

**F**ERNANDA **A**LVES **S**ANTOS

**CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS, FACIAIS E BUCO-DENTÁRIAS DE  
CRIANÇAS COM BRUXISMO DA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRIA DA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA ARAÇATUBA – UNESP.**

ARAÇATUBA  
2014

**F**ERNANDA **A**LVES **S**ANTOS

**CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS, FACIAIS E BUCO-DENTÁRIAS DE  
CRIANÇAS COM BRUXISMO DA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRIA DA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA ARAÇATUBA – UNESP.**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da  
Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho”, Campus  
de Araçatuba, para obtenção de título de Mestre em  
Ciência Odontológica, área de Saúde bucal da criança.**

**Orientador: Prof. Robson Frederico Cunha**

**ARAÇATUBA  
2014**

Catálogo-na-Publicação

Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

Santos, Fernanda Alves.

S237c      Características psicológicas e odontológicas de crianças  
com bruxismo da clínica de odontopediatria da Faculdade  
de Odontologia Araçatuba – UNESP / Fernanda Alves

Santos. – Araçatuba, 2014

78f. : il. ; tab. + 1 CD-ROM

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista,  
Faculdade de Odontologia de Araçatuba

Orientador: Prof. Robson Frederico Cunha

1. Ansiedade 2. Bruxismo 3. Criança I. Título

Black D27

CDD 617.645

# **DADOS CURRICULARES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Dados Curriculares

### **FERNANDA ALVES SANTOS**

<b>Nascimento</b>	12/06/1989 – Araçatuba-SP
<b>Filiação</b>	Everaldo Luís dos Santos Valdete Alves dos Santos
<b>2008/2011</b>	Curso de Graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP
<b>2012/2014</b>	Programa de Pós Graduação em Ciência Odontológica, Área de Saúde Bucal da Criança, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
<b>Associações</b>	CROSP – Conselho Regional de Odontologia de São Paulo SBPqO – Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica

---

# DEDICATÓRIA

---

---

---

---

# DEDICATÓRIA

*À Deus, em especial, por seus cuidados e amor. Aos meus pais pelo amor, carinho, compreensão e principalmente pela ajuda que me deram ao decorrer do período. Ao meu filho (Leonardo) por ter me ensinado o verdadeiro valor e sentido da vida. À minha família e amigos que fiz durante essa jornada chamada "vida. Ao Prof Robson pela total dedicação".*

---

# **AGRADECIMENTOS**

---

---



---

# AGRADECIMENTOS

À **Deus**, que, quando algumas vezes, sentindo-me desacreditada e perdida nos meus objetivos me fez vivenciar a delícia de me formar e de estar concluindo mais essa nova etapa em minha vida.

*“Por isso não tema, pois estou com você; não tenha medo, pois sou o seu Deus. Eu o fortalecerei e o ajudarei; eu o segurarei com minha mão direita vitoriosa” Is 41:10.*

Aos meus queridos **papai e mamãe(Everaldo e Valdete)** que, com todo amor e carinho me trouxeram a este mundo, dedicaram, cuidaram e doaram incondicionalmente seu sangue e suor em forma de amor e trabalho por mim, despertando e alimentando em minha personalidade, ainda na infância, a sede pelo conhecimento e a importância deste em minha vida.

À minha **irmã (Juliane)** que permaneceu sempre ao meu lado, nos bons e maus momentos.

Ao **meu filho (Leonardo)**, agradeço por sua presença em minha vida, pelos seus ensinamentos de como amar incondicionalmente, e por me fazer cada dia mais ter vontade de lutar e vencer.

Aos **meus avós (Leonilda e Elisio)** pelo carinho que somente os avós sabem dar. Em memória à minha avozinha **Ormezinda**, obrigada por ter sido essa avó maravilhosa, sempre presente em minha vida.

Aos **amigos(as), familiares, professores(as)** e todos aqueles(as) que cruzaram em minha vida, participando de alguma forma na construção e realização deste tão desejado sonho.

Em especial ao **meu querido profº e orientador Robson Frederico Cunha**, obrigada pela compreensão, pela grande ajuda, não somente de um orientador, mas também como um pai. Pela paciência que teve ao decorrer do meu percurso. Serei sempre grata a ti.

---

**EPÍGRAFE**

---

---

---

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.*

*(Martin Luther King)*

---

**RESUMO**

---

---

---

Santos FA. **Características psicológicas e odontológicas de crianças com bruxismo da clínica de odontopediatria da faculdade de odontologia Araçatuba – UNESP** [dissertação]. Araçatuba: Unesp – Universidade Estadual Paulista; 2014

## **RESUMO**

O propósito desta pesquisa foi avaliar as características psicológicas, faciais e buço-dentárias de crianças de 4 a 10 anos de idade com bruxismo. As crianças foram avaliadas através de entrevista e exame clínico para caracterizar a presença da parafunção em um total de 460, divididas em três grupos de acordo com a faixa etária (4 a 6 anos, 7 e 8 anos e 9 e 10 anos). Às crianças selecionadas foi aplicado o teste projetivo H-T-P e também uma entrevista para os pais como forma de análise psicológica no período inicial e pós 18 meses. A análise ortodôntica verificou o padrão facial, a classificação de Angle, relação sagital anterior, sobressaliência e sobremordida, avaliação transversal. A análise odontopediátrica constou de exame bucal e aplicação de um questionário que verificou as seguintes variáveis: idade, sexo, histórico do bruxismo, comportamento da criança, saúde geral e presença de hábitos bucais. Os resultados foram analisados nos aspectos qualitativos e quantitativos e descritos na forma de tabela e gráficos. Das 460 crianças, 68 apresentaram o hábito de bruxismo (15%), sendo 38 do sexo feminino e 30 no masculino. A maioria das crianças pertencia à faixa etária de 4 a 6 anos (43%). O teste H-T-P mostrou que 58% e 73% das crianças bruxistas apresentavam traços de insegurança, retraimento e inadequação, no período inicial e após 18 meses, respectivamente. O questionário aplicado aos pais evidenciou que a ansiedade nas crianças ocorreu em 56% e 49%, respectivamente, nos dois

---

---

períodos avaliados. A análise ortodôntica revelou que das crianças bruxistas 60% apresentavam o padrão esquelético I e 48% com Classe I de Angle. Relação sagital com 97% normal, sobressaliência (overjet) em 47%, relação vertical somente 9% com mordida cruzada posterior. A frequência do bruxismo noturno foi de 96%, com sono agitado em 72% e 62% com comportamento agitado. Dentre os problemas de saúde geral, 40% com histórico de rinite alérgica. Ocorrência do bruxismo em outros membros da família foi constatada em 75% dos casos. Concluiu-se que quanto às características psicológicas, houve número significativo de crianças bruxistas com importantes alterações. No aspecto ortodôntico a maioria das crianças apresentou características faciais e dentárias normais. No aspecto odontopediátrico verificou-se que o bruxismo pode apresentar períodos alternados de remissão e recidiva e que necessita de extensa avaliação do odontopediatra para seu manejo.

Palavras-chave: Ansiedade. Bruxismo. Criança.

---

---

Dental and psychological characteristics of children with bruxism from pediatric dentistry clinic of School of Dentistry at Araçatuba - UNESP - [dissertação].  
Araçatuba: Unesp – Universidade Estadual Paulista; 2014

### **ABSTRACT**

The purpose of this research was to evaluate the psychological, facial and dental characteristics of children 4-10 years of age with bruxism. All children were evaluated by interview and clinical examination to determine the presence of parafunction. They were divided into three groups according to age. The projective test HTP to the children and also an interview with the parents as a form of psychological analysis in the initial period and after 18 months was applied. The orthodontic analysis verified the facial pattern, the Angle classification, previous sagittal relationship, overjet and overbite, cross-evaluation. The pediatric dental analysis consisted of an oral examination and a questionnaire found that the following variables: age, sex, history of bruxism, child behavior, general health status and oral habits. The results were analyzed using the qualitative and quantitative aspects and have been described in the table and graphs. Of the 460 children, 68 had the habit of bruxism (15%), 38 females and 30 males. Most of children belonged to the age group 4-6 years (43%). The HTP test showed that 58% and 73% of children showed bruxism traits of insecurity, shyness and inadequacy in the first period and after 18 months, respectively. The questionnaire administered to the parents showed that anxiety in children occurred in 56% and 49%, respectively, in both periods. The orthodontic analysis revealed that 60% of bruxism children had skeletal pattern I and 48% with Class I malocclusion. Normal sagittal relationship with 97% and overjet in 47%. Only 9% of the children showed vertical relationship

---

---

with posterior cross-bite. The frequency of nocturnal bruxism was 96%, with restless sleep in 72% and 62% with agitated behavior. Among the general health problems, 40% with a history of allergic rhinitis. Occurrence of bruxism in other family members was found in 75% of cases. It can be concluded that the psychological characteristics showed a significant number of children with bruxism major changes. In orthodontic aspect most of children had normal facial and dental aspects. In pediatric dentistry it was found that bruxism may have alternating periods of remission and relapse and requires extensive evaluation of the pediatric dentist for their management.

Keywords: Anxiety. Child. Bruxism

---



---

## Lista de tabelas

<b>Tabela 1 –</b>	Grau de ansiedade da criança bruxista de acordo com as porcentagens obtidas da aplicação do questionário.	<b>29</b>
<b>Tabela 2 –</b>	Número e porcentagem das crianças que apresentavam bruxismo de acordo com a faixa etária no período inicial.	<b>34</b>
<b>Tabela 3 –</b>	Número e porcentagem das crianças que apresentavam bruxismo de acordo com a faixa etária no período final.	<b>34</b>
<b>Tabela 4 –</b>	Número e frequência de crianças de acordo com os parâmetros avaliados pelo teste H-T-P.	<b>36</b>
<b>Tabela 5 –</b>	Relação das crianças nos períodos inicial (p 0) e pós 18 meses (p18) com os graus de ansiedade.	<b>37</b>
<b>Tabela 6 –</b>	Número e frequência das crianças que apresentavam bruxismo e características de sua ocorrência.	<b>39</b>
<b>Tabela 7 –</b>	Número e frequência das crianças bruxistas com relato de correlação a partir do segundo período de avaliação	<b>40</b>
<b>Tabela 8 –</b>	Número e frequência das crianças bruxistas sem relato de correlação a partir do segundo período.	<b>40</b>
<b>Tabela 9 –</b>	Número e frequência das crianças de acordo com os problemas relacionados à saúde	<b>44</b>
<b>Tabela 10 –</b>	Característica do sono dos pacientes com bruxismo	<b>46</b>

---

---

## Lista de Gráficos

<b>Gráfico1 –</b>	Número e frequência das crianças bruxistas de acordo com a conduta adotada pelos pais.	<b>41</b>
<b>Gráfico2 –</b>	Número e frequência das crianças de acordo com as manifestações de remissão/recidiva do bruxismo no período 18 meses.	<b>41</b>
<b>Gráfico 3–</b>	Número e frequência das crianças de acordo com as manifestações de remissão/recidiva do bruxismo no período 24 meses.	<b>42</b>
<b>Gráfico 4–</b>	Número e frequência das crianças bruxistas de acordo com outros tipos de hábitos deletérios	<b>42</b>
<b>Gráfico 5 –</b>	Número e frequência das crianças de acordo com as características familiares.	<b>43</b>
<b>Gráfico 6 –</b>	Distribuição dos problemas de saúde e ocorrência nos pacientes com bruxismo	<b>45</b>
<b>Gráfico 7 –</b>	Característica do comportamento dos pacientes com bruxismo	<b>46</b>

---

---

## Lista de abreviaturas

**ATM** | Articulação Temporomandilubar

**H-T-P** | House – Tree – Person



---

# Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	20
2. PROPOSIÇÃO .....	25
3. MATERIAL E MÉTODO .....	27
3.1. Análise psicológica .....	27
3.1a. Técnica projetiva – Teste H-T-P .....	28
3.1b. Questionário – aspectos psicológicos .....	28
3.2. Análise Odontológica .....	29
3.2a. Ortodontia .....	29
3.2b. Odontopediatria .....	32
3.3. Análise dos resultados.....	32
4. RESULTADOS .....	34
4.1. Análise psicológica .....	35
4.2. Análise Odontológica .....	37
4.2a. Ortodontia .....	37
4.2b. Odontopediatria.....	38
5. DISCUSSÃO .....	48
5.1. Aspectos psicológicos.....	48
5.2. Aspectos Odontológicos.....	50
5.2a. Ortodontia .....	50
5.2b. Odontopediatria.....	51
6. CONCLUSÃO .....	61
7. REFERÊNCIAS.....	63
ANEXO A.....	73
APÊNDICE A .....	75
APÊNDICE B .....	79
APÊNDICE C .....	83

