

Amanda da Silva Santos

**Estudo da Prevalência e dos Fatores Etiológicos
Envolvidos com o Hábito de Bruxismo em Crianças
da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de
Odontologia Araçatuba – UNESP.**

Araçatuba – SP

2013

Amanda da Silva Santos

**Estudo da Prevalência e dos Fatores Etiológicos
Envolvidos com o Hábito de Bruxismo em Crianças
da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de
Odontologia Araçatuba – UNESP.**

Trabalho de Conclusão de curso como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientador: Robson Frederico Cunha.

Araçatuba – SP

2013

Agradecimentos

Ao Pr. Dr. Robson Frederico Cunha, pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação, contribuindo com meu crescimento científico e intelectual.

Aos mestrandos Fernanda Alves Santos e Laércio Santos Dias e à psicóloga Franciane Figueira da Silva, pela grande contribuição na realização desta pesquisa.

À Reitoria da Unesp pelo apoio e concessão da bolsa de iniciação científica.

À Universidade Estadual Paulista, pela oportunidade de realização do curso de graduação em Odontologia.

A Deus, que tornou tudo isso possível.

“Se algum de vocês tem falta de sabedoria, peça-a a Deus, que a todos dá livremente, de boa vontade; e lhe será concedida. Peça-a, porém, com fé, sem duvidar, pois aquele que duvida é semelhante à onda do mar, levada e agitada pelo vento.”

Bíblia Sagrada (Tiago 1.5:6).

SANTOS, A. S. **Estudo da Prevalência e dos Fatores Etiológicos Envolvidos com o Hábito de Bruxismo em Crianças da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia Araçatuba – UNESP**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

Resumo

A prevalência e a incidência de bruxismo em crianças têm sido objeto de estudos epidemiológicos mais recentes quando comparados aos estudos em adultos, assim como os fatores envolvidos nessa parafunção. O objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência de bruxismo excêntrico noturno (BEN); verificar o tipo de comportamento da criança, incluindo presença de ansiedade, o estado de saúde geral, a ocorrência de mal oclusão e a presença de outros hábitos bucais parafuncionais. Os Resultados obtidos apresentaram uma prevalência de 15% de crianças com o hábito do bruxismo, em consonância com a literatura. Os aspectos ortodônticos verificados não se constituíram em fator responsável pelo hábito de bruxismo e dentre os outros hábitos parafuncionais encontrados, morder objetos (33,82%), roer unhas (33,82%) e interposição lingual (48,52%) foram os mais freqüentes e 47% das crianças apresentaram mais de um hábito parafuncional além do bruxismo. Quanto aos aspectos psicológicos, a ansiedade em grau médio foi verificada em 59% das crianças, destacando-se ainda presença de retraimento, inadequação e insegurança.

Palavras-chave: Bruxismo. Criança. Etiologia.

SANTOS, A. S. **Study of prevalence and etiological factors involved with bruxism in children from a clinic of Pediatric Dentistry of School of Dentistry at Araçatuba – UNESP.** 2013. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

Abstract

The prevalence and incidence of bruxism in children have been the subject of recent epidemiological studies compared to studies in adults, as well as factors involved in this parafunction. The aim of this study was to determine the prevalence of eccentric nocturnal bruxism (BEN); verify child's behavior, general health status; the occurrence of malocclusion and the presence of parafunctional habits. The results obtained showed a prevalence of 15% of children with the habit of bruxism, in line with the literature. The aspects orthodontic checked were not a factor responsible for the habit of bruxism and among the others parafunctional habits found, biting objects (33,82%), nail biting (33,82%) and lingual (48,52%) were the most often and 47% of children had more than one parafunctional habit beyond bruxism. In the psychological aspects, the anxiety in middle grade was observed in 59% of children, also emphasizing the presence of withdrawal, inadequacy and insecurity.

Keywords: Bruxism. Children. Etiology

Sumário

1. Introdução	6
2. Síntese Bibliográfica	8
3. Objetivos	13
4. Metodologia	13
5. Resultados e Discussão	14
6. Conclusão	17
Referências	18
Anexos	22

1. Introdução

Bruxismo é uma parafunção do sistema estomatognático, que tem como característica o contato não funcional dos dentes, que ocorre de maneira consciente ou inconsciente, apertando ou rangendo os mesmos, ao contrair os músculos mastigatórios de maneira rítmica e espasmódica.¹ A ocorrência do bruxismo é mais comum no período noturno por ocasião do sono, embora esta condição possa ocorrer durante a vigília.

