

Princípios de diagnóstico e tratamento do bruxismo infantil após o aumento desse distúrbio na pandemia

Principles of diagnosis and treatment of infantile bruxism after the rise of this disorder in the pandemic

Recebido: 19/11/2023 | Revisado: 24/11/2023 | Aceitado: 25/11/2023 | Publicado: 27/11/2023

Tamily Gomes Silva

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4518-3095>
Universidade Brasil, Brasil
E-mail: tamygsilva@hotmail.com

Ariane Feitosa da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7296-6378>
Universidade Brasil, Brasil
E-mail: arianef_costa@hotmail.com

Irineu Gregnanin Pedron

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2677-5539>
Universidade Brasil, Brasil
E-mail: igpedron19@gmail.com

Caleb Shitsuka

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9813-0457>
Universidade Brasil, Brasil
E-mail: cashitsuka@gmail.com

Thais Cordeschi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1058-1905>
Universidade Brasil, Brasil
E-mail: thaiscordeschi@gmail.com

Resumo

A pandemia trouxe diversos agravos a saúde, dentre eles o bruxismo infantil, esse tipo de agravo bucal pode ou não estar relacionado a estímulos, sendo classificado assim como bruxismo primário, no entanto há a classificação secundária que se enquadram perturbações clínicas ou perturbações do sono. Algumas das causas podem ser: herança do sexo masculino, fatores etiológicos comportamentais, estresse e crianças síndrômicas. E por haver várias possíveis etiologias, o bruxismo foi classificado como sendo multifatorial, tendo como principais causas ansiedade e estresse. O manejo do bruxismo em crianças consiste no alívio dos sintomas e na proteção do sistema estomatognático. O que contribuirá muito para o sucesso do tratamento é agregar mais profissionais da saúde que ajudem a identificar a etiologia e o melhor tratamento visando sempre mais qualidade de vida e melhora da saúde bucal.

Palavras-chave: Bruxismo; Pandemia; Crianças.

Abstract

The pandemic brought several health problems, among them child bruxism, this type of oral problem may or may not be related to stimuli, thus being classified as primary bruxism, however there is a secondary classification that fits clinical disorders or sleep disorders. Some of the causes may be: male inheritance, behavioral etiological factors, stress and syndromic children. And because there are several possible etiologies, bruxism was classified as being multifactorial, with anxiety and stress as the main causes. The management of bruxism in children consists of relieving symptoms and protecting the stomatognathic system. What will contribute a lot to the success of the treatment is to add more health professionals to help identify the etiology and the best treatment, always aiming at more quality of life and improvement of oral health.

Keywords: Bruxism; Pandemic; Child.

1. Introdução

O bruxismo, como já sabemos, é o ato de ranger os dentes, podendo ser uma atividade semi-involuntária, que pode ser caracterizada como um hábito parafuncional tal como morder objetos por exemplo, ou o bruxismo inconsciente, que ocorre durante o sono por estresse, preocupação e excitação. Em ambos os casos, causa desgaste nas bordas incisais dos dentes além de

produzir contração muscular isotônica (Flores et al., 2021). Recentemente o bruxismo passou a ser considerado um distúrbio do movimento motor-oral, mas ainda não se sabe ao certo se o bruxismo tem origem no sistema nervoso central ou periférico (Oliveira et al., 2015). Pode também estar relacionado com doenças neurológicas, problemas psiquiátricos, distúrbios do sono e uso de medicamentos (Flores et al., 2021).

Infelizmente, o bruxismo na infância se tornou comum com o decorrer do tempo, pois passou a ser uma válvula de escape para sentimentos oprimidos (Diniz et al., 2009), crianças com bruxismo são aquelas que não expressam os seus sentimentos e caracterizam-se por se preocuparem facilmente (Ferreira et al., 2012). Porém tem se observado que o bruxismo também pode ter caráter hereditário (Diniz et al., 2009). A prevalência do bruxismo em crianças varia de 19 a 29%, dependendo da idade e tipo de dentição, decídua, mista ou permanente (Alves et al., 2022)

O diagnóstico de bruxismo pode ser estabelecido a partir de sintomas, tais como o ruído emitido durante o sono, hipertrofia do muscular, marcas de dentes na língua e bochechas, dores nos músculos mastigatórios, DTM (Disfunção Temporomandibular) (Alves et al., 2022), dores nas articulações da face, limitação de movimento de mandíbula e até dor de cabeça temporal (Oliveira et al., 2015). O sinal clínico mais evidente é o desgaste dentários, principalmente nos dentes anteriores, pois esse grupo de dentes recebem uma carga maior, tornando-se mais suscetíveis ao desgaste. No entanto, é na fase da dentição mista que ocorre a maioria das instabilidades mandibulares, principalmente devido à substituição dos dentes, o que predispõe a criança ao bruxismo do sono (Serra-Negra et al., 2012).

