



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

CAMPUS DE SOBRAL

CURSO DE ODONTOLOGIA

EDILCIANE SAMPAIO MONÇÃO BRAGA

BRUXISMO EM CRIANÇAS: RELATO DE SÉRIE DE CASOS

SOBRAL

2022

EDILCIANE SAMPAIO MONÇÃO BRAGA

BRUXISMO EM CRIANÇAS: RELATO DE SÉRIE DE CASOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará *Campus* de Sobral como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Hellíada Vasconcelos Chaves.

SOBRAL

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B793b Braga, Edilciane Sampaio Monção.

Bruxismo em crianças : Relato de série de casos / Edilciane Sampaio Monção Braga. –
2022.
20 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus
de Sobral, Curso de Odontologia, Sobral, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Hellíada Vasconcelos Chaves.

1. bruxismo. 2. epidemiologia. 3. criança. I. Título.

CDD 617.6

EDILCIANE SAMPAIO MONÇÃO BRAGA

BRUXISMO EM CRIANÇAS: RELATO DE SÉRIE DE CASOS

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Odontologia
da Universidade Federal do Ceará
Campus de Sobral como requisito
parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Hellíada Vasconcelos Chaves (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Felipe Dantas Silveira

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Maria Gerusa Brito Aragão

Universidade de São Paulo (USP)

Dedico este trabalho primeiramente
à Deus e aos meus pais, meu irmão,
meu esposo e minha filha pelo apoio
incondicional.

AGRADECIMENTOS

Quero primeiramente agradecer a Deus por me guiar, dar forças e proporcionar a oportunidade de estar realizando mais um sonho.

Queria dedicar esse trabalho a minha mãe e ao meu companheiro Maxwell, que foram meus maiores incentivadores que sempre acreditaram que eu poderia ir além, nunca desistiram de mim e em meio a tantas dificuldades estavam sempre ali firmes e fortes indo em frente, muito obrigado por tudo.

Queria também agradecer ao meu pai, meu irmão Edilson e aos meus tios Glaucivania e Richardson, que sempre estiveram ao meu lado incondicionalmente.

Não poderia deixar de agradecer também a minha dupla, Cícero pela cumplicidade e apoio durante todos esses anos, pois no fim fomos a parceria que deu certo.

Aos meus amigos maravilhosos, Edmar, Mihatovit, Aleida, Karla, Daniele, Artur, Alice, Sthephany, Silvana e Flávia queria agradecer por toda a cumplicidade e parceria, por estarem sempre ao meu lado durante todo esse percurso.

E por fim agradecer à minha orientadora Hellíada Chaves, pela dedicação, que, em meio a tantas funções, sempre arranhou tempo para nós, além de ser um exemplo de professora, mãe, orientadora e profissional.

RESUMO

O bruxismo é uma atividade dos músculos mastigatórios, caracterizada pelo contato repetitivo ou prolongado dos dentes e/ou por contração muscular estática ou dinâmica sem a necessária presença de contato dentário, não sendo considerado uma desordem do movimento em indivíduos saudáveis. O bruxismo do sono (BS) tem se mostrado mais comum em crianças do que em adultos, com taxas de prevalência variando de 13% a 49% e com diminuição observada com a idade. Já o bruxismo em vigília (BV) em crianças tem apresentado prevalência de 5%. O objetivo do presente trabalho é relatar uma série de casos de pacientes entre 4 e 11 anos diagnosticados com bruxismo pelo Núcleo de Estudo e Pesquisas em Dor Orofacial (NEPDOR) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Observou-se que não há uma prevalência significativa quanto ao sexo. Quanto às queixas principais, os principais relatos foram dor (33,3%) e cansaço na face (22,2%). Também, 66,7% dos pacientes apresentaram apenas BS, outros 33,3% apresentavam BS e BV em conjunto, mas nenhum deles apresentou somente BV. Além disso, a maioria dos pacientes apresentavam algum hábito parafuncional, tendo em vista que 88,9% rangiam os dentes, 77,8% roíam unhas e 57,1% mordiam objetos. Ao exame clínico, 25% dos pacientes apresentaram dor à palpação do músculo temporal, e os outros 75% relataram dor à palpação em músculos masseter e temporal. Já em relação à palpação da ATM, 33,3% dos pacientes relataram dor. Devido à vasta etiologia, reitera-se a necessidade de atendimento multiprofissional.

