



AMO

Associação Maringaense de Odontologia

ESPECIALIZAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA

MICHELLE DE LIMA VIEIRA MORAES

BRUXISMO INFANTIL

MARINGÁ

2020



AMO

Associação Maringaense de Odontologia

ESPECIALIZAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA

BRUXISMO INFANTIL

**Trabalho de Conclusão de
Curso de Pós Graduação
apresentado como requisito
para a obtenção do Título
de especialista em
Odontopediatria pela
AMO.**

Orientador: Prof. Dra Renata S. Carreira

MARINGÁ

2020

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo agradeço à Deus por me dar força e saúde para continuar correndo atrás dos meus sonhos. Obrigada por iluminar minha vida e guiar meus passos.

Obrigada ao meu amado marido Marcelo por me incentivar e me apoiar sempre.

Obrigada aos meus filhos Cauã e Arthur que mesmo com os olhinhos tristes a cada despedida, aguentaram firmes sem a mamãe durante os dias de especialização.

Obrigada pelas amizades que eu fiz durante o curso, por todas as experiências trocadas, pelos risos e conversas, almoços e jantinhas juntas. Levarei cada uma de vocês para sempre em meu coração.

Obrigada às professoras queridas tia Rê, tia Márcia, tia Tereza e tia Deise por todo carinho e dedicação, por compartilhar conosco os conhecimentos e suas experiências pessoais. Além de vocês serem ótimas profissionais, também são donas de corações cheios de amor.

“ Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

SUMÁRIO

1	Título: Bruxismo infantil	1
2	Agradecimentos	3
3	Resumo/Abstract	5
4	Introdução	6
5	Discussão	7
6	Conclusão	12
7	Referências	13

Bruxismo infantil

Bruxismin children

MICHELLE VIEIRA MORAES

RENATA P. S. CARREIRA

RESUMO

O bruxismo é a atividade parafuncional do sistema mastigatório que inclui apertar ou ranger os dentes de forma repetitiva e involuntária, ocorrendo durante o período diurno e/ou noturno, podendo acometer adultos ou crianças de diversas faixas etárias. Este hábito pode impactar negativamente a qualidade de vida da criança e da família, comprometendo o período de sono de ambos, além de causar vários danos ao sistema estomatognático.

O bruxismo é considerado uma patologia de caráter multifatorial, sendo que sua identificação é fundamental para elaboração da terapêutica a ser utilizada e determinação do prognóstico do caso.

Sabendo que os odontopediatras estão entre os primeiros profissionais a serem procurados pelos pais quanto à queixa do bruxismo, o objetivo desse trabalho é instruí-los quanto suas possíveis causas, características clínicas, sinais e sintomas, bem como os tratamentos propostos.

Palavras - chaves: Bruxismo. Crianças. Etiologia. Terapia

ABSTRACT

Bruxism is a parafunctional activity of the masticatory system which includes tightening and teeth grinding. This action, can happens during the Day or night. Bruxism may be harmful with adults or children for all ages. It can cause various damages to the estomatognathic system.

Bruxism is considered as a multifactorial disease thus making the identification is very important for the therapeutic elaboration which can be used and effort to reach a more precise prognosis.

Therefore, the odontopediatrics have been the first ones to be searched for the parents to threat the bruxism, the objective of this work is directing parents about the possible causes of the bruxism, clinical features, presents signs and symptoms and some threathments the disease may have.

Key words: Bruxism. Child. Etiology. Therapy.

INTRODUÇÃO

O bruxismo em crianças tem se tornado uma preocupação crescente nos últimos anos, apresentando aumento significativo do número de casos, talvez relacionado a um contexto de vida mais atribulado (CARVALHO, 2018) e devido ao seu impacto negativo na qualidade de vida (SILVA et al., 2017) e também por ser considerado importante fator de risco para disfunção temporo - mandibular (GUSSON, 1998; ALOÉ et al. 2003). Há uma considerável discrepância na literatura em relação a prevalência do bruxismo (RIOS et al. 2018) o que dificulta o estabelecimento de parâmetros comparativos. Porém, um estudo constituído por pais/responsáveis de crianças com faixa etária entre 2 e 5 anos, a prevalência do bruxismo do sono foi de 33% (SILVA et al, 2017), enquanto que para GONSALVES, TOLEDO e OTERO (2010) variou entre 6 a 88% e para crianças de 4 a 6 anos na pesquisa de SIMÕES-ZENARI e BITAR 2010 foi encontrada elevada ocorrência de bruxismo 55,3%.

