



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

LAÍZA LUCAS FIGUEIREDO CARNEIRO

BRUXISMO DO SONO NA INFÂNCIA
BRUXISM OF THE SLEEP IN CHILDREN

SALVADOR
2019.1

LAÍZA LUCAS FIGUEIREDO CARNEIRO

**BRUXISMO DO SONO DA INFÂNCIA
SLEEP BRUXISM IN CHILDREN**

Artigo apresentado ao Curso de
Odontologia da Escola Bahiana de
Medicina e Saúde Pública como
requisito parcial para obtenção do
título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Iza Teixeira
Alves Peixoto

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por dar-me força nesta conquista.

A minha mãe Maria de Lourdes, por sempre me incentivar, ajudar, acompanhar, e encarar todos os desafios ao meu lado, sem todo o seu amor eu jamais teria chegado até aqui.

Aos meus familiares por estarem sempre mostrando que confiam no meu potencial, sempre com muito amor, carinho e atenção, e principalmente aos meus avós Maria Venância e Manoel Maximiano, que mesmo não estando mais presentes fisicamente, me deixaram ensinamentos que carrego e que me ajudaram nessa jornada.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a Iza Peixoto, pelos ensinamentos passados, pela amizade, pela compreensão e pela brilhante orientação.

As amigas que a faculdade me deu, Alana, Ana, Ione, Nina, Paula e Roberta, pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo, e ajuda na confecção e correção deste trabalho, sem vocês eu não teria conseguido.

As minhas amigas e irmãs que o ISBA me deu, Auri, Cris, Jami, e Lari pelo companheirismo, apoio, conselhos, e por todo incentivo que sempre me fizeram me sentir mais forte, e capaz de enfrentar qualquer desafio.

As minhas amigas de toda a vida, Brenda, Betina e Renata, por cada palavra de apoio, e por estarem sempre comigo, cada uma do seu jeito, mas sempre com muito amor para me oferecer.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos colegas, professores, funcionários e pacientes, que contribuíram para o meu êxito profissional, e para o meu crescimento pessoal, deixando marcas e lembranças que nunca irei apagar da minha memória.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO

2. METODOLOGIA

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PREVALÊNCIA DO BRUXISMO

3.2 BRUXISMO DO SONO NA INFÂNCIA

3.3 DIAGNÓSTICO

3.4 TRATAMENTO

3.5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

ANEXO A - DIRETRIZES PARA AUTORES

RESUMO

Algo que vem sendo muito relatado pela literatura, é a grande importância do sono na vida diária do ser humano. E quando falamos em crianças, ele se torna ainda mais importante, por também estar relacionado ao desenvolvimento físico e psicológico das mesmas, influenciando inclusive no comportamento, e aprendizado delas. Sendo assim, distúrbios do sono em crianças podem trazer muitas consequências indesejáveis e prejudiciais. Há relatos na literatura, de uma relação direta do sono com a aprendizagem, atenção e memória das crianças, entretanto, são poucos os estudos que mostram o grau de informação dos pais e responsáveis, sobre as consequências dos distúrbios do sono para o desenvolvimento delas. O bruxismo do sono é descrito como um hábito parafuncional, que tem como características o ranger, ou apertar dos dentes enquanto o indivíduo encontra-se dormindo, ou em estado de vigília. Esse distúrbio não apresenta uma etiologia única, sendo assim, o seu tratamento deve ser individualizado e composto por diferentes especialidades, tentando identificar a principal causa do desenvolvimento desse distúrbio, de acordo com os sinais e sintomas de cada paciente. Com base na revisão da literatura, esse trabalho tem o objetivo de trazer uma discussão dos principais fatores etiológicos, das consequências, diagnóstico, e dos possíveis tratamentos para o bruxismo do sono em crianças.

