

**ABORDAGEM MULTIDISCILINAR NO TRATAMENTO DO BRUXISMO
INFANTIL**

**MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE TREATMENT OF CHILDHOOD
BRUXISM**

ANA LUÍSA BOTTA MARTINS DE OLIVEIRA. Pós-graduanda (nível doutorado) do
Departamento de Clínica Infantil, Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP.

CAMILA FRAGELLI. Pós-graduanda (nível mestrado) do Departamento de Clínica
Infantil, Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP.

MARCELO FERRAREZI DE ANDRADE. Professor Adjunto Doutor do Departamento de
Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP.

Endereço:

A/C Ana Luísa Botta Martins de Oliveira

Rua: Orlando Damiano, 2281 – Centro

CEP: 13560-450. São Carlos, SP, Brasil

Telefone: (16) 3411-1764 e (16) 8123-1755

email: analuisabotta@hotmail.com

RESUMO

O conhecimento dos fatores etiológicos e das características clínicas do bruxismo na infância é fundamental para que o diagnóstico seja precoce, permitindo o estabelecimento de um tratamento multidisciplinar e favorecendo o desenvolvimento integral da criança para a promoção de saúde e qualidade de vida. Desta maneira, o presente trabalho objetivou através de revisão da literatura, abordar os fatores etiológicos, as características clínicas, os sinais e sintomas, a importância do diagnóstico e as terapêuticas disponíveis para o tratamento do bruxismo em crianças. De acordo com a literatura analisada observou-se que o bruxismo é um hábito parafuncional, com alta prevalência em crianças e que apresenta uma somatória de fatores que envolvem a sua etiologia. Tendo em vista as importantes repercussões do bruxismo no sistema estomatognático, seu tratamento torna-se complexo devido a sua etiologia multifatorial, a qual deve ser considerada no planejamento do tratamento com abordagem multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Bruxismo, crianças, Odontopediatria.

ABSTRACT

The knowledge of etiologic factors and clinical characteristics of bruxism in children is essential for the diagnosis, the establishment of a multidisciplinary approach and child's health promotion. The aim of this literature review was to describe the etiologic factors, clinical features, signs and symptoms, the importance of diagnosis and therapies available for treatment of bruxism in children. It was possible to observe that bruxism is a habit parafunctional with high prevalence in children. Given the important impact of bruxism on the stomatognathic system, the treatment becomes complex due to its multifactorial etiology, which should be considered in the treatment with multidisciplinary approach.

KEY-WORDS: Bruxism; children; pediatric dentistry.

INTRODUÇÃO

O bruxismo é uma atividade parafuncional que se caracteriza pelo hábito de ranger, apertar ou bater os dentes contínua ou repetidamente durante o dia ou noturnamente (VANDERAS; MANETAS, 1995), de forma consciente ou inconsciente (GUSSON, 1998). Embora tenha sido muito estudado em adultos, é freqüente também em crianças (GARCIA et al., 1995; SHINKAI et al., 1998; PORTO; MACHADO; LEITE, 1999).

Diversos fatores predis põem ao bruxismo destacando-se os fatores locais (contatos prematuros, interferências oclusais); fatores sistêmicos (indivíduos portadores de asma ou rinite, pacientes com distúrbios do Sistema Nervoso Central); fatores psicológicos (stress, ansiedade); fatores ocupacionais (prática de esportes de competição) e fatores hereditários (GUSSON, 1998).

Considerando as importantes repercussões deste hábito no sistema estomatognático, seu tratamento torna-se complexo devido à somatória de fatores que envolvem a sua etiologia.

As forças exercidas pelo bruxismo podem provocar distúrbios em diferentes graus nos dentes e nos tecidos de suporte, na musculatura e na articulação têmporo-mandibular (GONDO; FAÇANHA; BUSSADORI, 2001; PEREIRA et al., 2009; TOSATO; CARIA, 2006). O sinal mais comum é o desgaste dentário (LAUCIS-PINTO et al., 2000), além de

mobilidade e hipersensibilidade dentárias, fratura de cúspides e restaurações e hipertonicidade dos músculos mastigatórios.

O diagnóstico diferencial por meio da investigação das causas do bruxismo e do exame clínico é determinante para o planejamento do tratamento.

