



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CONCORDÂNCIA DO ORIENTADOR

Declaro que o (a) aluno (a) **Rafael Franco Ferreira Alves RA 095933** esteve sob minha orientação para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “**Relação entre os fatores psicológicos e o bruxismo**” no ano de 2012.

Concordo com a submissão do trabalho apresentado à Comissão de Graduação pelo aluno, como requisito para aprovação na disciplina DS833 - Trabalho de Conclusão de Curso.

Piracicaba, 03 de outubro de 2012.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



Relação entre os fatores psicológicos e o bruxismo

Rafael Franco Ferreira Alves

**PIRACICABA
2012**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



Relação entre os fatores psicológicos e o bruxismo

Rafael Franco Ferreira Alves

Monografia apresentada ao curso de Odontologia da
Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP,
para obtenção de título de Cirurgião – Dentista

Orientadora: Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon

PIRACICABA

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
JOSIDELMA F COSTA DE SOUZA– CRB8/5894 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

F848r Franco, Rafael Ferreira Alves, 1988-
Relação entre os fatores psicológicos e o bruxismo / Rafael
Franco Ferreira Alves. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2012.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) –
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Ansiedade. 2. Estresse. I. Possobon, Rosana de Fátima,
1968- II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Dedico esse trabalho a Deus, a minha mãe Vera Luisa Franco, aos avós maternos Cynira Peres Franco e José Luiz Franco e a minha tia materna Sandra Regina Franco, os quais são meus exemplos de vida, sendo estes os ícones que sempre me incentivaram e apoiaram a batalhar por esse objetivo, contribuindo de forma direta ou indireta para a conquista deste sonho de me tornar um Cirurgião Dentista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e toda ajuda de seus anjos de luz por me guiarem em toda trajetória que percorri durante o curso de Odontologia nesses 4anos, me amparando em todos os momentos difíceis que passei nesse período, dando força para que conseguisse superar os desafios e adquirir a partir disso, minha evolução como ser humano e espírito.

Agradeço aos meus irmãos Flavio Ferreira Alves e Juliana Franco Ferreira Alves, aos tios e tias maternos Carlos Augusto Franco, André Lourival Franco, Luís Sérgio Franco, Ernestina Maria Franco e Mauro Cesar Franco, aos meus cunhados Leandro e Ana Paula, e ao anjo de luz Maria Conceição Franco Zambon, por todo esforço a mim empenhado para que eu conseguisse realizar meu grande sonho, oferecendo força e fé para desviar de todos os obstáculos que surgiram durante esse percurso, em todos os sentidos.

Agradeço a Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon por ter me orientado em todas as etapas desta obra, sendo sempre muito atenciosa e disponível para que conseguisse sanar minhas dúvidas e completar meu objetivo. Agradeço também por sempre estar disponível para me ouvir e me aconselhar em vários momentos difíceis que passei.

Agradeço a todos os funcionários da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, que participaram de minha formação, sem os quais nenhum aqui formando estaria conquistando esse sonho se não fosse a limpeza de nossos box, o conserto dos equipamentos, a esterilização de nossos materiais, a secretaria para administração dos documentos, os laboratórios internos e externos, a biblioteca para o fornecimento do suporte ao conhecimento.

Agradeço a meus amigos Thiago Christiano Silva, Rodrigo Miyagi, Diego Marques, Vanessa Gross, Camila Rizzoli, Michele Lima, Vanessa Van de Velde entre outros que de alguma forma sempre me apoiaram e deram forças para superar todos os obstáculos.

A todos, meu muito obrigado.

“Lembremo-nos de que o homem interior se renova sempre. A luta enriquece-o de experiência, a dor aprimora - lhe as emoções e o sacrifício tempera - lhe o caráter. O Espírito encarnado sofre constantes transformações por fora, a fim de acrisolar-se e engrandecer-se por dentro.”