Palavras-chave: distúrbios do sono, bruxismo do sono, odontopediatria

ABSTRACT

A subject that has been much reported in specialised literature is the great significance of sleep in the daily life of human beings. When it comes to children, this subject becomes even more important, for its relation to their physical and psychological development, with impact on behaviour and learning. Therefore, sleep disorders in children can lead to harmful and undesirable consequences. There are reports in literature of a direct link between sleep and children's learning, attention and memory, however, there are very few studies concerned with the level of information of the parents or legal guardians regarding the consequences of sleep disorders in children's development. Bruxism is described as a parafunctional habit that features grinding or clenching of teeth during sleep or wakefulness state. This disorder does not have a unique aetiology, therefore, the treatment must be individualized and composed by a multidisciplinary team, identifying the main cause of this disorder onset according to each patient's signs and symptoms. Based on a literature review, this paper aims to arise a discussion on the main aetiological factors, consequences, diagnosis and possible treatments for bruxism in children.

Keywords: sleep disturbances, sleep bruxism, pediatric dentistry

1. INTRODUÇÃO

As crianças podem desenvolver hábitos bucais em tenra idade, o que pode vir a prejudicar o equilíbrio entre função e crescimento. Diferentes tipos de hábitos podem alterar o crescimento do complexo crânio-crânio-facial, dentre eles, o bruxismo é um hábito parafuncional de origem multifatorial, que tem como característica a atividade oral de ranger ou apertar os dentes. Possui diversas nomenclaturas, como neurose do hábito oclusal, dano neural, bruxomania, friccionar-ranger de dentes, briquismo, apertamento e parafunção oral (1).

O bruxismo apresenta uma complexa etiologia, além de efeitos variados sobre o sistema estomatognático. Pode causar danos à articulação temporomandibular, aos músculos, ao periodonto e à oclusão. De acordo com a literatura, esse hábito pode ocorrer em todas as idades. Assim o exame clínico em Odontopediatria, deve incluir a verificação de possíveis sinais, como desgaste dental anormal, estalos ou dor na ATM, tonicidade dos músculos faciais, e os pais devem ser questionados sobre possíveis hábitos da criança de ranger os dentes enquanto dorme (1).

O bruxismo é classificado em dois tipos: o bruxismo diurno e o bruxismo do sono. O bruxismo do sono apresenta as mesmas características do diurno, porém, está associado com despertares curtos, com duração de 3 a 15 segundos, conhecidos como micro despertares (2). Os distúrbios do sono em crianças devem ser analisados em sua evolução de acordo com gênero, classe socioeconômica e faixa etária (3).

No bruxismo do sono da infância há uma atividade inconsciente de ranger, ou apertar os dentes, no momento em que a criança encontra-se dormindo. Foi também chamado de bruxismo noturno, mas o ranger dos dentes pode também se desenvolver durante o dia caso a criança esteja dormindo, por isso o termo mais apropriado é bruxismo do sono (2, 4). Este hábito em alguns casos traz prejuízos para o periodonto, músculos mastigatórios, e ATM, além de prejuízos estéticos que são grandes desafios para a odontologia restauradora, isso pode ser explicado pelo grande aumento de forças oclusais geradas pelo bruxismo, que resulta em cargas extras não só na dentição, mas também em

todo sistema estomatognático (1, 2, 4). Assim, o presente estudo teve como objetivo apresentar uma revisão de literatura, sobre o diagnóstico, fatores etiológicos, consequências, e os possíveis tratamentos para o bruxismo do sono em crianças.

2. METODOLOGIA

Para a realização do seguinte trabalho, foram pesquisados artigos referenciados usando a base de dados dos sites de busca “PubMed”, “Scielo”, e “Google acadêmico”. Utilizaram-se palavras-chave como “Bruxismo do sono”, “Bruxismo infantil”, “Bruxismo do sono em crianças”.

