	3,3
1,5,9,10,11	4	0,6
1,5,9,11	1	0,1
1,6	1	0,1
1,6,10,11	2	0,3
1,6,7,8,10	1	0,1

1,6,8,9,10	1	0,1
1,6,9,10	1	0,1
1,7	1	0,1
1,7,10	1	0,1
1,7,10,11	1	0,1
1,7,8,10	1	0,1
1,7,9,10	2	0,3
1,8,10,11	1	0,1
1,9	1	0,1
1,9,10	3	0,4
10	1	0,1
11	1	0,1
2,10	1	0,1
2,3,4,5,10	1	0,1
2,3,6,10	1	0,1
2,4,6,10	1	0,1
2,5,6,7,10	1	0,1
2,6,10	1	0,1
2,6,7,9,10	1	0,1
3,4,10	1	0,1
3,4,9	1	0,1
3,8,10	1	0,1
4	1	0,1
4,10	1	0,1
4,5,10	1	0,1
4,5,8,10	1	0,1
4,5,9	1	0,1
4,5,9,10,11	1	0,1
4,6,7,8,9,10	1	0,1
4,6,8,9	1	0,1
4,6,9,10	2	0,3
4,9,10	1	0,1
5	1	0,1

5,10	5	0,7
Em branco	6	0,8
Total	693	100,0

Anexo G – Tabelas.

Tabela 14 – Associação entre as especialidades e os planos de tratamento propostos para a concussão (n=469).

Especialidade	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Odontopediatria	85 (81,7) (24,6)	19 (18,3) (15,3)	104 (100,0) (22,2)
Endodontia	63 (72,4) (18,3)	24 (27,6) (19,4)	87 (100,0) (18,6)
Cirurgia	13 (76,5) (3,8)	4 (23,5) (3,2)	17 (100,0) (3,6)
Outras	184 (70,5) (53,3)	77 (29,5) (62,1)	261 (100,0) (55,6)
Total	345 (73,6) (100,0)	124 (26,4) (100,0)	469 (100,0) (100,0)

$\chi^2=4,9609$ e $p=0,1747$

Tabela 15 – Associação entre as especialidades e os planos de tratamento propostos para a subluxação (n=469).

Especialidade	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Odontopediatria	24 (23,1) (20,3)	80 (76,9) (22,8)	104 (100,0) (22,2)
Endodontia	31 (35,6) (26,3)	56 (64,4) (16,0)	87 (100,0) (18,6)
Cirurgia	4 (23,5) (3,4)	13 (76,5) (3,7)	17 (100,0) (3,6)
Outras	59 (22,6) (50,0)	202 (77,4) (57,5)	261 (100,0) (55,6)
Total	118 (25,2) (100,0)	351 (74,8) (100,0)	469 (100,0) (100,0)

$\chi^2=6,2353$ e $p=0,1007$

Tabela 16 – Associação entre as especialidades e os planos de tratamento propostos para a luxação extrusiva (n=469).

Especialidade	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Odontopediatria	9 (8,7) (40,9)	95 (91,3) (21,3)	104 (100,0) (22,2)
Endodontia	4 (4,6) (18,2)	83 (95,4) (18,6)	87 (100,0) (18,6)
Cirurgia	4 (23,5) (18,2)	13 (76,5) (2,9)	17 (100,0) (3,6)
Outras	5 (1,9) (22,7)	256 (98,1) (57,2)	261 (100,0) (55,6)
Total	22 (4,7) (100,0)	447 (95,3) (100,0)	469 (100,0) (100,0)

Teste Exato de Fisher, p=0,0001

Tabela 17 – Associação entre as especialidades e os planos de tratamento propostos para a luxação lateral (n=469).

Especialidade	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Odontopediatria	11 (10,6) (21,2)	93 (89,4) (22,3)	104 (100,0) (22,2)
Endodontia	6 (6,9) (11,5)	81 (93,1) (19,4)	87 (100,0) (18,6)
Cirurgia	5 (29,4) (9,6)	12 (70,6) (2,9)	17 (100,0) (3,6)
Outras	30 (11,5) (57,7)	231 (88,5) (55,4)	261 (100,0) (55,6)
Total	52 (11,1) (100,0)	417 (88,9) (100,0)	469 (100,0) (100,0)

Teste Exato de Fisher, p=0,0800

Tabela 18 - Associação entre a capacidade de tratar todos os traumatismos e os planos de tratamento propostos para a concussão (n=640).

Tratamento dos traumatismos	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Sim	250 (72,5) (53,5)	95 (27,5) (54,9)	345 (100,0) (53,9)
Não	217 (73,6) (46,5)	78 (26,4) (45,1)	295 (100,0) (46,1)
Total	467 (73,0) (100,0)	173 (27,0) (100,0)	640 (100,0) (100,0)

$\chi^2=0,0968$ e $p=0,7557$

Tabela 19 - Associação entre a capacidade de tratar todos os traumatismos e os planos de tratamento propostos para a subluxação (n=640).

Tratamento dos traumatismos	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Sim	108 (31,3) (61,0)	237 (68,7) (51,2)	345 (100,0) (53,9)
Não	69 (23,4) (39,0)	226 (76,6) (48,8)	295 (100,0) (46,1)
Total	177 (27,7) (100,0)	463 (72,3) (100,0)	640 (100,0) (100,0)

$\chi^2=4,9787$ e $p=0,0257$

Tabela 20 - Associação entre a capacidade de tratar todos os traumatismos e os planos de tratamento propostos para a luxação extrusiva (n=640).

Tratamento dos traumatismos	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Sim	25 (7,2) (69,4)	320 (92,8) (53,0)	345 (100,0) (53,9)
Não	11 (3,7) (30,6)	284 (96,3) (47,0)	295 (100,0) (46,1)
Total	36 (5,6) (100,0)	604 (94,4) (100,0)	640 (100,0) (100,0)

$\chi^2=3,7065$ e $p=0,0542$

Tabela 21 - Associação entre a capacidade de tratar todos os traumatismos e os planos de tratamento propostos para a luxação lateral (n=640).

Tratamento dos traumatismos	Adequado	Inadequado	Total
	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)	n (%linha) (%coluna)
Sim	57 (16,5) (66,3)	288 (83,5) (52,0)	345 (100,0) (53,9)
Não	29 (9,8) (33,7)	266 (90,2) (48,0)	295 (100,0) (46,1)
Total	86 (13,4) (100,0)	554 (86,6) (100,0)	640 (100,0) (100,0)

$\chi^2=6,1210$ e $p=0,0133$