

BRUXISMO DO SONO EM CRIANÇA DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO TERAPÊUTICO: REVISÃO DE LITERATURA

BRUXISM OF SLEEP IN CHILDREN FROM DIAGNOSIS TO THERAPEUTIC TREATMENT: LITERATURE REVIEW

Lizandra Laize Siqueira Cruz¹

Elizabete Arruda Spineli²

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão acerca do Bruxismo do sono em crianças, apresentando suas principais etiologias e tratamentos, importantes para esclarecimentos de questões pertinentes ao tema na atualidade. O bruxismo é considerado uma das atividades parafuncionais mais prejudiciais para o sistema estomatognático, causando desgaste dentário anormal, danos ao periodonto, tecidos, articulações temporomandibulares e/ou músculos. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados LILACS e MEDLINE, foram selecionados artigos publicados a partir do ano de 2010, fizeram parte desta pesquisa 29 trabalhos, compreendendo a etiologia, diagnóstico e o tratamento sobre o bruxismo. Segundo a classificação Internacional de Distúrbios do Sono (ICSD) o bruxismo é definido como uma atividade parafuncional com episódios de apertar, ranger, esfregar e bater dos dentes, que podem acontecer durante o sono ou durante a vigília. A etiologia do bruxismo pode estar associada a fatores como: mudanças na dentição, alterações oclusais, distúrbios do sono, estresse e ansiedade. O diagnóstico do bruxismo pode ser feito em três diferentes níveis, possível, provável e definitivo. O tratamento para o bruxismo deve ser multifatorial, podem ser utilizados a placa oclusal mio-relaxante, de material não-rígido (como a sílica), a terapia medicamentosa como os relaxantes musculares, tranquilizantes, sedativos e soluções anestésicas locais na ATM e também o uso de placebos, que é uma alternativa viável quando a causa do bruxismo for de origem psicológica. Entretanto, é necessário um conhecimento maior sobre a etiologia e tratamento do bruxismo do sono, já que na literatura nota-se ainda essa controvérsia.

Palavras-chave: Bruxismo. Bruxismo do sono. Criança.

¹Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Facol – UNIFACOL, e-mail: lizandra-laize25@outlook.com

²Mestre em Odontologia pela FOP/UPE, e-mail: beteodonto@gmail.com

ABSTRACT

The objective of this work was to carry out a review about sleep bruxism in children, presenting its main etiologies and treatments, important for clarification of questions pertinent to the theme at present. The bruxism is considered one of the most harmful parafunctional activities for the stomatognathic system, causing abnormal tooth wear, damage to the periodontium, tissues, temporomandibular joints and/or muscles. A search was carried out in the LILACS and MEDLINE databases, articles published from the year 2010 were selected, 29 works were part of this research, to understand the etiology, diagnosis and treatment of bruxism.

According to the International Classification of Sleep Disorders (ICSD) the bruxism is defined as the parafunctional activity, with episodes of squeezing, creaking, rubbing and chattering teeth, that can happen during sleep or during wakefulness. The etiology of bruxism can be associated with factors such as: changes in dentition, occlusal changes, sleep disturbances, stress and anxiety. The diagnosis of bruxism can be done in three different levels, possible, probable and definitive. The treatment for bruxism must be multifactorial, they can be used the myorelaxant occlusal plate, made of non-rigid material (such as silicone), drug therapy such as muscle relaxants, tranquilizers, sedatives and local anesthetic solutions in the ATM and also the use of placebos, which is the viable alternative when the cause of bruxism is of psychological origin. However, more knowledge is needed about the etiology and treatment of sleep bruxism, since this controversy is still noted in the literature.

Keywords: Bruxism. Sleep bruxism. Child.

1 INTRODUÇÃO

O bruxismo é considerado uma das atividades parafuncionais mais prejudiciais para o sistema estomatognático, causando desgaste dentário anormal, danos ao periodonto, tecidos, articulações temporomandibulares e/ou músculos. É definido como uma atividade parafuncional caracterizado pelo hábito de ranger e/ou

apertar os dentes. Ocorrendo durante o sono, bruxismo do sono, e pode acontecer durante a vigília, bruxismo diurno (OLIVEIRA; FRAGELLI; ANDRADE, 2010).

