Conhecimento e percepção dos responsáveis sobre traumatismo dentário em crianças atendidas em um Centro de Especialidades Odontológicas

Caroline Reis FRANÇA[1]; José Elinardo Dos SANTOS[2]; Alianderson Alexandre de Lima SILVA[3]; Letícia Feitosa Souza RAMOS[4]; Maria Mariquinha Dantas SAMPAIO[5]

1 - Cirurgiã-Dentista. Residência em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. E-mail: caroline._reis@hotmail.com; **2 -** Farmacêutico. Residente em Vigilância em Saúde. Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. E-mail: nardofarmacia@gmail.com; **3 -** Cirurgião-Dentista. Residência em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. E-mail: aliandersonlimasilva@gmail.com; **4 -** Cirurgiã-Dentista. Residência em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. E-mail: leticia.feitosasramos@gmail.com; **5 -** Cirurgiã-Dentista. Mestre em Odontologia. Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. E-mail: mariquinha_mds@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Estudar a percepção dos responsáveis a respeito do traumatismo dentário nas crianças assistidas no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em um município da região sul cearense. Métodos: Integra uma pesquisa transversal observacional realizado com responsáveis por crianças atendidas no serviço, por meio da aplicação de formulários. Os dados foram submetidos a análises descritivas, de associação e de distribuição espacial. Resultados: A prevalência de pais que nunca receberam orientações sobre como proceder perante um traumatismo dentário (TD) foi de 70,3%. Observou-se ainda associação entre o nível de conhecimento dos responsáveis e a procura por atendimento odontológico. A distribuição espacial dos casos demonstrou maior concentração em áreas centrais. A análise espacial evidenciou maior concentração de casos em áreas centrais do município. Conclusão: Sob essa perspectiva, evidenciou-se a necessidade de fortalecer ações educativas voltadas aos responsáveis, contribuindo para o manejo adequado dos traumatismos dentários e para a promoção da saúde bucal infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Odontopediatria; Saúde bucal; Sistemas de Informação Geográfica; Traumatismo dentário.

Copyright © 2026 Revista Odontológica do Brasil Central · Esta obra está licenciada com uma licença Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Recebido: 27/12/25
Aceito: 08/07/26
Publicado: 03/11/26
DOI: 10.36065/robrac.v35i94.1873

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA
Caroline Reis França
Residência em Saúde da Família e Comunidade.
Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE.
E-mail: caroline._reis@hotmail.com

Introdução

A fase da primeira infância é um momento essencial para o desenvolvimento humano[1]. Nessa etapa, as crianças começam a explorar a locomoção com os primeiros passos e corridas, ainda não apresentam pleno desenvolvimento da coordenação motora, do equilíbrio ou dos reflexos de proteção. Essa fase é caracterizada como a de maior incidência de lesões dentárias[2]. Ademais, considera-se que traumas dentários têm um impacto prejudicial imediato sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal[3].

O traumatismo dental (TD) quando ocorre na dentição decídua, além de ser uma experiência dolorosa e angustiante, resultando em efeitos negativos a longo prazo nos aspectos físico, funcional, estético e psicológico das crianças, acabam impactando o desenvolvimento dos dentes permanentes[4]. Nesse sentido, é fundamental que pais, responsáveis estejam bem-informados sobre traumatismos. Isso permite a elaboração de estratégias de promoção da saúde que ofereçam informações de forma eficaz, aprimorando o conhecimento sobre os cuidados adequados e reduzindo as chances de sequelas mais graves associadas a lesões em dentes decíduos[5].

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito dos serviços públicos de saúde, as iniciativas de promoção e prevenção em saúde bucal são consideradas fundamentais para o controle de doenças odontológicas, especialmente entre crianças[6]. Apesar do progresso nas ações preventivas nas últimas décadas, ainda se nota elevada demanda por atendimentos de urgência para pacientes com menos de 12 anos, já que os responsáveis tendem a priorizar os procedimentos curativos[7]. Nesse contexto, a utilização de técnicas de geoprocessamento em estudos de aspectos da saúde pública odontológica, não só aprimora a compreensão visual, mas contribui para avaliação dos padrões de serviços odontológicos, auxiliando o planejamento de estratégias de gestão mais eficientes a saúde pública no aspecto sociodemográfico[8,9].

Estudos epidemiológicos demonstram que o traumatismo dentário apresenta elevada prevalência na infância[10]. A ocorrência de traumatismo dentário em crianças varia entre os estudos, especialmente na dentição decídua, devido às diferenças entre populações e métodos de investigação. Além disso, os métodos realizados em diferentes contextos têm evidenciado que pais e responsáveis, em sua maioria, apresentam conhecimento limitado sobre a conduta adequada frente ao traumatismo dentário, especialmente nos casos de avulsão e fraturas, o que pode comprometer o prognóstico e aumentar o risco de sequelas[11]. Esses achados reforçam a necessidade de investigações que ampliem a compreensão dos fatores relacionados à ocorrência dos traumatismos dentários e subsidiem ações educativas e preventivas em saúde bucal.

Apesar da elevada ocorrência de traumatismos dentários na infância, ainda são limitadas as evidências sobre a percepção dos responsáveis e sua relação com fatores sociodemográficos, comportamentais e a distribuição espacial dos casos em municípios do interior do Ceará. A compreensão desses aspectos pode contribuir para o planejamento de ações educativas e preventivas mais direcionadas à realidade local. Considerando todos esses aspectos, a presente pesquisa teve como objetivo estudar a percepção dos responsáveis a respeito do traumatismo dentário nas crianças assistidas no centro de especialidades odontológicas em um município da região sul cearense, bem como investigar sua associação com fatores sociodemográficos, comportamentais e a distribuição espacial dos casos.