---

# INTRODUÇÃO

---

---

## 1. INTRODUÇÃO

O termo bruxismo foi introduzido na literatura odontológica em 1931 por Frohman<sup>24</sup>, quando afirmou que o ranger e o apertar dos dentes possuíam propósitos não funcionais para o sistema mastigatório, procurando desta forma distanciar-se da caracterização do conceito então em vigor de que este ato, ou “bruxomania”, revela a personalidade psicótica de seus portadores. Assim, o bruxismo não está relacionado à execução das funções normais do sistema estomatognático, como a deglutição, mastigação e fonação. De acordo com a Academia Americana de Dor Orofacial<sup>4</sup> e a Associação Americana de Desordens do Sono, 2001<sup>6</sup>, o bruxismo é caracterizado por atividade parafuncional noturna e/ou diurna involuntária dos músculos mastigatórios, rítmica ou espasmódica<sup>2,4,27</sup>, podendo apresentar apertamento e/ou ranger dos dentes<sup>5,15,50</sup>. Nesse último caso, ocorrem contrações rítmicas musculares, sendo mais freqüente durante o sono (bruxismo excêntrico noturno). Durante essa atividade parafuncional, que ocorre quase que inteiramente em nível subconsciente, os mecanismos de proteção neuromuscular estão ausentes<sup>67,77</sup>, o que pode acarretar danos ao sistema mastigatório e desordens temporomandibulares<sup>18, 21,43</sup>.

O diagnóstico do bruxismo pode ser obtido através de sinais e sintomas sugestivos dessa condição, tais quais a sensibilidade articular ou muscular, desgastes dentários assim como fratura de dentes e/ou restaurações, mobilidade dental, alterações pulpares, hipertrofia muscular, limitação de movimentos mandibulares, ou mesmo por relato do paciente consciente desse

---

hábito, e também por informações de pessoas que com ele convivem<sup>35</sup>. O bruxismo pode também ser avaliado através de questionários de auto-relato, exame clínico bucal e estudos desenvolvidos em laboratórios do sono (polissonografias). Geralmente, os pacientes apertam os dentes ao longo do dia e os range durante o sono<sup>8</sup>. Dos episódios de bruxismo, 60 a 80% ocorrem durante o sono leve, sendo raramente encontrados nas fases profundas de sono<sup>18</sup>.

A etiologia do bruxismo é multifatorial<sup>43,44</sup> e atribuída a fatores locais, sistêmicos, psicológicos<sup>7, 47,70,76</sup>, sendo sua identificação fundamental para elaboração da terapêutica a ser utilizada e a determinação do prognóstico do caso. Em relação aos fatores locais, as interferências oclusais podem ser consideradas como o principal fator desencadeante do bruxismo<sup>16</sup>. Correlações entre má oclusão e bruxismo não são consistentes<sup>70</sup>.

Quanto aos distúrbios sistêmicos, tais como deficiências nutricionais, alergias, parasitoses intestinais e desordens endócrinas, têm sido implicados como fatores causais do bruxismo<sup>76</sup>. Doenças como a síndrome de down, o autismo e a paralisia cerebral, dentre os distúrbios neurológicos, são fortemente indicados como fatores de risco<sup>77</sup>.

O aspecto psicológico é considerado um fator importante na psicofisiologia do bruxismo<sup>51,52</sup> por se tratar de uma resposta de escape, pelo fato de a cavidade bucal possuir um grande potencial afetivo e ser um local privilegiado para a expressão dos impulsos de emoções e de conflitos latentes. Através de entrevistas e observações clínicas, testes psicológicos, técnicas projetivas e outros procedimentos de investigação clínica, como jogos lúdicos e

---

---

desenhos, poder-se-á obter o diagnóstico psicológico do bruxismo a fim de identificá-los e tratá-los<sup>9</sup>.

A prevalência do bruxismo do sono é de 6% na população geral<sup>28</sup>. Apresenta diminuição com a idade sendo, segundo alguns estudos, de 28% em crianças, 14% em adultos e 3% acima dos 60 anos de idade<sup>6,27,32,33,56</sup>. Em outros estudos a prevalência do bruxismo em crianças é em torno de 7% a 15.1%<sup>43,44</sup>, com maior predomínio para o sexo feminino<sup>8</sup>. A falta de uniformidade e padronização dos critérios para a avaliação do bruxismo infantil tem resultado em uma grande variação de sua prevalência — 5% a 81%<sup>2</sup>, e 7% a 88%<sup>13</sup>, o que dificulta o estabelecimento de parâmetros comparativos. Além disso, ainda são poucos os trabalhos similares realizados no Brasil, principalmente com pacientes na primeira década de vida o que impede a formação de uma estatística nacional. O bruxismo noturno é mais freqüente, varia com o indivíduo e foi relacionado à tensão emocional ou física<sup>52</sup>.

Dentre os hábitos que podem provocar seqüelas sobre o crescimento do complexo crânio-facial, o bruxismo, em especial, devido a sua complexa etiologia e efeitos variados sobre o sistema estomatognático, pode causar danos à ATM, aos músculos mastigatórios, ao periodonto e à oclusão<sup>64,73</sup>. Clinicamente, pode ser relacionado com níveis de desgaste da superfície dentária e com desconfortos musculares e articulares<sup>47,76</sup>. Além disso, devido às forças não axiais geradas nos dentes, o bruxismo excêntrico pode atuar como um coadjuvante na progressão da doença periodontal destrutiva em crianças<sup>76</sup>. Pode também contribuir para o desenvolvimento de falsa classe III, acelerar a rizólise de dentes decíduos e bem como favorecer os apinhamentos dentais<sup>47</sup>.

---



Como esse hábito pode ocorrer em todas as idades, causando diversos danos ao sistema estomatognático, o exame clínico em Odontopediatria deveria incluir a verificação de possíveis sinais como desgaste dentário anormal, dor na ATM como também nos músculos faciais e questionamento aos pais sobre possíveis hábitos da criança de ranger os dentes enquanto dorme<sup>64</sup>. Dessa forma, esse hábito bucal parafuncional deveria ser diagnosticado e controlado o mais cedo possível<sup>5,57</sup>.

---

# PROPOSIÇÃO

---

---

## **2. PROPOSIÇÃO**

Este trabalho teve por objetivo determinar a frequência de bruxismo e avaliar as características psicológicas e odontológicas de crianças na faixa etária de 4 a 10 anos, que apresentam este hábito.

---

# **MATERIAL E MÉTODO**

---

---

### 3. MATERIAL E MÉTODO

Previamente à realização deste estudo, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução nº 01 de 13/06/98 do Conselho Nacional de Saúde) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, para apreciação, o qual tendo atendido as normas da referida Resolução, teve sua realização aprovada. (Anexo A – Processo FOA - 01797/2010).

Para a realização do presente trabalho foram avaliados 460 crianças com idade entre 4 e 10 anos, regularmente matriculados na Clínica da Disciplina de Odontopediatria, do Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Para selecionar as que apresentavam o bruxismo, foram realizadas entrevistas padronizadas com os pais das crianças, envolvendo questões de saúde e comportamento da criança onde se detectava a queixa dos mesmos em relação à presença ou não do hábito. As crianças foram divididas em três subgrupos de acordo com a faixa etária (4 a 6 anos, 7-8 anos e 9-10 anos). Foram utilizadas informações de anos completos para a classificação da idade. Das crianças que apresentavam o hábito de bruxismo foram analisadas sob o aspecto psicológico e o aspecto clínico bucal para a coleta de dados sobre a oclusão e saúde bucal das crianças.

#### 3.1. Análise psicológica

Para a avaliação dos aspectos psicológicos foi aplicada na criança a técnica projetiva H-T-P (House-Tree-Person)<sup>9,12,67</sup>, e também uma entrevista com os responsáveis pela criança para ratificar os dados obtidos com a

---

avaliação da criança. Estas atividades foram realizadas no período inicial e após 18 meses.

### **3.1a. Técnica projetiva – Teste H-T-P**

Após recepção da criança no consultório a psicóloga ofereceu uma explicação, em linguagem adequada à faixa etária, sobre o teste que a ela será aplicado. O teste consta de duas etapas. Na primeira são entregues três folhas de papel em branco para a criança fazer três desenhos pré-estabelecidos (casa, árvore e pessoa) que devem ser desenhados com lápis preto. Na segunda etapa, são entregues outras três folhas em branco para que a criança repita os desenhos, porém utilizando lápis coloridos. Esta atividade é realizada em única sessão e refere-se ao período inicial da avaliação. Na reavaliação, realizada após 18 meses, os procedimentos são repetidos, porém a criança faz os desenhos utilizando somente lápis preto.

Os parâmetros possíveis de serem avaliados com a aplicação do teste H-T-P são: ambiente restritivo; ansiedade; compensação; contato pobre com a realidade; dependência; desamparo; hostilidade; inadequação; insegurança; necessidade de apoio; necessidade de segurança; retraimento; rigidez e satisfação na fantasia.

### **3.1b. Questionário – aspectos psicológicos**

Enquanto a criança realiza os desenhos, o responsável por ela respondia um questionário (Apêndice A). O questionário é dividido em duas partes, sendo a primeira referente aos dados da criança e de seu responsável, enquanto na segunda parte é composto por uma lista de 36 frases, nas quais os responsáveis assinalam se é (1) ou não (0) característico da criança. Os

---

valores obtidos, transformados em percentagem demonstram o grau de ansiedade da criança de acordo com a tabela abaixo.

	Baixa		Média Baixa	Média			Média Alta	Alta	
Percentil	0	25%	30%	40%	50%	60%	70%	75%	100%
Pontos	0	9	11	14	18	22	25	27	36

Tabela 1 – Grau de ansiedade da criança bruxista de acordo com as percentagens obtidas da aplicação do questionário.

Caso apresentassem algum fator psicológico que impossibilitasse a continuidade da avaliação, a mesma seria interrompida e se necessário, a criança seria devidamente encaminhada para atendimento psicológico no PromoVi/UNESP e/ou outras instituições que oferecem este serviço.

### 3.2. Análise Odontológica

#### 3.2a. Ortodontia

A avaliação ortodôntica foi realizada por meio da análise clínica do padrão facial e avaliação intra-bucal nos planos sagital, vertical e transversal.

A determinação do *padrão facial* de cada paciente baseou-se em Capelozza<sup>13,68</sup>:

- (P1) - Padrão I;
- (P2) - Padrão II;
- (P3) - Padrão III;
- (P4) - Padrão - Face Curta e
- (P5) - Padrão Face Longa.

---

Para a avaliação da relação antero-posterior foi utilizada a classificação de Angle<sup>7</sup> adaptada por Foster e Hamilton (1969)<sup>25</sup> para a dentadura decídua e mista em:

- (CI) - Classe I;
- (CII) - Classe II e
- (CIII) - Classe III.

Ambos os lados, direito e esquerdo, foram classificados individualmente.

Os parâmetros para normalidade para a relação sagital anterior são baseados em Moyers<sup>58</sup> categorizando:

- (0A) - Ausência de mordida cruzada anterior;
- (1A) - Mordida de topo;
- (2A) - Presença de mordida cruzada anterior com desvio mandibular e
- (3A) - Presença de mordida cruzada anterior sem desvio mandibular.

A avaliação da sobressaliência, distância horizontal entre a superfície vestibular do incisivo inferior central e a superfície palatina do incisivo superior central, baseou-se na metodologia descrita por Onyeaso<sup>61</sup>. Com o paciente posicionado com o plano de Frankfurt paralelo ao solo, utilizando-se uma régua milimetrada e um compasso de ponta seca, esta distância foi mensurada com os seguintes parâmetros:

- (-1) valores abaixo de 0 mm/Invertido;
  - (0) - Distância nula/Topo;
  - (1) - valores abaixo de 2 mm/Reduzido;
-



- (2) - valores compreendidos entre 2 e 3 mm/Normal; e
- (3) - valores acima de 3 mm/excessivo.

