

Avaliação dos cuidados com a saúde oral de crianças hospitalizadas

Evaluation of oral health care in hospitalized children

Rosana Christine Cavalcanti Ximenes ¹, Débora Santos Franco Aragão ², Viviane Colares ³

Resumo

O objetivo deste estudo foi conhecer os cuidados administrados com relação à saúde bucal de crianças hospitalizadas, verificando a dieta alimentar e a utilização de medicamentos com potencial cariogênico, assim como a higienização oral ou os métodos alternativos empregados durante o tempo de hospitalização. Foi feito um estudo descritivo com a aplicação de um formulário aos acompanhantes de 100 crianças internas nas enfermarias de Pediatria de um hospital público de referência no atendimento infantil em Recife, Brasil, num período de 3 meses. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva através da elaboração de tabelas, incluindo distribuições absolutas e percentuais e da apresentação de medidas estatísticas para a variável numérica tempo de hospitalização. As crianças apresentaram uma dieta cariogênica, com o consumo de alimentos açucarados entre as refeições; medicamentos com potencial cariogênico eram administrados em horários de risco para o desenvolvimento de lesões de cárie; a higiene bucal das crianças hospitalizadas não ocorria de forma sistemática e orientada durante a internação. Verificou-se que se faz necessária a participação efetiva de um cirurgião-dentista integrado à equipe de saúde nos hospitais infantis, visando à promoção da saúde bucal. A hospitalização deve surgir como uma possibilidade de conhecer e tratar doenças, e não de propiciá-las.

Palavras-chave: Criança hospitalizada, Cuidados de saúde, Saúde bucal

Abstract

This study aimed to examine oral health care of hospitalized children, verifying presence of cariogenic potential in eating habits and medication use, as well as dental brushing or the use of alternative methods during hospitalization. This descriptive study used a form applied to companions of 100 children hospitalized in the pediatric outpatient department of a reference public hospital in Recife, Brazil, during 3 months. Techniques of descriptive statistics including tables, absolute and relative distributions were used, so as presentation of statistic measures to the numeric variable time of hospitalization. Children presented a cariogenic diet which included sugar between main meals, medication with cariogenic potential in hours of risk to develop caries; oral care of hospitalized children did not occurred in a systematic and oriented way. It was verified that it is necessary an effective participation of a dentist integrated to health team in infant hospitals, aiming to promote oral health. Hospitalization must happen as a possibility of knowing and treating diseases, not causing them.

Keywords: Hospitalized children, Health cares, Oral health

¹ Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – UFPE; Mestre e Especialista em Odontopediatria pela FOP/UPE e UFPE

² Cirurgiã-Dentista e Enfermeira pediatra graduada pela UFPE

³ Professora-Adjunta de Odontopediatria da UFPE e da FOP/UPE

Correspondência: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Endereço: Rua Benjamin Constant 204/21 – CEP 50710-150 – Torre Recife – PE

E-mail: rosaneximenes@gmail.com

Introdução

A ideia que, em geral, se faz da infância, não combina com o estar doente. Entretanto, um número significativo de crianças vivencia essa realidade. Questiona-se que medidas podem ou devem, os profissionais de saúde, articular-se a essa situação particular da criança doente, servindo como possibilidade de ajuda a ela e sua família.

A criança, diante do internamento hospitalar, responde de maneira diversificada, com várias alterações biopsicocomportamentais, podendo ser uma das maiores fontes de ansiedade e estresse para as mesmas, como também para pais e familiares, trazendo comportamentos como: apatia e tristeza, podendo acontecer até mesmo em relação à mãe; indiferença a brinquedos ou a brincadeiras e diminuição do apetite (SILVA; VALCÂNCIA; ESTÊVÃO, 1999; NEMAN; SOUZA, 2003).

A criança requer, como se estivesse em casa, as mesmas necessidades sociais e emocionais básicas durante a hospitalização. Além do estresse da hospitalização e da própria doença, a criança tem de lidar com o ambiente hostil: alto nível de ruído, perda do sono, luzes intensas, procedimentos ao acaso e imprevisíveis e mudança drástica da rotina normal (NETTINA, 1998; AZEVEDO *et al.*, 2008).

Diante de alterações como mudança nos hábitos alimentares, mudança nos horários das refeições, introdução de medicamentos e alteração da rotina diária nas medidas de higiene, faz-se necessário o acompanhamento dos cuidados com a saúde bucal de crianças hospitalizadas, visando à sua manutenção.