O bruxismo do sono e o de vigília distinguem-se por envolver diferentes estados de consciência e estados fisiológicos. O bruxismo do sono é caracterizado por uma atividade inconsciente, produzindo ruídos e normalmente ocorre quando o indivíduo está dormindo. E o bruxismo de vigília é definido como uma atividade semi-involuntária da mandíbula, caracterizada por algum tique ou hábito deletério (SCOCATE, *et al.*, 2012).

A prevalência do bruxismo em crianças é muito variável, apresentando valores entre 6,5% e 40,6%, sendo que o aumento dessa prevalência está relacionado com o aumento da idade, não apresentando relação com o sexo da criança (AZEVEDO, 2020). Sua maior ocorrência pode ser encontrada em crianças na fase da dentição mista e na faixa etária pré-escolar, que pode ser explicado através das características morfofuncionais dos dentes decíduos (RODRIGUES, 2008; AZEVEDO, 2020).

Quanto a sua etiologia é considerada diversificada, podendo ser de origem local, sistêmica, psicológica, ocupacional, hereditária ou ainda estar relacionada a distúrbios do sono e a parassomias (SCOCATE, *et al.*, 2012). Há evidências de que os fatores psicológicos podem ter um papel no bruxismo do sono e a presença em crianças pode estar relacionada com o uso de alguns medicamentos, sono agitado, ansiedade, alergias, dores de cabeça e outros fatores (RIOS, *et al.*, 2018).

O diagnóstico do bruxismo nem sempre é preciso, geralmente é feito, muitas vezes, através de relato dos pais ou responsáveis, além do exame clínico intrabucal com o intuito de verificar as consequências dos episódios do bruxismo infantil (RÉDUA, *et al.*, 2019).

Na odontologia, o tratamento mais comum para o bruxismo é o uso da placa oclusal rígida, no entanto, por ele apresentar etiologia multifatorial, outras formas de tratamento também devem ser utilizadas como o uso de medicamentos, massoterapia e o acompanhamento psicológico (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

O presente trabalho teve por objetivo realizar uma revisão acerca do Bruxismo do sono em crianças, apresentando suas principais etiologias e tratamentos, importantes para esclarecimentos de questões pertinentes ao tema na

atualidade, visando contribuir com a evidência científica, bem como fornecer material de pesquisa.

2 METODOLOGIA

Este artigo trata-se de uma revisão de literatura, do tipo transversal, narrativa. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados LILACS e MEDLINE, utilizando os Descritores em Saúde (DeCS): “Bruxismo”, “Bruxismo do Sono”, “Criança”. Os critérios de inclusão foram publicações na área odontológica, trabalhos com texto completo disponíveis, referentes a pesquisas originais, revisão de literatura e relatos de caso, nos idiomas português e inglês. Foram excluídos resumos de anais de congressos, publicações dos tipos de opinião, resenha ou de blogs, publicações científicas anteriores ao ano de 2010.

A partir do levantamento que foi realizado nas bases de dados e das explicações em relação aos critérios de inclusão e exclusão, foram utilizados 29 trabalhos, compreendendo a etiologia, diagnóstico e o tratamento sobre o bruxismo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Histórico e definição do bruxismo infantil

O termo bruxismo originou-se da palavra grega “*BRYCHEIN*”, que significa apertamento ou ranger dos dentes e do sufixo “*MANIA*” que significa compulsão (DORLAND’S; ANDERSON; ALBERT, 1999). No ano de 1907, foi utilizado pela primeira vez o termo “bruxomania” por Marie e Pietkiewieckna literatura odontológica, e em 1931 o termo foi substituído para “bruxismo” que é utilizado até os dias atuais (SILVA, 2019).

De acordo com Frohman, em 1931, a palavra “bruxismo” é introduzida com o objetivo de definir uma ação disfuncional de apertar os dentes, em uma posição de intercuspidação máxima acompanhado ou não de movimentos mandibulares (CARVALHO, 2020).

Segundo a classificação Internacional de Distúrbios do Sono (ICSD) o bruxismo é definido como uma atividade parafuncional com episódios de apertar, ranger, esfregar e bater dos dentes, que podem acontecer durante o sono ou durante a vigília (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2014; AZEVEDO, 2020).