Palavras-chave: bruxismo; epidemiologia; criança.

ABSTRACT

Bruxism is an activity of the masticatory muscles, characterized by repetitive or prolonged contact of the teeth and/or by static or dynamic muscle contraction without the necessary presence of dental contact, not being considered a movement disorder in healthy individuals. Sleep bruxism (SB) has been shown to be more common in children than in adults, with prevalence rates ranging from 13% to 49%, with a decrease observed with age. On the other hand, awake bruxism (BV) in children has presented a prevalence of 5%. The objective of the present study is to report a case series of patients between 4 and 11 years old diagnosed with bruxism by the Nucleus of Study and Research in Orofacial Pain (NEPDOR) of the Federal University of Ceará (UFC). It was observed that there is no significant prevalence in terms of sex. As for the main complaints, the main reports were pain (33.3%) and tiredness in the face (22.2%). Also, 66.7% of the patients had only SB, another 33.3% had SB and BV together, but none of them had only BV. In addition, most patients had some parafunctional habit, considering that 88.9% ground their teeth, 77.8% bit nails and 57.1% bit objects. On clinical examination, 25% of the patients had pain on palpation of the temporal muscle, and the other 75% reported pain on palpation in the masseter and temporal muscles. Regarding TMJ palpation, 33.3% of patients reported pain. Due to the vast etiology, the need for multidisciplinary care is reiterated.

Keywords: bruxism; epidemiology; kid.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	RELATO DE SÉRIE DE CASOS.....	11
3	DISCUSSÃO.....	13
4	CONCLUSÃO.....	16
5	REFERÊNCIAS.....	17

1- INTRODUÇÃO

Segundo a nova classificação, o Bruxismo em Vigília (BV) é uma atividade dos músculos mastigatórios durante o estado de vigília, caracterizada pelo contato repetitivo ou prolongado dos dentes e/ou por contração muscular estática ou dinâmica sem a necessária presença de contato dentário, não sendo considerado uma desordem do movimento em indivíduos saudáveis (LOBBEZOO *et al.*, 2018). Já o Bruxismo do Sono (BS) foi definido como uma atividade dos músculos da mastigação durante o estado de sono, que é caracterizado como rítmico (fásico) ou não-rítmico (tônico), não sendo considerado uma desordem do sono ou uma desordem do movimento em indivíduos saudáveis (LOBBEZOO *et al.*, 2018).

Um consenso internacional realizado por especialistas culminou na criação de um sistema de diagnóstico em escala para o bruxismo, no qual o diagnóstico definitivo deve ser ancorado na associação entre relato pessoal, detecção de sinais e sintomas por meio da avaliação clínica, e achados polissonográficos (LOBBEZOO *et al.*, 2013). Dessa forma, tanto o BS como o BV foram graduados em possível, provável ou definitivo. Possível: quando se baseasse no autorrelato; provável: quando existissem sinais clínicos com ou sem autorrelato; e definitivo: quando baseado em uma avaliação instrumental, com ou sem autorrelato ou sinais clínicos (LOBBEZOO *et al.*, 2018).

O BS tem se mostrado mais comum em crianças do que em adultos, com taxas de prevalência variando de 13% a 49% (BULANDA *et al.*, 2021). Em outro estudo, Manfredini *et al.* (2013) relataram variações na incidência de bruxismo entre 3,5% e 40,6%, com diminuição observada com a idade, independentemente do sexo. No Brasil, para crianças e adolescentes, estudo de revisão sistemática identificou que as pesquisas tratavam apenas do BS para crianças e apresentavam uma faixa de prevalência de 3% a 49% (FERRARI-PILONI *et al.*, 2022). Devido à alta prevalência, o BS em crianças, portanto, é um importante problema de saúde pública (CAMOIN *et al.*, 2017).