Material e métodos

Caracterização da área de estudo

A pesquisa ocorreu no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de Milagres no estado do Ceará (Figura 1). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, a população foi estimada em 25.900[12]. O município se encontra às margens da CE-293, a estrada que conecta ao município de Juazeiro do Norte.

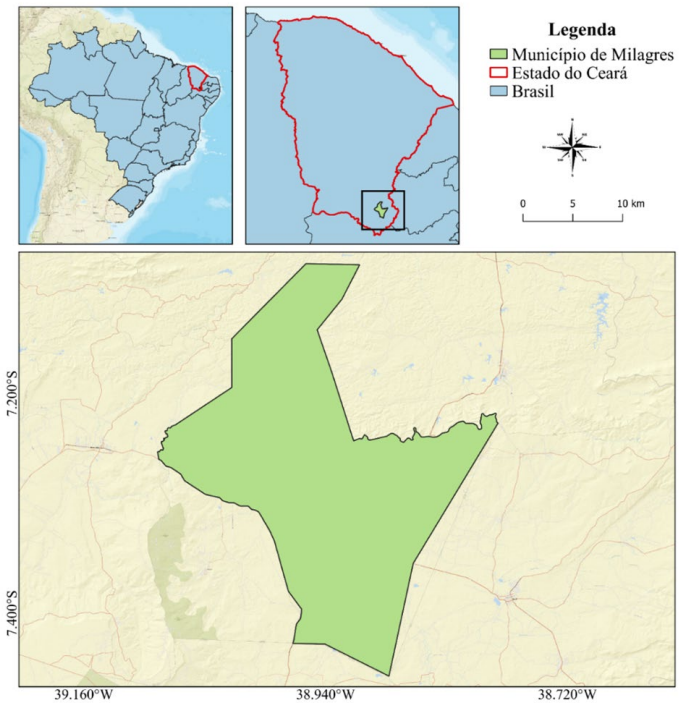


FIGURA 1 · Localização do município de Milagres, Ceará, Brasil

Aspectos éticos

Seguindo as diretrizes regulamentadoras sobre pesquisas com seres humanos, conforme as Resoluções nº 466 de 12 de 2012 e nº 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Este trabalho faz parte de um projeto que recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), com o número de aprovação CAAE 86472125.0.0000.5037. Todos os envolvidos foram informados sobre a importância da pesquisa e sobre o que a participação iria envolver, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes da participação na pesquisa, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, e somente puderam ingressar após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Consentimento Pós Esclarecido. É importante ressaltar que a pesquisa oferece benefícios, como uma compreensão atualizada sobre percepção e conhecimento dos pais e/ou responsáveis em relação aos aspectos de traumatismo ocorrido na história pregressa da criança.

Estudo piloto

Antes da coleta de dados, foi realizado um estudo piloto em uma Unidade Básica de Saúde com 20 pais ou responsáveis por crianças, selecionados por conveniência e não incluídos na amostra final. O objetivo foi avaliar a clareza, a compreensão e a aplicabilidade do instrumento de coleta de dados, bem como verificar o tempo necessário para sua aplicação e a adequação dos procedimentos metodológicos propostos. Os participantes apresentaram perfil semelhante ao da população-alvo do estudo. Durante a aplicação, não foram identificadas dificuldades relevantes de compreensão das questões nem inconsistências no preenchimento dos formulários. O tempo médio de aplicação foi considerado adequado, não sendo necessárias modificações no instrumento ou nos procedimentos metodológicos inicialmente propostos.

Tipo de estudo

A metodologia deste estudo é caracterizada como uma pesquisa transversal observacional, realizada por meio da aplicação de formulários, com o intuito de coletar informações que retratem a realidade dos participantes.

A Figura 2 apresenta o fluxograma metodológico seguido no desenvolvimento desta pesquisa.

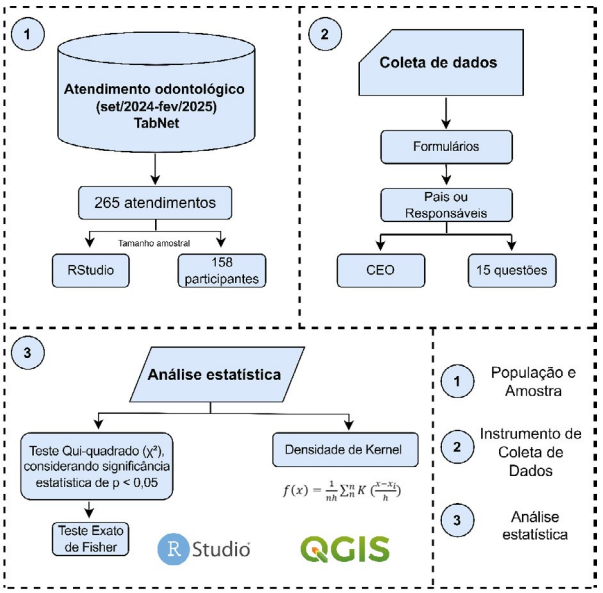


FIGURA 2 · Fluxograma metodológico

População e amostra

O número de participantes foi baseado nos dados preliminares da produção ambulatorial fornecidos pelo CEO da Secretaria Municipal de Saúde do município de Milagres, a consulta refere a quantidade de atendimento odontológico referente aos últimos seis meses (set/2024-fev/2025) disponibilizado pelo sistema TabNet, resultando um total de aproximadamente 265 atendimentos no total. Realizou-se um cálculo a partir do *software* R Studio para determinação do tamanho da amostral mínimo, a fim de representar a população alvo de interesse considerando um nível de confiança de 95%, erro de 5% e prevalência estimada de 50%, resultando em uma amostra mínima de 158 participantes[13].