Inicialmente deu-se preferência a artigos publicados a partir do ano de 2012, por serem estudos mais atuais, entretanto alguns estudos publicados anteriormente a esse ano, também foram utilizados por conta da sua relevância para o trabalho. Foram analisados artigos nas línguas portuguesa e inglesa, após a leitura dos respectivos resumos, foram selecionados os mais pertinentes ao assunto. Os artigos incluídos abordavam o bruxismo em geral, o bruxismo do sono especificamente, e o bruxismo em crianças. Os artigos quais o acesso aos textos na íntegra eram pagos, foram excluídos do trabalho.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PREVALÊNCIA E ETIOLOGIA DO BRUXISMO

Segundo alguns autores, a prevalência do bruxismo varia de 7% a 88% em crianças e de 5% a 15% em adultos. Diferentes métodos são usados nessas pesquisas, fazendo com que esses valores tenham alterações, e por conta das diferentes metodologias, a prevalência do bruxismo é considerada indeterminada para muitos autores (3).

O bruxismo é de origem multifatorial, vários artigos e pesquisas tentam mostrar fatores específicos, mas os dados epidemiológicos são inconclusivos (3). A etiologia dessa atividade parafuncional é bastante diversificada, podendo ser de origem local, sistêmica, psicológica, ocupacional, hereditária ou ainda estar relacionada a distúrbios do sono e parassomias (1).

A literatura mostra que os fatores etiológicos do bruxismo podem estar relacionados com: as inflamações gengivais, serem resultantes de erupções dentárias ou associados à perda de dentes decíduos, formação de novos contatos com os dentes já irrompidos e com a irrupção dos dentes decíduos (1).

Outro fator descrito pela literatura é a alergia. Tendo em vista que crianças alérgicas tem menor volume de saliva e, sendo assim, menor necessidade de deglutir, conseqüentemente a incidência do bruxismo aumenta devido à maior pressão negativa nas tubas auditivas (1). Além da alergia, outros problemas sistêmicos podem ser fatores etiológicos desse hábito, como deficiência vitamínica e de cálcio, deficiência nutricional, infecção intestinal parasitária, distúrbios gastrointestinais por alergia a certos alimentos, digestão não balanceada e disfunção urológica recorrente (1). Desordens endócrinas, particularmente hipertireoidismo e fatores relacionados à puberdade, tem sido sugeridos (1). Outros fatores são, as úlceras ou elevações lineares na mucosa bucal, uni ou bilateralmente, também podem ser encontradas principalmente do lado em que a criança dorme (1).

3.2 BRUXISMO DO SONO NA INFÂNCIA

O sono possui dois estados distintos, ele não é um estado homogêneo. O sono REM (Movimentos oculares rápidos) que ocupa 20% do tempo total de sono de um adulto, e o restante é chamado de sono NREM (Sem movimentos oculares rápidos), e ele é o estado inicial do sono, ambos estados se alternam (5, 6). A qualidade de vida do ser humano depende de boas noites de sono, já que um ser humano passa um terço da sua vida dormindo, e é nesse período que as proteínas são sintetizadas, para manter ou expandir as redes neuronais ligadas à memória e ao aprendizado (5, 7, 8).

Por diversos motivos, inclusive noites de sono mal dormidas as crianças podem desenvolver hábitos bucais ainda em tenra idade, o bruxismo relacionado ao sono está entre eles (1, 8). Esses hábitos podem alterar o crescimento do complexo craniofacial, por conta da sua etiologia complexa, e dos seus efeitos sobre o sistema estomatognático, que podem causar danos à ATM, ao periodonto, à oclusão e aos músculos (1, 9). Forças oclusais aumentadas por conta do bruxismo resultam em cargas extras para o periodonto, dentição, o osso alveolar e a ATM. Independente de qual seja a forma, o bruxismo acarreta contato forçado entre as faces oclusais dos dentes superiores e inferiores, observando-se que, no rangido ou bruxismo excêntrico, esse contato envolve movimentos mandibulares e sons desagradáveis (1).

O bruxismo, apresenta diferentes estados de consciência, que são eles: sono e vigília, e diferentes estados fisiológicos com distintas influências na excitabilidade oral motora. Assim, o bruxismo noturno se caracteriza como uma atividade inconsciente de ranger, ou apertar os dentes, com produção de sons, enquanto o indivíduo encontra-se dormindo. Alguns autores dizem que o termo mais apropriado é bruxismo do sono, pois o ranger dos dentes pode ocorrer durante o dia caso o indivíduo durma nesse período (2, 10).

