

# Folheto educativo melhora o conhecimento de pais frente ao traumatismo alvéolo-dentário?

## Do educational leaflets improve the knowledge of parents when faced with traumatic dental injuries?

Márjori Fritola<sup>1</sup>, Ana Carolina Fernandes Couto<sup>1</sup>, Denise Spinardi<sup>2</sup>, Mônica Carmen Junkes<sup>3</sup>, Fabian Calixto Fraiz<sup>3</sup>, Fernanda de Moraes Ferreira<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo verificar a eficácia de um folheto educativo para melhorar o nível de conhecimento sobre o pronto-atendimento em casos de traumatismo alvéolo-dentário (TAD) por pais/responsáveis de crianças de até 12 anos. **Materiais e Métodos:** Uma amostra de 257 pais/responsáveis de crianças de até 12 anos de idade que faziam acompanhamento em Unidades de Saúde do Município de Colombo (PR) entre junho e setembro de 2012 respondeu a questionários com dados demográficos e socioeconômicos e sobre atitudes no prontoatendimento de casos de TAD (QTAD). O QTAD é um questionário autoaplicado, composto por 10 perguntas de múltipla escolha referentes a situações de avulsão, intrusão, extrusão e fratura na dentição decídua e permanente e foi aplicado antes (QTAD1) e imediatamente após (QTAD2) a leitura do folheto educativo. O folheto educativo se baseou nas orientações da Sociedade Brasileira de Traumatologia Dentária, continha instruções sobre como proceder diante de casos de TAD e possuía ilustrações coloridas das situações, linguagem simples e direta. **Resultados:** Após a leitura do folheto, houve aumento no escore total do QTAD (Teste de Wilcoxon,  $p < 0,001$ ) e na frequência de acertos para a maioria das questões individuais, sendo o aumento mais expressivo para respondentes jovens ( $r_s = -0,127$ ,  $p = 0,042$ ), com maior escolaridade (Teste de Mann-Whitney,  $p < 0,001$ ), maior renda ( $r_s = 0,135$ ,  $p = 0,030$ ) e menor escore em QTAD1 ( $r_s = -0,524$ ,  $p < 0,001$ ). **Conclusão:** O folheto educativo mostrou-se um instrumento válido para melhorar o conhecimento de pais/responsáveis sobre o pronto-atendimento em casos de TAD em crianças.

**Descritores:** Educação em saúde bucal. Traumatismos dentários. Conhecimento. Criança. Pais.

### INTRODUÇÃO

O traumatismo alvéolo-dentário (TAD) em crianças é um evento que exige uma conduta imediata e adequada. A probabilidade de sucesso clínico e de ocorrência de complicações futuras decorrentes do TAD depende das primeiras ações pós-trauma.

Estudos sobre a prevalência de TAD mostram que esta varia entre 11,2% e 62% na dentição decídua<sup>1-5</sup> e entre 9,6% e 34,8% na dentição permanente (até 14 anos)<sup>6-11</sup>. Cerca de 50% de todos os casos de TAD ocorrem antes dos 10 anos de idade<sup>12</sup>. Mesmo considerando que a prevalência do TAD depende do método de avaliação e das características da população estudada, esse é um evento relativamente frequente e é provável que muitas famílias enfrentem essa situação, tendo que tomar as decisões necessárias

para o primeiro atendimento.

Embora a procura por atendimento odontológico deva acontecer o mais rápido possível após o TAD, normalmente os primeiros cuidados são realizados pelo acompanhante adulto. Isto porque grande parte dos eventos de TAD ocorre em ambiente domiciliar<sup>7,13,14</sup> ou na escola<sup>13</sup>. Assim, é de extrema importância que aqueles com maior probabilidade de estar com a criança no momento do TAD tenham conhecimento e habilidade para realizar os primeiros cuidados<sup>15-18</sup>. Procedimentos inadequados nesses primeiros momentos pós-trauma podem ter consequências indesejáveis, como o aumento dos custos e tempo do tratamento e a perda de dentes, o que, por sua vez, pode afetar o desenvolvimento biológico da criança e seu estado psicossocial<sup>19</sup>.

