

BRUXISMO INFANTIL – UMA REVISÃO DE LITERATURA
CHILDREN’S BRUXISM – A LITERATURE REVIEW

Gabriela do Carmo de Oliveira

Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José.

Pedro Guanabara Corrêa

Graduando do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José.

Camila Oliveira Borges Frazão

Mestre em Odontologia (UFF), Especialista em Odontopediatria (OCEEx), Especialista em Ortodontia (São Leopoldo Mandic).

RESUMO

O bruxismo define-se como uma atividade muscular repetitiva da mandíbula, podendo ocorrer durante o sono ou vigília, onde apresenta uma alta prevalência na infância. A causa do bruxismo infantil não depende apenas de um fator, mas sim de vários fatores, como fatores respiratórios, psicológicos e gástricos. A identificação precisa e precoce do odontopediatra nos fatores causais parafuncionais são de grande importância, pois dessa forma é possível aplicar medidas terapêuticas adequadas no tratamento ou no controle do bruxismo, necessitando muitas vezes de uma abordagem multidisciplinar, a fim de evitar danos ao sistema estomatognático e permitindo que a criança se desenvolva plenamente. A ausência de tratamento adequado para crianças que apresentam o bruxismo acarreta graves impactos nas estruturas de mastigação, como dores musculares e hipertrofia dos músculos mastigatórios, cefaleia, zumbido no ouvido, desgaste severo dos dentes, entre outros. O objetivo desta revisão de literatura é orientar o cirurgião-dentista em relação ao correto diagnóstico do bruxismo em crianças, a sua prevenção e, também, ao tratamento.

Palavras-chave: bruxismo; bruxismo do sono; crianças.

ABSTRACT

Bruxism is defined as a repetitive muscle activity of the jaw that can occur during sleep or wakefulness, where it has a high prevalence in childhood. The cause of childhood bruxism does not depend on just one factor, but rather on several factors, such as respiratory, psychological, and gastric factors. The accurate and early identification of the pediatric dentist in the parafunctional causal factors is of great importance, because in this way it is possible to apply appropriate therapeutic measures in the treatment or control of bruxism, often requiring a multidisciplinary approach, in order to avoid damage to the stomatognathic system and allowing the child to develop fully. The lack of adequate treatment for children with bruxism has serious impacts on masticatory structures, such as muscle pain and hypertrophy of the masticatory muscles, headache, ringing in the ears, severe tooth wear, among others. The objective of this literature review is to guide dentists regarding the correct diagnosis of bruxism in children, its prevention, and treatment.

Keywords: bruxism; sleep bruxism; children.

INTRODUÇÃO

O bruxismo, segundo Academia Americana de Dor Orofacial (2008), é uma atividade parafuncional, que pode ser diurna ou noturna, incluindo apertamento, tensão, ranger e triturar de dentes.

Kato (2003) afirma que quando o hábito é de vigília, o paciente desenvolve-o de maneira silenciosa, consciente ou inconsciente, rangendo e apertando os dentes e muitas vezes associando atividades parafuncionais como morder objetos, lábios e bochechas. No bruxismo do sono, a atividade é inconsciente, resultando em contrações rítmicas dos músculos e muitas vezes produzindo sons de rangimento, estalos ou batimentos leves nos dentes.

O bruxismo é um distúrbio multifatorial, e em função de sua natureza multifatorial, torna-se necessário determinar o diagnóstico baseado nos possíveis fatores etiológicos e nos sinais clínicos. Fatores sistêmicos, psicológicos, locais, ocupacionais e hereditários podem estar relacionados aos diversos fatores etiológicos que estão associados com o bruxismo. (MANFREDINI et al., 2004; FERREIRA-BACCI et al., 2012).

É possível observar desgastes dentários, fadiga nos músculos da mastigação, dor de cabeça, desordens temporomandibulares e comprometimento da qualidade do sono como manifestações do bruxismo. (CASTROFLORIO, 2015).

Tendo em vista que crianças têm dificuldade em exteriorizar seus sentimentos, em resposta aos problemas sociais de difícil resolução, se tem como resultado as tensões no ambiente bucal, desencadeando o bruxismo como uma forma de autoagressão. (CORRÊA, 2002; SERRALTA & FREITAS, 2002).