Chico Xavier

RESUMO

O Bruxismo é definido como uma desordem funcional da região oromandibular, caracterizado pelo apertamento e rangimento dental. Estas manifestações, que acometem crianças e adultos e podem ocorrer durante o sono ou em vigília, podem produzir reflexos no sistema estomatognático, tais como destruição do órgão dentário e do periodonto, dores nos músculos da mastigação e no pavilhão auricular e cefaléia. Este estado de sofrimento pode gerar efeitos comportamentais e psicológicos negativos no indivíduo afetado. A etiologia desta parafunção é descrita na literatura como de origem multifatorial, envolvendo alterações morfológicas, fisiopatológicas e psicológicas. Dados da literatura mostram relação entre o bruxismo e os fatores psicológicos, listando como agentes desencadeantes desse hábito parafuncional a ansiedade, o estresse, a depressão, o medo, a frustração, a tensão, o neuroticismo, dificuldades de relacionamento, mau humor, nervosismo e raiva. Os estudos pesquisados para a realização deste trabalho demonstram claramente a importância da avaliação global do paciente e a necessidade de integração das áreas de odontologia e psicologia para a melhor condução do tratamento, de acordo com o fator etiológico preponderante e, especialmente, para a prevenção desta parafunção.

Palavras – Chave: Bruxismo, Ansiedade, Estresse

ABSTRACT

Bruxism is defined as a functional disorder of the oromandibular region characterized by dental clamping and creaking. These manifestations, which affect children and adults and may occur during sleep or while awake, may cause issues in the stomatognathic system. Issues like destruction of the dental organ and the periodontium; pain in the mastication muscles and in the ear pinna, and migraine. This state of suffering may generate negative psychological and behavioral effects on the affected subject. The etiology of this parafunction is described in literature as from multifactorial origin, involving morphologic, pathophysiological e psychological alterations. Literature data show a relation between bruxism and psychological factors, listing as triggering agents of this parafunctional habit: anxiety, stress, depression, fear, frustration, tension, neuroticism, relationship issues, bad humor, nervousness and anger. The studies made for this essay realization clearly show the importance of global evaluation of the patient and the need of integration between odontology and psychology for a better conduction of the patient's treatment, according with the preponderant etiological factor and specially, for prevention of this parafunction.

Key Words: Bruxism, Anxiety, Stress

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 MÉTODOS.....	3
3 DESENVOLVIMENTO	4
4 CONCLUSÃO	10
5 CONSIDERAÇÕES GERAIS	10
REFERÊNCIAS	11

1 INTRODUÇÃO

O hábito parafuncional de ranger os dentes já era citado no antigo testamento como forma de castigos eternos (Fissmer *et al.*, 2008). Pietkiewicz (1907) utilizou o termo *labruxomanie*, cuja origem provém do grego *brychein*, que significa triturar ou ranger os dentes, e de *mania*, que denota ato compulsório (Diniz *et al.*, 2009). Frohman (1931), citado por Molina *et al.* (2002) utilizou o termo bruxismo pela primeira vez, denotando um estado de desordem oral de cunho psicológico, o qual se perpetua até hoje

Segundo o conceito atual, esta parafunção subdivide-se em bruxismo da vigília (diurno) e do sono (noturno). O distúrbio que ocorre durante a vigília caracteriza-se por um apertamento dental semi-voluntário, de forma discreta, que pode ocorrer simultaneamente com hábitos de mordedura da mucosa jugal, onicofagia e sucção digital, cuja origem pode estar relacionada ao estresse do trabalho e responsabilidades cotidianas. Entretanto, a atividade parafuncional noturna caracteriza-se pelo rangimento e apertamento dental, que ocorre de forma inconsciente, sendo notável o som de rangimento dentário (Shetty *et al.*, 2011).

Segundo Shetty *et al.* (2011), o bruxismo da vigília ocorre principalmente em mulheres, enquanto que para a atividade noturna não há diferença de sexo. Entre os adultos, cerca de 20% apresenta a forma diurna do bruxismo e de 8 a 16%, a forma noturna. Em crianças, os dados apontam uma prevalência entre 14 e 20% em relação ao bruxismo noturno, o qual se inicia por volta de 1 ano após erupção dos incisivos centrais. Na população da terceira idade, os casos de bruxismo caem para 3%. Nota-se, portanto, uma significativa diminuição da parafunção com o avanço da idade.

O trabalho de Shinkai (1998), citado por Diniz *et al.*, (2009), mostrou que, em crianças, 43% dos casos de bruxismo ocorria na faixa etária de 2 a 3 anos, 35% entre os pré-escolares de 4 e 5 anos e 34%, entre 10 e 12 anos de idade. Diniz *et al.*, (2009) ainda citam os estudos de outros autores (Petit *et al.*,2007; Bayardo *et al.*,2009) para relatar que o bruxismo atinge 46% das crianças na faixa etária de 2,5 a 6 anos e que não há diferença significativa na incidência de bruxismo entre os gêneros. Além, disso, informam que há evidências de que o bruxismo ocorra em

cerca de 60% das crianças que apresentam algum tipo de alergia.

