

## BRUXISMO NA INFÂNCIA: UM DESAFIO PARA A ODONTOLOGIA

### BRUXISM IN CHILDHOOD: A CHALLENGE FOR DENTISTRY

Gabriela Gomes **Guimarães**<sup>1</sup> , Adílís **Alexandria**<sup>2</sup> , Maysa Lannes **Duarte**<sup>3</sup> , Aline dos Santos **Letieri**<sup>3</sup> , Thais Rodrigues Campos **Soares**<sup>1\*</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Salgado de Oliveira, Niterói, RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

\*dra.thaissoares@yahoo.com.br

#### RESUMO

O bruxismo é uma parafunção do sistema mastigatório que ocorre devido a atividade involuntária e rítmica da musculatura do sistema estomatognático. Sua origem é multifatorial, sendo as principais causas fatores locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais e a hereditários. Essa desordem funcional pode ser diurna ou noturna e o sinal clínico mais comum é o desgaste das faces incisais dos dentes anteriores e oclusais dos posteriores, além do aumento da sensibilidade e danos aos tecidos de suporte. Dessa forma, o tratamento é desafiador, sendo necessárias abordagens multidisciplinares e multiprofissionais (odontologia, psicologia e medicina). A prevalência do bruxismo infantil varia entre 5,9 e 55,3%, sendo mais comum na faixa etária pré-escolar. Os tratamentos podem variar de acordo com a etiologia, idade do paciente e gravidade de cada caso. Dentre os principais, há a confecção de placas de mordida, massagem e uso de calor úmido e de medicamentos de alopatia ou homeopatia. Assim sendo, o objetivo desta revisão de literatura foi discutir os fatores etiológicos e os tratamentos do bruxismo em crianças. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Google Acadêmico e PubMed usando os descritores “bruxismo”, “criança”, “crianças”, “etiologia” e “tratamento” em português e inglês, sem nenhuma restrição de idioma nem ano de publicação. Foram incluídos os trabalhos sobre bruxismo na infância e que abordassem sua etiologia e/ou tratamento.

**Palavras-chave:** Bruxismo. Criança. Etiologia. Terapêutica.

#### ABSTRACT

Bruxism is a parafunction of the masticatory system that occurs due to involuntary and rhythmic activity of the musculature of the stomatognathic system. Its origin is multifactorial, and the main causes are local, systemic, psychological, occupational, and hereditary factors. This functional disorder can occur during day or night and the most common clinical sign is wearing on the incisal surfaces of the anterior teeth and the occlusal surfaces of the posterior teeth, in addition to increased sensitivity and damage to the supporting tissues. Thus, treatment is challenging, requiring multidisciplinary and multiprofessional approaches (dentistry, psychology, and medicine). The prevalence of childhood bruxism varies between 5.9 and 55.3%, being more common in the preschool age group. Treatments may vary depending on the etiology, patient age and severity of each case. Among the main ones, there is the making of bite plates, massage, and the use of moist heat and allopathic or homeopathic medicines. Therefore, the aim of this literature review was to discuss the etiological factors and treatments of bruxism in children. The bibliographic search was carried out in Google Academic and PubMed databases using the descriptors “bruxism”, “child”, “children”, “etiology” and “treatment” in Portuguese and English, with no restriction on language or year of publication. Researches on bruxism in childhood and that addressed its etiology and/or treatment were included.

**Keywords:** Bruxism. Child. Etiology. Therapeutics.

## INTRODUÇÃO

O bruxismo é caracterizado por uma atividade parafuncional do sistema mastigatório, de origem multifatorial, tendo como principais causas fatores locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais e a hereditariedade (PIZZOL *et al.*, 2013). De acordo com a Academia Americana de Medicina do Sono, o bruxismo deve ser diagnosticado através de um relatório de ranger ou apertar os dentes em associação com ao menos uma das características clínicas: desgastes dentários anormais, sons associados ao bruxismo e desconforto muscular na região mandibular (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2005). O diagnóstico dessa parafunção na infância se torna um pouco mais complexo devido às inúmeras possibilidades de causas, pela dificuldade na obtenção de informações confiáveis das crianças e dos responsáveis e pela ausência de exames conclusivos. Porém, alguns sinais e sintomas, como desgaste das cúspides dentárias, alterações na oclusão normal, disfunção e dor na articulação temporomandibular e cefaléia, podem auxiliar o profissional a concluir o diagnóstico (KATO *et al.*, 2001; NAHÁS-SCOCATE *et al.*, 2012).