Foram considerados aptos os pais ou responsáveis por crianças atendidas no serviço de odontopediatria durante o período da coleta de dados. Foram excluídos os questionários com preenchimento incompleto ou com informações insuficientes para análise das variáveis estudadas, bem como os participantes incluídos no estudo piloto. Após a aplicação dos critérios de exclusão, foram obtidas 158 respostas válidas para análise.

Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados da pesquisa foi realizada por meio do preenchimento de formulários, entre os meses de maio e julho de 2025, junto aos pais ou responsáveis que se encontravam na sala de espera durante o atendimento na especialidade de odontopediatria. O instrumento foi composto por 15 questões elaboradas a partir de estudos que abordam o nível de conhecimento dos responsáveis sobre traumatismo dentário[14,15] conforme apresentado na Tabela 1. As questões contemplaram informações sociodemográficas, histórico de traumatismo dentário e conhecimentos relacionados às condutas frente a situações de trauma. Antes da coleta definitiva, o instrumento foi submetido a estudo piloto para avaliação da clareza e aplicabilidade das questões.

Não foi realizada validação psicométrica formal, teste de confiabilidade ou avaliação de reprodutibilidade do instrumento.

TABELA 1 · Questionário aplicado junto aos pais ou responsáveis

Variáveis	Escala de Respostas
1. Sexo da criança	Sim
	Não
2. Etnia da criança	Preto
	Branco
	Pardo
	Outro
3. Onde a criança mora	Zona Urbana
	Zona Rural
4. Qual bairro	
5. Faixa etária	0-12
6. Renda familiar	600 a 1.518
	1.518 a 3.036
	3.036 a 4.554
7. A criança já sofreu trauma?	Sim
	Não
8. Onde ocorreu e/ou percebe que tem mais trauma dental?	Casa
	Esporte
	Escola
	Outros
9. Qual dente foi mais afetado pelo traumatismo?	Dente permanente
	Dente decíduo/leite
	Não sei/ Não Lembro
10. Em que lugar levou/levaria a criança caso aconteça um trauma dental	Hospital
	Posto de saúde
	Dentista
	Outros
11. O responsável possui informação sobre trauma dentário?	Sim
	Não
12. Qual cuidado utilizaria pós trauma?	Compressa de gaze
	Medicação analgésica
13. Em quanto tempo você procuraria o dentista?	1 hora á 3 horas
	7 dias a 14 dias
	3 meses a 6 meses
14. O dente de leite caiu antes do tempo devido a um acidente, o que fazer?	Acompanhar a cicatrização
	Procurar atendimento odontológico
	Recolocar o dente no local após lavagem
15. Onde acondicionaria /guardaria o dente/ fragmento dentário?	Água
	Saliva
	Leite
	Outro

Análise estatística

Estatística descritiva

Os dados foram organizados em uma planilha eletrônica com contagens absolutas da variável de conhecimento dos responsáveis (S/N) e totais para cada categoria de interesse (procura por atendimento odontológico e cuidado pós-trauma). Para verificar associações entre variáveis categóricas, foi aplicado o teste Qui-quadrado (χ^2), considerando significância estatística de $p < 0,05$. Quando a frequência esperada em alguma célula era inferior a cinco, utilizou-se o Teste Exato de Fisher. Os resultados foram apresentados em tabelas contendo contagens, totais, valores de χ^2, graus de liberdade e p-valores, complementados pelo Teste de Fisher quando necessário. As análises foram realizadas no *software* R Studio.

Mapa de densidade de Kernel

A interpolação por Kernel é um método estatístico utilizado para estimar a intensidade ou a densidade de pontos distribuídos em uma superfície contínua. Essa técnica possibilita identificar regiões com maior concentração de ocorrências, evidenciando padrões espaciais e áreas de maior densidade dos eventos analisados[16]. A variabilidade espacial dos casos de trauma dentário no município de Milagres foi analisada por meio da estimativa de densidade de Kernel, utilizando o *software* QGIS versão 3.30.1[17]. Essa metodologia baseou-se nos registros de traumatismo dentário obtidos neste estudo, assim, permitindo estimar a concentração de casos por unidade de área. A interpolação dos dados foi realizada por meio de uma função bidimensional, que considera a distância de cada ponto em relação ao raio de influência definido, conforme descrito na Equação 1.

$$f(x) = \frac{1}{nh}\sum_{n}^{n} K\left(\frac{x - x_i}{h}\right) \qquad (1)$$

Onde **é a função Kernel; é o raio de busca; x é a posição central de cada célula raster de saída**; é a posição do ponto a partir do centroide de cada polígono e n é o número total de traumas dentários.

Neste estudo, foi estabelecido um raio de 0.5 km ao redor dos pontos de trauma dentários. Entretanto, foram testados raios de 0.5, 1 e 2 e km ao redor dos pontos, assim sendo possível apresentar uma melhor análise visual sem prejudicar o ranqueamento dos dados qualitativos. É importante pontuar que o estimador de densidade de Kernel é um método não paramétrico para estimar curvas de densidade, onde cada observação é ponderada pela distância de um valor central [18,19].

Os resultados obtidos pela densidade de Kernel foi categorizado em três categorias: baixa, média, alta e muito alta. A densidade de trauma dentário (DT) foi calculada a partir da Equação 2:

$$D = \frac{NTD}{0.5^2} \qquad (2)$$

Onde:

D= Densidade de trauma;

NTD = Número de trauma dentário.

