CONHECIMENTO E ATITUDES DE PAIS E RESPONSÁVEIS SOBRE AVULSÃO DENTÁRIA E DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO

Eduarda **Vale**[1], Daniella **Malhães**[1], Mirian de Waele Souchois de **Marsillac**[1], Vera **Campos**[1] Michele **Lenzi**[1], Adílis **Alexandria**[1]

[1] Department of Preventive and Community Dentistry, School of Dentistry, Rio de Janeiro State University (UERJ), RJ, Brazil

Palavras-chave: Avulsão dentária; Traumatismos Dentários; Odontopediatria

Resumo

Objetivo: O objetivo do trabalho foi avaliar o conhecimento e as atitudes de pais e responsáveis pelas crianças em tratamento em uma Faculdade de Odontologia do Rio de Janeiro sobre o traumatismo dentário do tipo avulsão dentária (AD) em dentes permanentes, bem como, desenvolver e validar um material educativo com informações sobre o pronto atendimento para AD. **Materiais e Métodos:** A coleta dos dados foi feita por meio de um questionário, estruturado e validado, composto por três domínios: caracterização sociodemográfica, conhecimento e atitudes frente à avulsão dentária. O material educativo foi elaborado com base nas melhores evidências disponíveis na literatura científica, no formato de folder e submetido à validação de conteúdo por especialistas e público-alvo, utilizando o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Os dados foram analisados descritivamente e por meio da análise estatística (Qui-quadrado, p-valor<0,05). **Resultados**: Observou-se que 57,2% dos avaliados apresentaram um conhecimento satisfatório sobre AD, porém, apenas 39,1% refletiram atitudes satisfatórias a respeito do tratamento. Houve associação entre o conhecimento e atitudes dos responsáveis apenas com o gênero feminino (p<0,05). O conhecimento de pais e responsáveis pelas crianças sobre avulsão dentária foi satisfatório, embora as atitudes não tenham refletido este conhecimento. **Conclusões**: Os pais e responsáveis apresentaram conhecimento limitado sobre avulsão dentária, embora parte tenha demonstrado atitudes adequadas frente ao trauma. O material educativo desenvolvido e validado mostrou-se uma estratégia promissora para orientar o manejo emergencial correto para avulsão dentária.

Keywords: Tooth Avulsion; Tooth Injuries; Pediatric Dentistry

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the knowledge and attitudes of parents and guardians of children receiving treatment at a School of Dentistry in Rio de Janeiro regarding traumatic dental injury of the avulsion type (dental avulsion, DA) in permanent teeth, as well as to develop and validate an educational material with information on the emergency management of DA. **Materials and Methods**: Data collection was carried out with a structured and validated questionnaire, composed of three domains: sociodemographic characteristics, knowledge, and attitudes toward dental avulsion. The educational material was developed based on the best available evidence in scientific literature, in a folder format, and was submitted to content validation by experts and the target audience using the Content Validity Index (CVI). Data were analyzed descriptively and through statistical analysis (Chi-square test, p-value <0.05) **Results:** It was observed that 57.2% of participants showed satisfactory knowledge about DA; however, only 39.1% demonstrated satisfactory attitudes regarding its management. An association was found between the knowledge and attitudes of those in charge only with the female gender (p<0,05). The knowledge of parents and guardians regarding dental avulsion was limited, although attitudes did not reflect this knowledge. **Conclusions**: Parents and guardians showed limited knowledge about dental avulsion, although some demonstrated appropriate attitudes toward the trauma. The developed and validated educational material proved to be a promising strategy to guide correct emergency management of dental avulsion.

Submetido: 30 de Setembro, 2025
Modificado: 09 de abril, 2026
Aceito: 26 de abril, 2026

***Autor para correspondência**:
Adílis Alexandria
Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária, Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, localizada na Avenia Boulevard 28 de setembro, 157 – 2º andar – Vila Isabel, Rio de Janeiro/RJ.
e-mail: adilis.alexandria@gmail.com
Telefone de contato: (21) 2868-8287

INTRODUÇÃO

Traumatismos dentários são comuns na infância e adolescência, podendo ocorrer tanto por acidentes quanto por agressões deliberadas.[1] Essas lesões dentoalveolares podem atingir não apenas os dentes, mas também os tecidos de suporte e estruturas moles, levando a limitações funcionais e impactos psicossociais importantes para a criança, como dor, desconforto, constrangimento e repercussões econômicas para a família.[2]

Os dentes anteriores são os mais afetados, tanto na dentição decídua quanto na permanente.[3-5] Uma meta-análise recente sobre lesões dentárias traumáticas revela uma prevalência mundial de 22,7% em dentes decíduos,[4,6] enquanto na dentição permanente a prevalência varia de 15,2 a 19,5%, de acordo com o país, grupo etário, sexo, condições socioeconômicas e ambientais.[6-9]