O grande aumento das forças oclusais geradas pelo bruxismo resulta em cargas extras para a dentição, o osso alveolar, o periodonto e a articulação temporomandibular (PIZZOL et al., 2006). A etiologia dessa atividade parafuncional é bastante diversificada, podendo ser de origem local, sistêmica, psicológica, ocupacional, hereditária (PIZZOL et al., 2006; RIOS et al., 2018). Entretanto os fatores psicológicos como ansiedade e o estresse emocional, podem ter um papel importante no desenvolvimento do bruxismo (CARIOLA, 2006).

O diagnóstico do bruxismo ainda é um desafio para o cirurgião dentista. Devido a sua natureza multifatorial, torna-se importante estabelecer o diagnóstico com base nos possíveis fatores etiológicos e não apenas nos sinais clínicos (MANFREDINI et al., 2004), portanto uma anamnese bem feita com a ajuda dos pais e responsáveis é fundamental.

A terapêutica a ser instituída depende dos fatores envolvidos na etiologia. SANTOS et al. em 2020 conclui que a higiene do sono, apesar de baixa evidência científica, é considerada a primeira linha de abordagem para o bruxismo do sono infantil. Entre as opções de tratamento inclui-se o tratamento psicológico e emprego de aparelhos interoclusais (CAMPOS, CAMPOS e ZUANON 2002), podendo optar por desgastes seletivos dos dentes, modificações de comportamento, fisioterapia e uso de medicamentos (OLIVEIRA, BEATRICE, LEÃO 2007; HADDAD, CORREA, FAZZI, 1994).

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo apresentar, pela revisão de literatura, os fatores etiológicos, as consequências e os possíveis tratamentos para o bruxismo em crianças.

DISCUSSÃO

O bruxismo é definido como uma atividade involuntária dos músculos mastigatórios caracterizada por apertar ou ranger os dentes, ou então quando há movimentação da mandíbula aleatoriamente com ou sem som audível (SANTOS et al. 2020). Considerado uma patologia de ocorrência comum, podendo ser observado em todas as faixas etárias, com prevalência semelhante em ambos os sexos e pode ocorrer durante o dia e noite (CARIOLA, 2006). MANFREDINI em 2013 relatou que o bruxismo do sono é mais comum na infância (20%), diminuindo em adultos (8%) e apresenta ocorrência reduzida em idosos (3%).

Durante o sono, apresenta-se com uma força maior do que a natural, provocando atrito e ruídos fortes ao ranger os dentes e que não podem ser reproduzidos nos períodos de consciência (GONSALVES, TOLEDO, OTERO, 2010). Durante essa atividade parafuncional, que acontece quase inteiramente em nível subconsciente, os mecanismos de proteção neuromuscular estão ausentes, podendo acarretar danos ao sistema mastigatório e desordens temporomandibulares (PIZZOL et al. 2006).