Segundo a literatura, o bruxismo do sono ocorre mais comumente na infância, mas não é incomum sua ocorrência em adultos, já nos idosos são observados poucos casos (1, 10). O desenvolvimento do bruxismo pode estar relacionado a diversos fatores, sendo eles psicológicos, funcionais e estruturais.

Encontram-se relatos de que o bruxismo em crianças teria caráter fisiológico, sendo um momento de adaptação mandibular consequente da instabilidade ocorrida durante a substituição da dentadura decídua para a permanente (10-12). Segundo alguns autores esse hábito é considerado como o mais danoso para o sistema estomatognático e está diretamente ligado à má qualidade do sono (1).

3.3 DIAGNÓSTICO

Como esse hábito pode ocorrer em todas as idades, causando diversos danos ao sistema estomatognático, o exame clínico em Odontopediatria deve incluir a verificação de possíveis sinais como desgaste dental anormal, estalos ou dor na ATM, tonicidade dos músculos faciais. Além disso questionamento aos pais sobre possíveis hábitos da criança de ranger os dentes enquanto dorme, podendo estar associado a sintomas como dores de cabeça e musculares, sonolência, cansaço, hiperatividade, dificuldade de concentração, comportamento agitado, agressividade, déficit de atenção e ansiedade(2, 8, 9, 13). Outros sinais podem ser observados, como presença de facetas brilhantes e polidas (facetas de desgastes) em caninos e/ou molares decíduos (principalmente nas cúspides de trabalho) e a hipertrofia do masseter, ajudando assim no diagnóstico (2, 14).

Esse diagnóstico pode ficar mais completo com a realização de uma polissonografia, que é um exame para investigação de distúrbios do sono. Para a realização do mesmo o paciente deve dormir com sensores fixados na superfície do corpo, de forma que a pessoa possa se movimentar normalmente, não interferindo no sono. Caracteriza-se por ser um exame não invasivo, indolor, e que não envolver qualquer risco (2, 5). Com a finalidade de identificar os episódios de bruxismo durante a noite (15). É importante que esse exame tenha o canais de eletroencefalograma, eletromiografia e o registro audiovisual, para que observar o som de ranger de dentes, excluindo outras atividades buco-mandibulares, como salivação, deglutição, mioclonias, tosse, vocalização, que

representam mais de 30% das atividades bucais durante o sono, podendo ser confundidas com os episódios de bruxismo do sono (5).

Entretanto, a polissonografia é um exame de alto custo, e que possui poucos locais onde ele pode ser realizado, além do incômodo para a criança que estará dormindo fora de casa, com fios ligados ao seu corpo (5, 15). Isso faz com que não existam evidências para a indicação desse exame para o diagnóstico do bruxismo em crianças (14).

Para ajudar no diagnóstico o profissional pode utilizar um “diário do sono”, que é basicamente um quadro com perguntas relacionadas aos hábitos do paciente antes de dormir, como se sente após acordar, se há alguma preparação específica para que esse paciente durma, que horas dorme e acorda, entre outras informações que o cirurgião dentista ache relevante para o diagnóstico de bruxismo. Tendo em vista que o bruxismo é multifatorial, e para um melhor tratamento, o ideal é descobrir ou chegar próximo da causa real do problema em cada paciente de forma individual, e se tratando de criança o diagnóstico pode se tornar mais difícil, pois muitas vezes elas não sabem expressar de forma exata seus sintomas, e com o auxílio desse método é possível compreender o que pode ter desencadeado esse distúrbio (11).

Quadro 1 – Diário do Sono

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Que horas você foi pra cama?							
Que horas você desligou as luzes para dormir?							
Quanto tempo você demorou para iniciar o sono?							
Quantas vezes você acordou na noite passada?							
Quanto tempo você ficou acordado ao longo da noite?							
Que horas você acordou pela manhã?							
Que horas você se levantou da cama?							
Quantas horas você dormiu na noite passada?							