A avulsão dentária, caracterizada pelo deslocamento completo do dente do alvéolo, apresenta baixa prevalência nas duas dentições, mas é considerada uma das lesões mais severas.[8,9] O reimplante consiste na reinserção do dente no alvéolo após o trauma. No entanto, em dentes decíduos, essa conduta é contraindicada devido ao risco de dano ao germe do dente permanente em formação.[3,10] Em dentes permanentes, o reimplante é indicado, e seu sucesso depende de fatores como o tempo extra-alveolar, o meio de transporte utilizado e a viabilidade das células periodontais da raiz no momento da reinserção.[10,11]

Traumas em dentes decíduos, especialmente em crianças pequenas, podem comprometer o desenvolvimento dos permanentes sucessores, sobretudo quando envolvem lesões graves como a avulsão.[4,5] As possíveis sequelas incluem descoloração branca ou amarelada do esmalte, hipoplasia, dilaceração da coroa ou da raiz, formação de odontoma, duplicação radicular, interrupção parcial ou total da formação radicular, sequestro do germe do dente permanente e alterações na erupção. A descoloração e a hipoplasia do esmalte estão entre as sequelas mais frequentes.[4]

Geralmente, os primeiros cuidados não são fornecidos por profissionais de saúde, mas sim por pais ou professores presentes no local do acidente. Nessas situações, as decisões tomadas imediatamente após o trauma podem influenciar diretamente o prognóstico do dente avulsionado, uma vez que o manejo emergencial adequado é determinante para o sucesso do tratamento.[9,10] Fatores como o tempo extra-alveolar e as condições de armazenamento do dente são considerados determinantes para a viabilidade das células do ligamento periodontal e para o sucesso do reimplante.[10,12] Nesse contexto, o conhecimento e as atitudes de pais e responsáveis tornam-se fundamentais para o manejo adequado da avulsão dentária.[13,14]

Estudos prévios demonstram que o conhecimento da população leiga sobre traumatismos dentários e suas condutas emergenciais ainda é limitado, evidenciando lacunas importantes relacionadas ao manejo adequado da avulsão dentária.[13,14] Diante desse cenário, estratégias educativas voltadas ao público leigo têm sido propostas como uma forma eficaz de ampliar o conhecimento e promover atitudes adequadas frente a emergências odontológicas.[13] Entre essas estratégias destacam-se os materiais educativos, que facilitam a disseminação de informações baseadas em evidências e contribuem para a tomada de decisões adequadas no momento do trauma.[13,14] No entanto, para que esses materiais sejam efetivos, é fundamental que passem por processos de validação que assegurem a clareza, relevância e adequação do conteúdo ao público-alvo.[12,13,15]

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento de pais e responsáveis pelas crianças em tratamento na Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sobre traumatismo dentário do tipo avulsão dentária, desenvolver e validar um material educativo com informações sobre o pronto atendimento nesses casos.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, com delineamento exploratório. A população-alvo foi composta por pacientes infantis atendidos na clínica da disciplina Núcleo de Procedimentos Odontológicos Infanto-Juvenil (NPOIJ) do curso de graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FOUERJ). Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, padronizado e autoaplicável, direcionado aos responsáveis pelas crianças em tratamento na disciplina.

Estimou-se uma média de 18 atendimentos infantis por semana na clínica odontológica, totalizando uma população de 216 atendimentos durante o período de recrutamento de 12 semanas, considerando consultas de revisão e acompanhamento de tratamento. Para o cálculo amostral,

adotou-se um nível de confiança de 95% (Z = 1,96), erro amostral de 5% e proporção esperada de 50% (p = 0,5), visando à máxima variabilidade. Com base na fórmula para amostragem em populações finitas, foi calculado um tamanho mínimo de amostra de 138 responsáveis por crianças atendidas no serviço.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro nº 3.657.436 (CAAE: 20227519.0.0000.5259). Os pais/responsáveis foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram incluídos no estudo.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, padronizado e autoaplicável, direcionado aos responsáveis pelas crianças atendidas. Para assegurar a validade do instrumento, foi realizada uma validação prévia em duas etapas, com base no Índice de Validade de Conteúdo (IVC).[12,13]

A construção e validação do questionário seguiram duas etapas, com base no IVC. Na primeira, o instrumento foi submetido à análise de cinco especialistas com título de doutor em Odontologia e experiência prévia na elaboração e aplicação de questionários, sendo três odontopediatras e dois ortodontistas. Os avaliadores examinaram a clareza, relevância e pertinência de cada item, sendo calculado o IVC para cada pergunta e para o questionário como um todo. Com base nas sugestões qualitativas, foram realizadas modificações na redação de algumas sentenças, bem como na ordenação das perguntas e respostas.

Na segunda etapa, foi conduzido um teste piloto com 10 responsáveis por crianças atendidas na FOUERJ, os quais não integraram a amostra principal. O objetivo foi verificar a compreensão dos itens pelo público-alvo. Após essa aplicação, ajustes finais foram feitos para assegurar clareza e adequação linguística do instrumento.