Diagnóstico e etiologia

O diagnóstico do bruxismo é complexo, devido a sua natureza multifatorial, sendo assim importante estabelecer o diagnóstico com base nos possíveis fatores etiológicos e não apenas nos sinais clínicos (MANFREDINI et al., 2004), portanto uma anamnese bem feita com a ajuda dos pais e responsáveis é fundamental. RIOS et al. (2018) sugerem um protocolo de avaliação - padrão para o diagnóstico do bruxismo, através de um questionário investigando a história médica do paciente, presença de hábitos parafuncionais, alterações sistêmicas e neurológicas, estilo e qualidade de vida, relações familiares e sociais do paciente, aliado a um exame abrangente de sinais e sintomas clínicos. Também é importante o exame de polissonografia, considerado padrão ouro no diagnóstico desta alteração, porém sabe-se que o resultado do exame pode sofrer algumas possíveis interferências, devido o ambiente do exame ser totalmente estranho para o paciente, não havendo o mesmo padrão de sono que o mesmo poderia ter em casa (ORTEGA, 2015). Outras limitações do exame são seu alto custo, a disponibilidade de tempo dos pacientes e de seus cuidadores e ainda a necessidade de cooperação da criança durante o exame.

RÉDUA et al. (2019) orienta que o diagnóstico precoce do bruxismo é importante para minimizar complicações clínicas na dentição decídua, como exposição pulpar ou até mesmo a perda do elemento.

PIZZOL et al. (2006) divide os fatores que predispõem ao bruxismo em: 1) fatores locais (contatos prematuros, interferências oclusais); 2) fatores sistêmicos (indivíduos com problemas respiratórios, pacientes com distúrbios do SNC); 3) fatores psicológicos (estresse, ansiedade); 4) fatores ocupacionais (prática de esportes de competição); e

fatores hereditários ou ainda estar relacionada a distúrbios do sono e parassomias, fenômenos que ocorrem exclusivamente durante o sono (GUSSON, 1998).

Através de um estudo em escolares DRUMOND (2018) apontou que as crianças com provável bruxismo do sono possuíam maior chance de apresentar estresse infantil, de possuir histórico de hábito de roer unhas, de morder objetos e sucção não nutritiva (chupeta e lábios) quando comparadas a crianças sem provável bruxismo do sono. Os fatores sociodemográficos e o estresse materno, que também foram investigados no presente estudo, não possuíam associação com o provável bruxismo do sono nas crianças examinadas.

As condições e ao ambiente em que a criança dorme (tempo e qualidade do sono e condições do quarto como presença de barulho e luz acesa) também estão associados com o bruxismo do sono (SERRA-NEGRA et al., 2014).

GONSALVES, TOLEDO e OTERO (2010) e SIMÕES-ZENARI e BITAR (2010) tiveram resultados semelhantes em seus estudos onde avaliaram os tipos específicos de hábitos, onde a sucção de chupeta se mostrou estatisticamente significativa quando relacionada ao bruxismo. E o hábito de morder os lábios apresentou risco aumentado em cinco vezes para o bruxismo (SIMÕES-ZENARI e BITAR, 2010).

O ato de roer as unhas e morder objetos pelas crianças podem ser formas de extravasamento de estresse, tensão e ansiedade enquanto estão acordadas, tais hábitos podem ser sinais importantes para que os profissionais de saúde, professores, bem como os pais investiguem melhor a existência de possíveis problemas psicológicos nas crianças (DRUMOND, 2018).

Segundo MANFREDINI et al. (2009), RIOS et al. (2018), CARIOLA (2006), DRUMOND (2018) há uma associação significativa entre fatores psicológicos/emocionais como estresse e ansiedade com o bruxismo infantil.

Em um estudo TORUNSKY e SILVA (2012) constataram que não houve diferença estatisticamente entre as crianças com e sem bruxismo, com relação à ansiedade e problemas na aprendizagem.

Tanto a ocorrência de bruxismo quanto o hábito de fumar devem ser levantados entre as famílias. Traço de hereditariedade é um indicador importante e fumantes tem risco duas vezes aumentado para o bruxismo (ALOÉ et al., 2003).

Algumas medicações podem culminar com o aparecimento do bruxismo do sono. Crianças que fazem uso de metilfenidato para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) apresentam alta prevalência de bruxismo secundário quando comparadas às crianças com TDAH sem tratamento (MENDHEKAR et al., 2008). Observou-se o aumento da prevalência de bruxismo em crianças portadoras de síndrome de Down (23 a 42%) e paralisia cerebral (25 a 36,9%) (MIAMOTO et al., 2011).