Em virtude do aumento de crianças com bruxismo, é de extrema importância o conhecimento dos fatores que ocasionam o bruxismo, tanto para o cirurgião dentista como para o paciente e seu responsável. Uma vez que o responsável com o entendimento do assunto facilitaria na identificação da etiologia e será capaz de procurar um profissional apto para auxiliar no diagnóstico e tratamento.

O objetivo do trabalho é fazer uma revisão de literatura com a finalidade de explicar o conceito de bruxismo, o motivo da ocorrência em crianças, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do bruxismo infantil.

O objetivo geral é revisar a literatura a fim de aproximar o conhecimento sobre a causa, o diagnóstico, o tratamento e a prevenção do bruxismo infantil. Com os objetivos específicos de apresentar a importância da compreensão sobre a etiologia do bruxismo infantil; dissertar a dificuldade que as crianças têm em manifestar seus sentimentos, em resposta aos problemas

sociais de difícil resolução, no que leva as tensões no ambiente bucal, levando ao bruxismo como uma forma de autolesão; e disseminar o conhecimento sobre bruxismo infantil aos cirurgiões dentistas e pessoas interessadas sobre o assunto com o objetivo de facilitar o diagnóstico.

A pesquisa foi feita por meio de uma revisão de literatura / levantamento bibliográfico de artigos recentes. Este tipo de revisão permite o conhecimento que os autores selecionados, têm a dizer sobre o tema.

Utilizou-se abordagem qualitativa, na qual o intuito é entender qual o caminho para a tomada de decisão correta sobre o diagnóstico, o tratamento e a prevenção do bruxismo infantil.

Os artigos utilizados para a construção deste levantamento foram selecionados nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico.

Os termos utilizados em inglês foram: bruxism, sleep bruxism, children, etiology. E em português: bruxismo, bruxismo do sono, crianças, etiologia.

Os dados cruciais para a elaboração da revisão de literatura foram adquiridos através da leitura dos artigos na íntegra, e os dados levantados foram agrupados em categorias com o objetivo de sistematizar os achados.

É de extrema importância uma revisão de literatura, com a finalidade de explicar o conceito do bruxismo infantil. Levando em consideração que a prevalência do bruxismo em pacientes pediátricos tem aumentado nos últimos anos. A fim de agregar conhecimento aos cirurgiões dentistas e pessoas interessadas sobre o assunto, com o objetivo de facilitar o diagnóstico.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo bruxismo vem do grego bruchein e significa apertamento, fricção ou atrito dos dentes. Em 1907, foi utilizado o termo “bruxomania”, na literatura odontológica, e em 1931 foi substituído por “bruxismo”. (SILVA; CANTISANO, 2010).

O bruxismo é descrito como um distúrbio de movimentos estereotipados, frequentemente associado com microdespertares. Há também o bruxismo da vigília. Os sons produzidos pela fricção dos dentes normalmente são percebidos pelos responsáveis. Visando este ponto, o bruxismo infantil tornou-se uma grande preocupação nos últimos anos em decorrência do seu impacto negativo na qualidade de vida da criança e de seus familiares. (SIMÕES-ZENARI et al., 2010).

Podendo causar lesões irreversíveis nos dentes, seus principais sinais e sintomas são: desgaste dos dentes, hipersensibilidade dentária a estímulos térmicos, dor orofacial e cefaleia temporal (CUNALI et al., 2012). Crianças com essa parafunção tendem a dormir menos de oito horas por dia, e a privação do sono reflete diretamente em seu desempenho educacional (SERRA-NEGRA et al., 2014). E em função de sua natureza ser multifatorial, torna-se necessário determinar o diagnóstico baseado nos possíveis fatores etiológicos e nos sinais clínicos. Fatores sistêmicos, psicológicos, locais, ocupacionais e hereditários podem estar relacionados aos diversos fatores etiológicos que estão associados com o bruxismo. (MANFREDINI et al., 2004; FERREIRA-BACCI et al., 2012).

É imprescindível a integração entre a área médica, odontológica, psicológica, fisioterápica, entre outras, visando a prevenção e o tratamento adequados, bem como a orientação dos responsáveis, tendo em vista que quando não possuem orientação do profissional podem dificultar o manejo correto do bruxismo, agravando essa patologia, podendo afetar a qualidade de vida do indivíduo e prolongar os danos para a fase adulta (KOYANO, 2008).

