

Práticas de adequação do meio bucal na Odontopediatria por acadêmicos da Universidade Estadual da Paraíba

Practices of the adjusting of the oral environment in pediatric dentistry conducted by undergraduate students from the Universidade Estadual da Paraíba

Luciana de Barros Correia Fontes¹
Romeu Antônio Moraes de Lacerda²
Jânio Rodrigues Rego²
Ana Flávia Granville-Garcia³
Lenôra Oliveira Pereira Diniz de Sá⁴
Sérgio d'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti⁵

- 1- Doutora em Odontopediatria
- 2- Acadêmico UFPB
- 3- Doutora em Odontopediatria
- 4- Especialista em Odontopediatria
- 5- Doutor pela UFPB

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar as práticas de adequação do meio bucal na odontopediatria, por acadêmicos da Universidade Estadual da Paraíba. Nesse contexto procurou determinar a frequência do registro de adequação do meio bucal nos planos de tratamento estabelecidos pelos acadêmicos em questão e dos procedimentos ou ações adotados para tal fim, caracterizando ainda o ceo-d médio e os dentes decíduos mais acometidos. Para atender a esses objetivos, desenvolveu-se um estudo retrospectivo, observacional e descritivo. Este considerou as informações obtidas nos prontuários de crianças na faixa etária de três a cinco anos, de ambos os sexos, atendidas na clínica de odontopediatria da UEPB, em Campina Grande, no período de agosto de 2004 a junho de 2008. De acordo com os resultados obtidos, a adequação do meio bucal não representou um recurso usualmente empregado pelos acadêmicos de odontologia; apenas 28(12%), de 233 prontuários destacavam esse registro. Os principais procedimentos empregados para a adequação do meio foram o selamento de cavidades com cimento de ionômero de vidro, instruções de higiene oral, aplicação de flúor, além da remoção de restos radiculares. De acordo com os registros, o ceo-d médio das crianças ocorreu com o valor de 6.8, sendo 7.7 para o sexo masculino e 6.1 para o sexo feminino. Os dentes mais acometidos por cárie foram: 64, 54, 55, 84, 74/ 51/61 em ordem decrescente de frequência, para ambos os sexos.

Palavras chave: Saúde bucal, prevenção e controle, odontopediatria, adequação do meio bucal.

ABSTRACT

This work aimed to assess the practices of the adjusting of the oral environment in pediatric dentistry conducted by undergraduate students from the Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campina Grande-PB. Such practices sought to determine the record frequency in this process according to both the treatment standards established by the own students and the procedures or actions regularly adopted in these cases, also coding the average dmf-t as well as the deciduous teeth most affected. A retrospective, observational and descriptive study has been developed in order to achieve these goals, considering the data obtained from dental registers of children of both gender, aged 3 - 5 years, helped at the UEPB pediatric dentistry clinic from August 2004 to June 2008. The results obtained revealed that the adjusting of the oral environment hasn't been a resource commonly employed by the pediatric dentistry students; only 28 (12%) dental registers out of 233 showed this record. The main procedures employed into the adjusting of the oral environment, besides radicular remainder removal, were the cavity sealing of glass ionomer cement, oral hygiene instructions, and fluoride application. The registers showed that the average dmf-t index in the children surveyed was 6.8, being 7.7 for the male and 6.1 for the female children. The teeth most seriously affected by caries were 64, 54, 55, 84, 74/51/61 in falling order of frequency in both genders.

Keywords: Oral health, prevention and control, pediatric dentistry; adjusting of the oral environment.

INTRODUÇÃO

Mudanças nos conceitos e em alguns paradigmas da Odontologia têm sido destacadas nas últimas décadas;

particularmente com a filosofia da promoção de saúde e de uma atenção humanizada ao paciente, valorizando-se abordagens que promovam um gerenciamento comportamental satisfatório.