Através da pesquisa feita por SIMÕES - ZENARI e BITAR (2010) constataram que o número insuficiente de horas de sono recomendado pela Organização Mundial de Saúde foi associado à presença de bruxismo com risco aumentado em cerca de cinco vezes.

Sinais e sintomas

Clinicamente o bruxismo apresenta sinais e sintomas, como face de desgastes envolvendo esmalte e dentina, até podendo ter comprometimento pulpar e redução da dimensão vertical (PIZZOL, 2006), também danos periodontais podem ser encontrados como perda óssea e mobilidade dentária, danos teciduais como mordida de bochecha, hipertrofia do masséter, dor nos músculos mastigatórios, distúrbios da ATM e dores de cabeça (GONSALVES, TOLEDO e OTERO, 2010; PIZZOL, 2016).

Desgastes dentários podem ser sinais clínicos da ocorrência de bruxismo, todavia, podem ser sinais de eventos passados e não mais presentes desta condição, portanto, o diagnóstico deve considerar uma anamnese específica (ORTEGA, 2015). Para verificar a evolução dos desgastes, RÉDUA et al. em 2019 sugere a confecção de modelos de estudo e obtenção de fotografias como métodos auxiliares para o controle dos desgastes. Além disso, as facetas de desgastes dentários, sendo fator único, não determina a presença do bruxismo, pois podem estar relacionado a outros fatores, incluindo a própria estrutura biológica que no caso dos decíduos é mais propensa à perda de minerais; o tipo de dieta (ingestão de alimentos muito ácidos) e os fatores endógenos, como o refluxo gastroesofágico (ORTEGA, 2015).

Por meio da análise dos dados obtidos no estudo de MOTTA et al. (2015), pode-se concluir que existe relação entre a presença de ruído articular e bruxismo. Menor incidência de ruídos articulares foi encontrada em crianças aos 6 e 7 anos. Tal dado pode sugerir que a presença de ruídos em crianças bruxistas pode estar associada à progressão e severidade de sintomas.

Controle e tratamento do bruxismo

Ainda não há consenso na literatura sobre o prognóstico ou o controle do bruxismo. Alguns autores afirmam que o hábito é eliminado de acordo com o crescimento e desenvolvimento da criança (MANFREDINI et al., 2013), enquanto outros afirmam que há forte associação entre parafunção na infância e a persistência da mesma na vida adulta, interferindo na qualidade de vida (ORTEGA, 2009).

A prevenção e o tratamento do bruxismo do sono estão relacionados à identificação e análise de seus fatores etiológicos. Nesse contexto, os autores concordam que a abordagem do bruxismo deve envolver uma equipe multidisciplinar como dentistas, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas (DRUMOND, 2018; NAHÁS-SCOCATE et al., PIZZOL, 2006) .

Na maioria das vezes os pais procuram atendimento odontológico para as crianças devido ao incômodo gerado pelo som do ranger dos dentes e não devido aos danos causados pela parafunção. Devemos orienta-los que a tendência é a redução do hábito com o aumento da idade, porém em alguns casos, algumas crianças continuam até a fase adulta (MANFREDINI et al., 2004).

Atualmente existem diversos tipos de tratamento propostos para o bruxismo, tais como o uso da placa oclusal, a higiene do sono, uso de medicamentos, ortopedia facial,

toxina botulínica, homeopatia e terapias comportamentais, todas focadas em controlar o bruxismo do sono, que envolve uma abordagem multidisciplinar (BARBOSA et al., 2015).