A pandemia trouxe diversos agravos a saúde além do próprio Covid-19, a reclusão tornou tanto os adultos como as crianças mais ansiosos e totalmente dependentes do uso de telas, que tem, nas crianças, o efeito de diminuir a habilidade de regular as próprias emoções, contribuindo para o aumento do bruxismo infantil. (Carvalho et al., 2020; Guinancio et al., 2020; Lima et al., 2022). O objetivo dessa revisão de literatura é orientar os profissionais da saúde com uma visão multidisciplinar em relação ao correto diagnóstico, etiologia e tratamento do bruxismo infantil.

2. Metodologia

Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura do tipo narrativa exploratória (Mendes et al., 2022), onde busca identificar, analisar e sintetizar informações sobre o tema a partir de uma revisão ampla e abrangente da literatura disponível.

O estudo foi baseado na busca de artigos completos, selecionados em consulta ao PubMed e Scielo. A última pesquisa para inclusão de artigos foi feita em junho de 2023. No Pubmed foi utilizada a seguinte pesquisa: (chlid) OR (kid) OR (childrens) OR (infant) AND (Bruxism) OR (Teeth Grinding Disorder) OR (Grinding Disorder) OR (Teeth Grinding), com os seguintes filtros: textos gratuitos, português, inglês e espanhol, onde foram encontrados 45 artigos. Já no Scielo não foram utilizados filtros e as palavras da busca foram: children grinding or children bruxism, foram encontrados 63 artigos. Tendo assim um total de 97 artigos.

Foram analisados todos os artigos encontrados da pesquisa realizada, porém foram excluídos 78 artigos. Dentre eles 6 artigos que apareciam repetidos nas duas plataformas de pesquisa, 39 artigos que não estavam dentro do tema escolhido, 10 artigos que relatavam bruxismo em adolescentes e adultos, 23 artigos que relacionava o bruxismo com outros temas como epilepsia, sistema digestivo, cárie, entre outros. Sendo assim foram incluídos 21 artigos com os critérios indicados anteriormente e mais 12 artigos encontrados no Google Scholar relacionados com o tema para complementar o referencial teórico da pesquisa, totalizando 33 artigos.

3. Revisão de Literatura

3.1 Etiologia e Diagnóstico do bruxismo infantil

Assim como nos adultos, o bruxismo infantil é classificado como primário e secundário, diurno ou noturno. Sendo o bruxismo primário uma desordem crônica que vai da infância, a fase adulta e tem origem idiopática, não está relacionado a nenhuma causa médica evidente, clínica ou psiquiátrica. Já o secundário está associado a perturbações clínicas ou perturbações do sono. O bruxismo diurno é um hábito parafuncional, ou seja, uma ação frequente realizadas pelos seres humanos, mas sem uma função essencial reconhecida, e o bruxismo noturno, é aquele que ocorre durante o sono por alterações psicológicas. Diante das diversas apresentações do bruxismo, a melhor forma de identificar o bruxismo infantil é através de observações dos pais em relação aos ruídos que esse hábito proporciona. Porém o bruxismo da vigília não é tão notório assim, justamente por não possuir ruídos (Flores et al., 2021).

Um recente estudo de coorte longitudinal, avaliou o impacto da pandemia do Covid-19 em crianças e encontrou uma associação entre o bruxismo do sono e outras parafunções (Lima et al.,2022). Crianças que apresentam as parafunções de morder objetos, como lápis e canetas, e bruxismo de vigília também são mais suscetíveis a desenvolver bruxismo do sono (Serra-Negra et al., 2012). Há também grande associação com o período da pandemia e o aumento de telas como televisão e celulares, um estudo recente concluiu que a dependência de telas piora a qualidade do sono, e foi associada ao possível bruxismo do sono durante a pandemia de Covid-19 (Prado et al., 2022).