Assim, o bruxismo é considerado uma parafunção oromandibular, caracterizada por distúrbios involuntários recorrentes do sistema estomatognático, que leva ao rangimento e ao apertamento dental (Diniz *et al.*, 2009). Dependendo do tempo que esta parafunção ocorre, pode levar ao desenvolvimento de lesões da estrutura dentária, dos ossos e dos ligamentos, causando cefaléia e desordens nas articulações temporomandibulares (Shetty *et al.*, 2011).

De acordo com Strambi (2011), a consequência do bruxismo é caracterizado por destruição do órgão dental, sintomatologia dolorosa articular e muscular na região temporomandibular e dos músculos da mastigação, dores de cabeça (principalmente na região temporal) e mucosa jugal mordiscada. Seraidarian *et al.* (2001) relatam uma hipertrofia dos músculos da face, presença de facetas de desgaste e redução do tamanho dental, dores na região do pavilhão auricular e cefaléia.

O tratamento para esta parafunção oromandibular constitui na utilização fármacos (Rangel *et al.*, 2011; Shetty *et al.*, 2011), uso de aparelhos oclusais (Seraidarian *et al.*, 2001; Shetty *et al.*, 2011), procedimentos de biofeedback ou “retroalimentação biológica” (Shetty *et al.*, 2011), terapia psicológica de suporte (Attanasio, 1997 – apud Seraidarian 2001) e desgaste oclusal (Shetty *et al.*, 2011), sendo que esta última opção de tratamento é bastante controversa entre os profissionais, por não haver suporte na literatura.

Alguns hábitos e agentes fisiológicos e psicológicos estão relacionados com o rangimento noturno, tais como, a ingestão de cafeína ou de bebidas alcoólicas, o fumo, distúrbios do sono como a apnéia noturna, o ronco e a inquietação dos membros durante o sono, além de sinais de ansiedade (Strambi, 2011).

Assim, dentre os fatores etiológicos do bruxismo, os autores citam as alterações morfológicas (Diniz *et al.*, 2009; Shetty *et al.*, 2011), as fisiopatológicas (Strambi, 2011; Shetty *et al.*, 2011) e as psicológicas (Serralta & Freitas, 2002; Carvalho *et al.*, 2008). Porém, o foco do presente estudo é relatar as pesquisas que evidenciam a importância dos fatores psicológicos sobre o desenvolvimento do bruxismo.

2 MÉTODOS

Durante o período entre maio a setembro de 2012, foram consultadas as bases Pub Med e Google acadêmico, utilizando os termos “bruxism and anxiety”, “depression and bruxism”, “etiology bruxism” e “psychological factors and bruxism” no primeiro e “bruxismo e ansiedade”, “depressão e bruxismo”, “etiologia do bruxismo”, “fatores psicológicos e bruxismo” no segundo.

A busca limitou-se a artigos acessíveis na íntegra, gratuitamente, e cuja publicação tivesse pelo menos 10 anos. Foram selecionados artigos rastreados por este sistema de busca que abordassem a etiologia, consequências e a prevalência do bruxismo, assim como sua relação com os fatores psicológicos.

Desta forma, foram selecionados 16 artigos, que serão apresentados na Revisão de Literatura.

3 DESENVOLVIMENTO

A literatura revela uma relação entre a parafunção bruxismo e fatores psicológicos, no que se refere ao surgimento e desenvolvimento desta patologia. Segundo Ahlberg *et al.* (2012), é possível que o estresse e a ansiedade exacerbem o bruxismo e ocasionem maior frequência de despertares durante o sono. As pessoas mais tensas, nervosas e agitadas podem apresentar problemas para dormir, devido ao estado perturbado da mente durante o tempo todo (Ahlberg *et al.*, 2012).

Ramfjord & Ash (1987), citado por Rodrigues *et al.* (2006), descrevem que o fator psicoemocional tem grande preponderância na origem do bruxismo. Os autores citam que esta parafunção pode ser gerada pela descarga da agressividade na região orofacial.