<sup>1</sup>Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil

<sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Departamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia, UFPR, Curitiba, Paraná, Brasil

<sup>3</sup>Departamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia, UFPR, Curitiba, Paraná, Brasil

Contatos: mfritolaf@gmail.com, carolcoutho@hotmail.com, de\_nisy\_@hotmail.com, monicajunkes@hotmail.com, fabianfraiz@gmail.com, femoraisfe@gmail.com

É comum a falta de conhecimento neste campo por parte de pais<sup>16,20</sup> e educadores<sup>13,15,16,18,21-23</sup>. Estudos demonstram que, na grande maioria dos casos, não houve procura para atendimento em consequência do TAD e que, dentre os que buscaram atendimento poucos o fizeram imediatamente<sup>13,14</sup>. O desconhecimento dos responsáveis sobre o pronto atendimento em situações de TAD contribui para esses achados.

Dentre as diversas estratégias de educação em saúde, materiais escritos têm sido amplamente utilizados na promoção de saúde, prevenção de doenças, desenvolvimento de habilidades e da autonomia do paciente<sup>24</sup>, incluindo ações frente a situações de TAD em crianças<sup>15,25</sup>.

Folhetos impressos apresentam como vantagem o baixo custo, facilidade de manuseio e a possibilidade de ser lido tantas vezes quantas forem necessárias para a assimilação da mensagem, no momento e local em que o leitor julgar mais apropriado, além de serem autoexplicativos, não demandando um profissional encarregado para explaná-los<sup>24,25</sup>. Suas principais limitações são decorrentes da dificuldade de leitura, seja por inadequação do material ou por incapacidade do próprio leitor<sup>24,25</sup>. Também apresentam como aspecto positivo a facilidade de distribuição, a grande penetração e a possibilidade de serem transformados em material digital, ampliando ainda mais a sua abrangência.

Estudos demonstram que a leitura de folheto explicativo possibilita a educadores e familiares uma significativa aquisição de conhecimento sobre diversos temas em saúde<sup>18,26</sup>. Os folhetos tem demonstrado eficácia também no esclarecimento de educadores sobre os procedimentos pós-trauma<sup>15,25</sup>. Contudo, não foram encontradas pesquisas envolvendo utilização de folhetos com conteúdo sobre TAD direcionados para pais.

Desta forma, este estudo teve como objetivo verificar a eficácia do uso de um folheto educativo na melhora do nível de conhecimento sobre o prontoatendimento em casos de TAD por pais/responsáveis de crianças.

Esta pesquisa trabalhou com as hipóteses de que a leitura de um folheto educativo permite melhorar o nível de conhecimento quanto ao prontoatendimento em caso de TAD por parte de pais/responsáveis de crianças e que o conhecimento inicial e a aquisição de novas informações sobre o prontoatendimento em caso de TAD são influenciados por fatores sociodemográficos e econômicos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo envolveu uma amostra de conveniência composta por 257 pais/responsáveis de crianças de até 12 anos de idade que faziam

acompanhamento em duas Unidades de Saúde (US) de Colombo – PR entre junho e setembro de 2012. O município (Índice de Desenvolvimento Humano: 0,733) está localizado na região metropolitana de Curitiba e conta com 23 US para atender aos seus 212.967 habitantes.

Para participar da pesquisa, o indivíduo precisava ser alfabetizado, não apresentar problemas de visão/audição (relatados ou percebidos), nem sinais óbvios de comprometimento cognitivo ou de intoxicação por drogas ou álcool no momento da entrevista.

Os pais/responsáveis responderam a um questionário com dados demográficos e socioeconômicos e a um questionário sobre as atitudes no pronto-atendimento a crianças em caso de traumatismo alvéolo-dentário (QTAD).

O questionário demográfico e socioeconômico continha perguntas referentes à idade do entrevistado e da criança (anos), sexo do entrevistado e da criança (masculino/feminino), escolaridade do entrevistado (anos de estudo concluídos), estado civil (casado/em união estável/divorciado/viúvo/solteiro), grau de parentesco com a criança, ocupação (relacionada ou não à área da saúde) e renda familiar (reais).

Para avaliação do nível de conhecimento sobre as atitudes no prontoatendimento a crianças em caso de TAD, os responsáveis responderam ao QTAD, um questionário com 10 perguntas de múltipla escolha, assinalando a alternativa que acreditavam ser a correta. O questionário continha questões sobre a atitude a ser tomada em caso de traumatismo na dentição decídua (n = 5) e na dentição permanente (n = 5), sendo estas referentes a situações de avulsão, intrusão, extrusão e fratura dentária. Cada pergunta tinha de 4 a 5 opções de resposta, sendo possível, ao respondente, descrever outra atitude, caso não considerasse nenhuma das alternativas como correta.

A aplicação dos questionários ocorreu em ambiente reservado, enquanto os sujeitos aguardavam o atendimento da criança em salas das US, tendo duração total de aproximadamente 15 minutos. O QTAD foi respondido em dois momentos, um anterior a leitura de folheto educativo (QTAD1) e outro posterior a sua leitura (QTAD2).

O folheto educativo foi construído com base no material da campanha de educação e prevenção do trauma dentário da Sociedade Brasileira de Traumatologia Dentária<sup>27</sup> e abordava as atitudes a serem tomadas no prontoatendimento em situações de avulsão, intrusão, extrusão (frente do folheto) e fratura (verso do folheto) na dentição decídua e permanente. O folheto em tamanho A4 possuía ilustrações coloridas das situações e linguagem simples e direta.

Após a participação na pesquisa, foram

esclarecidas as eventuais dúvidas que os respondentes ainda possuíssem sobre o tema ou outras dúvidas sobre saúde bucal.

A equipe de coleta de dados foi composta por quatro pesquisadores, os quais receberam treinamento prévio para a aplicação do questionário, entrega do folheto e esclarecimentos das dúvidas dos respondentes.

As respostas ao QTAD, em cada um dos momentos, foram categorizadas e receberam peso 1 quando corretas e 0 quando incorretas, a partir das orientações da Sociedade Brasileira de Traumatologia Dentária<sup>27</sup>. As pontuações obtidas em cada pergunta foram somadas para a obtenção de um escore total, variando de 0 a 10, onde a maior pontuação corresponderia a um nível maior de conhecimento quanto ao prontoatendimento em caso de TAD. Para avaliar a capacidade de apreensão de novas informações a partir da aplicação de um folheto educativo, o escore obtido por cada respondente em QTAD1 foi comparado ao seu escore em QTAD2.

Como as variáveis dependentes “escore do QTAD aplicado antes (QTAD1) e após (QTAD2) a exposição ao folheto educativo” não apresentaram distribuição normal, as hipóteses foram testadas através dos testes não paramétricos de Wilcoxon, de Mann-Whitney e do coeficiente de correlação de Spearman e Qui-quadrado de McNemar. Para todas

as análises, foi adotado nível de significância de 5%.

A pesquisa foi desenvolvida após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (Registro CEP/SD: 1247.172.11.10, CAAE: 0171.0.091.000-11) e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos participantes.

## RESULTADOS

Das 257 pessoas que aceitaram participar da pesquisa, 234 (91,1%) eram do sexo feminino e 191 (74,3%) eram mães de crianças trazidas para atendimento. A idade média dos entrevistados foi de 33,8 anos [Desvio padrão (DP) = 11,7], variando entre 15 e 75 anos e a idade média das crianças foi de 6 anos (DP = 3,7), variando de 1 mês a 12 anos. Quanto à escolaridade, 144 (56%) dos respondentes tinham mais de 8 anos de estudo formal. A renda familiar mensal bruta média foi de R\$ 1.846,28 (DP = 1.256,04), variando desde famílias sem renda até R\$ 10.000,00 no momento da entrevista.

Não houve associação entre o número de acertos em QTAD1 e as variáveis estudadas [idade do respondente: coeficiente de correlação de Spearman ( $r_s$ ) = -0,024,  $p = 0,705$ ; idade da criança:  $r_s = -0,044$ ,  $p = 0,480$ ; renda bruta familiar mensal:  $r_s = 0,101$ ,  $p = 0,106$ ; demais variáveis:  $p > 0,05$  (Tabela 1)].

**Tabela 1** - Distribuição das variáveis, antes e após a exposição ao folheto educativo e a diferença entre estes resultados, Colombo – PR, 2012 (n = 257).

Variáveis	n	QTAD1				QTAD2			
		Mediana	Mín.	Máx.	p-valor <sup>a</sup>	Mediana	Mín.	Máx.	p-valor <sup>a</sup>
<b>Parentesco</b>									
Mãe	191	6,0	1	8	0,307	8,0	2	10	0,837
Outros	66	6,0	3	10		7,7	5	10	
<b>Sexo</b>									
Feminino	234	6,0	1	8	0,100	8,0	5	10	0,382
Masculino	23	5,0	3	10		8,0	2	10	
<b>Estado civil</b>									
Casado/ União estável	204	6,0	1	10	0,732	8,0	2	10	0,789
Outros	53	6,0	3	8		8,0	5	10	
<b>Escolaridade</b>									
>8 anos	144	6,0	1	10	0,051	8,0	2	10	<0,001
≤8 anos	113	5,5	3	8		7,0	3	10	
<b>Ocupação na área da saúde</b>									
Sim	13	5,0	1	8	0,302	8,0	5	9	0,553
Não	243	6,0	3	10		8,0	2	10	

QTAD1 = 1ª aplicação do questionário sobre o pronto-atendimento em caso de traumatismo alvéolo-dentário, antes da exposição ao folheto educativo.

QTAD2 = 2ª aplicação do questionário sobre o pronto-atendimento em caso de traumatismo alvéolo-dentário, após a exposição ao folheto educativo.

<sup>a</sup> Teste de Mann-Whitney.

Após a exposição ao folheto educativo, o número de acertos em QTAD2 apresentou associação significativa com a idade ( $rs = -0,127$ ,  $p = 0,042$ ) e escolaridade do respondente (Teste de Mann-Whitney,  $p < 0,001$ ) (Tabela 1) e com a renda bruta

familiar mensal ( $rs = 0,135$ ,  $p = 0,030$ ).

A pontuação no QTAD para pais e responsáveis aumentou significativamente após a leitura do folheto educativo (Teste de Wilcoxon,  $p < 0,001$ ; tabela 2).

**Tabela 2** - Escores do questionário sobre o pronto-atendimento em caso de traumatismo alvéolo-dentário, antes e após a exposição ao folheto educativo e a diferença entre estes resultados, Colombo – PR, 2012 (n = 257).

Escores	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
QTAD1	5,87	6,0*	1	10
QTAD2	7,51	8,0*	2	10
(QTAD2) – (QTAD1)	1,64	1,0	-3	7

QTAD1 = 1ª aplicação do questionário sobre o pronto-atendimento em caso de traumatismo alvéolo-dentário, antes da exposição ao folheto educativo.

QTAD2 = 2ª aplicação do questionário sobre o pronto-atendimento em caso de traumatismo alvéolo-dentário, após a exposição ao folheto educativo.

\*Diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ , Teste de Wilcoxon)

A diferença no número de acertos entre as duas aplicações do questionário esteve estatística e inversamente correlacionada ao número de acertos no questionário antes da leitura do folheto, sendo que o aumento no número de acertos após a leitura do folheto foi maior para os responsáveis que acertaram menos no momento inicial ( $rs = -0,524$ ,  $p < 0,001$ ).

Na tabela 3, pode-se observar que houve uma melhora significativa no nível de conhecimento por parte dos respondentes sobre as atitudes a serem

tomadas no prontoatendimento em caso de TAD em quase todas as perguntas do questionário. Os itens para os quais a frequência de acertos mais aumentou foram aqueles relativos à avulsão de dentes permanentes e extrusão, tanto para decíduos como permanentes. Uma questão, relativa à avulsão de dentes decíduos, não apresentou diferença estatística entre as duas aplicações do questionário e em 2 questões, referentes a intrusão de decíduos e permanentes, a frequência de acertos diminuiu após a leitura do folheto.

**Tabela 3** - Frequência de acertos de acordo com cada questão do questionário sobre o pronto-atendimento em caso de traumatismo alvéolo-dentário e em função do momento de aplicação, Colombo – PR (n = 257).

Itens do questionário	Frequência (%) de acertos		
	QTAD1	QTAD2	p-valor <sup>a</sup>
O que você acha que deve ser feito se o seu filho sofrer uma pancada e o <b>dente de leite</b> soltar do seu lugar?	89,5	85,2	0,177
Quanto tempo após seu filho sofrer uma pancada e o <b>dente de leite</b> soltar do seu lugar, você deve procurar um dentista?	73,2	91,4	< 0,001
O que você acha que deve ser feito se o seu filho sofrer uma pancada e o <b>dente leite</b> deslocar para <b>DENTRO</b> da gengiva?	92,6	62,6	< 0,001
O que você acha que deve ser feito se o seu filho sofrer uma pancada e o <b>dente DE LEITE</b> deslocar para <b>FORA</b> da gengiva, mas sem se soltar?	5,8	53,3	< 0,001
O que você acha que deve ser feito se o seu filho sofrer uma pancada e o <b>dente de leite</b> quebrar um pedaço?	55,8	82,1	< 0,001
O que você acha que deve ser feito se o seu filho sofrer uma pancada e o <b>dente permanente</b> soltar do seu lugar?	32,2	80,2	< 0,001
Quanto tempo após seu filho sofrer uma pancada e o <b>dente permanente</b> soltar do seu lugar, você deve procurar um dentista?	78,7	92,2	< 0,001
O que você acha que deve ser feito se o seu filho sofrer uma pancada e o <b>dente permanente</b> deslocar para <b>DENTRO</b> da gengiva?	89,5	59,9	< 0,001
O que você acha que deve ser feito se o seu filho sofrer uma pancada e o <b>dente permanente</b> deslocar para <b>FORA</b> da gengiva, mas sem se soltar?	7,4	56,8	< 0,001
O que você acha que deve ser feito se o seu filho sofrer uma pancada e o <b>dente permanente</b> quebrar um pedaço?	61,6	86,4	< 0,001

QTAD1 = 1ª aplicação do questionário sobre o pronto-atendimento em caso de traumatismo alvéolo-dentário, antes da exposição ao folheto educativo. QTAD2 = 2ª aplicação do questionário sobre o pronto-atendimento em caso de traumatismo alvéolo-dentário, após a exposição ao folheto educativo.

<sup>a</sup> Teste Qui-quadrado de McNemar.

## DISCUSSÃO

O folheto educativo mostrou-se um instrumento válido para a aquisição de conhecimento, uma vez que sua utilização proporcionou aumento tanto no escore total do QTDA como para a maioria das questões individuais.

O nível de conhecimento inicial (escore em QTAD1) foi baixo (média = 5,87) independentemente das características socioeconômicas e demográficas, o que evidencia que em geral pais/responsáveis de crianças precisam de abordagem específica sobre TDA para que sejam aptos a prestar os primeiros socorros.

A partir da leitura do folheto educativo os escores aumentaram (média = 7,51) sendo que para pessoas jovens, com maior escolaridade, maior renda e com um menor conhecimento inicial o aumento no nível de conhecimento foi mais expressivo. Esses achados eram esperados uma vez que a literatura tem indicado que, entre adultos, a capacidade de compreensão e utilização das informações em saúde é maior nos mais jovens, com maior escolaridade e de classe socioeconômica mais alta<sup>28</sup>. Esforços devem ser direcionados para os grupos com maior dificuldade de aquisição de conhecimento e podem incluir desde a motivação constante até a associação de métodos de aprendizagem.

Houve aumento tanto no escore total do QTAD como para a maioria das questões individuais. Após a exposição ao folheto, houve melhora no nível de conhecimento referente às atitudes a serem tomadas para o pronto-atendimento de quase todas as situações de TAD (exceto intrusão dental). Esses achados estão de acordo com a literatura, que tem demonstrado que folhetos educativos são eficazes para o treinamento de pais, adultos responsáveis e professores para situações em saúde, como queimaduras infantis em ambiente doméstico<sup>26</sup>, prevenção do Diabetes Mellitus tipo 2 em adolescentes de risco<sup>29</sup> e atenção para os casos de TAD<sup>15,25</sup>.

A contribuição mais relevante do folheto foi a melhora expressiva ocorrida após sua leitura no conhecimento sobre os procedimentos frente à avulsão de dentes permanentes. Neste estudo os pais / responsáveis apresentaram um conhecimento inicial pequeno sobre os procedimentos a serem adotados em casos de avulsão de dentes permanentes. A literatura odontológica tem alertado para o fato de que pais e professores não têm informação suficiente para a adoção de medidas adequadas em caso de avulsão de dentes permanentes<sup>16-18,20-23</sup>. De todos os eventos de TAD, a intervenção imediata na avulsão de dentes permanentes é a que apresenta maior impacto na saúde bucal, já que o prognóstico deste traumatismo é extremamente dependente das atitudes tomadas nos primeiros minutos. Uma abordagem inadequada pode comprometer a manutenção do elemento dental com evidentes consequências psicológicas e sociais ao

indivíduo<sup>19</sup>.

Estudo realizado na Turquia, com professores de pré-escola, também demonstrou uma melhor abordagem nos casos de avulsão de dentes permanentes após a exposição a folheto educativo, da mesma forma que em casos de luxação lateral e fratura coronária<sup>15</sup>.

No caso da avulsão de decíduos, os resultados foram muito semelhantes nas duas aplicações e mantiveram-se com alto valor de acerto. Em geral, as atitudes melhoraram, as pessoas deixaram de jogar o dente fora ou guarda-lo em um guardanapo, porém a pior atitude a ser tomada (o reposicionamento do dente decíduo avulsionado) foi relatada com maior frequência na segunda aplicação. Vale ressaltar que reposicionar dentes avulsionados é a conduta correta para dentes permanentes. Como a abordagem para avulsão de dentes permanentes e decíduos é distinta, é possível que as orientações apresentadas no folheto não tenham sido suficientemente claras para evidenciar as diferenças de conduta. Assim, este é um aspecto que deve ser observado na formulação de folhetos com esse objetivo.

Nas questões sobre intrusão de decíduos e permanentes, o número de acertos foi menor após a leitura do folheto. A diminuição do número de acertos pode estar ligada ao fato de que antes da orientação os entrevistados tendiam a não tomar nenhuma atitude além de levar a criança no dentista (o que seria correto neste caso). Porém, após a leitura do folheto, as pessoas passaram a optar pelo reposicionamento do dente, provavelmente confundindo os casos de intrusão com os de extrusão (onde esta atitude é aconselhada). Talvez o folheto tenha induzido os respondentes a terem uma ação específica em todas as situações de trauma. Em eventos traumáticos em que o único procedimento adotado deve ser procurar imediatamente atendimento profissional, as informações devem ser expostas de forma diferenciada no folheto, para não se tornarem fator de confusão.

No que se refere a eventos de extrusão e fratura coronária, o folheto também se apresentou adequado para a divulgação das atitudes de prontoatendimento, tanto na dentição permanente como na dentição decídua.

Por ser um estudo transversal, a estabilidade do conhecimento adquirido ao longo do tempo não pôde ser avaliada. Generalizações devem ser feitas com cautela, pois a amostra apresenta especificidade sociocultural.

A partir deste estudo será possível a reformulação do folheto educativo visando ampliar seu impacto e as questões levantadas podem colaborar na elaboração de material educativo para as situações de TAD. No processo de construção de instrumentos de apoio para a educação em saúde, sucessivas avaliações são imprescindíveis para a constante adequação da

linguagem e da abordagem dos mesmos ao público alvo. A possibilidade de constante aperfeiçoamento com um baixo custo constitui-se uma das grandes vantagens desse método.