O bruxismo pode ser classificado também em primário e secundário. O bruxismo primário não apresenta causa médica evidente, sistêmica ou psiquiátrica. É dito na literatura que provavelmente este caso de bruxismo é uma resposta do sistema nervoso autônomo e cerebral que ocorre durante a fase do sono. Já o bruxismo secundário está associado a um transtorno clínico, neurológico ou psiquiátrico, também pode ter relação com fatores iatrogênicos como por exemplo, o uso ou a retirada de substâncias ou medicamentos e também a outros transtornos do sono (SCOCATE, *et al.*, 2012; SERRA-NEGRA, *et al.*, 2014).

Com isso o bruxismo do sono é definido como uma atividade muscular mastigatória durante o sono, que apresentam características como rítmico (fásico) que apresenta duração de 0,25 a 2 segundos ou não-rítmico (tônico) com duração de mais de 2 segundos. E o bruxismo diurno é definido como uma atividade muscular mastigatória caracterizado por contato dentário repetitivo ou contínuo da mandíbula e não um movimento de desordem articular (LOBBEZOO, 2018; CARVALHO, 2020).

Dessa maneira o bruxismo do sono acontece por um comando do sistema nervoso central, em momentos de “microdespertares” que geram taquicardia e a movimentação dos músculos da mastigação, o que sugere que não é necessário que o indivíduo apresente “dentes encostados” para desenvolver o bruxismo. O bruxismo diurno ou de vigília estaria aliado a fatores psicossociais e a diversos sintomas psicopatológicos (SILVA, 2019; LOBBEZOO, 2018).

O bruxismo é considerado um fenômeno clínico bastante significativo e o mais prejudicial ao sistema estomatognático, pois podem causar fraturas dentárias, desgaste dentário, danos ao periodonto, cefaleia, fadiga nos músculos mastigatórios, alterações na articulação temporomandibulares e pode ser considerado um fator de risco para os distúrbios temporomandibulares (SILVA, 2019; AZEVEDO, 2020).

A prevalência do bruxismo em crianças é bastante variável, apresentam valores de 6.5% a 40.6%, essa predominância está relacionada com aumento da idade da criança e não apresentam relação com o gênero (AZEVEDO, 2020).

Uma pesquisa realizada em cabedelo/PB em 2013 avaliou 117 crianças com dentição decídua e foi obtido o resultado de que 23,1% das crianças demonstraram bruxismo, visto nesta pesquisa que a prevalência do bruxismo é mais comum na infância e na adolescência (GUIMARÃES, *et al.*, 2021; SIMPLICIO; BUENO, 2018).

3.2 Etiologia do bruxismo do sono

Em relação a sua etiologia é considerada complexa e bastante diversificada, ou seja, multifatorial. É a combinação de vários fatores tais como: sistêmicos, locais, hereditários, psicológicos e ocupacionais, porém alguns fatores podem deixar o paciente mais predisposto ao surgimento desse hábito como o fato de “ranger” ou “apertar” os dentes (BONIFÁCIO; FERREIRA; VIEIRA, 2020; SCOCATE, *et al.*, 2012).

O bruxismo infantil pode ter associação com os fatores sistêmicos, como por exemplo, distúrbios alérgicos, deficiência nutricional e problemas respiratórios (como a rinite e sinusite). No caso da dificuldade respiratória, esses episódios ocorrem como uma tentativa de o organismo desobstruir as vias aéreas, realizando movimentos na mandíbula como “apertar” e “ranger” os dentes, gerando uma pressão negativa, inconscientemente com o objetivo de “liberar” espaço da via aérea para ter uma melhora na respiração durante o sono. Pode ocorrer também o surgimento do bruxismo com crianças que apresentam alguma alergia, pois elas têm uma maior predisposição de dormirem de boca aberta, o que vai diminuir a quantidade de saliva e ter a necessidade de deglutir, acarretando na tendência de “ranger” durante a noite. A deficiência nutricional de cálcio e do ácido pantotênico tem associação ao bruxismo, como também a deficiência do magnésio (SILVA, 2019; SCOCATE, *et al.*, 2012; RIOS, *et al.*, 2018; SIMPLICIO; BUENO, 2018).

De acordo com a literatura, a etiologia do bruxismo pode estar associada a fatores como: mudanças na dentição, alterações oclusais, distúrbios do sono, estresse e ansiedade. É importante esclarecer que crianças com distúrbios

psicológicos tem uma predisposição maior de desenvolver o bruxismo (BONIFÁCIO; FERREIRA; VIEIRA, 2020).