A criança pode desenvolver cáries nos dentes decíduos em razão dos padrões alimentares ou da falta de cuidado odontológico. Os dentes do adolescente são permanentes e exigem atenção regular à dieta e ao cuidado dental, para evitar problemas, anos mais tarde. À medida que a pessoa se torna mais velha, as práticas de higiene oral mudam. As alterações na boca relacionadas com a idade, combinadas com doenças crônicas, incapacidades físicas e medicamentos prescritos que têm efeitos colaterais sobre a boca, podem resultar em um precário cuidado oral. Os efeitos do cuidado inadequado incluem cáries e perdas dentais, doença periodontal, início de infecções sistêmicas, e efeitos a longo prazo na autoestima, na capacidade para comer e na manutenção dos relacionamentos (POTTER; PERRY, 1999).

É responsabilidade dos profissionais de saúde a manutenção e prevenção da higiene oral. Deve-se ajudar as crianças a manterem uma boa higiene oral, orientando os seus responsáveis acerca dos distúrbios periodontais e dentários e os métodos de prevenção.

Os pacientes em hospitais ou em instituições de cuidado em longo prazo geralmente não recebem o cuidado intensivo de que precisam. O cuidado oral deve ser proporcionado em uma base diária e regular. A frequência das medidas higiênicas depende da condição da cavidade oral do paciente. Os pacientes também se beneficiam de uma dieta apropriada (POTTER; PERRY, 1999).

A imagem construída do dentista na equipe de saúde não é nítida. Ele é percebido como tratador de dentes e como profissional tecnicamente capaz de diagnosticar e tratar patologias bucais com repercussões sistêmicas, sendo responsável, portanto, por diagnósticos

diferenciais importantes como o câncer de boca. O seu trabalho é considerado de cunho ambulatorial, isolado da equipe de saúde (SAAR; TREVISAN, 2007).

Os pacientes e seus responsáveis devem estar conscientes de suas necessidades e responsabilidades na manutenção da saúde. O cirurgião-dentista é, antes de tudo, um educador. Ter uma psicologia nata para lidar com o ser humano, nas suas várias fases da vida, pois faz parte da sua vocação. É preciso entender, convencer e motivar constantemente o paciente (CORRÊA, 1998; MEDEIROS JÚNIOR *et al.*, 2005).

Quando faz-se necessária, a hospitalização deve promover saúde, não podendo negligenciar a saúde bucal, uma vez que a cavidade bucal, como qualquer outra área do organismo, pode se converter em uma fonte de disseminação de micro-organismos patogênicos ou de seus produtos capazes de produzir manifestações mórbidas sistêmicas.

Evidencia-se a necessidade de um trabalho multidisciplinar, voltado à educação para a saúde bucal, indispensável a um atendimento integral à criança. Os pais têm papel fundamental nesse processo e devem estar precocemente orientados e conscientes da responsabilidade com a saúde bucal de seus filhos (DARELA *et al.*, 1999).

Diante dessas colocações e visando à melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde da criança como um todo, este estudo procura conhecer os cuidados adotados com relação à saúde bucal de crianças hospitalizadas na cidade de Recife, verificando a presença de dieta alimentar ou medicamentos com potencial cariogênico, assim como a higienização oral ou utilização de métodos alternativos empregados durante o tempo de hospitalização.

Materiais e Métodos

Neste estudo descritivo, foram coletadas as informações referentes a 100 crianças, de ambos os sexos, na faixa etária de 6 meses a 12 anos, hospitalizadas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), num período de 3 meses.

Figura 1. Formulário de pesquisa

FORMULÁRIO DE PESQUISA

Dados da criança:
Idade: _____ Sexo: _____
Motivo da hospitalização: _____
Tempo de hospitalização: _____

1- Dieta: _____

HORÁRIO	ALIMENTO

*anotar a forma de apresentação e composição dos alimentos

2- Medicação

HORÁRIO	MEDICAÇÃO

Horário: _____ Medicamento: _____

3- Higiene

- a) A criança tem realizado a higiene oral durante o internamento? () sim () não
b) Caso positivo, de que forma? () escova e creme dental () só escova () fio dental () outros: _____
c) Em que horários a criança realiza a higiene oral? _____
d) Quem realiza a higiene oral da criança? _____

4- Orientação

- a) Houve orientação para a higiene bucal da criança durante o internamento? () sim () não

b) Caso positivo, quem orientou?