Quanto à sua etiologia, sugere-se o envolvimento de vários fatores contribuintes, como os locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais e hereditários.² Dentre os fatores locais, destaca-se o traumatismo oclusal, contato prematuro, reabsorção radicular, presença de cálculo dental, dentes perdidos, cistos dentígeros, excesso de material restaurador, tensão muscular e má oclusão, esta última ainda é um assunto controverso.^{3,4}

As causas sistêmicas podem estar relacionadas com deficiências nutricionais e vitamínicas, presença de parasitas intestinais, alergias, distúrbios otorrinolaringológicos e gastrintestinais, além de endócrinos. Paralisia cerebral, deficiência mental e síndrome de Down são apontados como fatores predisponentes, segundo alguns autores.^{5,6}

Um dos fatores mais estudados em crianças, estão entre o grupo de subfatores de ordem psicológica e ocupacional que podem desencadear o habito. Entre esses fatores, podemos citar: problemas familiares, tensões emocionais, crises existenciais, depressão, medo, crianças em fase de auto-afirmação, prática de esportes competitivos e ansiedade.^{7, 8, 9,10} Com relação aos fatores hereditários, foi observado que crianças em que os pais apresentavam bruxismo se mostraram mais suscetíveis ao desenvolvimento do mesmo.^{11, 12} A cavidade bucal apresenta um forte potencial afetivo, é um local onde ocorrem expressões de impulsos emocionais e de conflitos

latentes, baseado nesse princípio, estudos revelam que esta parafunção é considerada uma resposta de escape do indivíduo.¹⁴

O bruxismo também pode ter associação com parasonias e poucas horas de sono em relação ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Essas poucas horas de sono foram associadas com o risco do desencadeamento do hábito.¹³

O diagnóstico do bruxismo é feito através de sintomas e sinais clínicos, como desgastes oclusais e/ou incisais, agressão ao periodonto de sustentação, hipersensibilidade pulpar, fratura de dentes e/ou restaurações, dores nos músculos da mastigação, hipertrofia do masseter, distúrbio na articulação temporomandibular, cefaléia ao acordar, e outros.¹⁰ Como esse hábito pode ocorrer em qualquer idade e causar sérios danos ao sistema estomatognático, o exame clínico em odontopediatria deve abranger os sinais clínicos que podem sugerir a presença dessa parafunção na criança, como desgaste dental excessivo, dor muscular, alguma desordem articular, além de questionar os pais sobre possível hábito da criança de ranger os dentes enquanto dorme.

A prevalência e a incidência do bruxismo infantil tem sido objeto de estudo epidemiológico recente se comparado com o bruxismo em adultos e a falta de uniformização e padronização dos métodos de avaliação tem resultado numa grande variação entre eles (5% a 81%³, e 7% a 88%⁴), dificultando, portanto, o estabelecimento de parâmetros comparativos. Além disso, ainda são poucos os trabalhos realizados em âmbito nacional, especialmente na primeira década de vida.¹⁵

O bruxismo não é uma doença, mas quando exacerbado, pode provocar grandes distúrbios fisiopatológicos no sistema estomatognático, atingindo de maneira danosa a ATM, os músculos, o periodonto e a oclusão. Sua identificação é fundamental para elaboração do plano de tratamento e definição do prognóstico.¹⁴

Como o bruxismo é uma parafunção de caráter multidisciplinar, o tratamento também acompanha esse padrão. Fatores locais como contato prematuro, má oclusão, restaurações devem ser atentadas e como opção, o uso de placa de mordida, que irá promover a proteção dos dentes, como também proporcionar um equilíbrio

neuromuscular, colocando a mandíbula em posição e desprogramar os músculos, deixando-os numa posição relaxada, porém o uso desta medida em criança é controverso. A psicoterapia deve ser incluída no tratamento da criança, visto que esta atividade parafuncional pode estar relacionada a fatores de ordem psicológica. Portanto, a etiologia dessa atividade, deve ser investigada pelo odontopediatra, para que o mesmo atue de maneira eficaz, evitando que futuras complicações, especialmente dentárias, sejam estabelecidas na criança.¹⁶

2. Síntese Bibliográfica

O Bruxismo e sua Etiologia

Por ser considerado como uma parafunção de origem multifatorial, o bruxismo apresenta uma grande variedade de linhas de estudo. Iremos destacar, nesta síntese bibliográfica, as questões relacionadas com a etiologia.

