

---

**Emanoel Gama**

Graduando em Odontologia (Faculdades São José).

**Aurimar de Oliveira Andrade**

Prof. de Endodontia e Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdades São José.

**Riva Marques Campos**

Profa. de Clínica Integrada I e Clínica Integrada III – Faculdades São José

**INTRODUÇÃO**

O termo bruxismo vem do grego “brucein” e significa apertamento, fricção ou atrito dos dentes. Em 1907, foi utilizado o termo “Bruxomania”, na literatura odontológica e em 1931, foi substituído por “Bruxismo” (SILVA & CANTISANO – 2009). Pode ser definido como uma atividade involuntária e hábito parafuncional, sendo caracterizado pelo ato de ranger ou apertar os dentes, tendo manifestação no período diurno (bruxismo cêntrico) ou noturno (bruxismo excêntrico) (GONÇALVES & TOLEDO – 2010). O bruxismo é considerado a atividade parafuncional mais danosa, que pode ocorrer de forma consciente, quando se mordem lápis, caneta, cachimbo, lábios, bochechas ou dedos, ou inconscientemente. O ato de ranger os dentes ocorre frequentemente durante o sono, apresenta-se em contrações musculares rítmicas com uma força maior do que a natural, provocando atritos e ruídos fortes ao ranger os dentes, e que não podem ser reproduzidos nos períodos de consciência (GONÇALVES & TOLEDO – 2010), além de fatores como preocupação, problemas emocionais, agressão reprimida, raiva, medo, estresse e excitação, são acompanhados por ruídos notáveis (DINIZ & SILVA – 2009). O bruxismo é um fenômeno que vem se tornando cada vez mais freqüente dentro do consultório odontológico e durante muito tempo foi considerado como uma manifestação oral normal, de implicações estritamente locais. Diversos estudos se justificam pela vasta prevalência de pacientes, como crianças e adultos de ambos os sexos e vários fatores etiológicos predispõem uma pessoa ao desenvolvimento do bruxismo, através de fatores psicológicos, ansiedade, estresse e situações emocionais (DINIZ & SILVA – 2009 ; GIMENES – 2008).

Na clínica odontológica, é comum observar desgaste excessivo nas faces oclusais e incisais das superfícies dentárias, principalmente na dentição decídua. Durante a infância, o bruxismo é mais severo nas crianças em idade pré-escolar devido às características estruturais e funcionais dos dentes decíduos, embora também apareça em crianças maiores e na dentição permanente (DINIZ & SILVA – 2009) e o tratamento para este fenômeno é ainda discutível, sendo de responsabilidade do cirurgião dentista proceder a um bom exame clínico, identificar e diagnosticar os sinais e sintomas de forma precoce, para que não haja danos oclusais.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura, de modo a guiar o cirurgião dentista à importância da identificação e diagnóstico precoce do bruxismo, possibilitando um tratamento menos invasivo e multidisciplinar, acrescido de uma terapia de controle que impedirá um conseqüente desgaste oclusal.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Classificação do Bruxismo

Os aspectos clínicos do problema e possibilidades de tratamento para os pacientes portadores de bruxismo são tratados de forma abrangente. Outros nomes têm sido usados para descrever este quadro e dentre eles, neuralgia traumática, bruxomania, friccionar/ranger de dentes, briqueamento, apertamento e parafunção oral (MACEDO – 2008). Como é considerada uma atividade parafuncional mais danosa e destrutiva das cristas oclusais, é definido como uma forma involuntária e inconsciente, caracterizada pelo ato de ranger, apertamento maxilo-mandibular ou movimento de deslizamento dos dentes, tendo manifestação no período diurno, chamado bruxismo cêntrico e durante o sono, bruxismo excêntrico.