Resultados

A Tabela 2 apresenta a estatística descritiva referente aos dados coletados durante a pesquisa. A faixa etária predominante foi de 5 a 8 anos (41,1%), seguida de 9 a 12 anos (34,8%) e 1 a 4 anos (24,1%). Em relação, a classe de "sexo" demonstrou uma distribuição homogênea entre feminino e masculino sendo 50% para ambos. Quanto à moradia, 56,3% residiam na zona urbana e 43,7% na zona rural. Em relação às variáveis "etnia" e "moradia", os participantes pardos representaram 73,4%, brancos 21,5%, pretos 3,8% e outros 1,3%. No entanto, não foi identificada associação estatisticamente significativa entre a renda familiar e a ocorrência de traumatismo dentário, nem com o nível de conhecimento dos responsáveis (Tabela 2). Observou-se predominância da renda baixa (79,1%).

TABELA 2 · Características sociodemográficas dos participantes

Variáveis	N	(%)
Faixa etária		
1 a 4	38	24,1
5 a 8	65	41,1
9 a 12	55	34,8
Sexo		
Feminino	79	50
Masculino	79	50
Etnia		
Branco	34	21,5
Pardo	116	73,4
Preto	6	3,8
Outros	2	1,3
Moradia		
Zona Urbana	89	56,3
Zona Rural	69	43,7
Renda		
Classe Baixa	125	79,1
Classe Média	26	16,5
Classe Alta	7	4,4

Legenda: N= Número de participantes

Ao analisar a variável "trauma" observou-se que 32,9% dos participantes da pesquisa sofreram algum tipo de traumatismo dentário, enquanto 67,1% dos responsáveis, não declarou esse tipo de ocorrência de trauma (Tabela 3). Em relação ao tipo de dente afetado, observou-se predominância de dentes decíduos (41,7%), seguido de "não sei" (41,8%) e dentes permanentes (16,5%) (Tabela 3).

Os dados da pesquisa demonstraram que 70,3% dos responsáveis afirmaram não possuir informações adequadas sobre traumatismo dentário, enquanto 29,7% relataram possuir algum conhecimento prévio (Tabela 3). Os resultados da variável "local do trauma" identificaram que o ambiente domiciliar (casa= 47,5%) prevaleceu entre as demais opções, posteriormente esportes (15,8%) e à escola (14,6%).

TABELA 3 · Conhecimento e condutas dos responsáveis relacionadas ao traumatismo dentário

Variáveis	N	(%)
Trauma		
Não	106	67,1
Sim	52	32,9
Tipo de Dente		
Decíduo	66	41,8
Permanente	26	16,5
Não sei	66	41,8
Local do trauma		
Casa	75	47,5
Escola	23	14,6
Esporte	25	15,8
Outros	35	22,2
Possui conhecimento?		
Não	111	70,3
Sim	47	29,7
Cuidados pós trauma		
Compressa de Gaze	65	41,1
Medicação Analgésica	72	45,6
Não Escovar	21	13,3
Tempo para ir ao dentista		
Rápido	110	69,6
Médio	21	13,3
Longo	27	17,1
Primeiros Socorros		
Dentista	85	53,8
Hospital	22	13,9
Posto de Saúde	30	19,0
Outros	21	13,3
O que fazer com o dente traumatizado		
Acompanhar Cicatrização	19	12,0
Procurar Atendimento Odontológico	133	84,2
Recolocar Dente	6	3,8
Acondicionamento do Dente		
Água	52	32,9
Saliva	5	3,2
Leite	9	5,7
Outros	92	58,2
Renda		
Classe Baixa	125	79,1
Classe Média	26	16,5
Classe Alta	7	4,4

Legenda: N= Número de participantes

Os dados indicaram que, em casos de avulsão dentária, a categoria "outros" correspondeu a 58,2%, incluindo armazenamento em pano, recipiente, copo ou descarte do elemento dentário. As demais respostas foram água (32,9%), leite (5,7%) e saliva (3,2%). Na alternativa sobre "o que fazer com o dente decíduo traumatizado", a procura por atendimento odontológico foi indicada por 84,2% dos participantes, seguida por acompanhar a cicatrização (12%) e recolocar o dente (3,8%). Em relação aos cuidados após traumatismo dentário, os responsáveis relataram uso de medicação analgésica (45,6%), compressa de gaze (41,1%) e não escovar os dentes (13,3%).

Observou-se que 84,2% dos responsáveis afirmaram que procurariam atendimento odontológico em caso de traumatismo dentário. Entretanto, quando questionados sobre o primeiro local de busca por atendimento, apenas 53,8% indicaram o cirurgião-dentista como primeira opção, enquanto os demais relataram preferência por hospital, posto de saúde ou outros serviços.

A Tabela 4 mostrou análise dos dados revelando diferença significativa entre a procura por atendimento odontológico e o nível de conhecimento dos responsáveis sobre traumatismo dentário (χ^2 = 8,58; gl = 3; p = 0,036; Teste Exato de Fisher p = 0,021). Observou-se maior proporção de conhecimento entre os responsáveis que procuraram diretamente o cirurgião-dentista (35,3%), seguidos daqueles que buscaram atendimento em posto de saúde (31,0%) e em outros serviços (22,7%). A menor proporção de conhecimento foi identificada entre os que recorreram ao hospital (4,5%).

TABELA 4 · Procura por atendimento odontológico de acordo com o nível conhecimento dos responsáveis

	Conhecimento		
Procura por atendimento	**Sim**	**Não**	**Total**
Dentista	30 (35,3%)	55 (64,7%)	85
Posto de saúde	9 (31,0%)	20 (69,0%)	29
Outros	4 (22,7%)	17 (77,3%)	22
Hospital	1 (4,5%)	21 (95,5%)	22

Nota: χ^2 = 8,58, gl = 3, valor-p = 0,036; Teste de Fisher p = 0,021.

Por outro lado, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre o nível de conhecimento dos responsáveis e a prática de cuidado pós-trauma (χ^2 = 2,13; gl = 2; p = 0,345; Teste Exato de Fisher = 0,355). As proporções de conduta adequada foram semelhantes entre os grupos de Medicação Analgésica (MA = 31,5%) e Compressa de Gaze (CG = 29,2%), enquanto o grupo Não Escovar os Dentes (NED) apresentou menor proporção (15,0%). Apesar dessa diferença percentual, não houve evidência estatística suficiente para confirmar associação entre as variáveis analisadas (Tabela 5).