Fatores de ordem local

Em 1999, Porto e colaboradores¹⁷ apontaram para a existência de relação direta entre a ocorrência de hábitos parafuncionais e o bruxismo. Zenari e Bitar¹³ examinaram 141 crianças, que passaram por avaliação da motricidade orofacial e observaram alguns fatores locais relacionados ao hábito de ranger os dentes. Dentre os fatores, foi observada a sialorréia durante o sono, hábitos de morder lábios e roer unhas, tônus de bochecha, tipos de mordida alterados, participação da musculatura peribucal durante deglutição de líquidos, tendo como fatores mais significativos o uso de chupeta. De acordo com os autores, o hábito de sucção de chupeta aumenta em 7 vezes o risco para o desenvolvimento do bruxismo. Além desse fator, alterações significativas no padrão do sono da criança apresentou um risco de aumentar 5 vezes o desenvolvimento deste hábito. Gonçalves, Toledo e Otero¹⁸ em um estudo sobre

fatores oclusais e hábitos bucais relacionados ao bruxismo em crianças e adolescentes na faixa etária de 4 a 16 anos, tiveram como resultado a inexistência da relação dos fatores oclusais estudados, dentre eles, aspectos morfológicos da oclusão segundo a classificação de Angle, critérios para dentadura decídua de Foster e Hamilton (1969) e mordidas cruzadas anteriores e posteriores, uni ou bilaterais – com o bruxismo. Encontraram relação estatisticamente significativa de hábitos bucais com o bruxismo. A onicofagia foi o hábito mais prevalente (35%) e analisando os tipos específicos de hábitos, a sucção de chupeta mostrou-se significativamente relacionada ao bruxismo.

Serra-Negra ²⁰ (2012) em um estudo caso-controle sobre os sinais, sintomas e os fatores associados ao bruxismo, observou que crianças com o hábito de morder objetos e apertar os dentes em vigília apresentaram-se mais suscetíveis a desenvolver bruxismo noturno.

Gonçalves e Otero¹⁸ estudaram a relação entre o hábito do bruxismo e os fatores oclusais. Através do exame clínico de 592 crianças na faixa etária de 4 a 6 anos e da análise dos questionários, não observaram a associação dos fatores oclusais estudados e o bruxismo. Ghafournia e Tehrani ²³, porém examinaram 400 crianças de 3 a 6 anos de idade e detectaram prevalência de 12,75% com bruxismo. Também foram avaliados a relação dos caninos decíduos (Classe I, Classe II e Classe III) e dos molares (degrau mesial, distal e plano terminal reto), mordida cruzada anterior e posterior, mordida aberta e mordida profunda, além de giroversões, impacção alimentar, dentes com bordas afiadas, restaurações altas, dentes com lesões de cáries extensas e dentes doloridos. O trabalho apresentou relação entre o bruxismo e os molares com plano terminal reto e degrau mesial. Um estudo realizado em 2012 e publicado mais recentemente por Junqueira e colaboradores ²², observou em uma amostra de 937 pré escolares a relação do plano terminal dos segundos molares decíduos em crianças, dentre elas, 29,4% com bruxismo, e concluíram não haver relação significativa entre esses fatores, mas que dores de cabeça e sono agitado estão significativamente relacionados ao hábito.

Dentro dessa classificação etiológica do bruxismo, em 1990, 2007, e mais recentemente em 2011²¹, pesquisadores tomaram como foco a teoria dos fatores Periféricos e Centrais como causa do bruxismo. Os fatores periféricos baseiam-se no fato de que as más oclusões resultam na redução do tônus do músculo mastigatório. Na ausência do equilíbrio oclusal, os receptores periodontais são estimulados durante a atividade neuromuscular na mastigação, estimulando o bruxismo. Os defensores dessa teoria referem-se a sua experiência clínica de sucesso em longo prazo. Os fatores Centrais serão descritos no próximo tópico.

Fatores de ordem sistêmica e hereditariedade do bruxismo

Considerando os fatores de ordem sistêmica, destacaremos a Teoria sistêmica/neurofisiológica, a qual defende o fato de que o bruxismo é uma desordem neurofisiológica e que deficiências nutricionais e outras condições clínicas, entre elas alergias e hipotireoidismo estão relacionadas com o bruxismo. Vários estudos realizados desde 1960 relacionam o hábito com fatores sistêmicos, relacionando-o com histaminas liberadas durante processos alérgicos, resfriado e até mesmo estresse, porém apresentando algumas controvérsias. Estudos realizados em 1974 observaram que algumas condições neurológicas estão consistentemente relacionadas ao bruxismo, como crianças com paralisia cerebral e síndrome de Down que apresentam uma maior prevalência deste hábito do que crianças sem tais desordens.²⁴