Na maioria dos casos de bruxismo infantil, o fator psicológico é determinante (CARIOLA, 2006; MONACO et al., 2002; GONDO; FAÇANHA; BUSSADORI, 2001; VANDERAS; MANETAS, 1995) Dessa maneira, o aconselhamento aos pais para que providenciem suporte psicológico e emocional que ajude na maturidade individual da criança, é de suma importância.

Porém, quando a frequência, a intensidade e a duração do hábito ultrapassarem seu desenvolvimento normal, a intervenção é indicada, sendo ideal a terapia multidisciplinar entre dentista, psicólogo e o próprio paciente motivado pelos pais (GUSSON 1998). O ajuste oclusal sempre que a interferência oclusal possa causar danos à ATM é recomendado e alguns autores indicam o uso de placa de mordida noturna (PARIZOTTO; RODRIGUES, 2004; RIBEIRO et al., 2004).

Frente ao exposto, o conhecimento dos fatores etiológicos e das características clínicas do bruxismo na infância é fundamental para que o diagnóstico seja precoce, permitindo o estabelecimento de um tratamento multidisciplinar e favorecendo o desenvolvimento integral da criança para a promoção de saúde e bem-estar individual.

Desta maneira, o presente trabalho objetivou através de revisão da literatura, abordar os fatores etiológicos, as características clínicas, os sinais e sintomas, a importância do diagnóstico e as terapêuticas disponíveis para o tratamento do bruxismo em crianças.

REVISÃO DA LITERATURA

A relação entre maloclusão e bruxismo em crianças e adolescentes foi estudada por Vanderas e Manetas (1995). Os autores observaram por meio da revisão de literatura que a presença de maloclusão não aumenta a probabilidade de a criança desenvolver bruxismo. Além disso, observaram aumento de atividade parafuncional em um grupo de crianças tensas, ansiosas, nervosas ou sob estresse.

Ao verificarem a incidência de bruxismo em pré-escolares, Garcia et al. (1995) observaram sua presença em 40% das crianças examinadas, sendo que destas, 60% apresentavam o hábito de ranger os dentes, 8% apenas apertavam e 32% rangiam e apertavam os dentes simultaneamente. Os autores constataram prevalência do bruxismo em 40% dos pré-escolares de três a seis anos de idade, 17% na faixa de seis a sete anos e 24% na faixa dos oito aos nove anos.

Uma alta prevalência do bruxismo excêntrico noturno em crianças foi observada por meio de estudo realizado por Shinkai et al. (1998). 43% das crianças com idade de dois a três anos, 35% entre quatro e cinco anos e 34% entre dez e onze anos de idade, apresentavam este hábito, sendo a maioria portadora de comportamento ansioso ou hiperativo.

Segundo Gusson (1998), em geral, a procura dos pais pelo dentista ocorre devido à intensidade do ruído emitido pelos filhos que apresentam bruxismo. O autor ressalta que a primeira etapa do tratamento é explicar a sua etiologia. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial analisando os desgastes fisiológicos dentais da criança. Como sinais e sintomas podemos citar: danos dentais, periodontais, tissulares e dores de cabeça. A otite média crônica também pode ser causada pelo bruxismo. Faz-se um aconselhamento aos pais para que providenciem suporte psicológico e emocional que ajude na maturidade individual da criança, porém, quando a frequência, a intensidade e a duração do hábito ultrapassarem seu

desenvolvimento normal, o tratamento é indicado, sendo ideal a a terapia multidisciplinar. Faz-se o ajuste oclusal sempre que a interferência oclusal possa causar danos à ATM e se instala a placa de mordida noturna. Também são usados o biofeedback, a terapia farmacológica e a fisioterapia.

Com o objetivo de avaliar o bruxismo infantil e as variáveis associadas ao desenvolvimento do mesmo, Porto, Machado e Leite (1999), entrevistaram os responsáveis pela criança e realizaram exame clínico e encontraram prevalência do bruxismo de 41 %. Os resultados sugerem uma associação do bruxismo com o comportamento da criança, presença de outros hábitos parafuncionais, patologias das vias aéreas superiores, desordem temporomandibular e perda de molares decíduos. Não foi encontrada associação entre bruxismo e fase de dentição, hábito de sucção digital, otite, bronquite e história de cárie interproximal.

