

BIANCA MYLLENA DA SILVA FRAGA

**CARACTERÍSTICAS DO BRUXISMO INFANTIL E
POSSÍVEIS TRATAMENTOS: REVISÃO DE
LITERATURA**

PARIPIRANGA

2021

BIANCA MYLLENA DA SILVA FRAGA

**CARACTERÍSTICAS DO BRUXISMO INFANTIL E
POSSÍVEIS TRATAMENTOS: REVISÃO DE
LITERATURA**

Monografia apresentada ao Departamento
de Odontologia como requisito parcial à
conclusão do Curso de Odontologia do
Centro Universitário AGES para obtenção
do grau de cirurgião-dentista.

Área de concentração: Odontopediatria

Orientadora: Esp. Mariana Cisneiros Silva Oliveira

Paripiranga

2021

Fraga, Bianca Myllena da Silva

Características do bruxismo infantil e possíveis tratamentos:
revisão de literatura / Bianca Myllena da Silva Fraga

30 páginas

Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia – Centro
Universitário AGES. Paripiranga, 2021

Área de concentração: Odontopediatria

Orientadora: Mariana Cisneiros Silva de Oliveira

Palavras-chave: Bruxismo. Tratamento. Odontopediatria.

BIANCA MYLLENA DA SILVA FRAGA

**CARACTERÍSTICAS DO BRUXISMO INFANTIL E
POSSÍVEIS TRATAMENTOS: REVISÃO DE
LITERATURA**

Paripiranga, ___/___/___.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à conclusão do Curso de Odontologia do Centro Universitário AGES para obtenção do grau de cirurgião-dentista.

Mariana Cisneiros Silva de Oliveira – orientadora (presidente)
Centro Universitário AGES

– 1º examinador
Centro Universitário AGES

– 2º examinador
Centro Universitário AGES

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pela saúde e por me dar forças para continuar, independentemente de qualquer coisa, por nunca me deixar desistir.

Agradeço também aos meus pais, meus avós, por sempre me incentivar e me motivar todos os dias. Principalmente minha mãe, mesmo com tantos puxões de orelha, me guiou e me mostrou que esse era o caminho certo a seguir.

A minha madrinha, Luana e a minha prima Nathy, aquelas que sempre ficaram do meu lado, sempre me motivando e me incentivando.

Aos meus amigos, Igor Rafael e Janderson Carvalho, que nunca deixaram de acreditar em mim, na minha capacidade, sempre me incentivando, e nunca me deixando desistir, sou grata por ter vocês em minha vida, que nossa amizade prevaleça sempre.

As minhas pequenas e grandes amigas, Franciele e Martha, que sempre estiveram comigo.

A galera do ônibus que Deus me presenteou com vários amigos, que irei levar para sempre no meu coração.

A minha mais nova amiga, Bárbara Lima, foi aquela que sempre me colocou lá em cima, aquela amiga que me ensinava, que sempre deixava as coisas dela de lado para estar comigo, ali me ajudando e auxiliando, até mesmo me atendendo, uma amizade que chegou do nada e se tornou tudo.

Quero agradecer em especial a minha orientadora, Mari, pela atenção e dedicação, permitindo assim que eu apresentasse o melhor desempenho no meu processo de formação profissional.

Quero agradecer a todos os meus primos e amigos que não dá para citar aqui, mas sei o que cada um me proporcionou nessa jornada. Obrigada de coração a todos!

RESUMO

O bruxismo é um acometimento que se encontra entre os mais comuns no trabalho odontológico. Pauta-se no ato de ranger e/ou apertar os dentes, podendo ser durante a noite ou pelo dia. Esse problema pode ser considerado fisiológico ou uma patologia e, por isso, não tem surgimento exatamente definido. As evidências científicas nesse contexto são limitadas apesar dos inúmeros estudos sobre o tema. O objetivo principal deste trabalho é: reconhecer as principais manifestações físicas e psicológicas que levam ao desenvolvimento do bruxismo através de uma revisão bibliográfica, que determinou que a incidência no público infantil está cada vez mais frequente, o que significa que a faixa etária que ele representa carece de uma maior atenção. A compilação de fatores para definir as causas do bruxismo são sistêmicas e devem ser diagnosticadas o quanto antes. Tal recomendação surge como medida para prevenir danos ao sistema estomatognático, evitando que o paciente sofra maiores complicações com o agravamento desse problema. Além disso, o cirurgião-dentista deve compreender que em muitos casos o trabalho multidisciplinar com outras áreas de estudo como Psicologia, Fonoaudiologia e Medicina por exemplo, pode contribuir no controle do paciente sobre o problema e gerar bem-estar para o mesmo. Enfim, apesar dos entraves quanto a sua etiologia, as técnicas atuais de tratamento se encontram satisfatórias, mas podem ser potencializadas com novas descobertas, tornando o tratamento mais eficiente.

Palavras-chave: Bruxismo. Tratamento. Odontopediatria.

ABSTRACT

Bruxism is an affection that is among the most common in dental work. It is based on the act of grinding and/or clenching your teeth, which can be during the night or during the day. This problem can be considered physiological or a pathology and, therefore, does not have an exactly defined appearance. Scientific evidence in this context is limited despite the numerous studies about the subject. The main objective of this work is: to recognize the main physical and psychological manifestations that lead to the development of bruxism through a literature review, which determined that the incidence in children is increasingly frequent, which means that the age group it represents needs more attention. The compilation of factors to define the causes of bruxism is systemic and must be diagnosed as soon as possible. This recommendation appears as a measure to prevent damage to the stomatognathic system, preventing the patient from suffering further complications with the aggravation of this problem. In addition, dentists must understand that, in many cases, multidisciplinary work with other areas of study such as Psychology, Speech Therapy and Medicine, for example, can contribute to the patient's control over the problem and generate well-being for them. Finally, despite the obstacles regarding its etiology, current treatment techniques are satisfactory, but can be enhanced with new discoveries, making the treatment more efficient.