- () médico
() enfermeiro
() nutricionista
() outro: _____

5- Outros métodos

- a) Outros métodos são utilizados nos cuidados com a saúde oral da criança? () sim () não

b) Em caso positivo, quais? _____

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Os responsáveis pelas crianças participantes deste estudo forneceram seu consentimento livre e esclarecido para sua inclusão na amostra coletada.

Resultados

A distribuição das crianças foi feita segundo a faixa etária: primeira infância (até dois anos), que correspondeu a 30% da amostra, pré-escolar (3 a 6 anos), 41,0%, e escolares (7 a 12 anos), 29,0%.

A Tabela 1 relaciona os motivos da hospitalização, sendo mais frequentes os problemas respiratórios, com 29,0% dos casos, e, em segundo lugar, os problemas neurológicos (15,0%).

Tabela 1. Distribuição das crianças pesquisadas segundo o motivo da hospitalização

Motivo da hospitalização	n	%
• Problemas respiratórios		
- Asma brônquica	3	3,0
- Pneumonia	26	26,0
• Problemas neurológicos		
- Distúrbios neurológicos	10	10,0
- Hidrocefalia	5	5,0
• Problemas renais		
- Infecção renal	2	2,0
- Síndrome nefrótica	5	5,0
- GNDA	4	4,0
• Hepatopatias		
- Hepatoesplenomegalia	4	4,0
- Hepatite	1	1,0
• Doenças carenciais		
- Anemias	3	3,0
- Desnutrição	4	4,0
• Cardiopatias	6	6,0
• Outras doenças*	27	27,0
TOTAL	100	100,0

A maioria das crianças (64,0%) realizava a higiene bucal durante o internamento. Entre essas, a maioria (90,6%) utilizava escova e creme dental. No entanto, não foi registrado o uso do fio dental. A Tabela 2 mostra a distribuição das crianças pesquisadas segundo a forma de higienização bucal.

Tabela 2. Distribuição das crianças pesquisadas segundo a forma de higienização bucal

Forma de higienização	n	%
Escova e creme dental	58	90,6
Cotonete, fralda ou algodão com água	4	6,3
Bochecho com bicarbonato de sódio e Nistatina	2	3,1
Fio dental	-	-
TOTAL	64	100,0

Metade dessas crianças (50,0%) realizava sua própria higienização; nas demais, essa higienização era realizada pela

mãe/responsável (45,3%), e pela mãe ou pela criança, sem distinção (4,7%). Das 32 crianças que realizavam a higienização bucal sozinhas, uma (3,1%) era da primeira infância, 10 (31,3%) eram pré-escolares e 21 (65,6%) eram escolares.

Com relação à frequência, a maior parte higienizava três vezes ao dia (37,5%) nos horários: após o café, após o almoço e antes de dormir, seguida das que higienizavam apenas ao acordar (18,0%).

O tempo de hospitalização variou de um a 45 dias. O valor da média e do desvio padrão foram, respectivamente, de 7,67 e 7,54 dias, medidas essas que indicam uma variabilidade elevada desde que o valor do desvio foi aproximadamente igual ao valor da média. Entre as 36 crianças que não realizavam higienização bucal, quase a metade (47,3%) estava hospitalizada entre 1 e 5 dias. Em seguida, um pouco mais da metade (33,3%), estava hospitalizada entre 6 e 10 dias. Apenas 4 (11,1%) estavam hospitalizadas há mais de 21 dias.

Na Tabela 3, registra-se a frequência de crianças que lanchavam nos intervalos entre as refeições. Desta tabela, pode-se verificar que a maioria, no mínimo 85,2% das crianças, em cada faixa etária e em cada horário, lanchava.

Tabela 3. Frequências das crianças que lanchavam por faixa etária (meses e anos)

Faixa etária (meses e anos)	Horário do lanche †						BASE*
	Manhã		Tarde		Noite		
	n	%	n	%	n	%	
6 meses a 2 anos	23	85,2	25	92,6	23	85,2	27 ‡
3 a 6	37	94,9	36	92,3	35	89,7	39 §
7 a 12	28	96,6	28	96,6	29	100,0	29
BASE	88	92,6	89	93,7	87	91,6	95

* Considerando que uma mesma criança pode lanchar em mais de um entre os três horários citados, registra-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

† O cardápio dos lanches consistia em biscoito, bolacha, doce, chás, sucos ou mingau com açúcar.