Segundo Serralta & Freitas (2002), o bruxismo é descrito como uma desordem psicossomática, ou seja, um transtorno que expressa a incapacidade de externar sentimentos de agressividade e de angústia. Os autores ainda afirmam que pacientes com graus elevados de depressão e ansiedade costumam direcionar a agressividade reprimida para si próprios, concentrando as cargas emocionais em todo o corpo, principalmente no aparelho estomatognático, o que leva ao ato de ranger os dentes. Cariola (2006) também relata que o fator psicológico relacionado ao estresse emocional, à raiva, ao medo, à ansiedade e as frustrações levam à região oral a expressão de impulsos reprimidos, sendo o apertamento e o rangimento as apresentações físicas de conflitos e emoções.

Alguns pesquisadores investigaram a influência dos fatores emocionais na gênese do bruxismo. O trabalho conduzido por Ahlberg *et al.* (2012), avaliou 1500 funcionários de uma empresa, sendo a metade trabalhadora em turnos irregulares e, a outra metade, somente em turno diurno. Os autores aplicaram questionários para investigar, além de dados sociodemográficos, informações sobre estresse, ansiedade e bruxismo diurno, usando escalas específicas para cada variável. Os resultados indicaram que os maiores níveis de ansiedade estavam relacionados às maiores frequências de bruxismo. A análise ajustada mostrou associação entre bruxismo e estresse, sendo que entre os trabalhadores com bruxismo havia 2,5

vezes mais chance de haver alto nível de estresse. O bruxismo frequente foi mais prevalente entre mulheres e entre os trabalhadores (homens e mulheres) com idade inferior a 34 anos. Desta forma, os autores demonstraram que variáveis psicológicas podem ter relação com a manifestação deste hábito parafuncional.

Sutin *et al.* (2011) relatam que em períodos de maior estresse e ansiedade, a atividade de ranger os dentes parece ser mais intensa. Os autores consideram que o bruxismo é uma manifestação física do estresse e da ansiedade, visto que existem estudos que evidenciam fatores psicológicos e tensão muscular relacionados ao bruxismo crônico.

Okeson (1998), citado por Serralta & Freitas (2002), afirma que no bruxismo e outras disfunções buco faciais, à medida que a dor aumenta, maior é o grau de sofrimento do indivíduo, podendo levar à doenças depressivas.

Pizzol *et al.* (2006) ressaltam que as pessoas com bruxismo apresentam um nível superior de angústia e ansiedade, associados com nervosismo, quando comparados com pessoas sem essa desordem oral. Desse modo, quando há presença do fator emocional em grau elevado, torna-se necessário, além do tratamento físico, realizado pelo cirurgião-dentista, a atuação de um psicólogo, a fim de auxiliar o paciente a lidar com as questões de tensão e ansiedade.

Além da ansiedade, o estresse também está relacionado com o desenvolvimento de bruxismo. O artigo de Giraki *et al.* (2010) traz, em sua introdução, uma descrição cronológica bastante específica mostrando a relação entre bruxismo do sono e estresse. Neste artigo, os autores descrevem o estudo de Rugh & Solberg (1975), os quais observaram que o bruxismo do sono aparecia após dias estressantes e desgastantes. Citam, também, a pesquisa conduzida por Vanderas *et al.* (1999), que observaram o estado de estresse através de análise das catecolaminas urinárias e notaram uma relação expressiva entre adrenalina e dopamina em crianças que apresentavam bruxismo. No mesmo sentido, o trabalho de Ohayon *et al.* (2001) é citado para mostrar que foram feitos estudos epidemiológicos da população britânica, alemã e italiana, demonstrando que o bruxismo noturno estava associado a um modo de vida estressante. Estes autores ainda relatam que indivíduos que rangem os dentes, têm tendência a desenvolver maiores níveis de estresse, ansiedade e depressão Giraki *et al.* (2010) também

citam o artigo de Ahlberg *et al.* (2002). Estes autores conduziram um estudo com 1339 funcionários de uma empresa de radiodifusão finlandesa e avaliaram a relação entre bruxismo e condições estressantes, concluindo que esta parafunção pode revelar uma condição de estresse contínuo. No mesmo estudo, observou-se que o bruxismo estava associado, também, aos cuidados com a saúde em geral que os trabalhadores mantinham e suas visitas ao dentista. Por fim, informam os resultados do estudo de Manfredini *et al.* (2004), que realizaram análise psicométrica e observaram que pessoas bruxistas apresentavam níveis de estresse relativamente mais altos do que pessoas sem esta parafunção.