Recapitulando a teoria dos fatores Periféricos e Centrais citada, a teoria dos fatores Centrais afirma que o segundo centro de perturbações na zona de gânglios basais, por exemplo, disfunções relacionadas ao sono, são ativadas para causar o bruxismo e que diferentes atividades parafuncionais noturnas ocorrem em diferentes estágios do sono. Alguns autores assumem que o hábito de ranger os dentes é uma parassonia, ocorrendo em associação com sonambulismo, com a fala ou enurese.²¹

Bisi et al, em um estudo realizado em 2007, caracterizam o bruxismo como uma parafunção na odontologia e uma parassonia na medicina do sono. Eles observaram que existe uma associação entre o despertar do sono e a parafunção em pacientes portadores, e que uma mudança na micro e/ou na macroestrutura do sono pode ocorrer antes da ação do hábito se iniciar. Artigos revisados mostraram essa associação e revelaram ser uma atividade motora exagerada e involuntária. Concluíram também sobre a importância do diagnóstico do bruxismo por meio da polissonografia e sua possível relação com outros distúrbios do sono.²⁵

Um componente genético dessa parafunção é indicado por estudos que mostram que crianças as quais seus pais apresentam o hábito, rangem os dentes com maior frequência se comparado com as crianças as quais os pais não eram ou não tinham sido bruxômanos (Abe e Shimakawa, em 1966. *Apud* Glaros e Melamed).²⁴

Fatores de ordem psicológica do bruxismo

A literatura sugere que o fator psicológico é o mais preponderante quando se estuda a etiologia do bruxismo e que sua prevalência é grande em crianças a partir dos dois anos de idade, em função de seu comportamento ansioso, imperativo e agressivo.⁸ Alguns autores consideram o bruxismo como uma resposta de escape do indivíduo, uma vez que a cavidade bucal apresenta um forte potencial afetivo, as expressões de impulsos reprimidos, conflitos e emoções, ansiedades, ou muitas vezes por não poder expressar suas necessidades ou por não saber lidar com a raiva, as crianças manifestam-se apertando ou rangendo os dentes como uma forma de auto-agressão.^{14, 20}

Um estudo realizado em 2012, onde foram analisadas 120 crianças com bruxismo e 240 sem o hábito, através de testes aplicados por psicólogos, teve com objetivo determinar a associação entre níveis de estresse, traços de personalidade e bruxismo em crianças. Nesta pesquisa, puderam concluir que níveis de estresse e responsabilidade são fatores chaves para o desenvolvimento dessa parafunção.⁹

Ferreira-Bacci, Cardoso e Díaz-Serrano¹⁰ avaliaram o perfil comportamental de crianças com bruxismo, o qual foi diagnosticado pelo relato dos pais, e pelos sinais e sintomas como, dor nos músculos mastigatórios, hipertrofia do masseter, uso de facetas, fraturas de restaurações, impressões dentais na mucosa da bochecha e na língua. Das oitenta crianças selecionadas para o estudo, vinte e nove diagnosticadas com bruxismo rangiam ou apertavam os dentes acordadas ou durante o sono, pelo menos três noites por semana num período de pelo menos três meses antes de se inscrever no estudo. Na avaliação psicológica desse estudo, as escalas Rutter's Child Behavior Scale-A2 e Escala do Estresse foram aplicadas aos pais e às crianças respectivamente e foi observado que 82% das crianças precisaram de intervenção psicológica ou psiquiátrica. Dezesete delas apresentaram distúrbios neurológicos e sete, distúrbio anti-social. Seis apresentaram significativas manifestações psicológicas ou psiquiátricas de estresse, sugerindo, portanto, que problemas de comportamento e potenciais problemas emocionais podem ser fatores de risco para o bruxismo em crianças.

Ao analisar a relação entre personalidade e o hábito, Jorgic-Srdjak et al. observaram que os pacientes portadores de bruxismo apresentavam as seguintes características de personalidade, de acordo com Temperament and Character Inventory, que avalia quatro dimensões de temperamento e três dimensões de caráter: exploratória, impulsivo, extravagante e irritado, pessimista, medroso, tímido, crítico, distante, isolada e independente, preguiçoso, mimado, fracassado e pragmático e segundo os escores da escala aplicada, demonstrou também imaturidade no caráter.¹⁹