Os parâmetros para normalidade durante a avaliação vertical da sobremordida foram baseados em Barnett (1978)<sup>11</sup> em:

- (-1) - Mordida profunda;
- (0) – Normal;
- (1) - Mordida de topo e
- (2) - Mordida aberta.

Dependendo da localização classificou-se como (a) anterior; (p) posterior; (u) unilateral e (b) bilateral.

Os parâmetros para normalidade durante a avaliação transversal tiveram como base Moyers (1991)<sup>58</sup> categorizando para a região posterior do arco com o paciente em relação cêntrica em:

- (0)-Ausência de mordida cruzada posterior ou em relação de topo;
- (1) - Presença de mordida em relação de topo (e) esquerda e (d) direita;
- (2) - Presença de mordida cruzada dentária (e) esquerda e (d) direita;
- (3) - Presença de mordida cruzada esquelética posterior unilateral (e) esquerda e (d) direita e
- (4) - Presença de mordida cruzada esquelética posterior bilateral.

### **3.2b. Odontopediatria**

Foi realizado exame clínico intra-bucal após profilaxia com escova Robinson e pasta profilática para verificação das condições de saúde bucal da criança. Um questionário (Apêndice B) estruturado foi utilizado para o levantamento das seguintes variáveis: idade, sexo, histórico do bruxismo, tipo de dentição, comportamento da criança, condição de saúde geral e outros hábitos bucais parafuncionais. As análises odontológicas foram executadas no período inicial e após 6, 12, 18 e 24 meses.

### **3.3. Análise dos resultados**

Os dados obtidos foram analisados qualitativa e quantitativamente em forma de porcentagens, e descritos de acordo com os tipos de variáveis qualitativas ou quantitativas na forma de tabelas e gráficos.

---

# **RESULTADOS**

---

---

#### 4. RESULTADOS

Do total de 460 crianças avaliadas na clínica da disciplina de Odontopediatria, 68 (15%) apresentaram o hábito do bruxismo estando, portanto, no intervalo descrito na literatura<sup>2</sup>. Dentre as crianças avaliadas, 38 eram do sexo feminino e 30 do sexo masculino.

Para melhor entendimento e caracterização desta amostra, a tabela 2 apresenta o número de crianças na faixa etária específica. Houve pequeno predomínio de crianças na idade pré-escolar (4 a 6 anos).

	FAIXA ETÁRIA (anos)			Total
	4 a 6	7 – 8	9 – 10	
<b>Crianças Período inicial</b>	29(43%)	25 (37%)	14 (20%)	68

Tabela 2 – Número e porcentagem das crianças que apresentavam bruxismo de acordo com a faixa etária no período inicial.

	FAIXA ETÁRIA (anos)				Total
	4 a 6	7 – 8	9 – 10	11 a 13	
<b>Crianças Período final</b>	-	13 (34%)	12 (32%)	13 (34%)	38

Tabela 3 – Número e porcentagem das crianças que apresentavam bruxismo de acordo com a faixa etária no período final (pós 24 meses).

#### **4.1. Análise psicológica**

As crianças foram submetidas ao teste H-T-P, um teste projetivo, que amplia muito os resultados obtidos e os dados colhidos em relação: a) Tamanho; b) Localização; c) Linha de solo e d) Detalhes relevantes; segundo os critérios estabelecidos pelo protocolo de correção.

Por ser um teste projetivo o H-T-P fornece vários dados sobre a personalidade, os quais foram transformados em números, porém para não perder sua riqueza e clareza de entendimento, foram utilizados os dois itens de maior relevância no teste de cada criança. Desta forma, a somatória dos dados da tabela corresponde ao dobro de crianças participantes até o momento. Sendo que:

Período inicial (p 0) = 68 crianças com queixa de bruxismo.

Período Pós 18 meses (p18) = 41 crianças do grupo.

A tabela 4 apresenta os dados obtidos na interpretação do H.T.P., trazendo os dados brutos obtidos na avaliação, por estes dados terem sido dobrados, para se manter a riqueza do teste.

---

<b>Dados do H.T.P.</b>	<b>p 0</b>	<b>p 18</b>
<b>Insegurança</b>	39 (28%)	30 (37%)
<b>Retraimento</b>	23 (16%)	19 (23%)
<b>Ambiente Restritivo</b>	12 (9%)	5 (6%)
<b>Ansiedade</b>	10 (7%)	1 (1%)
<b>Inadequação</b>	20 (14%)	11 (13%)
<b>Contato pobre com a realidade</b>	13 (9%)	1 (1%)
<b>Satisfação na fantasia</b>	6 (4%)	-
<b>Necessidade de apoio</b>	11 (8%)	11 (13%)
<b>Hostilidade</b>	-	-
<b>Desamparo</b>	1 (1%)	-
<b>Dependência</b>	-	1 (1%)
<b>Necessidade de segurança</b>	1 (1%)	1 (1%)
<b>Rigidez</b>	1 (1%)	1 (1%)
<b>Compensação</b>	-	1 (1%)

p 0 = 68 crianças (total 136 itens) / p 18= 41 crianças (total 82 itens)

Tabela 4 – Número e frequência de crianças de acordo com os parâmetros avaliados pelo teste H-T-P

É possível visualizar que das crianças com bruxismo avaliadas pela primeira vez, 58%, ou seja, mais da metade estão divididas particularmente entre três itens: Insegurança, Retraimento e Inadequação. No segundo período de avaliação (p 18) a somatória destes três itens alcança um percentual de 73%. É possível afirmar, através destes dados que entre as crianças avaliadas e reavaliadas do grupo de crianças com bruxismo, a predominância é de sentimentos de insegurança, retraimento e inadequação.

A tabela 5 refere-se aos dados brutos obtidos no inquérito respondido pelos pais sobre as crianças. Para melhor visualização, os dados foram transformados em porcentagem, uma vez que o número de crianças é diferente para cada grupo.

Grupo	Baixa		Média Baixa	Média			Média Alta	Alta	
	0%	25%	30%	40%	50%	60%	70%	75%	100%
<b>p 0</b>	1(1%)	10 (14%)	15(22%)	11(16%)	20(29%)	8(11%)	0(0%)	3(4%)	0(0%)
<b>p 18</b>	1(2%)	13 (32%)	5(12%)	8(20%)	9(22%)	3(7%)	1(2%)	1(2%)	0(0%)

p 0 = 68 crianças / p 18= 41 crianças

Tabela 5 –Relação das crianças nos períodos inicial (p 0) e pós 18 meses (p18) com os graus de ansiedade.

Observa-se que mais da metade das crianças (56%) com bruxismo na primeira aplicação e aproximadamente a metade na reavaliação (49%), apresentaram ansiedade em grau médio.

## 4.2. Análise Odontológica

### 4.2a. Ortodontia

Nos aspectos ortodônticos, na avaliação das características faciais predominou o padrão esquelético classe I (60%), seguindo do padrão esquelético de face longa (28%). Em relação ao tipo facial observou-se uma predominância do perfil dolicofacial (48%), seguido do mesiofacial (36%) e depois o braquifacial (16%).

De acordo com a classificação de Angle para relação de caninos encontrou-se Classe I em 48% das crianças; Classe II em 47% e Classe III em 5%. Avaliando a relação sagital observou-se a normalidade em 97% das crianças com apenas 3% apresentando uma relação topo, dentro de um padrão esquelético sugestivo de Classe III. Por outro lado, considerando-se a relação sagital dentária encontrou-se um overjet acentuado em 47% dos avaliados,

---

quase metade da amostra. Por meio da análise da relação vertical, verificou-se a normalidade em 72% das crianças e mordida cruzada posterior em 9%. É válido ressaltar que nessa parcela considerada normal dentro deste aspecto transversal, 20% apresentam a ausência da mordida cruzada, porém dentro de uma maxila atrésica acompanhada de uma atresia dentária mandibular compensatória.

#### **4.2b. Odontopediatria**

Devido à dificuldade de se realizar o diagnóstico do hábito de bruxismo apenas por meio de características clínicas<sup>43</sup>, o método escolhido para identificar a presença de bruxismo neste trabalho foi associar à entrevista padronizada com os responsáveis que, embora subjetivo, é eficaz uma vez que o ruído produzido pelas crianças pode ser percebido facilmente pelos pais.

Entre as crianças selecionadas que apresentavam o hábito de bruxismo, 96% manifestavam-no apenas durante a noite e 64% durante o dia e a noite. A frequência de problemas de sono (sonambulismo, sono agitado e insônia) encontrada nestas crianças foi em torno de 72%. Além disso, a maioria mostrou um comportamento inquieto durante o dia (62%) e vários pais relataram que realizavam outras atividades extracurriculares (55%) especialmente relacionadas com esportes. Em relação à saúde geral, 40% apresentavam histórico de rinite alérgica, e 25% utilizavam algum tipo de medicamento. No aspecto familiar, o hábito estava envolvido com conflitos familiares em torno de 55% dos casos e a ocorrência de bruxismo em outro membro da família foi um dado freqüente (75%), sugerindo uma possível contribuição genética.

---



Observa-se na Tabela 6 que ao longo dos períodos de avaliação houve uma redução significativa da ocorrência do hábito do bruxismo, sendo de maior significância da transição do período inicial para o período pós 6 meses. Ao verificarmos o período de maior ocorrência do hábito notamos que este teve a prevalência no período noturno e não diário.

Tempo	Pacientes	Bruxismo		Período		Frequência	
		Presente	Ausente	Diurno	Noturno	Diário	Não Diário
Inicial	68	68 (100%)	0 (0%)	3 (4%)	65 (96%)	28 (41%)	40 (59%)
Pós 6 meses	68*	45 (66%)	23 (34%)	3 (4,5%)	42 (95,5%)	11 (24%)	34 (76%)
Pós 12 meses	66**	41 (62%)	25 (38%)	3 (7,5%)	38 (92,5%)	7 (17%)	34 (83%)
Pós 18 meses	50	26 (52%)	24 (48%)	2 (8%)	24 (92%)	3 (12%)	23 (88%)
Pós 24 meses	38	11 (30%)	27 (71%)	2 (18%)	9 (82%)	0 (0%)	11 (100%)

Tabela 6 – Número e frequência das crianças que apresentavam bruxismo e características de sua ocorrência

Em todos os períodos avaliados correlacionar o bruxismo com algum fator desencadeante foi frequente. Verificou-se que dos 68 pacientes, em 43 (63%) pais manifestaram algum fator que poderia estar provocando o hábito, sendo que os demais 25 (37%) desconheciam.

\*Neste período dois pacientes apresentaram o hábito do bruxismo nos dois períodos (noturno e diurno).

\*\* Neste período dois pacientes apresentaram o hábito do bruxismo nos dois períodos (noturno e diurno).

A tabela 7 apresenta a partir do segundo período de avaliação (6 meses) até os 24 meses de controle dados referentes aos pais que haviam

correlacionado a existência de um fator causal do hábito. Nota-se pela tabela que esta porcentagem, ao longo dos períodos, manteve-se elevada. Como exemplo a referencia do nascimento de irmão que, embora não tenha sido um dado computado desde o período de avaliação inicial, muitas mães o citaram como fator provável de correlação (Apêndice C).

	Correlaciona	Não correlaciona	
Pós 06 meses	30/43 (70%)	13/43(30%)	43
Pós 12 meses	29/41 (71%)	12/41(29%)	41
Pós 18 meses	24/31 (77%)	07/31(23%)	31
Pós 24 meses	16/21 (76%)	05/21(24%)	21

Tabela 7–Número e frequência das crianças bruxistas com relato de correlação a partir do segundo período de avaliação.

Na tabela 8, dados referentes aos pais que não haviam correlacionado o bruxismo com algum fator desencadeante na avaliação inicial, e que, após o primeiro atendimento passaram a ter maior percepção em relação ao hábito. Observa-se que houve um aumento a partir da terceira avaliação (período pós 12 meses), sendo crescente até a última avaliação.

	Correlaciona	Não correlaciona	
Pós 06 meses	09/25 (36%)	16/25(64%)	25
Pós 12 meses	14/25 (56%)	11/25(44%)	25
Pós 18 meses	11/19 (58%)	08/19(42%)	19
Pós 24 meses	11/17 (65%)	06/17(35%)	17

Tabela 8 - Número e frequência das crianças bruxistas sem relato de correlação a partir do segundo período.