O próprio estudo de Giraki *et al.* (2010) conclui que pessoas com alta frequência de atividade de bruxismo noturno são mais estressadas tanto no trabalho quanto no seu dia a dia. O estudo conduzido por estes autores, com 69 adultos saudáveis, na faixa etária entre 20 e 40 anos, sendo que 48 apresentavam o bruxismo noturno, mostrou que estes indivíduos apresentavam, ao menos, um dos seguintes sintomas: fadiga muscular, desgaste dental, restaurações com faces polidas e hipertrofia do músculo masseter. Além disso, houve uma relação expressiva entre fadiga e problemas físicos. As análises indicaram que quanto mais problemas para lidar com seus problemas de forma positiva, maior era a atividade de bruxismo do sono dos indivíduos.

Na população brasileira, também foram conduzidos estudos que concluíram haver relação entre estresse e bruxismo. Carvalho *et al.* (2008), num estudo transversal com 394 policiais militares da cidade de Campinas - SP (faixa etária média de 35,5 anos e sexo masculino), examinaram a prevalência do hábito parafuncional de ranger os dentes e sua associação com estresse emocional. Os autores encontraram 50,25% dos participantes com a parafunção oromandibular, sendo que, destes, 64,6% estavam cientes de que apresentavam o bruxismo. O bruxismo foi avaliado pelos sintomas de sensibilidade dolorosa dos músculos da mastigação, como o masseter e o temporal, pelo desconforto da musculatura mandibular ao acordar, pela autopercepção de rangimento dentário e por sinais clínicos de desgaste dental. A questão do estresse emocional foi encontrado em 45,69% dos participantes, estabelecendo, desse modo, uma relação significativa entre bruxismo e estresse. A avaliação desse fator psicológico foi feita pelo Inventário de Sintomas de Estresse (ISS). A pesquisa não encontrou relação entre

bruxismo, estresse e a atividade desempenhada pelo policial, sendo que esta poderia ser tanto em campo (o qual oferece risco de vida) quanto organizacional (não expõe o profissional a risco de vida).

O estudo realizado por Santos *et al.* (2009) também analisou a influência do estresse gerado pela profissão militar sobre o bruxismo. Os autores avaliaram 486 militares do corpo da Marinha de Guerra do Brasil, sendo que 53,3% desempenhavam função operacional e 46,7%, função administrativa. A maioria dos participantes era do sexo masculino (97,7%), sendo apenas 11 pessoas do sexo feminino, e estavam na faixa etária entre 19 e 48 anos. Para investigação do bruxismo, foram avaliados desgastes oclusais, dor e cansaço nos músculos da mastigação (masseter e temporal), hipertrofia do músculo masseter e percepção de rangimento dentário. Os participantes também responderam ao Inventário de Sintomas de Estresse, para verificar a presença de estresse. Os resultados mostraram que 35,6% dos participantes apresentavam bruxismo. O estresse foi diagnosticado em 21% destes militares, sendo que, destes, 44,7% exibiam alguma característica clínica do bruxismo. Os autores concluíram que há relação entre bruxismo e estresse emocional.

Fissmer *et al.* (2008), num estudo com acadêmicos do 5º ao 9º semestre do curso de odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (Tubarão-SC), constataram que alunos ansiosos tinham 4 vezes mais chance de apresentar bruxismo quando comparados aos acadêmicos sem ansiedade. Esta diferença estatisticamente significativa revela que a presença da parafunção oromandibular pode ter, como fator de risco, a ansiedade, independente do gênero e do ano em que o aluno estava cursando. Em relação ao período do curso, estar em semestres superiores ao 5º apresentou 1,21 mais chance de desenvolver o bruxismo. Os autores sugerem que isso pode ser decorrente da ansiedade, cujo grau aumenta com a proximidade da finalização do curso, momento de grande transformação na vida do acadêmico.

Serralta & Freitas (2002) investigaram ansiedade, depressão e expressão de raiva em dois grupos de pacientes: com e sem bruxismo. Participaram deste estudo 40 pacientes de ambos os sexos (média de idade: 32 anos), sendo 20 com bruxismo e 20 sem a parafunção, que buscaram por atendimento no ambulatório odontológico da Universidade Luterana do Brasil (Canoas-RS) e no ambulatório de cirurgia

bucofacial do Hospital Independência (Porto Alegre-RS). Estes pacientes responderam aos questionários de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Depressão (BDI) e expressão de raiva Traço-Estado (S.T.A.X.I). Os resultados mostraram que os pacientes diagnosticados com bruxismo exibiam graus mais elevados de ansiedade, depressão e de raiva.