Já o BV em crianças, quanto ao possível bruxismo acordado (PAB), tem a prevalência de 10,3% com base no relato dos pais/responsáveis e 14,9% com base no autorrelato das crianças. Essa diferença provavelmente ocorreu devido ao alto ritmo de trabalho dos pais/responsáveis e maior tempo de permanência das crianças

na escola, o que limita os pais/responsáveis em perceber as características de apertar/ranger os dentes (LEAL *et al.*, 2022).

A etiologia do BS em crianças é complexa envolvendo muitos fatores de risco como: fumo passivo, fatores psicossociais, qualidade de vida, problemas respiratórios, parafunções, níveis de estresse, fatores ambientais, qualidade e duração do sono (CASTROFLORIO *et al.*, 2015). Já a etiologia do BV está relacionada a aspectos também psicossociais, como ansiedade e estresse, além de desequilíbrio na qualidade do relacionamento familiar e bullying de outras crianças (LEAL *et al.*, 2022). No entanto, ainda há uma escassez na literatura quanto ao BV, sendo o BS mais estudado, e vale ressaltar que apesar dos inúmeros relatos sobre os efeitos negativos do bruxismo nos desfechos de saúde bucal, a literatura ainda é controversa, principalmente devido às limitações diagnósticas da maioria dos estudos (MELO *et al.*, 2019).

Dentre os sinais e sintomas, o bruxismo em crianças pode levar à destruição do dente, dor na articulação temporomandibular (ATM) e músculos mastigatórios, limitação da mobilidade da mandíbula e dores de cabeça (YAZICIOĞLU İ, ÇIFTÇİ V., 2021; SOARES *et al.*, 2021)

A terapêutica a ser instituída depende dos fatores envolvidos na etiologia, sendo necessário o acompanhamento multiprofissional envolvendo odontopediatras, psicólogos, pediatras e otorrinolaringologistas, e pode incluir o uso de fármacos, placas oclusais, acompanhamento psicológico e controle dos fatores de risco (SERRA-NEGRA *et al.*, 2014).

Considerando a grande dificuldade de diagnosticar e tratar o bruxismo em crianças, este trabalho tem como objetivo relatar casos clínicos de pacientes entre 4 e 11 anos diagnosticados pelo Núcleo de Estudo e Pesquisas em Dor Orofacial (NEPDOR) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

2- RELATO DE SÉRIE DE CASOS

Foi realizada seleção de prontuários buscando pacientes infantis atendidos pelo NEPDOR e diagnosticados com bruxismo atendidos entre os anos de 2016 a 2019, pois em 2020 as atividades foram interrompidas devido à pandemia. Em seguida foi realizada a extração de dados através de uma planilha do Excel de 9 casos clínicos, conforme observado no Quadro 1.

O diagnóstico de bruxismo foi realizado através do relato do paciente e/ou responsável, caracterizando o possível bruxismo. Foi também realizado exame clínico de palpação dos músculos mastigatórios e da ATM. No Quadro 1 podemos identificar os dados mostrados em percentuais dos achados encontrados.

Nosso estudo foi realizado com crianças dos 4 aos 11 anos de idade. Observou-se que não há uma prevalência significativa em relação ao sexo, pois 44,5% pacientes correspondiam do sexo feminino e 55,5% ao sexo masculino. Quanto às queixas principais, os principais relatos foram dor (33,3%) e cansaço na face (22,2%). Também, 66,7% dos pacientes apresentaram apenas BS, outros 33,3% apresentavam BS e BV em conjunto, mas nenhum deles apresentou o BV de forma isolada. Além disso, a maioria dos pacientes apresentou algum hábito parafuncional, tendo em vista que 77,8% roíam unhas e 57,1% mordiam objetos. Também foi analisada a origem das dores relatadas. Quanto à palpação dos músculos da mastigação, 25% dos pacientes apresentaram dor à palpação do músculo temporal, e os outros 75% relataram dor à palpação em músculos masseter e temporal. Já em relação à palpação da ATM, 33,3% dos pacientes relataram dor.