O bruxismo do sono se diferencia do bruxismo diurno por envolver distintos estados de consciência, isto é, sono e vigília, e diferentes estados fisiológicos com diferentes influências na excitabilidade oral motora. Assim, o bruxismo diurno é caracterizado por uma atividade semi-voluntária da mandíbula, de apertar os dentes enquanto o indivíduo se encontra acordado, onde geralmente não ocorre o ranger de dentes, e está relacionado a um tique ou hábito vicioso, como por exemplos, contatos entre dente e corpo estranho, podem citar o ato de morder lápis, caneta, cachimbo, ou entre dentes, membrana e mucosa, o ato de morder o lábio, língua, bochechas e chupar dedos, sendo caracterizado como bruxismo cêntrico (GIMENES – 2008; MACEDO – 2008). O bruxismo excêntrico, ou do sono é uma atividade inconsciente de ranger ou apertamento e deslizamento dos dentes nas posições protrusivas e latero-protrusivas, com produção de sons, enquanto o indivíduo encontra-se dormindo. O bruxismo do sono, também é chamado de bruxismo noturno, mas o termo mais apropriado é bruxismo do sono, pois o ranger de dentes pode também se desenvolver durante o sono diurno (MACEDO – 2008).

Na classificação Internacional de desordens do sono, está parafunção pode ser encontrada na forma leve, moderada e severa, quando ocorrem danos oclusais e das estruturas do sistema estomatognático. Existe uma subdivisão (primária), onde não há causa médica evidente. Por outro lado, a secundária é uma corrente de transtornos clínicos, neurológicos ou psiquiátricos relacionados a fatores iatrogênicos (uso ou retirada de substância ou medicamento) ou a outros transtornos do sono. Paralelamente, pode ser classificado em crônica, onde há uma adequação biológica e funcional do organismo e aguda, quando por alguma razão o processo se torna agressivo e ultrapassa a capacidade biológica de adaptação e defesa do sistema, originando os sinais clínicos (SILVA & CANTISANO – 2009).

Algumas pesquisas mostram a prevalência de pacientes, como crianças e adultos de ambos os sexos e vários fatores etiológicos, que predispoem uma pessoa ao desenvolvimento do bruxismo, através de fatores locais, hereditários, psicológicos, ansiedade, estresse e situações emocionais (DINIZ – 2009 ; GIMENES – 2008). Alguns dos sinais e sintomas que podem ser apresentados pelos pacientes seriam caracterizados pela hipertrofia muscular, presença de desgaste nas bordas incisais, nos dentes anteriores, facetas dentais polidas, incremento da linha alba, na mucosa jugal, endentações no bordo lateral da língua, dor na musculatura facial, entre outros (GIMENES – 2008).

### Prevalência e Etiologia

Diversos estudos se justificam pela vasta prevalência de pacientes, como crianças e adultos de ambos os sexos e vários fatores etiológicos predispoem uma pessoa ao desenvolvimento do bruxismo. Através de fatores locais, sistêmicos, hereditários, ocupacionais, psicológicos, ansiedade, e situações emocionais, estando fortemente correlacionada a eventos de estresse experimentados pelos indivíduos (DINIZ – 2009 ; GIMENES – 2008). Alguns estudos sobre a etiologia do bruxismo ainda são inconclusivos. Os pesquisadores

têm sugerido que fatores locais, como a maloclusão, estão perdendo a importância, enquanto os fatores cognitivos comportamentais como o estresse, ansiedade e traços da personalidade estão ganhando mais atenção. O foco atual está voltado para o fato de que o bruxismo faz parte de uma reação de despertar. Essa atividade parafuncional, parece ser modulada por vários neurotransmissores do Sistema Nervoso Central, mas não se pode afirmar que tenha regulação apenas central. Dessa forma, o bruxismo pode ser associado às disfunções crânio mandibulares, incluindo dor de cabeça, Disfunção Têmporo Mandibular (DTM), dor muscular, perda precoce de dentes devido à atrição excessiva e mobilidade, além da interrupção do sono do indivíduo e de seu companheiro de quarto (GONÇALVES & TOLEDO – 2010). Alguns estudos têm mostrado a estreita relação entre o bruxismo e algumas patologias, como as desordens respiratórias e a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono. Paralelamente, hábitos bucais como sucção de dedo, onicofagia, morder objetos, entre outros, podem ser comuns e ocorrer de forma transitória. Entretanto, quando esses excedem a tolerância fisiológica, o sistema pode entrar em colapso e prejudicar a saúde dos indivíduos (GONÇALVES & TOLEDO – 2010 ; DINIZ & SILVA – 2009).