No trabalho desenvolvido por Sutin *et al.* (2011), foram avaliados 470 voluntários (43% eram mulheres, com média de idade de 55,67 anos), que responderam a questionários de avaliação de personalidade e sobre sua história dentária. Passaram por exame dentário 385 participantes, a fim de avaliar sinais clínicos do bruxismo. Os autores se basearam em relatos sobre a relação entre o neuroticismo, ou seja, a tendência para experimentar emoções negativas, o bruxismo, a ansiedade e o estresse. Manifestações orais relacionadas com a ansiedade, tais como boca seca, dificuldade para mastigar e deglutir e cliques na mandíbula foram utilizados na avaliação. A estabilidade emocional e a objetividade, que são características relacionadas ao neuroticismo, foram relacionadas ao hábito parafuncional. Além disso, essas duas características foram associadas aos sintomas orais relacionados com a ansiedade, sem qualquer relação com sintomatologia bucal em geral, tais como gengivites, aftas, língua recortada e desgaste oclusal. Desta forma, este estudo demonstrou que pacientes com alto nível de neuroticismo relatam ranger os dentes sem haver, contudo, evidências físicas que comprovassem este relato. Entretanto, havia evidências de sintomas relacionados ao estresse e à ansiedade, os quais têm associação comprovada com o bruxismo. Portanto, os autores concluíram que o bruxismo pode estar relacionado com traços de emoções negativas e não apenas a sintomas físicos (desgaste dental), associados ao estresse e a ansiedade.

Estudos com população infantil também mostraram relação entre fatores psicológicos e o bruxismo. Cariola (2006) avaliaram 22 crianças de 5 a 12 anos, diagnosticadas com bruxismo, utilizando o instrumento DFH (Desenho da Figura Humana) e os Indicadores Emocionais de Koppitz. Os dados mostraram que 63,7% das crianças com a parafunção tinham, pelo menos, 2 Indicadores emocionais, constatados por insegurança, acanhamento e dificuldade para convívio social. Os autores concluíram que os resultados obtidos pelos Indicadores Emocionais para a

avaliação do DFH podem ser considerados eficientes para a avaliação das desordens emocionais relacionados ao bruxismo.

Ferreira-Bacci *et al.*(2012) também investigaram o bruxismo na infância, conduzindo m estudo com 80 crianças de 7 a 11 anos de idade, dos quais 36,25% apresentavam o ato de ranger ou apertar os dentes, desconfortos na região orofacial, dor nos músculos da mastigação, facetas de desgaste, hipertrofia do masseter e impressões dos dentes na mucosa jugal e na língua. O objetivo desse estudo era analisar o perfil comportamental e a presença de estresse em crianças com bruxismo. Os resultados apontaram que 30% das crianças necessitavam de intervenção psicológica, das quais 70,8% tinham alguma disfunção neurótica e 29,2% apresentavam problemas de relacionamento. Analisando o estresse, observou-se que 7,5% das crianças tinham manifestações físicas e psicológicas desse estado emocional e que, além do rangimento dental, apresentavam dor de estômago, dores nas pernas, mal humor, medo e nervosismo. Os autores concluíram que há relação entre problemas psicológicos e bruxismo em crianças.

4 CONCLUSÃO

Todas as pesquisas que investigam os fatores etiológicos do bruxismo, tanto em adultos quanto em crianças, demonstram com clareza a relação entre fatores emocionais e esta parafunção. Ansiedade, estresse, depressão, angústia, nervosismo, raiva, neuroticismo, dificuldades de relacionamento, medo, frustrações, tensão e mau humor são apontados como desencadeantes do bruxismo.

5 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os estudos pesquisados para a realização deste trabalho demonstram claramente a importância da avaliação global do paciente bruxômano e a necessidade de integração das áreas de odontologia e psicologia para a melhor condução do tratamento, de acordo com o fator etiológico preponderante e, especialmente, para a prevenção desta parafunção.

A constatação clínica do bruxismo pode ser facilmente realizada pelo cirurgião-dentista quando há presença de desgastes oclusais. Entretanto, casos mais sutis ou mesmo iniciais, em que esta evidência clínica não existe, podem passar despercebidos por um profissional pouco atento às queixas e outros sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Desta forma, vale ressaltar a importância da aquisição de conhecimento a respeito, não somente de todos os sinais e sintomas físicos que podem ter associação com o bruxismo, como também dos princípios de psicologia aplicados à odontologia, como ferramenta para a avaliação holística do paciente. Isto porque, em muitos casos, o paciente ainda não se deu conta de que está desenvolvendo o bruxismo, mas já demonstra sinais e descreve sintomas que remetem aos fatores etiológicos desta parafunção.