Conhecido por ser uma atividade involuntária, parafuncional e rítmica, o bruxismo é causado por espasmos repetidos e contínuos da musculatura do sistema estomatognático. Tais espasmos são causados por contrações rítmicas ou tônicas do masseter e de outros músculos mandibulares, sendo caracterizada pelo ato de apertar ou ranger os dentes durante o período diurno e/ou noturno. O ato de ranger apresenta um ruído considerável, sendo observado com maior frequência durante o sono e em períodos de preocupação e excitação. Em contrapartida, o apertamento dentário normalmente não apresenta ruído, sendo mais observado no período diurno (BADER; LAVIGNE, 2000; DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

O bruxismo do sono é comumente observado durante a infância e adolescência, apresentando, em geral, uma prevalência entre 5,9% e 55,3%, variando de acordo com os métodos de análise empregados (SIMÕES-ZENARI; BITAR, 2010; LAM *et al.*, 2011). Estudos indicam que entre 35% e 90% dos pacientes que apresentam este distúrbio na infância também possuem sintomas na vida adulta (ALÓE *et al.*, 2003; LOBBEZOO *et al.*, 2008).

Devido sua etiologia diversificada, o bruxismo deve ser tratado de forma multiprofissional (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009; PIZZOL *et al.*, 2013). Além disso, é fundamental que os responsáveis sejam orientados sobre reações comportamentais, necessidade de acompanhamento odontológico e psicológico e da possibilidade do uso de medicamentos (ALÓE *et al.*, 2003; PIZZOL *et al.*, 2013). A Odontologia atua normalmente com procedimentos restauradores, tratamento ortodôntico e confecção de placa de mordida; dependendo do caso, pode haver necessidade de tratamento com uso de medicação e acompanhamento psicológico para auxiliar no controle da ansiedade (LOBBEZOO *et al.*, 2008; SIMÕES-ZENARI; BITAR, 2010).

A apresentação dessa desordem parafuncional em crianças tem causado preocupação nos profissionais que identificam e tratam esse problema, uma vez que essa alteração diminui a qualidade de vida e é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios temporomandibulares (SIMÕES-ZENARI; BITAR, 2010). Além disso, destaca-se ainda a importância do diagnóstico precoce dessa condição, especialmente devido à alta frequência de bruxismo em pacientes pediátricos. Assim sendo, o objetivo do presente artigo foi apresentar, por meio de uma revisão de literatura, os fatores etiológicos e os principais tratamentos do bruxismo na infância.

## METODOLOGIA

Para a realização desta revisão de literatura foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados Google Acadêmico e PubMed. Foram utilizados os descritores “*bruxismo*”, “*criança*” “*crianças*”, “*etiologia*”, “*tratamento*” conectados pelos operadores booleanos “*E*” e “*OU*” em português e em inglês. Não foi utilizada nenhuma restrição quanto ao idioma e ano. Os critérios de inclusão foram trabalhos que abordassem o tema de estudo (bruxismo na infância) e que tratassem da sua etiologia e/ou tratamento.

## DESENVOLVIMENTO

Nas crianças, os episódios de apertar ou ranger dos dentes, que caracterizam o bruxismo, são relatados pelos pais, em sua maioria, no período noturno, durante o sono, sendo classificado como bruxismo do sono. Acredita-se que esse distúrbio ocorra durante a fase REM, que ocorre a cada 1h e 30 minutos em média durante a noite, e tem duração de 5 a 20 minutos. Essa fase está relacionada a sonhos e lembranças de momentos e acontecimentos desagradáveis (CLARKE; TOWNSEND, 1984). Já o ato de apertar os dentes, caracterizado como apertamento, é mais frequente durante o dia e, apesar de não apresentar ruídos, é considerado mais prejudicial, pois as forças são mais contínuas e mais prejudiciais aos tecidos de suporte dos elementos dentários (SHINKAI *et al.*, 1998; DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009). Um estudo avaliou que crianças com o hábito de chupar chupeta apresentaram o risco de desenvolverem bruxismo aumentado em sete vezes (SIMÕES-ZENARI; BITAR, 2010). Contudo, outros estudos não identificaram essa relação (DIFRANCESCO *et al.*, 2004; GRECHI *et al.*, 2008). Este mesmo estudo também encontrou relação entre o bruxismo e hábitos orais como morder objetos (50%), onicofagia (45%), morder lábios (31%), uso de mamadeira (17%) e chupar o dedo (15%) (SIMÕES-ZENARI; BITAR, 2010).