Existe um outro estudo que relaciona o bruxismo com o uso prolongado da chupeta relatando que esse hábito aumenta em 5 vezes as chances de bruxismo infantil (Simões-Zenari et al.,2010). Existe também alguns estudos que mostram que o bruxismo infantil pode estar relacionado com a herança autossômica dominante, sendo o sexo masculino um fator de risco para transmitir esta anomalia. Em relação à idade, crianças de 5 a 7 e de 11 a 12 anos de idade também foram associadas como fatores de risco. Além do mais, outros fatores como sono inquieto, dormir com a luz ou televisão ligadas, ruídos no quarto, dormir menos de 8 horas por noite, podem afetar o risco relacionado com o bruxismo infantil (Flores et al., 2021). Crianças que possuem apneia do sono estão mais sujeitas ao bruxismo infantil, já que o bruxismo pode ser decorrente do sono fragmentado (Simões-Zenari et al., 2010).

Algumas mães relatam fatores etiológicos comportamentais de suas crianças que podem alterar o sono e ser uma das causas do bruxismo, dentre eles estão: caráter forte, de difícil comunicação, acordar constantemente e não ter um sono profundo e repousante (Flores et al., 2021). Isso ocorre, pois, pacientes de caráter forte ativam uma alta reação do eixo no hipotálamo-adrenal que controla a liberação de catecolaminas, que nesse quadro encontram-se elevadas na urina caracterizando quadros de estresse, que é um dos fatores do bruxismo, esse fator pode ainda estar associado com falta de atividade física, tensão emocional, problemas familiares, crises existenciais, depressão, medo, hostilidade, fase de auto-afirmação, testes escolares, desportos competitivos, entre outros. Além disso, um estudo que comparou crianças que apresentam bruxismo com crianças que não apresentam, mostrou que as crianças com bruxismo possuem um nível maior de ansiedade (Oliveira et al., 2015).

Crianças que apresentam alguma síndrome, principalmente a Síndrome de Down tem mais prevalência de bruxismo do que a população pediátrica em geral, e o que torna ainda mais preocupante é o fato de não haver redução do bruxismo com o envelhecimento, como ocorre nas crianças saudáveis. Apesar da causa observada também ser ansiedade e fatores emocionais, existe uma suspeita de a presença de músculos espásticos que podem ser mais propensos à contração e requerem mais esforço para relaxar (Luconi et al., 2021).

Além do ruído que pode estar presente ou não, o sinal clínico mais evidente do bruxismo infantil é o desgaste dentário, crianças com sinais de desgaste dentário tiveram 1,53 vezes mais chances de seus pais relatarem ranger os dentes durante o sono (Emídio et al., 2020), assim como crianças com histórico de sono agitado apresentam 2,4 vezes mais chances, e crianças com cefaleia 1,6 (Junqueira et al., 2013). Alguns pacientes ainda apresentam sensibilidade da ATM (Rodriguez et al., 2018) e dor à

palpação do músculo masseter (Alves et al., 2022). E o hábito de sucção, por tempo prolongado pode aumentar até 4x mais as chances de bruxismo infantil (Luconi et al., 2021).

Por outro lado, ao contrário do que pensam, a mordida cruzada mostrou não haver relação com o bruxismo já que este sinal clínico está presente em crianças que não tem bruxismo. (Serra-Negra et al., 2012). Diante de todos os fatores descritos, alguns estudos caracterizam o bruxismo como sendo multifatorial, sendo assim, essa manifestação é a combinação de fatores sistêmicos, locais, psicológicos, ocupacionais e hereditários (Traebert et al., 2020). Um estudo foi conduzido para avaliar fatores sociodemográficos e psicossociais associados ao bruxismo em crianças com idade pré-escolar, porém não foram encontradas associações para essas variáveis (Gomes et al., 2018).