O bruxismo infantil tem associação com o controle das emoções como, por exemplo, o estresse, ansiedade e também influência no alívio da tensão emocional. O bruxismo associado com a ansiedade pode estar relacionado com o fato de que essas crianças possuírem hábitos parafuncionais que pode vir a agravar os episódios do bruxismo, como por exemplo, o hábito de roer unhas, sucção não nutritiva, entre outros. Essa relação é explicada, através do sistema límbico ter associação com o sistema mastigatório, ou seja, ocorrem alterações nos níveis de catecolaminas e de cortisol que são capazes de contrair músculos de uma forma bastante intensa e que acaba desencadeando uma hiperatividade muscular (CARVALHO, 2020; BACH, *et al.*, 2019; AZEVEDO, 2020).

A ansiedade, que é uma emoção bastante desagradável, a qual pode ser caracterizada por uma tensão, preocupação e por medo, associada com a fase da infância, pode ser relacionada a alguns fatores sociais como: dever de casa ou as tarefas domésticas. E geralmente crianças que apresentam bruxismo, são mais inquietas e apresenta queixas de esquecimento e de memória por terem preocupações com atividades escolares (BONIFÁCIO; FERREIRA; VIEIRA, 2020).

Na literatura, é relatado que é possível que ocorra uma relação entre crianças ansiosas/nervosas e o bruxismo. Um fato importante é que durante o sono, crianças que tinham pesadelos “rangiam” os dentes cerca de umas 18 vezes mais e esse fato foi relacionado com os mecanismos neurofisiológicos. Neste mesmo estudo, foi observado que crianças abaixo de 7 anos que demonstraram algum episódio de bruxismo, ao despertar apresentaram presença de alteração de humor, dor ou fadiga mandibular e também dificuldade de sair da cama (ALENCAR, *et al.*, 2016; AZEVEDO, 2020).

Como também o uso prolongado de chupeta e de mamadeira podem estar associados com o surgimento do bruxismo infantil, como também outros fatores podem ter associação como: a mordedura de lábios, canetas, o apertamento dentário e o fator de roer unhas é descrito na literatura como um hábito parafuncional dessa patologia. Esses hábitos orais prejudiciais podem ser relacionados com alterações neuropsicológicas e psiquiátricas nas crianças (CARRA *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2020).

Outra causa que tem relação com o surgimento do bruxismo é o fator hereditário, ou seja, se os pais apresentaram bruxismo na infância, os seus filhos tem uma maior predisposição de quase duas vezes de desenvolverem o bruxismo na infância ou na adolescência (BONIFÁCIO; FERREIRA; VIEIRA, 2020). Ainda não se tem uma descrição precisa do padrão de transmissão genético para o desenvolvimento do bruxismo nessas crianças (SANTOS *et al.*, 2020).

O bruxismo infantil está relacionado com distúrbios do sono ou a parassomias, que são fenômenos que acontecem exclusivamente durante o sono, estando associado a diferentes graus de excitação como por exemplo, a enurese noturna, falar em quando dorme e sono agitado, resultando em distúrbios na ATM (OLIVEIRA; FRAGELLI; ANDRADE, 2010).

3.3 Diagnóstico do bruxismo do sono

De acordo com a Academia Americana de Medicina do Sono (AAMDS), o diagnóstico do bruxismo deve ser realizado com base nos relatos de apertar ou ranger dos dentes com a combinação de pelo menos, um dos seguintes sinais clínicos são eles: desgastes dentários anormais, sons associados ao bruxismo e desconforto muscular em região de mandíbula (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2014; SCOCATE, *et al.*, 2012).

Em 1995, Jankelson, realizou um experimento para diagnosticar como que ocorria o surgimento do bruxismo. Ele fez a colocação de cimento acrílico nas superfícies oclusais dos molares e notou que o ato de “ranger” os dentes é nada mais do que uma tentativa subconsciente de remover interferências naquela região e obter o máximo de contatos dentais disponível. Em 1961, foi realizado um trabalho realizado por Ramfjord, que produziu um experimento, entretanto em macacos, ele fez a colocação de restaurações altas de amálgama na região oclusal dos primeiros molares inferiores. Houve o surgimento imediato do ato de “ranger” e continuou até que o amálgama fosse removido (CARVALHO, 2020).