1.1 CONCEITO DO BRUXISMO

De acordo com Lobbezoo et al. (2013) o bruxismo é uma atividade involuntária parafuncional do sistema mastigatório, que resulta em atividade rítmica e repetitiva da contração dos músculos mandibulares, caracterizada por apertar, encostar ou ranger dos dentes e/ou por manter a mandíbula em uma mesma posição sem necessariamente tocar os dentes, o que pode ocorrer durante o sono ou vigília.

Alguns fatores podem contribuir para essa parafunção como o estresse emocional, ansiedade, hábitos alimentares, anormalidades na mandíbula e distúrbios do sono e como a apneia do sono. Além disso, o bruxismo em crianças pode ser hereditário e pode ser agravado pelo uso prolongado de chupetas e/ou mamadeiras. Caso a criança apresente diversos fatores etiológicos combinados, há um considerado aumento na probabilidade do bruxismo ser desencadeado. (RIOS et al., 2018).

Diante dos fatores psicológicos de maior importância para o bruxismo, destacam-se a ansiedade, o estresse e os distúrbios do sono. Tendo em vista que crianças têm dificuldade em exteriorizar seus sentimentos, em resposta aos problemas sociais de difícil resolução, se tem como resultado as tensões no ambiente bucal, desencadeando o bruxismo como uma forma de autoagressão. (CORRÊA, 2002; SERRALTA & FREITAS, 2002).

As crianças que possuem o bruxismo são caracterizadas como mais apreensivas, com maiores preocupações com a escola e problemas emocionais. Elas demonstram sintomas mais constantes, entre eles o desgaste anormal dos dentes, danos aos tecidos periodontais, destruição das estruturas de suporte, dores, distúrbios nas articulações temporomandibulares (ATM), sons associados ao bruxismo, desconforto muscular e mobilidade dentária. (RIOS et al., 2018; RÉDUA et al., 2019).

O bruxismo infantil é uma condição que pode afetar significativamente a saúde bucal e o bem-estar geral da criança. É importante procurar orientação de um profissional qualificado da área da saúde para identificação e tratamento adequado dessa condição. Caso não seja diagnosticado e tratado ele pode se iniciar na infância e continuar na vida adulta. Porém, tem sido relatado um declínio progressivo da ocorrência de bruxismo conforme a idade. A etiologia dessa atividade parafuncional é complexa e controversa, além de ser definida como multifatorial. (ESTEVES et al., 2017).

1.2 PREVALÊNCIA DO BRUXISMO EM CRIANÇAS

Shinkai et al. (1998), observaram alta prevalência do bruxismo em crianças: 43% entre crianças com idade de dois a três anos, 35% entre quatro e cinco anos e 34% entre dez e 11 anos de idade. De acordo com os autores, a maioria das crianças apresentava comportamento ansioso ou hiperativo.

Seguindo os dados apresentados pelos autores, é possível observarmos que a maioria das crianças demonstra conduta hiperativa ou ansiosa. Além disso, é considerável que o bruxismo se eleva consideravelmente de acordo com a idade. Estudos sugerem que os indivíduos com deficiência intelectual são mais propensos ao desenvolvimento do bruxismo do que a população em geral. (COCCHI & LAMMA, 1999; DEMATTEI et al., 2007; CARLSSON et al., 2003).

A dificuldade de se estabelecer a prevalência do bruxismo infantil está na variação da faixa etária, falta de critérios padronizados de diagnóstico e diferenças metodológicas. Ainda, é difícil de se avaliar a ocorrência do bruxismo, pois a presença de elementos que apresentam desgastes oclusais observados durante o exame clínico podem demonstrar uma história progressiva de bruxismo na criança, desordem a qual pode não estar mais acontecendo no momento do exame. Em contrapartida, a criança pode não ter apresentado o hábito parafuncional por tempo suficiente ao ponto de possuir desgastes oclusais nos elementos dentários. Com relação aos dados obtidos na anamnese, uma criança extremamente

colaboradora pode relatar sintomas inexistentes ou os pais e/ou responsáveis podem não estar cientes de que a criança range os dentes ou não estarem presentes quando o hábito ocorre. (SHINKAI et al., 1998)

Acredita-se que o bruxismo do sono seja mais comum na infância, ainda que não seja incomum em adultos e apresente ocorrência reduzida em idosos (SIMÕES-ZENARI et al., 2010). Estudos longitudinais têm indicado entre 35% e 90% das crianças com este distúrbio evoluindo com sintomas na idade adulta, segundo revisão de Aloé et al. (2003).