Ressalta-se que para todos os pacientes e familiares foram realizados aconselhamento e orientação quanto à situação clínica, individualizando o tratamento conservador a partir das características individuais de cada situação clínica e do histórico relatado. Além disso, a maioria dos pacientes compareceram a no mínimo 2 consultas para relatar algum tipo de melhora. Atualmente os pacientes se encontram com faixa etária entre 7 e 16 anos. Dos 9 pacientes selecionados, foi possível contatar 2 pacientes e, segundo os responsáveis, hoje já não manifestam mais sintomas.

QUADRO 1: Análise dos 9 casos clínicos de bruxismo em crianças

Idade (4 a 11 Anos)	Sexo		Queixa Principal			Tipo de Bruxismo			Hábitos parafuncionais		Dor à Palpação músculos			Dor na ATM
	F	M	Ranger os Dentes	Dor	Cansaço	BV	BS	BV e BS						
100%	44,5 %	55,5 %	88,9%	33,3 %	22,2%	0 %	66,7 %	33,3 %	Roer Unhas	Morder Objetos	Masseter	Temporal	Masseter e Temporal	33,3 %
									77,8%	57,1%				
											0%	25%	75%	

3- DISCUSSÃO

Manfredini *et al.* (2013) relataram uma variação na incidência de bruxismo entre 3,5% e 40,6%, com diminuição observada com a idade, independentemente do sexo. Estudo mais recente mostra prevalência em torno de 20% para adultos e 19%–40% para crianças (KHOURY *et al.*, 2016; VAN SELMS *et al.*, 2019), e, no Brasil, para crianças e adolescentes, as pesquisas tratavam apenas do BS e apresentavam uma faixa de prevalência de 3% a 49% (FERRARI-PILONI C *et al.*, 2022).

Quanto ao período de aparecimento, o BS pode aparecer a partir do primeiro ano de vida durante a erupção dos incisivos decíduos, mas geralmente começa na dentição decídua estável. Nossos casos clínicos apareceram em pacientes tanto com dentição decídua quanto com dentição mista. Quanto à prevalência, estudo mostrou que o BS não difere de acordo com sexo, semelhante aos nossos achados (CAMOIN *et al.*, 2017).

O diagnóstico é baseado em vários elementos como relato dos pais, histórico médico, exame extra e intraoral e, em alguns casos, registro eletromiográfico (EMG) ou polissonográfico (PSG) (FIRMANI *et al.*, 2015). Em crianças, o método clínico mais confiável para o diagnóstico de bruxismo continua sendo baseado em relatos de ranger de dentes por seus pais ou cuidadores; porém, existe a limitação de que a maioria das crianças dorme longe dos pais, pois nem sempre os pais estão cientes do bruxismo de seus filhos (RESTREPO *et al.*, 2011). No entanto, a presença de desgaste não deve levar sistematicamente ao diagnóstico de bruxismo, visto que o desgaste dental pode estar associado também a fenômenos erosivos acentuados pela diminuição da quantidade e qualidade da saliva, que podem ser de origem endógena como pela presença de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), por exemplo, ou exógena devido o consumo regular de refrigerantes ou mista (CAMOIN *et al.*, 2017). As diferenças nos resultados entre os estudos podem estar relacionadas principalmente ao uso de ferramentas não confiáveis para o diagnóstico de BS em crianças. Todos os 9 casos clínicos relatados foram diagnosticados a partir do relato, caracterizando, portanto, possível bruxismo.

A etiologia do BS e do BV em crianças envolve fatores de risco em comum como altos níveis de estresse e ansiedade, além de fumo passivo, neuroticismo, alto grau de responsabilidade, filhos de mães mais jovens, crianças que apresentaram parafunções, problemas respiratórios e quantidade e qualidade do sono para BS. Desequilíbrio na qualidade do relacionamento familiar e bullying de outras crianças no BV (CASTROFLORIO *et al.*, 2015; LEAL *et al.*, 2022). Em nossos casos clínicos, 77,8% apresentaram o hábito de roer unhas e 57,1% apresentaram o hábito de morder objetos, podendo estar associado a sobrecarga do sistema mastigatório levando à dor, conforme mostrado de que 25% dos pacientes apresentaram dor à palpação do músculo temporal, 75% relataram dor à palpação em músculos masseter e temporal, e 33,3% dos pacientes relataram dor na ATM. De fato, sabe-se que pacientes com bruxismo do sono podem apresentar sintomas como dores nos músculos da mastigação, dores na ATM e cefaleias (YAZICIOĞLU İ, ÇİFTÇİ V., 2021; SOARES *et al.*, 2021).