É importante que haja um protocolo de avaliação padrão para um melhor diagnóstico do bruxismo infantil. O cirurgião-dentista deve realizar uma anamnese

bem detalhada e que investigue a presença ou não dessa desordem. Durante a anamnese devem ser investigados, o histórico médico da criança ou adolescente, modificações sistêmicas e neurológicas, a presença de hábitos parafuncionais e averiguar relações sociais e familiares do paciente, bem como, realizar o exame minucioso dos sinais e sintomas clínicos, dos tecidos moles e da língua, movimentação mandibular, análise da oclusão e exames radiográficos do sistema estomatognático. Outro exame que pode ser utilizado para a confirmação do diagnóstico do bruxismo é a polissonografia é descrito como um exame não invasivo, que mede a atividade respiratória, muscular e cerebral durante o sono (BONIFÁCIO; FERREIRA; VIEIRA, 2020; OLIVEIRA; FRAGELLI; ANDRADE, 2010).

O diagnóstico do bruxismo pode ser feito em três diferentes níveis. Está dividido em possível (quando ocorre apenas o autorrelato do paciente), provável (quando além de ter o autorrelato, o profissional observa sinais clínicos da patologia no exame clínico) e definitivo (quando se tem o autorrelato, o exame clínico e pode ser utilizado exames como a polissonografia, que comprova o movimento mandibular durante o sono) (LOBBEZO, *et al.*, 2013; SANTOS, *et al.*, 2020).

É descrito na literatura, que alguns pacientes podem possuir algumas consequências dos episódios do bruxismo. Como por exemplo, dores e ruídos na ATM, zumbidos nos ouvidos, redução na amplitude de abertura máxima e desvio no trajeto da abertura bucal. Além dessas consequências citadas, é observado no exame clínico: desgastes dentais, sensibilidade, mobilidade dental, trauma de tecidos moles, dores de cabeça, sensibilidade dos músculos da mastigação, distúrbios da articulação temporomandibular. Além disso, esses desgastes excessivos podem contribuir para aceleração da rizólise dos dentes decíduos e alterar a cronologia de erupção dos dentes permanentes (BONIFÁCIO; FERREIRA; VIEIRA, 2020).

O sinal mais comum para diagnosticar o bruxismo é a presença de desgastes dentais anormais, na região incisal dos dentes anteriores e oclusais de posteriores. A primeira estrutura a receber está carga de desgastes anormal é o esmalte dentário, o que torna essas facetas o primeiro sinal clínico corriqueiro. É relatado na literatura por alguns autores que essas facetas são lisas (caso o paciente apresente o hábito de ranger os dentes) ou rugosas (caso o paciente realize o apertamento), apresentam bordas bem definidas na fase inicial e irá atingir mais os dentes

anteriores do que os posteriores, principalmente os dentes caninos decíduos e os permanentes (BONIFÁCIO; FERREIRA; VIEIRA, 2020; CARVALHO, 2020). Além de observar o desgaste dentário, é importante avaliar em um exame clínico se essa criança apresenta marcas em bochechas, endentações em língua, dor e a hipertrofia musculatura mastigatória (SANTOS, *etal.*, 2020; GUIMARÃES, *et al.*, 2021).

É definido como hipertrofia da musculatura mastigatória quando se há um aumento de volume muscular em região do masseter ou no temporal entre duas a três vezes quando está em contração máxima essa região (BARBOSA *et al.*, 2015).

3.4 Tratamento para o bruxismo do sono

O tratamento para o bruxismo deve ser multifatorial, pois ele apresenta a sua etiologia diversificada, o seu tratamento deve envolver profissionais como pediatras, psicólogos e odontopediatras (BONIFÁCIO; FERREIRA; VIEIRA, 2020; CABRAL, 2018). Além de ser reversível e conservador, deste modo, o tratamento do bruxismo infantil não deve interferir no padrão de normalidade do crescimento e desenvolvimento infantil (OLIVEIRA; FRAGELLI; ANDRADE, 2010).