Laucis-Pinto et al. (2000) realizaram estudo sobre o bruxismo em odontopediatria e sua correlação com hábitos orais, mediante exame clínico e questionário específico orientado aos pais de 450 crianças da Clínica de Odontopediatria da Universidade de Santo Amaro (UNISA). Os autores observaram que o hábito de ranger foi mais prevalente do que o de apertar os dentes. O bruxismo foi associado ao sono agitado e à ansiedade, e a grande maioria das crianças mantém um ou mais hábitos bucais deletérios. As crianças que apresentavam bruxismo (5,1%) tiveram um tempo maior de aleitamento artificial e freqüentemente apresentavam alergias, amigdalites ou rinites. O hábito do bruxismo foi mais prevalente durante a dentição mista (60,86%) e em 8,7% dos casos estava associado à mordida profunda. A presença de facetas de desgaste foi encontrada em 69,57 % das crianças portadoras de bruxismo.

A ocorrência de hábitos orais nocivos em crianças com 4 anos, de creches públicas em Porto Alegre, RS, foi verificada por Soncini e Dornelles (2000). Observou-se que das 37 crianças avaliadas, 95 % apresentavam hábitos orais nocivos, sendo o uso da mamadeira (60 %) e da chupeta (43 %) os de maior ocorrência. Dos maus hábitos relacionados com a mordida, os mais freqüentes foram o bruxismo (24%) e a onicofagia (16%).

Gondo, Façanha e Bussadori (2001), por meio de revisão da literatura caracterizou o bruxismo como um quadro no qual o paciente, inconsciente ou automaticamente apresenta o impulso de ranger ou apertar os dentes. Sua etiologia multifatorial aponta o fator psicológico como preponderante e causa transtornos nas articulações temporomandibulares, nos músculos da face, desgaste nos dentes que podem ou não estarem evidenciados. Foi observada grande prevalência de bruxismo em crianças a partir de dois anos, sendo que, estas crianças apresentam comportamento do tipo ansioso, hiperativo e agressivo. O bruxismo foi correlacionado com o sexo, com problemas de saúde em geral, inclusive alergias e com a presença de outros hábitos bucais e parafuncionais e com a maloclusão.

A associação entre o bruxismo e a ansiedade foi investigada por Monaco et al. (2002) por meio da avaliação dos aspectos psicológicos. Os autores constataram que a ansiedade pode ser um fator proeminente para o desenvolvimento do bruxismo.

Uma proposta de tratamento para o bruxismo em crianças, através da utilização de placa de mordida para controle do hábito, juntamente com o acompanhamento psicológico, foi apresentada por Parizotto e Rodrigues (2004). Posteriormente, para a correção da desarmonia oclusal, as facetas de desgaste foram reconstruídas com resina composta pela técnica direta, respeitando o desgaste dental fisiológico condizente com a idade da criança. O acompanhamento clínico do caso permitiu concluir que a terapêutica empregada mostrou-se satisfatória e eficaz, uma vez que foi observada a remissão do hábito e restabelecimento da condição de normalidade dos arcos dentais.

A placa de mordida para uso noturno também foi a alternativa terapêutica escolhida por Ribeiro et al. (2004) para tratamento de um paciente de 9 anos de idade, portador de distúrbio psíquico, atendido por equipe multidisciplinar: neurologista, psicóloga, psicopedagoga e odontopediatra.

Borghoff et al. (2005) correlacionaram o aleitamento materno com possíveis hábitos bucais deletérios e más oclusões na dentição mista, de 93 crianças de 7 a 11 anos atendidas na Clínica Infantil do Curso de Graduação em Odontologia da UMESP. Os autores encontraram o bruxismo em 40% das crianças que receberam aleitamento materno por mais de 1 ano.