1.3 CLASSIFICAÇÃO

O bruxismo de vigília (diurno) acontece quando a pessoa se encontra acordada, desperta, e é mais associado à ansiedade, estresse, alguns medicamentos ou condições de saúde. Já o bruxismo do sono (noturno) é um distúrbio associado ao movimento do sono e é associado à baixa qualidade do mesmo, podendo estar relacionado ao uso de medicamentos, obstruções de vias aéreas, refluxo gástrico ou condições de saúde. (VERLANGIERI, 2021).

Com o uso de algumas medicações, é possível que o indivíduo se torne um paciente com bruxismo. Esses medicamentos estão em grupos de antidepressivos, antipsicóticos, quimioterápicos e certas condições de saúde, como nos episódios de febre em infecções agudas ou em crises convulsivas. Esse tipo de bruxismo também deve ser monitorado e discutido com os demais profissionais que acompanham a criança. (VERLANGIERI, 2021).

1.4 DIAGNÓSTICO DO BRUXISMO EM CRIANÇAS

O diagnóstico pode ser feito por meio de perguntas aos pais/responsáveis e/ou exame clínico ou através da polissonografia, que é o método mais confiável. (MACHADO et al., 2014).

Tanto o diagnóstico do bruxismo de vigília quanto o do sono pode ser alcançado por história do paciente, exame físico e métodos complementares, como a polissonografia e a avaliação eletromiográfica. (MACHADO et al., 2014; DRUMOND et al., 2017; LAURITI et al., 2013).

A polissonografia é considerada o método padrão-ouro, para diagnosticar o bruxismo do sono que é a prevalência em crianças, mas possui custo elevado e, por se tratar de crianças, difícil manejo. A história do paciente deve incluir o estudo de sons produzidos como resultado do aperto, conforme relatado pelo tutor do paciente, dor facial ou desconforto matinal, dor de

cabeça, sensibilidade dos dentes aos alimentos quentes ou frios e o exame físico, a presença de desgaste, fratura ou restauração dentária.

Para a averiguação de sinais e sintomas do bruxismo, a aplicação de questionários para os pais e cuidadores, o exame clínico e a polissonografia são os métodos mais descritos na literatura. (SIMÕES SIQUEIRA et al., 2010).

Os questionários/relatos dos responsáveis foram os métodos mais utilizados. Entretanto, têm a desvantagem de a informação obtida ser de natureza subjetiva, ou seja, muitas vezes os responsáveis dormem em ambientes afastados das crianças e não percebem adequadamente os ruídos (KOYANO et al., 2008), porém, os dados obtidos através destes são de suma importância para o diagnóstico do bruxismo infantil, visto que os sons são indícios da presença desta parafunção.

Com o exame clínico avalia-se basicamente o desgaste dentário e associado com o relato dos responsáveis. A Academia Americana de Medicina do Sono (AASM) tem indicadores definidos que são considerados como uma das melhores descrições de bruxismo do sono para fins clínicos e de pesquisa. Consistindo clinicamente na presença de desgaste dentário, desconforto muscular da mandíbula, relato dos pais e cuidadores sobre o barulho enquanto ocorre o ranger dos dentes e queixas das crianças de desconforto dos músculos mastigatórios. (AASM, 2005; DEMIR et al., 2004; SAHIN et al., 2009).

O método de diagnóstico para o bruxismo infantil mais utilizado é a associação do relato dos pais/questionário com o exame clínico, relatado na literatura. Com a inclusão dos indicadores específicos da AASM sugere que seja a maneira mais eficaz, prática e econômica de diagnosticar esta parafunção, mesmo que a polissonografia seja relatada como o padrão-ouro por apresentar as condições ideais, porém, pelo alto custo e pela dificuldade de manejo com o paciente infantil, um método mais simples parece ser o mais adequado. (AASM, 2005).

1.5 TRATAMENTO

Para iniciar-se o tratamento, deve haver um direcionamento à redução do hábito através da conscientização do problema e da prevenção mecânica, evitando o desgaste da dentição, é necessário o repasse de informações ao paciente e ao responsável, técnicas psicológicas e medicações. (GIANNASI et al., 2013; JONES, 1993; ALOUDA et al., 2017).