A ocorrência do hábito do bruxismo em outros membros da família foi um dado significativo, ocorrendo em mais de 50 crianças (74%).Após o

primeiro atendimento foram dadas orientações aos pais quanto a algumas condutas que poderiam ser realizadas devido à ocorrência do hábito. Verificou-se que a partir do primeiro controle (período pós 6 meses) foi parcialmente freqüente os pais seguirem as orientações adotando as condutas (Gráfico 1).

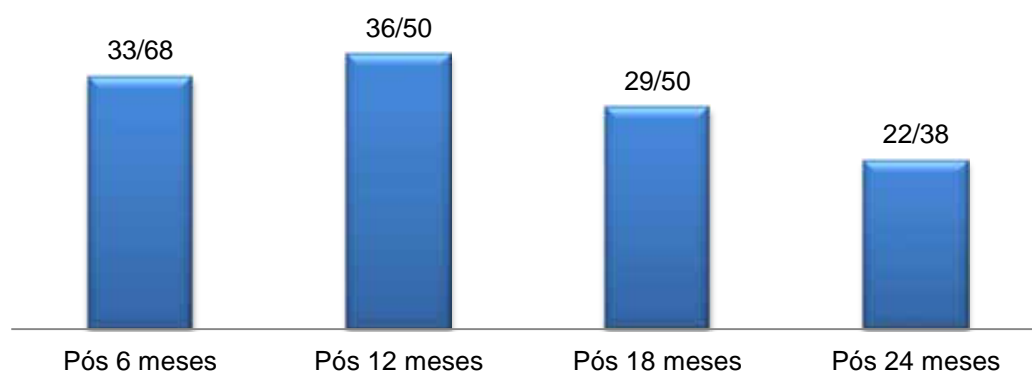


Gráfico 1 – Número e freqüência das crianças bruxistas de acordo com a conduta adotada pelos pais

Nos gráficos 2 e 3 verifica-se, aos 18 e 24 meses respectivamente, o perfil de crianças que deixaram de praticar o hábito do bruxismo ou não, assim como as que deixaram o hábito e voltaram a praticá-lo e também voltaram a deixar o hábito. No gráfico 2 um maior número prevalece nos perfis de crianças que deixaram o hábito e nas que mantiveram o hábito (42% e 32%, respectivamente). Enquanto no gráfico 3, aos 24 meses de avaliação, prevaleceram crianças que deixaram o hábito (65%), e aquelas que deixaram, recidivaram e voltaram a deixar o hábito (24%).

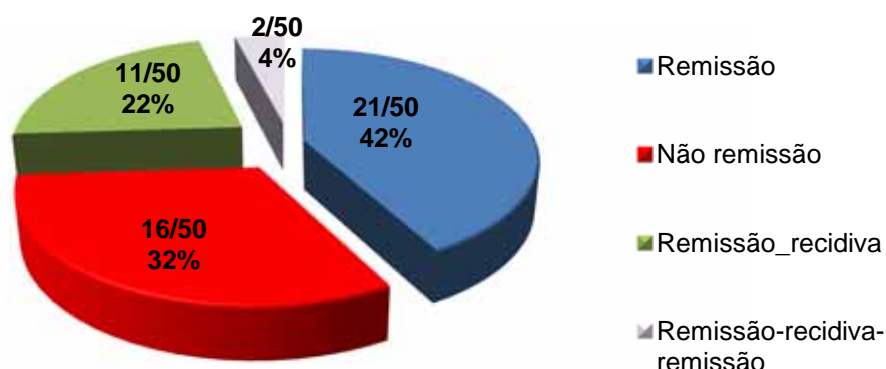


Gráfico 2 – Número e frequência das crianças de acordo com as manifestações de remissão/recidiva do bruxismo no período 18 meses.

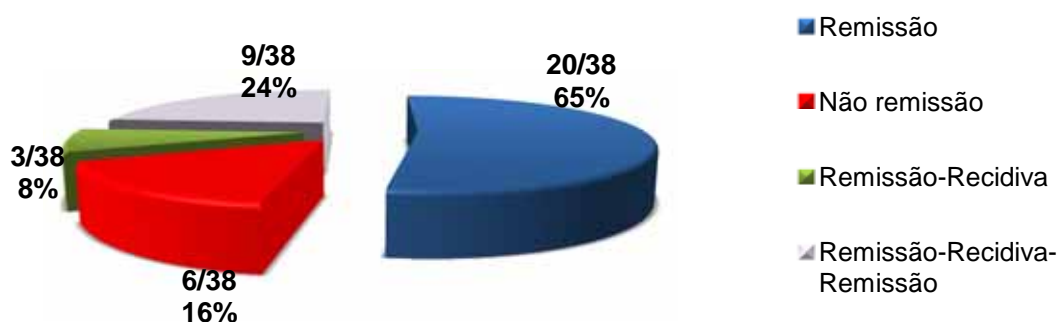


Gráfico 3 - Número e frequência das crianças de acordo com as manifestações de remissão/recidiva do bruxismo no período 24 meses.

Além do bruxismo, as crianças apresentavam outros tipos de hábitos. Ao longo dos 24 meses da pesquisa sua frequência foi alta. Dentre os tipos de hábitos observados, os que mais ocorreram foram morder objetos (39%), roer unha (35%), morder lábio (16%), mamadeira (10%). Dentre outros hábitos, porém com reduzida frequência, foram observados a sucção digital, sucção de chupeta e interposição lingual.

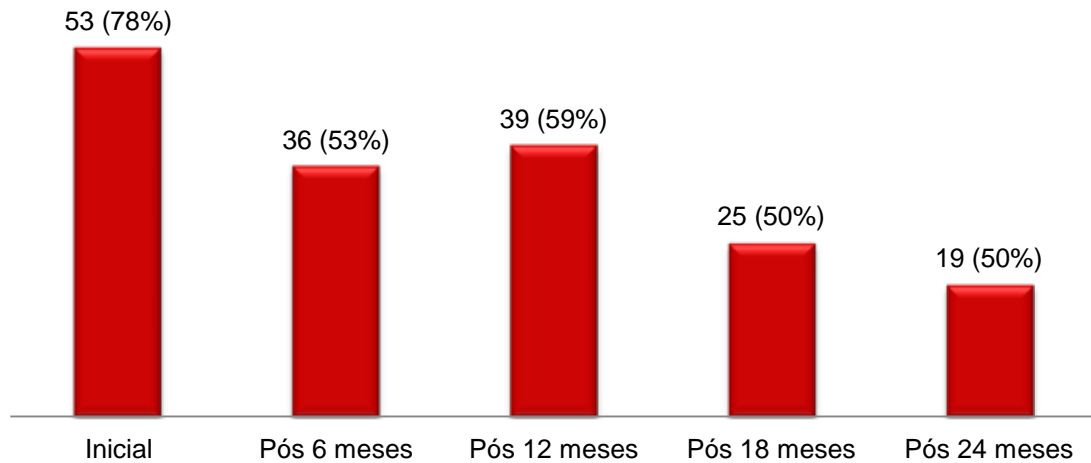


Gráfico 4 – Número e frequência das crianças bruxistas de acordo com outros tipos de hábitos deletérios.

O gráfico 5 apresenta aspectos familiares dos pacientes com bruxismo. Verificou-se que 71% apresentavam irmãos, sendo os cônjuges casados na maioria dos casos (87%).

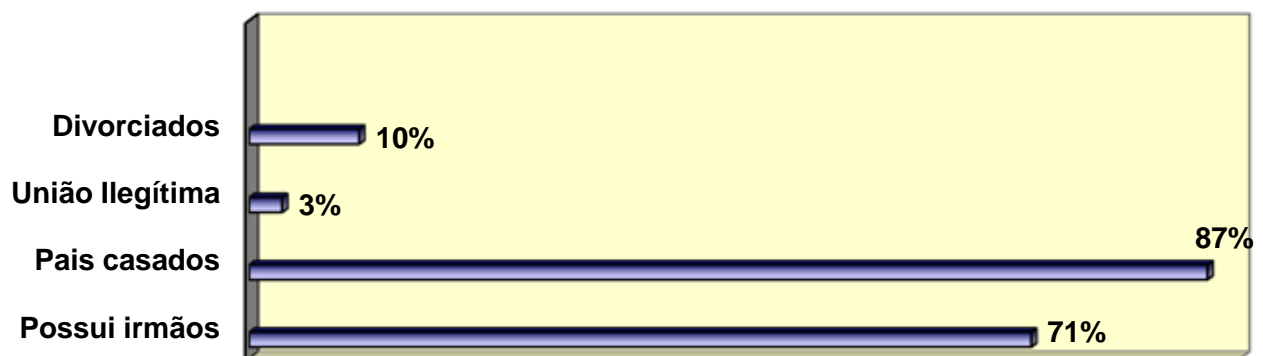


Gráfico 5 – Número e frequência das crianças de acordo com as características familiares

A Tabela 9 mostra que em todos os períodos de avaliação, foi comum o relato dos pais sobre problemas relacionados à saúde da criança, bem como o uso de medicação. Observou-se ao longo dos períodos de avaliação uma redução em relação aos problemas de saúde, enquanto o uso de medicação foi oscilante entre a primeira e última avaliação.

Dentre os problemas de saúde mais relacionados pelos pais, os de origem respiratória foram mais freqüentes, como pode ser visto no gráfico 6. Em torno de 80% dos pacientes apresentaram, em conjunto, rinite, bronquite, sinusite e asma.

<b>Período</b>	<b>Problemas relacionados à saúde</b>	<b>Uso de medicação</b>
<b>Inicial</b>	38(56%)	17(25%)
<b>Pós 6 meses</b>	33(49%)	21(31%)
<b>Pós 12 meses</b>	32(49%)	21 (31%)
<b>Pós 18 meses</b>	18(36%)	16(32%)
<b>Pós 24 meses</b>	10(26%)	09(24%)

Tabela 9 – Número e frequência das crianças de acordo com os problemas relacionados à saúde

Dentre os outros problemas de saúde, porém com reduzida freqüência, foi relatado também a anemia falciforme, alergia a picada de insetos, gastrite, hiperplasia da supra-renal, genitália ambígua, problema auditivo e síndrome pânico.

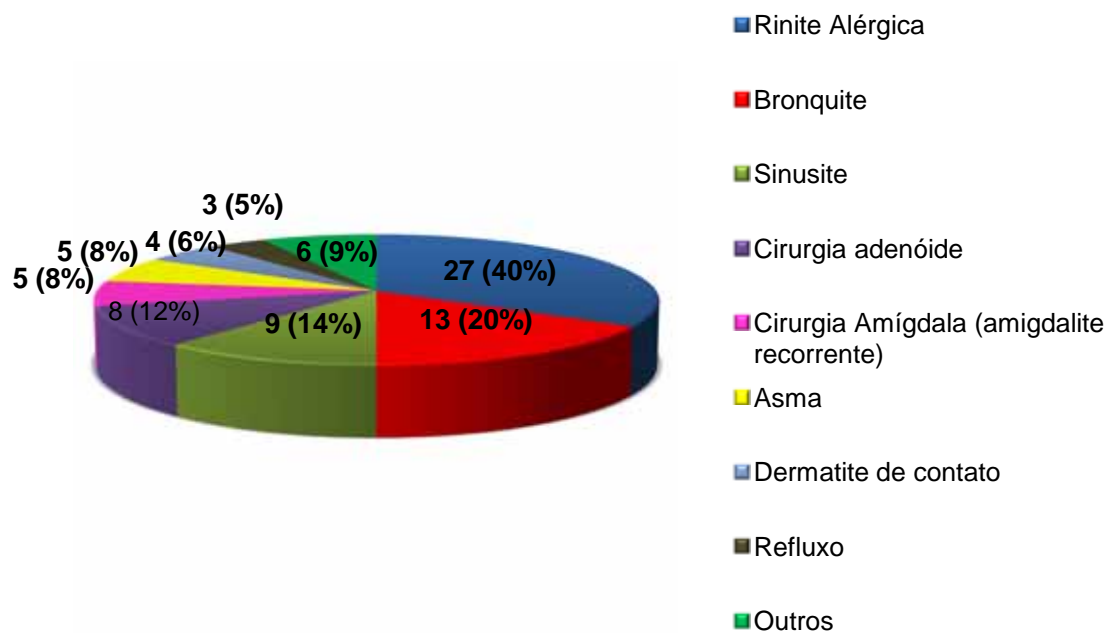


Gráfico 6 – Distribuição dos problemas de saúde e ocorrência nos pacientes com bruxismo

Como podemos verificar no gráfico 7 e na tabela 10, a maioria dos pacientes apresentou tanto o comportamento quanto o sono agitados. Ressalta-se que esta característica no sono se manteve ao longo dos períodos de avaliação.