TABELA 5 · Prática de cuidado pós-trauma de acordo com o nível conhecimento dos responsáveis sobre traumatismo dentário

	Conhecimento		
Cuidado pós trauma	**Sim**	**Não**	**Total**
MA	23 (31,5%)	50 (68,5%)	73
CG	19 (29,2%)	46 (70,8%)	65
NED	3 (15,0%)	17 (85,0%)	20

Legenda: Medicação Analgésica (MA), Compressa de Gaze (CG) e Não Escovar os Dentes (NED). Nota: χ^2 = 2,13, gl = 2, p = 0,345; Teste de Fisher p = 0,355.

O mapa de densidade de kernel, verificou-se a concentração de casos de traumatismo dentário no município de Milagres (Figura 3), os bairros próximos ao centro do município, observou-se a maior densidade de ocorrências “Alto” e “Muito alto”. Os bairros mais afastados do centro apresentaram menor densidade de casos (Figura 3). Apesar das áreas da ZR registrarem um número maior de ocorrências, os casos nessas regiões estão distribuídos de forma dispersa, indicando menor concentração por área.

A Figura 4 apresenta a distribuição de casos de TD por bairros do município de Milagres, sendo o bairro Francisca do Socorro com maior taxa de ocorrências, abrangendo cerca 12% dos incidentes. Seguidos pelo bairro os Eucaliptos com 10%, Centro, Rodoviário, Missionárias e Frei Damião com 8%. Os bairros Café da Linha, Casa Própria e Padre Cícero reportam 6% cada, formando um grupo intermediário. Por sua vez, Sítio Nazaré e Rosário registram 4% dos casos. Os outros bairros têm 2% de presença cada, indicando uma ocorrência relativamente baixa, mas que, quando somadas, constituem uma parte significativa da totalidade.

A análise de densidade de Kernel identificou maior concentração de casos nos bairros Francisca do Socorro e Eucaliptos. Entretanto, características populacionais, urbanísticas e socioeconômicas dessas áreas não foram avaliadas diretamente neste estudo, não sendo possível estabelecer relações causais para a distribuição espacial observada. A presença de vários bairros com apenas 2% de casos pode sugerir áreas menos habitadas ou subnotificação de ocorrências, indicando a necessidade de avaliar o acesso aos serviços odontológicos nessas localidades (Figura 4).

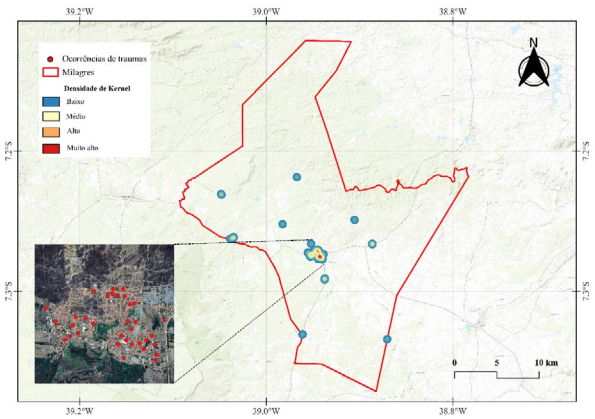


FIGURA 3 · Densidade de kernel dos casos de traumatismo dentário do município de Milagres

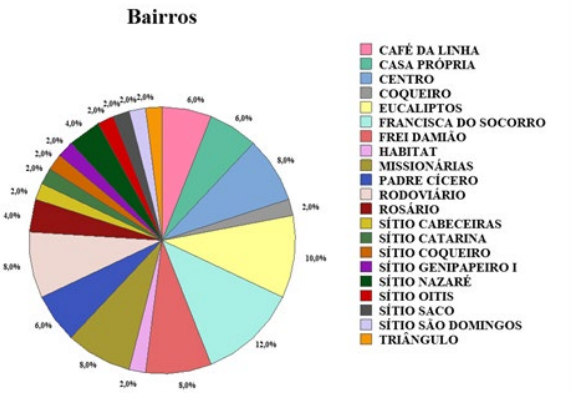


FIGURA 4 · Predominância de trauma dentário por bairros do município de Milagres, Ceará.

Discussão

Este estudo analisou o perfil dos responsáveis sobre traumatismo dentário (TD) em crianças através da aplicação de formulários. Além disso, a utilização de técnicas de geoprocessamento permitiu identificar as regiões de maior concentração de TD no munícipio de Milagres, Ceará. A análise dos fatores que determinam o conhecimento dos pais sobre TD, considerou aspectos sociais, demográficos e econômicos (Tabela 2; Figura 4). A maior concentração de casos nas áreas centrais pode estar relacionada não apenas ao acesso aos serviços odontológicos, mas também a outros fatores territoriais. Uma possível explicação para esse padrão espacial está relacionada à maior concentração populacional e à maior circulação de crianças em áreas centrais,

embora essas variáveis não tenham sido avaliadas neste estudo[20]. Dessa forma, a distribuição espacial do traumatismo dentário pode refletir a interação entre fatores demográficos, ambientais e sociais.

A ocorrência de traumatismos dentários no ambiente domiciliar reforça a importância do papel dos responsáveis na prevenção e no manejo inicial dessas lesões. O domicílio representa um dos principais cenários de desenvolvimento das atividades cotidianas da criança, especialmente nas faixas etárias mais jovens, caracterizadas por maior vulnerabilidade a quedas e acidentes[21]. Nesse contexto, o conhecimento dos responsáveis pode contribuir para a adoção de condutas adequadas imediatamente após o trauma e, consequentemente, para um melhor prognóstico clínico, embora os resultados deste estudo indiquem que o conhecimento, isoladamente, não explica todas as práticas adotadas após a ocorrência do traumatismo.