Correspondência:
Email: lu.bc.f@hotmail.com

Com base nesse conceito, identificam-se as necessidades de tratamento, os grupos e os determinantes do risco para as condições ou enfermidades orais constatadas e procura-se adotar abordagens que visem contribuir, efetivamente, para a qualidade de saúde do indivíduo e da comunidade¹.

Uma das prioridades em saúde pública ainda fica representada pela cárie dentária, que, apesar do declínio global na incidência, acomete, de forma severa e polarizada, determinados grupos ou populações, com destaque para as crianças e adolescentes no Nordeste do Brasil².

A criança portadora de cárie severa apresenta sua saúde comprometida, em geral com repercussões estético-funcionais e sintomatologia dolorosa. O atendimento da criança nesta situação é mais difícil, pois frequentemente requer terapia curativa complexa, com grande número de visitas e maior tempo de consulta; fato que aumenta o medo e a ansiedade ao tratamento^{3,4}.

Existe quase um consenso entre as escolas que contemplam a especialização em odontopediatria quanto à indicação da adequação do meio bucal como recurso a ser empregado, principalmente como parte inicial do tratamento da cárie severa, apresentando alguma variação quanto à seleção do material⁵. Esta aparece como uma abordagem muito importante, pois diminui o risco/atividade de cárie através da eliminação de nichos de retenção de placa bacteriana (melhoria da higiene bucal, raspagem supra e subgengival, restaurações provisórias), da redução de microorganismos; do favorecimento a mudanças de hábitos deletérios ou nocivos em relação à dieta e a higiene oral. Logo, oferece condições melhores ao desempenho da principal função do sistema estomatognático, a mastigatória⁶.

Na prática da Odontopediatria, em especial, a adequação do meio oral ou bucal enquadra-se plenamente inserida no contexto da promoção de saúde é muito importante na manutenção e no resgate da saúde comprometida por enfermidade ou outra condição que envolva essa região; aspecto pelo qual deveria ser amplamente utilizada em crianças com idade e acometimentos precoces⁷.

A adequação do meio bucal caracteriza-se em atividade clínica com selamento de cavidades abertas, remoção de fatores retentivos de placa como excessos ou falhas de restaurações, remoção de cálculo,

profilaxia e aplicação de flúor. Justifica-se a sua realização antes do início de atividades restauradoras necessárias ao restabelecimento da função e da estética dos elementos dentários afetados por cavidades, devido às evidências científicas quanto à possibilidade de controle do nível de colonização microbiana⁸.

Representa um instrumento que o cirurgião dentista pode utilizar para criar um ambiente favorável a paralisação da doença cárie, proporcionando uma maior longevidade aos procedimentos restauradores. Adequar ao meio significa adotar um conjunto de medidas para a recuperação do equilíbrio biológico perdido, ressaltando a sua importância no restabelecimento da saúde condicionando o meio para posteriormente receber procedimentos restauradores convencionais⁹.

A adequação do meio também poderia ser ainda considerada uma forma de manejo inicial do comportamento e condicionamento do paciente, auxiliando a reversão do processo de cárie severa e possibilitando a recuperação do organismo. Crianças pré-escolares, que não respondem ao tratamento convencional poderiam ser contempladas com medidas de adequação do meio bucal, adaptadas nas suas estratégias diversas e que, em geral não envolvem uma maior sintomatologia dolorosa ou ansiedade ao tratamento e são bem aceitas pelos familiares ou acompanhantes dessas crianças¹⁰.

O impacto das ações direcionadas à adequação do meio bucal tem estimulado debates e mudanças ou renegociação das estratégias de assistência e de remuneração dos serviços, seja pelo Sistema Único de Saúde, ou, de forma mais diferenciada no setor privado, a exemplo dos planos odontológicos¹¹.

Evidências científicas suportam a aplicabilidade da adequação do meio bucal, tanto na saúde pública quanto na privada, como meio para a redução efetiva de enfermidades orais, principalmente nas crianças ou grupos vulneráveis. No entanto, lacunas de informação existem na literatura, quanto às noções ou experiências vivenciadas por acadêmicos de Odontologia, sobre o tema em questão¹².