A prevalência de sinais e sintomas de Desordens Têmporo Mandibulares (DTM) em crianças e universitários foi observada por Tosato e Caria (2006). Mães de 90 crianças entre 3 e 7 anos de idade (Grupo I), e 107 universitários, com idade entre 17 e 38 anos (Grupo II) foram entrevistados. Constatou-se diferença na prevalência de sintomas de disfunção entre os grupos avaliados. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois gêneros avaliados, em ambos os grupos, no entanto, houve diferença na prevalência dos sintomas entre o grupo I e o II, referente à prevalência de dor na musculatura mastigatória, cefaléia e bruxismo. Os autores sugerem que a presença dos sintomas de DTM tornam-se mais freqüentes entre os adolescentes do que entre as crianças, sendo o diagnóstico precoce de extrema importância para o tratamento e para redução dos malefícios na fase adulta.

A correlação de hábitos orais deletérios entre crianças de 4 a 6 anos de escola pública e escola particular da cidade de Manaus, AM, foi observada por Galvão, Menezes e Nemr (2006), por meio de pesquisa transversal observacional. Os autores constataram alta incidência de hábitos orais deletérios, sendo o uso de mamadeira e da chupeta os principais. A presença dos hábitos orais deletérios foi referida pelos responsáveis das crianças estudadas e, mais da metade da amostra recebeu orientações de profissionais da saúde, não tendo diferenças estatisticamente significantes entre as crianças de escolas particulares e públicas.

Uma análise do bruxismo como uma manifestação do inconsciente e de distúrbios emocionais foi realizada por Cariola (2006). A personalidade de crianças com bruxismo de 7 a 12 anos, através do Desenho da Figura Humana (DFH) e dos Indicadores Emocionais de Koppitz foi observada e constatou-se que a maioria das crianças avaliadas apresentou dois ou mais indicadores em seus desenhos (figura pequena, ausência de mãos, omissão do nariz) sugerindo conflitos emocionais e dificuldades latentes. A autora sugere o uso do DFH para auxiliar nos diagnósticos de bruxismo, tendo em vista que o fator emocional pode ser um de seus determinantes.

A ocorrência de DTM em crianças do município de Monte Negro, RO, correlacionando os achados à presença de hábitos orais deletérios foi realizado por Merighi et al. (2007). Os autores investigaram a presença de quadros de disfunção temporomandibular, classificando-se em disfunção temporomandibular articular, muscular ou mista, bem como a presença de hábitos orais deletérios de sucção (mamadeira, chupeta e digital) e mastigação (onícofagia, morder objetos, morder a mucosa oral ou labial, bruxismo e apertamento dentário), em 79 crianças de 6 a 11 anos. Observou-se que 34,18% das crianças avaliadas apresentaram sinais de disfunção temporomandibular, sendo a disfunção articular a mais encontrada (48,15%) seguida da mista (33,33%) e, com menor ocorrência, a muscular (18,52%). Hábitos orais deletérios foram encontrados em 69,62% da amostra, sendo maior o número de crianças com hábitos de mastigação (39,91%) que de sucção (8,86%), observando-se casos em que os dois tipos de hábito estavam presentes (27,85%). Os resultados não demonstraram associação entre a presença de hábitos orais deletérios e disfunção temporomandibular, independentemente do tipo de hábito. Das

crianças avaliadas, um terço (34%) apresentou sinais de disfunção temporomandibular, não havendo associação entre a disfunção temporomandibular com a presença de hábitos orais deletérios.

Barbosa et al. (2008) destacam em sua revisão de literatura que a relação das desordens temporomandibulares e o bruxismo em crianças e adolescentes ainda não são claras.

Diniz, Silva e Zuanon (2009) apresentaram uma revisão de literatura sobre o bruxismo na infância, abordando os fatores etiológicos, as características clínicas, os sinais e sintomas, a importância do diagnóstico por parte dos pediatras e odontopediatras e o tratamento multidisciplinar desta condição parafuncional. Os autores destacaram a importância do conhecimento dos fatores etiológicos e das características clínicas do bruxismo na infância para que o diagnóstico seja precoce, permitindo o estabelecimento de um tratamento multidisciplinar.

Os indicadores de risco de sinais e sintomas de disfunções temporomandibulares em crianças de 4 a 12 anos de idade foram estudados por Pereira et al. (2009). Os autores concluíram que as crianças com bruxismo ou hábito de apertamento dentário e aqueles com crossbite posterior têm uma probabilidade maior de desenvolver sinais e sintomas de DTM.