## CONCLUSÃO

O folheto educativo mostrou-se um instrumento eficaz para a aquisição de conhecimento sobre pronto atendimento em casos de traumatismo alvéolo-dentário por pais/responsáveis de crianças.

## ABSTRACT

**Aim:** This study assessed the effectiveness of an educational leaflet in improving the knowledge of parents/guardians of children of up to 12 years of age regarding emergency care in TDI cases. **Methods:** A sample of 257 parents/guardians of children of up to 12 years of age –who were undergoing follow-up treatment in the Healthcare Units of the town of Colombo, Paraná, Brazil, between June and September 2012, answered questionnaires that contained questions about their socioeconomic and demographic data, and emergency care actions taken in TDI (QTDI) cases. The QTDI is a self-applied questionnaire that contains 10 multiple choice questions that make reference to TDI situations of avulsion, intrusion, extrusion, and fracture in deciduous and permanent teeth. This questionnaire was applied before (QTDI1) and immediately after (QTDI2) the educational leaflet had been read. The leaflet was based on the specific advice provided by the Brazilian Society of Dental Traumatology, which contained instructions on the proper emergency care that should be applied in TDI cases, as well as colored illustrations about TDI in a simple and objective language. **Results:** After the leaflet had been read, an increase in the total QTDI2 score (Wilcoxon test,  $p < 0.001$ ), as well as in the frequency of correct answers in most of the individual questions, could be observed. This increase in knowledge was more expressive for young participants ( $r_s = -0.127$ ,  $p = 0.042$ ), with a higher education level (Mann-Whitney test,  $p < 0.001$ ), a higher family income ( $r_s = 0.135$ ,  $p = 0.030$ ) and a lower QTDI1 score ( $r_s = -0.524$ ,  $p < 0.001$ ). **Conclusion:** The educational leaflet has proven to be a valid instrument to improve parents'/guardians' knowledge regarding TDI emergency care in children. **Uniterms:** Health education, dental. Tooth injuries. Knowledge. Child. Parents.

## REFERÊNCIAS

1. Fernandes DSC, Klein GV, Lippert AO, Medeiros NG, Oliveira RP. Motivo do atendimento odontológico na primeira infância. *Stomatos*. 2010;16(30):4-10.

2. Oliveira MSB, Carneiro MC, Amorim TM, Maia VN, Alvarez AV, Vianna MIP, et al. Contexto familiar, traumatismo dentário e oclusopatias em crianças em idade pré-escolar: ocorrência e fatores associados. *Rev Odontol UNESP*. 2010;39(2):81-8.
3. Viegas CM, Scarpelli AC, Carvalho AC, Ferreira FM, Pordeus IA, Paiva SM. Predisposing factors for traumatic dental injuries in Brazilian preschool children. *Eur J Paediatr Dent*. 2010;11(2):59-65.
4. Kramer PF, Gomes CS, Ferreira SH, Feldens CA, Viana ES. Traumatismo na dentição decídua e fatores associados em pré-escolares do município de Canela/RS. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2009;9(1):95-100.
5. Kawabata CM, Sant'anna GR, Duarte DA, Mathias MF. Estudo de Injúrias Traumáticas em Crianças na Faixa Etária de 1 a 3 Anos no Município de Barueri, São Paulo, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007;7(3):229-33.
6. Damé-Teixeira N, Alves LS, Susin C, Maltz M. Traumatic dental injury among 12-year-old South Brazilian schoolchildren: prevalence, severity, and risk indicators. *Dent Traumatol*. 2013;29(1):52-8.
7. Mota LQ, Targino AGR, Lima MGGC, Farias JFG, Silva ALA, Farias FFG. Estudo do traumatismo dentário em escolares do município de João Pessoa, PB, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2011;11(2):217-2.
8. Silveira JLGC, Bona AJ, Arruda JAB. Traumatismos dentários em escolares de 12 anos do município de Blumenau, SC, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2010;10(1):23-6.
9. Traibert J, Marcon KB, Lacerda JT. Prevalência de traumatismo dentário e fatores associados em escolares do município de Palhoça (SC). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1849-55.
10. Traibert J, Fazenda F, Lacerda JT. Prevalência e necessidade de tratamento devido ao traumatismo dentário em escolares de Joaçaba, SC. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2008;49(3):14-6.
11. Traibert J, Almeida ICS, Garghetti C, Marcenes W. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):403-10.
12. Gassner R, Bösch R, Tuli T, Emshoff R. Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries: Implications for prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999;87(1):27-33.
13. Sousa DL, Moreira Neto JJS, Gondim JO, Bezerra Filho JG. Prevalência de trauma dental em crianças atendidas na Universidade Federal do Ceará. *Rev Odontol Ciênc*. 2008;23(4):355-9.

14. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Lira PIC. Prevalência e fatores sociodemográficos associados ao traumatismo dentário em pré-escolares. *Odontol Clín-Cient*. 2006;5(1):57-64.
15. Arikan V, Sönmez H. Knowledge level of primary school teachers regarding traumatic dental injuries and their emergency management before and after receiving an informative leaflet. *Dent Traumatol*. 2012;28(2):101-7.
16. Araújo TPB, Nogueira LLA, Carvalho FP, Gomes IL, Souza SFC. Avaliação do conhecimento de pais e educadores de escolas públicas do município de São Luis, MA, sobre avulsão dental. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2010;10(3):371-6.
17. Santos MESM, Palmeira PTSS, Soares DM, Souza CMA, Maciel WV. Nível de conhecimento dos estudantes de Enfermagem, Educação Física e Odontologia sobre traumatismo alvéolo-dentário do tipo avulsão: estudo preliminar. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2009;9(3):105-12.
18. Stangler ML, Echer R, Vanni JR. Avaliação quantitativa do conhecimento dos estagiários do curso de Pedagogia – UPF sobre avulsão-reimplante. *RFO UPF*. 2002;7(1):23-8.
19. Souza-Filho FJ, Soares AJ, Gomes BPPA, Zaia AA, Ferraz CCR, Almeida JFA. Avaliação das injúrias dentárias observadas no Centro de Trauma Dental da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. *RFO UPF*. 2009;14(2):111-6.
20. Ozer S, Yilmaz EI, Bayrak S, Tunc ES. Parental knowledge and attitudes regarding the emergency treatment of avulsed permanent teeth. *Eur J Dent*. 2012;6(4):370-5.
21. Hanan SA, Costa SK. Conhecimento dos professores de 1ª a 4ª série de escolas públicas municipais de Manaus/AM frente à avulsão dentária. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2010;10(1):27-33.
22. Bittencourt AM, Pessoa OF, Silva JM. Avaliação do conhecimento de professores em relação ao manejo da avulsão dentária em crianças. *Rev Odontol UNESP*. 2008;37(1):15-9.
23. Freitas DA, Freitas VA, Antunes SLNO, Crispim RR. Avaliação do conhecimento de acadêmicos de Educação Física sobre avulsão/reimplante dentário e a importância do uso de protetor bucal durante atividades físicas. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2008;37(4):215-8.
24. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(2):184-8.
25. Young C, Wong KY, Cheung LK. Effectiveness of educational poster on knowledge of emergency management of dental trauma—part 1. Cluster randomized controlled trial for primary and secondary school teachers. *Plos One*. 2013;8(9):1-8.
26. Gimenez-Paschoal SR, Pereira DM, Nascimento EM. Efeito de ação educativa sobre o conhecimento de familiares a respeito de queimaduras infantis em ambiente doméstico. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(3):56-62.
27. Sociedade Brasileira de Traumatologia Dentária. Campanha de educação e prevenção do trauma dentário. [Internet]. 2007 [acesso em 2012 mai 3]. Disponível em: <http://www.sbtbd.org.br/paciente.asp>.
28. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SM, Damin A, *et al*. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):631-8.
29. Silva ARV, Zanetti ML, Forti AC, Freitas RWJF, Hissa MN, Damasceno MMC. Avaliação de duas intervenções educativas para a prevenção do diabetes mellitus tipo 2 em adolescentes. *Texto Contexto-Enferm*. 2011;20(4):782-7.