Embora o bruxismo seja uma patologia considerada de ocorrência frequente, com um alto grau de incidência em adultos e crianças de ambos os sexos, o aparecimento dessa desordem na infância ainda é um grande desafio para a Odontologia. Por sua etiologia multifatorial e suas características clínicas bastante variáveis, se faz necessário o aprimoramento técnico-científico dos profissionais da área da saúde, para que eles possam oferecer atendimentos interprofissionais cada vez mais resolutivos (CARIOLA, 2006).

A prevalência do bruxismo varia entre os estudos e vem se tornando mais expressiva ao longo dos anos. Comparando os resultados encontrados entre 1998 e 2015, houve um aumento expressivo na incidência de bruxismo infantil, porém a comparação se torna difícil devido a faixa etária englobada em alguns estudos ser mais ampla do que em outros. Além disso, não se pode afirmar se os pacientes pediátricos estão sendo mais acometidos por essa doença ou se o crescimento das pesquisas nessa área possibilitou a identificação de casos que antes eram subnotificados.

Outro fator que dificulta a associação entre a prevalência do bruxismo com a idade dos pacientes é a intensa variabilidade dos estudos nessa área. Crianças que se encontram na faixa etária entre 2 e 11 anos apresentam uma prevalência de bruxismo excêntrico noturno de 28,64% (SHINKAI *et al.*, 1998); sendo de 22,6% dentre as meninas e 21,4% no gênero masculino (HUBLIN *et al.*, 1998). Por outro lado, estudos mais recentes em diferentes regiões, realizados com crianças entre 4 e 6 anos de idade e utilizando metodologias semelhantes, encontraram resultados discrepantes quanto à prevalência do bruxismo, variando entre 13,6% (TORUNSKY; LOPES, 2012); 32,6% (SAULUE *et al.*, 2015); e até 55,3% dos participantes acometidos (SIMÕES-ZENARI; BITAR, 2010). Acredita-se que essa diferença entre os resultados ocorreu devido à região em que cada estudo foi realizado e ao uso de diferentes métodos de avaliação.

O método de diagnóstico é um fator que promove confusão entre os estudos, já que é considerado através de avaliações subjetivas. São observados os sinais e sintomas e as informações coletadas dos pais durante a anamnese (SHINKAI *et al.*, 1998; SIMÕES-ZENARI; BITAR, 2010). Porém, nem sempre os responsáveis estão presentes na hora de dormir ou no dia-a-dia e algumas vezes acabam não sabendo responder alguns questionamentos, gerando resultados imprecisos. Além disso, nem todos os pacientes apresentam o sinal mais comum, o desgaste na face oclusal dos dentes, o que acaba tornando o diagnóstico mais complexo.

A associação de fatores emocionais com o desenvolvimento do bruxismo em crianças vem se mostrando cada vez mais forte. Alguns autores acreditam que fortes tensões emocionais, medo, ansiedade, problemas familiares, provas escolares ou até mesmo a prática de esportes competitivos podem levar a esse distúrbio (SIMÕES-ZENARI; BITAR, 2010; SERRA-NEGRA *et al.*, 2013).