3.2 Tratamento do bruxismo infantil

Em relação ao manejo bruxismo em crianças, há controvérsias entre os clínicos quanto à conduta terapêutica a seguir. Considera-se que deve haver um desgaste fisiológico normal entre 3 e 5 anos de idade, para permitir o crescimento e desenvolvimento das maxilas. Considerando também que a prevalência de bruxismo diminui em torno de 9 a 10 anos (Firmani et al., 2015). Porém o tratamento de todos os pacientes com bruxismo, adulto ou criança, consiste no alívio dos sintomas e na proteção do sistema estomatognático. Esse tratamento ocorre através do uso de placas interoclusais que permitam relaxar os músculos tensos, bem como evitar o desgaste dos dentes e reduzir a dor nos músculos mastigatórios (Flores et al., 2021). Além da melhora da qualidade de sono (Diniz et al., 2009).

Normalmente usa-se placas de acetato com uma espessura de 1,5 a 3 mm removíveis, que cobrem todos os dentes de um dos arcos maxilares e precisam ser estáveis e bem ajustados para funcionarem corretamente. Porém as placas de bruxismo em crianças não podem interferir no crescimento dos maxilares, devendo assim apresentar expansores no palato, devem também ajudar a reposicionar a mandíbula em relação cêntrica, proteger os dentes contra o desgaste, diminuir a atividade muscular, previne a erupção retardada, impaction e a malformações dos dentes permanentes. Nas crianças essas placas devem ser usadas durante 90 dias e os ajustes devem ser feitos com papel articulado de 12mm uma vez por mês para alcançar a estabilidade funcional neuromuscular (Flores et al., 2021).

Uma outra opção são as placas feitas de silicone que também não interferem no crescimento e desenvolvimento bucal (Diniz et al., 2009), porém as placas de silicone podem rasgar dependendo da força exercida e devem ser trocadas de tempos em tempos. Terapias ortopédicas dos maxilares e ortodontia, também se apresentam como uma opção de tratamento, pois com a expansão do palato, se necessário, observou-se diminuição da frequência de bruxismo em crianças (Firmani et al., 2015).

Há ainda alguns autores que optam por tratar o bruxismo infantil com a ajuda de medicamentos, como injeção de anestésico local na região, tranquilizantes, sedativos, miorrelaxantes e placebos (Diniz et al., 2009). O uso de métodos elétricos, como estímulos eletrogalvânicos para o relaxamento muscular, sons (ultrassônicos) ou acupressão de áreas também são indicados. Na ausência de fatores sistêmicos, os autores preconizam os exercícios orais para dessensibilização (sensibilidade térmica, aconselhamento nutricional, suplemento de vitaminas e minerais). Alguns estudos têm relatado que o uso de benzodiazepínicos (diazepam), relaxantes musculares (metocarbamol), precursores de catecolaminas (L-dopa) e antagonistas beta-adrenérgicos (propranolol) podem reduzir a frequência de bruxismo noturno (Diniz et al., 2009).

Algumas outras drogas têm sido também propostas para o tratamento do bruxismo, como propranolol, bromocriptina e amitriptilina, mas não se mostraram eficazes. Relatos com medicamentos antidepressivos como citalopram, paroxetina, fluoxetina, venlafaxina indicam que eles induzem o bruxismo secundário enquanto o clonazepam o reduz devido ao seu efeito relaxante muscular. Bons resultados têm sido observados com buspirona, mas são estudos de curto prazo. Há alguns relatos recentes que indicam a melhora do bruxismo, sem efeitos adversos a hidroxizina em crianças por períodos de 2 meses (Firmani et al., 2015).

Como vimos anteriormente há uma forte relação entre o bruxismo e alguns distúrbios do sono, com isso dentre os tratamentos possíveis do bruxismo infantil podemos citar a importância da educação sobre higiene do sono em crianças, definida como um conjunto de recomendações comportamentais e ambientais, visando a promoção do sono saudável, uma vez que existem várias razões para considerar o seu potencial para a promoção da saúde infantil (Kostner et al., 2019).

Nas crianças há uma grande exigência, citada nas maiorias dos artigos estudados, de o tratamento para o bruxismo ser levado a uma equipe multidisciplinar para se obter êxito. Além do dentista, devemos contar com a farmacologia e principalmente uma análise psico-comportamental. Por esse motivo a inclusão da psicologia no tratamento é importante, o acompanhamento com o psicólogo deve ser iniciado junto ao uso da placa de bruxismo. Considerando a abordagem psico-comportamental muitos autores indicam a psicoterapia (aconselhamento, autossugestão, hipnose, condicionamento, exercícios de relaxamento e biofeedback como tratamento da causa do bruxismo e não somente tratamento dos sintomas com o uso da placa (Diniz et al., 2009).

Apesar de tantas suposições, não há um andamento correto, ou um tratamento padrão para o bruxismo infantil. O tratamento é individual, dependendo de cada caso e necessidade pessoal de cada criança. Desta forma, o diagnóstico precoce é de extrema importância para prevenir danos aos dentes além de proporcionar conforto e bem-estar. Contando sempre com uma equipe multidisciplinar, tentando ao máximo extrair a etiologia e traçando o melhor tratamento (Diniz et al., 2009).

4. Discussão

Devido a pandemia e a reclusão das crianças houve um aumento do bruxismo infantil durante esse período (Lima et al., 2022), a mudança repentina de rotina causou perturbações do sono na população em geral (Lima et al., 2022). Essa desordem bucal, pode estar associado a diversas alterações, sendo uma delas a herança autossômica dominante (Simões-Zenari et al., 2010). De acordo com uma revisão sistemática recente, podemos encontrar estudos que fizeram uma análise genética onde colocou o homem como fator de risco, confirmando assim que o bruxismo infantil pode sim estar ligado a uma herança autossômica proveniente do sexo masculino (Flores et al., 2021).

Apesar da idade também ter sido apontada como fator que influencia no bruxismo infantil, (Simões-Zenari et al., 2010), pois em determinadas épocas temos importantes acontecimentos para o desenvolvimento das crianças, foi encontrado também que conforme a idade avança, os casos de bruxismo vão diminuindo (Alves et al., 2022). Porém uma revisão sistemática recente não encontrou qualquer relação entre a idade e o bruxismo (Flores et al., 2021). O que pode estar mais associado seria os fatores etiológicos comportamentais (Flores B, et al., 2021). Porém, mesmo assim a associação do bruxismo com fatores etiológicos não tem definição e confirmação correta (Flores et al., 2021).

Outros fatores como, falta de atividade física, falta de atividade ao ar livre, problemas familiares, crises existenciais, depressão, medo e hostilidade, estão fortemente ligadas ao bruxismo infantil (Oliveira et al., 2015). Devemos ressaltar aqui também que crianças que possuem atividades físicas e ao ar livre tendem a ter núcleos familiares mais estruturados, o que pode levar a criança a ter menos níveis de ansiedade e estresse. Porém um estudo que avaliou os fatores sociodemográficos não encontrou associações para as variáveis psicossociais ou socioeconômicas analisadas (Gomes et al., 2018).

Dentre as variáveis psicossociais vimos que crianças de carácter forte, de difícil comunicação, são mais propensas a desenvolver bruxismo (Flores et al., 2021). Mas isso não está relacionado com a secreção salivar de cortisol, pois ao contrário do esperado, uma revisão sistemática comprovou que não houve associação ao avaliar essa variável e não obtiveram evidências científicas comprovadas (Cruz et al., 2016).

Em uma outra revisão sistemática recente foi citado um estudo que foi feito com crianças as quais os pais relataram a percepção sonora do bruxismo em seus filhos durante o sono, apesar de haver uma associação significativa entre o bruxismo e a qualidade do sono nas crianças, das que apresentaram bruxismo, 83% dos pais relataram que essas crianças dormem bem à noite

e que não apresentam sonolência diurna, o que afirma que o bruxismo não interfere com a qualidade do sono. Esse mesmo estudo descarta a ligação do bruxismo com dores de cabeça, pois apenas 14,9% das crianças relataram ter dores de cabeça, sendo que a dor de cabeça é uma das consequências mais comuns do bruxismo, e a sua investigação deveria fazer parte da anamnese na busca do diagnóstico. Essa revisão sistemática não conclui a causa exata do bruxismo, apesar de estar apontando também para o emocional da criança (Alves et al., 2022).

Muitos fatores podem estar sendo associados ao bruxismo, como por exemplo a má oclusão, no entanto, a mordida cruzada posterior mostrou não haver relação com o bruxismo já que estes sinais clínicos estão mais presentes em crianças que não tem bruxismo (Serra-Negra et al., 2012). Daí vem a importância de uma avaliação multidisciplinar, como por exemplo a avaliação fonoaudiológica que se mostrou muito importante pela possibilidade de se verificar o impacto do bruxismo na motricidade orofacial, funções alimentares e respiração e por possibilitar o delineamento de ações nessa área (Simões-Zenari et al., 2010).

Os sintomas de DTM geralmente aparecem na infância e se desenvolvem, agravando conforme o crescimento, porém a presença de ruído nas articulações de quem tem bruxismo ainda tem controvérsias. Os estudos epidemiológicos e de amostras de conveniência apontam a existência de uma forte relação entre o bruxismo e a DTM (Motta et al., 2015), podemos observar também dor orofacial (Firmani et al., 2015). Porém há um grande desafio em estudar disfunção temporomandibular em crianças, pois elas confundem pressão com dor e não sabem quantificar (Kostner et al., 2019).

Apesar de tantas suposições em relação ao tratamento para bruxismo infantil, não há um andamento correto, ou um tratamento padrão. O tratamento é dado individualmente, dependendo de cada caso e necessidade pessoal de cada criança, o importante é conseguir um diagnóstico precoce, contando sempre com uma equipe multidisciplinar, tentando ao máximo extrair a etiologia e traçando o melhor tratamento para a criança. Uma controvérsia em relação ao tratamento de bruxismo infantil é que não há comprovação da eficácia do uso de medicamentos de nenhuma natureza no tratamento de bruxismo na odontopediatria (Diniz et al., 2009).

Em casos de desgastes severos nos dentes com presença de hipersensibilidade dentinária, o cirurgião-dentista deve considerar o uso de produtos com flúor para diminuir a dor e também o tratamento restaurador em casos mais severos (Coelho et al., 2020; Maltarollo et al., 2020; Pinheiro et al., 2021).

O manejo comportamental do paciente infantil é fundamental para o sucesso do tratamento odontopediátrico, é importante que o profissional conheça diversas técnicas de manejo e estabilização protetora para alcançar bons resultados durante o tratamento (Shitsuka., 2015; Moreira et al., 2021; Vale et al., 2021; Gomes et al., 2023).

Os estudos em geral sugerem que os problemas comportamentais e potenciais problemas emocionais podem ser fatores de risco para o bruxismo em crianças (Ferreira et al., 2012). Foi constatado também que as crianças com bruxismo eram mais inquietas, tinham maiores preocupações, e apresentavam maior quantidade de queixas espontâneas de esquecimentos e falhas na memória (Oliveira et al., 2015). Hoje está cada vez mais comum o tratamento multidisciplinar envolvendo vários profissionais da saúde, no entanto, é necessário desenvolver mais estudos de longo prazo para fundamentar sua indicação (Firmani et al., 2015). Esse problema de saúde bucal deve ser ensinado nas disciplinas de graduação e pós-graduação de Odontopediatria com diversas metodologias de ensino, podendo ser de forma presencial ou remota (Nascimento & Feitosa, 2020; Rocha et al., 2020; Piffero et al., 2020).

5. Conclusão

Diante desse estudo, conseguimos identificar uma visão multidisciplinar em relação ao correto diagnóstico, etiologia e tratamento do bruxismo infantil. Porém a criança está em total dependência de adultos para identificar os primeiros sinais como ranger, ou simplesmente hábitos deletérios, e assim levar ao consultório odontológico para identificar os demais sinais, tendo

como o principal deles o desgaste dentário. Em relação ao tratamento, é fundamental agregar outros profissionais da saúde ao tratamento, como um psicólogo para ajudar no estresse e ansiedade, e até mesmo fisioterapias para relaxamento muscular.

6. Considerações Finais

Com os diversos estudos sobre o bruxismo infantil na literatura, foi identificado a necessidade de uma abordagem multiprofissional no diagnóstico e tratamento. Com isso ainda há a necessidade envolver as diversas áreas da saúde no mesmo estudo para uma conclusão mais completa e abrangente.

Referências

- Alves, E. G., Fagundes, D. M., & Ferreira, M. C. (2022). Sleep bruxism in children and its association with clinical and sleep characteristics: cross-sectional study. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 70, e20220011. <https://doi.org/10.1590/1981-86372022001120200077>.
- Carvalho, L. de S., Silva, M. V. de S., Costa, T. dos S., Oliveira, T. E. L. de, & Oliveira, G. A. L. de. (2020). O impacto do isolamento social na vida das pessoas no período da pandemia da COVID-19. *Research, Society and Development*, 9(7), e998975273. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.5273>
- Coelho, C. S., Fedechen, M. C., Volpini, R. C., Pedron, I. G., Kubo, H., Friggi, M. N. P., & Shitsuka, C. (2020). Evolução da técnica odontológica do tratamento restaurador atraumático. *Research, Society and Development*, 9(3), e74932439. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2439>
- Cruz, T. M. M., Falci, S. G. M. & Galvao, E. L. (2016). Association Between Bruxism and Salivary Cortisol Levels: A Systematic. *Review. Int. J. Odontostomat.*, 10(3), 469-474. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000300014>.
- Diniz, M. B., Silva, R. C. e Zuanon & Angela C. C. (2009) Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Revista Paulista de Pediatria*. 27(3), 329-334. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822009000300015>.
- Emídio, C. A. S. (2020) et al. Behavioral and clinical aspects associated with probable sleep bruxism in early childhood. *Revista de Odontologia da UNESP*, 49, e20200044 <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04420>.
- Ferreira-Bacci, A. do V., Cardoso, C. L. C., Díaz-Serrano & Kranya V. (2012) Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism. *Brazilian Dental Journal*. 23(3), 246-251. <https://doi.org/10.1590/S0103-64402012000300011>.
- Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzman M., & Espinosa P. (2015) Bruxismo de sueño en niños y adolescentes [Sleep bruxism in children and adolescents]. *Rev Chil Pediatr*. 86(5):373-9. 10.1016/j.rchipe.
- Flores Bracho, M. G.; Zapata Hidalgo, C. D., Ruiz Quiroz & J. F. (2021) Bruxismo en niños tratados con placas interoclusales. Relato de caso clínico. *Dilemas contemp. educ. política valores, Toluca de Lerdo*, 9, 00122. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.3035>
- Gomes, F. P., Gomes, F. P., Oliveira, E. C., Bessler, M. de O., Shitsuka, C., & Cordeschi, T. (2023). Técnicas de manejo comportamental não convencionais em crianças. *E-Acadêmica*, 4(3), e1343519. <https://doi.org/10.52076/eacad-v4i3.519>
- Gomes, M. C. (2018) et al. Evaluation of the association of bruxism, psychosocial and sociodemographic factors in preschoolers. *Brazilian Oral Research*. 32, e009. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0009>.
- Guinancio, J. C., Sousa, J. G. M. de, Carvalho, B. L. de, Souza, A. B. T. de, Franco, A. de A., Floriano, A. de A., & Ribeiro, W. A. (2020). COVID – 19: Desafios do cotidiano e estratégias de enfrentamento frente ao isolamento social. *Research, Society and Development*, 9(8), e259985474. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5474>
- Junqueira, T. H. (2013) et al. Association of infantile bruxism and the terminal relationships of the primary second molars. *Brazilian Oral Research* 27(1), 42-47. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242013000100008>.
- Kostner Uribe, S; Brunet Echavarría, J., & Tapia V. (2019) A. Trastornos de sueño asociados a bruxismo de sueño en niños entre 3 y 6 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Mayor de Santiago, Chile. *Av Odontostomatol*, 35(2), 83-91.
- Lima, L. C. M. de et al. (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on sleep quality and sleep bruxism in children eight to ten years of age. *Brazilian Oral Research* [online]. 36 <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0046>.
- Luconi, E., Togni, L., Mascitti, M., Tesei, A., Nori, A., Barlattani, A., Procaccini, M., & Santarelli, A. (2021). Bruxism in Children and Adolescents with Down Syndrome: A Comprehensive Review. *Medicina (Kaunas)*. 57(3):224. 10.3390/medicina57030224.
- Maltarollo, T. H., Pedron, I. G., Medeiros, J. M. F., Kubo, H., Martins, J. L., & Shitsuka, C. (2020). A erosão dentária é um problema! *Research, Society and Development*, 9(3), e168932723. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2723>
- Mendes, C. (2022). O que é revisão narrativa de literatura: exemplos e considerações da metodologia. (vídeo). <https://www.youtube.com/watch?v=YIBWSVsxvRM> 3.4) Dendasck, C.O que é Revisão de Literatura Narrativa? - Revista Científica Núcleo do Conhecimento. (vídeo). https://www.youtube.com/watch?v=0RB11g_SNS86.11.
- Motta, L. J. et al. (2015) Avaliação dos ruídos da articulação temporomandibular em crianças com bruxismo. *Revista CEFAC*. 17(1), 111-116. <https://doi.org/10.1590/1982-021620150814>.

- Moreira, J. S., Vale, M. C. S., Francisco Filho, M. L., Souza, K. M. N., Santos, S. C. C., Pedron, I. G., & Shitsuka, C. (2021). Técnicas de manejo comportamental utilizados em odontopediatria frente ao medo e ansiedade. *E-Acadêmica*, 2(3), e032334. <https://doi.org/10.52076/eacad-v2i3.34>
- Nascimento, J. L., & Feitosa, R. A. (2020). Metodologias ativas, com foco nos processos de ensino e aprendizagem. *Research, Society and Development*, 9(9), e622997551. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7551>
- Oliveira, M. T. de (2015) et al. Sleep bruxism and anxiety level in children. *Brazilian Oral Research*. 29(1), 1-5. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2015.vol29.0024>.
- Piffero, E. de L. F., Coelho, C. P., Soares, R. G., & Roehrs, R. (2020). Metodologias ativas e o ensino remoto de biologia: uso de recursos online para aulas síncronas e assíncronas. *Research, Society and Development*, 9(10), e719108465. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8465>
- Pinheiro, C. F., Melo, M. P. F., Silva, R. R., Pedron, I. G., & Shitsuka, C. (2021). Lesões não cariosas: revisão de literatura. *E-Acadêmica*, 2(2), e042227. <https://doi.org/10.52076/eacad-v2i2.27>
- Prado, I. M., Perazzo, M. F., Abreu, L. G., Granville-Garcia, A. F., Amin, M., Pordeus, I. A., Paiva, S. M., & Serra-Negra, J. M. (2022) Possible sleep bruxism, smartphone addiction and sleep quality among Brazilian university students during COVID-19 pandemic. *Sleep Sci*. 15(2):158-167. 10.5935/1984-0063.20220036.
- Rocha, S. S. D., Joye, C. R., & Moreira, M. M. (2020). A Educação a Distância na era digital: tipologia, variações, uso e possibilidades da educação online. *Research, Society and Development*, 9(6), e10963390. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3390>
- Rodríguez -Robledo & Emilio R (2018) Prevalencia de Bruxismo y Trastornos Temporomandibulares Asociados en una Población de Escolares de San Luis Potosí, México. *Int. J. Odontostomat.*, 12(4), 382-387. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2018000400382>.
- Serra-Negra, J. M. (2012) et al. Signs, symptoms, parafunctions and associated factors of parent-reported sleep bruxism in children: a case-control study. *Brazilian Dental Journal*. 23(6), 746-752. <https://doi.org/10.1590/S0103-64402012000600020>.
- Shinkai, R. S. A. (1998) et al. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*. 12(1), 29-37. <https://doi.org/10.1590/S0103-06631998000100006>.
- Shitsuka, R. I. C. M., Shitsuka, C., Moriyama, C. M., Corrêa, F. N. P., Delfino, C. S., & Corrêa, M. S. N. P. (2015). Desenvolvimento e avaliação da eficiência da estabilização protetora na odontopediatria: um estudo piloto. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF*, 20(1). <https://doi.org/10.5335/rfo.v20i1.4586>
- Simões-Zenari, M. & Bitar, M. L. (2010) Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* 22(4), 465-472. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872010000400018>.
- Traebert, E. et al. (2020) Prevalence of Sleep Bruxism and Association with Oral Health Conditions in Schoolchildren in a Municipality in Southern Brazil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 20, e0019. <https://doi.org/10.1590/pboci.2020.125>
- Vale, M. C. S., Carmargos, V. G., Loureiro, D. S., Santos, J. M., Pedron, I. G., Toline, C., & Shitsuka, C. (2021). O uso da música como estratégia de manejo comportamental em odontopediatria. *E-Acadêmica*, 2(3), e232355. <https://doi.org/10.52076/eacad-v2i3.55>