De acordo com RÉDUA et al. em 2019, o controle seja por supervisão, seja por proteção, dos desgastes dentais, associado à investigação médica de fatores causais e adoção de práticas de higiene do sono parecem compor estratégia mais adequada para o tratamento do bruxismo.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2017), a higiene do sono é definida como uma série de comportamentos, condições ambientais e outros fatores relacionados ao sono que podem afetar seu início e manutenção. Consistem em manter horários relativamente constantes para dormir; atentar as condições do quarto; evitar comidas e bebidas com cafeína perto da hora de dormir; não usar o quarto de dormir para estudar ou assistir televisão; evitar jogar videogame ou mexer no celular próximo ao horário de dormir; jantar até duas horas antes de dormir; praticar atividade física seis ou quatro horas antes de dormir (BARBOSA et al., 2015). De acordo com SANTOS et al. 2020, a higiene do sono e as técnicas de relaxamento deveriam ser considerada a primeira linha de abordagem do paciente com bruxismo do sono, pois não é invasiva, é de fácil execução e parece melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Sobre a aplicação de toxina botulínica, ORTEGA em 2017, afirma não existir estudos confiáveis do uso seguro e eficaz da toxina botulínica em bruxismo infantil. Pode - se supor que a aceitação das crianças em relação às aplicações de injeção intramuscular não seja favorável ao condicionamento comportamental. Ainda podemos relatar a falta de eficácia, uma vez que não dispensa o uso da placa, há risco de efeitos indesejáveis com o uso em longo prazo e, principalmente, porque faltam evidências que garantam o uso nos músculos de crianças normorreativas.

Medicamentos já foram relatados na literatura para tratamento do bruxismo em adultos, como clonazepam, clonidina, gabapentina, topiramato e buspirona, porém sem estudos clínicos em crianças. (BARBOSA, 2015).

Se constatar a presença de distúrbios que contribuem para obstrução da passagem de ar no paciente (hipertrofia de amígdalas, rinite alérgica, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono) estas deverão ser tratadas (SANTOS et al., 2020). Segundo um estudo realizado por EFTEKHARIAN et al. em 2008, com 140 crianças de idade entre 4 e 12 anos que apresentavam bruxismo do sono e sintomas obstrutivos devido a hipertrofia adenotonsilar, constatou que houve redução de 25,7% para 7,1% do bruxismo após a adenotonsilectomia.

Normalmente o acompanhamento e as técnicas de higiene do sono são suficientes na abordagem do bruxismo. O uso de placas interoclusais estabilizadoras rígidas constituem uma boa opção quando cuidadosamente supervisionadas e com uso monitorado (GIANNASI et al., 2013), pois recobre todas as superfícies oclusais que estiverem em contato, impedindo o desgaste dentário, o que conseqüentemente protegerá os dentes, além de reduzir a dor orofacial (SAULUE et al., 2015). A placa de acrílico não deve ser usada por mais de um ano devido ao risco de restringir o crescimento transversal da maxila. Uma alternativa para compensar essa restrição do

crescimento em crianças é a inclusão de um torno expensor na placa de proteção (RÉDUA et al., 2019). Em contrapartida ORTEGA (2015) afirma que o uso da placa oclusal não é capaz de travar o crescimento. O crescimento dos ossos craniofaciais obedece ao potencial genético, que apresenta influência preponderante nesse processo. Com o crescimento da criança, a placa fica desajustada e deve ser trocada ou reembasada para nova adaptação. Indica-se o uso noturno da placa e há necessidade de controle periódico do paciente para que haja monitoramento.

Restringe - se o uso em crianças com necessidades especiais que tenham quadros convulsivos ou que ainda não possuam desenvolvimento cognitivo adequado para cooperar na moldagem e ajuste da placa acrílica (ORTEGA et al., 2017).

Existem também os dispositivos flexíveis, como pré - fabricados e placas confeccionadas com silicone, com o intuito de serem mais confortáveis para os pacientes ou que não impedissem o crescimento. Entretanto, placas rígidas, lisas, confeccionadas em acrílico são preferíveis, pela facilidade de ajuste e de adaptação, prevenção de movimentos dentários e por serem mais efetivas na redução da atividade muscular mastigatória durante o sono. Cerca de 20% dos pacientes com bruxismo do sono apresentam aumento na atividade muscular com o uso de um dispositivo confeccionado com material maleável. Além disso, a fricção do material resiliente das placas de silicone no esmalte dental e nos materiais dentários poderia levar a danos nessas estruturas (BARBOSA et al., 2015).