‡ Entre as 30 crianças da faixa etária entre 6 meses e 2 anos, três crianças tinham dieta com leite, mingau, suco com açúcar, intercaladas a cada 3 horas.

§ Entre as 41 crianças da faixa etária entre 3 e 6 anos, uma criança encontrava-se no soro por via intravenosa e dieta zero.

Com relação à frequência de consumo de medicação cariogênica, segundo o horário, pode-se verificar que os dois horários com maiores frequências foram: às 6h (44,4%) e às 18h (38,1%). Destaca-se que, entre as crianças pesquisadas, 37,0% não fazia medicação por via oral (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência de crianças com medicação cariogênica por horário de uso

Horário da medicação (h)	n	%
6*	28	44,4
8	10	15,9
10*	1	1,6
12	8	12,7
14*	5	7,9
18*	24	38,1
20*	11	17,5
22*	5	7,9
24*	8	12,7

Entre os responsáveis pesquisados, 92,0% afirmou não ter recebido orientação sobre higiene bucal durante o internamento. Das 8 responsáveis que receberam orientação sobre higiene bucal durante o internamento, 6 foram através do médico e duas através da enfermeira.

Discussão

Após a análise dos resultados, observou-se que a distribuição das crianças na amostra foi proporcional, segundo as faixas etárias. Porém, é importante observar que a maior parte delas se encontrava dentro da faixa etária que depende dos responsáveis emocionalmente e também para a realização da higiene bucal. Segundo Darela *et al.* (1999), existe a necessidade de um trabalho multidisciplinar, voltado à educação para a saúde bucal, indispensável a um atendimento integral à criança hospitalizada, e os pais têm papel fundamental nesse processo.

Verificou-se que havia sempre a presença de um acompanhante junto às crianças hospitalizadas, em geral, a mãe. O que está de acordo com Madeira (1998), quando sugeriu a presença do acompanhante, mãe, pai ou outro, na unidade pediátrica, numa tentativa de minimizar os efeitos maléficos da hospitalização para a criança.

Dentre as crianças internadas, foi verificado que 36% não realizavam nenhum tipo de higienização bucal. Para Corrêa (1998), a higiene corpórea da criança deve incluir a limpeza dos dentes. Guedes-Pinto (1997) sugeriu ainda que, na impossibilidade de praticar qualquer ato de higiene, os pacientes devem ser encorajados a bochechar com água rigorosamente, por quatro ou cinco vezes, após se alimentarem. Considerando-se que se trata de crianças sob acompanhamento médico, ou seja, sob responsabilidade de uma equipe de saúde, surpreende-se o elevado percentual de crianças que não realizavam higiene oral. Havendo, dessa forma, um prejuízo à saúde do paciente infantil. A hospitalização acontece num momento em que a saúde da pessoa está alterada a um nível que não pode receber tratamento em casa. Isto implica que o contato com o hospital se dê num momento de intensa carga emocional condicionada pela doença e pelas limitações por esta provocadas. Se, por um lado, a hospitalização surge como uma possibilidade de conhecer e tratar doenças, por outro, propicia (ARMELIN; SCATENA, 2000).

Observou-se que a maior parte das crianças que realizavam a higienização oral utilizava a escova e o creme dental, o que, segundo Mcdonald e Avery (1995), é o método mais comum para a remoção do biofilme da cavidade bucal, já que, além da remoção mecânica feita pela escova, os dentífricos possuem a propriedade de controlar a formação de tártaro, pela adição de pirofosfatos; possuem ações anticárie e dessensibilização, pela ação de fluoretos; removem placas e manchas, por meio de abrasivos e de surfactantes. Porém, não foi registrado o uso do fio dental, cujo uso em crianças tem sido cada vez maior, por ser uma das maneiras mais eficientes de remoção do biofilme do espaço interproximal, onde a escovação é insuficiente.

Foi observada a realização da higienização bucal através de cotonete, fralda ou algodão com água nas crianças na faixa etária de 6 meses a 2 anos envolvidas na pesquisa, como recomendado por Issáo; Guedes-Pinto (1994) e Corrêa (1998) como método de higienização mais adequado para essa idade.

Parte das crianças, na faixa etária da primeira infância e pré-escolar, realizava a higiene bucal sozinha durante o internamento.