Considerando-se o que ficou destacado anteriormente esta pesquisa buscou investigar as práticas de adequação do meio bucal na odontopediatria, por parte de acadêmicos de Odontologia, em Campina Grande, Estado da

Paraíba, Brasil. Em acréscimo procurou determinar a frequência do registro de adequação do meio bucal nos planos de tratamento estabelecidos pelos acadêmicos em questão e dos procedimentos ou ações adotados para tal fim, caracterizando ainda o ceo-d médio e os dentes decíduos mais acometidos.

MÉTODOS

Para contemplar os objetivos propostos desenvolveu-se um estudo retrospectivo, observacional e descritivo a partir de dados secundários e com análise descritiva e analítica dos dados, a ser desenvolvido no Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em Bodocongó, Campina Grande.

A população envolveu todos os prontuários ou fichas clínicas de pacientes na faixa etária de 3 aos 5 anos, atendidos pelos acadêmicos do Curso de Bacharelado em Odontologia da UEPB, durante o período de agosto de 2004 a junho de 2008.

Como amostra final ocorreram os prontuários de crianças nas idades mencionadas anteriormente, que apresentassem o registro das variáveis adotadas, ou seja: práticas de adequação do meio bucal (adoção desse procedimento no plano de tratamento do paciente e identificação dos meios empregados para tal fim), ceo-d (índice de dentes cariados, obturados e com extração indicada), dentes decíduos mais acometidos por cárie dentária, idade e sexo dos pacientes. A coleta de dados ocorreu no mês de outubro do ano de 2008, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, sob o protocolo de número 0260.0.133.000-08, O auxílio para a análise dos dados obtidos se deu com o programa Epi Info, na sua versão 13.

RESULTADOS

Para um total de 1.012 prontuários analisados, a amostra deste estudo envolveu, a princípio, 407 (40.2%) prontuários de crianças atendidas na clínica de odontopediatria da UEPB, no período de agosto do ano de 2004 a junho do ano de 2008, com faixa etária dos três aos cinco anos. Desses, 174 (42.8%) foram eliminados, pela ausência de informações necessárias aos objetivos do estudo presente. A tabela seguinte apresenta a

distribuição dos 233 prontuários remanescentes (amostra final).

O percentual de perda representativo da amostra inicial foi de 9 (69.2%), 35 (27.8%), 56 (45.5%), 63 (64.3%) e 11 (23.4%), respectivamente para os anos de 2004, 2005, 2006, 2007 e 2008.

Tabela. Distribuição da amostra final desta pesquisa, de acordo com o período de atendimento, por ano.

ANO	N	fr%
2004	4	1.7
2005	91	39
2006	67	28.8
2007	35	15
2008	36	15.5
TOTAL	233	100

O gráfico 1 mostra a distribuição da amostra, de acordo com o sexo. Pela sua observação, 84 (36.1%) das crianças eram do sexo masculino e 149 (64%) do sexo feminino. Para a amostra final a idade média foi de 4.2 anos, com desvio padrão de 1.1 ano.

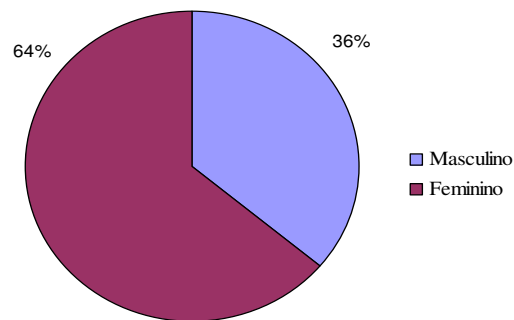


Gráfico 1. Distribuição das 233 crianças da amostra final, de acordo com o sexo.