A realização de atividades extraescolares foi um achado freqüente, sendo que 56% das crianças executava pelo menos uma atividade além do período escolar.

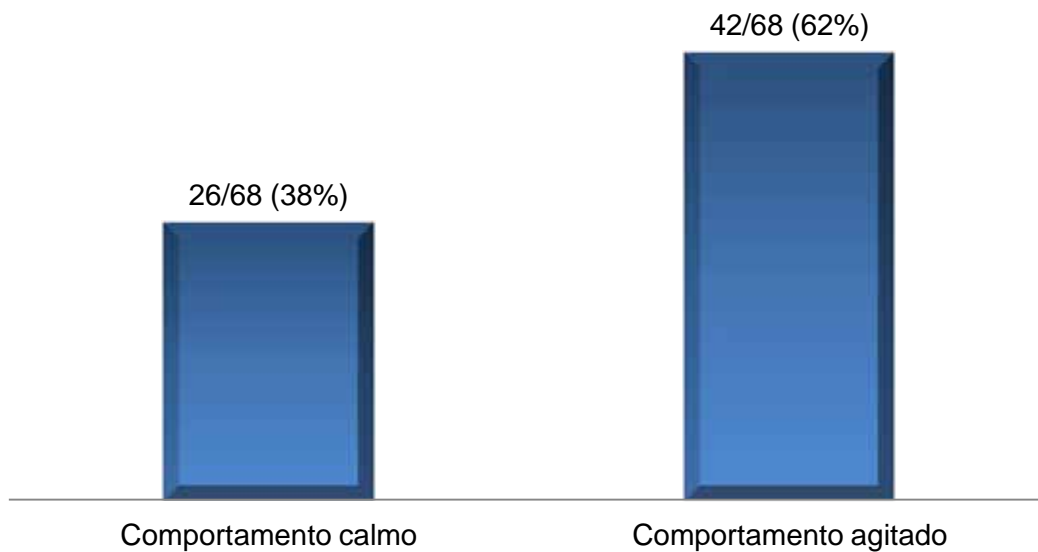


Gráfico7 – Característica do comportamento dos pacientes com bruxismo

	Início	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses
<b>Sono tranqüilo</b>	19(28%)	13(19%)	13(20%)	14(28%)	08(21%)
<b>Sono agitado</b>	49(72%)	55 (81%)	53(80%)	36(72%)	30(79%)

Tabela 10 – Característica do sono dos pacientes com bruxismo



# DISCUSSÃO

---

---

---

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1. Aspectos psicológicos

No presente estudo, a aplicação do teste projetivo H-T-P revelou que os itens mais verificados foram: retraimento, insegurança e inadequação, que juntos somaram 59% nas crianças avaliadas na primeira aplicação do teste, e 73% na reavaliação realizada. É possível afirmar, desta forma, que a insegurança e o retraimento por si só não são responsáveis pelo desenvolvimento do bruxismo, porém se estes estiverem associados a sentimentos de inadequação podem juntos ser uma das causas para o desenvolvimento do bruxismo.

Segundo Torres<sup>80</sup> “o sentimento de inadequação pode ser definido como a percepção de uma diferença de natureza visível ou invisível em relação ao contexto em que vive ou ao outro e que seja relevante ao ser-em-situação a ponto de mobilizá-lo”. O autor ainda afirma que pessoas que pensam ou encaram o mundo de forma diferente, por se sentirem inadequadas/não adaptadas, geram tensão própria ou alheia, sendo assim é possível afirmar que as crianças que apresentam sentimentos de insegurança e retraimento ao vivenciarem sentimentos de inadequação, geram em si mesmas uma tensão que possivelmente é extravasada no ato de ranger os dentes<sup>20</sup>.

O inquérito respondido pelos pais/cuidadores revelou que mais da metade das crianças com bruxismos na primeira aplicação e aproximadamente a metade na reavaliação, apresentam ansiedade média, sendo a somatória respectivamente de 56% e 49%. Desta forma a ansiedade em por si só não

---

---

demonstra ser fator determinante do comportamento de ranger os dentes<sup>37</sup>. Como foi descrito acima, as dificuldades que a criança apresenta (psicológicas/emocionais/sociais) só se torna um fator importante para o desenvolvimento do hábito do bruxismo quando vivenciados juntamente com o sentimento de inadequação, que como visto acima, nem sempre é algo visível aos olhos dos cuidadores. Cabe salientar que quando se trata de fatores emocionais, o que realmente ocorre, ou seja, o fato em si, não tem tanta relevância quanto o modo pelo qual a situação foi vivenciada e interiorizada pelo sujeito. Isso significa que a rejeição ou a indiferença não precisa ser real para que a criança experimente sentimentos de inadequação.

A porcentagem de crianças com dificuldades emocionais encontrados em nosso estudo foi significativamente maior que os relatados em estudos anteriores, 36% e 40%. Refira-se que estas diferenças são, provavelmente, devido aos diferentes instrumentos utilizados em cada investigação, o que dificulta uma comparação direta entre eles. No entanto, observa-se que, nesses estudos um grande número de crianças diagnosticadas com bruxismo apresentava comportamentos/problemas emocionais. Ferreira-Bacci et al<sup>23</sup> ao avaliarem o perfil comportamental de 29 crianças com diagnóstico de bruxismo na faixa etária de 7 a 11 anos, encontraram que 24 delas (82%) necessitavam de intervenção psicológica ou psiquiátrica. Destas, 17 apresentavam desordens neuróticas e as outras 7 crianças apresentavam desordens antissociais. Para os autores, os resultados do estudo sugerem que problemas comportamentais e potenciais problemas emocionais podem ser fatores de risco para o bruxismo em crianças.

---

Os transtornos comportamentais e emocionais descritos acima são possíveis fatores desencadeantes do sentimento de inadequação na criança. Sabe-se que tanto os transtornos neuróticos quanto os transtornos antissociais são dificultadores da adaptação do indivíduo ao meio.

## **5.2.Aspectos Odontológicos**

### **5.2a. Ortodontia**

Os pacientes avaliados nesta pesquisa apresentavam na fase de dentição decídua e dentadura mista, sendo que quanto aos aspectos da oclusão, de uma forma geral, a amostra se caracterizou por apresentar em sua maioria, pacientes portadores de oclusão normal, seguindo a tendência relatada na literatura<sup>74</sup>. Sari e Sonmez<sup>71</sup> encontraram relação entreo bruxismo e alguns fatores oclusais, como má oclusão de Classe I de Angle na dentadura mista, mordida cruzada anterior e mordida cruzada posterior de múltiplos dentes, entre outros. Henrikson et al.<sup>34</sup> mostraram que o apertamento e o ranger de dentes foi maior no grupo com Classe II de Angle do que no grupo com oclusão normal, o que sugeriu uma relação entre bruxismo e má oclusão. Nilner<sup>59</sup>, estudando essa mesma relação, em indivíduos com idades entre 7 e 14 anos, encontrou associação entre o bruxismo e Classes II e III de Angle. No estudo de Gonçalves et al<sup>29</sup> não houve relação estatisticamente significativa entre o bruxismo e qualquer dos fatores oclusais estudados, dentre eles o apinhamento; mordida cruzada; mordida aberta e profunda anterior, e trespasse horizontal acentuado.

Há controvérsia na literatura atual sobre se a oclusão dentária é realmente um fator que provoque o disparo do hábito<sup>22,26,31,75</sup>. Pessoas sem dentes também apresentam registro de atividade muscular mastigatória rítmica

---

durante o sono. Isso indica que contato de superfícies dentárias não é um fator causal para o desencadeamento de atividade oromotora durante o sono<sup>3,43</sup>. O estudo de Lobbezoo et al.<sup>49</sup> não documentou correlações entre alterações oclusais e atividade eletromiográfica mastigatória em pessoas com bruxismo, dando a entender que os fatores oclusais não são instrumentais na gênese deste hábito. Por fim, o contato mecânico dentário é o último evento na seqüência de eventos no bruxismo. O primeiro evento na seqüência é a ativação do sistema nervoso central com despertar e atividade alfa no eletroencefalograma, ativação do sistema nervoso central com aumento da freqüência cardíaca e, por último, ativação da musculatura mastigatória e contato de superfícies dentárias<sup>42</sup>. Desse modo, não há evidências convincentes de que a teoria do desajuste oclusal seja válida ou instrumental<sup>38</sup>.

### **5.2b. Odontopediatria**

A Associação Americana dos Distúrbios do Sono definiu o bruxismo como doença ou distúrbio periódico caracterizado por movimentos da mandíbula, com ranger ou serrar de dentes, decorrentes da contração rítmica dos músculos durante o sono<sup>6</sup>. Esta reação pode ser de leve intensidade e não representar nenhuma preocupação clínica, mas pode também ser intensa e gerar uma condição destrutiva em diversos componentes do complexo craniomandibular e cervical, resultando em sinais e ou sintomas<sup>6</sup>.

Hoje é corrente a idéia de que somente um padrão biomédico puro não é adequado para definir o bruxismo e nem categorizar sua etiologia, aceitando-se a adoção de um modelo etiológico multifatorial, que evita a avaliação da condição clínica isolada e concentra-se na identificação e somatória de diversos fatores, relativizando a importância de cada fator de maneira

---

---

individual. Desta forma o modelo atual tem como base tentar identificar, para cada indivíduo, o fator de risco ou deflagrante do hábito e intervir.

A investigação do bruxismo na criança é um desafio para os pesquisadores, visto que a prevalência pode ser subestimada. A coleta dos dados, geralmente, é realizada através de entrevistas com as crianças, através do preenchimento de questionários por parte dos responsáveis e também pela avaliação dos desgastes dentários causados pelo bruxismo. Quando as crianças são entrevistadas, podem ocorrer vieses de aferição, pois essas podem se sentir envergonhadas ou, simplesmente, não ter consciência do seu problema.

A presença de facetas de desgaste observadas em exames clínicos pode indicar uma história pregressa de bruxismo, o qual pode não mais estar ocorrendo no momento do exame. Por outro lado, o início recente do hábito pode ainda não ter acarretado o desgaste dentário. Dessa forma, o método de entrevista com os pais da criança, embora subjetivo, pode ser considerado confiável para verificar a prevalência de bruxismo, uma vez que reflete a ocorrência de ruídos dentários produzidos pela criança e que são efetivamente percebidos pelos pais. Apesar dessa prevalência poder ser subestimada, a ocorrência de falsos-positivos é virtualmente eliminada<sup>72</sup>. Esta a razão de aplicarmos um questionário que tenta trazer, ao paciente e seus responsáveis, a consciência do bruxismo, bem como os principais fatores que para aquela criança podem estar colaborando para a causa da disfunção. Sabe-se que apenas 5% a 20% dos pacientes com bruxismo tomam consciência dos episódios de ranger de dentes<sup>10</sup>.

---

---

Ranger de dentes durante o sono é comum na população geral. Cerca de 85% a 90% das pessoas relatam episódios de ranger de dentes ao longo dos anos de suas vidas<sup>3,36</sup>. A prevalência exata de ranger de dentes na população geral é imprecisa e subestimada porque a maioria dos estudos epidemiológicos de bruxismo é baseada em populações e metodologias diferentes, a partir de relatos subjetivos ou questionários preenchidos pelos portadores e ou familiares, utilizando-se diferentes definições clínicas e sintomatológicas.

A prevalência de bruxismo, segundo relatos dos portadores, é de aproximadamente 20% da população adulta, sendo predominante em mulheres. Por outro lado, acomete 14% a 20% das crianças abaixo de 11 anos<sup>30,36,66,81</sup> sendo sua prevalência fortemente dependente da idade, aparecendo na infância após a erupção dos dentes decíduos ou no início da adolescência, reduzindo-se após os 40 anos de idade. O predomínio de bruxismo é de 13% entre 18 e 29 anos, caindo para 3% em indivíduos de 60 anos ou mais<sup>36,53</sup>.