Estudos prévios demonstram que responsáveis com maior acesso à informação tendem a adotar medidas mais apropriadas diante dessas situações, enquanto a ausência de orientação tem sido apontada na literatura como um fator potencialmente relacionado a condutas inadequadas, embora essa associação não tenha sido observada neste estudo[20,21]. Os resultados observados sugerem que, embora exista preocupação em minimizar os efeitos imediatos do traumatismo, ainda persistem lacunas relacionadas às medidas de primeiros socorros e aos cuidados preventivos.

A associação estatisticamente significativa entre o nível de conhecimento dos responsáveis e a procura por atendimento odontológico demonstra que o acesso à informação influencia positivamente a tomada de decisão frente ao traumatismo dentário. Responsáveis mais informados veem a necessidade de assistência odontológica especializada em menor tempo, o que pode contribuir para melhores desfechos clínicos e redução de sequelas. Entretanto, não foi observada associação entre

o conhecimento dos responsáveis e os cuidados adotados imediatamente após o trauma. Esse resultado sugere que a adoção de condutas pós-trauma envolve fatores adicionais, como experiências prévias, orientações recebidas, percepção de risco e aspectos comportamentais, não podendo ser atribuída exclusivamente ao nível de conhecimento. Estudos recentes indicam que ações educativas direcionadas aos responsáveis podem favorecer tanto a procura precoce por atendimento quanto a adoção de condutas mais adequadas nos momentos iniciais após o trauma[22,23,24].

Na análise da variável "renda" observou-se a predominância da classe baixa, esse achado sugere a possível participação dos determinantes sociais na ocorrência do traumatismo dentário, indicando que contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica podem estar associados a maior exposição ao risco e menor acesso a medidas preventivas (Tabela 2). Esses resultados corroboram com Gomes e colaboradores (2020)[25], ao analisarem o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), observaram que crianças com alta vulnerabilidade social apresentam uma maior frequência de lesões dentárias. Tal situação pode estar associada a fatores como limitações no acesso à informação, procura tardia por atendimento e dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde[26].

No que se refere à faixa etária e ao sexo mais propensos ao TD, as crianças entre 5 a 8 anos representa 41,1%, com distribuição igual entre sexo feminino e masculino 50% cada (Tabela 2). Essa faixa etária corresponde o período de desenvolvimento infantil, caracterizado por maior participação em atividades lúdicas e escolares, o que pode justificar a maior ocorrência de traumas. Os resultados desta pesquisa, contrapõem os achados de Moura e colaboradores (2022)[27] que mencionam a prevalência de traumas entre crianças e adolescentes em situações de violência varia entre 4% a 30% na faixa etária de 1 a 4 anos.

Quanto ao tipo de dente mais vulnerável ao TD, o dente decíduo apresentou 41,7% das respostas (Tabela 2). Tal resultado pode ser atribuído a suas características anatômicas, menor mineralização do esmalte e a estrutura óssea mais porosa em crianças, que o tornam mais suscetível a fraturas e deslocamentos. Esses resultados convergem com Kominami *et al.* (2022)[28] que estudando a distribuição do traumatismo dentário e sequelas na dentição decídua e sua respectiva dentição permanente em crianças, constatou que as lesões dentárias traumáticas afetaram predominantemente os dentes decíduos, compreendendo 29,24% de todos os casos analisados.

Quando questionados sobre "o que fazer com o dente decíduo traumatizado" 84,2% dos entrevistados afirmaram que procurariam atendimento odontológico (Tabela 2). Azevedo *et al.* (2022)[29] ressaltam que a alta porcentagem por buscarem cirurgião-dentista para lidar com casos de traumatismo está relacionado ao fato de que a pesquisa ocorreu em ambiente odontológico, o que acaba influenciando nos resultados. Ao serem questionados sobre situação hipotética em levar uma criança para atendimento profissional, 46,2% dos entrevistados optariam por buscar assistência de outros profissionais, como médicos ou enfermeiros, em vez de um cirurgião-dentista (Tabela 2). Quanto ao sexo mais afetado, os dados também divergem de Fitzgibbon *et al.* (2023)[30], que ao estudarem lesões decorrentes de traumatismo dentário em crianças, observaram maior prevalência no sexo masculino, atribuída à prática de atividades mais arriscadas.

Observou-se ainda que os traumas dentários afetam com maior frequência crianças de grupos mais vulneráveis, residentes em zonas urbanas (Figura 3). A maior frequência de casos em áreas urbanas observada neste estudo pode estar relacionada a diferentes fatores contextuais e socioeconômicos, os quais não foram avaliados diretamente. Díaz-Garcia *et al.* (2023)[31], observaram que indivíduos com menor renda e escolaridade apresentam maior dificuldade de acesso à saúde bucal, resultando em maior

prevalência de agravos bucais. Esse cenário sugere que fatores socioeconômicos podem influenciar o nível de conhecimento e a capacidade de resposta frente ao traumatismo dentário, uma vez que o menor acesso à informação e às orientações profissionais pode dificultar a adoção de condutas adequadas. Dessa forma, fortalece a importância da implementação de políticas públicas e ações educativas voltadas aos responsáveis, tanto na zona rural quanto urbana, visando promover hábitos saudáveis e reduzir agravos na infância.