Com relação ao registro da "adequação do meio bucal" como parte do plano de tratamento das crianças na faixa etária considerada, isso ocorreu em 28 (12%) dos prontuários. O gráfico 2 apresenta a distribuição dos registros de adequação do meio bucal no plano de tratamento, de acordo com o período do atendimento, por ano. Cabe ressaltar que, mesmo com o registro de procedimentos que pudessem contemplar a adequação do meio bucal, apenas ficaram incluídos os prontuários que mencionavam essa abordagem, de forma anterior, como plano de tratamento dos pacientes em questão.

Segundo esse gráfico, a adequação do meio bucal apareceu nos planos de tratamento das crianças de 3 a 5 anos atendidas na clínica de odontopediatria, na frequência relativa percentual seguinte, considerando-se o período de 2004, 2005, 2006, 2007 e 2008, respectivamente: 25% (1), 15.4% (14), 11.9% (8), 8.6%(3) e 5.6% (2).

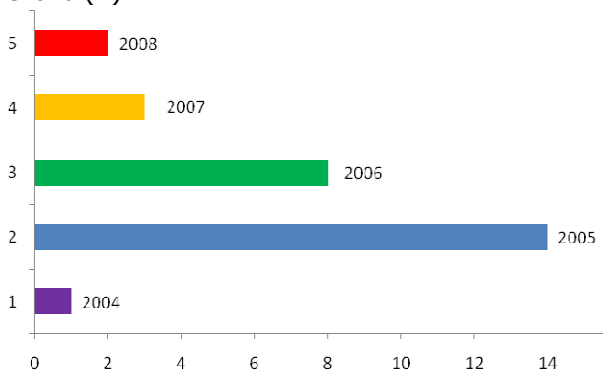


Gráfico 2. Distribuição dos 28 registros de adequação do meio bucal no plano de tratamento das crianças da amostra, por ano de atendimento.

O gráfico 3 destaca os procedimentos e alguns materiais registrados como adequação do meio bucal, nas fichas dos pacientes infantis. Pelos seus dados, catorze (50%) dos registros de adequação do meio bucal reportavam-se, exclusivamente, ao selamento dos dentes decíduos com cimento ionômero de vidro, nove (32.1%) referiam o procedimento anterior associado à aplicação tópica de flúor e às orientações quanto à higiene oral, de forma mais específica. Para cinco (17.9%), além dos procedimentos destacados anteriormente ocorreria a remoção dos restos radiculares. Como informação adicional, a forma de aplicação tópica para fluoretos de eleição foi o verniz.

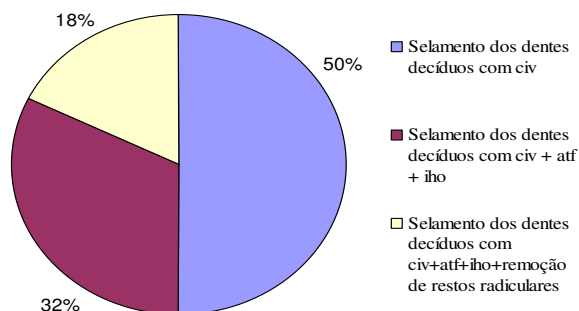


Gráfico 3. Distribuição dos 28 registros de adequação do meio bucal de acordo com os procedimentos e materiais empregados nessa abordagem.

O ceo-d médio para os prontuários com o registro de adequação do meio bucal foi de 6.4 (+0.5), sendo 7.9 (+1.2) para as crianças do sexo masculino (7 prontuários ou 25% da amostra) e 5(+0.6) para o sexo feminino (21 prontuários ou 75%). Levando-se em conta todos os 233 prontuários de crianças na faixa etária de 3 aos 5 anos de idade, o ceo-d médio foi de 6.8 (+0.5), sendo 7.7(+0.7) para o sexo masculino e 6.1(+0.5) para o sexo feminino.

Quanto aos dentes decíduos mais acometidos por lesões de cárie, nos prontuários que destacaram a adequação do meio bucal, esses foram os mesmos, tanto para o sexo masculino como para o sexo feminino, aqui em ordem decrescente de distribuição percentual para ambos os sexos: 64 (35.7%), 54 (28.6%), 55 (25%), 84 (21.4%), 74, 51 e 61 (14,3%).

DISCUSSÃO

Uma das maiores dificuldades encontradas para o desenvolvimento desta pesquisa esteve relacionada às falhas de informações no preenchimento das fichas e prontuários consultados, pelos acadêmicos do Curso de Bacharelado em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba.

Sabe-se que o prontuário odontológico é de fundamental importância para o cirurgião-dentista, pois é um documento que registra a anamnese, a história passada das doenças orais a necessidade de tratamento, devendo desta forma, atender a critérios administrativos, clínicos e legais¹³. Também, que existe a necessidade do registro de procedimentos estabelecidos no plano de tratamento, bem como do material empregado.

Concorda-se que fichas mal preenchidas, com campos em branco ou dados não confiáveis, podem comprometer não somente a avaliação individual do paciente mas um programa de promoção de saúde¹⁴. Esse aspecto envolveria as limitações dos estudos retrospectivos, onde, apesar do custo baixo e do acesso fácil às informações existe a falta de informações padronizadas ao tipo de estudo e do grupo controle¹⁵.

Quanto ao percentual de prontuários eliminados da amostra final, pela falta de informações, acorda-se sobre as implicações do desenvolvimento e da execução do plano de tratamento adequados a cada caso específico, no sucesso do atendimento odontológico¹⁶. Em acréscimo,

procedimentos executados de maneira isolada, podem não contemplar o que se almeja para o paciente, frente ao quadro apresentado, como um todo.

A adoção da adequação do meio bucal ocorreu em 12% dos planos de tratamento nos prontuários de crianças na faixa etária dos três aos cinco anos, atendidas pelos acadêmicos do Curso de Bacharelado em Odontologia da UEPB, apesar de apresentarem um ceo-d médio de 6.8. De acordo com os dados obtidos reforça-se a necessidade de um enfoque maior da adequação do meio bucal como um recurso importante para o controle da cárie dentária no paciente infantil. Isto particularmente durante a dentição decídua, com valores do ceo-d bem acima das metas estabelecidas para a saúde bucal no Brasil em 2010, quando 90% das crianças, dos cinco aos seis anos de idade, não deveriam apresentar essa enfermidade¹⁷.

Ressalta-se ainda esse aspecto pela existência de uma correlação positiva entre o número de *S. Mutans* e a manifestação clínica da doença cárie, destacada quantitativamente no índice ceo-d. Assim, a identificação precoce desse risco microbiológico permitiria a intervenção no processo saúde-doença, por meio de medidas profiláticas e de adequação do meio bucal¹⁸.

Cabe um enfoque para o maior acometimento dos molares decíduos por lesões de cárie (a partir de 21% até 36%, de forma aproximada). O comprometimento desses elementos ou unidades dentárias possui uma associação significativa com a experiência de cárie nos primeiros molares permanentes¹⁹.

Quanto às abordagens e aos materiais empregados para a adequação do meio bucal destacaram-se selamento do dente decíduo com cimento ionômero de vidro, associado ou não à aplicação tópica de fluoretos, às orientações de higiene oral e à remoção de restos radiculares.

Condutas adotadas na literatura englobaram a melhoria da higiene bucal, raspagem supra e subgengival, além de restaurações provisórias para tal fim²⁰. Também ficam considerados: escovação supervisionada, orientação de dietas, atividades coletivas e educativas, além de exames clínicos minuciosos e tratamento cirúrgico-restaurador em caso de necessidade²¹.