SIMÕES-ZENARI e BITAR em 2010 afirmam que a avaliação fonoaudiológica é muito importante em casos de bruxismo infantil pela possibilidade de se verificar o impacto do hábito na motricidade orofacial, funções alimentares e respiração e por possibilitar o delineamento de ações nessa área.

Quando detectado que o bruxismo é de origem psicológica, essas crianças devem ser acompanhadas para que intervenções apropriadas sejam realizadas. Ressalta-se que uma intervenção psicológica pode promover uma melhor chance de lidar com estímulos externos para as crianças com um elevado nível de responsabilidade e uma alta tendência para o estresse, que pode, por sua vez, oferecer-lhes uma melhor chance de se tornarem adultos emocionalmente mais saudáveis (SERRA-NEGRA et al., 2012).

CONCLUSÃO

O bruxismo é uma manifestação de origem central, portanto, definir sua causa é um desafio, considerando seu aspecto multifatorial, principalmente associado a fatores psicológicos/emocionais, fatores sistêmicos, hereditários, comportamentais. É preciso estabelecer o diagnóstico com base nos possíveis fatores etiológicos e não apenas nos sinais clínicos, portanto uma anamnese bem feita com a ajuda dos pais e responsáveis é fundamental. A correta identificação e eliminação, quando possível, dos fatores etiológicos podem eliminar a ocorrência do evento.

O bruxismo infantil gera muita preocupação aos pais e pode causar sérios danos às estruturas orofaciais se não for controlado. Pode ser reduzido com o aumento da idade da criança, mas em alguns casos, há necessidade de intervenção e acompanhamento do odontopediatra juntamente com uma equipe multidisciplinar.

O controle, seja por supervisão, seja por proteção, dos desgastes dentais, associado à investigação médica de fatores causais e adoção de práticas de higiene do sono compõe métodos mais adequadas para o tratamento desta condição.

REFERÊNCIAS

1. ALOÉ F et al. **Bruxismo durante o sono**. Rev. Neurociências. v. 11, n. 1, p. 4-17, 2003.
2. BARBOSA JS, MACHADO NG, CONTI PCR. Bruxismo infantil: o que o ortodontista deveria saber. In: PINTO T, GARIB DG, JANSON G, SILVA FILHO OG, organizadores. Pro-odonto ortodontia **Programa de atualização em ortodontia: ciclo 8**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p.121-122.
3. CAMPOS JADB, CAMPOS AG, ZUANON ACC. **Bruxismo em crianças**. RGO. v. 50, n 2, p. 74-6, 2002.
4. CARIOLA TC. **O desenho da figura de crianças com bruxismo**. Boletim de Psicologia. v. 56, n.124, p. 37-52, 2006.
5. CIRANO GR et al. **Disfunção de ATM em crianças de 4 a 7 anos: prevalência de sintomas e correção destes com fatores predisponentes**. Rev. Pos - grad. v. 7, n.1, p.14-21, 2000.
6. DRUMOND, CL. **Provável bruxismo do sono em crianças de 8 a 10 anos de idade e fatores associados: um estudo caso-controle. 2018**. Tese (doutorado em Odontologia). 2008;em odontologia) - Faculdade de odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.
7. EFTEKHARIAN A, RAAD N, GHOLAMI-GHASRI N. **Bruxism and adenotonsillectomy**. Int J Pediatr Otor. V.72, n. 4, p. 509-511.
8. GONÇALVES LPV, TOLEDO AO, OTERO SAM. **Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais**. Dental Press J. Orthod. v. 15, n. 2, p. 97-104, 2010.
9. GIANNASI et al. **Effect of an occlusal splint on sleep bruxism in children in a pilot study with a short-term follow up**. J Bodyw Mov Ther. v. 17, n.4, p.418-422, 2013.
10. GUSSON, DGD. **Bruxismo em crianças**. J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe. v. 1, n. 2, p. 75-97, 1998.
11. HADDAD AE, CORRÊA MSNP, FAZZI R. **Bruxismo em crianças**. Rev. ABO Nac. v.5, n.5, p. 317- 320, 1994.
12. HIRSCH et al. **Incisal tooth wear and self-reported TMD pain in children and adolescents**. Int J Prosthodont. v.17, n. 2, p. 205 - 210, 2004.
13. MANDREDINI D et al. **Psychi and occlusal factors in bruxers**. Australian dental journal. v. 49, n. 2, p. 84 – 89, Jun. 2004.
14. MANFREDINI D et al. **Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review of the literature**. J oral Rehabil. v. 40, p.631-642, 2013.