É óbvio que, na atualidade, com todas as exigências sociais porque passam as pessoas, desde a tenra infância até a idade adulta, a exposição aos fatores emocionais associados ao desenvolvimento do bruxismo é quase que uma condição inerente ao ser humano. Entretanto, cabe o cirurgião-dentista, atuando como um *profissional de saúde*, estar atento a estes fatores e orientar o paciente para a busca de melhor qualidade de vida e de formas de enfrentamento do estresse.

REFERÊNCIAS *

1. Ahlberg J, Rantala M, Savolainen A, Suvinen T, Nissinen M, Sama S *et al.* Reported bruxism and stress experience. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30: 405-408 *Apud* Giraki M, Schneider C, Schäfer R, Preeti S, Franz M, Raab W H M *et al.* Between stress, stress-coping and current sleep bruxism. *Head & Face Medicine.* 2010; 6:2 [acesso 2012 Jul 18]. Disponível em <http://www.head-face-med.com/content/6/1/2>
2. Ahlberg J, Lobbezoo F, Ahlberg K, Manfredini D, Hublin C, Sinisalo J *et al.* Self-reported bruxism mirrors anxiety and stress in adults. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2012 [acesso 2012 Sep 05]. Disponível em <http://dx.doi.org/doi:10.4317/medoral.18232>
3. Attanasio R. An overview of bruxism and its management. *Dent Clin North Am.* 1997; 41(2): 229-241. *Apud* Seraidarian P I, Assunção Z L V, Jacob M F. Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. Curitiba: JBA. 2001; 1(4): 290-295
4. Bayardo R E, Mejia J J, Orozco S, Montoya K. Etiology of oral habits. *ASDC J Dent Child.* 1996; 63: 350-363. *Apud* Diniz M B, Silva R C da, Zuanon A C C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. São Paulo: Rev. paul. pediatr. 2009; 27 (3): 329-334
5. Cariola T C. O desenho da figura humana de crianças com bruxismo. *Boletim de Psicologia.* 2006; 56(124): 37-52.
6. Carvalho A L A, Del Bel Cury A A, Garcia R C M R. Prevalence of bruxism and emotional stress and the association between them in Brazilian police officers. *Braz Oral Res;* 2008; 22(1): 31-50.

7. Diniz M B, Silva R C da, Zuanon A C C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. São Paulo: Rev. paul. pediatr. 2009; 27 (3): 329-334
8. Ferreira-Bacci A do V, Cardoso C L C, Díaz-Serrano K V. Behavioral Problems and Emotional Stress in Children with Bruxism. Braz. Dent. J. 2012; 23(3): 246-251.
9. Fissimer J F W, Garanhan R R, Sakae T M, Traebert J L, Soar Filho E J. Relação entre ansiedade e bruxismo em acadêmicos de odontologia. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2008; 37(1): 25–29
10. Frohman B S. The application of psychotherapy to dental problems. Dental Cosmos. 1931; 73: 1117-1122. *Apud* Molina O F, Gaio D C, Cury M D N, Cury S E, Gimenez S R M, Salomão E C *et al.* Uma análise crítica dos sistemas de classificação sobre o bruxismo: implicações com o diagnóstico, severidade e tratamento dos sinais e sintomas de DTM associados com o hábito. Curitiba: JBA. 2002; 2(5): 61-139.
11. Giraki M, Schneider C, Schäfer R, Preeti S, Franz M, Raab W H M *et al.* Between stress, stress-coping and current sleep bruxism. Head & Face Medicine. 2010; 6:2 [acesso 2012 Jul 18]. Disponível em <http://www.head-face-med.com/content/6/1/2>
12. Manfredini D, Landi N, Romagnoli M, Bosco M. Psychic and occlusal factors in bruxers. Aust Dent J. 2004; 49: 84-89. *Apud* Giraki M, Schneider C, Schäfer R, Preeti S, Franz M, Raab W H M *et al.* Between stress, stress-coping and current sleep bruxism. Head & Face Medicine. 2010; 6:2 [acesso 2012 Jul 18]. Disponível em <http://www.head-face-med.com/content/6/1/2>