No estudo presente, o cimento ionômero de vidro (CIV) foi utilizado como

material de eleição para o selamento de cavidades; de acordo com os registros em 50% das situações como o único procedimento com a característica de adequação do meio bucal; fato destacado em trabalhos consultados^{21,22}. Outros fazem a menção do emprego e das características de cimentos à base do óxido de zinco (associados ao eugenol ou OZE), para essa finalidade. O OZE seria superior ao CIV, no que diz respeito à contagem de *Candida ssp* na cavidade bucal²³.

Mesmo algumas vezes mencionados como sinônimos, existem diferenças entre a adequação do meio bucal e o tratamento restaurador atraumático. A forma clássica do ART difere bastante da adequação do meio; mas quando se considera a técnica modificada (ARTm), ou seja, realizada em consultório odontológico e empregando-se instrumentos rotatórios ou mesmos instrumentos manuais, a adequação do meio feita com ionômero de vidro assemelha-se bastante à técnica do ART. Deve-se salientar que, nessas condições a principal diferença entre as duas técnicas é que as restaurações realizadas durante a adequação do meio bucal são consideradas provisórias e serão futuramente substituídas, o que não acontece com o ART²⁴.

Apesar das evidências quanto à importância da adequação do meio bucal, alguns profissionais e acadêmicos ainda não utilizam esse recurso de forma mais regular, nos planos de tratamento em odontopediatria. Para os alunos do curso de graduação é pertinente refletir sobre os critérios de avaliação das atividades práticas nas clínicas odontológicas, com o cumprimento de quotas amplamente difundido (muito embora não seja o contexto da clínica investigada neste estudo). No serviço em questão esse aspecto fica reforçado, pela demanda elevada de crianças portadoras de necessidades especiais e com quadros de cárie severa.

A adequação do meio bucal, caracterizada por uma complexidade simples nos procedimentos, além de contribuir para a redução dos microrganismos orais, viabilizando o controle clínico das situações de risco e favorecendo o tratamento definitivo propriamente dito, possibilita uma maior confiança e interação da criança com o cirurgião-dentista ou o acadêmico da Odontologia, com um gerenciamento comportamental adequado²⁵. E esses

atributos igualmente estão em acordo com as políticas de humanização na saúde do Brasil.