Em nosso trabalho do total de 460 crianças avaliadas na clínica da disciplina de Odontopediatria, 68 (15%) apresentaram o hábito do bruxismo estando, portanto, no intervalo descrito na literatura<sup>10,79</sup>. Dentre as crianças avaliadas, 38 eram do sexo feminino e 30 do sexo masculino.

Acreditamos ser muito importante o entendimento desta epidemiologia do bruxismo, pois parece ser um hábito crônico com evolução a partir do seu aparecimento na infância ou na adolescência para a idade adulta. Estudos longitudinais revelam que 35% a 90% das crianças com bruxismo evoluem com sintomas na idade adulta<sup>36,53</sup>. Embora de maior ocorrência na infância, o

---

---

bruxismo não é incomum na idade adulta e apresenta uma tendência para persistir, reduzindo-se na terceira idade.

A faixa etária em que predominou em nosso grupo amostral foi de 4 a 6 anos, a qual em termos de oclusão está em uma fase de estabilidade não apresentado o período de troca dos dentes decíduos pelos permanentes na região anterior, que segundo alguns autores pode ser fator deflagrador do hábito de bruxismo.

Muitas crianças rangem os dentes, uma vez ou outra, pois interferências oclusais se desenvolvem naturalmente durante a erupção dos dentes. Assim coloca Chelfetz<sup>17</sup>, que durante a idade da dentadura mista, o bruxismo pode ser um hábito comum que em algumas crianças em breve tempo poderá desaparecer. Entretanto, outras poderão também desenvolver padrões de bruxismo tão sérios que podem desgastar os dentes decíduos de forma muito severa, prejudicando o desenvolvimento satisfatório da oclusão.

A análise conjunta da tabela 6 com os gráficos 2 e 3, mostra-nos que o bruxismo parece ter uma manifestação de caráter periódico. Ao longo dos períodos analisados percebeu-se uma redução da ocorrência do hábito. Porém nem todas as crianças participantes da amostra eliminaram por completo e de forma definitiva o hábito. Mesmo após 18 e 24 meses, gráficos 2 e 3 respectivamente, ainda foi possível verificar crianças que permaneciam com o hábito e outras que haviam interrompido e voltaram a praticá-lo. Pode-se afirmar que a etiologia do bruxismo sendo ainda obscura, torna extremamente discutível seu tratamento e o prognóstico indefinido. Podendo, portanto haver momentos de melhora do quadro quando os fatores etiológicos são trabalhados

---



---

em sua base. Porém, em momentos de maior expressão dos fatores pode ocorrer novo episódio do hábito.

Ainda é impossível estabelecer um plano de tratamento padrão para o bruxismo e prever a remissão total desta parafunção<sup>14,19</sup>. Não há um tratamento específico, e cada indivíduo deve ser individualmente avaliado e tratado. Contudo, grande parte das atuais pesquisas considera que o sistema nervoso central e/ou autônomo, ao contrário de fatores sensoriais periféricos, têm um papel dominante na gênese do bruxismo<sup>41</sup>. A filosofia de controle e acompanhamento como forma de tratamento, adotada e realizada nesta pesquisa, é muito mais de orientação e conscientização do paciente, considerando todas as prováveis causas, procurando, através de uma equipe multidisciplinar, reverter as situações que concorram direta ou indiretamente para ocorrência desta parafunção<sup>62</sup>.

Em nossa pesquisa, desde o primeiro atendimento, os pais recebiam orientações voltadas para a redução ou eliminação do hábito do bruxismo. Os dados do gráfico 1 revelaram que parcela importante dos pais (48%, 54%, 58%, 58% respectivamente aos 6,12,18 e 24 meses) procuravam atender estas orientações. Várias ações podem aqui ser destacadas que foram realizadas no decorrer desta pesquisa. Dentre elas, o interesse do profissional por episódios de ansiedade ou estresse de forma que na abordagem clínica, deve-se considerar todo o modo de viver do paciente, sua infância, conflitos familiares, fator conjugal, posição social, situação profissional. O clínico deve ter seguramente uma atuação de caráter investigativo, procurando saber a origem das situações de estresse e ansiedade, e colaborando para a resolução das mesmas<sup>40,62</sup>.

---

---

Acredita-se que o manejo das situações adversas voltadas para o controle próprio do estresse e mudanças de estilo de vida do indivíduo conduz à melhora do quadro clínico do bruxista. Portanto, uma forma de tratamento pode ser calçada pela mudança na cinética comportamental e a capacitação do autogerenciamento dos problemas. Também se deve ressaltar o controle consciente da parafunção, aspectos da qualidade do sono, participação em várias atividades durante o dia, as avaliações clínicas e a recomendação de alguma terapia de suporte são fundamentais e que à medida do interesse dos pais podem ser realizadas, amenizando a manifestação do bruxismo reduzindo seus efeitos<sup>48</sup>. Ao mesmo tempo, deve-se destacar que a simples adoção das medidas sugeridas não pode ser considerada como garantia de resolução do problema. E nem sempre “descobrir” o fator etiológico do bruxismo é tarefa simples e seu caráter multifatorial atesta este desafio.

Nesta pesquisa o registro de outros tipos de hábitos foi freqüente, destacando-se morder objetos (39%), roer unha (35%), morder lábio (16%) e uso de mamadeira (10%). Segundo relato da literatura, os hábitos bucais como sucção de dedo, onicofagia, morder objetos, entre outros, podem ser comuns e ocorrer de forma transitória. Entretanto, quando esses excedem a tolerância fisiológica, o sistema pode entrar em colapso e prejudicar a saúde dos indivíduos. Para Cheifetz et al.<sup>17</sup>, o fato das crianças que não apresentam hábitos bucais terem uma maior prevalência de bruxismo sugere que essa parafunção pode também atuar como um método alternativo para o alívio do estresse.

A associação do hábito do bruxismo a fatores oclusais (interferências oclusais e má oclusões), os quais podem influenciar a atividade muscular

---

---

através da ativação de receptores periodontais, encontra cada vez menos respaldo na literatura<sup>54</sup>.

Quando abordamos os aspectos familiares, verificamos que a ocorrência do hábito do bruxismo em outros membros da família foi um dado significativo, ocorrendo em mais de 50 crianças (74%). A literatura demonstra que, ainda que nenhum marcador genético específico tenha sido encontrado em relação ao bruxismo, há suficiente dados que suportam que os fatores genéticos e ambientais são um fato que contribuem para a ocorrência do bruxismo<sup>1</sup>. De 21% a 50% dos pacientes com este hábito têm pelo menos um membro direto da família com bruxismo<sup>36</sup>. Filhos de portadores de bruxismo apresentam maior risco de desenvolvê-lo. Estudos realizados com gêmeos monozigóticos e dizigóticos mostraram que o bruxismo é mais comum em gêmeos monozigóticos<sup>36,45</sup>.

Pode-se também destacar nesta pesquisa que a presença de irmãos foi freqüente (71%) e em 87% os pais apresentavam-se casados, o que a princípio pode nos dar uma idéia de bom equilíbrio familiar que é um dos fatores desejáveis para o desenvolvimento normal da criança.

Dentre os problemas de saúde mais relacionados pelos pais aqueles de origem respiratória prevaleceu (80%). Crianças que apresentam estas alterações respiratórias tendem a ter distúrbios durante o sono, sendo o mesmo de qualidade ruim e isso pode deflagrar a parafunção. Para Meyer e Marks<sup>55</sup>, a alergia respiratória é um fator definitivo na instalação do bruxismo, que pode ser um reflexo do sistema nervoso central por incremento de pressão negativa da cavidade timpânica devido a um edema alérgico intermitente na mucosa das tubas auditivas. Uma conexão embriológica, anatômica e neural

---

---

significante existe entre mandíbula, tubaauditiva e cavidade timpânica. Na vigília, as tubas auditivas são mantidas abertas pela deglutição, pela mastigação, pelo espirro ou bocejo e por equilíbrio da pressão atmosférica<sup>69</sup>. Durante o sono, muitas dessas funções cessam, exceto a deglutição da saliva. Considerando-se que crianças alérgicas têm menor quantidade de saliva e, portanto, menor necessidade de deglutir, conseqüentemente a incidência do bruxismo aumenta devido à maior pressão negativa nas tubas auditivas.

Em nossa pesquisa verificamos também que 62% das crianças bruxistas apresentavam comportamento agitado e 56% exerciam atividades extra-escolares. Ainda, segundo relato dos pais, ao longo de todo o período da pesquisa, em torno de 70% a 80% das crianças possuía sono agitado. Esses aspectos juntos considerados são favorecedores para a ocorrência do bruxismo, segundo a literatura. Pacientes portadores de bruxismo parecem ser mais vulneráveis à ansiedade, ao estresse e ao desenvolvimento de sintomas psicossomáticos<sup>39,63</sup>. Ansiedade, tensão, emoções negativas e frustrações causam aumento da hiperatividade neuromuscular, redução da taxa de secreção salivar durante o sono e a vigília e conseqüentemente aumento de episódios de atividade muscular mastigatória rítmica e de ranger de dentes durante o sono<sup>39,46</sup>. A prevalência de ranger de dentes é mais elevada em pacientes adultos que vivem sob tensão emocional, que são hiperativos, agressivos ou que apresentam uma personalidade compulsiva. Verificou-se que alguns indivíduos com tensão emocional continuam a ranger os dentes mesmo após tratamento específico para a má oclusão dentária, reforçando o papel da teoria comportamental do bruxismo<sup>45</sup>. Além disso, a freqüência de micro despertares em adultos jovens portadores de bruxismo é geralmente normal<sup>41,42,46,60</sup> fato

---

que associado às atividades extraescolares que as crianças executam podem provocar um sono agitado e causam fragmentação do sono, sintomas subjetivos de sono de má qualidade, sonolência excessiva diurna e fadiga<sup>78</sup>. Tudo isso em conjunto pode retro alimentar os fatores comportamentais que podem estar presentes na origem do bruxismo<sup>65</sup>.

Em vista dos resultados desta pesquisa, pode-se considerar que no manejo do hábito de bruxismo na criança, os aspectos psicológicos e de odontopediatria foram os que mais contribuiriam para a deflagração ou potencialização dessa parafunção. Estudos adicionais poderão atingir resultados capazes de colaborar no melhor encaminhamento para a terapêutica do bruxismo sem perder de vista sua característica multiprofissional.

---

**CONCLUSÃO**

---

---

## 6. CONCLUSÃO

Baseado na metodologia e resultados encontrados nesta pesquisa, verificou-se a prevalência de 15% de crianças com bruxismo. Quanto aos aspectos psicológicos, houve número significativo de crianças bruxistas com sentimentos de insegurança, retraimento e inadequação; sendo que pela percepção dos pais predominou o grau médio de ansiedade. No aspecto ortodôntico a maioria das crianças apresentou características faciais e dentárias normais. No aspecto odontopediátrico verificou-se que o bruxismo pode apresentar períodos alternados de remissão e recidiva e que necessita de extensa avaliação do odontopediatra para seu manejo.