O uso da placa oclusal rígida é mais comum ser utilizada em adultos, mas pode ser utilizada em crianças na fase de primeira dentição ou na fase da dentição mista, a placa utilizada é miorelaxante e de material não-rígido (como a silicona). Essa placa é recomendada por induzir que os côndilos obtenham uma posição estável na fossa mandibular, além de ter uma distribuição nas forças mastigatórias adequadas e estabilizar a atividade muscular, promovendo alívio da dor e proteção dos dentes no atrito (AZEVEDO, 2020; LIMA, 2020; BRIGUENTE, 2017). O seu uso deve ser feito durante a noite e há necessidade do controle periódico do paciente, ou seja, é recomendado consultas de retorno ao dentista a cada seis meses para realizar a troca da placa e que se obtenham o monitoramento de sua eficácia. Entretanto, as placas miorelaxantes têm efeito temporário e não substituem a atuação do cirurgião-dentista (OLIVEIRA; FRAGELLI; ANDRADE, 2010).

Outro tratamento que pode ser utilizado para o bruxismo é a proteção do elemento dentário por meio do ajuste oclusal, lançando mão das placas oclusais e restaurações dentárias. Nesses procedimentos restauradores tem o objetivo de

restabelecer a dimensão vertical nesse paciente. Este método vem sendo considerado o mais eficaz para o tratamento do bruxismo (LIMA, 2020; BRIGUENTE, 2017).

A terapia medicamentosa também pode ser utilizada para o tratamento do bruxismo, podem ser utilizados relaxantes musculares, tranquilizantes, sedativos e soluções anestésicas locais na ATM e também o uso de placebos, que é uma alternativa viável quando a causa do bruxismo for de origem psicológica (AZEVEDO, 2020). Além do uso do placebo para o tratamento do bruxismo, o dentista pode utilizar outro medicamento como a hidroxizina, que é bastante efetiva nos casos de crianças com bruxismo infantil. Com a sua utilização no tratamento irá minimizar a ansiedade, estimula o relaxamento muscular e tem poucos efeitos contrários (GHANIZADEH, 2013; SILVA, 2017).

Alguns autores relataram uma pesquisa feita com 33 crianças na faixa etária entre 3 e 6 anos de idade diagnosticada com bruxismo, as quais demonstravam características oclusais normais, sem hábitos orais e apresentavam pelos menos um tipo de desordem temporomandibular. Nesta pesquisa, tinha o intuito de investigar a efetividade do relaxante muscular direto e sua reação, foi obtido um resultado satisfatório. Foi observado que as crianças avaliadas reduziram o nível de ansiedade e de desordem temporomandibular (SIMPLICIO; BUENO, 2018; RESTREPO, *et al.*, 2011).

A literatura relata o uso do clonazepam para o tratamento do bruxismo infantil, ele apresenta uma redução significativa nos quadros de bruxismo do sono, quando é avaliado em ensaios clínicos controlados. Entretanto, ele apresenta alguns riscos como a dependência e alguns efeitos colaterais psicológicos, o que limita o seu uso por um período longo (GUIMARÃES, *et al.*, 2021).

O tratamento psicológico utiliza-se de técnicas como o relaxamento e da terapia comportamental, com o intuito de correção dos hábitos pessoais e de fatores ambientais, pretendendo controlar e diminuir o estresse e ansiedade do paciente, para diminuir os episódios do bruxismo infantil (GAMA; ANDRADE; CAMPOS, 2013; GIONGO, 2016).

Além do uso da placa oclusal rígida e da terapia medicamentosa, é muito importante que haja uma abordagem e um acompanhamento psicológico dessa criança que apresenta bruxismo infantil. É importante que haja uma mudança de

hábitos tanto da criança como dos familiares, no intuito de melhorar a qualidade de vida, além do dentista lançar mão de técnicas específicas como: o reforço positivo, aconselhamento, autossugestão, condicionamento e hipnose com o intuito de deixar essa criança calma e disposta a realizar o tratamento proposto (AZEVEDO, 2020; OLIVEIRA, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, que o bruxismo infantil tem sido um hábito bastante frequente em crianças e adolescentes, é definido como uma atividade parafuncional com episódios de apertar, ranger, esfregar e bater dos dentes, que podem acontecer durante o sono ou durante a vigília. Apresentando uma etiologia multifatorial, sendo a combinação de fatores como: sistêmicos, locais, psicológicos, hereditários e ocupacionais. Entretanto, nota-se ainda uma controvérsia na literatura referente a sua etiologia e tratamento. Desta forma, sendo necessário a continuidade das pesquisas, para que se possa alcançar um conhecimento maior sobre a sua etiologia e tratamento efetivo para o bruxismo do sono em crianças, proporcionando, assim o bem estar geral do paciente.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. The International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual. 3rd ed. Westchester, **American Academy of Sleep Medicine**, 2014.
- ALENCAR, N. A; FERNANDES, A.B. N; SOUZA, M.M. G; LUIZ, R. R; FONSECA, G. A; MAIA, L.C; Lifestyle and oral facial disorders associated with sleep bruxism in children. **The journal of Craniomandibular & Sleep Practice**, 35(3), pp. 168-174, 2016.
- AZEVEDO, P.B.D; **Bruxismo e ansiedade na infância: contributos para uma terapêutica multidisciplinar**. Fac. de ciências da Saúde. Univ. Fernando Pessoa. Porto, 2020.
- BACH, S; MOREIRA, F; GOETTEMES, M; BRANCHER, C; OSES, J; SILVA, R.D; JANSEN, K; Salivary cortisol levels and biological rhythm in school children with sleep bruxism. Rio Grande do Sul, **Sleep Medicine**, v. 54, p. 48-52, 2019.