Um estudo realizado em 2010, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida das crianças com bruxismo noturno e a observar a associação das características sociodemográficas com eventuais hábitos parafuncionais, avaliou 25 crianças com bruxismo e outras 69 com ausência do hábito, com a média de idade de 7 anos. Segundo o artigo, eram crianças livres de cárie, de escolas públicas, nas quais foi aplicado um auto-questionário, Auto Questionnaire Qualite de Vie Enfant Image (AUQUEI), e foram feitos exames clínicos e entrevistas com os pais. Foi realizada a

avaliação da associação do bruxismo noturno com sexo, idade, índice de massa corporal, uso materno de álcool / tabaco / medicamentos durante a gravidez, idade materna ao nascer, escolaridade dos pais, hábitos de sucção, enurese, roer as unhas, número de filhos, desejo de ter mais filhos (primogênito), ocorrência de divórcio ou morte dos pais e os dados obtidos com o questionário AUQUEI. Dentro das variáveis estudadas, apenas a variável “idade materna ao nascer” mostrou-se significativamente associada ao bruxismo noturno, ou seja, nessa amostra, os filhos de mães mais jovens mostraram-se mais propensos ao desenvolvimento do hábito. ²⁶ Esses são dados que instigam um aprofundamento na pesquisa sobre fatores psicológicos relacionados ao bruxismo.

3. Objetivos

- Determinar a prevalência do bruxismo excêntrico noturno (BEN);
- Verificar o tipo de comportamento da Criança;
- Verificar o estado de saúde geral;
- Verificar a ocorrência de mal oclusão;
- Verificar a ocorrência de outros hábitos parafuncionais.

4. Metodologia

Este trabalho apresenta um perfil observacional descritivo de uma população participante de assistência odontológico. Para sua realização foram avaliadas 460 crianças entre 4 a 10 anos de idade. Todas pertencentes à clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Para selecionar as que apresentavam o hábito do bruxismo foi aplicado um questionário aos pais ou pela própria queixa dos mesmos em relação à presença do hábito. Foram realizadas entrevistas padronizadas com os pais das crianças, envolvendo questões de saúde e comportamento. Foram analisadas características ortodônticas e ortopédico-faciais,

utilizando a classificação de Angle, dos padrões faciais I, II e III e faces longas e curtas, aplicação dos índices Ceo e CPOD, para verificar as condições de saúde bucal das crianças, além da detecção de hábitos parafuncionais realizados pela ortodontia e odontopediatria. Além disso, foram avaliados os aspectos psicológicos através da técnica projetiva H-T-P (House-Tree-Person) para a avaliação da ansiedade infantil e entrevistas com os pais a fim de ratificar os dados obtidos com a avaliação da criança.

5. Resultados e Discussão

Do total de 460 crianças avaliadas na disciplina de Odontopediatria, 68 (15%) apresentaram o hábito do bruxismo concordando, portanto, com a média de prevalência encontrada na literatura, porém a prevalência é difícil de ser comparada entre os trabalhos já publicados, visto que as metodologias empregadas apresentam-se bastantes diferentes umas das outras, além da faixa etária abrangida em cada estudo, que também interfere em sua determinação, neste trabalho foi de 4 a 10 anos. O método escolhido para diagnosticar a presença de bruxismo foi a entrevista com os pais das crianças, pelo fato de ser difícil diagnosticar a presença do hábito apenas com exame clínico, que pode apresentar um falso positivo quando observamos facetas de desgaste nos dentes, as quais podem apenas representar uma história pregressa de bruxismo, além disso, a presença do hábito não depende exclusivamente de desgaste nos dentes, pois existe a possibilidade do hábito ter aparecido em tempos recentes e o desgaste não apresentar-se de forma significativa. Embora o método seja subjetivo, percebemos ser a melhor maneira de identificar o bruxismo nas crianças, uma vez que o ruído produzido pelas crianças pode ser percebido facilmente pelos pais.

Dentro da etiologia multifatorial do bruxismo, o aspecto psicológico é um dos que mais se apresenta relacionado ao hábito. Estudos demonstram que problemas de comportamento e problemas emocionais podem ser fatores de risco para o bruxismo em crianças.¹⁰ No presente estudo, a aplicação do teste projetivo H-T-P revelou que o comportamento apresentado foi retraimento, insegurança e inadequação, num total de

58% das crianças avaliadas. Ainda, o relato dos pais/cuidadores revelou que 59% das crianças apresentaram-se com grau de ansiedade média, revelando uma grande significância do fator psicológico na presença do bruxismo.