Diversas terapias têm sido propostas para o tratamento do bruxismo, como: informação/aconselhamento; higiene do sono; resolução de distúrbios respiratórios e outros distúrbios do sono; troca de medicações e seu uso contínuo; uso da homeopatia e da toxina

botulínica; terapia com dispositivos interoclusais (DI); farmacoterapia; biofeedback; ortopédicos; ajustes oclusais; terapia de fotobiomodulação. A terapia com DI tem sido a primeira opção na escolha do protocolo de tratamento para o bruxismo do sono, por ser um tratamento reversível e apresentar menores custos. Além disso, quando se trata de proteger grandes restaurações, os DI são capazes de absorver parte das tensões transmitidas aos dentes. (ARIMA et al., 2012; HALACHMI et al., 2000; DOS SANTOS et al., 2020).

Há 2 tipos de materiais para a fabricação das placas oclusais utilizadas no tratamento do bruxismo: macios ou resilientes e rígidos. Todavia, não há dados científicos que permitam identificar qual tipo é mais eficaz. Aconselha-se que os dispositivos interoclusais, por apresentar uma superfície oclusal dura e plana, possibilita que as forças oclusais sejam direcionadas ao longo do eixo do dente. Além de favorecer que todos os dentes recebam força de mesma intensidade, permite inibição dos mecanorreceptores periodontais sobre a contração dos músculos, reduzindo sua atividade funcional. (KARAKIS et al., 2014; PETTENGILL et al., 1998; CRUZ-REYES et al., 2011).

Ainda assim, os defensores do uso das placas macias/resilientes propõem que a flexibilidade do material proporciona maiores áreas de contato oclusal, levando a um padrão mais uniforme da distribuição das cargas oclusais. Sugere-se que sua baixa densidade e condição estrutural possibilitam sua compreensão antes que os músculos mandibulares sejam estirados ou estressados além dos seus limites fisiológicos, resultando no efeito protetor. (HALACHMI et al., 2000; BROSH et al., 2012; SINGH & BERRY, 1985).

Nos casos de bruxismo de vigília, aconselha-se a terapia cognitivo-comportamental para evitar os fatores desencadeantes, como hábitos de apertar os dentes, mascar chicletes, controle de ansiedade e estresse. (VERLANGIERI, 2021).

Há casos em que a criança necessita de atendimento e acompanhamento multidisciplinar pelas especialidades odontológicas de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, odontopediatria, neurologista, psiquiatra, neurologia, otorrinolaringologista, psicólogo, nutricionista e fonoaudiólogo. Exemplos desses casos são crianças com paralisia cerebral ou apneia do sono. (VERLANGIERI, 2021).

Trabalhos científicos constataram que crianças muito expostas às telas encaram alguns danos e uns deles é ficarem com níveis mais altos de cortisol (o hormônio do estresse, que desregula o sono e apetite) e se tornam mais suscetíveis ao vício. Logo, uma forma de tratamento é o controle do tempo de tela.

O canabinoide CBD, é apontado como um importante auxiliador do sono e redutor da ansiedade (dois fatores que ajudam a amenizar as crises), podendo assim ser também um aliado

de pacientes que sofrem de bruxismo. A combinação dos canabinoides pode ajudar os pacientes a relaxar os músculos e a diminuir as dores causadas pelos episódios de bruxismo. Tais substâncias atuam nos receptores cerebrais CB1 e CB2, que formam o Sistema Endocanabinóide. A dosagem deve ser conversada com o médico, que avaliará o quadro do paciente e a gravidade dos episódios. De acordo com pesquisadores, o CBD é um canabinoide seguro, não produz efeitos psicoativos e não foram observados efeitos colaterais durante o estudo. (ARRANZ, 2022).

Há um movimento muscular mandibular instável na erupção dos primeiros decíduos, levando ao ranger dos dentes durante o sono e na vigília. Causando ansiedade e preocupação nos pais. O papel do dentista é acalmar esses pais e esclarecer que nesta fase não há nada a se fazer, apenas aguardar pela erupção dos demais dentes. (DE PAIVA, 2017).

Não existe terapêutica específica para o bruxismo infantil. Deve haver a avaliação individual de cada paciente e o mesmo deve ser tratado de acordo com os possíveis fatores associados à parafunção, para que futuras complicações sejam evitadas. (DE PAIVA, 2017).

É de extrema importância um tratamento multifatorial que inclua a prática de atividades físicas, um acompanhamento psicológico, o uso contínuo dos dispositivos interoclusais e caso necessário terapia medicamentosa auxiliar, ocasionando a melhora da qualidade de vida do paciente, considerando que haja uma melhora nos sintomas apresentados.