CONCLUSÃO

- A adequação do meio bucal não representou um recurso usualmente empregado pelos acadêmicos de Odontologia como plano de tratamento de crianças, de acordo com os registros dos prontuários de crianças na faixa etária dos três aos cinco anos. Apenas 12% dos prontuários destacavam esse registro.
- Em um total de 12% dos prontuários consultados havia o registro de adequação do meio bucal, com o destaque para os procedimentos de selamento dos dentes decíduos com cimento ionômero de vidro, associados ou não à aplicação tópica de fluoretos, à orientação de higiene oral e à remoção de restos radiculares.
- O ceo-d médio das crianças ocorreu com o valor de 6.8, sendo 7.7 para o sexo masculino e 6.1 para o sexo feminino.
- Os dentes decíduos mais acometidos por cárie foram 64, 54, 55, 84, 74/51/61, em ordem decrescente de frequência, para ambos os sexos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life, BWO 2005; 83(9): 644-5.
2. Ribeiro AG, Oliveira AF, Rosenblatt A. Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21(6): 1695-1700., v.21, n.6, p.1695-1700.
3. Feitosa S, Colares V. A criança portadora de cárie severa: um desafio para o controle do comportamento. JBC j bras clin odontol integr 2003; 7(37): 75-77.
4. Rozier RG, Sutton BK, Bawden JB, Haupt K, Slade GD, King RS. Prevention of early childhood caries in North Carolina medical practices: implications for research and practice. J Dent Educ 2003; 67(8): 876-885.
5. Leal SC, Bezerra ACB, Toledo AO. Orientações terapêuticas utilizadas pelos cursos de especialização em odontopediatria no Brasil para cárie severa na infância. Rev Abeno 2004; 4(1): 57-62.
6. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília, 2004.
7. Valle DD, Oliveira, LMC de. Adequação do meio bucal: uma proposta de promoção de saúde em odontopediatria. JBP rev Ibero-am odontopediatr odontol bebê 2004;7(35): 26-31.
8. Silveira JLGC da; Oliveira V de, Padilha WWN. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. Pesqui Odontol Bras 2002; 16(2): 169-174.
9. Macedo-Costa MR, Araújo AMM de, Lima MGGC, Mota LQ, Carvalho Neta MA de. Adequação do meio bucal no controle da cárie dentária: uma proposta de promoção de saúde. Resumo. X Encontro de Extensão da UFPB. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/RESUMOS/AREA6/6CCSDCOSOUT04.pdf>. Acesso em 9 novembro de 2008.
10. d'Ávila S, Machado PEM, Fontes LBC, Cavalcanti AL, Maciel SML, Granville-Garcia AF. Associação da técnica do ART e o papacárie, no tratamento odontológico de crianças com medo. IJD 2008; 7(2): 88-93, Recife, v. 7, n.2, p. 88-93.
11. Costa Filho LC da, Duncan BB, Polanczyk CA, Sória ML, Habekost AP, Costa CCda. Análise do impacto econômico-assistencial de duas abordagens para redução de custos em um plano odontológico de autogestão. Cad Saúde Pública 2008; 24(5): 1071-1081.
12. Sousa CMC de, Catão MHC. Conhecimento dos alunos do 5º ano do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba sobre o Tratamento Restaurador Atraumático. 2006. 83p. Monografia (Trabalho Acadêmico Orientado apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia). Campina Grande.
13. Galvão MF. Prontuário odontológico. Ano da publicação: 2003. Disponível em: <<http://www.ibemol.com.br>> Acesso em 9 novembro de 2008.
14. Almeida A, Casimiro AP, Zimmermann RD, Cerveira JGV, Julivaldo FSN. Prontuário odontológico: uma orientação para o cumprimento da exigência contida no inciso VIII do artigo 5º do Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro: CFO, 2004.
15. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
16. Kramer PF, Feldens, CA, Romano AR. Promoção de saúde bucal em odontopediatria. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
17. OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Saúde bucal. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>>. Acesso em 11 setembro de 2008.
18. Vicente VA, Poletto MM, Neiva IF, Pinto JVT, Braga SF, Moreira M et al. Relação entre a prevalência da doença cárie e o risco microbiológico. Ciênc Odontol Bras 2008; 1(2): 44-48.
19. Feldens CA, Kramer PF, Abreu ME de, Rosso ED, Ferreira SH, Feldens EG. Associação entre a experiência de cárie. Pesqui bras odontoped clin integr 2005; 5(2): 157-163.
20. Oliveira LMC de, Neves AA, Neves MLA, Souza IPR de. Tratamento restaurador atraumático e adequação do meio bucal. Rev Bras Odontol 1998; 55(2): 94-99.
21. Bonow MLM, Casalli JF. Avaliação de um programa de promoção de saúde bucal para crianças. JBP j bras odontopediatr odontol bebê 2002; 5 (27): 390-394.
22. Colares V, Scavuzzi AIF, Carvalho L, Nascimento P, Rosenblatt A et al. Tratamento restaurador atraumático em odontopediatria. Rev Cons Reg Odontol Pernamb 1999; 2 (1): 34-38.
23. Rego MA do, Koga-Ito CY, Jorge AOC. Effects of oral environment stabilization procedures on counts of Candida spp. in children. Pesqui Odontol Bras 2003; 7(4): 332-336.
24. Frencken J, Holmgren CJ. Tratamento restaurador atraumático para cárie dentária: A.R.T. Trad, Profa. Márcia Cançado Figueiredo. São Paulo: Santos, 2001.
25. Possobon RF, Moraie ABA, Ambrozano GMB, Costa Júnior AL. Comportamento de crianças em tratamento odontológico. Psicologia em Estudo 2004; 9(1): 29-35.