3.4 TRATAMENTO

Segundo alguns autores, não existe um tratamento único e nem estratégias específicas para a cura do bruxismo. O mais indicado é um tratamento combinado entre dentistas e psicólogos além do uso de fármacos. Porém, o tratamento farmacológico só é adotado em casos agudos e graves e deve ser utilizado por um curto período de tempo (2). Não há especificação de nenhuma droga de primeira eleição, e as drogas mais citadas como tratamento, são os benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, betabloqueadores, agentes dopaminérgicos, antidepressivos e relaxantes musculares (2).

Já o tratamento psicológico consiste em terapia para controle do estresse, e sendo indicadas técnicas de relaxamento. Na literatura, não há evidências de que esse tratamento seja realmente eficaz (2). Vários autores relatam a existência de uma relação entre ansiedade, repressão agressiva, estresse, problemas familiares e Bruxismo, tendo em vista que esse distúrbio é gerado devido a uma hiperatividade muscular, que pode ser causado pelo estresse emocional (16-18). Outra técnica empregada para o tratamento na parte psicológica, é a higiene do sono, que consiste em um método auxiliar mas não menos importante, no tratamento do bruxismo do sono, que tem como objetivo melhorar a higiene do sono. O sono não é apenas um desligamento do cérebro para seu descanso, mas sim um estado complexo, ativo, cíclico e mutável, com profundos impactos sobre o funcionamento do corpo e da mente (14). Requer uma preparação, mente livre de preocupações e um ambiente adequado. A higiene do sono é basicamente formada por orientações que ajudam o indivíduo a obter o máximo de benefício das suas horas de sono, voltadas a organização, ou mudança de hábitos, buscando uma melhor qualidade do sono. Pode-se citar como exemplo, evitar alimentos de difícil digestão próximo a hora de dormir, segundo estudos usar o celular próximo da hora de dormir, também é um fator que influencia no sono, e existem também fatores individuais, que devem ser levados em conta no momento de personalizar essas orientações para cada paciente (19, 20).

E na parte odontológica, é indicado o ajuste oclusão, restauração da superfície dentária, tratamento ortodôntico e a confecção de placas oclusais, que são conhecidas também como placas mio-relaxantes. Elas não atuam diretamente nas causas do bruxismo, na verdade sua principal finalidade é proteger os dentes dos desgastes e de possíveis fraturas, e também diminuir o reflexo neuromuscular de apertamento e ranger dos dentes, diminuindo assim a própria potência de contração muscular (2, 21, 22). A placa deve ser usada diariamente, e segundo a literatura há relatos de pacientes que a usam, sentiram desconforto após dias sem fazer o uso. Seu uso descontinuado não é eficaz, pois o dispositivo tem que estar adaptado previamente para não atrapalhar o sono do paciente (23). Existem as placas mio-relaxantes para bruxismo em acrílico, conhecidas também como placa oclusal estabilizadora rígida, e as placas para bruxismo macias que são de silicone. As rígidas são as mais comuns, são feitas de acrílico e possuem a superfície externa lisa, elas protegem os dentes e diminuem a retração mandibular pelo afastamento dos dentes, além de serem mais eficientes na desprogramação da ação neuromuscular, quando comparadas com as placas cujas superfícies de contato promovem algum tipo de encaixe entre as arcadas (23). Já as placas macias que são feitas de silicone, são indicadas nos casos de pacientes que além do bruxismo, apresentem disfunção na ATM, porque essas placas por serem macias, provocam o aumento de força dos músculos envolvidos na mastigação, e esse aumento de força ajuda a minimizar os sintomas da disfunção da ATM, mas também aumenta a capacidade do indivíduo de apertar, ou ranger exatamente pelo mesmo aumento da força muscular (23).