15. MENDHEKAR DN, ANDRADE C. **Bruxism arising during monotherapy with methylphenidate.** J Child Adolesc Psychopharmacol.v.18,n. 5, p.537- 538, Oct. 2008.
16. MIAMOTO CB et al. **Prevalência e fatores preditivos de bruxismo do sono em crianças com e sem comprometimento cognitivo.** Braz Oral Res. v. 25, n. 5, p. 439-445, Set/Out, 2011.
17. MOTTA LJ et al. **Avaliação do ruídos da articulação temporomandibular em crianças com bruxismo.** Rev. Cefac. v. 17, n. 1, Jan / Fev, 2015.
18. NAHÁS- SCOCATE et al. **Associação entre bruxismo infantil e as características oclusais, sono e dor de cabeça.** Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. v. 66, n. 1, São Paulo, Jan./Mar. 2012.
19. OLIVEIRA GAS; BEATRICE LCS, LEÃO SFS. **Reabilitação oral em pacientes com bruxismo: o papel da odontologia restauradora.** Int J Dent. v. 6, n. 4, p. 117- 23, 2007.
20. ORTEGA AL. **Bruxismo em odontopediatria.** In: Imparato, JCP e autores. Anuário 2: Odontopediatria clínica Integrada e Atual. 1 edição. São Paulo: Editora Napoleão, 2015.
21. ORTEGA AOL, GUIMARÃES AS. **Fatores de risco para disfunção temporomandibular e dor orofacial na infância e na adolescência.** Rev. Assoc. Paul.Cir. Dent. v. 67, n. 1, p. 14-17, 2013.
22. PIZZOL, KEDC et al. **Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos.** Rev. Odontol UNESP, v. 35, n. 2, p. 157- 63, 2006.
23. RÉDUA, R B et al. **Bruxismo na infância - aspectos contemporâneos no século 21- revisão sistemática.** Full Dent. Sci. v.10, n. 38, p. 131-137, 2019.
24. RIOS LT et al. **Bruxismo infantil e sua associação com fatores psicológicos – revisão sistemática da literatura.** Rev. Odontol. Univ. Cid São Paulo. v. 30, n. 1, p. 64 - 76, Jan/ Mar, 2018.
25. SANTOS TR et al. **Controle do bruxismo do sono na infância: revisão de literatura.** Rev. Rede cuid. saúde. v. 14, n. 1, Jul, 2020.
26. SERRA-NEGRA JM, Paiva SM, Flores-Mendoza CE, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA. **Association among stress, personality traits, and sleep bruxism in children.** Pediatric dentistry 2012 Mar-Apr;34(2):e30-4.
27. SERRA-NEGRA J.M et al. **Environmental factors, sleep duration, and sleep bruxism in Brazilian schoolchildren: a case-control study.** Sleep Medicine, Amsterdam, v. 15, n.2, p. 236-239, Feb. 2014.
28. SILVA CC et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças com bruxismo do sono.** Fisioter Bras., v. 18, n.1, p. 38-46, 2017.
29. SIMÕES ZM, BITAR ML. **Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos.** Pró - Fono R. Atual. Cient. v. 22, n. 4, p. 465-72, Oct/Dec, 2010.
20. TORUNSKY AM, SILVA AMSL. **Influência do bruxismo na ansiedade e aprendizagem em crianças.** Clipe Odonto. v. 4, n.1, p.11-5, 2012 .