A versão final do questionário foi composta por três seções, totalizando 24 perguntas. A primeira abrangeu a caracterização sociodemográfica dos participantes com 12 perguntas, com informações sobre gênero, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e grau de parentesco com a criança. A segunda correspondeu ao domínio conhecimento e incluiu perguntas relacionadas à familiaridade com o termo "avulsão dentária" e à percepção dos responsáveis sobre como agir diante dessa situação, com 4 perguntas. A terceira correspondeu ao domínio atitudes e avaliou as condutas hipotéticas frente a um caso de avulsão dentária, incluindo decisões sobre busca de atendimento, reimplante de dentes decíduos ou permanentes, limpeza do dente avulsionado, forma de transporte até o atendimento de emergência e tempo para procura de atendimento profissional com 8 perguntas. Para cada questão foi atribuída pontuação conforme a adequação da resposta em relação às condutas recomendadas. A soma das pontuações em cada domínio foi utilizada para classificar os participantes em níveis de desempenho: insatisfatório (até 50% de acertos) e satisfatório (acima de 51% de acertos). Respostas "não sei" ou ausência de resposta foram consideradas inadequadas para fins de análise.

Antes da aplicação das perguntas relacionadas ao manejo da avulsão dentária, os participantes foram apresentados a um cenário hipotético de avulsão dentária: "Imaginando a seguinte situação: seu filho(a) está brincando, sofre uma queda com impacto na região da face e um ou mais dentes anteriores saem completamente da boca. Diante disso, responda às questões abaixo." Essa descrição foi utilizada para garantir que todos os participantes compreendessem a situação clínica apresentada antes de responder às perguntas subsequentes relacionadas às condutas diante do trauma.

As perguntas foram elaboradas com base nas recomendações para o manejo de traumatismos dentários das diretrizes da International Association of Dental Traumatology (IADT).[10,16] A seção de caracterização incluiu as seguintes perguntas: nome da criança (resposta aberta); gênero da criança (masculino ou feminino); nome do responsável (resposta aberta); grau de parentesco com a criança (mãe, pai, avó/avô ou outro); gênero do responsável (masculino ou feminino) e idade do responsável (resposta aberta); endereço (resposta aberta); telefone para contato (resposta aberta); profissão do responsável (resposta aberta); número de pessoas residentes no domicílio (resposta aberta); estado civil do responsável (casado, solteiro, divorciado/separado ou viúvo); grau de escolaridade do responsável (nunca estudou, estudou da 1ª à 4ª série, da 5ª à 8ª série, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto ou ensino superior completo); e renda familiar mensal (até 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, de 3 a 5 salários mínimos, de 5 a 10 salários

mínimos, mais de 10 salários mínimos ou não sabe).

Na seção de conhecimento, os participantes responderam às perguntas dicotômicas (sim/não): se já haviam ouvido falar em avulsão dentária (sim ou não); se entendiam o que é avulsão dentária; se já haviam presenciado algum caso de avulsão dentária; se sabiam o que fazer caso o dente do filho(a) saísse completamente da boca em decorrência de um acidente; além das perguntas de múltipla escolha: quem procurariam nessa situação (médico, dentista, outro ou não faria nada); e para onde levariam a criança (hospital, unidade de pronto atendimento/PSF, consultório particular, outro ou não faria nada).

Na seção de atitudes, os participantes responderam às seguintes perguntas dicotômicas (sim/não): se recolocariam o dente na boca caso fosse um dente de leite; se recolocariam o dente caso fosse um dente permanente; se limpariam o dente antes de recolocá-lo (incluindo a opção: somente se estivesse sujo); se consideravam importante esfregar o dente para remover a sujeira antes de recolocá-lo; Além das perguntas multi-rótulo: em quanto tempo buscariam atendimento após o trauma (até 30 minutos, até 2 horas ou após 1 dia); e como transportariam o dente até o atendimento (imerso em água, imerso em soro fisiológico, imerso em leite, envolvido em pano ou papel, não sabe ou outro).

Para garantir o sigilo dos participantes, os questionários foram identificados apenas por números, sem registro de nomes. Os dados coletados foram tabulados no Microsoft Excel 16.0 e analisados descritivamente. Para a análise estatística, utilizou-se o software SPSS® versão 20.0, com aplicação dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher (este último nos casos em que os pressupostos do Qui-quadrado não foram atendidos), considerando nível de significância de 5%.

O material educativo foi desenvolvido no formato de folder, a partir de uma narrativa ilustrada que retratava um acidente resultando em avulsão dentária. O roteiro do material foi organizado de forma sequencial e didática, abordando as condutas adequadas após o trauma, incluindo a manipulação adequada do dente avulsionado, meios adequados de armazenamento e transporte do dente e a importância da busca imediata por atendimento odontológico.

As ilustrações foram elaboradas manualmente por uma profissional da área de design, o processo de criação envolveu reuniões entre a equipe de pesquisa e a ilustradora, para discussão do roteiro e da sequência narrativa. As imagens foram desenvolvidas com auxílio do Adobe Illustrator®. O conteúdo do material educativo foi elaborado com base nas evidências científicas disponíveis na literatura sobre traumatismos dentários.[10,16] Após a elaboração da versão inicial, o material foi submetido à validação de conteúdo realizada com base no Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Participaram da avaliação 10 odontopediatras, 10 professores da educação infantil e 10 responsáveis por crianças entre 2 e 12 anos. Cada grupo analisou os itens de conteúdo (4 questões), características visuais (4 questões) e aspectos textuais (2 questões), utilizando uma ficha on-line padronizada com escala politômica de 4 pontos (1 = não claro; 2 = pouco claro; 3 = bastante claro; 4 = muito claro). Os escores obtidos foram de 83% para os odontopediatras, 96% para os professores e 100% para os responsáveis.

RESULTADOS

Participaram do estudo 138 pais ou responsáveis por crianças atendidas na clínica da FOUERJ com média de idade de 44 anos (desvio padrão de 13,7 anos). Observou-se que 74 (53,6%) crianças estavam acompanhadas pelas mães, e a maioria dos respondentes era do sexo feminino, com 107 participantes (77,5%). Em relação ao perfil socioeconômico, a maioria dos respondentes, 92 (66,7%) declararam renda familiar de até três salários-mínimos e ensino médio completo (64; 46,4%) (Tabela 1).

Embora 94 (68,1%) participantes tenham relatado não conhecer o termo “avulsão dentária”, a classificação do domínio conhecimento foi baseada no desempenho global nas questões relacionadas ao tema, e não exclusivamente no reconhecimento da terminologia. Considerando a apresentação prévia de um cenário hipotético explicativo, os participantes puderam responder às perguntas com base na compreensão da situação clínica. Dessa forma, 79 (57,2%) participantes foram classificados com conhecimento satisfatório, refletindo o desempenho global nas questões do domínio avaliado, 66 (47,8%) disseram saber como proceder em uma situação de avulsão dentária, 55 (37,4%) procurariam uma Unidade de Pronto Atendimento e 52 (35,4%) buscariam ajuda em hospital. Em relação ao profissional, 121 (87,7%) buscariam atendimento com um cirurgião-dentista (Tabela 2).

Em relação às respostas do domínio atitudes, 12

participantes (8,7%) afirmaram que realizariam o reimplante de dentes decíduos, e apenas 37 (26,8%) o fariam em dentes permanentes. Verificou-se uma correlação para a escolha do reimplante entre os dois tipos de dentição (teste do qui-quadrado com Exato de Fisher, p = 0,03). Sete indicariam o reimplante para ambas a dentições. Entre os responsáveis que afirmaram que realizariam reimplante dentário, 38 (77,6%) relataram que fariam a lavagem do dente antes da reinserção.

No que se refere ao meio de limpeza do dente avulsionado, 76 participantes (55,1%) informaram que utilizariam apenas água corrente, enquanto 28 (20,3%) afirmaram que esfregariam o dente antes de reimplantá-lo. Quanto ao transporte do dente até o atendimento de emergência, 57 (41,3%) levariam o dente seco, 22 (15,9%) imerso em água, enquanto apenas 48 (34,8%) indicaram meios adequados como leite, soro fisiológico ou saliva. A maioria dos participantes da pesquisa demonstraram reconhecer a importância na busca de ajuda no menor tempo possível, uma vez que 86 (62,3%) declararam que o tempo adequado para procurar ajuda em caso de avulsão seria de até 30 minutos (Tabela 2).

Na análise geral dos escores de conhecimento e atitudes dos responsáveis avaliados frente à avulsão dentária, 37 (26,8%) dos participantes foram classificados com conhecimento e atitudes satisfatórias, sendo essa diferença entre as respostas, estatisticamente significativa (p = 0,032) (Tabela 3).

Observou-se associação entre o conhecimento e atitudes satisfatórias dos responsáveis apenas com o gênero, com as mulheres demostrando melhor conhecimento e atitudes acerca da avulsão dentária (p < 0,05) (Tabela 4).

Diante da constatação do conhecimento limitado e da inconsistência nas atitudes frente à avulsão dentária, o folder foi construído com base nas melhores evidências disponíveis na literatura científica (Figura 1). O escore médio de concordância, para o IVC, entre os avaliadores foi de 87%, sendo de 83% entre odontopediatras, 96% entre os professores e 100% entre os responsáveis.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual dos dados de caracterização da amostra da pesquisa.

Características das amostras	Número	Porcentagem
Gênero		
Feminino	107	77,5%
Masculino	31	22,5%
Parentesco com a criança		
Mãe	74	53,6%
Avó/avô	21	15,2%
Pai	14	10,1%
Primo(a)	02	1,4%
Tio(a)	01	0,7%
Não respondente	26	18,8%
Renda familiar (número de SM)*		
Até 3 SM	92	66,7%
Acima de 3 SM	37	26,8%
Não respondente	09	6,5%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	08	5,8%
Ensino Fundamental Completo	32	23,2%
Ensino Médio Completo	64	46,4%
Ensino Superior Completo	34	24,6%

*Nota: *SM = salário-mínimo (R$ 1.518,00).*

Tabela 2. Distribuição absoluta e percentual das respostas do domínio conhecimento e domínio atitudes dos pais/responsáveis sobre avulsão dentária.

	Número	Porcentagem
Domínio conhecimento		
Termo "avulsão dentária"		
Sim	44	31,9%
Não	94	68,1%
Conduta em caso de avulsão		
Sim	66	47,8%
Não	72	52,2%
Busca de locais de atendimento emergencial*		
Hospital	52	35,4%
Consultório particular	39	26,5%
Unidade de Pronto Atendimento	55	37,4%
Não sabe ou não respondeu	01	0,7%
Busca de profissionais para atendimento emergencial		
Dentista	121	87,7%
Médico	17	12,3%
Domínio atitudes		
Reimplante do dente decíduo		
Sim	12	8,7%
Não	106	76,8%
Não sabe ou não respondeu	20	14,5%
Reimplante do dente permanente		
Sim	37	26,8%
Não	81	58,7%
Não sabe ou não respondeu	20	14,5%
Lavagem do dente antes do reimplante*		
Sim	38	77,6%
Não	10	20,4%
Não sabe ou não respondeu	01	2,0%
Limpeza do dente em caso de avulsão		
Água corrente	76	55,1%
Água corrente e fricção	28	20,3%
Limpeza com pano	01	0,7%
Não limparia	04	2,9%
Não sabe ou não respondeu	29	21,0%
Transporte do dente até o local de pronto-atendimento		
Água	22	15,9%
Soro	40	29,1%
Leite	03	2,2%
Saliva	05	3,6%
Gelo	07	5,1%
Dente seco	57	41,3%
Não sabe ou não respondeu	04	2,8%
Tempo adequado para procurar ajuda em caso de avulsão		
Até 30 minutos	86	62,3%
Até 2 horas	29	21,0%
Até 1 dia	18	13,0%
Até 1 semana	04	2,9%
Não sabe ou não respondeu	01	0,7%

*Nota: *As respostas válidas para esse item foram apenas entre os participantes que responderam que realizariam o reimplante do dente independente de ser decíduo ou permanente. Os participantes puderam selecionar mais de uma alternativa (questão de múltipla resposta), motivo pelo qual o número total de respostas pode exceder o número de participantes da amostra.*

Tabela 3. Avaliação dos domínios conhecimento e atitudes dos pais/responsáveis sobre avulsão dentária.

Avaliação dos domínios	**Domínio avaliado**		
	Conhecimento	**Atitude**	**p-valor**
Satisfatório	79 (57,2%)	54 (39,1%)	0,032
Insatisfatório	59 (42,8%)	84 (60,9%)	

Nota: Teste Qui-quadrado com p-valor significante ao nível de 95%.

Tabela 4. Conhecimento e atitude dos responsáveis sobre traumatismo dentário do tipo avulsão, de acordo com os fatores sociodemográficos.

Variável	**Conhecimento**		**Atitude**	
	Satisfatório N (%)	**p-valor**	**Satisfatório N (%)**	**p-valor**
Gênero		**0,050**		**0,032**
Feminino	66 (47,8%)		47 (34,1%)	
Masculino	13 (9,4%)		7 (5,1%)	
Faixa etária*		0,191		0,640
18 a 30 anos	16 (11,6%)		8 (5,8%)	
≥ 31	63 (45,7%)		46 (33,3%)	
Parentesco*		0,440		0,688
Pai/Mãe	51 (45,5%)		37 (33,0%)	
Outros	16 (14,3%)		9 (08,0%)	
Escolaridade		0,131		0,349
Fundamental Incompleto	5 (3,6%)		4 (2,9%)	
Fundamental Completo	15 (10,9%)		13 (9,4%)	
Ensino Médio	34 (24,6%)		28 (20,3%)	
Ensino Superior	25 (18,1%)		9 (6,5%)	

***Nota:** Teste Qui-quadrado com p-valor significante ao nível de 95%. *Foram incluídos apenas os valores válidos. p-valor em negrito destaca a significância estatística.*



Figura 1: Folder educativo sobre avulsão dentária

DISCUSSÃO

Traumatismos dentários, especialmente os do tipo avulsão, configuram situações clínicas de urgência que exigem condutas imediatas para aumentar as chances de sucesso do tratamento.[10,11] No entanto, como esses episódios frequentemente ocorrem fora do ambiente odontológico, os primeiros cuidados geralmente são prestados por pais, responsáveis ou professores.[14] Diante disso, o nível de conhecimento e as atitudes adotadas por esses cuidadores são determinantes para o prognóstico do dente avulsionado, uma vez que a literatura aponta que o desconhecimento sobre as medidas corretas, como o tempo adequado para o reimplante, o meio de transporte do dente e a conduta diante de dentes decíduos ou permanentes, ainda é elevado.[15,16] O que justifica a execução de estudos que avaliem tais aspectos para identificar lacunas, orientar estratégias educativas e contribuir para a melhoria do atendimento emergencial.

A validação do instrumento utilizado neste estudo foi feita por meio da análise do Índice de Validade de Conteúdo,[12,13] medida amplamente adotada em pesquisas na área da saúde para avaliar a adequação, clareza e relevância dos itens de um instrumento de coleta de dados. Seu uso é particularmente importante em estudos que envolvem instrumentos e/ou ferramentas construídos ou adaptados para públicos específicos, como no atual estudo, aumentando sua confiabilidade e validade interna.

No que diz respeito ao perfil dos participantes, observou-se predominância de mulheres como respondentes e elevada presença materna no acompanhamento das crianças, o que reflete padrões já descritos na literatura sobre o papel central da mãe como principal cuidadora nos serviços de saúde infantil.[17] A maioria dos participantes possuía escolaridade de nível médio e relatava baixa renda familiar, um perfil sociodemográfico que pode influenciar diretamente o acesso e a qualidade da informação recebida. Estudos indicam que níveis mais baixos de escolaridade estão associados a menor compreensão sobre temas de saúde, menor uso de fontes confiáveis de informação e maior dificuldade na interpretação de orientações clínicas, o que pode comprometer a tomada de decisões em situações de urgência. No contexto da saúde bucal, isso se reflete em lacunas de conhecimento e em atitudes inadequadas frente a emergências como a avulsão dentária, especialmente quando não há suporte prévio de campanhas educativas ou orientação profissional.

No presente estudo, verificou-se que mais da metade dos pais/responsáveis das crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da UERJ não possuíam conhecimento prévio sobre o termo avulsão dentária, sendo que pais com maior escolaridade apresentaram maior conhecimento do termo. Esse resultado pode representar a ausência de informações e palestras sobre esse assunto no consultório dentário e no ambiente escolar, reforçando a necessidade de medidas educativas para o público em geral quer seja nas escolas públicas ou privadas, consultórios odontológicos, ambulatórios, clínicas da família, além de veiculação nas mídias e meios de comunicação. Corroborando com este achado, Oliveira et al. (2013)[6] e Ozer et al. (2012)[16] observaram que 83,3% e 74,7% dos pais/responsáveis, respectivamente, demonstraram déficit de conhecimento sobre o tema de traumatismos dentários. Um outro estudo que fez uso de questionário também constatou que os pais/responsáveis apresentaram um conhecimento parcial e insuficiente sobre traumatismos dentários do tipo fratura e avulsão.[17]

Em nosso estudo observou-se que muitos pais e responsáveis reimplantariam o dente decíduo diante de uma avulsão**.** A literatura científica pertinente traz dados suficientes que embasam a decisão de realizar o reimplante apenas de dentes permanentes e que para o dente decíduo é contraindicado tal procedimento, uma vez que envolve condições muito específicas para o seu sucesso além da possibilidade de lesão do germe do dente permanente.[4,10] O reimplante de um dente decíduo pode levar a riscos como: aspiração do dente reimplantado; a reincidência da avulsão deste dente; problema de retenção do dente (anquilose); ou reabsorção inflamatória da raiz e formação de abscesso.[4]

Entretanto, poucos pais responderam que reimplantariam o dente permanente, fato que também foi verificado no estudo de Araújo et al. (2010).[18] Sabendo que o tempo entre o acidente traumático e o reimplante é crucial para o prognóstico de vitalidade do dente permanente, esse dado é alarmante e reafirma a necessidade de esclarecimento da população sobre o tema. Diferentemente do dente decíduo avulsionado que não deve ser reimplantado pois pode causar mais danos ao dente permanente ou à sua erupção, o objetivo do reimplante dos dentes permanentes, nesses casos, é reestabelecer temporariamente a estética e função, enquanto mantém o contorno, largura e altura do osso alveolar e permitir mais opções de tratamentos futuros.[10] Os responsáveis tenderam a responder da mesma forma sobre o reimplante na dentição decídua e permanente, o que é um equívoco, pois são opostas as indicações de reimplante nas diferentes dentições.

Os pais/responsáveis das crianças declararam ter conhecimento sobre os locais de atendimento em caso de emergência envolvendo avulsão dentária procurando os serviços de cirurgiões dentistas e ambientes especializados para o tratamento em saúde bucal. Outros estudos também citam essa preocupação da população na busca pelo tratamento adequado diante de traumatismos dentários, e em particular a avulsão dentária.[2,17] O que evidencia o receio

da população acerca do traumatismo e a busca ao atendimento adequado.

Em relação à limpeza do dente avulsionado previamente ao reimplante, a maioria dos participantes responderam que lavariam o dente apenas com água corrente. A literatura científica atual indica que essa atitude é a melhor opção diante desses casos, uma vez que, qualquer outro meio de lavagem ou limpeza que envolva a fricção do dente antes do reimplante no alvéolo pode diminuir severamente a chance de reimplantação bem-sucedida.[11]

No presente estudo, os resultados mais encontrados foram de pais e responsáveis que levariam o dente envolvido em um pano ou papel mantendo o dente seco, infelizmente, poucos responderam que armazenariam o dente de maneira correta, demonstrando assim a importância da divulgação do correto armazenamento do dente avulsionado**.** Entretanto, sabe-se que para um bom prognóstico em casos de avulsão dentária, é necessária a manutenção da vitalidade do ligamento periodontal.[19]

O meio mais indicado para o armazenamento do dente avulsionado é a solução salina equilibrada de Hanks, devido a sua capacidade de manutenção dos metabólitos celulares do ligamento periodontal, por ser compatível com a osmolaridade e devido a seu pH fisiológico,[19,20] entretanto ela ainda não é encontrada comercialmente no Brasil. Dessa forma, outros meios de transporte podem ser escolhidos para o transporte de dentes avulsionados entre eles: o leite, soro fisiológico ou a saliva. O leite é adequado devido seu pH alcalino, ser compatível com as fibras do ligamento periodontal, ser facilmente adquirido e por possuir nutrientes adequados para manter a vitalidade celular.[19,20] O soro fisiológico também pode ser utilizado por ser isotônico permite condições adequadas ao ambiente extra-alveolar por cerca de vinte minutos e por fim, a saliva que serve como um meio prontamente disponível até que se encontre a ajuda adequada.[20]

Metade dos entrevistados autodeclararam possuir conhecimento sobre qual conduta seguir diante de uma situação de avulsão dentária, porém poucos possuíam esse conhecimento de fato, o que se refletiu em atitudes inadequadas em relação à avulsão dentária, demonstrando que embora muitas pessoas já tenham ouvido falar sobre o tema e pensem conhecer sobre o assunto, a conduta adequada diante dos casos de avulsão não faz parte do conhecimento comum acerca das medidas de pronto atendimento em saúde. Ademais, neste estudo, observou-se associação significativa entre os conhecimentos e atitudes dos responsáveis sobre traumatismo dentário do tipo avulsão e o gênero, enquanto as demais variáveis independentes não apresentaram associação significativa, o que confirma que de forma geral a população carece de informações sobre o tema.

A população estudada parece não possuir os conhecimentos necessários para realizar os procedimentos emergenciais à criança que sofreu uma avulsão dentária o que pode levar ao insucesso do tratamento do dente avulsionado, uma vez que ele é diretamente dependente das atitudes tomadas no momento do trauma. Para solucionar esta problemática, campanhas preventivas e educativas devem ser instituídas,[18] bem como o desenvolvimento de ferramentas que levem informação adequada à população.

Pensando nisso, foi confeccionado um folder educativo de fácil compreensão ilustrando uma situação de avulsão dentária. O material possui desenhos convidativos também para crianças, que podem se reconhecer na situação. O texto foi escrito e avaliado por profissionais e pais na intenção de ser claro, objetivo e com linguagem cidadã.

O IVC obtido para a avaliação do folder foi de 80%. Autores defendem que no processo de avaliação deve-se considerar o número de avaliadores, e, diante da participação de mais de seis sujeitos recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78,[21,22] como observado nos resultados apresentados. Além disso, quando se trata da validade de novos instrumentos indica-se que haja uma concordância mínima de 0,80,[23,24] da forma como foi verificada no atual estudo.

A confecção de folders educativos pode ser uma estratégia eficaz para a divulgação de informações por ser de fácil divulgação e envolver poucos recursos para sua confecção e distribuição. Além disso, a confecção desses materiais educativos e a realização de campanhas informativas sobre avulsão dentária pode ser estendida à população em geral, por meio de canais de divulgação nas mídias sociais e em sites de maior visibilidade.

CONCLUSÃO

O conhecimento dos pais e responsáveis pelas crianças em tratamento na FOUERJ sobre avulsão dentária foi considerado satisfatório, porém, suas atitudes perante uma situação hipotética não refletiram este conhecimento. O folder educativo se mostrou de grande importância para a divulgação de informações sobre o atendimento emergencial correto para avulsão de dentes permanentes e decíduos.

REFERÊNCIAS

1. Andreasen JO, Andreasen FM. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 5ªed. Copenhagem: Mosby. 2019.
2. Milani AJ, Alves NF, Espirito-Santo TM, Gonçalves Ribeiro LG, Ammari MM, S Antunes LS, et al. Impact of traumatic dental injuries on Oral Health-Related Quality of Life of preschool children and their families attending a Dental Trauma Care Program. Res Artic Port J Public Health. 2019 Oct;37(1):19–25. **doi**: 10.1159/000501525
3. Fagundes FAU, Clemente GOS, Jural LA, da Costa MP, Marinho MCFL, Maia LC, Fonseca-Gonçalves A. Influence of conservative

or invasive treatments on the occurrence of sequelae in permanent successors after injuries in the support tissues of incisors deciduous teeth: a cohort study. Dent Traumatol. 2025 Aug; 41(4):387-395. **doi**: 10.1111/edt.13034.
4. Petti S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries. Dent Traumatol 2018 Apr; 34(2):71-86. **doi**:10.1111/edt.12389
5. Lenzi MM, Alexandria AK, Ferreira DMTP, Maia LC. Does trauma in the primary dentition cause sequelae in permanent successors? A systematic review. Dent Traumatol. 2015 Apr;31(2):79–88. **doi**: 10.1111/edt.12149.
6. Day PF, Flores MT, O'Connell AC, Abbott PV, Tsilingaridis G, Fouad AF, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. Dent Traumatol. 2020 Aug;36(4):343-359. **doi**: 10.1111/edt.12576.
7. Tysi[1]c-Micęta M, Tanasiewicz M, Amini S, Najary S, Baghani MT, Ashtiani RE, et al. Traumatic dental injuries' prevalence across diverse healthcare settings: a systematic review and meta-analysis. Arch Acad Emerg Med. 2024 Oct;13(1):e11. **doi**: 10.22037/aaem.v13i1.2432.
8. Jesus MA, Antunes LAA, Risso PA, Freire MV, Maia LC. Epidemiologic survey of traumatic dental injuries in children seen at the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil. Braz Oral Res. 2010 Jan-Mar;24(1):89-94. **doi**: 10.1590/s1806-83242010000100015.
9. Zerman N. Replantation after dental avulsion: a scoping review and proposal of a flow chart. Eur J Paediatr Dent. 2024 Sep;25(3):244-249. **doi**: 10.23804/ejpd.2024.25.03.02.
10. Levin L, Day PF, Hicks L, O'Connell A, Fouad AF, Bourguignon C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. Dent Traumatol. 2020 Aug;36(4):309–313. doi: 10.1111/edt.12574.
11. Roskamp L, Perin CP, de Castro JP, Mattos NHR, de Campos MCBP, Gabardo MCL, et al. Retrospective analysis of survival of avulsed and replanted permanent teeth according to 2012 or 2020 IADT Guidelines. Braz Dent J. 2023 Mar-Apr;34(2):122-128. **doi**: 10.1590/0103-6440202305255.
12. Wynd CA, Schmidt B, Schaefer MA. Two quantitative approaches for estimating content validity. West J Nurs Res. 2003 Aug;25(5):508–518. **doi**: 10.1177/0193945903252998
13. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb S, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. Social Work Research. 2003 Jun;27(2):94-104. **doi**: 10.1093/swr/27.2.94
14.Negro BD, Hermann NV, Lauridsen E, Mendes FM, Wanderley MT. Risk factors associated with the occurrence of avulsion in the primary incisors: a case–control study. Int J Paediatr Dent. 2024 Nov;34(6):729-739. **doi**: 10.1111/ipd.13172.
15. Sheeb MA, Jawad FAA, Nazzal H. Parents' knowledge of emergency management of avulsed permanent teeth in children and adolescents in the State of Qatar: a questionnaire cross-sectional study. Eur Arch Paediatr Dent. 2023 Oct;24(5):643-650. **doi**: 10.1007/s40368-023-00829-8.
16. Fouad AF, Abbott PV, Tsilingaridis G, Cohenca N, Lauridsen E, Bourguignon C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol. 2020;36(4):331–342. **doi**:10.1111/edt.12573.
17. Heffernan ME, Alfieri NL, Keese A, Bendelow AC, Casale M, Smith TL, et al. Differences in responsibility for child healthcare by parent gender: a cross-sectional study. Soc Sci Med. 2025 Jan;35 :117576. **doi**:10.1016/j.socscimed.2024.117576.
18. Tabak BM, de Almeida RDC, Froner MB, Cardoso DHR, da Conceição LA. Predicting health literacy in Brazil: a machine learning approach. Health Promot Int. 2025 May;40(3):daaf046. **doi**: 10.1093/heapro/daaf046.
19. Rosário J, Dias SS, Dias S, Pedro AR. Navigational health literacy and health service use among higher education students in Alentejo, Portugal - A cross-sectional study. PloS One. 2025 May;20(5):e0322181. **doi**: 10.1371/journal.pone.0322181.
20. Poi WR, Sonoda CK, Martins CM, Melo ME, Pellizzer EP, de Mendonça MR, et al. Storage media for avulsed teeth: A literature review. Braz Dent J. 2013;24(5):437–445. **doi**: 10.1590/0103-6440201302297.
21. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006 Oct;29(5):489–497. **doi**: 10.1002/nur.20147.
22. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986 Nov-Dec;35(6):382–5.
23. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. Res Nurs Health. 1997 Jun;20(3):269–74. **doi**: 10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g.
24. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Appl Nurs Res. 1992 Nov;5(4):194–197. **doi**: 10.1016/S0897-1897(05)80008-4