3.5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES

No tratamento do bruxismo como foi citado anteriormente, existem algumas formas de tratamento tradicionais para o bruxismo do sono, porém estudos mostram que esses tratamentos nem sempre trazem uma cura do problema, e sim o amenizam por algum tempo. Com isso, vem sendo estudado o uso das práticas integrativas complementares, no tratamento do bruxismo, e de

outras doenças no âmbito da odontologia (24, 25). A política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), foi implementada em 2006, e recomenda a realização de ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de garantir a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, dando ênfase na atenção básica. Com isso, a PNPIC busca ampliar o uso da homeopatia, acupuntura, termalismo, fitoterapia, medicina antroposófica e práticas corporais, dentre outras, para contribuir na melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas (24, 25). O uso da fitoterapia pelo cirurgião-dentista foi reconhecida e regulamentada como PIC à saúde bucal pelo Conselho Federal de Odontologia, em 2008, através da Resolução nº 082/2008- CFO. E desde então alguns dentistas vem lançando mão do uso desses métodos como tratamentos complementares de diversas afecções bucais, seguindo o crescimento pelo uso de tratamentos e produtos de maior atividade farmacológica, com menor toxicidade que vem sendo observado nos últimos anos (25, 26). E um dos recursos que vem sendo muito utilizado pelos dentistas no controle da dor é a acupuntura. O interesse por pesquisar esse recurso é recente, mas já existem estudos que comprovaram os benefícios do uso da técnica, em distúrbios orofaciais como disfunção temporomandibular, bruxismo e trigeminalgia (27). Outro tratamento é a auriculoterapia, também conhecida como acupuntura auricular ou auriculopuntura que também é considerada como recurso terapêutico para este transtorno, e trata-se de uma técnica da acupuntura baseada na estimulação de pontos por meio do pavilhão auricular para efetuar prevenção, tratamento e recuperação da saúde por meio do reflexo sobre o Sistema Nervoso Central (28).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou a revisão da literatura sobre o bruxismo do sono na infância. O diagnóstico do bruxismo pode ser realizado em crianças por meio de uma anamnese detalhada e um exame clínico cuidadoso, dessa forma o cirurgião dentista terá informações relevantes, o cirurgião dentista pode utilizar também o exame de polissonografia e o diário do sono.

A literatura específica mostra que o tratamento consiste em uma associação entre o acompanhamento psicológico, odontológico e em casos mais graves o uso de medicamentos também foi observado. No âmbito psicológico o tratamento consiste em terapia e o trabalho de higiene do sono, que é um método auxiliar no tratamento do bruxismo do sono, que tem como objetivo utilizar orientações, que ajudam o indivíduo a obter o máximo de benefício das suas horas de sono, de forma individualizada.

A abordagem odontológica é baseada principalmente na confecção de placas miorrelaxantes, que tem como principal finalidade proteger os dentes dos desgastes e de possíveis fraturas, além de diminuir o reflexo neuromuscular de apertamento e ranger dos dentes, diminuindo também a própria potência de contração muscular.

Outro tipo de tratamento que pode auxiliar são as práticas integrativas, que são tratamentos complementares, naturais, conservadores, não invasivos.

Assim, os cirurgiões dentistas precisam buscar um amplo conhecimento sobre o assunto, visando oferecer melhor bem estar e qualidade de vida aos seus pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Pizzol K, Carvalho JCdQ, Konishi F, Marcomini EMdS, Giusti JSM. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. Rev odontol UNESP. 2006;35(2):157-63.
2. Macedo CRd. Bruxismo do sono. Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial. 2008;13(2):18-22.
3. Cheifetz AT, Osganian SK, Allred EN, Needleman HL. Prevalence of bruxism and associated correlates in children as reported by parents. Journal of dentistry for children. 2005;72(2):67-73.
4. Serra-Negra JM, Paiva SM, Auad SM, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA. Signs, symptoms, parafunctions and associated factors of parent-reported sleep bruxism in children: a case-control study. Brazilian dental journal. 2012;23(6):746-52.
5. Neves G, Giorelli AS, Florido P, Gomes MdM. Transtornos do sono: visão geral. Rev Bras Neurol. 2013;49(2):57-71.
6. Drumond CL. Provável bruxismo do sono em crianças de 8 a 10 anos de idade e fatores associados: um estudo de caso-controle. 2018.
7. Nunes ML. Distúrbios do sono. Jornal de Pediatria. 2002;78(1):63-72.
8. Valle L, Valle E, Reimão R. Sono e aprendizagem. 2009.
9. Feitosa G, Félix R, Sampaio D, Vieira-Andrade R, Santos C, Fonseca-Silva T. Bruxismo na Infância: perfil de comportamento, características do sono e sintomatologia. Rev Bahiana de Odontologia. 2016;7(2):94-104.