---

# REFERÊNCIAS

---

---



---

## 7. REFERÊNCIAS

1. Abe Y, Suganuma T, Ishii M, amamoto G, Gunji T, Clark GT, Tachikawa T, Kiuchi Y, Igarashi Y, Baba K. Association of genetic, psychological and behavioral factors with sleep bruxism in a Japanese population. *J Sleep Res* 2012 Jun; 21(3):289-96
  2. Ahmad R. Bruxism in children. *J Pedodont* 1986;10:105-125.
  3. Alóe, F; Gonçalves LR; Azevedo A; Barbosa; RC. Bruxismo durante o Sono. *Rev. Neurociências* 2003; 11(1): 4-17.
  4. American Academy of Orofacial Pain, Guidelines for Assessment, Classification, and Management, American Academy of Orofacial Pain, Chicago, IL,, 1996, pp. 223—268, Quintessence.
  5. American Academy of Pediatric Dentistry, 2006—2007, Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines, Available in: URL: <http://www.aapd.org/media/policies.asp>, March 23, 2007.
  6. American Academy of Sleep Medicine, International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual, American Academy of Sleep Medicine, Chicago, IL, 2001.
  7. Angle EH. Classification of malocclusion. *Dental Cosmos* 1899; 248-264
  8. Attanasio R. Nocturnal bruxism and its clinical management. *DentClin North Am* 1991;35:245-252.
  9. Araújo, M.F. Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia Teórica e Prática*, 2007; 9 (2), 126-141.
  10. Bader G, Lavigne G. Sleep bruxism: an overview of an oromandibular sleep movement disorder. *Sleep Medicine Reviews*, 2000; 4:27-43.
-

- 
11. Barnett, E. M. Terapia oclusal em Odontopediatria. Buenos Aires: Panamericana, 1978. 408p.
  12. Buck, John N. H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: guia de interpretação/ Tradução: Renato Cury Tardivo. 2. ed. São Paulo: Vetor, 2009.
  13. Capelozza filho, L. Diagnóstico em Ortodontia. Maringá: Dental Press, 2004.
  14. Carlsson GE, Magnusson T, Egermark I. Prediction of demand for treatment of temporomandibular disorders base on a 20-years follow-up study. J Oral Rehabil 2004; 31:511-7
  15. Cash R. G. Bruxism in children: review of the literature. J Pedodont 1988;12:107-127.
  16. Castelo PM, Gaviao MB, Pereira LJ, Bonjardim LR. Relationship between oral parafunctional / nutritive sucking habits and temporomandibular joint dysfunction in primary dentition. Int J Paediatr Dent. 2005;15:29–36.
  17. Cheifetz AT, Osganian SK, Allred EN, Needleman HL. Prevalence of bruxism and associate correlates in children as reported by parents. J Dent Child. 2005 May-Aug;72(2):67-73.
  18. Dawson P. E. Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1993. p.492-499.
  19. De Boever JA. Need of occlusal therapy and prosthodontic treatment in the management of temporomandibular disorders. Part I. Occlusal interferences and occlusal adjustment. J Oral Rehabi 200; 27:367-379.
  20. Fante, C. Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas: Verus, 2005.
-

- 
21. Farsi N, Alamoudi N, Feteih R, El-Kateb M. Association between temporomandibular disorders and oral parafunctions in Saudi children. *Odontostomatol Trop.* 2004; 27(106):9-14.
  22. Ferers MFN, Enoki C, Anselmo-Lima WT, Matsumoto MAN. Nasopharngal and facial dimensions of different morphological patterns. *RevDent Press. Ortodon Ortop Facial* 2010, 15(3), 52-61.
  23. Ferreira-Bacci AV, Cardoso CLC, Diaz-Serrano KV. Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism. *Braz Dent J* 2012;23:246-251.
  24. Frohman, B.S. The application of phisicoterapy to dental problem. *D. Cosmos*, 1931; v. 73, p. 1117-1122.
  25. Foster TD, Hamilton MC. Occlusion in the primary dentition: study of children at 2 and one-half to 3 years of life. *Br Dent J.* 1969; 126(2):76-9.
  26. Ghaofournia M, Tehrani MH,. Relationship between Bruxism and Malocclusion among Preschool Children in Isfahan. *J Dent Res Dent Clin dent Prospects* 2012; 6(4):138-42.
  27. Goldstein B. H. Temporomandibular disorders: a review of current understanding. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 1999; 88: 379-385.
  28. Gomes EFD, Soares KKD, Santis TO, Bussadori SK, Costa D. Association of bruxism, rhinitis and sinusitis with recurrent respiratory infections in children. *ConScientia e Saúde* 2010; 9(2): 285-9
  29. Gonçalves LPV, Toledo AO, Otero SAM. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. *Dental Press J. Orthod.* mar./apr. 2010; v. 15, no. 2, p. 97-104.
-

- 
30. Goulet JP, Lund JP, Montplaisir J. Daily clenching nocturnal bruxism and stress and their association with TMD symptoms. *J OrofacPain* 1998; 7:120.
31. Grando G, Youg AA, Vedovello Filho M, Vedovello SA, Ramirez-Yañez GO. Prevalence of malocclusions in a Young Brazilian population. *Int J Orthod* 2008/ 19(2): 13-6.
32. Greene C. S. The etiology of temporomandibular disorders: implications for treatment. *J. Orofac.Pain* 2001; 5: 93-105.
33. Haddad A. E. *et al.* Bruxismo em crianças. *Rev. Odontopediatr; abr./jun,* 1994; v.3, n.2, p.91-98.
34. Henrikson T, Ekberg EC, Nilner M. Symptoms and signs of temporomandibular disorders in girls with normal occlusion and class II malocclusion. *Acta Odontol Scand.* 1997;55:229-35.
35. Hotta T H *et al.* Combination therapies in the treatment of temporomandibular disorders: a clinical report. *J. Prosthet. Dent.* 2003; 89(6):536-9.
36. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Koskenvou M. Sleep bruxism based on a self-report in a nationwide twin cohort. *J Sleep Res,* 1998; 7:61-7.
37. Jaremka LM, Glaser R, Loving TJ, Malarkey WB, Stowell JR, Kiecolt-Glaser JK. Attachment anxiety is linked to alterations in cortisol production and cellular immunity. *PsycholSci* 2013; 24(3):272-9
38. Junqueira TH, Nahás-Scocate ASR, Valle-Corotti KM, Conti ACCF, Trevisan S. Association of infantile bruxism and the terminal relationships of the primary seconds molars. *Braz Oral Res* 2013; 7(5):17-25.
-

- 
39. Kampe T, Tagdae T, Bader G, Edman G, Karlsson S. Reported symptoms and clinical findings in a group of subjects with long standing bruxism behaviour. *J Oral Rehabil*, 1997; 24:581-7.
40. Kato T, Lavigne GJ. Sleep bruxism: a sleep related movement disorder. *Sleep Med Clinics* 2010; 5(1):9-35.
41. Kato T, Montplaisir JY, Guitard F, Sessle BJ, Lund JP, Lavigne GJ. Evidence that experimentally induced sleep bruxism is a consequence of transiente arousals. *J Dent Res*, 2003; 80:1940-4.
42. Kato T, Rompré PH, Montplaisir JY, Sessle BJ, Lavigne GJ. Sleep bruxism: an oromotor activity secondary to micro-arousal. *J Dent Res*; 2001, 80:1940-4.
43. Kato T.; Thie,N. M. R.; Montplaisir,J. Y.; Lavigne G. J. Bruxism and orofacial movements during sleep. *Dent. Clin. North Am., Philadelphia* 2001; 45:657-684.
44. Knight DJ, Leroux BG, Zhu C, Almond J, Ramsay DS. A longitudinal study of tooth wear in orthodontically treated patients .*Am J Orthod Dentofac Orthop.* 1997; 112:194–202.
45. Lavigne GJ, Manzini C. Bruxism. In: Kryger, MH, Roth T, Dement WC. *Principles and pratice of sleep medicine. Third Edition. Philadelphia, WB Saunders, 2000, pp. 773-85.*
46. Lavigne GJ, Rompré PH, Poirer G, Huard H, Kato T, Montplaisir JY. Rhythmic mastigatory muscle activity during sleep in humans. *J Dent Res*, 2001, 80:443-8.
47. Lavigne GL, Huynh N, Kato T, Okura K, Adachi K, Yao D, Sessle B. Genesis of sleep bruxism: motor and autonomiccardiac interactions, *Arch. Oral Biol.*2007;52: 381-384.
-

- 
48. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. *J Oral Rehabil.* 2001;28:1085–1091.
49. Lobbezoo F, Rómpre PH, Soucy JP et al .Lack of association between occlusal-cephalometric measures side imbalance in striatal D2 receptors binding in sleep related oromotor activities. *J Orofac Pain,* 2001; 15:64-71.
50. Lobbezoo F, Van Der Zaag J, Naeije M, Bruxism: its multiple causes and its effects on dental implants—an updated review, *J. Oral Rehabil.* 2006; 33: 293-300.
51. Macfarlane T. V.; Blinkhorn A. S.; Davies R. M.; Worthington H. V. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. *J. Dent.* 2003; 31: 535-542.
52. Maciel R. N. Oclusão e ATM: procedimentos clínicos. São Paulo: Santos, 1996. p.195-231.
53. Magnusson T, Carlsson GE, Engemark I. Changes in subjective symptoms of craniomandibular disorders in children and adolescents during a 10-year period. *J Orofac Pain,* 1993; 7:76-82.
54. Manfredini D, Landi N, Romagnoli M, Cantini E, Bosco M. Etiopathogenesis of parafunctional habits of stomatognathic system. *Minerva Stomatol.* 2003;52(7):339-45.
55. Meyer B, Marks MD. Bruxism in allergic children. *Am J Orthod* 1980; 77(1); 48-59.
56. Molina O. M.; Santos J.; Mazzetto M.; Nelson S.; Nowlin T.; Mainieri E. T. Oral jaw behaviors in TMD and bruxism: a comparison study by severity of bruxism. *J. Craniomandibular Pract.* 2001; 19: 114-122.
-

- 
57. Monaco, N.M. Ciammella, M.C. Marci, R. Pirro, M. Giannoni, The anxiety in bruxer child: a case-control study, *Minerva Stomatol.*2002;51: 247-250.
58. Moyers, RE. Etiologia da má oclusão. In: MOYERS, RE .*Ortodontia* .3. ed.. Rio de Janeiro: Koogan, 1991. p.127-140.
59. Nilner M. Relationship between oral parafunctions and functional disturbance and disease of stomatognathic system among children aged 7 – 14 years. *Acta Odontol Scand.* 1983; 41:167-72.
60. Okeson JP, Philips BA, Berry DTR, Baldwin RM. Nocturnal bruxing events: a report of normative data and cardiovascular response. *J Oral Rehab*, 1994; 21:623-30.
61. Onyeaso CO. Prevalence of malocclusion among adolescents in Ibadan, Nigeria. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004;126:604-07.
62. Pereira; RPA et al. Bruxismo e qualidade de vida. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, abr./jun. 2006; v. 21, n. 52.
63. Pierce CJ, Christman K, Bennet ME et al. Stress, anticipatory stress, and psychologic measures related to bruxism. *J Orofac Pain*, 1995, 9:51-6.
64. Pizzol, T. S. D. et al. Folha de São Paulo. Disponível em: . Acesso em: 1 maio 2006.p. 663-671, mar. 2006. Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, jan. 2006; v. 1, n. 22, p.109-115.
65. Porto FR, Machado LR, Leite ICG. Variables associated with the development of bruxism in children ranging from 4 to 12 years. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe* 1999; 2(10):447-53.
66. Reding GR, Rubright WC, Zimmerman SO. Incidence of bruxism. *J Dent Res*, 1966; 45:1198-204.
-

- 
67. Retondo, MFNG. Manual Prático de Avaliação do HTP-F (casa-árvore-pessoa) e família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
68. Reis SAB, Capelloza Filho L, Mandetta S. Prevalence of normal occlusion and malocclusion among adult, Caucasian brazilians, with normal facial profile. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial* 2002; 7(5): 17-25
69. Sansone RA, Sansone LA. Allergic rhinitis: relationships with anxiety and mood syndromes. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8(7):12-7.
70. Sari S, Sonmez H, Investigation of the relationship between oral parafunctions and temporomandibular joint dysfunction in Turkish children with mixed and permanent dentition, *J. Oral Rehabil.* 2002;29:108-112.
71. Sari S, Sonmez H. The relationship between occlusal factors and bruxism in permanent and mixed dentition in Turkish children. *J Clin Pediatr Dent.* 2001 Spring; 25(3):191-4.
72. Shinkai RSA, Santos LM, Silva FA, Santos MN dos. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. *Ver Odontol Univ São Paulo.* 1998 jan-mar; 12(1):29-37.
73. 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
74. Silva Filho OG, Herkrath FJ, Queiroz APC, Aiello CA. Facial pattern in the deciduous dentition: epidemiologic study. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial* 2008; 13(4):45-59
75. Simões-Zenari M, Bitar ML. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. *Pró-Fono R Atual Cient* 2010; 22(4): 465-72
76. Solberg WK; Woo MW.; Houstin J. B. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. *J. Am. Dent. Assoc.* 1979; 98: 25-34.
-



77. Stegenga B, Schouten H. Mandibular pain and movement disorders, focusing on the temporomandibular joint. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2007; 114(1):41-6.
78. Stepanski E. The effect of sleep fragmentation on daytime function. *Sleep,* 2002, 25:268-76.
79. Thorpy MJ. International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual, revised. Rochester, Minn: American Sleep Disorders Association, 1997, pp. 182-5.
80. Torres, A. R. R. Sentimento de Inadequação: Estudo Fenomenológico-Existencial. Campinas: PUC-Campinas, 2008.
81. Windmalm SE, Christensen RL, Gunn SM. Oral parafunctions as temporomandibular disorder risk factors in children. *J Craniomand Pract,* 1995; 13:242-6.
-

**ANEXO**

---

---

## ANEXO A



65  
17/47/110  
Rj

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto "*Estudo da frequência e de fatores etiológicos envolvidos com o hábito de bruxismo e sua correlação com o estado de ansiedade, aspectos odontológicos e vibrações nas ATMs e DTM em crianças da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP*", sob a responsabilidade do Pesquisador **ROBSON FREDERICO CUNHA**, está de acordo com os Princípios Éticos em Pesquisa e foi aprovado em 08/04/2011, de acordo com o Processo FOA-01797/2010.