Outros estudos mostraram a relação entre bruxismo e alguns fatores sistêmicos (ALÓE *et al.*,

2003; DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009). O aleitamento materno parece atuar como um fator de proteção, uma vez que quanto maior o tempo de aleitamento menor o risco de desenvolver o distúrbio (FERREIRA; TOLEDO, 1997). Por outro lado, a presença de distúrbios respiratórios apresenta uma correlação positiva com a ocorrência do bruxismo do sono (DIFRANCESCO *et al.*, 2004). A realização de cirurgias como a retirada de adenoide e tonsilas em pacientes que apresentam dificuldades respiratórias devido à hiperplasia tonsilar podem ajudar os pacientes a ter uma melhora no quadro de bruxismo. Da mesma forma, a presença de alergias representa um fator associado a ocorrência do bruxismo, uma vez que crianças alérgicas apresentam até três vezes mais chances de desenvolver essa desordem (ALÓE *et al.*, 2003; DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

Além disso, o bruxismo ainda pode ser causado por fatores psicológicos (estresse e ansiedade), ocupacionais (prática de esporte de competição), hereditária (fatores genéticos), ou ainda estar relacionado a distúrbios do sono e parassomias (PIZZOL *et al.*, 2013). O bruxismo em algumas situações é visto como uma resposta de escape, ou seja, uma consequência de situações nas quais as crianças quando não conseguem atingir seus desejos e/ou objetivos desenvolvem essa alteração (WOLF, 2000; DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

Por existir fundamento na associação entre o bruxismo e fatores psicológicos, o tratamento deve contar com a participação de um psicólogo, para tentar remover a causa da tensão e ansiedade do paciente, evitando recidivas (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009; LAM *et al.*, 2011). Alguns autores atentam ainda para a necessidade do uso de medicamentos como relaxantes musculares, benzodiazepínicos, enquanto outros afirmam ainda que a massagem no local da dor e o uso de calor úmido também apresentam eficácia quando utilizados (BADER; LAVIGNE, 2000; ALÓE *et al.*, 2003; DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

Muitos estudos afirmam ser psicológica a principal causa do bruxismo nas crianças, uma vez que é atribuído a eles cada vez mais cedo responsabilidades e mais participação em atividades competitivas, aumentando os impactos psicológicos sobre os mesmos (ALÓE *et al.*, 2003; DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009). A ocorrência do bruxismo pode ainda estar relacionada a uma forma de agressão ao próprio corpo, visto que, por não conseguirem algo que desejavam, algumas crianças passam a ranger ou apertar os dentes (CARIOLA, 2006). No entanto, não foi encontrada diferença significativa entre as crianças com e sem bruxismo em relação à ansiedade e problemas de aprendizagem (TORUNSKY; LOPES, 2012).

Também foi demonstrada relação entre o bruxismo e infecções parasitárias; sendo, o bruxismo, um sinal precoce dessas infecções, que podem levar a complicações graves no futuro (TEHRANI; SADRI; MOWLAVI, 2013). Porém, esta relação ainda é controversa na literatura.

O pediatra pode reconhecer a presença do bruxismo em pacientes que se queixam de dores musculares, mandibulares e cefaleia atípica durante uma consulta, porém é necessário um acompanhamento de um odontopediatra para a confirmação do diagnóstico, a fim de que seja instituída uma interceptação correta e de maneira mais precoce possível. A sintomatologia dolorosa depende de alguns fatores como idade do paciente, intensidade e frequência e duração do hábito (NAHÁS-SCOCATE *et al.*, 2012; PIZZOL *et al.*, 2013).

Na literatura, as principais sequelas relatadas em relação ao bruxismo são os desgastes dentários, dor de cabeça e dor na ATM (ALÓE *et al.*, 2003). No entanto, os estudos ainda apresentam resultados controversos, especialmente em relação à ocorrência de dor de cabeça em crianças. Enquanto um estudo de Simões-Zenari e Bitar (2010) observou um número elevado de crianças com dor de cabeça (77%) tanto nos grupos com e sem bruxismo. Em outro, a maioria dos pacientes com bruxismo (78,3%) relataram não apresentar dor de cabeça com frequência (NAHÁS-SCOCATE *et al.*, 2012).