Levando à explicação fisiopatológica, o bruxismo seria desencadeado por mecanismos centrais envolvendo os sistemas nervoso central (SNC) e autônomo (SNA), modulado, entre outros fatores, pelo sono, estado psíquico, e, no que diz respeito à criança, sua maturidade cerebral. Uma anomalia oclusal não é relatada como fator etiológico do bruxismo, apesar de que más oclusões relacionadas a disfunções orais no desenvolvimento de tecidos duros ou moles e postura anterior baixa da cabeça estaria associada ao BS em crianças, pois, indiretamente, reduziria o espaço das vias aéreas superiores estando relacionada aos fatores ventilatórios, que causariam uma hipóxia, e assim ativando um sistema de alerta gerando micro despertares, o que aumentaria o número de episódios de BS, já que durante esses micro despertares a atividade dos músculos mastigatórios é facilitada, o que explica o BS. Além disso, também temos dentre os fatores ventilatórios a Síndrome da apneia do sono (SAOS) que seria o maior fator de risco para desencadear o bruxismo como um “reflexo” da sobrevivência do organismo diante da apneia do sono. Quanto aos fatores hereditários, a literatura sugere que pode haver um caráter familiar para a transmissão do bruxismo, sem que este seja sustentado por um gene específico (CAMOIN *et al.*, 2017). No entanto, quando nossos pacientes foram questionados sobre eventos possivelmente associados

ao início dos sintomas do bruxismo, a maioria não soube informar ou não lembrava de algo que poderia ter desencadeado.

Em relação aos tipos de tratamento para o bruxismo em crianças, são as mesmas alternativas para os adultos como: intervenção farmacológica, fisioterapia, acompanhamento com psicólogo, uso de placas miorrelaxantes entre outros. No entanto, algumas características particulares devem ser consideradas com a indicação de diferentes modalidades de terapias para crianças. A principal variação para ponderar é o crescimento e desenvolvimento de estruturas maxilofaciais. Por isso, o uso de qualquer dispositivo oclusal que não mantenha o arco dental livre, pode, se não for cuidadosamente monitorado, retardar ou interromper o desenvolvimento de estruturas maxilares. Da mesma forma, o uso de medicamentos pode ser mais perigoso em crianças e pode ter mais efeitos adversos (CHISINI *et al.*, 2020). Quanto ao uso da placa oclusal, que pode reduzir a atividade muscular e proporcionar maior conforto aos pacientes e sejam amplamente utilizados para o tratamento do bruxismo em adultos, nenhuma estratégia específica baseada na terapia com dispositivos oclusais foi estabelecida para crianças. Portanto, mais estudos são necessários para investigar a eficácia da terapia com dispositivos oclusais em crianças (BULANDA *et al.*, 2021).

Dentre as limitações desse estudo podemos citar o fato de não ter relato detalhado de comorbidades e de algumas características clínicas, assim como acompanhamento longitudinal dos casos clínicos, e não ter acompanhamento interdisciplinar com a otorrinolaringologia, a fim de identificar possíveis alterações respiratórias ou estruturais, com a psicologia ou com a neurologia. De fato, muito embora o sistema público de saúde tente ofertar o melhor acesso possível, ainda existem muitas falhas e longas filas de espera devido à grande demanda de pacientes. Dessa forma, muitas vezes exames e determinados atendimentos especializados não são ofertados, inviabilizando também um atendimento interdisciplinar, dificultando um diagnóstico e um tratamento mais completo, conforme enfatizado por Casazza *et al.* (2022). Além dessas questões, a pandemia levou à paralisação do acompanhamento dos pacientes por um longo período de tempo, havendo perda de contato da maioria dos pacientes.

4- CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados, e comparado à literatura atual, pode-se elencar que o bruxismo em crianças é indiferente quanto ao sexo, na maioria dos casos está associado a hábitos parafuncionais como morder objetos e roer unhas, manifesta-se principalmente através do ranger de dentes, dores miofaciais e cansaço na face, além de o BS ser mais prevalente, muito embora essa prevalência possa estar associada à dificuldade diagnóstica do BV. Portanto, devemos dispor de abordagens não instrumentais, instrumentais e de uma equipe multiprofissional para chegar a um efetivo diagnóstico, elaborar o melhor plano de tratamento para cada situação clínica.

5- REFERÊNCIAS

BULANDA, S.; ILCZUK-RYPUŁA, D.; NITECKA-BUCHTA, A.; NOWAK, Z.; BARON, S.; POSTEK-STEFAŃSKA, L. Sleep Bruxism in Children: Etiology, Diagnosis, and Treatment-A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*, v. 18, n. 18, p 9544, 2021. doi: 10.3390/ijerph18189544. PMID: 34574467; PMCID: PMC8471284.

CAMOIN, A.; TARDIEU, C.; BLANCHET, I.; ORTHLIEB, JD. Le bruxisme du sommeil chez l'enfant [Sleep bruxism in children]. *Arch Pediatr*, v. 24, n. 7, p 659-666, 2017. French. doi: 10.1016/j.arcped.2017.04.005. Epub 2017 Jun 3. PMID: 28587727.

CASTROFLORIO, T.; BARGELLINI, A.; ROSSINI, G.; CUGLIARI, G.; RAINOLDI, A.; DEREGIBUS, A. Risk factors related to sleep bruxism in children: A systematic literature review. *Arch Oral Biol*, v. 60, n. 11, p 1618-24, 2015. doi:10.1016/j.archoralbio.2015.08.014. Epub 2015 Sep 1. PMID: 26351743.

CASAZZA, E.; GIRAUDEAU, A.; PAYET, A.; ORTHLIEB, J.D.; CAMOIN, A. Management of idiopathic sleep bruxism in children and adolescents: A systematic review of the literature. *Arch Pediatr*, v. 29, n. 1, p 12-20, 2022. doi: 10.1016/j.arcped.2021.11.014. Epub 2021 Dec 23. PMID: 34955303.

CHISINI LA, SAN MARTIN AS, CADEMARTORI MG, BOSCATO N, CORREA MB, GOETTEMMS ML. Interventions to reduce bruxism in children and adolescents: a systematic scoping review and critical reflection. *Eur J Pediatr*, v. 179, n. 2, p.177-189, 2020. doi: 10.1007/s00431-019-03549-8. Epub 2019 Dec 19. PMID: 31858254.

FERRARI-PILONI, C.; BARROS, L.A.N.; EVANGELISTA, K.; SERRA-NEGRA, J.M.; SILVA, M.A.G.; VALLADARES-NETO, J. Prevalence of Bruxism in

Brazilian Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Dent*, v. 44, n. 1, p 8-20, 2022. PMID: 35232529.

FIRMANI, M.; REYES, M.; BECERRA, N.; FLORES, G.; WEITZMAN, M.; ESPINOSA, P. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes [Sleep bruxism in children and adolescents]. *Rev Chil Pediatr*, v. 86, n. 5, p. 373-9, 2015. Spanish. doi: 10.1016/j.rchipe.2015.05.001. Epub 2015 Jul 10. PMID: 26593889.

GUO, H.; WANG, T.; NIU, X.; WANG, H.; YANG, W.; QIU, J.; YANG, L. The risk factors related to bruxism in children: A systematic review and meta-analysis. *Arch Oral Biol*, v. 86, p. 18-34, 2018. doi: 10.1016/j.archoralbio.2017.11.004. Epub 2017 Nov 11. PMID: 29149621.

KHOURY,S.; CARRA, M.C.; HUYNH, N.; MONTPLAISIR, J.; LAVIGNE, G.J. Sleep bruxism-tooth grinding prevalence, characteristics and familial aggregation: a large cross-sectional survey and polysomnographic validation *Sleep*, v. 39, n. 11, p. 2049-2056, 2016.