1.6 CONSEQUÊNCIAS

O bruxismo não deve ser considerado como um distúrbio, em indivíduos saudáveis, mas sim como um comportamento que pode ter um impacto negativo ou positivo em certas consequências clínicas (LOBBEZOO et al., 2018; DOS SANTOS et al., 2020).

De acordo com as conclusões de Lobbezoo e sua equipe, em 2018, o bruxismo está propenso a se tornar um fator contribuinte ou proteção para diversos distúrbios. Em relação às implicações clínicas, podemos caracterizá-lo da seguinte forma: pode não representar um risco ou, ao contrário, ser benéfico (sendo um comportamento inócuo), funcionar como um fator de risco (associado a um ou mais problemas de saúde) ou, ainda, atuar como um mecanismo de proteção. (DOS SANTOS et al., 2020).

A ação constante de ranger os dentes, acarreta graves impactos nas estruturas de mastigação. O bruxismo, quando frequente e intenso, pode acarretar, além de dores musculares e hipertrofia dos músculos mastigatórios, cefaleia, zumbido no ouvido, desgaste severo dos dentes, fraturas radiculares e coronárias, hiper mobilidade dentária, hipercementose, aumento

da sensibilidade, lesões periodontais, pulpite, necrose pulpar, recessão gengival e inflamação, reabsorção óssea alveolar, fratura e deslocamento de restaurações, agravamento de distúrbios temporomandibulares e indução de dores de cabeça do tipo tensional (SAULUE et al., 2015; DOS SANTOS et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O bruxismo pode ser definido como uma atividade muscular repetitiva da mandíbula, caracterizada por ranger, tocar ou apertar os dentes, o que pode ocorrer durante o sono ou vigília, onde apresenta uma alta prevalência na infância. Vários fatores fazem com que as crianças desenvolvam o bruxismo, entre eles predominam fatores respiratórios, como alergias, fatores psicológicos, como estresse emocional, distúrbios do sono e fatores gástricos, como refluxo. É importante que o odontopediatra identifique de forma precisa e precoce os fatores causais parafuncionais, a fim de aplicar medidas terapêuticas adequadas no tratamento ou controle do bruxismo, que muitas vezes necessitam de uma abordagem multidisciplinar, a fim de evitar danos ao sistema estomatognático e permitindo que a criança se desenvolva plenamente.

REFERÊNCIAS

ALOÉ F, GONÇALVES LR, AZEVEDO A, BARBOSA RC. **Bruxismo durante o sono**. Rev. Neurociências. 2003;11(1):4-17.

ALouda R, ALSHEHRI M, ALNAGHMOOSH S, SHAFIQUE M, AL-KHUDHAIRY MW. **Mother Work Status on Children Bruxism in a Subset of Saudi Population**. J Int Soc Prev Community Dent 2017; 7(Suppl 3): s170-s8.

AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN, AAOP.

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

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual**. 2. ed. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2005.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, AASM. **International classification of sleep disorders. Diagnosis and coding manual (ICSD-2)**. Section on sleep related bruxism, 2nd ed. Westchester: American Academy of Sleep Medicine. 2005. p. 189-92.

ARIMA T, TAKEUCHI T, TOMONAGA A, YACHIDA W, OHATA N, SVENSSON P. **Choice of biomaterials - Do soft occlusal splints influence jaw-muscle activity during sleep? A preliminary report**. Appl Surf Sci 2012; 262(1): 159-162.

ARRANZ, BARBARA. **Saúde Bucal no Barsil: como o cannabis pode ajudar**. CannaBlog, 2022.

BROSH T, ZARY R, PILO R, GAVISH A. **Influence of periodontal ligament simulation and splints on strains developing at the cervical area of a tooth crown**. Eur J Oral Sci 2012; 120(5):466-471.

CARLSSON GE, EGERMARK I, MAGNUSSON T. **Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-year follow-up period**. J Orofac Pain 2003; 17(1):50-7.

CASTROFLORIO, T., BARGELLINI A., ROSSINI G., CUGLIARI G., RAINOLDI A., DEREGIBUS A. **Risk factors related to sleep bruxism in children: A systematic literature review**. Archives of Oral Biology, [s. l.], v. 60, i. 11, p. 1618-1624, Nov. 2015.