Chiang et al (2010) associaram os problemas de déficit de atenção e hiperatividade com os problemas de sono, destacando entre eles o hábito do bruxismo noturno como um dos problemas mais relatados.

DISCUSSÃO

O bruxismo é um distúrbio parafuncional complexo, sendo na infância uma disfunção que vem crescendo com frequência. Garcia et al. (1995), Shinkai et al. (1998) e Porto, Machado e Leite (1999) observaram em seus estudos, alta prevalência deste hábito em crianças.

Alguns autores relatam haver correlação entre bruxismo e presença de hábitos orais deletérios, DTM e maloclusão (LAUCIS-PINTO et al., 2000; PORTO; MACHADO; LEITE, 1999; GONDO; FAÇANHA; BUSSADORI, 2001; PEREIRA et al., 2009; SONCINI; DORNELLES, 2000). Por outro lado, Vanderas e Manetas (1995), discordam e acreditam que a presença de maloclusão não aumenta a probabilidade de a criança desenvolver bruxismo. Merighi et al. (2007) constataram também, não haver associação entre DTM com a presença de hábitos orais deletérios. Barbosa et al. (2008) salientam que a relação DTM e o bruxismo em crianças e adolescentes ainda não são claras.

O tratamento escolhido para crianças com bruxismo deve sempre ser reversível e conservador, de modo a não interferir negativamente no padrão de normalidade da dinâmica de crescimento e desenvolvimento infantil. Alguns autores (PARIZOTTO; RODRIGUES, 2004; RIBEIRO et al., 2004) aconselham o uso de placa de mordida para uso noturno, como alternativa terapêutica, porém ressaltam também a importância de acompanhamento de profissionais de outras áreas como o psicólogo.

Os fatores psicológicos como a ansiedade e o estresse emocional, são preponderantes entre os diversos fatores que predisõem o desenvolvimento do bruxismo (CARIOLA, 2006; GONDO; FAÇANHA; BUSSADORI, 2001; LAUCIS-PINTO et al., 2000; MONACO et al., 2002; VANDERAS; MANETAS, 1995). Corroborando com esta afirmativa, Shinkai et al. (1998) relataram que o comportamento diário da criança atua de maneira significativa na ocorrência do bruxismo em comparação a situações passageiras de estresse emocional. Também Chiang et al. (2010) destacaram que o bruxismo noturno pode resultar em prejuízos como déficit de atenção e hiperatividade.

Uma vez diagnosticada a origem psicológica, é preciso encaminhar o paciente a um profissional especializado a fim de proporcionar um tratamento eficaz e duradouro. Portanto, a terapia multidisciplinar mostra-se ideal para tratamento do bruxismo infantil (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009; GUSSON, 1998).

A interação entre os profissionais das diversas especialidades envolvidas no tratamento de bruxismo em crianças, como os odontopediatras, pediatras e psicólogos, é fundamental com o objetivo de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, promovendo a saúde. O papel do médico pediatra é de extrema importância já ele é o primeiro profissional da saúde a estabelecer contato com a criança, atuando de forma efetiva no reconhecimento do problema e no encaminhamento aos demais profissionais da área de saúde, como os odontopediatras e psicólogos. Para isso, o pediatra e o odontopediatra devem estar aptos a compreender as possíveis causas, características clínicas, sinais e sintomas do bruxismo na infância, identificando o problema o mais precocemente possível. O dentista atuará nos dentes e musculatura para diminuir a força da contração muscular, impedir o excessivo desgaste dentário e quando necessário corrigir problemas de má-oclusão. O psicólogo, pais e responsáveis trabalharão no sentido de desvendar as angústias que levam a criança a ter uma descarga emocional excessiva. Vale lembrar que em muitos casos o bruxismo é uma condição normal e passageira no desenvolvimento da criança (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

Frente ao exposto, cabe salientar que o diagnóstico precoce em crianças apresenta papel de destaque e visa manter a perspectiva de controle e prevenção de danos aos componentes do sistema mastigatório, além de propiciar bem-estar e conforto. Cada paciente deve ser avaliado individualmente e tratado de acordo com os fatores possivelmente associados para que futuras complicações sejam evitadas.

