

ODONTOLOGIA: UM ELO FUNDAMENTAL NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Istefani Souza Silva¹;

Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, São Paulo.

<http://lattes.cnpq.br/9943191541950103>

Letícia Ladeira Bonato²;

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/7078471378943266>

Izabelle Peixoto Nogueira Pinto³;

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/4331158869748726>

Gracieli Prado Elias⁴.

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais.

<http://lattes.cnpq.br/8750948733441742>

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi relatar a importância da assistência odontológica no ambiente hospitalar, através da descrição um caso clínico selecionado por meio do Projeto de Extensão Integrando o Saber, desenvolvido na Enfermaria da Pediatria do Hospital da Universidade Federal de Juiz de Fora. Paciente de 11 anos, queixando-se de cefaleia, buscou por auxílio médico e não obteve melhora do quadro, o que resultou em sua internação hospitalar. A presença do cirurgião-dentista na equipe médico-hospitalar possibilitou um diagnóstico preciso e um tratamento multi e interdisciplinar, que proporcionou à paciente melhora na saúde geral e maior qualidade de vida. Desse modo, percebe-se que a inclusão do cirurgião-dentista na equipe hospitalar é extremamente relevante, uma vez que os cuidados odontológicos prestados aos pacientes internados vão além da manutenção da saúde bucal. A odontologia quando integrada a equipe multi-hospitalar possibilita melhor desempenho no processo de cura, permitindo uma assistência integral ao paciente. Nesse contexto, é fundamental a inter-relação de todos os profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe Hospitalar de Odontologia. Saúde Bucal. Bruxismo.

ABSTRACT: The objective of this study was to report the importance of dental care in the hospital environment, through the description of a clinical case selected through the Integrating Knowledge Extension Project, developed in the Pediatric Ward of the Federal University of Juiz de Fora Hospital. An 11-year-old patient complained of headache and sought medical help but did not see any improvement, which resulted in her hospitalization. The presence of a dentist in the medical-hospital team allowed an accurate diagnosis and multidisciplinary and interdisciplinary treatment, which provided the patient with an improvement in her general health and a better quality of life. Thus, it is clear that the inclusion of a dentist in the hospital team is extremely relevant, since the dental care provided to hospitalized patients goes beyond maintaining oral health. When dentistry is integrated into the multi-hospital team, it enables better performance in the healing process, allowing comprehensive care to the patient. In this context, the interrelationship of all health professionals is essential.

KEYWORDS: Staff Hospital. Oral Health. Bruxism.

INTRODUÇÃO

A Odontologia Hospitalar (OH) é uma especialidade responsável pelo acompanhamento odontológico das alterações do sistema estomatognático em pacientes hospitalizados, visando promover assistência integral ao doente, menor tempo de internação, melhor qualidade de vida e redução de gastos hospitalares (FORRESTER, 2021).

Como é uma área de atuação recente, ainda existe certa resistência ao trabalho do cirurgião-dentista, devido à ausência de compreensão da sua importância no contexto hospitalar. Percebe-se uma inabilidade de integração entre as áreas profissionais de saúde, o que gera impacto direto no cuidado ao paciente (QUELUZ, 2000). Faz-se necessário assim, instituir medidas que promovam a atuação dos cirurgiões-dentistas, impulsionando a promoção da saúde nos pacientes hospitalizados (AGUIAR *et al.*, 2010). Frente a complexidade do ser humano, uma única área profissional não é capaz de proporcionar o cuidado adequado, o que demonstra que o conhecimento isolado não atende todas as demandas do paciente hospitalizado. Para que a assistência esteja livre de riscos, torna-se essencial a multidisciplinaridade (BRASIL, 2013).

A área de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial sinaliza o início da inserção da odontologia no cenário hospitalar (ARANEGA, 2012). No entanto, o Projeto de Lei n.º 2.776/2008, de autoria do Deputado Federal Neilton Mulim da Costa, foi um dos grandes marcos da OH no Brasil, propondo a obrigatoriedade da presença do cirurgião-dentista nas UTIs (Unidades de Terapia Intensiva) e em clínicas ou hospitais públicos e privados, visando a assistência à saúde bucal. Algum tempo depois, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), por meio da Resolução CFO-262, de 25 de janeiro de 2024, reconheceu a Odontologia

Hospitalar como especialidade odontológica (BRASIL, 2024). Entretanto, tal reconhecimento não garante a oferta adequada de serviços odontológicos, em nível hospitalar, no país.