Issáo e Guedes-Pinto (1994) recomendaram que a higienização bucal de crianças em idade escolar, até os 7 anos, deve ser realizada pelos pais, pois, ainda que a criança por volta dos 5 ou 6 anos mostre habilidade e controle neuromotor para executar os movimentos de escovação, normalmente esquecem de escovar algumas áreas. Mesmo para aquelas de mais idade, até os 9 ou 10 anos, deve sempre haver, por parte dos pais, uma fiscalização, pois não é raro, em crianças, após um período de escovação correta, haver uma piora na técnica.

Verificou-se que a maioria das crianças hospitalizadas que realizavam a higiene bucal não o faziam com uma frequência satisfatória. Grande parte realizava apenas uma única vez ao dia.

Entre os responsáveis pesquisados, a maioria afirmou não ter recebido orientação sobre higiene bucal durante o internamento, concordando com Potter e Perry (1999), quando afirmaram que os

pacientes em hospitais ou em instituições de cuidado em longo prazo geralmente não recebem o cuidado intensivo que precisam.

De acordo com os autores, é responsabilidade dos profissionais de saúde a manutenção e prevenção na higiene oral. O ensino de saúde ajuda as pessoas a aprenderem as informações e as técnicas necessárias para manejarem sua própria assistência à saúde durante a enfermidade e a convalescença (ATKINSON; MURRAY, 1998). No caso de pacientes infantis, o acompanhante deve ser o principal responsável pela assistência à saúde, devendo receber atenção especial da equipe médica. Segundo Corrêa (1998), os pacientes e seus responsáveis devem estar conscientes de suas necessidades e responsabilidades na manutenção da saúde e deve ser despertado o interesse da família para os cuidados com a saúde, educando as crianças e os pais para adotarem um estilo de vida que promova uma boa saúde geral e bucal.

A orientação quanto à utilização de métodos preventivos para a manutenção da saúde oral de crianças é muito importante para prevenir problemas futuros, tais como cáries e perda precoce dos dentes decíduos. A cavidade bucal pode se converter em uma fonte de disseminação de micro-organismos patogênicos ou de seus produtos capazes de produzir manifestações mórbidas sistêmicas. As doenças infecciosas bucais podem atuar como focos de disseminação de micro-organismos patogênicos com efeitos metastáticos sistêmicos, especialmente em pessoas com saúde comprometida, além de possuírem potencial suficiente para gerar desequilíbrios na homeostasia do organismo, comprometendo a saúde como um todo (CORRÊA, 1998).

A maioria das crianças, em todas as faixas etárias, consumiam alimentos açucarados (lanches) entre as refeições principais, em especial as crianças entre 7 e 12 anos, chegando à totalidade das crianças no horário noturno. O cardápio dos lanches das crianças hospitalizadas consistia de biscoito, bolacha, doces, sucos, chás ou mingau com açúcar. De acordo com Corrêa (1998), a mais importante característica de dieta associada ao risco está na frequência de ingestão de carboidratos, principalmente sacarose. Guedes-Pinto (1997) orientou que a nutrição é tão importante na prevenção quanto um bom diagnóstico e que uma dieta falha, com nutrição desequilibrada, pode ser o principal fator etiológico nos problemas de saúde bucal. Ressaltou ainda que a dieta é uma das poucas variáveis que podem ser modificadas para controlar a cárie dentária. Segundo Corrêa (1998), a alta frequência de ingestão de carboidratos fermentáveis facilita a recolonização pelo *Streptococcus mutans*; no entanto, não se deve suprimir o seu uso radicalmente, mas encorajar a utilização de alimentos detergentes e sólidos, estabelecendo horários de higiene bucal.

Foi verificado um alto consumo de medicações com potencial cariogênico, fora do horário das refeições. Toledo (1996) recomendou que medicamentos infantis devem ser administrados com as refeições, se não houver contraindicação médica, pois podem conter muito açúcar. De acordo com Corrêa (1998), drogas na forma líquida favorecem a aceitação da criança, mas podem atuar como oferta frequente de sacarose, contribuindo para um maior risco de cárie, recomendando medidas de higiene bucal após a ingestão do medicamento.

A maioria das crianças encontrava-se internada por um período de 1 a 5 dias. No entanto, algumas crianças estavam internadas por um período maior, sem a realização de qualquer cuidado com a saúde bucal, com o consumo de uma dieta cariogênica e medicamentos contendo açúcar em horários considerados de risco, por um tempo que já permitiria a instalação de um processo cariioso ou de gengivite (CORRÊA, 1998). Madeira (1998) afirmou que crianças que passam por hospitalizações prolongadas possuem necessidades especiais com relação à higiene bucal.