CONCLUSÃO

Mediante a literatura revisada, conclui-se que:

- O bruxismo é um hábito parafuncional, de etiologia multifatorial, com alta prevalência em crianças;
- A abordagem multidisciplinar parece ser a alternativa mais adequada para o tratamento para o seu tratamento.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, T.S., et al. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature. **Int J Pediatr Otorhinolaryngol**, v.72, n.3, p.299-314, 2008.
- BORGHOFF, M.J., et al. Aleitamento materno e sua inter-relação com hábitos bucais deletérios e más oclusões na dentição mista. **Odonto (São Bernardo do Campo)**, v.13, n.26, p.95-104, 2005.
- CARIOLA, T.C. O desenho da figura humana de crianças com bruxismo. **Bol. Psicol**, v.56, n.124, p.37-52, 2006.
- CHIANG, H.L., et al. Association between symptoms and subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder and sleep problems/disorders. **J Sleep Res**, v.7, 2010.
- DINIZ, M.B.; SILVA, R.C.; ZUANON, A.C.C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. **Rev. Paul. Pediatr**, v.27, n.3, p.329-334, 2009.
- GALVÃO, A.C.U.R., MENEZES, S.F.L., NEMR, K. Correlação de hábitos orais deletérios entre crianças de 4: 00 a 6: 00 anos de escola pública e escola particular da cidade de Manaus AM. **Rev. CEFAC**, v.8, n.3, p.328-336, 2006.
- GARCIA, P.P., et al. Verificação da incidência de bruxismo em pré-escolares. **Odontol Clin**, v.5, n.2, p.119-22, 1995.
- GONDO, S.; FAÇANHA, R. A., BUSSADORI, S.K. Bruxismo infantil. **Rev Paul Odontol**, v.23, n.6, p.33-36, 2001.
- GUSSON, G.D. Bruxismo em crianças. **J Bras Odontoped Odonto Bebe**, v.1, n.2, p75-97, 1998.

LAUCIS-PINTO, S.; et al. Bruxismo em odontopediatria e sua correlação com hábitos orais. **Rev Paul Odontol**, v.22, n.5, p.10-18, 2000.

MERIGHI, L.B.M.; et al. Ocorrência de disfunção temporomandibular (DTM) e sua relação com hábitos orais deletérios em crianças do município de Monte Negro - RO. **Rev. CEFAC**, v.9, n.4, p.497-503, 2007.

MONACO, A., et al. The anxiety in bruxer child. A case-control study. **Minerva Stomatol**, v.51, n.6, p.247-50, 2002.

PARIZOTTO, S.P.C.O.L., RODRIGUES, C.R.M.D. Tratamento de bruxismo em crianças através do uso de placa de mordida e reabilitação das facetas de desgaste. **J Bras Oclus ATM & Dor Orofacial**, v.4, n.13/14, p.6-10, 2004.

PEREIRA, L.J., et al. Risk indicators for signs and symptoms of temporomandibular dysfunction in children. **J Clin Pediatr Dent**, v.34, n.1, p.81-6, 2009.

PORTO, F.R., MACHADO, L.R., LEITE, I.C.G. Variáveis associadas ao desenvolvimento do bruxismo em crianças de 4 a 12 anos. **J Bras Odontoped Odonto Bebe**, v.2, n.10, p.447-453, 1999.

RIBEIRO, L.P.; et al. Bruxismo: Relato de caso em criança. **J Bras Oclus ATM & Dor Orofacial**, v.4, n.13/14, p.11-13, 2004.

SONCINI, F., DORNELLES, S. Ocorrência de hábitos orais nocivos em crianças com 4 anos de idade, de creches públicas no município de Porto Alegre (RS), Brasil. **Pro Fono**, v.12, n.2, p.103-8, 2000.

SHINKAI, R.S., et al. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.12, n.1, p.29-37, 1998.

TOSATO, J.P., CARIA, P.H.F. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. **RGO**, v.54, n.3, p.221-224, 2006.

VANDERAS, A.P., MANETAS, K.J. Relationship between malocclusion and bruxism in children and adolescents: a review. **Pediatr Dent**, v.17, n., p.7-12, 1995.

Enviado em: julho de 2010.

Revisado e Aceito: agosto de 2010.