Por outro lado, Reis, Paiva e Oliveira Filho (2014)[32], destacam que a condição socioeconômica nem sempre é fator determinante para a ocorrência de traumatismos dentários. Fatores comportamentais e clínicos, como participação em atividades de risco, quedas, acidentes, má oclusão ou ausência de proteção labial, podem exercer maior influência do que a localização geográfica ou a classe social[33]. Essa divergência entre os estudos pode estar relacionada a diferenças metodológicas, características populacionais e à natureza multifatorial do traumatismo dentário, o que pode explicar resultados distintos entre as pesquisas (Tabela 2; Tabela 3 e Figura 3).

Como limitações deste estudo, destaca-se a utilização de uma amostra de conveniência composta por pais ou responsáveis atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas do município, o que pode introduzir viés de seleção e limitar a generalização dos resultados. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis investigadas. Adicionalmente, embora o questionário tenha sido baseado na literatura e submetido a estudo piloto, não foi realizada validação formal do instrumento. Além disso, a análise espacial teve caráter exploratório, não sendo realizadas associações estatísticas entre a localização geográfica dos casos e as demais variáveis investigadas. Apesar dessas limitações, os achados fornecem subsídios para o planejamento de ações educativas e estratégias de promoção da saúde bucal infantil no contexto local.

Diante disso, compreender os fatores que influenciam as ocorrências de traumatismo dentário é fundamental para o direcionamento de políticas públicas. A implementação de campanhas educativas voltadas principalmente aos pais e responsáveis têm potencial para reduzir consequências adversas e melhorar o prognóstico dos dentes afetados. Essas ações podem ser desenvolvidas por meio de atividades educativas em Unidades Básicas de Saúde, escolas e creches, além da capacitação de profissionais da Atenção Primária para orientar adequadamente sobre as condutas imediatas frente ao traumatismo dentário. Assim, o presente estudo reforça a importância de estratégias municipais direcionadas, capazes de minimizar impactos negativos e promover a saúde bucal infantil de forma mais equitativa.

Conclusão

O presente estudo identificou que aproximadamente 70% dos responsáveis apresentam pouco ou nenhum conhecimento sobre traumatismo dentário. Observou-se associação entre o nível de conhecimento e a procura por atendimento odontológico, sendo o cirurgião-dentista a principal referência entre os mais informados. Entretanto, o conhecimento não se mostrou suficiente para garantir práticas adequadas de cuidado pós-trauma. Verificou-se ainda concentração espacial dos casos e associação com variáveis sociodemográficas. Esses achados contribuem para a compreensão da percepção dos responsáveis sobre o traumatismo dentário e dos fatores relacionados à sua ocorrência no contexto estudado.

Referências

1 - Likhari A, Baghel P, Patil M. Early childhood development and social determinants. Cureus. 2022;14(8):e29500. doi:10.7759/cureus.29500.

2 - Wen PYF, Chen MX, Zhong YJ, Dong QQ, Wong HM. Global burden and inequality of dental caries, 1990 to 2019. J Dent Res. 2022;101(4):392-9. doi:10.1177/00220345211056247.

3 - Silva AAR, Libera BGSD, Vieira TGS, Loureiro MR. Traumatismo dental na infância: uma revisão da literatura. Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ. 2023;9:2329-36. doi:10.51891/rease.v9i11.12492.

4 - Jogezai U, Kalsi A. Long-term complications and management of dental trauma in the adult patient – part 1: fractured teeth, pulpal complications and resorption. Br Dent J. 2024;237:95-105. doi:10.1038/s41415-024-7641-z.

5 - Lira ALS, Brito BP. Conhecimento de pais e educadores sobre traumatismo dentário em pré-escolares. Rev Odontol Bras Cent. 2024;33(92):15-31. doi:10.36065/robrac.v33i92.1695.

6 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm

7 - Bersan N, Morais LN, Santos MO, Pessoa MN, Lima CM, Silva Tagliaferro EP. Uso de serviços odontológicos e percepção sobre saúde bucal por mães de crianças e adolescentes. Saude Pesqui. 2025;18:e13098. doi:10.17765/2176-9206.2025v18e13098.

8 - Bohari NFM, Kruger E, John J, Tennant M. Analysis of dental services distribution in Malaysia: a geographic information system-based approach. Int Dent J. 2019;69(3):223-9. doi:10.1111/idj.12454.

9 - Nayak PP, Pai J, Singla N, Somayaji K, Kalra D. Geographic information systems in spatial epidemiology: unveiling new horizons in dental public health. J Int Soc Prev Community Dent. 2021;11(2):125-31. doi:10.4103/jispcd.jispcd_413_20.

10 - Lembacher S, Schneider S, Lettner S, Bekes K. Prevalence and patterns of traumatic dental injuries in primary teeth: a 3-year retrospective overview study in Vienna. Clin Oral Investig. 2022;26(2):2085-93. doi:10.1007/s00784-021-04190-2.

11 - Ivkošić I, Gavić L, Jerković D, Macan D, Vladislavić NZ, Galić N, Tadin A. Knowledge and attitudes about dental trauma among the students of the University of Split. Acta Stomatol Croat. 2020;54(3):302-13. doi:10.15644/asc54/3/8.

12 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama do município de Milagres – CE [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado em 2025 jun 13]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/milagres/panorama

13 - R Core Team. R: a language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2025 [citado em 2025 jun 20]. Disponível em: https://www.r-project.org/

14 - Servat RL, Schistel LC, Massignan C. Conhecimento de responsáveis sobre traumatismo dentário em crianças. Rev Fac Odontol UPF. 2019;24(2):220-8.

15 - Özveren N, Yildirim S. Effectiveness of an educational cartoon animation on the knowledge of children about traumatic dental injuries. Dent Traumatol. 2022;38(6):512-8.

16 - Paiva HN, Guimarães MO, Varajão GFDC, Marques LS, Silvestrini RA, Zarzar PM, et al. Spatial density of adolescents aged 14 years old, victims of dental trauma: a longitudinal study. Dent Traumatol. 2021;37(2):282-93.