BARBOSA, J.S; MACHADO, N.G; CONTI, P.C.R; Bruxismo infantil: o que o ortodontista deveria saber. In: **Associação Brasileira de Odontologia, Pro-Odonto**, Porto Alegre: Artmed Panamericana, v.4, p.121-222,2015.

BONIFÁCIO, T.A.F; FERREIRA, R.B; VIEIRA, L.D.S; Bruxismo na infância e adolescência- revisão de literatura. **R. OdontolPlanal Cent.**, 2020.

CABRAL, L.C; LOPES, A.J.D.C; MOURA, M.B; SILVA, R.R; NETO, A.J.F; JÚNIOR, P.C.S; **Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis fatores de risco.** Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep ,28(1) 41-51, jan-jun. 2018.

CARRA, M.C; BRUNI, O; HUYNH, N; Topical review: sleepbruxism, headaches, andsleep- disorderedbreathing in childrenandadolescents. **OrofacPain**, v. 26, n. 4, pp. 267-76, 2012.

CARVALHO, J.D; **Bruxismo em odontopediatria- revisão narrativa.** Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências de Saúde, Porto, 2020.

DORLAND, W.A.N.; ANDERSON, D.M.; ALBERT, D.M., *et al.* **Dicionário Médico Ilustrado de Dorland.** 28 ed. São Paulo: Manole, 1999.

DINIZ, M.B; SILVA, R.C.D; ZUANON, A.C.C; Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. Childhoodbruxism: a warningsigntopediatricdentistsandpediatricians. **Rev. Paul Pediatr.** 27(3): 329-34, 2009.

GAMA, E.; ANDRADE, A.O; CAMPOS, R.M; Bruxismo: uma revisão de literatura. **Ciência Atual**, v. 1, n. 1, p. 16-22, 2013.

GHANIZADEH, A; **Treatmentofbruxismwithhydroxyzine: preliminary. Europeanreview for medical andpharmacologicalsciences**, v.17, n.6, p. 839-841, 2013.

GIONGO, A.R; **Bruxismo infantil- da etiologia ao tratamento.** Santa Cruz do Sul, 2016.

GUIMARÃES, G.G; ADÍLIS, A; DUARTE, M.L; LETIERI, A.D.S; SOARES, T.R.C; Bruxismo na infância: um desafio para a odontologia. **UNINGÁ, Journal**, v. 58, 2021.

LIMA, M.C.G; SANTOS, A.P.C; FILHO, E.O.N; BEZERRA, R.L; FIGUEREIDO, R.J.A; A parafuncionalidade do bruxismo: da intervenção terapêutica multiprofissional ao uso da placa miorrelaxante. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8910-8918 jul./aug. 2020.

LOBBEZOO, *et al.* **International consensus ontheassessmentofbruxism: Reporto of a work in progress. Journalof Oral Rehabilitation**, s.l., v.45, i.11, p. 837-844, nov.2018.

LOBBEZOO, F.; AHLBERG, J.; GLAROS, A.; KATO, T.; KOYANO, K.; LAVIGNE, G.J; Bruxismdefinedandgraded: aninternational consensus. **Journalof Oral Rehabilitation**, v.40, n.2, p.4, 2013.

OLIVEIRA, A.L.B.M.D; FRAGELLI, C; ANDRADE, M.F.D; **Abordagem multidisciplinar no tratamento do bruxismo infantil**. Multidisciplinary approach in the treatment of childhood bruxism. Fac. de odontologia de Araraquara, UNESP. Agosto, 2010.

RÉDUA, R.B.; KLOSS, P.C.A.; FERNANDES, G.B.; SILVA, P.L.F.; Bruxismo na infância- aspectos contemporâneos no século 21- revisão sistemática. **Full Dent. Sci.** 10(38):131-137, 2019.

RESTREPO, C.C; MEDINA, I; PATIÑO, I; Effectsofocclusalsplintsonthetemporomandibular disorders, dental wear and anxiety of bruxism children. **Euar J Dent**, v. 5, pag. 441-450, 2011.

RODRIGUES, K.; **Aspectos psicológicos de crianças com bruxismo**. Dissertação de Mestrado em Filosofia. Facul. De Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Univ. de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

RIOS, L.T.; AGUIAR, V.N.P.; MACHADO, F.C.; ROCHA, C.T.; NEVES, B.G.; Bruxismo infantil e sua associação com fatores psicológicos – revisão sistemática da literatura. **Rev. Odontol.** Univ. Cid. São Paulo. 30(1): 64-76, Jan-mar, 2018.

SANTOS, T.R.D; PINTOR, A.V.B; IMPARATO, J.C.P; TANNURE, P.N; Control of sleeping bruxism in childhood: literature review. **Rev. Rede Cuid. Saúde**, v.14, n.1, jul.,2020.

SERRA-NEGRA, J.; PAIVA, S.; FULGÊNCIO, L.; CHAVEZ, B.; LAGE, C.; PORDEUS, I.; Environmental factors, sleep duration, and sleep bruxism in Brazilian school children: A case-control study. Minas Gerais, **Sleep Medicine**, 15(2), pp. 236-239, 2014.

SILVA, T.C.D.; **Fatores etiológicos relacionados ao bruxismo infantil**. Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2019.

SILVA, A.I.B.D; OLIVEIRA, S.C; **Bruxismo na infância: a importância do diagnóstico e tratamento dessa condição para funcional**. Centro universitário São Lucas, Porto Velho, RO, 2017.

SIMPLICIO, T.R; BUENO, T.R; **Bruxismo infantil**. Centro universitário São Lucas, Porto Velho, RO, 2018.

SCOCATE, A.C.R.N.; TREVISAN, S.; JUNQUEIRA, T.H.; FUZIY, A.; Associação entre bruxismo infantil e as características oclusais, sono e dor de cabeça. **Rev.Assoc. Paul CirDent**. 66(1):18-22. Jan, 2012.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, primeiramente, ao meu amado Deus e Nossa Senhora, por todo apoio e firmeza que me concedeu nesses 5 anos de faculdade. Hoje, consigo entender o que Senhor me disse, no começo dessa minha jornada, que sempre estaria comigo e que me daria força para realizar esse sonho bom e eu realizei.

Agradeço, aos meus pais, que durante essa minha jornada sempre me apoiou e não mediu esforços para que eu realizasse esse sonho. Obrigada ao meu pai Josivaldo, por toda ajuda, conselhos e por nunca me deixar faltar nada. Obrigada à minha mãe Sandra, por toda força, conselhos e palavras de incentivo para que continuasse e realizasse o meu sonho. Obrigada ao meu irmão Liverton, por todo apoio, paciência e cumplicidade. Quero que todos saibam, que amo vocês incondicionalmente e que essa conquista, é nossa!

Agradeço aos meus tios, tias e primos, por terem me apoiado e me incentivado nesses últimos 5 anos.

Agradeço à minha melhor amiga Mariana, por toda ajuda, conselhos, pelas conversas nos momentos difíceis e alegres também, por todo apoio demonstrado nesses últimos 5 anos. Obrigada por tudo Mari!

Agradeço também às minhas amigas Débora, Janilma, Larissa, Thais e Renata, que me ensinaram muito durante esses maravilhosos e cansativos anos. Quero que todas saibam que levarei vocês pra sempre comigo e que foi incrível ter conhecido cada uma de vocês.

Agradeço também a minha amada orientadora Elizabete, que me ajudou muito no preparo do meu TCC, me orientou da melhor forma possível, sempre com muita dedicação, paciência, ideias e pela disponibilidade. Muito obrigada!

“Entrega o seu caminho ao Senhor; confie nele, e ele agirá.”

Salmos 37:5