COCCHI R & LAMMA A. **Internal stress and bruxism: An investigation on children and young adults with or without Down's syndrome and with autism or other pervasive developmental disorders**. Italian Journal of Intellectual Impairment. 1999; 12: 13-16.

CORRÊA, MARIA SALETE NAHÁS PIRES. **Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos**. São Paulo: Santos, 2002.

COSTA, SABRINA TEIXEIRA PINTO; TON, LARISSA APARECIDA BENINCÁ; MOTA, IAGO GOMES. **Comparação dos dispositivos interoclusais rígido e resiliente no tratamento do bruxismo: revisão de literatura.** Araçatuba, Revista Odontológica de Araçatuba, v.38, n.3, p. 21-26, Setembro/Dezembro, 2017.

CRUZ-REYES RA, MARTÍNEZ-ARAGÓN I, GUERREROARIAS RE, GARCÍA-ZURADA, GONZÁLEZ-SÁNCHEZ LE. **Influence of occlusal stabilization splints and soft occlusal splints on the electromyographic pattern, in basal state and at the end of six weeks treatment in patients with bruxism.** Acta Odontol Latinoam 2011; 24(1):66-74.

CUNALI, RS, BONOTTO, DMV, MACHADO, E, et al. **Bruxismo do sono e disfunções temporomandibulares: revisão sistemática.** Rev Dor 2012; 13(4):360-4.

DE PAIVA, NATÁLIA GIMENEZ. **Bruxismo na infância: uma abordagem para o clínico.** Araçatuba: UNESP ,2017.

DEMATTEI R, CUVO A, MAURIZIO S. (2007). **Oral assessment of children with an autism spectrum disorder.** Journal of Dental Hygiene, 81, 1–11.

DEMIR A, UYSAL T, GURAY E, BASCIFTCI FA. **The relationship between bruxism and occlusal factors among seven- to 19-year-old Turkish children.** Angle Orthod 2004; 74(5):672-6.

DOS SANTOS, TATIANE RAMOS; PINTOR, ANDRÉAVAZ BRAGA; IMPARATO, JOSÉ CARLOS PETTOROSSO; TANNURE, PATRÍCIA NIVOLONI. **Controle do bruxismo do sono na infância: revisão de literatura.** Rev. Rede cuid. saúde 2020; 14(1):62-76.

DRUMOND CL, SOUZA DS, SERRA-NEGRA JM, MARQUES LS, RAMOS-JORGE ML, RAMOS-JORGE J. **Respiratory disorders and the prevalence of sleep bruxism among schoolchildren aged 8 to 11 years.** Sleep Breath 2017; 21(1):203-8.

ESTEVES, J.L.S.; LAIA, L.S.; MOURA, M.D.G.; MAGALHÃES, S.R.; GROSSMANN, S.M.C.; MOREIRA JUNIOR, L.C. **Uso da acupuntura no tratamento do bruxismo.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v.15, n.1, p.763-773, 2017.

FERREIRA-BACCI ADV, CARDOSO CLC, DÍAZ-SERRANO KV. **Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism.** Brazilian dental journal 2012; 23(3):246- 251.

FERREIRA NM, SANTOS JF, DOS SANTOS MB, MARCHINI L. **Sleep bruxism associated with obstructive sleep apnea syndrome in children.** Cranio., 2015; 33 (4): 251-255.

GIANNASI L, SANTOS I, ALFAYA T, BUSSADORI S, OLIVEIRA L. **EFFECT of na occlusal splint on sleep bruxism in children in a pilot study with a short-term follow up.** J Bodyw Mov Ther 2013; 17(4)416-22.

HALACHMI M, GAVISH A, GAZIT E, WINOCUR E, BROSH T. **Splints and stress transmission to teeth: an in vitro experiment.** J Dent 2000; 28(7):475-480.

JONES CM. **Chronic headache and nocturnal bruxism in a 5-year-old child treated with an occlusal splint.** Int J Paediatr Dent 1993; 3(2):95-7.

KARAKIS D, DOGAN A, BEK B. **Evaluation of the effect of two different occlusal splints on maximum occlusal force in patients with sleep bruxism: a pilot study.** J Adv Prosthodont 2014; 6(2):103- 108.

KATO, T. et al. **Evidence that experimentally induced sleep bruxism is a consequence of transient arousal.** Journal of Dental Research, Alexandria, v. 82, n. 4, p. 284-288, Apr. 2003.

KOYANO K, TSUKIYAMA Y, ICHIKI R, KUWATA T. **Assessment of bruxism in the clinic.** J Oral Rehabil 2008; 35(7):495-508.