A presença de outros hábitos parafuncionais associados ao bruxismo, foi observada em 54 (79%) crianças da amostra. Estudos apontam à existência da relação dos hábitos bucais deletérios com o bruxismo¹⁷. Zenari e Bitar¹³ examinaram 141 crianças e observaram alguns fatores locais relacionados ao bruxismo. Dentre os fatores foi observada a sialorréia durante o sono, hábitos de morder lábios e roer unhas, tônus da bochecha, tipos de mordida alterados, participação da musculatura perioral durante deglutição de líquidos, tendo como fatores mais significativos o uso de chupeta, que de acordo com os autores, aumenta em 7 vezes o risco para o desenvolvimento do bruxismo. A prevalência dos hábitos bucais deletérios, além do bruxismo, encontrados nesta pesquisa foi: sugar lábio, 10%; sugar chupeta, 8%; morder lábios, 10%; morder objetos, 33%; roer unhas, 33%; interposição lingual, 48% e outros, como auto mutilação, mamar mamadeira, morder bochecha, deglutição atípica e respiração bucal, somaram 13%. Deve ressaltar que 47% das crianças apresentaram mais de um hábito parafuncional além do bruxismo.

Os índices Ceo e CPOD encontrados nas crianças desta pesquisa, revelaram um valor de 1,17 e 0,14, respectivamente. A maioria das crianças apresentou-se com a dentição decídua e mista no primeiro período transitório, não apresentando muitos dentes permanentes. O valor encontrado no índice Ceo corresponde aos seguintes valores de suas variáveis: cariado, 0,13; restaurado com cárie, 0,04; restaurado, 1; perdido por cárie, 0. O que significa que a maioria dessas crianças recebeu tratamento restaurador, apresentando mínimas necessidades de tratamento da doença cárie. Importante ressaltar a ocorrência da polarização da cárie em determinadas crianças, ou seja, muitas crianças apresentaram-se livre de cárie enquanto outras, apresentaram de 5 a 8 restaurações. As variáveis do índice CPOD foram: cariados, 0,04; restaurados, 0,10; extraído e extração indicada, 0 em ambos.

Nos aspectos ortodônticos observados, foram avaliadas 58 crianças com as seguintes características: de acordo com o tipo de padrão facial verificou-se o Padrão I em 35 crianças; padrão II, em 6; padrão III, em 1; padrão Face Curta, 0 e padrão Face Longa, 16. De acordo com o tipo facial observou-se Mesofacial em 21 crianças; braquifacial em 9, e dolicofacial em 28. De acordo com a relação de caninos decíduos em Classe I foram 28 crianças; Classe II, 27 e Classe III, 3 crianças. Para a relação sagital, tivemos a relação sagital normal em 56 crianças; relação de topo em 2; mordida cruzada anterior com desvio funcional e mordida cruzada anterior sem desvio funcional não houve ocorrência de crianças. A sobressaliência invertida também não foi encontrada; mordida de topo foi verificada em 2 crianças; trespasse horizontal reduzido em 7; normal em 22 e excessivo em 27 crianças. Considerando a relação vertical, verificou-se mordida profunda em 18 crianças; relação vertical normal em 31; mordida de topo em 5; mordida aberta anterior em 4; sem ocorrência de mordida aberta posterior. Encontrou-se relação transversal normal em 53 crianças (11 com atresia maxilar); mordida cruzada posterior em 5; e nenhuma mordida de topo. O padrão sem desvio da linha média foi observado em 36 crianças e ocorrência de desvio da linha média em 22. Finalmente considerando o apinhamento dentário anterior, observou-se apinhamento superior em apenas uma criança; apinhamento inferior em 23; apinhamento superior e inferior em 3 e ausência de apinhamento em 31 crianças. Os aspectos ortodônticos observados não se mostraram relacionados ao bruxismo de forma significativa, pois os resultados encontrados não são díspares em relação ao comumente encontrado na população. Um grande número de autores^{18, 19, 22}, ao analisarem a relação entre fatores oclusais e o bruxismo, não encontraram relação significativa entre eles. Gonçalves e Otero¹⁸ estudaram a relação entre o hábito do bruxismo e os fatores oclusais e através do exame clínico de 592 crianças na faixa etária de 4 a 16 anos e da análise dos questionários distribuídos, não observaram a associação dos fatores oclusais estudados e o bruxismo.

Os estudos sobre a etiologia do bruxismo ainda são inconclusivos. Pesquisadores têm sugerido que fatores locais, como a má oclusão, estão perdendo a

importância, enquanto os fatores cognitivos comportamentais, como o estresse, ansiedade e traços da personalidade, estão ganhando mais atenção. Esse trabalho observacional descritivo teve a intenção de contribuir para que, no futuro, novos estudos sobre a etiologia do bruxismo possam ser realizados. Estudos adicionais poderão alcançar resultados significativos que sejam capazes de sanar as dúvidas por parte dos profissionais que lidam com o problema e que, muitas vezes, se sentem frustrados diante da diversidade de informações.