Os principais sinais e sintomas são o desgaste dental anormal. As superfícies de desgastes a serem observadas podem ser lisas (caso o paciente apresente o hábito de ranger os dentes), ou rugosas (caso o paciente faça o apertamento), com bordas bem definidas na fase inicial, acometendo com maior frequência dentes anteriores, de preferência os caninos, tanto decíduos quanto permanentes. Além disso, também podem ser encontrados estalos ou dor na ATM, hipertonicidade dos músculos

faciais, desconfortos musculares e articulares e dor de cabeça (BADER; LAVIGNE, 2000; DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009). O sinal mais relatado pelos familiares são barulhos e ruídos durante a noite, gerando grande ansiedade e preocupação nos responsáveis. A criança não é capaz de reproduzir esses sons voluntariamente, mas consegue expressar a dor local (músculos mastigatórios), principalmente ao acordar. Outro sinal que pode ser encontrado são cicatrizes de cortes na língua, hipersensibilidade dentária, além da presença de sono fragmentado, acarretando em sonolência durante o dia (ALÓE *et al.*, 2003).

Devido à falta de exames conclusivos para o fechamento do diagnóstico, é necessário que seja feita uma anamnese criteriosa coletando o máximo de informações possíveis dos pais, além de um exame clínico minucioso. A descoberta e o tratamento precoce dessa desordem podem melhorar a qualidade de vida dessas crianças (PIZZOL *et al.*, 2013).

O diagnóstico precoce colabora para que não ocorram danos ao sistema estomatognático, além de melhorar a qualidade de vida das crianças portadoras dessa alteração (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009). Baixo impacto negativo na qualidade de vida foi observado em crianças entre 3 e 6 anos, utilizando o questionário Oral Health-Related Quality of Life e exame clínico (ANTUNES *et al.*, 2016). Porém, quando avaliadas crianças entre 11 e 14 anos, foi observado impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes com bruxismo, principalmente nos domínios de limitação funcional e bem-estar desse questionário (CARVALHO *et al.*, 2015). A justificativa para esses resultados discrepantes parece estar relacionada com a faixa etária avaliada. Apesar de pesquisas já terem mostrado que a prevalência do bruxismo diminui com o avançar da idade, os pacientes mais velhos conseguem compreender melhor sua saúde e são mais capazes de realizar julgamentos sobre o seu bem-estar social (LIU *et al.*, 2005; MANFREDINI *et al.*, 2013). Por outro lado, os questionários direcionados para crianças em idade pré-escolar são voltados para percepção dos responsáveis e não conseguem coletar as informações sobre a opinião da própria criança.

Uma vez diagnosticado, o tratamento do bruxismo na criança deve envolver odontopediatras, médicos, psicólogos e otorrinolaringologistas, pois se apresenta como uma desordem de etiologia complexa e multifatorial (PIZZOL *et al.*, 2013). O tratamento se torna ainda mais complexo devido à falta de informação e orientação dos pais. Os pais/responsáveis possuem uma grande falta de conhecimento sobre bruxismo e não sabem o que pode causar a doença ocasionando a falta de procura por ajuda profissional (SILVA *et al.*, 2017). Apesar de a maioria dos pais/responsáveis relatar saber o que é bruxismo e afirmar que a patologia envolve problemas dentários e os músculos da mastigação, apenas 19,1% procuram ajuda de um dentista para tratamento dessa condição (SERRA-NEGRA *et al.*, 2013). Essas informações mostram que existe grande carência em atuação preventiva e informativa voltada para a população em geral sobre esse assunto.

A intervenção do odontopediatra é necessária a fim de indicar tratamentos conservadores para que a estética e a função sejam preservadas e/ou recuperadas. No entanto, não existe atualmente um único tratamento eficaz que cure o bruxismo permanentemente. As soluções são direcionadas para a preservação dos dentes, das restaurações existentes, redução da atividade do bruxismo e alívio da dor (YAP; CHUA, 2016). Com isso, a placa de mordida é considerada um passo essencial no tratamento, pois consegue reduzir a atividade parafuncional, desprogramar e induzir o relaxamento muscular (GAMA *et al.*, 2013). O uso da placa de mordida tem a função de diminuir os desgastes nas faces dentais, porém apesar de sua grande eficácia possui efeito temporário (PIZZOL *et al.*, 2013). Porém, apesar dos possíveis benefícios da sua utilização para reduzir o desgaste dentário, uma revisão sistemática da literatura mostrou que as evidências existentes até o momento são insuficientes para afirmar que a placa oclusal é efetiva para tratar o bruxismo do sono (MACEDO *et al.*, 2010). Logo, esse aparato age de forma complementar e temporária, pois não trata as causas do problema. Apesar disso, normalmente esse é o único tratamento apresentado aos pacientes. Porém, para uma intervenção efetiva, a placa de mordida não deve ser utilizada como única modalidade e sim em conjunto com outros tratamentos.