LAURITIL, MOTTA LJ, SILVA PFD, DE GODY CHL, ALFAYA TA, FERNANDES KPS, et al. **Are Occlusal Characteristics, Headache, Parafunctional Habits and Clicking Sounds Associated with the Signs and Symptoms of Temporomandibular Disorder in Adolescents?** J Phys Ther Sci 2013; 25(10):1331-4.

LOBBEZOO F, AHLBERG J, GLAROS AG, KATO T, KOYANO K, LAVIGNE GJ, LEEUW R, MANFREDINI D, SVENSSON P, WIN- OCCUR E. **Bruxism defined and graded: an international consensus.** J Oral Rehabil 2013; 40:2-4.

LOBBEZZO F, AHLBERG J, RAPHAEL KG, et al. **International consensus on the Assessment of bruxism: report of a work in progress.** J Oral Rehabil 2018; 00:1-8.

MACHADO, E.; DAL-FABBRO, C.; CUNALI, P. A.; KAIZER, O. B. **Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review.** Dental Press Journal of Orthodontics, Maringá, v. 19, n. 6, p. 54-61, Dec. 2014.

MANFREDINI D, RESTREPO C, DIAZ-SERRANO K, WINOCUR E, LOBBEZOO F. **Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review of the literature.** J Oral Rehabil 2013; 40(8):631-642.

PETTENGILL CA, GROWNEY MR JR, SCHOFF R, KENWORTHY CR. **A pilot study comparing the efficacy of hard and soft stabilizing appliances in treating patients with temporomandibular disorders.** J Prosthet Dent 1998; 79(2):165-168.

RÉDUA, R.B.; KLOSS, P.C.A.; FERNANDES, G.B.; SILVA, P.L.F. **Bruxismo na infância – aspectos contemporâneos no século 21 – revisão sistemática.** FullDentScience, v.10, n.38, p.131-137, 2019.

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

SAHIN U, OZTURK O, OZTURK M, SONGUR N, BIRCAN A, AKKAYA A. **Habitual snoring in primary school children: prevalence and association with sleep-related disorders and school performance.** Med Princ Pract 2009; 18(6):458-65.

SAULUE P, CARRA MC, LALUGUE JF, D'INCAU E. **Understanding bruxism in children and adolescents.** International Orthodontics 2015; 13:489-506.

SERRALTA, F.B.; FREITAS, P. R.R. **Bruxismo e afetos negativos: um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos.** Jornal Brasileiro de Oclusão ATM e Dor Orofacial, Curitiba, PR, v. 2, n. 5, p. 20-25, jan./mar. 2002.

SERRA-NEGRA JM, PAIVA SM, FULGÊNCIO LB, CHAVEZ BA, LAGE CF, PORDEUS IA. **Environmental factors, sleep duration, and sleep bruxism in Brazilian schoolchildren: a case-control study.** Sleep Med., 2014, 15 (2): 236-239.

SHINKAI RS, SANTOS LM, SILVA FA, SANTOS MN. **Prevalence of nocturnal bruxism 2-11-year-old children.** Rev Odontol Univ São Paulo 1998;12:29-37.

SILVA, N.R; CANTISANO, M. H. **Bruxismo: etiologia e tratamento.** Rio de Janeiro, Revistas, v. 66, n. 2, p. 223-227, 2010.

SIMÕES SIQUEIRA, LAURA; BORGES MACHADO, CARINA; RIPLINGER, TAMARA; TERRA DA COSTA, CATIARA. **Diagnóstico do bruxismo infantil: uma revisão de literatura para auxiliar o cirurgião-dentista.**

SIMÕES-ZENARI M., BITAR ML. **Factors associated to bruxism in children from 4-6 years.** Pro Fono., 2010, 22 (4): 465-472.

SIMÕES-ZENARI, MARCIA; LOPES BITAR, MARIANGELA. 2010.

SINGH BP, BERRY DC. **Occlusal changes following use of soft occlusal splints.** J Prosthet Dent 1985; 54(5):711-715.

VERLANGIERI, MARCIO. **Bruxismo Infantil pode ter causa emocional e envolve tratamento multidisciplinar.** Leforte, 2021.

VERLANGIERI, MARCIO. **Bruxismo Infantil pode ter causa emocional e envolve tratamento multidisciplinar.** Leforte, 2021.