6. Conclusão

Baseado nos resultados encontrados neste estudo pode-se concluir que os aspectos ortodônticos estudados não se apresentaram relacionados com o bruxismo e que os hábitos parafuncionais são comuns em pacientes bruxistas e podem estar envolvidos com aspectos psicológicos destes pacientes. Também podemos concluir que os aspectos psicológicos encontrados, como retraimento, inadequação e insegurança, assim como a ansiedade, estão ganhando mais atenção se comparados com os aspectos locais estudados na etiologia desta parafunção.

Referências

1. BADER, G.; LAVIGNE, G. **Sleep bruxism: an overview of an oromandibular sleep movement disorder.** Sleep Med Rev 2000;4:27-43.
2. GUSSON, D. G. D. **Bruxismo em crianças.** J Bras Odontoped - Odonto Bebe 1998;1:75-97.
3. MACIEL, R. N. **Oclusão e ATM: procedimentos clínicos.** São Paulo: Santos; 1996.
4. DEMIR, A.; UYSAL, T.; GURAY, E.; BASCIFTCI, F. A. **The relationship between bruxism and occlusal factors among seven- to 19-year-old Turkish children.** Angle Orthod 2004;74:672-6.
5. SHINKAI, R. S.; SANTOS, L. M.; SILVA, F. A.; SANTOS, M. N. **Prevalence of nocturnal bruxism 2-11-year-old children.** Rev Odontol Univ São Paulo 1998;12:29-37.
6. NOR, J. E.; FELDENS, E. G.; WITT, S. M. R.; SCHERER, S. C.; THOMAZI, T. H.; MARTINS E .A. *et al.* **Bruxismo em crianças.** Rev Fac Odontol 1991;32:18-21.
7. SERRA-NEGRA, J. M. C. **Bruxismo em crianças: reações interna e externa dos sujeitos.** Belo Horizonte; s.n; 2006. [120] p. tab.
8. GONDO, S.; FAÇANHA, R. A. A.; BUSSADORI, S. K. **Bruxismo infantil / Childhood bruxism.** Rev. paul. odontol;23(6):33-36, nov.-dez. 2001.

9. SERRA-NEGRA, J. M.; PAIVA, S. M.; FLORES-MENDOZA, C. E.; RAMOS-JORGE, M. L.; PORDEUS, I. A. **Association among stress, personality traits, and sleep bruxism in children.** *Pediatr Dent.* 2012 Mar-Apr;34(2):30-4.
10. FERREIRA-BACCI, A. V.; CARDOSO, C. L. C.; DÍAZ-SERRANO, K. V. **Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism-** *Braz. Dent. J.* vol.23 no.3 Ribeirão Preto 2012
11. REDING, G. R.; RUBRIGHT, W. C.; ZIMMERMAN, S. O. **Incidence of bruxism.** *J Dent Res* 1966;45:1198-204.
12. GLAROS, A. G. **Incidence of diurnal and nocturnal bruxism.** *J Prosthet Dent* 1981;45:545-9.
13. SIMÕES-ZENARI, M.; BITAR, M. L. **Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos.** *Pró-Fono Revista de Atualização Científica.* 2010 out-dez;22(4):465-72.
14. DINIZ, M. B.; SILVA, R. C.; ANGELA, C. C. Z. **Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras.** *Rev Paul Pediatr* 2009;27(3):329-34.
15. SHINKAI, R. S. A.; SANTOS, L. M.; SILVA F. A.; SANTOS, M. N.. **Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade.** *Rev Odontol Univ São Paulo* vol. 12 no. 1 São Paulo Jan./Mar. 1998
16. SERAIDARIAN, P. I.; ASSUNÇÃO, Z. L. V.; JACOB, M. F. **Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento.** JBA, Curitiba, v.1, n.4, p.290-295, out./dez. 2001.
17. PORTO, F. R.; MACHADO, L. R.; LEITE, I. C. G. **Variáveis associadas ao desenvolvimento do bruxismo em crianças de 4 a 12 anos / Variables associated**

with the development of bruxism in children ranging from 4 to 12 years Fonte: J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe;2(10):447-453, nov.-dez. 1999. tab, graf.