Num projeto de Educação para a Saúde no Hospital Baeta Viana, vinculado ao Departamento de Odontologia Social e Preventiva (DOSP), da Faculdade de Odontologia da UFMG,

houve a introdução, em nível hospitalar, de hábitos de higiene e cuidados preventivos para a saúde bucal, o que levou a inserir no ato da internação a aquisição de pasta e escova de dentes (MELLO; FERREIRA; PAIXÃO, 1992). Esta estratégia de prevenção poderia ser instituída nos hospitais infantis de Recife, já que foi verificado neste estudo não haver um programa de cuidados com a saúde bucal das crianças hospitalizadas.

No estudo de Saar e Trevisan (2007), sobre os papéis dos profissionais de uma equipe de saúde e a visão de seus integrantes, constatou-se que, embora considerados membros da equipe de saúde, os dentistas foram apontados como muito distantes da equipe por desenvolverem seu trabalho, na maior parte do tempo, em nível ambulatorial.

Sugere-se também a participação de um cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de saúde nos hospitais de uma forma mais ativa, de maneira a contribuir com a atenção global ao paciente infantil, além de uma maior integração da equipe de saúde no que se refere à dieta e ao uso de medicações, que devem promover uma melhora na saúde do paciente e na não instalação de outras doenças.

Conclusão

Dessa forma, conclui-se que:

- As crianças hospitalizadas apresentaram uma dieta cariogênica com o consumo de alimentos açucarados entre as refeições;
- Observou-se o consumo de medicamentos com potencial cariogênico em horários de risco para a doença cárie;
- A higiene bucal das crianças hospitalizadas não ocorre de forma sistemática e orientada durante a internação.

Referências

- ARMELIN, M. V. A. L.; SCATENA, M. C. M. A Importância do Apoio Emocional às Pessoas Hospitalizadas: o Discurso da Literatura. *Nursing*, (São Paulo), v.3, n. 31, p. 22-25, 2000.
- ATKINSON, L.; MURRAY, M. E. *Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p.618, 1998.
- AZEVEDO, D. M. *et al.* O Brincar Enquanto Instrumento Terapêutico: Opinião dos Acompanhantes. *Rev. Eletron. Enferm.*, Goiânia, v.1, n.10, p.137-144, 2008.
- CORRÊA, M. S. N. D. *Odontopediatria na Primeira Infância*. São Paulo: Liv. Santos. p.679, 1998.
- DARELA, A. *et al.* Hábitos e Comportamentos Familiares e a Promoção da Saúde Bucal. *Rev. Paul. Ped.*, São Paulo, v.17, n.2, p.68-73, jun.1999.
- GUEDES-PINTO, A. C. *Odontopediatria*. 6. ed. São Paulo: Liv. Santos. p. 943, 1997.
- ISSÁO, M.; GUEDES-PINTO, A. C. *Manual de Odontopediatria*. 9. ed. São Paulo: Pancast. p. 313, 1994.
- MADEIRA, L. M. *Alta Hospitalar da Criança: Implicações para a Enfermagem*. 1998. Dissertação – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- MCDONALD, R.; AVERY, D. *Odontopediatria*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 608, 1995.

MEDEIROS JÚNIOR, A. Experiência Extramural em Hospital Público e a Promoção da Saúde Bucal Coletiva. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 305-310, 2005.

MELLO, M.; FERREIRA, E.; PAIXÃO, H.H. Educação para a Saúde em Hospital: Relato de uma Experiência. *Arq. Centro Estud. Odontol.*, Belo Horizonte, v.19, n. 2, p. 99-104, jul./dez.1992.

NEMAN, F.; SOUZA, M. F. Experienciando a Hospitalização com a Presença da Família: um Cuidado que Possibilita Conforto. *Nursing (São Paulo)*, São Paulo, v.6, n. 56, p. 28-31, 2003.

NETTINA, S. M. *Prática de Enfermagem*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1325, 1998.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. *Fundamentos de Enfermagem*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 796, 1999.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis Profissionais de uma Equipe de Saúde: Visão de seus Integrantes. *Rev. Latino-am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v.15, n. 1, jan./fev. 2007.

SILVA, J.; VALCÂNCIA, T.; ESTÊVÃO, E. *Pediatria em Odontologia: Enfoque Multidisciplinar*. Recife: Universitária. p. 625, 1999.

TOLEDO, O. A. *Odontopediatria: Fundamentos para a Prática Clínica*. 2. ed. São Paulo: Premier, p. 344, 1996.