### **Fatores locais**

Dentre os fatores locais, pode-se observar maloclusões, traumatismo oclusal, contato prematuro, reabsorção radicular, presença de cálculo dental, cistos dentígeros, dentes perdidos, excesso de material restaurador e tensão muscular. No entanto, alguns autores observaram que a presença de maloclusão não aumenta a probabilidade de a criança desenvolver bruxismo. Existem evidências de que o bruxismo em crianças pequenas, pode ser consequência da imaturidade do sistema mastigatório neuromuscular. Outros autores associam a presença de bruxismo ao tempo de aleitamento materno e observam que quanto mais prolongado o aleitamento materno, menor a ocorrência de hábitos orais nocivos, como o bruxismo (DINIZ & SILVA – 2009).

A criança pode desenvolver bruxismo após a erupção dos incisivos centrais decíduos, ocasionando dilacerações gengivais nos casos em que o antagonista ainda não erupcionou. O bruxismo infantil pode ser caracterizado pela presença de desgastes da superfície dentária, desconfortos musculares e articulares, atuando como coadjuvante na progressão da doença periodontal destrutiva e contribuindo para o desenvolvimento de falsa Classe III, além de acelerar a rizólise de dentes decíduos e provocar alterações na cronologia de erupção dos dentes permanentes. Descreve-se, também, a possibilidade de o bruxismo favorecer o apinhamento dental (GONÇALVES & TOLEDO – 2010 ; DINIZ & SILVA – 2009).

Os efeitos do bruxismo no periodonto são visualizados por intermédio de agravamento da doença periodontal, perda de inserção acelerada e perdas ósseas verticais ou anguladas, nas regiões de maior trauma. Em presença de saúde periodontal, recessões generalizadas, reabsorção da crista óssea alveolar horizontal, espessamento da lâmina dura, podendo gerar hipercementose e cementomas visualizados através de radiografias. Adicionalmente, os traumas dentais são responsáveis por fraturas dentais, principalmente se desvitalizados, por serem mais friáveis. Podem também causar extrusão dental por inflamação do ligamento periodontal. O dente extruído, por sua vez sofrerá ainda mais trauma, levando à mobilidade e agravamento da condição. Como o bruxismo pode ser caracterizado apenas pelo apertamento, nem sempre o desgaste dentário é evidente. É possível que o paciente apresente mobilidade de elementos isolados como únicos sinais do bruxismo ou somente espessamento da lâmina dura e histórico de fratura recorrente de restaurações (PRIMO et al. – 2009).

### **Fatores Sistêmicos**

As condições sistêmicas como as alterações do trato digestivo, deficiências nutricionais e vitamínicas, alergias, parasitoses intestinais, distúrbios otorrinolaringológicos, desequilíbrio endócrinas, Síndrome de Down e deficiência mental, podem estar relacionados ao desenvolvimento do hábito (SILVA & CANTISANO – 2009 ; GONÇALVES & TOLEDO – 2010 ; DINIZ & SILVA – 2009). Os pesquisadores observaram uma associação positiva entre problemas respiratórios durante o sono, como a obstrução das vias aéreas devido à hiperplasia tonsilar, e a presença de bruxismo em crianças. Os autores relataram que, após a cirurgia de adenóides e tonsilas, as crianças apresentaram uma melhora significativa no quadro de bruxismo (SILVA & CANTISANO – 2009 ; DINIZ & SILVA – 2009).

As funções orgânicas são controladas, principalmente, pelo sistema nervoso central (SNC), através de atividades voluntárias e involuntárias. As atividades involuntárias são controladas pelo Sistema Nervoso Autônomo (SNA), subdividido em simpático e parassimpático. O sistema simpático sobressai-se em situações de estresse e o parassimpático, por sua vez, em situações de repouso. No período de sono ocorre um predomínio da atividade parassimpática. Porém, no início do sono REM (rápido movimentados olhos) que ocorre de 6 a 8 vezes durante o sono, há uma redução da atividade parassimpática e um aumento da atividade simpática, denominada de micro despertar. Este corresponde a despertares curtos com duração de 3 a 15 segundos, que aumentam a atividade alfa e delta cerebral demonstrada por meio de eletroencefalograma que, possivelmente, sejam controlados por vários neurotransmissores do SNC, principalmente pelo sistema dopaminérgico. A dopamina pode causar o aumento dos batimentos cardíacos, náuseas, aumento do tônus dos músculos supra-hióideos e início da atividade muscular mastigatória rítmica do masseter e, conseqüentemente, o ranger de dentes. Também vaso constricção, assim se houver a contração anormal dos músculos a falta de vascularização causará a dor (PRIMO et al. – 2009).

### **Fatores Psicológicos**

As fortes tensões emocionais, problemas familiares, crises existênciais, estado de ansiedade, depressão, medo e hostilidade, crianças em fase de auto-afirmação, provas escolares ou mesmo a prática de esportes competitivos e campeonatos podem atuar como fatores de origem psicológica (GONÇALVES & TOLEDO – 2010).

### **Fatores Emocionais**

A ansiedade tem sido o fator emocional mais estudado em crianças e o bruxismo é considerada uma resposta de escape, uma vez que a cavidade bucal possui um forte potencial afetivo, além de ser um local privilegiado para a expressão de impulsos reprimidos, emoções e conflitos. Dessa forma, algumas crianças por não conseguirem satisfazer seus anseios, desejos e necessidades, acabam por ranger ou apertar os dentes para compensar tais problemas ou como uma forma de auto-agressão (DINIZ & SILVA – 2009 ; ZENARI & BITAR - 2010). As variações na personalidade da criança muitas vezes são responsáveis pelo desenvolvimento deste hábito (DINIZ & SILVA – 2009). Em adultos, estudos realizados apontaram o estresse como o principal causador do problema, assim como ações emocionais, agressão reprimida, ansiedade, raiva, medo e diversos tipos de frustrações, depressão, distúrbios do sono, falta de higiene do sono, uso de psicofármacos ou estado de dor (crônica em especial) (GIMENES – 2008). O consumo de bebidas xânticas (café, chá, chocolate, refrigerante tipo coca cola), anfetaminas, álcool e tabaco podem estar envolvidos, uma vez que, estimulando o sistema nervoso central, aumentam ansiedade e estresse (SILVA & CANTISANO – 2009).

### **Fatores Hereditários**

Com relação aos fatores hereditários, um estudo sobre pre-disposição genética confirmou que pais que possuíam o hábito na infância freqüentemente apresentam filhos que apertam ou rangem os dentes, o que sugere uma predisposição hereditária, embora o modo de transmissão ainda seja desconhecido (DINIZ & SILVA – 2009).

### **Fatores Ocupacionais**

Os fatores ocupacionais estão relacionados com atividades físicas, profissionais e mentais, alguns relacionados ao comportamento e condições físicas (por exemplo, mioespaço muscular, enurese noturna, cólica, excessiva salivagem noturna e conversar dormindo) apresentaram diferença significativa entre pacientes com e sem o hábito (SILVA & CANTISANO – 2009).

## **SINAIS E SINTOMAS**

O bruxismo é uma doença de características multiplofatoriais e com desgaste oclusais severo, devendo o clínico estar atendo aos diversos sinais e sintomas para um correto diagnóstico. Alguns dos sinais que podem ser apresentados pelos pacientes, seriam caracterizados pela hipertrofia muscular e a presença de

desgaste nas bordas incisais nos dentes anteriores. Este é o alerta primário para a presença do dano, entre outros existem facetas dentais polidas, incremento da linha alba, na mucosa jugal, edentações no bordo lateral da língua. Além disso, o desconforto de familiares também pode ser um alerta para o problema, no momento em que identificam ruídos durante o sono do paciente, decorrente da atrição. Isto, muitas vezes não é percebido pelo portador (GIMENES – 2008 ; DEKON & PELLIZZER – 2003). Ainda em relação aos sinais, no elemento dental, o que se observa, além da presença de facetas, é a formação de trincas, erosão cervical, fraturas coronárias ou de restaurações. Em relação aos sintomas, nem sempre a dor está associada à queixa principal. Entretanto, há sintomatologia em que a dor encontra-se acompanhada e pode se manifestar em diversas estruturas do Sistema estomatognático, como músculos, Articulação Têmporo Mandibular ou até nos próprios dentes. Quando isso ocorre, o paciente procura precocemente o tratamento, antes que resulte em grandes danos para a estrutura dentária. Conseqüentemente, quando ocorre uma adaptação fisiológica dessas estruturas, o maior prejudicado é o próprio dente, que vai perdendo estrutura (esmalte e dentina) de maneira gradativa, e apresenta destruição das estruturas periodontais, representada pela perda óssea, resultando em mobilidade, pericementite e até abscesso periodontal, podendo em alguns casos evoluir para um comprometimento da polpa, resultando em pulpite ou necrose pulpar, tudo isso, associado à dor ou desconforto, e, em estágios avançados, perda do elemento dental (DINIZ & SILVA – 2009 ; DEKON & PELLIZZER – 2003).

## POSSIBILIDADES DE TRATAMENTOS

O tratamento para este fenômeno parafuncional é ainda discutível, sendo de responsabilidade do cirurgião dentista proceder a um bom exame clínico e intervir para que não haja danos severos oclusais, uns dos grandes problemas nos casos de pacientes “bruxômanos” que são informados e conscientizados do seu estado, quando o quadro clínico já tomou proporções avançadas. Este tratamento consiste em um trabalho multidisciplinar que abrange a odontologia, a medicina e a psicologia. A odontologia normalmente atua em procedimentos restauradores, tratamento ortodôntico e placa miorelaxante. Em algumas situações, pode haver a necessidade de um tratamento sistêmico com uso de medicação parafuncional e tratamento médico, além de aconselhamento psicológico (GONÇALVES & TOLEDO – 2010 ; DINIZ & SILVA – 2009).

### Tratamentos Odontológicos

No tratamento odontológico para o bruxismo, a principal intervenção clínica deve ser voltada para a proteção do dente, reduzindo o ranger, aliviando dores faciais e temporais e promovendo melhorias na qualidade do sono, incluído ajuste oclusal e restauração da superfície dentária, devido à severidade do desgaste. Quando iniciado o tratamento com o uso da placa de mordida, essa placa oclusal é um dispositivo interoclusal removível, que abrange todos os dentes de um dos arcos, geralmente o superior, que se ajusta nas incisais e oclusais dos dentes, criando contato oclusal prévio com os dentes do arco oposto. É também conhecido como protetor noturno, aparelho interoclusal ou até mesmo aparelho ortopédico. Este dispositivo é comumente usado nos hábitos parafuncionais como o bruxismo e as DTMs. A sua função é a obtenção de um diagnóstico diferencial, para problemas de atividade muscular anormal, para o alívio da dor nas fases agudas nos casos de hábitos parafuncionais e como proteção para os dentes do atrito de cargas traumáticas nos casos de bruxismo. É portanto, um aparelho não invasivo, de efeito reversível, o que é sempre desejável em casos de problemas com origens complexas (GIMENES – 2008 ; OLIVEIRA & CARMO – 2000). Os principais requisitos para inserir uma placa interoclusal, em criança é que ela seja bem ajustada e estável. Ela deve assentar totalmente sem inclinação ou báscula produzida quando os dentes opostos se contactam com ela, visa a reduzir a atividade parafuncional, desprogramar e induzir ao relaxamento muscular, obter uma proteção dos dentes contra a atrição e desgaste, balanceio dos contatos oclusais, bem como reposicionar a mandíbula, colocando-a em uma relação normal com a maxila para alcançar um equilíbrio neuromuscular, a placa de mordida tem como vantagem não interferir no processo de crescimento das arcadas dentárias infantis ou alterar as suas características físicas, além de ser um tratamento reversível, de boa aceitação pelas crianças e eficaz, tem a finalidade reduzir a atividade muscular, proporcionando maior conforto ao paciente. O material de escolha para a confecção da placa deve ser à base de silicone, com espessura de aproximadamente três milímetros, estendendo-se da região vestibular à lingual, com superfície plana, o



suficiente para prevenir a perfuração e aumentar a resistência ao impacto (SILVA & CANTISANO – 2009 ; DINIZ – 2009 ; OLIVEIRA & CARMO – 2000).

Considerando ainda o tratamento dentário, deve-se avaliar a necessidade de ajustar a oclusão do paciente e restaurar as superfícies dentárias e contornos com materiais adequados e indicados para cada caso. Levando à necessidade de reconstrução oclusal. Para tal procedimento, é preciso analisar bem o antagonista antes da escolha do material restaurador, devido à diferença da resistência. Ao desgaste por abrasão entre os materiais empregados, para que não ocorra o insucesso do tratamento. Em alguns pacientes, o tratamento ortodôntico se faz necessário (DINIZ – 2009 ; PRIMO et al. – 2009).