A literatura relata ainda o uso de relaxantes musculares, homeopatia, além de massagens na região da musculatura afetada e principalmente o acompanhamento psicológico, tratando assim não

somente as sequelas, mas também as possíveis causas (NAHÁS-SCOCATE *et al.*, 2012). O uso de clonazepam apresenta uma significativa redução nos quadros de bruxismo do sono, quando avaliado em ensaios clínicos controlados. Porém, o risco de dependência e alguns efeitos colaterais psicológicos limitam seu uso a longo prazo (YAP; CHUA, 2016).

A estimulação elétrica contingente (CES) pode ser utilizada como opção de tratamento na tentativa de reduzir a atividade muscular mastigatória associada ao bruxismo do sono. Em um estudo utilizando esse método constatou-se que não houveram episódios de bruxismo durante o seu uso, porém não ocorreram mudanças no quadro de dor e de tensão muscular (GUAITA; HÖGL, 2016).

Para uso local, a toxina botulínica tem se mostrado eficaz como forma de tratamento em pacientes adultos, porém não foi encontrada nesta revisão de literatura sua utilização no público infantil. O uso da toxina reduziu o número de episódios de bruxismo e sua intensidade em estudos clínicos. Possíveis efeitos colaterais locais das injeções incluem dificuldade mastigatória, distúrbio de fala, dor muscular, zigoma proeminente e assimetria facial secundária à redução do tamanho muscular decorrente da atrofia do masseter (LEE *et al.*, 2010). Além disso, uma recente revisão sistemática que avaliou que o emprego da toxina botulínica no tratamento do bruxismo demonstrou evidências suficientes para justificar mais pesquisas nesta área. Contudo devido aos efeitos colaterais, deve-se sempre considerar as opções de tratamento conservadores primárias antes de considerar aplicação da toxina botulínica (PATEL; CARDOSO; MEHTA, 2019).

O bruxismo está cada vez mais sendo observado em crianças e este fato ressalta a importância do diagnóstico precoce, além da orientação e comprometimento dos pais e/ou responsáveis com o tratamento proposto, a fim de tratar de modo efetivo essa alteração que pode afetar negativamente a qualidade de vida das crianças e de seus familiares. Da mesma forma, é importante salientar que crianças que apresentam apneia do sono despertam várias vezes durante a noite, o que aumenta a atividade parafuncional e pode causar bruxismo, uma vez que este está relacionado ao sono fragmentado (DIFRANCESCO *et al.*, 2004).

## CONCLUSÃO

O bruxismo é uma desordem de etiologia multifatorial, que causa danos às estruturas dentais e ao sistema estomatognático. Em crianças, o diagnóstico e o tratamento são considerados complexos, devendo envolver várias especialidades a fim de garantir uma melhor qualidade de vida aos portadores desse distúrbio e suas famílias.

## REFERÊNCIAS

ALÓE, F. *et al.* Bruxismo durante o sono. **Revista Neurociências**, v. 11, n. 1, p. 4-17, 2003.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. International classification of sleep disorders. **Diagnostic and coding manual**, p. 51-55, 2005.

ANTUNES, L. A. *et al.* Childhood bruxism: Related factors and impact on oral health-related quality of life. **Special Care in Dentistry**, v. 36, n. 1, p. 7-12, 2016.

BADER, G.; LAVIGNE, G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. review article. **Sleep Medicine Reviews**, v. 4, n. 1, p. 27-43, 2000.

CARIOLA, T. C. O desenho da figura humana de crianças com bruxismo. **Boletim de Psicologia**, v. 56, n. 124, p. 37-52, 2006.

CARVALHO, A. D. M. B. *et al.* Bruxismo e qualidade de vida em escolares de 11 a 14 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11 p. 3385-3393, 2015.