LEAL, T.R.; DE LIMA, L.C.M.; NEVES, É.T.B.; ARRUDA, M.J.A.L.L.A.; PERAZZO, M.F.; PAIVA, S.M.; SERRA-NEGRA, J.M.; FERREIRA, F.M.; GRANVILLE-GARCIA, A.F. Factors associated with awake bruxism according to perceptions of parents/guardians and self-reports of children. *Int J Paediatr Dent*, v. 32, n. 1, p. 22-30, 2022. doi: 10.1111/ipd.12786. Epub 2021 May 20. PMID: 33730404.

LOBBEZOO, F.; AHLBERG, J.; RAPHAEL, K.G.; WETSELAAR, P.; GLAROS, A.G.; KATO, T.; SANTIAGO, V.; WINOCUR, E.; DE LAAT, A.; DE LEEUW, R.; KOYANO, K.; LAVIGNE, G.J.; SVENSSON, P.; MANFREDINI, D. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *J Oral Rehabil*,v. 45, n. 11, p. 837-844, 2018. doi: 10.1111/joor.12663. Epub 2018 Jun 21. PMID: 29926505; PMCID: PMC6287494.

LOBBEZOO, F.; AHLBERG, J.; GLAROS, A.G.; KATO, T.; KOYANO, K.; LAVIGNE, G.J.; DE LEEUW, R.; MANFREDINI, D.; SVENSSON, P;

WINOCUR, E. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil*, v. 40, n. 1, p. 2-4, 2013. doi: 10.1111/joor.12011. Epub 2012 Nov 4. PMID: 23121262.

MELO, G.; DUARTE, J.; PAULETTO, P.; PORPORATTI, A.L.; STUGINSKI-BARBOSA, J.; WINOCUR, E.; FLORES-MIR, C.; DE LUCA CANTO, G. Bruxism: An umbrella review of systematic reviews. *J Oral Rehabil*, v. 46, n. 7, p. 666-690, 2019. doi: 10.1111/joor.12801. Epub 2019 May 7. PMID: 30993738.

MANFREDINI, D.; WINOCUR, E.; GUARDA-NARDINI, L.; PAESANI, D.; LOBBEZOO, F. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. *J Orofac Pain*, v. 27, n. 2, p. 99-110, 2013. doi: 10.11607/jop.921. PMID: 23630682.

RESTREPO, C.C.; MEDINA, I.; PATIÑO, I. Efeito de placas oclusais nas disfunções temporomandibulares, desgaste dentário e ansiedade de crianças bruxistas *Eur J Dent.*, v. 5, p 441 - 450, 2011.

SERRA-NEGRA, J.M.; PAIVA, S.M.; FULGÊNCIO, L.B.; CHAVEZ, B.A.; LAGE, C.F.; PORDEUS, I.A. Environmental factors, sleep duration, and sleep bruxism in Brazilian schoolchildren: a case-control study. *Sleep Med.*, v. 15, n. 2, p. 236-239, 2014.

SOARES, J.P.; MORO, J.; MASSIGNAN, C.; CARDOSO, M.; SERRA-NEGRA, J.M.; MAIA, L.C.; BOLAN, M. Prevalence of clinical signs and symptoms of the masticatory system and their associations in children with sleep bruxism: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.*, v. 57, p. 101468, 2021. doi: 10.1016/j.smrv.2021.101468. Epub 2021 Mar 12. PMID: 33836485.

VAN SELMS, M.K.A.; MARPAUNG, C.; POGOSIAN, A.; LOBBEZOO, F. Geographical variation of parental-reported sleep bruxism among children: comparison between The Netherlands, Armenia and Indonesia *Int Dent J*, v. 69, n. 3, p. 237-243, 2019.

YAZICIOĞLU İ., ÇİFTÇİ V. Evaluation of signs and symptoms of temporomandibular disorders and incisal relationships among 7-10-year-old Turkish children with sleep bruxism: A cross-sectional study. *Cranio*, p. 1-7, 2021. doi: 10.1080/08869634.2021.1939932. Epub ahead of print. PMID: 34176445.