10. Almeida LMCd. Controvérsias do bruxismo infantil. 2012.
11. Negra JMCS. Bruxismo em crianças: reações interna e externa dos sujeitos. 2006.
12. Ortu E, Pietropaoli D, Marchetti E, Marchili N, Marzo G. Bruxism in children: Use of the Functional Plane of Monaco (FPM). *Eur J Paediatr Dent*. 2018;19:287-94.
13. Rodrigues CK, Ditterich RG, Shintcovsk RL, Tanaka O. Bruxismo: uma revisão da literatura. *Publ UEPG Ci Biol Saúde*. 2006;12(3):13-21.
14. Lima CCB. Provável bruxismo do sono em escolares: prevalência, fatores associados e impacto na qualidade de vida. 2017.
15. Balbani A, Formigoni G. Ronco e síndrome da apnéia obstrutiva do sono. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 1999;45(3):273-8.
16. Rodrigues K. Aspectos psicológicos de crianças com bruxismo: Universidade de São Paulo; 2008.
17. Serralta FB, Freitas PRRd. Bruxismo e afetos negativos: Um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM & Dor Orofacial*. 2010;2(5).
18. Braga AC, Souza FD. Transtornos psicológicos associados à disfunção temporomandibular. *Psicologia e Saúde em debate*. 2016;2(1):100-20.
19. Carra MC, Huynh N, Lavigne G. Sleep bruxism: a comprehensive overview for the dental clinician interested in sleep medicine. *Dental Clinics*. 2012;56(2):387-413.
20. Serra-Negra JM, Scarpelli AC, Tirsa-Costa D, Guimarães FH, Pordeus IA, Paiva SM. Sleep bruxism, awake bruxism and sleep quality among Brazilian dental students: a cross-sectional study. *Brazilian dental journal*. 2014;25(3): 241-7.

21. Machado E, Machado P, Cunali PA, Fabbro C. Bruxismo do sono: possibilidades terapêuticas baseadas em evidências. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2011;16:58-64.

22. Souza F, Almeida M, Schardosin R, Pondé J, Neves ATSC. O bruxismo em crianças e as principais atividades terapêuticas utilizadas para correção do distúrbio parafuncional. *Jornada Acadêmica de Odontologia do Univag*. 2018;14.

23. Portero PP, Kern R, Kusma SZ, Grau-Grullón P. Placas oclusais no tratamento da disfunção temporomandibular (DTM). *Rev Gest & Saúd*. 2009;1(1):36-40.

24. Ischkanian PC. Práticas integrativas e complementares para a promoção da saúde: Universidade de São Paulo; 2011.

25. Gontijo MBA, Nunes MdF. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2017;15(1):301-20.

26. Francisco K. Fitoterapia: uma opção para o tratamento odontológico. *Revista Saúde*. 2010;4(1):18-24.

27. dos Santos Vianna R, de Souza AG, da Silva BC, Berlinck TÁ, Dias KRHC. A Acupuntura e sua aplicação na Odontologia. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*. 2008.

28. da Silva FB, dos Santos Lima C, Hollais AW. Avaliação do grau de efetividade da auriculoterapia no controle sintomático do bruxismo. *Diálogos Interdisciplinares*. 2018;7(3):298-310.

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

- 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
- 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto,

titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

- 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
- 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade

pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês

(Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho. - Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.”.

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of

extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J*

Clin Periodontol [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12]; 32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of*

neural science. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de*

osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison

Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras

deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL