



Relatório Final de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Bruxismo no paciente pediátrico: etiologia, prevalência e tratamento

Autor:

Ana Rosa Vieira de Jesus

Orientador:

Mestre Selma Pascoal

2019

Declaração de Integridade

Eu, **Ana Rosa Vieira de Jesus**, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado **“Bruxismo no paciente pediátrico: etiologia, prevalência e tratamento”**

Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

A Aluna

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Orientador: Mestre Selma Pascoal

Declaração

Eu, Selma Pascoal, com a categoria profissional de Monitor Clínico do Instituto Universitário de Ciências da Saúde Norte, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado "**Bruxismo no paciente pediátrico: etiologia, prevalência e tratamento**", da aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Ana Rosa Vieira de Jesus** declaro que dou parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente a Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre em Medicina Dentária.

Gandra,

O Orientador

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, por tudo. Por todo o amor, carinho, suporte e dedicação. Obrigada por sempre acreditarem em mim e terem lutado incondicionalmente para a realização deste sonho.

Agradeço também à minha irmã pelo carinho que me transmite diariamente, pela menina que é. Obrigada Beatriz, por seres o meu maior orgulho.

Ao meu namorado, o meu muito obrigada, pela força, motivação, paciência e pelo amor, que foram fundamentais ao longo deste percurso.

Às minhas amigas, Mónica e Inês, pela amizade, companheirismo e pela ajuda em todos os momentos, ao longo destes 5 anos.

À minha orientadora, Mestre Selma Pascoal, pela orientação, ajuda e disponibilidade.

Um agradecimento especial a todos os professores que me acompanharam ao longo destes 5 anos, por todo o conhecimento transmitido.

Resumo

O bruxismo é um comportamento que se caracteriza pela atividade repetitiva dos músculos da mastigação e que consiste no ato de apertar ou ranger os dentes. Ao longo dos anos, o bruxismo em crianças tem-se tornado uma preocupação crescente, devido ao impacto negativo na qualidade de vida.

O objetivo deste trabalho é tentar compreender o bruxismo no paciente pediátrico e analisar a sua etiologia, prevalência assim como identificar os possíveis tratamentos. Para isso foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando os motores de busca Google Académico, PubMed, Researchgate e Sciencedirect.

Apesar de existir muita informação pertinente sobre o tema, a literatura publicada é insuficiente, sendo por isso necessária a realização de mais estudos.

Palavras-chave:

"Bruxismo"; "Odontopediatria"; "Criança"; "Etiologia"; "Prevalência"; "Tratamento".

Abstract

Bruxism is a behavior that is characterized by the repetitive activity of the chewing muscles and that consists in the act of tightening or grinding the teeth. Over the years, bruxism in children has become a growing concern due to the negative impact on quality of life.

The aim of this study is to understand bruxism in pediatric patients and to analyze their etiology, prevalence and identify possible treatments. For this we performed a bibliographic search using the search engines Google Scholar, PubMed, Researchgate and Sciencedirect.

Although there is a lot of pertinent information on the subject, the published literature is insufficient and therefore, further studies will be necessary.

Key Words:

"Bruxism"; "Pediatric dentistry"; "Children"; "Etiology"; "Prevalence"; "Treatment".

Índice Geral

Capítulo I – Fundamentação Teórica.....	1
1.Introdução.....	1
2. Objetivo.....	2
3. Metodologia.....	2
4. Desenvolvimento.....	3
4.1 Diagnóstico.....	3
4.2 Prevalência.....	4
4.3 Etiologia.....	5
4.3.1 Personalidade.....	6
4.3.2 Qualidade do sono.....	6
4.3.3 Ansiedade.....	7
4.3.4 Stress.....	8
4.3.5 Hereditariedade.....	8
4.3.6 Problemas respiratórios.....	9
4.3.7 Hábitos parafuncionais.....	9
4.4 Tratamento.....	10
5. Considerações finais.....	12
6. Bibliografia.....	13
Capítulo II- Relatório dos Estágios.....	16
1.Introdução.....	16
1.1 Estágio em Clínica Geral Dentária:.....	16
1.2 Estágio em Clínica Hospitalar:.....	16
1.3 Estágio em Saúde Oral Comunitária.....	17
2. Conclusão.....	18

Índice de tabelas

Tabela 1- Atos Clínicos realizados no Estágio em Clínica Geral Dentária.....	16
Tabela 2- Atos Clínicos realizados no Estágio em Clínica Hospitalar.....	17
Tabela 3- Atos Clínicos realizados no Estágio em Saúde Oral Comunitária.....	18

1.Introdução

O termo “bruxismo” teve origem na palavra grega “brychein”, cujo significado é ranger os dentes. O Bruxismo é um comportamento, caracterizado pela atividade repetitiva dos músculos da mastigação, que consiste no ato de apertar ou ranger os dentes. Pode ocorrer durante a noite (bruxismo excêntrico ou do sono) ou durante o dia (bruxismo cêntrico ou de vigília). Durante o sono, devido ao elevado grau de força, ocorre o atrito e ruídos elevados ao ranger os dentes, o que não acontece durante o período de consciência. O bruxismo pode ainda ser definido como bruxismo primário, quando não existe nenhuma condição médica, sistêmica ou psiquiátrica associada, ou bruxismo secundário quando está associado a alguma alteração clínica, farmacológica, neurológica, psiquiátrica ou a alguma perturbação do sono.

Relativamente à prevalência do bruxismo, não existem ainda valores definidos na literatura, sendo bastante variáveis.

Para o diagnóstico do bruxismo, o sinal mais confiável é a presença de desgaste anormal dos dentes, estando associado a outros sinais e sintomas tais como: hipersensibilidade pulpar, mobilidade dentária, cefaleias, dores musculares, entre outros.

A etiologia do bruxismo é complexa e definida como multifatorial e a sua regulação é através do sistema nervoso central. Atualmente, os fatores associados à etiologia do bruxismo em crianças são: o stress, a ansiedade, a qualidade do sono, a respiração oral e o tipo de personalidade da criança. Devido à etiologia ser multifatorial o tratamento terá de ser muitas vezes multidisciplinar.

Devido às características estruturais e funcionais dos dentes decíduos, o bruxismo é mais severo em crianças em idade pré-escolar, embora também se verifique em crianças já com dentição permanente.

O interesse em desenvolver este tema, baseia-se no facto de o bruxismo no paciente pediátrico ser um tema atual e pertinente, uma vez que pode trazer diversos problemas às crianças e muitas vezes não compreendido pelos pais.

2. Objetivo

Objetivo geral:

- Compreender o bruxismo no paciente pediátrico.

Objetivos específicos são:

- Analisar a etiologia do bruxismo no paciente pediátrico;
- Analisar a prevalência do bruxismo no paciente pediátrico;
- Identificar os possíveis tratamentos para o bruxismo no paciente pediátrico.

3. Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Researchgate, Google Acadêmico e Scencedirect. Alguns dos artigos foram selecionados a partir de referências bibliográficas de outros estudos. A pesquisa foi realizada entre janeiro e maio de 2019 e foram utilizadas as palavras chave: bruxismo, odontopediatria, criança, etiologia, prevalência e tratamento. Devido à grande variabilidade de informação relativa ao tema, tornou-se necessário utilizar critérios de inclusão e critérios de exclusão, sendo que no final foram selecionados 26 artigos e 1 livro.

Critérios de inclusão:

- Artigos publicados no período de tempo 2006-2018
- Artigos escritos em português, inglês, espanhol
- Artigos com o texto completo;
- Artigos que abordassem o tema "Bruxismo no paciente pediátrico"
- Artigos que abordassem a prevalência, etiologia e tratamentos do bruxismo em crianças;
- Livros escritos em português ou inglês, que abordassem o tema.

Critérios de exclusão:

- Artigos com acesso restrito;
- Artigos não gratuitos;
- Artigos publicados em anos anteriores ao ano 2006;
- Artigos duplicados;
- Artigos que, através do título/resumo, não demonstraram utilidade para este trabalho.

4. Desenvolvimento

O termo "la bruxomanie" foi introduzido pela primeira vez por Marie Pietkiewicz, em 1907. As crianças desde muito cedo podem desenvolver hábitos parafuncionais, por diversos motivos. Entre esses hábitos, o bruxismo merece especial atenção devido à sua complexa etiologia.¹ Diversos estudos apontam que o bruxismo ocorre em períodos bem determinados do sono, ou seja, na fase REM (rapid eye movement).² É normal que quando surgem os primeiros dentes decíduos nos bebês exista um movimento muscular instável da mandíbula, que os leva a ranger os dentes, tanto no sono como em vigília.³

O bruxismo pode ainda ser classificado em três categorias: possível, que tem por base apenas o auto relato do paciente; provável, que tem por base não só o auto relato do paciente mas também os sinais clínicos ou definitivo que para além do auto relato do paciente e dos sinais clínicos ainda se baseia nos exames clínicos, como por exemplo a polissonografia.⁴

Ao longo dos últimos anos, o bruxismo em crianças tem-se tornado uma preocupação crescente, devido ao impacto negativo na qualidade de vida.⁵

4.1 Diagnóstico

Devido à etiologia do bruxismo ser multifatorial, o diagnóstico do bruxismo é um desafio para o clínico. O diagnóstico do bruxismo é alcançado através de questionário, exame clínico, exame físico, entrevista clínica e polissonografia.

Na história clínica do paciente devem estar incluídos: o som produzido pelo apertar ou ranger os dentes (no caso das crianças, perguntar aos pais), desgaste dentário excessivo,

a dor ou desconforto fácil de manhã, a sensibilidade dentária, cefaleias. No exame físico, podem ser avaliados os ruídos da ATM à palpação e a observação de dentes ou restaurações dentárias fraturadas.⁶

Assim, nas crianças, um diagnóstico precoce leva à prevenção de danos no sistema mastigatório, além de assegurar o conforto e bem-estar. O pediatra como é, muitas vezes, o primeiro profissional de saúde a ter contacto com a criança apresenta um papel importante no diagnóstico dessa desordem e no encaminhamento para um odontopediatra/psicólogo.⁷ A polissonografia é considerada o melhor método para o diagnóstico do bruxismo, no entanto além de ser um exame muito caro, as crianças podem sentir-se incomodadas ao serem ligadas a vários elétrodos.

Apesar do relato dos pais poder apresentar fragilidades, relativamente ao diagnóstico do bruxismo em crianças, um estudo demonstrou que 83% dos relatos dos pais foi coincidente com o diagnóstico do bruxismo pela polissonografia.³

4.2 Prevalência

Na literatura ainda não existem valores definidos relativamente à prevalência do bruxismo em crianças, embora alguns autores defendam que esta varia entre 7 e 88%.^{5,7,8} A grande variedade da prevalência do bruxismo em crianças pode estar relacionada com a falta de padronização de critérios de diagnóstico válidos e universais.^{6,9}

Diversos estudos mostram esta variação:

- López-pérez *et al.*, em 2007 avaliaram 57 crianças com Síndrome de Down dos 3 aos 14 anos e verificaram uma prevalência de 42%;⁸
- Torunsky, em 2012 avaliou 96 crianças e verificou uma prevalência de 13,60% de bruxismo;¹⁰
- Paiva *et al.*, em 2010 avaliaram 652 crianças dos 7 aos 10 anos e verificaram uma prevalência de 35,3% de bruxismo;¹¹
- Nahás-scocate *et al.*, em 2014 avaliaram 873 crianças e verificaram uma prevalência de 28,8% de bruxismo;⁹

- Simões-zenari, em 2010 avaliou 78 crianças dos 4 aos 6 anos e verificou uma prevalência de 55,3% de bruxismo;⁵
- Patrícia *et al.*, em 2010 avaliaram 592 crianças dos 4 aos 16 anos e verificaram uma prevalência de 43% de bruxismo;¹²
- Cristina *et al.*, em 2018 avaliaram 112 crianças com Síndrome de Down dos 5 aos 16 anos e verificaram uma prevalência de bruxismo de 51,8%;¹³
- Carra, em 2011 avaliou 604 crianças que procuravam tratamento ortodôntico, dos 7 aos 17 anos e verificou uma prevalência de bruxismo de 15%;¹⁴
- Poletto-neto *et al.*, em 2017 avaliaram 534 mães de crianças, dos 24 aos 36 meses e verificaram uma prevalência de 25,93% de bruxismo;¹⁵
- Clementino *et al.*, em 2017, avaliaram através de um questionário realizado aos pais, 148 crianças com idades entre os 3 e os 12 anos e verificaram uma prevalência de 32,4% de bruxismo do sono.¹⁶

Vários autores parecem concordar que a prevalência do bruxismo diminui com a idade.^{6,8} Relativamente à prevalência do bruxismo e o sexo, existem autores que defendem que o sexo feminino é o que apresenta maior prevalência deste hábito¹⁶, pelo contrário outros autores defendem que a prevalência é mais elevada no sexo masculino.⁹ No entanto, existem também estudos que não encontram diferenças entre ambos os sexos.^{8,17,18}

4.3 Etiologia

O bruxismo é muito mais do que o desgaste dentário e normalmente está associado a dores de cabeça, transtornos do sono, stress, entre outros. Desta maneira, relativamente à etiologia do bruxismo nas crianças, vários autores parecem concordar que esta é multifatorial.^{9,18,19}

Investigadores do século passado defendiam que o bruxismo nas crianças era sempre fisiológico. Existem ainda relatos da associação entre a má oclusão e restaurações mal adaptadas com o bruxismo, relatos esses que atualmente estão ultrapassados. Os estudos mais recentes têm vindo a constatar que o bruxismo está relacionado com uma

atividade do sistema nervoso central e não com atividades periféricas por si só, como a má oclusão e restaurações mal adaptadas.³

Como a etiologia do bruxismo é multifatorial, vários autores parecem concordar que está relacionada com fatores locais, sistêmicos, hereditários e psicológicos.^{7,9}

No entanto, os fatores associados ao bruxismo em crianças que têm maior relevância são os fatores emocionais.

É importante saber que quando os primeiros dentes decíduos começam a surgir, existe um movimento muscular instável da mandíbula, que leva ao ranger dos dentes tanto no sono como na vigília, deste modo é normal que os pais fiquem ansiosos, o médico dentista deve tranquilizá-los e explicar que nessa fase não há nada a fazer, apenas aguardar pela erupção dos restantes dentes.³

4.3.1 Personalidade

Um aspeto emocional importante é a personalidade, uma vez que esta reflete as características de cada pessoa. Cada ser humano já nasce com os seus traços de personalidade, podendo existir variações de acordo com as influências dos aspetos sociodemográficos de cada um.

Serra-Negra *et al.*, em 2009, realizaram um estudo, no Brasil em crianças com idades entre os 7 e os 10 anos em que delimitaram o perfil psicológico das crianças bruxómanas em altos níveis de responsabilidade, que está relacionado com o perfeccionismo e com o cumprimento criterioso de tarefas, e em altos níveis de neuroticismo, que está relacionado com personalidade ansiosa. Os altos níveis dos traços de personalidade levam a um aumento do stress e a uma maior probabilidade de desenvolver bruxismo.²⁰

4.3.2 Qualidade do sono

A qualidade do sono merece também atenção quando falamos em bruxismo. Crianças que tenham um sono agitado e que ressonam têm uma maior probabilidade de desenvolver bruxismo, que aquelas que não apresentam estas características.¹⁶

Nahás-scocate *et al.*, em 2014 e avaliaram 873 crianças com idades entre os 2 e os 6 anos, verificaram que as crianças com o sono inquieto apresentam uma maior percentagem de bruxismo (39,7%) em comparação com crianças que não apresentam um sono inquieto (22,6%).⁹

Simões-zanari e Bitar, em 2010, avaliaram 141 crianças, das quais 78 tinham queixas de bruxismo e 63 não tinham queixas de bruxismo, com idade entre os 4 e os 6 anos e através de avaliações clínicas e questionários realizados aos pais, observaram que o número insuficiente de horas de sono recomendadas para esta idade, pode estar associado ao bruxismo, aumentando assim o risco em cinco vezes.⁵

Serra-negra *et al.*, num outro estudo realizado em 2014, concluíram que crianças que dormem menos de 8 horas por noite são mais propensas a desenvolver bruxismo do sono.²¹

Clementino *et al.*, em 2017 avaliaram questionários feitos aos pais/responsáveis de 148 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos e concluíram que a elevada prevalência do bruxismo (32,4%) estava relacionada com o sono agitado dessas crianças.¹⁶ É também importante o ambiente em que as crianças dormem, sendo que foi constatado que estímulos luminosos e sonoros no quarto aumentam os microdespertares, favorecendo o aparecimento de bruxismo.²¹

4.3.3 Ansiedade

A ansiedade e o stress têm sido apontados como os fatores etiológicos mais frequentemente encontrados no bruxismo. Existe, uma relação direta entre a presença do transtorno de ansiedade e o bruxismo em crianças. Entende-se a ansiedade como sendo uma emoção desagradável, caracterizada por preocupação, tensão e medo.¹⁹

Existem alguns estudos que comprovam a relação entre o bruxismo e os níveis de ansiedade.

Freita *et al.*, que avaliaram 43 crianças com bruxismo do sono, com idades entre 1 e os 7 anos, verificaram que 72% apresentavam níveis de ansiedade significativos.

Além disso, as crianças com bruxismo tinham a probabilidade de serem ansiosas aumentada em 16 vezes.¹⁸

Oliveira *et al.*, em 2015, avaliaram 84 crianças das quais 42 tinham sido diagnosticadas com bruxismo e 42 não, com idades entre os 6 e os 8 anos e verificaram que das 42 crianças que tinham bruxismo, 35 (83,3%) apresentavam níveis elevados de ansiedade. Neste estudo além dos questionários feitos aos pais, foi utilizada uma escala de ansiedade, para ajudar nos resultados.¹⁹

4.3.4 Stress

O stress é, tal como a ansiedade um dos principais fatores etiológicos no bruxismo em crianças.

Seraj *et al.*, em 2010, avaliaram 600 crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos, observando situações de stress do dia a dia e a influência deste no aparecimento do bruxismo, verificaram que apenas 46 crianças sofriam desse problema, no entanto, dessas 46 crianças cerca de 40 tinham episódios de bruxismo.²²

Serra-negra *et al.*, em 2012, avaliaram 120 crianças diagnosticadas com bruxismo do sono e 240 crianças sem bruxismo do sono, com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos e concluíram que altos níveis de stress e responsabilidade são fatores chave para o desenvolvimento do bruxismo do sono.²³

4.3.5 Hereditariedade

Alguns autores acreditam que a hereditariedade também está relacionada com a etiologia do bruxismo.

Seraj *et al.*, que avaliaram 600 crianças, concluíram que crianças cujo pai ou a mãe tenham história de bruxismo têm a probabilidade de vir a desenvolver bruxismo aumentada em 2,6 vezes comparativamente com crianças que não tenham uma história familiar de bruxismo. Esse estudo foi realizado através de um questionário respondido pelos pais e após a verificação dos resultados concluiu que existe uma relação direta entre o bruxismo

e a hereditariedade. Nesse mesmo estudo, quando o bruxismo estava presente tanto no pai como na mãe a ocorrência de bruxismo nessas crianças era de 87,5%.²²

4.3.6 Problemas respiratórios

O bruxismo é também associado a processos alérgicos, como por exemplo a rinite. Oliveira *et al.*, em 2014, avaliaram 465 crianças, das que apresentavam bruxismo 63% tinham também rinite, concluíram que existe uma relação entre a presença de bruxismo e a rinite.²⁴

Drumond *et al.*, em 2017 no Brasil, avaliaram os distúrbios respiratórios, como a rinite, a sinusite e a bronquite e a prevalência do bruxismo do sono em 448 crianças com idades entre os 8 e os 11 anos e concluíram que o bruxismo é mais prevalente em crianças com rinite ou sinusite.²⁵

As crianças com obstrução das vias aéreas tendem a avançar a mandíbula para uma melhor passagem de ar e isso muitas vezes também está associado à presença de bruxismo.⁵ Existem estudos que mostram que dormir com a boca aberta ou risonar alto são fatores de risco para desenvolver bruxismo e muitas vezes são consequência da obstrução das vias aéreas.²⁶

4.3.7 Hábitos parafuncionais

Alguns estudos tentaram relacionar o bruxismo com a presença de hábitos parafuncionais.

Simões-zenari e Bitar, no ano 2010 avaliaram 141 crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 6 anos, com recurso a questionários feitos aos pais e a avaliações clínicas. Os hábitos mais observados neste estudo foram: o uso de chupeta, o hábito de morder os lábios e o hábito de roer as unhas. Este estudo concluiu que existe uma relação entre o bruxismo e a presença de hábitos orais, sendo que crianças que têm o hábito de usar chupeta apresentam o risco aumentado em sete vezes.⁵

Patricia *et al.*, em 2010, analisaram 592 questionários e observaram uma prevalência de hábitos parafuncionais de 53%, sendo que o hábito mais prevalente foi o hábito de roer as unhas, no entanto, concluíram que de todos os hábitos estudados o que está relacionado com a presença de bruxismo é o hábito de usar chupeta.¹²

4.4 Tratamento

O tratamento do bruxismo em crianças pode ser complexo. Antes de pensarmos num tratamento para o bruxismo é importante ter um bom diagnóstico, para o tratamento poder incidir sobre a principal causa do bruxismo.¹⁷

Devido à etiologia do bruxismo ser multifatorial, o tratamento deverá ser multidisciplinar, envolvendo profissionais como médicos dentista, pediatras, psicólogos e fisioterapeutas.^{9,18}

Nos adultos, o tratamento mais usado para o bruxismo é o uso de goteiras durante o sono, devido ao baixo custo, facilidade de uso e de ser um tratamento reversível, as goteiras têm por objetivo reduzir a hiperatividade muscular, proteger os dentes do desgaste produzido pelo ranger dos dentes e manter a dimensão vertical. No caso das crianças, o uso de goteiras é controverso essencialmente por poder interferir no crescimento dos maxilares.^{17,18}

Existem assim, vários tipos de tratamentos para o bruxismo em crianças, como o uso de goteiras, tratamentos psicológicos, farmacológicos e fisioterapêuticos.

O bruxismo em crianças está fortemente associado a distúrbios psicológicos e o acompanhamento psicológico é muito importante para controlar esse comportamento.²⁷

As técnicas psicológicas são eficazes e muito importantes no caso de crianças ansiosas.¹⁸ Muitas vezes a terapêutica psicológica poderá ser a única forma terapêutica recomendada às crianças, com base na evidência científica.²³

O uso de goteiras foi avaliado, durante dois anos, em 36 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos e observou-se que não foi eficaz na redução dos

sinais do bruxismo. Até à data não há evidências que o uso de goteiras seja eficaz no tratamento do bruxismo em crianças.²⁷

Nos tratamentos fisioterapêuticos o principal objetivo é reduzir a hiperatividade muscular, reduzir a dor através de massagens dos músculos da mastigação e do pescoço.¹⁸

Quanto à terapêutica farmacológica, ao contrário dos adultos aos quais se prescrevem analgésicos e relaxantes musculares, nas crianças estes fármacos deverão ser usados com precaução, sendo por isso importante definir outras estratégias terapêuticas.¹⁸

5. Considerações finais

Atualmente, ainda é difícil compreender o bruxismo no paciente pediátrico devido à falta de padronização dos critérios utilizados para avaliar este comportamento e chegar assim a um bom diagnóstico.

A prevalência do bruxismo não está ainda definida na literatura e apresenta uma grande amplitude, que muitos autores defendem variar de 7 a 88%.

A etiologia é definida como multifatorial, sendo que vários autores concordam que os fatores emocionais são os mais frequentemente associados ao bruxismo nas crianças. As medidas terapêuticas são variadas e refletem a etiologia multifatorial.

Apesar de existir muita informação pertinente sobre o tema, a literatura publicada é insuficiente e por isso, será necessária a realização de mais estudos.

6. Bibliografia

1. Eiras K, Coleta D, Cíntia J, Carvalho DQ. Bruxismo na infância : fatores etiológicos e possíveis tratamentos Introdução Revisão da literatura. 2006;35(2):157–63.
2. Science O. diagnóstico e tratamento – uma abordagem literária. 2010;3(10):145–9.
3. Serra-Negra JM, Paiva SM, Dias RB. Bruxismo: do diagnóstico à reabilitação. Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial; 2019. 110-114 p.
4. Lobbezoo F, Kato T, Ahlberg J, Raphael KG, Glaros PWAG, Santiago V, et al. International consensus on the assessment of bruxism : Report of a work in progress. 2018;(May):1–8.
5. Simões-zenari M. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos *** Factors associated to bruxism in children from 4 - 6 years. 2010;22(4):465–71.
6. Machado E, Dal-fabbro C, Cunali PA, Kaizer OB. Prevalence of sleep bruxism in children : A systematic review. 2014;19(6):54–61.
7. Diniz MB, Zuanon ACC. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. 2009;27(3):329–34.
8. López-pérez R, López-morales P, Borges-yáñez SA. Prevalence of bruxism among Mexican children with Down syndrome. 2007;12(1):45–9.
9. Nahás-scocate ACR, Coelho FV, Almeida VC De. Bruxism in children and transverse plane of occlusion : Is there a relationship or not ? 2014;19(5):67–73.
10. Torunsky AM. Influência do bruxismo na ansiedade e aprendizagem em crianças B ruxism influence on children ' s anxiety and learning. 2012;4(1):11–5.
11. Paiva SM, Seabra AP, Dorella C, Lemos BF, Pordeus IA. Prevalence of sleep bruxism in a group of Brazilian schoolchildren. 2010;11(4):192–5.
12. Patrícia L, Gonçalves V, Toledo OA De, Auxiliadora S, Otero M. Relação entre bruxismo , fatores oclusais e hábitos bucais. 2010;(2):97–104.
13. Cristina N, Carneiro R, Souza IDC, Dets TD, Serra-negra JMC, Pordeus IA, et al. Risk factors associated with reported bruxism among children and adolescents with Down Syndrome Risk factors associated with reported bruxism among children and adolescents with Down Syndrome. CRANIO® J Craniomandib SLEEP Pract [Internet]. 2018;00(00):1–5. Available from:

<https://doi.org/10.1080/08869634.2018.1557430>

14. Mc C, Huynh N, Morton P, Ph R, Papadakis A, Remise C, et al. Prevalence and risk factors of sleep bruxism and wake-time tooth clenching in a 7- to 17-yr-old population. 2011;386–94.
15. Poletto-neto V, Shqair AQ, Pinheiro RT, Demarco FF. Influence of maternal psychological traits on sleep bruxism in children. 2017;1–7.
16. Clementino MA, Siqueira MB, Paiva SM. The prevalence of sleep bruxism and associated factors in children : a report by parents. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2017;
17. Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzman M, Espinosa P. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. 2015;86(5).
18. Freitas AR De, Dias MM, Barreto H, Falcão L. Sleep Bruxism in Children : Prevalence and Multidisciplinary Therapy.
19. Dentistry PP. Sleep bruxism and anxiety level in children. 2015;29(1):1–5.
20. Serra-negra JM, Ramos-jorge ML, Flores-mendoza CE, Paiva SM, Pordeus IA. Influence of psychosocial factors on the development of sleep bruxism among children.. *Int J Paediatr Dent*.2009;19:309-17.
21. Serra-negra JM, Paiva SM, Fulgêncio LB, Chavez BA, Lage CF, Pordeus IA. Environmental factors , sleep duration , and sleep bruxism in Brazilian schoolchildren : a case-control study. *Sleep Med [Internet]*. 2014;15(2):236–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2013.08.797>
22. Seraj B, Shahrabi M, Ghadimi S, Ahmadi R. The Prevalence of Bruxism and Correlated Factors in Children Referred to Dental Schools of Tehran , Based on Parents ' Report. 2010;20(2):174–80.
23. Serra-negra JM, Paiva S, Pordeus IA. Association among stress, personality traits, and sleep bruxism in children. *Pediatr Dent* 2012;34:e30-4.
24. Oliveira H, Pelotas UF De, Vargas-ferreira F. RINITE ALÉRGICA E BRUXISMO EM CRIANÇAS – HÁ ASSOCIAÇÃO ? 2014;(October).
25. Drumond CL, Souza DS, Serra-negra JM, Marques LS, Ramos-jorge ML, Ramos-jorge J. Respiratory disorders and the prevalence of sleep bruxism among schoolchildren aged 8 to 11 years. 2017;
26. Guo H, Wang T, Niu X, Wang H, Yang W, Qiu J, et al. *Archives of Oral Biology* The risk

factors related to bruxism in children: A systematic review and. Arch Oral Biol
[Internet]. 2018;86(143):18–34. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.archoralbio.2017.11.004>

27. Incau ED. Understanding bruxism in children and adolescents. 2015;1–18.

Capítulo II- Relatório dos Estágios

1.Introdução

Os estágios realizados correspondem a uma componente prática onde é colocada em prática, pelos alunos, tudo o que foi aprendido nos anos pregressos. Este estágio é supervisionado por Professores Médicos Dentistas e tem como objetivo aplicar os conhecimentos obtidos e preparar o aluno para o futuro, através do contacto direto com pacientes. Os estágios frequentados são três: Estágio em Clínica Geral Dentária (ECGD) Estágio em Clínica Hospitalar (ECH) e Estágio em Saúde Oral Comunitária (ESOC).

1.1 Estágio em Clínica Geral Dentária:

O estágio em clínica geral dentária decorreu no Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte, na Clínica Universitária Filinto Baptista, num período de 5horas semanais com início a 12 de setembro de 2018 e termino a 12 de junho de 2019. Este estágio decorria às quartas-feiras das 19h às 24h, fazendo um total de 180 horas. O estágio foi supervisionado pelo Mestre João Baptista, Mestre Luís Santos e Professora Doutora Sónia Machado. Os atos clínicos realizados encontram-se descritos na tabela.

Tabela 1- Atos Clínicos realizados em Estágio em Clínica Geral Dentária

Atos Clínicos	Operadora	Assistente
Destartarização	5	3
Exodontia	2	2
Endodontia	1	3
Restauração	4	4
Outros	3	4

1.2 Estágio em Clínica Hospitalar:

O estágio hospitalar foi realizado no Centro Hospitalar São João- Pólo Valongo, num período de 3 horas e 30 minutos semanais, tendo início a 13 de setembro de 2018 e termino a 13 de junho de 2019. Este estágio decorria às quintas-feiras das 9h às 12:30h, perfazendo

um total de aproximadamente 119 horas. O estágio foi supervisionado pela Professora Doutora Ana Azevedo e pela Doutora Rita Cerqueira. Os atos clínicos realizados encontram-se descritos na tabela.

Tabela 2- Atos Clínicos realizados no Estágio em Clínica Hospitalar

Atos Clínicos	Operadora	Assistente
Destartarização	24	21
Exodontia	36	55
Endodontia	7	3
Restauração	32	18
Selantes	4	3
Remoção sutura	18	6
Outros	12	10

1.3 Estágio em Saúde Oral Comunitária

O estágio em saúde oral comunitária teve início 12 de setembro de 2018 e término a 12 de junho de 2019, num período de 3 horas e 30 minutos semanais. Este estágio decorria às quartas-feiras das 9h às 12:30h, sendo dividido em três partes:

- Estágio no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira, supervisionado pela Doutora Catarina Barbosa. Neste local cada grupo de 6 alunos dirigia-se ao Estabelecimento Prisional uma vez por mês, tendo início no dia 10 de outubro de 2018 e término no dia 5 de junho de 2019, perfazendo um total de aproximadamente 25h de estágio neste local;
- Estágio no Centro Hospitalar do Médio Ave, em Santo Tirso, supervisionado pelo Mestre José Pedro Carvalho. Neste local, o estágio teve início no dia 28 de novembro e término no dia 15 de maio de 2019, perfazendo um total de aproximadamente 18h de estágio neste local;
- A outra parte do estágio foi realizado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, supervisionado pelo Professor Doutor Paulo Rompante e consistiu na elaboração de tarefas/desafios pelos alunos, nas datas em que não

estavam escalonados para o Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira nem para o Centro Hospitalar em Santo Tirso, fazendo um total de aproximadamente 83h de estágio neste local.

O Estágio em Saúde Oral Comunitária teve um total de aproximadamente 126 horas. Os atos clínicos realizados encontram-se descritos na tabela.

Tabela 3- Atos Clínicos realizados no Estágio em Saúde Oral Comunitária

Atos Clínicos	Operadora	Assistente
Triagem	2	6
Destartarização	3	0
Exodontia	3	6
Endodontia	1	1
Restauração	5	10
Outros	2	9

2. Conclusão

Assumindo um papel de extrema importância formação de futuros Médicos Dentistas, a realização destes estágios, durante todo o ano letivo, permite ao aluno consolidar todos os conhecimentos obtidos e ganhar prática clínica para o mercado de trabalho. O aluno, aprende a lidar com pessoas diferentes em situações igualmente diferentes. Permite, também, ao aluno aumentar o interesse em determinadas áreas e procurar saber mais sobre determinados assuntos. Por fim, permite ao aluno crescer tanto a nível pessoal como a nível profissional.