As áreas de competência do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar envolvem: suporte básico de vida, diagnóstico e tratamento de patologias orais e de manifestações bucais de alterações sistêmicas, promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do paciente (SANTANA MTP, *et al.*, 2021; TENÓRIO LMF, *et al.*, 2021). Nesse contexto, a presença do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar faz-se essencial para o atendimento integral e humanizado dos pacientes internados.

OBJETIVO

Relatar um caso clínico sobre bruxismo, em um contexto odontológico de atuação multidisciplinar, ressaltando a importância do cirurgião-dentista dentro das equipes hospitalares.

METODOLOGIA

O presente caso foi avaliado no Projeto de Extensão denominado *Integrando o Saber: Atenção odontopediátrica no ambiente hospitalar*, desenvolvido desde 2015 pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (FO-UFJF) junto à Pediatria do Hospital Universitário da mesma Instituição. Para a descrição do caso, os pais (responsáveis) preencheram os formulários específicos (HU e FO-UFJF), autorizando a realização dos procedimentos de diagnóstico e terapêutica (aspectos éticos: parecer nº 771.869 do CEP/UFJF- Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

RESULTADOS

Paciente P.S.H., sexo feminino, 11 anos, estudante, apresentou-se à Emergência do Hospital Universitário (HU-UFJF Dom Bosco), tendo como queixa principal “muita dor de cabeça”. Na descrição da história da moléstia atual, a mãe informou que a dor havia se agravado há dois dias, não cedendo com o uso de analgésicos. A paciente possuía, há dois anos, um quadro frequente de cefaleia frontal, de característica pulsátil (aperto), associada a náuseas, fonofobia, escotoma visual e sudorese, negando fotofobia associada. Foi descrita uma melhora parcial com o uso da Dipirona e uso de óculos. No entanto, a dor apresentou alteração de padrão nos últimos seis meses, passando para cefaleia holocraniana de característica pulsátil (aperto) irradiando para a nuca, associada a náuseas, fonofobia, sudorese e palpitação. Foi relatado despertar noturno devido à dor, e piora da cefaleia durante exercícios físicos e no período peri menstrual. A mãe relatou ter a paciente o hábito de bruxismo em vigília e durante o sono, e em alguns momentos apresentar comportamento ansioso, principalmente quanto ao rendimento escolar. Na tentativa de melhorar a dor,

nos últimos dias, a mãe relatou que a paciente fez uso, sem sucesso, das seguintes medicações: Dipirona®, Paracetamol®, Buscopan®, Dorflex®, e Neosaldina®. Em tempo, a paciente chegou a se consultar com um neurologista que solicitou eletroencefalograma (EEG) e raios-X dos seios da face. No entanto, não foi identificada nenhuma alteração nos respectivos exames, não havendo retorno ao médico.

Assim, a paciente foi internada na ala pediátrica do HU-UFJF, com diagnóstico inicial de epilepsia não diagnosticada (CID: G40.9), para investigação do caso e tratamento clínico. Durante a internação, a paciente fez uso das seguintes medicações: Predinisona® e Clorpromazina® com o objetivo de tratar o uso abusivo de medicação. Foi iniciado também tratamento profilático para dor com Amitriptilina®, após realização de EEG, que não denunciou alterações. Como medicações de resgate da dor foram utilizados Ibuprofeno® e Sumatriptano®, Paracetamol com cafeína. Foram prescritos ainda Cetoprofeno® e Dipirona® e Morfina.

No segundo dia de internação, a médica residente responsável pelo caso solicitou avaliação odontológica, uma vez que a mãe havia relatado o ato de “ranger os dentes”. Durante o exame clínico inicial, realizado no leito, foi observada a presença de desgaste dentário, associado à realização do bruxismo noturno. Inquirida sobre o estado emocional da paciente e os possíveis fatores que poderiam estar gerando alterações de comportamento na mesma, a mãe relatou ser a criança muito ansiosa, extremamente responsável, com um nível de cobrança excessivo, no que dizia respeito aos estudos escolares. Não foi relatada, pela mãe, nenhuma outra situação que pudesse estar gerando transtornos emocionais à paciente naquele momento. Ao primeiro contato direto com a paciente, a mesma mostrou-se um pouco reservada, porém com comportamento habitual para a idade. Não houve nenhum relato (em termo de comportamento) que pudesse evidenciar uma ligação com as crises persistentes de cefaleia. No entanto, sugerimos um acompanhamento inicial conjunto com a Psicóloga, após a alta hospitalar, e propusemos iniciar um tratamento na Faculdade de Odontologia da UFJF, visando a avaliação mais completa do caso, inclusive com a confecção de uma placa para o alívio da sintomatologia dolorosa, que poderia estar sendo gerada ou agravada pelo hábito de bruxismo. A paciente manteve, durante todo o período de internação, cefaleia holocraniana com as mesmas características e nível de dor variando de 6 a 10, mesmo quando medicada com Morfina. Na maioria das vezes em que havia queixa de dor, não foi observada face de dor, taquicardia, sudorese, aumento de pressão arterial, náuseas, vômitos ou outros sinais e sintomas. Durante a internação, a paciente foi avaliada também pelo serviço de Psicologia e Psiquiatria, que indicaram acompanhamento da mesma no período pós alta. A paciente recebeu alta cinco dias após a internação, com diagnóstico final de cefaleia. No momento da alta negou dor ou outros sintomas e apresentou exame físico sem alteração. Foram prescritas as seguintes medicações para o pós-alta: Amitriptilina® 25mg, Predinisona® 20mg, Clorpromazina® 4%. Para resgate da dor foi prescrito Naproxeno® e/ou Sumatriptano® 200mg. Ambas as medicações só poderiam ser utilizadas em caso de dor e no máximo duas vezes por semana. Foi solicitado retorno

da paciente dali a dois meses, visando à consulta no ambulatório de Neurologia infantil do Hospital Universitário. Foi realizado ainda o encaminhamento da referida paciente ao Oftalmologista, Otorrinolaringologista e Psicólogo, assim como o início do acompanhamento odontológico em setor específico da UFJF.

Durante o período pós-alta hospitalar, na Faculdade de Odontologia da UFJF, a paciente apresentou-se ao Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares (Serviço ATM) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, mantendo a queixa de dor na face e cefaleia. Foi relatado que a sintomatologia dolorosa apresentava localização bilateral, concentrada nas regiões frontal e massetérica, com caráter difuso, constante e sem a presença de sintomas aurais. A cefaleia não apresentava um horário constante de manifestação, contudo, segundo relato da mesma, exacerbava-se em períodos de maior estresse e ansiedade. A paciente também relatou a presença de dor articular bilateral. Durante a investigação de fatores envolvidos na desordem, verificou-se que a paciente realizava o hábito parafuncional do bruxismo, tanto nos momentos de vigília quanto de sono.

Figura 1: Fotografia das regiões que a paciente apontava como principais locais de dor associadas à cefaleia.



Durante o exame físico, foi observada sintomatologia dolorosa mediana nos músculos temporais (posterior, médio e anterior) e alta no músculo masseter (também em toda a sua extensão: superior, médio e inferior). Na avaliação articular, tanto através de palpação lateral, quanto intra-conduto, a paciente apresentou sintomatologia dolorosa alta bilateralmente. Estavam ausentes estalidos, saltos e crepitações. A abertura máxima sem desconforto foi de 45 mm e com desconforto de 50 mm. Através do exame oclusal foi possível observar que a paciente possuía interferências oclusais durante os movimentos excursivos de lateralidade e protrusão, chegando ao diagnóstico de dor miofascial sem limitação de abertura e artralgia bilateral.

Uma vez que diversos fatores estavam envolvidos no desenvolvimento do bruxismo na paciente em questão, variadas condutas terapêuticas foram adotadas concomitantemente para o controle sintomatológico. Uma delas foi a utilização da placa estabilizadora, na

tentativa de que fatores oclusais inadequados e, principalmente, a sobrecarga articular acarretada pela realização do bruxismo fossem diminuídas sobre as ATM. Com a utilização deste dispositivo interoclusal, objetivou-se ainda alterar o padrão de contração muscular e proteger os dentes contra possíveis desgastes realizados pelo bruxismo. A placa estabilizadora foi confeccionada e ajustada na posição de relação cêntrica, a cada 15 dias. Também foram instituídas diversas orientações sobre autocuidados e efeitos deletérios do bruxismo, assim como a sua associação com o quadro emocional existente, sendo recomendada a realização de atividades físicas que trouxessem prazer e acompanhamento com profissional da área de Psicologia.

Figura 2: 4. Placa estabilizadora oclusal confeccionada para a paciente.