17 - QGIS Development Team. QGIS geographic information system [Internet]. Version 3.30.1. Open Source Geospatial Foundation; 2023 [citado em 2025 jul 25]. Disponível em: https://qgis.org/

18 - Maior MMS, Cândido GA. Avaliação das metodologias brasileiras de vulnerabilidade socioambiental como decorrência da problemática urbana no Brasil. Cad Metropole. 2014;16(31):241-64. doi:10.1590/2236-9996.2014-3111.

19 - Kaiser HF. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. Psychometrika. 1958;23(3):187-200.

20 - Khan MK, Jindal MK. Assessment of the environmental risk factors associated with traumatic dental injuries among WHO index-aged children and adolescents. J Educ Health Promot. 2023;12:396. doi:10.4103/jehp.jehp_1572_22.

21 - Bernardino VMM, Lima LCM, Neves ETB, Paiva SM, Garcia AFG. Individual and contextual determinants associated with traumatic dental injuries in children eight to ten years of age: a multilevel analysis. Acta Odontol Scand. 2024;83:4089. doi:10.2340/aos.v83.4089.

22 - Maganur PC, Ahamed FEA, Alhulaili DH, Zubair R, Wasli HY, Sowaili EM, et al. Knowledge, attitude, and behavior toward dental trauma among parents of primary schoolchildren visiting college of dentistry, Jizan. Int J Clin Pediatr Dent. 2024;17(9):1030.

23 - Alsaeed OO, Almani FM, Alabdullatif AI, Alotaibi AS, Aleudan WS, Alshahrani MF, et al. Integrated public health and nursing approaches in the prevention and management of dental trauma in children: a multidisciplinary perspective. Saudi J Med Public Health. 2025;2(2):903-17.

24 - Moreira T, Amaral RC, Gaujac C. Meios de conservação em avulsões dentárias. Arch Health Investig. 2022;11(5):840-4. doi:10.21270/archi.v11i5.5328.

25 - Gomes PR, Bittencourt JM, Martins LP, Paiva SM, Bendo CB. Traumatismo dentário na dentição decídua e condição socioeconômica: uma revisão crítica da literatura. Arq Odontol. 2020;56:e08. doi:10.7308/aodontol/2020.56.e08.

26 - Fochi TC, Emmanuelli B, Ortiz FR, Tuchtenhagen S. Conhecimento dos pais em relação à avulsão dentária em escolares: um estudo transversal. Arq Odontol. 2023;59:228-34. doi:10.35699/2178-1990.2023.45845.

27 - Moura JA, Silva AKXG, Campos THG, Alencar Filho AV. Atenção odontopediátrica voltada para o traumatismo na dentição da criança. Res Soc Dev. 2022;11(8):e9511830564. doi:10.33448/rsd-v11i8.30564.

28 - Kominami PAA, Costa VPP, Rezende LVML, Garcia FCP, Almeida JCF, Takeshita EM. Traumatic dental injuries in the primary dentition and sequelae in the permanent dentition: a 7-year retrospective study. Braz Dent Sci. 2022;25(3):e3313. doi:10.4322/bds.2022.e3313.

29 - Azevedo JMC, Melo JGA, Marcelos PGCL, Soares DM. Conhecimento e atitudes de indivíduos leigos sobre avulsão de dentes permanentes. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2022;22(4):13-9.

30 - Fitzgibbon R, Carli E, Piana G, Montevecchi M, Bagattoni S. Dental trauma epidemiology in primary dentition: a cross-sectional retrospective study. Appl Sci. 2023;13(3):1878. doi:10.3390/app13031878.

31 - Díaz-García IF, Hernández-Santos DM, Olmedo-Sánchez AB, Nápoles-Salas LE. Perspective chapter: oral health and community prevention in children. In: Pediatric dentistry: a comprehensive guide. London: IntechOpen; 2023. doi:10.5772/intechopen.108840.

32 - Reis AG, Paiva PCP, Oliveira Filho PM. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em estudantes de 11 a 19 anos da zona rural do Município de Diamantina-MG. Arq Odontol. 2014;50(1). doi:10.7308/aodontol/2014.50.1.06.

33 - Seo Y, Youn HS. Comparison of Korean school students' safety accident rates before and after COVID-19. Healthcare (Basel). 2023;11(16):2326. doi:10.3390/healthcare11162326.

Knowledge and perception of parents and caregivers regarding dental trauma in children treated at a Dental Specialty Center

Abstract

Objective: To investigate caregivers' perceptions regarding dental trauma in children receiving care at a Dental Specialty Center (DSC) in a municipality located in the southern region of Ceará, Brazil. Methods: A cross-sectional observational study was conducted with caregivers of children receiving care at the Dental Specialty Center through the administration of structured questionnaires. The collected data were analyzed using descriptive statistics, association tests, and spatial distribution analyses. Results: The prevalence of caregivers who had never received guidance on how to manage a dental trauma (DT) episode was 70.3%. An association was observed between caregivers' level of knowledge and their likelihood of seeking dental care. Spatial analysis revealed a higher concentration of cases in the central areas of the municipality. Conclusion: These findings highlight the need to strengthen educational initiatives aimed at caregivers, contributing to the appropriate management of dental trauma and the promotion of children's oral health.

KEYWORDS: Pediatric Dentistry; Oral Health; Geographic Information Systems; Tooth Injuries.

Como citar este artigo

França CR; Santos JE; Silva AAL; Ramos LFS; Sampaio MMD. Conhecimento e percepção dos responsáveis sobre traumatismo dentário em crianças atendidas em um Centro de Especialidades Odontológicas. Rev Odontol Bras Central 2026; 35(94): 88-110. DOI: 10.36065/robrac.v35i94.1873