Keywords: Bruxism. Treatment. Pediatric Dentistry.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1	Fatores etiológicos e características gerais do bruxismo.....	9
2.2	Bruxismo noturno (do sono) e bruxismo diurno (de vigília)	12
2.3	Bruxismo infantil	15
2.4	Diagnóstico e tratamento	17
3	DISCUSSÃO	20
4	CONCLUSÃO	22
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
	ANEXOS	27

1 INTRODUÇÃO

Em linhas gerais, o bruxismo é o ato de ranger os dentes, causando atrito entre eles e diminuindo a densidade óssea dos mesmos. Apesar do problema ser único, pode ser derivado de diversas ações, sejam elas físicas ou psicológicas como por exemplo o nervosismo ou a ansiedade, como também podemos citar a anormalidade do alinhamento dos dentes causada pelo maxilar. Portanto, é um problema que tem resoluções que implicam no conhecimento do profissional, algo que por diversas vezes transcende a linha da área de atuação.

De acordo com Emídio (2020), o bruxismo pode ser definido como um movimento repetitivo dos músculos mandibulares e é caracterizado pelo ranger ou apertamento dos dentes, que pode ocorrer enquanto o indivíduo está acordado ou durante o sono. A etiologia desse problema é complexa e multifatorial, incluindo fatores biológicos (neurotransmissores), psicológicos (estresse, ansiedade, personalidade) e exógenos (nicotina, álcool, drogas, medicamentos). Para Pontes (2019), durante essa atividade parafuncional, que acontece quase inteiramente em nível subconsciente, os mecanismos de proteção neuromuscular estão ausentes, podendo acarretar danos ao sistema estomatognático, Endócrino, circulatório, mastigatório e desordens temporomandibulares, além de dores musculares e de cabeça, desgastes dentários, prejuízos aos tecidos periodontais, problemas respiratórios, distúrbios do sono e prejuízos a fala.

A etiologia do bruxismo é complexa e multifatorial de acordo com Lobezzo (2013), mas o próprio paciente pode tentar detectar dores excessivas na região do maxilar, cansaço durante a mastigação, crises de ansiedade entre outros fatores. Os fatores externos associados podem ser controlados, então sabe-se que o bruxismo não tem uma cura específica, ou seja, existem procedimentos que podem levar a diminuição dos sintomas e autocontrole (AASM, 2001).

Simões-Zenari (2010), salienta que hábitos hereditários influenciam diretamente no desenvolvimento do bruxismo na infância, associados também aos hábitos de maior responsabilidades dos pais, como uso de chupetas, chupar dedo, alterações no desenvolvimento psicossocial entre outros fatores que também são

considerados mais comuns. Além disso, Ferreira e Toledo (1997) afirmam uma coexistência importante de dependência entre o bruxismo e o período de aleitamento materno. Logo, fica claro que a odontopediatria tem um papel relevante no tratamento desse problema e que é explicitamente necessário que o profissional tenha amplo conhecimento sobre essa problemática.

Pensando dessa forma, o conceito de qualidade de vida atrelado à saúde bucal não somente está alinhado aos procedimentos odontológicos. Lesões, desgastes e distúrbios são consequências da ação do problema caracterizado como bruxismo, então Santos (2013) considera que esse problema pode não ser o problema final, mas a ferramenta, o intermediador necessário para que possam surgir outros acometimentos na cavidade oral do paciente.

Esse trabalho a partir de uma revisão de literatura tem como objetivo discorrer sobre as características do bruxismo na infância, facilitando a detecção pelo cirurgião-dentista, e mostrar quais são as repercussões no tratamento odontológico. A pesquisa foi feita com base nos artigos das plataformas: Scielo, Pubmed, Revista Brasileira de Odontologia e Academia Americana sobre Dor Orofacial.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Fatores etiológicos e características gerais do bruxismo

Cada vez mais nos consultórios odontológicos, encontramos problemas que vêm atrapalhando a vida dos pacientes com certa frequência. Isso pode ocorrer por diversos fatores que estão associados a problemas crônicos, hereditários, causados por maus hábitos e também por fatores emocionais. Dentre esses problemas podemos destacar o bruxismo que, apesar de ser conhecido até mesmo pelo senso comum, é um problema recorrente na clínica odontológica.

O bruxismo é um fenômeno que por muito tempo foi determinado como uma manifestação oral normal, de implicações exclusivamente individuais. Suas consequências são inúmeras e podem afetar todo o sistema estomatognático por ser um problema constante e que, se não detectado num tempo hábil, pode gerar danos irreversíveis (SIMÕES-ZENARI, 2010). Em concordância com Winocur (2011), esse problema é um hábito parafuncional e que apresenta diversas origens e que necessitam de atenção, e mostram desordens funcionais de severas implicações clínicas.

Destarte, entende-se por parafunções - funções repetitivas do sistema estomatognático, que geralmente ocorrem de forma inconsciente e que são diferentes em qualidade e quantidade, quando comparadas a uma atividade fisiológica coordenada (SERAIARIAN, 2001). De modo geral, podemos ter a noção de que a atividade parafuncional que precede o bruxismo apesar de ser multifatorial, ela tem prevalência em algumas ações cotidianas que são muitos incidentes.

De acordo com a AAOP (1996), o grau de ativação muscular relacionado ao bruxismo pode gerar uma classificação podendo ser cêntrico ou excêntrico. No cêntrico que podemos definir como apertamento do dentes, há a parafunção de manter os dentes apertados de forma contínua, favorecendo o surgimento de problemas nos músculos e nas articulações temporomandibulares. Enquanto na fase excêntrica, a pressão colocada sobre os dentes causa uma contração isotônica, levando ao ato de ranger os dentes e levando, assim, a um desgaste das bordas incisais.

Em contrapartida, Santos (2013) afirma que mesmo conhecendo o problema em sua totalidade e possíveis formas de tratamento ou contenção, é praticamente impossível determinar uma causa específica. Portanto, é indispensável mencionar que esse problema tem inúmeros fatores que criam, agregam ou intensificam o bruxismo, podendo levar a outros problemas de maior complexidade. Conhecer sobre a diversidade desses fatores etiológicos promoveu uma abordagem terapêutica mais complexa. Entretanto, Mariotti (2011) determina que fatores oclusais não podem ser completamente descartados da etiologia do bruxismo.

Pode-se agregar também, como fatores etiológicos do bruxismo, a incidência frequente de fatores psicossomáticos. Para Lobezzo (2013) os altos níveis

de estresse e outros problemas de cunho psicológico, afetam diretamente no funcionamento do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, que levam ao aumento da frequência cardíaca, respiratória e hormonal, como o cortisol.

É perceptível também, que o despertar durante a fase de sono dura em média 3 segundos e não é capaz de fazer com que o paciente volte ao seu consciente, voltando a dormir em imediato a esse tempo. De acordo como os dados coletados pela AASM (2001) estudos eletromiográficos conseguem mostrar instantaneamente a capacidade de ativação muscular da região mandibular, permitindo uma análise criteriosa que apresenta dados bem detalhados em pacientes que sofrem com o bruxismo.

Associado a esse fator temos através das concepções trazidas por Mariotti (2011) que, a prevalência do surgimento do bruxismo em pessoas que sofreram algum tipo de alergia na infância é maior que 50%, devido as alterações que ocorrem na cavidade oral/nasal mudando também a forma de deglutição através do tempo, aumentando a pressão nas tubas auditivas.

É indispensável mencionar também a grande prevalência de fatores emocionais que resultam no surgimento e evolução do bruxismo (PIZZOL, 2006). Esses fatores revelam que o estilo de vida implica diretamente numa sobrecarga muscular na região maxilar associados a todas as características multifatoriais anteriormente mencionadas. Logo, Diniz (2009), defende que os hábitos encontrados em boa parte dos indivíduos como morder objetos ou respirar pela boca.

Tendo em vista as características morfológicas e fisiologias do paciente, o bruxismo pode ser definido como primário ou secundário. Respectivamente, o bruxismo é definido como finalidade, quando apresenta características que levam a se desenvolver sem decorrência de causas externas. Destarte o contato oclusal parafuncional é considerado idiopático (GONÇALVES, 2010). Já o segundo, para AAOP (1996) é definido pela decorrência de fatores externos e neurológicos como emoções, estilo de vida entre outros. Outras características que podem ser observadas são ações como morder lápis, roer unhas, morder a própria bochecha, por exemplo.

Como visto acima, as ações desencadeadas pelo bruxismo durante o sono fazem parte de uma série de excitações que não são premeditadas, ou seja, fazem

parte do Sistema Nervoso Autônomo (SERAIARIAN, 2001). Essas ações do Sistema Nervoso Autônomo causam alterações nos batimentos cardíacos que acarretam breves despertares durante o sono, além de que há uma correlação de fatores fisiológicos e psicológicos que levam a saída do período de homeostase.

Dentro desse problema, podemos citar duas características principais do bruxismo, que são o bruxismo diurno e o bruxismo noturno. Naturalmente podemos concluir que o bruxismo diurno é o ato de ranger os dentes durante o dia, porém com características emocionais o que nos leva a percepção de que situações de ansiedade, nervosismo, estresse e etc., podem causar o desalinhamento, a fadiga muscular, mialgias (leves a moderadas) e fadiga muscular na região do maxilar. Enquanto o bruxismo noturno, também pode ser por fatores emocionais, principalmente, no momento do sono profundo, como também uma prorrogação da consequência da região afetada durante o dia.

2.2 Bruxismo noturno (do sono) e bruxismo diurno (de vigília)

Apesar de termos a certeza de que a incidência do bruxismo ocorre durante a noite, faz-se necessário compreender os mecanismos que devem levar o indivíduo a esse estágio de uma maneira mais significativa. Para Pontes (2019), faz-se necessário compreender as presenças de sintomas, para que o problema seja identificado como bruxismo do sono e não outra variável. Nisso podemos crer que sintomas como ranger dos dentes, desgaste dentário, dor na musculatura mastigatória, dor nas têmporas ou dificuldade em abrir a boca ao acordar devem ser amplamente considerados.

O que difere basicamente os tipos de bruxismo é o nível de consciência que está atrelado ao paciente. No caso do bruxismo noturno, o SNA corresponde a ação semi voluntária permitindo que o ato de ranger dos dentes aconteça. Essa concepção corrobora com a afirmativa de Seraidarian (2001) que os fatores morfológicos dos pacientes geram menor incidência nos casos quando comparados a

fatores psicológicos e patológicos. Isso quer dizer que as principais incidências de bruxismo do sono em pacientes ocorrem pelo estilo de vida e hábitos ruins que levam a possíveis alterações no sistema nervoso. Os fatores emocionais aqui citados elevam esses níveis de incidência do bruxismo, causando desconforto principalmente em pacientes entre 30 a 60 anos, podendo ser um problema irreversível.

Associado a esses hábitos, o uso de medicamentos ou estimulantes produzem uma espécie de dependência no indivíduo, que fica sob controle de seu uso, o que agrava ainda mais a situação de quem sofre desse problema (ALENCAR, 2014). Podemos considerar então que o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e/ou estimulantes elevam as ocorrências de bruxismo, que por consequência aumentam os níveis de hormônios que atrapalham a qualidade de vida do paciente e por fim, tornam o bruxismo num meio de acometimento de várias outras doenças que vão além de problemas bucais.

A prevalência em pessoas com mais de 40 anos também é considerada alta, porque os altos níveis de estresse encontrados na fase adulta se reverberam na premissa de que pessoas com mais escolaridade e desempenho de funções são mais propensas a obterem essas liberações de hormônios de estresse.

Nos dois tipos de bruxismo que podemos nos ater, o bruxismo noturno (ou bruxismo do sono) é o mais prevalente na população de forma geral. Essa disfunção não mostra uma diferenciação entre sexos e está mais ligada a faixa etária infantil. Mas engana-se quem acredita que esse problema é mais grave nos primeiros anos de vida. Para Alencar (2020) o desgaste do tecido ósseo é evidente na adolescência e na fase adulta, decorrente dos processos acometidos nos primeiros anos e não tratados como deveriam ser tratados.

Em um estudo recente, Pontes (2019) afirmou que a incidência do bruxismo do sono é até três vezes maior em relação ao bruxismo de vigília (bruxismo diurno). Essa caracterização depende muito do fator emocional que prevalece quando o subconsciente do indivíduo está mais ativo. Ou seja, o modo com que o paciente lida com as suas situações atípicas e problemas diários, auxilia no trabalho inconsciente que dá origem a diversas ações pelo SNA. Tais ações incluem o ato de pressionar os dentes, causando atrito e, conseqüentemente, rangido entre a mandíbula e o palato.

Assim como o bruxismo noturno, há também o bruxismo diurno (ou bruxismo de vigília), que leva o paciente aos mesmos problemas causados pelo primeiro, respectivamente. O bruxismo de vigília também leva o paciente a desenvolver problemas no sistema estomatognático, iniciando-se pelo processo de ranger os dentes. As mesmas características que ocorrem de forma inconsciente no bruxismo noturno, podem ocorrer de forma semelhante no bruxismo de vigília, porém com o paciente estando no seu estado consciente.

De acordo com Ordoñez-plaza (2016) o bruxismo de vigília não é passível de estabelecimento de parâmetros para sua mensuração. Isso ocorre pelo fato de que o bruxismo de vigília apresenta etiologias diferentes das que caracterizam uma outra possibilidade. Assim, percebemos que esse tipo de problema está associado ao estilo de vida dos pacientes. As evidências sugerem que o fatores psicológicos e psicossomáticos apresentem maior prevalência no acometimento do bruxismo de vigília.

Vale a ressalva de que o bruxismo de vigília tem suas evidências consideradas escassas, devido ao termo ranger os dentes, o qual pode ser desmembrado do ato de encostar a dentição. Isso deve ser levado em consideração porque, segundo a AAOP (1996) esses diferentes termos podem estar separados na literatura científica, quando na verdade ambos podem ser utilizados para caracterizar o mesmo problema.

Podemos considerar então, que o uso de medicamentos, substâncias que alterem o funcionamento normal do sistema nervoso, sejam os principais condicionantes para que o bruxismo de vigília se desenvolva em pessoas que já têm algum tipo problema caracterizado como orofacial, ou não. Diante disso Gatti (2009) sugere que o uso de medicamentos no trato de outros problemas deve ser analisado com mais cautela, visto que a produção de hormônios relacionados ao estresse, como o cortisol, pode agravar a situação de quem já sofre com o bruxismo.

Outros fatores também se sustentam para definir o bruxismo de vigília, tendo em vista que alterações caracterizadas pelo uso de substâncias que alteram o funcionamento cerebral podem implicar diretamente na etiologia desse problema. Até são mencionados na literatura como fatores de risco, tais como estimulantes, alcoolismo, tabagismo entre outras substâncias. Ordoñez-Plaza (2016) define que

medicamentos que ativam ou modificam o sistema cardiovascular podem gerar alterações também na qualidade do sono do paciente. Medicamentos que auxiliam no controle e tratamento de problemas como Parkinson, Transtorno de Déficit de atenção, TDAH, Esquizofrenia e outras doenças causam reações no paciente que muitas vezes passam despercebidas (ALENCAR, 2020). Além disso, pode-se afirmar que a predisposição genética é crucial, já que os filhos podem herdar características físicas e psicológicas dos pais (SIMPLÍCIO, 2018).

2.3 Bruxismo infantil

Quando levamos em consideração as características que envolvem a definição de bruxismo, tem-se a premissa que de acordo com Simões-Zenari (2010) na infância o bruxismo é constatado como bruxismo primário. Porém apesar dessa caracterização, obtém-se também que o público infantil é mais propenso a desenvolver os distúrbios parafuncionais oclusais, o que exalta a necessidade de um diagnóstico nessa faixa etária.

Analisando por esse ponto de vista, o profissional deve estar atento às possibilidades já que é mais complexa detecção desse problema por parte dos pais ou responsáveis. A obtenção de dados feita por Simões-Zenari (2010) sobre a faixa etária infantil, determinou que a ocorrência do bruxismo em crianças de 4 a 6 anos foi de mais de 50%, como ocasional ou constante (o que é mais grave). É necessário ressaltar também que o hábito de ranger os dentes durante a noite se difere do apertamento dos dentes, mas as duas características causam problemas semelhantes ou, quando associados levam ao aparecimento de problemas mais graves na região orofacial da criança, com risco de eclodir já na adolescência.

Segundo com Mariotti (2011) o bruxismo na infância, pode ser identificado através da presença de desgastes da superfície dentária. Desgastes esses que, segundo Klein (2006) levam a desconfortos musculares e também na articulação temporomandibular, ocorrendo também o aceleramento da reabsorção radicular de

dentes decíduos e podendo provocar alterações no tempo de erupção dos dentes permanentes.

Apesar de haver uma imersão sobre esse assunto, a literatura científica não consegue fornecer com precisão estudos feitos com crianças, devido ao fato de que alguns métodos poderiam não ser muito bem aceitos. Com isso, a maioria das pesquisas utilizou como principais respostas, os hábitos de ranger os dentes e pressioná-los, para obter conclusões com o público infantil (SERAIARIAN, 2010).

Diante desse cenário, compreendemos que no público infantil, não há uma necessidade iminente de distinguir a prevalência entre os sexos, já que a mesma é muito semelhante. Foi constatado que hábitos orais na infância têm um papel fundamental no desenvolvimento do bruxismo a longo prazo. Porém, fatores como a sialorreia durante o sono levam a criança tentar conter esse excesso de saliva fechando a boca e compensando com um apertamento dos dentes de uma forma mais intensa, mas não há relação com o bruxismo. Fatores como o uso de chupetas, morder os lábios ou roer as unhas por exemplo, levam ao desenvolvimento de alterações respiratórias, já que esse problema tende a acontecer, principalmente, durante a noite.

Em contrapartida, estudos levaram a constatar que não há relação direta entre a respiração oral durante o sono com o problema, contudo, pode estar associado a fatores externos como o despertar durante a noite, ação que aumenta o risco da atividade parafuncional (AAOP, 1996). O bruxismo está associado com o sono fragmentado, que na infância tende a causar obstrução das vias aéreas, alterando o posicionamento da mandíbula para melhorar a passagem de ar, o que auxilia no desenvolvimento do problema.

O uso de chupetas na infância aumenta a possibilidade de desenvolvimento de bruxismo em sete vezes mais que uma criança que não a usa. O que representa um aumento de 300% na faixa etária de 4 a 6 anos e 223% em crianças de 7 a 12 anos de idade. Já crianças habituadas a morder os lábios tem 5 vezes mais chances de desenvolver o bruxismo nessa faixa etária.

Crianças acometidas com o bruxismo tende a sofrer com cefaleias com mais intensidade e frequência comparadas às crianças que não sofrem desse mal. Dessa forma, podemos considerar que essas alterações geram ainda mais desconforto no dia a dia, tendo em vista que as crianças não têm controle sobre essas

situações durante o próprio sono, levando a responsabilidade para os pais ou responsáveis.

Característica indispensável para o desenvolvimento do bruxismo na infância é o padrão de sono. Que segundo Simões-Zenari (2010) o padrão de sono é responsável por inúmeras alterações na criança que pode mudar a sua condição de qualidade de vida até a fase idosa. Problemas relacionados ao sono podem desencadear problemas hormonais, comportamentais e cognitivos que se não controlados, resultam no acometimento de outros problemas de maior complexidade e também do bruxismo em todas as suas formas.

Além disso, a hipertrofia da região perioral leva a criança a sentir desconforto em diversas ocasiões, como a abertura da boca em situações simples como falas, bocejos, mastigação, resultam em desconforto em problemas futuros no sistema estomatognático. As intervenções nessa fase devem ser eficientes a ponto de produzir tanto na criança, quanto nos pais, a necessidade de contenção do problema pensando no bem-estar da criança, já que esse problema carece de um processo curativo ainda inexistente.

2.4 Diagnóstico e tratamento

O trato em relação as parafunções apresentadas pelo bruxismo envolvem o mal funcionamento de atividades comuns como falar, mastigar e engolir por exemplo, levando o paciente a sentir desconfortos cada vez mais intensos e difíceis de serem minimizados. Para Alencar (2014), essas atividades parafuncionais podem ser de cunho idiopáticos (de origem natural ou que não pôde ser determinada), ou secundários (derivados de problemas neurológicos), lembrando que essas atividades podem acontecer tanto pelo dia, quanto pela noite.

Essas ações podem ocorrer separadas ou associadas, porém, a grande parte dos estudos analisam os acontecimentos causados no bruxismo noturno, o qual Lavigne (2008) determina que os movimentos parafuncionais ocorrem de 5 a 78 vezes

numa noite quando consideradas 8 horas de sono em média entre os indivíduos testados. Levando em consideração os fatores oclusais, Lavigne (2008) afirma que acontecem poucos contatos porque a maioria dos participantes das pesquisas que sofrem com esses distúrbios dormem com a boca entreaberta.

Os estudos apontam que os casos de bruxismo em escala geral (sem distinção de faixa etária), acontecem mais entre o público masculino, visto que os fatores secundários geram em evidência, mais alterações emocionais em homens do que em Mulheres (RESTREPO, 2001). Dessa maneira, vale a ressalva de que as maiores modificações neuropsicológicas em indivíduos de uma forma geral acontecem no período entre 15 a 35 anos de idade, mesmo sabendo que na infância fatores primários podem auxiliar na potencialização desse problema.

Quando levamos em consideração pontos como diagnóstico e tratamento, conclui-se que as técnicas de reversão de hábitos auxiliam na redução de contato entre os dentes sendo utilizado como ferramenta para a diminuição da incidência de mialgias craniofaciais. Apesar de poucos estudos apresentados na literatura científica sobre o tratamento do bruxismo, justamente pelas suas chances multifatoriais de acontecerem e não gerar uma possibilidade fidedigna de coerção, há alguns pontos que devem ser apresentados como estratégias para minimizar e controlar a incidência do problema.

Principalmente para o âmbito infantil, Moresca (2016) ratifica que a utilização de placa oclusal rígida é uma possibilidade, mas pode ser uma alternativa que atrapalhe o crescimento do alvéolo maxilar, o que implicaria em aparecimento de outras problemáticas.

No entanto, Lobezzo (2008) relata que não existem evidências auto sustentáveis sobre o controle do bruxismo. O mesmo relata que podem ser utilizado o acompanhamento psicológico, utilização de fármacos e também a utilização de placas interoclusais, para controle e diminuição do problema.

Outra possibilidade bastante aceita e utilizada entre os pesquisadores é que as placas miorreloxantes podem excluir com eficiência a memória muscular da região oclusal que foi traumatizada, para que seja recuperado o equilíbrio, minimizando os desgastes (MORESCA, 2016). Apesar dessas placas terem efeito temporário podem potencializar o trabalho do cirurgião dentista, permitindo que o

mesmo possa reconduzir o paciente a uma nova padronização no movimento, gerando uma coordenação muscular melhor.

Um ponto em comum entre todas as pesquisas acerca do diagnóstico e tratamento do bruxismo é que mesmo sendo um problema a ser solucionado pelo dentista, o mesmo pode advir de fatores multidisciplinares, portanto, cabe ao paciente (ou responsável) compreender que o problema pode ser de caráter psicológico. Tanto que Diniz (2009) defende que o uso de estratégias que envolvem competências psicológicas e comportamentais podem e devem estar presentes na construção de uma estrutura que consiga fornecer ao paciente condições ideais para o autocontrole emocional, nesse caso a psicoterapia.

Já Simões-Zenari (2010), defende insistentemente que o acompanhamento é indispensável para que o paciente obtenha sucesso no controle do problema, seja ele odontológico ou psicológico, sendo potencializado se houver ação de ambos. A agilidade no diagnóstico aumenta exponencialmente as chances de reversão do bruxismo quando comparado a diagnósticos feitos com certa demora.

A estratégia utilizada no tratamento e controle do bruxismo, deve ser exclusiva, ou seja, individualizada. Isso ocorre devido ao fato desse problema ser multifatorial, o que implica em análises minuciosas sobre as características apresentadas por paciente. A radiografia também deve ser estudada pelo cirurgião-dentista juntamente com outros exames clínicos de forma precisa, para chegar a um diagnóstico mais adequado.

Em contrapartida, Diniz (2009) sugere que em ocasiões específicas, o paciente deverá suspender alguns processos como a utilização de medicamentos e acompanhamento psicológico, para que seja possível a ação exclusiva de cunho odontológico para que o paciente tenha a condição necessária para resolver o problema apenas pela utilização de processos reversíveis.

Contudo, vimos que o surgimento dos problemas relacionados ao bruxismo é de origens diversas, caracterizadas como multifatoriais. Logo, com essa premissa temos em vista que a solução para esses problemas se encontra com ações multidisciplinares, que levam ao cirurgião dentista, maior responsabilidade na ação e controle deste problema em específico.

3 DISCUSSÃO

Como citado anteriormente, o bruxismo é um ato involuntário que afeta de forma funcional, o sistema mastigatório, podendo acontecer principalmente durante o sono, porém existem características que podem afetar o período diurno (PIZZOL, 2006). Ele é considerado primário quando não existem causas perceptíveis e secundário quando é derivado de doenças de cunho psicológico ou neurológico.

Na maioria dos acontecimentos ligado ao bruxismo, o paciente não tem noção prévia de quando acontece o ato de ranger ou apertar os dentes. A ação imperceptível por parte do próprio paciente tende a ser percebida por outras pessoas, quando (na maior parte das vezes) se encontra em estágios mais avançados, o que pode levar a outros acometimentos no sistema mastigatório.

Gonçalves (2010) afirma que os danos causados pelo bruxismo são irreversíveis e é de imensurável importância que o cirurgião-dentista faça uma análise detalhada para controle eficaz e manutenção periódica para que o paciente não venha a ter mais problemas com frequência.

As causas multifatoriais diminuem as chances de um diagnóstico preciso, por isso, Mariotti (2011) detalha que o diagnóstico precoce é uma boa forma de prevenir o avanço desse problema, principalmente na infância, na qual as chances de diminuição e controle podem ser muito eficientes. Como determina Pizzol (2006), essa junção de fatores parafuncionais associados a alterações no modo de vida do paciente viabilizam a possibilidade de que ele tenha danos severos a dentição, o que seria um grande infortúnio.

Tão importante quanto as descobertas sistêmicas e psicológicas, Simões-Zenari (2010) informa que os fatores hereditários têm um grau de relevância muito grande no diagnóstico mais preciso sobre o bruxismo, a autora revela que principalmente na infância, os hábitos e estilo de vida dos pais levam ao desenvolvimento de hábitos por parte dos filhos. Já Diniz (2009) reitera que por ser um problema irreversível, o bruxismo deve ter seu tratamento feito com eficácia,

associado a um acompanhamento adequado para cada paciente, pois, por ser um problema multifatorial, fica visível que se não feito um diagnóstico preciso acompanhado de um trabalho de manutenção do controle, o problema pode retornar e acabar gerando mais problemas para o paciente.

Os estudos apresentados por Pizzol (2006), revelam que o estresse emocional na infância é um fator condicionante para o bruxismo, que diante do exposto tem a premissa de que as crianças sofrem de ansiedade e descontrole de adrenalina, levando a produção de hormônios associados ao estresse. Para Emídio (2020), esse fator pode ser observado porque há uma grande relevância de que esses distúrbios ocorridos na infância podem se perpetuar para a fase adulta, gerando altas chances de que o bruxismo (mesmo contido em algum momento) possa retornar.

Outro ponto de destaque é que na infância a incidência de bruxismo está acima de 50%, o que é um problema, já que o problema é tido como multifatorial, essas várias possibilidades atrapalham o discernimento para diagnóstico e chances de tratamento pré-estabelecidas como em outras patologias ligadas a odontologia. Em contrapartida Simões-Zenari (2010) afirma que ações educativas na infância são de grande valia para percepção do problema e possíveis ações por parte do cirurgião-dentista, condicionando o paciente para um controle sobre o bruxismo. Além disso, Diniz (2009) traz que a individualidade do paciente no diagnóstico e tratamento deve ser respeitada.

Mariotti (2011) destaca que por ser um problema multifatorial, também existem procedimentos variados que dependem não só do campo da odontologia, mas de outras áreas de conhecimento, como psicologia, fonoaudiologia e farmacologia, o que abriu portas para um campo vasto de possibilidades. No entanto, autores como Restrepo (2011) afirma que o uso de placas de acrílico para conter os avanços do desgaste dentário, também auxiliam na frequência com que o paciente pode ranger os dentes.

Não oposto a isso, mas com uma proposta diferente, Diniz (2009) defende que o acompanhamento psiquiátrico pode colaborar efetivamente na manutenção dos baixos níveis de incidência do bruxismo no paciente, o que pode ser uma alternativa de sucesso levando em consideração que o paciente já obtém um controle sobre o

problema. Não distante a essas possibilidades, o autor ainda credita ao uso de medicamentos como possibilidade em alternativa a utilização de um acompanhamento psiquiátrico.

Apesar de ser um problema muito debatido na literatura científica, Moresca (2016) relata que existem muitas contradições no universo odontológico sobre o bruxismo. Os estudos clínicos devem ser potencializados a fim de descobrir novas condições para o surgimento dessa doença e também para a contenção e potencialmente uma solução definitiva para o mesmo.

Um consenso na comunidade científica é que o trato com o bruxismo deve ser realizado principalmente na infância, que por intermédio dos pais ou responsáveis o ajuste dos problemas que levam ao bruxismo deve ser decifrado e assim possivelmente minimizado, para que os riscos futuros sejam mínimos (MARIOTTI, 2011). Associado a isso, Nahás-Scocate (2012) defende que a manutenção do controle deve e pode ser feita por outros profissionais como médicos ou psiquiatras para potencializar a zona de controle.

Por fim, entendemos que o bruxismo é um problema recorrente na clínica odontológica, porém o mesmo necessita de estudos mais aplicados para a sua contenção e futuramente, uma ação concreta sobre sua eliminação. Com isso, fica a conclusão de que apesar dos entraves encontrados, é papel do cirurgião-dentista atuar diretamente num diagnóstico preciso do problema, levando em consideração todos os fatores que podem atrapalhar o estilo de vida do paciente, para que seja desenvolvida uma ação eficaz de controle sobre o problema.

4 CONCLUSÃO

Em concordância com a literatura científica é conclusivo que o bruxismo apesar de ser um problema já amplamente debatido em pesquisas, é um hábito muito frequente nos consultórios odontológicos. Essas evidências apontaram que a estimulação dos sistemas excitatórios e inibitórios ocasionados pelo sistema nervoso,

alteram o equilíbrio funcional entre o cérebro e o córtex cerebral. Seu surgimento é multifatorial e origina-se de fatores sistêmicos, psicológicos e hereditários principalmente, podendo esses estarem gerando o problema individualmente ou associados.

Nesse campo, é indispensável que a comunidade científica busque ampliar os conhecimentos traduzidos em novas pesquisas para diminuir as controvérsias no que diz respeito a etiologia e tratamento dessa doença. Pensando dessa maneira, cabe ao profissional pensar no diagnóstico como uma forma precoce de descoberta do problema, com o intuito de prevenção de danos ao sistema mastigatório do paciente e, assim, conquistar o bem-estar do mesmo.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, M. J. S; MARTINS, B. M. C; VIEIRA, B. N. A relação do bruxismo com a dopamina. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 62-6, jan./jun. 2014.

ALVES, V. C. et al. Alguns aspectos do bruxismo de interesse do odontopediatra. **Rev Odontopediatria** 1993; 2:157-63.

AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN. **Guidelines for assessment, classification and management**. Chicago: Quintessence; 1996.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **International classification of sleep disorders, revised diagnostic and coding manual**. 2 ed. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2001.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **International classification of sleep disorders**. 3a ed. Darien: American Academy of Sleep Medicine; 2014.

AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION. **International classification of sleep disorders, revised**: diagnostic and coding manual. Rochester, Minn: American Sleep Disorders Association. 1997.

DINIZ, Michele Baffi et al. Bruxismo Na infância: um-sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. **Rev. paul. pediatria**. São Paulo, v. 27, n. 3, p. 329- 334, set. 2009.

DE LEEUW R. **Orofacial pain**: guidelines for assessment, diagnosis and management. 4 ed. Chicago: Quintessence; 2008.

EMÍDIO CAS, SANTOS LFN, CARNEIRO DPA, SANTOS PR, VEDOVELLO SAS, Valdighi HC. Behavioral and clinical aspects associated with probable sleep bruxism in early childhood. **Rev. Odontol. UNESP**. 2020.

FERRERIA, M.I.D.T.; TOLEDO, O.A de. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. **Rev ABO Nacional**, v.5, n.5, p.317- 320, 1997.

GATTI R, ANTONELLI G, PREARO M, SPINELLA P, CAPPELLIN E, DE PALO EF. Cortisol assays and diagnostic laboratory procedures in human biological fluids. **Clín. Biochem Aug**;42 (12):1205-17. 2009.

GONÇALVES L. P. V. et al. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. **Dental Press J. Orthod.**; 15(2): 97-104. 2010.

KLEIN JM, GONÇALVES A. Problemas de sono-vigília em crianças: um estudo da prevalência. **Psico-USF**; 13(1):51-8. 2008.

LAVIGNE GJ, KHOURY S, ABE S, YAMAGUCHI T, RAPHAEL K. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. **J Oral Rehabil**; 35:476-94. 2008.

LOBBEZOO, F. et al. Principles for the management of bruxism. **J. Oral Rehabil**. 2008, 35:509-23.

LOBBEZOO F, AHLBERG J, GLAROS AG, KATO T, KOYANO K, LAVIGNE GJ, *et al*. Bruxism defined and graded: an international consensus. **J Oral Rehabil Jan**; 40 (1):2-4. 2013.

MANFREDINI D, LOBBEZOO F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. **J Orofac Pain Spring**; 23(2):153-66. 2009.

MARIOTTI, Cristina Scotto Caetano. **Bruxismo infantil**. Monografia, 2011. Disponível em <http://www.vivavita.com.br/arquivos/artigos/bruxismo_infantil_-_monografia.pdf> Acesso em 12 out. 2021.

MORESCA, Ricardo Cesar. **Bruxismo em Criança**: etiologia e tratamento- revisão de literatura. Monografia, 2016. Disponível em <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/44801/R%20-%20E%20-%20RICARDO%20CESAR%20MORESCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 12 de Out. 2021.

NAHÁS-SCOCATE, Ana Carla Raphaelli. Associação ente bruxismo infantil e as características oclusais, sono e dor de cabeça. **Rev. Assoc. Paulista Cirurgiões Dentistas**. 2012; 66 (1): 18-22.

ORDÓÑEZ-PLAZA, M. P; VILLAVICENCIO-CAPARÓ, E; ALVARADO-JIMÉNEZ, O. R; VANEGAS-AVECILLAS, M. E. - Prevalência de bruxismo de vigília avaluado por auto reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión - **Rev. Estomatol. Herediana**. vol.26 no.3 Lima Jul. 2016.

PIZZOL, KEDC et al. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. **Rev odontol UNESP**. 35(2):157-63. 2006.

PONTESI. L. S; PRIETSCHI, S. O. M. - Bruxismo do sono: estudo de base populacional em pessoas com 18 anos ou mais na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul. **REV BRAS EPIDEMIOL**, 2019.

RESTREPO, C. C; ALVAREZ, E; JARAMILLO, C; VELEZ, C; VALENCIA, I. Effects of psychological techniques on bruxism in children with primary teeth. **J Oral; Rehabil**. 2001; 28:354-360.

SANTOS, Amanda da Silva. **Estudo da prevalência e dos fatores etiológicos envolvidos com o hábito de bruxismo em crianças da clínica de odontopediatria da Faculdade de Odontologia Araçatuba** - Unesp. 2013. 25 f. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2013.

SERAIDARIAN, P.I.; ASSUNÇÃO, Z.L.V.; JACOB, M.F. **Bruxismo**: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. JBA, Curitiba, v.1, n.4, p.290-295, out./dez. 2001.

SERAIDARIAN PI, CAVALCANTI BN, MARCHINI L, NEVES ACC. Urinary levels of catecholamine among individuals with and without sleep bruxism. **Sleep breath; 13:85-8**. 2010.

SIMÕES-ZENARI M, Bitar ML. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. Out-dez;22(4):465-72. 2010.

SILVA, N. R. S; CASTISANO, M. H. Bruxismo etiologia e tratamento. **Revista Brasileira de odontologia**, Jul./Dez. 2009, v, 66, n. 2, p. 223-226.

The glossary of prosthodontics terms. *J Prosthetic Dent* Jul; 94(1):10-92. 2005.

WINOCUR E, Uziel N, Lisha T, Goldsmith C, Eli I. Self-reported bruxism – associations with perceived stress, motivation for control, dental anxiety and gagging. **J Oral Rehabil Jan; 38(1):3-11**. 2011.

ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO REVISOR DE LÍNGUA PORTUGUESA

ages

TERMO DE RESPONSABILIDADE

RESERVADO AO REVISOR DE LÍNGUA PORTUGUESA

Anexar documento comprobatório de habilidade com a língua, exceto quando revisado pelo orientador.

Eu, Jefferson Reis Santos

declaro inteira responsabilidade pela revisão da Língua Portuguesa do Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), intitulado:

Características do lusuísimo infantil e possíveis tratamentos: revisão de literatura

a ser entregue por Bianca Myllena da Silva Fraga
acadêmico (a) do curso de Odontologia

Em testemunho da verdade, assino a presente declaração, ciente da minha responsabilidade no que se refere à revisão do texto escrito no trabalho.

Paripiranga, 11 de novembro de 2021.

Jefferson Reis Santos
Assinatura do revisor



Avicida Universidade, 23
Fazenda das Palmeiras Colégio Universitário
Prof. Dr. Jayme Ferreira Basso Paripiranga - BA

Rua dos Autores Mattos de Azevedo,
270 - Vila dos Capões
Cidade Postal nº 125 - LDBRTO - BA

99 336 - 44 277
Tucuruí - BA

Avicida Universidade
301, Estrada Federal Branca, 99, 324
Jacatana - BA

Rua São Clemente Junior, 89-607 - Centro
Cidade Postal nº 365 - Senhor do Bonfim - BA

Rua Dr. Angelo Zaverzi,
87-27 - Nova BA, 49990-000

ANEXO B - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE HABILIDADE COM A LÍNGUA PORTUGUESA



UniAGES
Centro Universitário

O Reitor do Centro Universitário AGES, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do curso de Letras, em 14 de abril de 2018, confere o título de

Licenciado em Letras a

Jeferson Reis Santos

brasileiro, natural do estado de Sergipe, nascido em 8 de fevereiro de 1996, RG 37350536-SSP/SE, filho de Geraldo Ferreira dos Santos e Doracilia Borges dos Reis Santos, e outorga-lhe o presente diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Paripiranga (BA), 14 de abril de 2018.

José Wilson dos Santos
Reitor

Jeferson Reis Santos

Jeferson Reis Santos
Diplomado

Maria de Fátima R. A. de Oliveira

Maria de Fátima R. A. de Oliveira
Secretária Acadêmica



ANEXO C - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO TRADUTOR



TERMO DE RESPONSABILIDADE

RESERVADO AO TRADUTOR DE LÍNGUA ESTRANGEIRA: INGLÊS, ESPANHOL OU FRANCÊS.
Anexar documento comprobatório da habilidade do tradutor, oriundo de IES ou instituto de línguas.

Eu, Aurelia Emilia de Paula Fernandes, declaro inteira responsabilidade pela tradução do Resumo (Abstract/Resumen/Résumé) referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), intitulada:

Características do bruxismo infantil e possíveis tratamentos: revisão de literatura

a ser entregue por **Bianca Myllena da Silva Fraga**,

acadêmico (a) do curso de **Odontologia**

Em testemunho da verdade, assino a presente declaração, ciente da minha responsabilidade pelo zelo do trabalho no que se refere à tradução para a língua estrangeira.

Paripiranga, 11 de novembro de 2021.

Aurelia Emilia de Paula Fernandes

Assinatura do tradutor



Avenida Universitária, 22
Bairro das Rubricas Cidade Universitária
Prof. Dr. Jayme Ferreira Sueno Paripiranga - BA

Rodovia Antônio Martins de Mendonça,
270 Várzea dos Cábeles,
Cidade Universitária 225 Lagoa - SE

RJ 136 - AM 277
Tucuruí - BA

Av. João de Deus,
721, Bairro Pedro Branco, BR 324
Jacinto (BA)

Av. Lomanto Junior, BR 407 - Centro,
Cidade Postal nº 255 Setor do Sertão - BA

Rua Dr. Augusto Diniz,
nº 27 - Itaipá - BA, 44300-000

ANEXO D - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE HABILIDADE COM A LÍNGUA ESTRANGEIRA

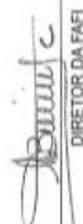
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Patrocínio
Coordenação de Extensão e Pós-Graduação

CERTIFICADO

O Diretor da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Patrocínio, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação "Lato-Sensu", especialização em, Lingua. Inglesa, consoante os termos da resolução nº 12/83 do Conselho Federal de Educação, Outorga a Aurélia Emília de Paula Fernandes o presente Certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Patrocínio, MG, 01 de Marco de 19 99


COORDENADOR - GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO


DIRETOR DA FAFI