18. GONÇALVES, L. P. V.; TOLEDO O. A.; OTERO, S. A. M. **Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais.** Dental Press J. Orthod. v. 15, no. 2, p. 97-104, Mar./Apr. 2010

19. JORGIC-SRDJAK, K.; IVEZIC, S.; CEKIC-ARAMBASIN A.; BOSNJAK, A. **Bruxism and psychobiological model of personality.** Coll Antropol; 22 Suppl: 205-12, 1998. Dec. Article em En | MEDLINE | ID: 9951165

20. SERRA-NEGRA, J. M.; PAIVA, S. M.; AUAD, S. M.; RAMOS-JORGE, M.L.; PORDEUS, I. A. **Signs, Symptoms, Parafunctions and Associated Factors of Parent-Reported Sleep Bruxism in Children: A Case-Control Study** Braz Dent J (2012) 23(6): 746-752

21. BEHR, M.; HAHNEL, S.; FALTERMEIER, A.; BÜRGERS, R.; Carola KOLBECK, C.; HANDEL, G.; PROFF, P. **The two main theories on dental bruxism** Annals of Anatomy 194 (2012) 216– 219

22. JUNQUEIRA, T. H.; NAHÁS-SCOCATE, A. S. R.; Karyna Martins do VALLE-COROTTI, K. M.; CONTI, A. C. C. F.; TREVISAN, S. **Association of infantile bruxism and the terminal relationships of the primary second molars** Braz Oral Res., (São Paulo) **2013** Jan-Feb;27(1):42-7

23. GHAFOURNIA, M.; TEHRANI, M. H. **Relationship between Bruxism and Malocclusion among Preschool Children in Isfahan** JODDD, Vol. 6, No. 4 Autumn 2012

24. GLAROS, A. G.; MELAMED, B. G. **Bruxism in children: Etiology and treatment** *Applied & Preventive Psychology* 1:191-199 (1992). Cambridge University Press. Printed in the USA. Copyright © 1992 AAAPP 0962-1849/92 \$5.00 + .00
25. BISI, M. A.; SELAIMEN, C. M. P.; MARTINS, E. A.; PINTO, D. V.; BUTZKE, K. W.; VALENTE, H. R. **Características polissonográficas em pacientes bruxômanos / Polysomnographic characteristics in patients with bruxism** *RFO UPF; 12(3) set.-dez. 2007*.
26. CASTELO, P.M.; BARBOSA, T.S.; GAVIÃO, S. M. B. D.; CASTELO *et al.* **Quality of life evaluation of children with sleep bruxism - BMC Oral Health** 2010, **10**:16 Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/10/16>>

Anexos



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Araçatuba - ODONTOPEDIATRIA

Questionário - Bruxismo

Identificação

Nome _____

Prontuário n°: _____ Data de avaliação: ____/____/____

Ficha de Anamnese

Questionário de Saúde:

Estado de saúde geral: (passado e presente)

Diagnóstico / tratamento de doença parasitária? () Sim () Não

Há quanto tempo? _____

Está fazendo uso de alguma medicação? () Sim () Não - Qual(is) _____

História de Alergia: () Sim () Não

Observações: _____

Até quando amamentou: _____ meses

Questionário Psicológico:

Comportamento da criança: () Calma () Agitada

O sono da criança é: () Tranquilo () Agitado

Histórico Escolar: _____

Atividades extra-escolares: () Presente: () 1 () 2 () 3 () Ausente

Quais? _____

Frequência: _____

Hábitos bucais parafuncionais:

() Sucção de dedo () Lábios () Chupeta
() Morder lábios () Objetos () Onicofagia () Outros

Se afirmativo:

Duração: _____

Frequência: _____

Intensidade: _____

Histórico Familiar: Pais: () Casados () Separados () Outro

Número de irmãos: () 0 () 1 / idade: _____ () 2 / idades: _____ () 3 / idades: _____

() 4 / idades: _____ () 5 / idades: _____

Gênero dos irmãos: _____

Outras observações importantes: _____

Questionário Odontológico:

Histórico do Bruxismo: no momento está: ☐ Presente ☐ Ausente

Período: ☐ Diurno ☐ Noturno

Frequência do bruxismo: ☐ diário; ☐ às vezes; _____

Há quanto tempo observou a ocorrência do bruxismo? _____

Correlaciona este aparecimento com alguma situação vivida pelo grupo familiar e/ou criança? _____

Apresenta sensibilidade dolorosa dos músculos mastigatórios: ☐ Sim ☐ Não

Dor de cabeça frequentes: ☐ Sim ☐ Não

Frequência: _____

Bruxismo na família: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Ausente

Tipo de dentição: ☐ Decídua ☐ Mista ☐ Permanente

Desgaste dentário: ☐ Sim ☐ Não

Quais dentes: _____

Outras informações relevantes: _____