- CLARKE, N. G.; TOWNSEND, G. C. Distribution of nocturnal bruxing patterns in man. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 11, n. 6, p. 529-534, 1984.
- DIFRANCESCO, R. C. *et al.* Improvement of bruxism after T & A surgery. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 68, n. 4, p. 441-445, 2004.
- DINIZ, M. B.; SILVA, R. C. D.; ZUANON, A. C. C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 329-334, 2009.
- FERREIRA, M. I. D. T.; TOLEDO, O. A. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. **Revista ABO Nacional**, v. 5, n. 5, p. 317-320, 1997.
- GAMA, E. *et al.* Bruxismo: Uma revisão da literatura.(Bruxism: Literature review.). **Ciência Atual – Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José**, v. 1, n. 1, p. 16-97, 2013.
- GRECHI, T. H. *et al.* Bruxism in children with nasal obstruction. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 72, n. 3, p. 391-396, 2008.
- GUAITA, M.; HÖGL, B. Current Treatments of Bruxism. **Current Treatment Options in Neurology**, v. 18, n. 2, p. 10, 2016.
- HUBLIN, C. *et al.* Sleep bruxism based on self-report in a nationwide twin cohort. **Journal of Sleep Research**, v. 7, n. 1, p. 61-67, 1998.
- KATO, T. *et al.* Bruxism and orofacial movements during sleep. **Dental Clinics of North America**, v. 45, n. 4, p. 657-684, 2001.
- LAM, M. H. *et al.* A community study of sleep bruxism in Hong Kong children: association with comorbid sleep disorders and neurobehavioral consequences. **Sleep Medicine**, v. 12, n. 7, p. 641-645, 2011.
- LEE, S. J. *et al.* Effect of botulinum toxin injection on nocturnal bruxism: a randomized controlled trial. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 89, n. 1, p. 16-23, 2010.
- LIU, X. *et al.* Brief report: an epidemiologic survey of the prevalence of sleep disorders among children 2 to 12 years old in Beijing, China. **Pediatrics**, v. 115, n. Suppl. 1, p. 266-268, 2005.
- LOBBEZOO, F. *et al.* Principles for the management of bruxism. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 35, n. 7, p. 509-523, 2008.
- MACEDO, C. R. *et al.* Occlusal splints for treating sleep bruxism (tooth grinding). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 17, n. 4, p. 18-27, 2007.
- MANFREDINI, D. *et al.* Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review of the literature. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 40, n. 8, p. 631-642, 2013.
- NAHÁS-SCOCATE, A. C. R. *et al.* Associação entre bruxismo infantil e as características oclusais, sono e dor de cabeça. **Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas**, v. 66, n. 1, p. 18-23, 2012.

PATEL, J.; CARDOSO, J. A.; MEHTA, S. A systematic review of botulinum toxin in the management of patients with temporomandibular disorders and bruxism. **British Dental Journal**, v. 226, n. 9, p. 667-672, 2019.

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, 2013.

SAULUE, P. *et al.* Understanding bruxism in children and adolescents. **International Orthodontics**, v. 13, n. 4, p. 489-506, 2015.

SERRA-NEGRA, J. M. *et al.* Evaluation of parents/guardian knowledge about the bruxism of their children: Family knowledge of bruxism. **Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 31, n. 3, p. 153-158, 2013.

SHINKAI, R. S. A. *et al.* Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v. 12, n. 1, 1998.

SILVA, C. T. *et al.* Knowledge of parents/guardians about nocturnal bruxism in children and adolescents. **Cranio**, v. 35, n. 4, p. 223-227, 2017.

SIMÕES-ZENARI, M.; BITAR, M. L. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 22, n. 4, p. 465-472, 2010.

TEHRANI, M.; SADRI, L.; MOWLAVI, G. Intestinal Parasites and Bruxism in Children. **Iranian Journal of Public Health**, v. 42, n. 10, p. 1199, 2013.

TORUNSKY, A. M.; LOPES, A. M. S. Influência do bruxismo na ansiedade e aprendizagem em crianças. **Clínica e Pesquisa em Odontologia-UNITAU**, v. 4, n. 1, p. 11-15, 2012.

WOLF, S. **Psicologia no consultório odontológico**. Arte & Ciência: Fortaleza 2000. 174p.

YAP, A. U.; CHUA, A. P. Sleep bruxism: Current knowledge and contemporary management. **Journal of Conservative Dentistry**, v. 19, n. 5, p. 383-389, 2016.