Araçatuba, 19 de abril de 2011.



**ALBERTO CARLOS BOTAZZO DELBEM**  
Coordenador do CEP

ACBO/vbm.

Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária  
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba - SP  
Tel (18) 3636-3234 E-mail: cep@foa.unesp.br

# APÊNDICE

---

---

## APÊNDICE A

Este questionário é para ser preenchido por quem mora com a criança  
(pai, mãe ou parente cuidador)

POR FAVOR PREENCHA OS DADOS ABAIXO ANTES DE RESPONDER AO QUESTIONÁRIO

**1. Sobre o(a) cuidador(a) da criança, você é:**

Pai ( ) Mãe ( ) Avó ( ) Avô ( ) Outro ( ) escreva \_\_\_\_\_

**2. Você mora com a criança?** Sim ( ) Não ( )

**3. Qual sua idade?** \_\_\_\_\_ anos

**4. Até que série você estudou?**

( ) Até 4ª Série ( ) Entre 5ª e 8ª série ( ) 2º grau incompleto

( ) 2º grau completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo

( ) Pós-graduação

**5. Você trabalha?** Sim ( ) Não ( )

**Qual a renda aproximada da família?** R\$ \_\_\_\_\_

**1. Sobre a criança:** Menino ( ) Menina ( )

**2. Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **3. Idade?** \_\_\_\_\_ anos

**4. Estudo em escola:** Pública ( ) Particular ( )

Abaixo está uma lista de itens. Para cada item, por favor, **marque** a resposta que melhor descreve a criança.

	Não	Sim
1. Tem dificuldade em parar de preocupar-se.....	0	1
2. Confere várias vezes se fez as coisas corretamente (ex: se fechou bem a porta ou torneira).....	0	1
3. Tem medo de ir ao médico ou dentista.....	0	1
4. Fica receoso, demonstrando certo medo, em pedir ajuda a um adulto (ex: professor, tio(a) ou babá), preocupando-se com o que ele vai pensar sobre ela.....	0	1
5. Tem medo de encontrar ou falar com pessoas que não conhece....	0	1
6. Preocupa-se que algo ruim possa acontecer aos seu pais.....	0	1
7. Tem medo de trovões, temporais.....	0	1
8. Não gosta de contar ou mostrar o que faz para outras pessoas.....	0	1
9. Preocupa-se em passar vergonha na frente de outras pessoas.....	0	1
10. Se nega a dormir na casa de outra pessoa sem a presença dos pais.....	0	1
11. Tem medo de altura (lugares altos).....	0	1
12. Fica agitado quando é deixado(a) na escolinha (creche) ou com a babá.....	0	1
13. Tem medo de juntar-se a um grupo de crianças e participar de alguma atividade com elas.....	0	1
14. Tem medo de cachorros.....	0	1
15. Tem pesadelos.....	0	1
16. Exige perfeição das coisas e de si mesmo, não aceitando o que faz, por pensar que está errado.....	0	1

17.	Tem medo de ambientes escuros.....	0	1
18.	Enquanto faz uma atividade ou recebe uma instrução, pergunta várias vezes se: “é assim?” ou “Está correto?” .....	0	1
		<b>Não</b>	<b>Sim</b>
19.	Fica quieto e tímido quando está com pessoas desconhecidas.....	0	1
20.	Parece nervoso em situações incomuns.....	0	1
21.	Não admite errar em nada.....	0	1
22.	Fica angustiado(a) quando separado(a) do seus pais.....	0	1
23.	Fica incomodado(a) quando alguma coisa inesperada acontece.....	0	1
24.	Assusta-se com facilidade.....	0	1
25.	Anda sempre atrás de um adulto.....	0	1
26.	Fica assustado sem motivo aparente.....	0	1
27.	Tem dificuldade de fazer novas amizades.....	0	1
28.	Fica agitada quando está esperando que algo aconteça.....	0	1
29.	Se irrita quando não é atendida prontamente.....	0	1
30.	Rói unhas.....	0	1
31.	Não consegue ficar sem a chupeta.....	0	1
32.	Morde os lábios e/ou bochechas.....	0	1
33.	Conversa normalmente quando está a vontade, mas fica mudo(a) com algumas pessoas ou em algumas situações.....	0	1
34.	Quer fazer muitas coisas ao mesmo tempo.....	0	1
35.	Tem dificuldades de ficar muito tempo parado em um lugar só.....	0	1
36.	Não sabe esperar quando lhe é prometido algo.....	0	1

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Pontuação: \_\_\_\_\_ Percentil: \_\_\_\_\_

	Baixa		Média Baixa	Média			Média Alta	Alta	
Percentil	0	25%	30%	40%	50%	60%	70%	75%	100%
Pontos	0	9	11	14	18	22	25	27	36



## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Araçatuba

### Identificação

Nome \_\_\_\_\_

Prontuário n°: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data de avaliação: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

### Ficha de Anamnese

#### --Questionário de Saúde:

Estado de saúde geral:

-Passado: \_\_\_\_\_

-Presente: \_\_\_\_\_

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

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

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

Alergia:

-Passado: \_\_\_\_\_

-Presente: \_\_\_\_\_

#### --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? \_\_\_\_\_

Freqüência: \_\_\_\_\_

Hábitos bucais parafuncionais:

Sugar dedo( ) ( ) Lábios( ) Chupeta

Morder lábios ( ) ( ) Objetos

Roer unhas( ) ( ) Outros

Se afirmativo:

Duração: \_\_\_\_\_

Freqüência: \_\_\_\_\_

Intensidade: \_\_\_\_\_

Histórico Familiar:

\*Irmão(s): Sim ( ) Não ( )

Idade do(s) irmão(s): \_\_\_\_\_

Gênero: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

\*Pais: ( ) Casados ( ) Separados ( ) Outro

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Outras observações importantes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**--Questionário Odontológico:**

Histórico do Bruxismo:

No momento está:

 Presente     Ausente

Período:

 Diurno     NoturnoFrequência do bruxismo:  diário;  às vezes; \_\_\_\_\_Há quanto tempo observou a presença do bruxismo?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Correlaciona este aparecimento com alguma situação vivida pelo grupo familiar e/ou criança?  
\_\_\_\_\_Apresenta sensibilidade dolorosa dos músculos mastigatórios:  Sim  NãoDor de cabeça freqüentes:  Sim     Não

Frequência: \_\_\_\_\_

Posição para dormir:  de bruço     Decúbito dorsal "barriga" para cima"     de lado

Bruxismo na família:

 Pai     Mãe     Irmãos

Tipo de dentição: ( ) Decídua ( ) Mista ( ) Permanente

Condições de Saúde Bucal:

Ceo.d

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

CPO.D

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Desgaste dentário: ( ) Sim ( ) Não

Quais dentes: \_\_\_\_\_

---

## APÊNDICE C

### **Registro dos relatos dos pais em relação ao fator desencadeante do bruxismo ou relacionado ao possível fator de remissão.**

P.S.I- *“Ansiedade previamente às consultas médicas. Quando vai ao hospital range os dentes, por isso há períodos em que o bruxismo está mais agudo e período que está menos frequente”.*

L.F.A- Relato inicial- possível fator desencadeante do bruxismo: *“Ficou extremamente irritada com o nascimento do terceiro irmão, após ter uma irmã (mais nova) e também com o fato de ter lipoma e os amigos a chamavam de costas de camelo.”*

L.F.A- Relato após 24 meses- possível fator da remissão do bruxismo: *“Após entrada na terapia senti que minha filha está começando a entender que está crescendo e com isto está melhorando em relação ao bruxismo.”*

W.K.M.P.- Relato da mãe ao notar aumento da frequência e intensidade do hábito- *“Por ser o filho mais novo, sendo a diferença de idade considerável, ele é muito apegado à mim (mãe), e muito ciumento em relação aos irmãos mais velhos. Devido a um acidente, meu filho mais velho precisou de mais atenção deixando o pequeno enciumado. Percebi que neste período houve um aumento em relação ao bruxismo e meu filho voltou a ter ‘jeitinho de bebê’, fazendo birras.”*

D.V.B.- *“Começou após mudança de escola, aproximadamente há 1 ano, e também devido ao fato de o pai começar a trabalhar em outra empresa, pois antes trabalhava em casa, passando o tempo todo com o filho e agora não tem mais este tempo disponível.”*

---

---

P.C.O.Z.- *“O bruxismo começou quando eu (mãe) engravidei.”*

S.L.S.C- *Relato inicial-“É muito frequente com as crises alérgicas. Pai e avô são muito superprotetores, mimando muito a criança. Quando ele não consegue fazer alguma coisa entra em desespero.”*

S.L.S.C- *Relato após 18 meses- “O bruxismo diminuiu logo depois que ele operou da adenoide. Diminuíram as crises de bronquite, garganta e ansiedade devido a querer um irmão, quando esses fatores foram sendo favorecidos o bruxismo teve uma melhora.”*

M.E.R.S – *“Relato da avó paterna- “Os pais dela se separaram, a mãe foi morar com um outro rapaz e a filha dormia com eles na mesma cama, chegando até mesmo a presenciar cenas de sexo entre o casal. Em relação ao pai, este está com uma nova namorada e esta descobriu que está grávida. Devido a isto minha neta começou a ter problemas sérios como morder-se, ranger os dentes e se automutilar. Ela mora conosco (avós paternos) devido à separação dos pais quando esta tinha apenas 2 anos.”*

M.E.S.M- *Relato da mãe no período pós 18 meses -“Depois que colocou aparelho móvel nunca mais rangeu os dentes.”*

Y.C.B.P- *“O fato de passar o dia todo na loja dos pais, não convive com outras crianças, fica muito agitada e ansiosa.”*

R.M.S- *“Pai teve crise psicótica, ficou internado no Hospital Benedita Fernandes por 14 dias e neste período ela ‘voltou a ser bebê’, faz xixi na cama e principalmente a piora no quadro do bruxismo. Ela acha ser a namorada do papai, quer dormir na cama com ele e tem ciúmes de mim (mãe). Estou*

---

---

*fazendo um tratamento quanto a isto com uma psicóloga e vejo melhora neste quadro.”*

*D.W.S.C- “Quando a bronquite ataca o quadro do bruxismo piora”*

*M.C.R.G – “Houve falecimento do avô e neste período houve maior crise do bruxismo.”*

*J.G.S.Z – Relato sobre a remissão no período 12 meses- “Acho que deve ser devido ao crescimento ou melhor entendimento em relação à vida.”*

*L.B.M – Relato da mãe em relação ao fator desencadeante do bruxismo: “Acho q o fato de ela ter o hábito está relacionada ao problema auditivo, pois como não consegue se comunicar com os outros acaba ficando muito ansiosa.”*

*L.B.M – Relato da mãe em relação à remissão do hábito (período 12 meses):  
“Teve remissão devido à mudança de cidade (para Bauru) onde está fazendo acompanhamento e tratamento auditivo, conforme ela foi melhorando este aspecto teve uma grande melhora na ansiedade em relação à fala e conseqüentemente em relação ao bruxismo.”*

---