As orientações e a instituição terapêutica da placa oclusal por 24hs/dia nas três primeiras semanas (retirando-a apenas para alimentação e higienização) resultaram em uma melhora de 30% da sintomatologia neste primeiro momento. Com o acompanhamento clínico nos dois meses seguintes, o uso da placa foi progressivamente diminuído em decorrência da redução da sintomatologia dolorosa. Após quatro meses de uso da placa estabilizadora oclusal (agora utilizada apenas para dormir), a paciente relatou que a dor na cabeça havia regredido 50%. Além disso, durante a palpação da musculatura facial, foi possível observar regressão da sintomatologia dolorosa muscular e articular, com todos os valores se aproximando de zero. A paciente relatou a diminuição da terapia medicamentosa instituída, inclusive das doses de medicamentos, decorrente da melhora manifestada com o tratamento odontológico.

DISCUSSÃO

No modelo atual de saúde proposto em nosso país, a inclusão do cirurgião-dentista à equipe multidisciplinar no ambiente médico-hospitalar é extremamente relevante, tanto na promoção de atividades preventivo-educativas como curativas, favorecendo a melhoria do quadro clínico geral do paciente internado (JUNIOR *et al.*, 2005; LIMA *et al.*, 2011). Como parte integrante e atuante da equipe hospitalar, o cirurgião-dentista é capaz de detectar no paciente internado, problemas relacionados ao aparelho estomatognático, abordando a

melhor conduta a ser seguida para o tratamento e realização das intervenções necessárias (MORETTI-PIRES e BUENO, 2009), garantindo um atendimento integral. No caso clínico descrito, a paciente buscou várias vezes o auxílio médico, mas sem melhora do quadro, o que resultou no uso excessivo de medicamentos, culminando com sua internação em ambiente hospitalar. Assim, a presença do cirurgião-dentista na equipe médico-hospitalar do Hospital Universitário possibilitou um diagnóstico preciso e um tratamento global, favorecendo sua recuperação, com melhora visível da saúde e consequentemente um ganho expressivo em qualidade de vida.

Durante muitos anos, acreditou-se que a origem do bruxismo estava ligada à existência de interferências dentárias capazes de alterar os padrões oclusais e musculares do paciente (CALDERAN *et al.*, 2014). Atualmente sabe-se que vários outros fatores etiológicos podem estar associados ao desenvolvimento do bruxismo, caracterizando sua etiologia como multifatorial (ANTONIO, PIERRO e MAIA, 2006; DINIZ, SILVA e ZUANON, 2009; DONNARUMMA *et al.*, 2009; INSANA *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2015; YAP e CHUA, 2016). No caso apresentado, várias condições envolvidas na gênese do bruxismo são detectadas durante a avaliação da paciente. Pela anamnese, percebem-se episódios frequentes de cefaleia (exacerbados em momentos de estresse e ansiedade) associados a atitudes depressivas. Comportamento de extrema ansiedade, gerado por um elevado nível de auto-cobrança quanto ao rendimento escolar, é relatado. Ao exame clínico, observa-se desgaste dentário, dor muscular facial e articular e interferências oclusais durante os movimentos de lateralidade e protrusão. Os fatores que predis põem ao bruxismo podem ser divididos de forma didática em: 1) fatores locais (contatos prematuros, interferências oclusais); 2) fatores sistêmicos (indivíduos portadores de asma ou rinite, pacientes com distúrbios do SNC); 3) fatores psicológicos (estresse, ansiedade); 4) fatores ocupacionais (prática de esportes de competição) e 5) fatores hereditários (DINIZ, SILVA e ZUANON, 2009; PIZZOL *et al.*, 2006).

Os estudos realizados por Diniz, Silva e Zuanon (2009) e Pizzol *et al.* (2006) relacionaram a prevalência de dores de cabeça com o desgaste dentário, observando que crianças com cefaleia apresentam significativamente maior probabilidade de desenvolvimento de bruxismo. Fatores psicossociais, como o estresse e a ansiedade, também são indicados como fatores etiológicos do bruxismo (CALDERAN *et al.*, 2014; INSANA *et al.*, 2013; MURALI, RANGARAJAN e MOUNISSAMY, 2015), uma vez que a tensão emocional gera um aumento da atividade muscular que promove espasmo e fadiga (DONNARUMMA *et al.*, 2009).

Segundo Oliveira *et al.* (2015), em crianças, a ansiedade apesar de frequente é comumente subdiagnosticada devido à diversidade de sintomatologia para as diferentes fases de desenvolvimento. Por isso, durante a internação da paciente avaliada, uma abordagem especial do fator psicológico-emocional foi realizada, tanto pela equipe médica como odontológica, visto o papel preponderante desta fonte na gênese do bruxismo. Durante a internação, a paciente foi avaliada pelo serviço de Psicologia e Psiquiatria do Hospital

Universitário, que indicaram acompanhamento da mesma no período pós-alta. A equipe odontológica também solicitou acompanhamento psicológico concomitante ao tratamento odontológico (realizado no período pós-alta) para melhor efetividade do tratamento proposto, além da adoção de atividades que trouxessem à paciente alegria e prazer.

O bruxismo é considerado uma resposta de escape, uma vez que a cavidade bucal possui um forte potencial afetivo, além de ser um local privilegiado para a expressão de impulsos reprimidos, emoções e conflitos. Forte tensão emocional, problemas familiares, crises existenciais, estado de ansiedade, depressão, medo e hostilidade, crianças em fase de autoafirmação, provas escolares ou mesmo a prática de esportes competitivos e campeonatos podem atuar como fatores de origem psicológica e ocupacional para o desencadeamento do bruxismo (DINIZ, SILVA e ZUANON, 2009). Dentro deste contexto, além da cobrança excessiva da paciente quanto ao rendimento escolar, a mãe relatou que por estar faltando às aulas (em decorrência dos episódios de cefaleia e tratamentos realizados sem resultados efetivos), a menina começou a se sentir deprimida, por medo de não acompanhar a turma, mostrando falta de interesse em retornar à escola. Neste contexto, é de extrema importância o tratamento multidisciplinar, envolvendo a interação e comunicação dos profissionais ligados à assistência à saúde da paciente, visando o atendimento integral e único, oferecendo o cuidado segundo a necessidade de cada indivíduo (MORETTI-PIRES e BUENO, 2009). Sendo assim, uma abordagem multidisciplinar é essencial tanto para o desenvolvimento do diagnóstico quanto do tratamento dessa condição (CALDERAN *et al.*, 2014; DINIZ, SILVA e ZUANON, 2009; DONNARUMMA *et al.*, 2009; INSANA *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2014; PIZZOL *et al.*, 2006). Segundo diversos autores, as especialidades envolvidas na terapia do bruxismo englobam os cirurgiões-dentistas, médicos, psicólogos (CALDERAN *et al.*, 2014; DINIZ, SILVA e ZUANON, 2009; INSANA *et al.*, 2013; YAP e CHUA, 2016), fonoaudiólogos, neurologistas (DONNARUMMA *et al.*, 2009), otorrinolaringologistas (DONNARUMMA *et al.*, 2009; PIZZOL *et al.*, 2006) e fisioterapeutas (DONNARUMMA *et al.*, 2009 e OLIVEIRA *et al.*, 2014).

O tratamento psicológico, por sua vez, baseia-se na terapia comportamental, na higiene do sono, no controle do estresse, em técnicas de relaxamento (CALDERAN *et al.*, 2014), aconselhamento, autossugestão, hipnose, condicionamento e biofeedback (DINIZ, SILVA e ZUANON, 2009). Segundo Pizzol *et al.* (2006), as técnicas psicológicas são efetivas e podem ser usadas. Nos casos em que há grande tensão e ansiedade, a participação do psicólogo é necessária mesmo após conclusão do tratamento, para que não ocorra recidiva do hábito parafuncional. Em crianças, essa desordem normalmente é identificada pelos odontopediatras diante de desgastes dentários anormais, disfunções temporomandibulares e dor. No entanto, os pediatras podem reconhecer essa desordem em pacientes que procuram atendimento por dores de cabeça atípicas ou dores mandibulares ao acordar. O pediatra e o odontopediatra devem estar aptos a compreender as possíveis causas, características clínicas, sinais e sintomas do bruxismo na infância, identificando o problema o mais precocemente possível. É fundamental que haja uma interação entre os profissionais

das diversas especialidades envolvidas no tratamento de bruxismo em crianças, com o objetivo de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da mesma, promovendo saúde e conforto (DINIZ, SILVA e ZUANON, 2009). Seguindo essa visão amplamente difundida na literatura, foi previsto o tratamento multi e interdisciplinar da paciente em questão.

Atualmente, a paciente está em tratamento odontológico, fazendo uso de placa miorrelaxante; em tratamento psicológico e é acompanhada por um neurologista. A mesma relata a diminuição da terapia com medicamentos (redução da frequência), decorrente da melhora manifestada com o tratamento multidisciplinar.

CONCLUSÃO

Embora a inserção e atuação do cirurgião-dentista dentro de um ambiente hospitalar ainda não seja algo totalmente estabelecido no Brasil, os cuidados odontológicos prestados aos pacientes internados são imprescindíveis para o bem-estar geral dos mesmos. As ações do cirurgião-dentista dentro do hospital vão além dos cuidados com a higiene bucal durante o período de internação, uma vez que diversos problemas no aparelho estomatognático podem ser diagnosticados nesta fase, o que favorece muito a instalação do tratamento e sua efetividade. O trabalho odontológico em equipe multidisciplinar concretiza a abordagem holística do paciente, reafirmando a importância do cuidado à saúde integral e atenção humanizada.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A.S.W. et al. **Atenção em saúde bucal em nível hospitalar: relato de experiência de integração ensino/serviço em odontologia.** Extensio: Revista Eletrônica de Extensão, v. 7, n. 9, p. 100-110, 2010.
- ANTONIO, A.G.; PIERRO, V.S.; MAIA, L.M. **Bruxism in children: a warning sign for psychological problems.** J Can Dent Assoc, v.72, n. 2, p.155–160, Mar. 2006.
- ARANEGA, A.M. et al. **What is the importance of Hospital Dentistry.** Revista Brasileira de Odontologia, v. 69, n. 1, p. 90-93, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 25 de fev. de 2010.
- Brasil. **Resolução CFO-262, de 25 de janeiro de 2024. Reconhece a Odontologia Hospitalar como Especialidade Odontológica.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jan 2024, seção 1, p. 137.
- CALDERAN, M.F. et al **Fatores etiológicos do Bruxismo do Sono: Revisão de Literatura.** Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo (Online); v.26, n.3, set./dez. 2014.

COSTA, N.M. Lei Nº2776 de 13 de fevereiro de 2008. **Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências.** Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=383113>>

DINIZ, M.B.; SILVA, R.C.; ZUANON, A.C.C.. **Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras.** Revista Paulista de Pediatria. Sociedade de Pediatria de São Paulo, v. 27, n. 3, p. 329-334, 2009.

DONNARUMMA, M.D.C. et al. **Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar.** Rev. CEFAC, São Paulo, 2009.

FORRESTER, S. et al. **Oral and maxillofacial dental care professionals in critical care during the COVID-19 pandemic.** British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 59, n. 1, p. 117-120, 2021.

INSANA, S.P. et al. **Community based study of sleep bruxism during early childhood.** Sleep Med, v.14, n.2, p.183-188, Sep.2013.

JUNIOR, A.M et al. **Experiência extramural em hospital público e promoção da saúde bucal coletiva.** Rev. Saúde Pública, v.39, n.2, p.305-310, 2005.

LIMA, D.C. et al. **A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1), p.1173-1180, 2011.

MORETTI-PIRES, R.O.; BUENO, S.M.V. **Freire e formação para o Sistema único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo.** Acta Paul. Enferm., v.22, n.4, p.439- 44, 2009.

MURALI, RV.; RANGARAJAN, P.; MOUNISSAMY, A. **Bruxism: Conceptual discussion and review.** Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences, v.7, p. 265- 270, 2015.

OLIVEIRA, M.T. et al. **Sleep bruxism and anxiety level in children.** Braz Oral Res, v.29, n.1, p 1-5, Out. 2015
PIZZOL, K.E.D.C. et al. **Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos.** Revista de Odontologia da UNESP, v.35, n.2, p.157-163, 2006.

QUELUZ, D. P.; PALUMBRO, A. **Integração do odontólogo no serviço de saúde em uma equipe multidisciplinar.** Jornal de Assessoria e Prestação de Serviços ao Odontologista, v. 3, n. 19, p. 40-6, 2000.

SANTANA, M.T.P. et al. **Odontologia hospitalar: uma breve revisão.** Research, Society and Development, 2021; 10(2): e4310212171.

TENÓRIO, L.M.F. et al. **A importância do cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva.** Brazilian Journal of Health Review, 2021; 4(6): 23771 -23776.

YAP, A.U.; CHUA, A.P. **Sleep bruxism: Current knowledge and contemporary management.** J Conserv Dent, v.19, n.5, p. 383–389, sep./oct. 2016.