13. Ohayon M M, Li K K, Guilleminault C. Risk factors for sleep bruxism in the general population. *Chest*. 2001; 119: 53-61 *Apud* Giraki M, Schneider C, Schäfer R, Preeti S, Franz M, Raab W H M *et al.* Between stress, stress-coping and current sleep bruxism. *Head & Face Medicine*. 2010; 6:2 [acesso 2012 Jul 18]. Disponível em <http://www.head-face-med.com/content/6/1/2>
14. Okeson J P. Dor Orofacial – Guia para avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessência. 1998. *Apud* Serralta F B, Freitas P R R de. Bruxismo e afetos negativos: um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos. *Curitiba: JBA*. 2002; 2(5): 20-25
15. Petit D, Touchette E, Tremblay R E, Boivin M, Montplaisir J. Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics*. 2007; 119: 1016-1025. *Apud* Diniz M B, Silva R C da, Zuanon A C C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. São Paulo: *Rev. paul. pediatr.* 2009; 27 (3): 329-334
16. Pietkiewicz M. La Bruxomanie: Memoires originaux. *Rev Stomatol*. 1907; 14: 107-116.
17. Pizzol K E D C, Carvalho J C Q, Konishi F, Marcomini E M S, Giusti J S M. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. *Rev. Odontol. UNESP*. 2006; 35(2): 157-163.
18. Ramfjord S P, Ash M M. Oclusão. Rio de Janeiro: Guanabara. 1987; 3 *Apud* Rodrigues C K, Ditterich R G, Shintcovsk R L, Tanaka O. Bruxismo: uma revisão da literatura. *Ponta Grossa. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*. 2006; 12 (3): 13-21.
19. Rangel R M R, Roque I C M, Gouvêa C V D, Roque C D M, Martinez O E R. Os Fármacos na Etiologia e Tratamento do Bruxismo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2011; 14(4): 91-96

20. Rugh J D, Solberg W K. Electromyographic studies of bruxist behavior before and during treatment. *J Calif Dent Assoc.* 1975; 3: 56-59. *Apud* Giraki M, Schneider C, Schäfer R, Preeti S, Franz M, Raab W H M *et al.* Between stress, stress-coping and current sleep bruxism. *Head & Face Medicine.* 2010; 6:2 [acesso 2012 Jul 18]. Disponível em <http://www.head-face-med.com/content/6/1/2>
21. Santos P H dos, Nascimento A M, Pires A A, Santos A C B de M dos, Gouvêa C V D de, Silva F A. Associação do bruxismo ao estresse emocional: estudo transversal. Rio de Janeiro: *Rev. bras. Odonto.* 2009; 66(2): 160-164.
22. Seraidarian P I, Assunção Z L V, Jacob M F. Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. Curitiba: JBA. 2001; 1(4): 290-295
23. Serralta F B, Freitas P R R de. Bruxismo e afetos negativos: um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos. Curitiba: JBA. 2002; 2(5): 20-25.
24. Shetty S, Pitti V, Babu C L S, Kumar G P S, Deepthi B C. Bruxism: A Literature Review. *J Indian Prosthodont Soc.* 2010; 10(3): 141–148
25. Shinkai R S, Santos L M, Silva F A, Santos M N. Prevalence of nocturnal bruxism 2-11-year-old children. *Rev. Odonto. Univ. São Paulo.* 1998; 12: 29-37. *Apud* Diniz M B, Silva R C da, Zuanon A C C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. São Paulo: *Rev. paul. pediatr.* 2009; 27 (3): 329-334
26. Strambi L F. Bruxism and nocturnal groaning. *Archives Italiennes de Biologie.* 2011; 149: 467- 477
27. Sutin A R, Terracciano A, Ferrucci L, Costa Jr. P T. Teeth Grinding: Is Emotional Stability related to Bruxism? *J Res Pers.* 2011; 44(3): 402–405.

28. Vanderas A P, Menenakou M, Kouimtzis T, Papagiannoulis L. Urinary catecholamine levels and bruxism in children. *J Oral Rehabil.* 1999; 26: 103-110. *Apud* Giraki M, Schneider C, Schäfer R, Preeti S, Franz M, Raab W H M *et al.* Between stress, stress-coping and current sleep bruxism. *Head & Face Medicine.* 2010; 6:2 [acesso 2012 Jul 18]. Disponível em <http://www.head-face-med.com/content/6/1/2>

***De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.**