### **Tratamento Farmacológico**

O profissional pode fazer uso de vários medicamentos, muitas vezes, apenas paliativos no tratamento do bruxismo. Em ocorrência de dor, são prescritos analgésicos, anti-inflamatórios, miorelaxantes e também são utilizados fármacos para casos agudos e graves do tipo benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, betas bloqueadores, agentes dopaminérgicos, antidepressivos, e relaxantes musculares são os mais usados, estes quando fatores emocionais estiverem envolvidos. Porém, não há nenhuma droga de primeira eleição, os fármacos são utilizados por um período curto de tempo, contudo esse tipo de tratamento não é seguro, pois pode levar a dependência química e recidiva após suspensão (SILVA & CANTISANO – 2009 ; MACE-DO – 2008 ; PRIMO et al. – 2009).

### **Tratamento Psicológico**

A teoria psicológica apontava o estresse e a ansiedade como fatores iniciadores ou perpetuadores do bruxismo. As pesquisas atuais têm mostrado que fatores psicológicos não são os principais fatores, mas apenas os agravamentos ou perpetuadores. Um estudo de variabilidade em pacientes com bruxismo para identificar a correlação entre o distúrbio e a ansiedade. O que foi verificado é que, em 48% dos casos de bruxismo estudados, a ansiedade tinha relação com o distúrbio (GIMENES – 2008). O tratamento psicológico consiste em diminuir e controlar o estresse psicológico do paciente, através de técnicas de relaxamento e terapia comportamental baseada na higiene do sono, que tem por finalidade a correção de hábitos pessoais e fatores ambientais que interferem na qualidade do sono, contudo nenhum desses tratamentos é baseado em fortes evidências.

### **Tratamento Fisioterápico**

A fisioterapia tem uma importância substancial no tratamento das disfunções temporomandibulares e do bruxismo. As diversas técnicas de terapia manual e modalidades de eletroterapia são fortes aliados capazes de restabelecer as funções normais do aparelho mastigatório e eliminar os sintomas. A hiperatividade dos músculos mastigatórios nos “bruxômanos” ocasiona freqüentes isquemias musculares que levam a desperdícios metabólicos e, conseqüentemente, à fadiga e dor muscular. A termoterapia usa calor como mecanismo principal, provocando vaso dilatação, o que facilita a oxigenação das áreas afetadas, reduz os sintomas musculares e efeito sedativo sobre os nervos motores. Terapias de relaxamento podem resultar na eliminação dos resultantes metabólicos que sensibilizam os nociceptores e, em decorrência disto, ocorre uma diminuição da dor. O TEES (estimulação eletroneural transcutânea) gera impulsos elétricos rítmicos criando contrações involuntárias repetidas e relaxamento. Dessa forma, os espasmos vão sendo eliminados e a circulação nos músculos afetados é aumentada. A acupuntura já tem sua efetividade comprovada por sua ação analgésica local (somatostatina) e central (encefalinas, dinorfinas, endorfinas); ação anti-inflamatória (cortisol); ação ansiolítica, e melhora da defesa imunológica. Dessa maneira, a Fisioterapia constitui-se em um importante aliado na restauração normal do aparelho estomatognático, reversão de quadros dolorosos e contribui para homeostase orgânica dos bruxômanos. Cabe ao cirurgião-dentista e ao fisioterapeuta escolherem a terapêutica mais adequada para cada situação.

### **Tratamento Médico**

Os profissionais da área neurológica têm grande responsabilidade no atendimento clínico, onde além dos relaxantes musculares, analgésicos e anti-inflamatórios, têm sido utilizados medicamentos para o controle

ou tratamento do bruxismo. Atualmente, o que ainda é mais seguro fazer é apenas a prescrição sintomática do bruxismo, já que uma infinidade de drogas (benzodiazepínicos, antidepressivos, catecolaminas, toxina botulínica dentre outras) tem sido pesquisada sem sucesso, contudo, há um consenso sobre a melhor indicação e protocolo de prescrição. Após o sistema dopaminérgico e a neurotransmissão central serem apontados como moduladores dos episódios de bruxismo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O bruxismo vem se tornando cada vez mais freqüente em pacientes que procuram os consultórios odontológicos. Desta forma, compete ao cirurgião dentista estar preparado a realizar um bom diagnóstico de sinais e sintomas, com aspectos da identificação do problema, informando ao paciente da severidade do caso que o acomete. Sabe-se também que, quanto maior a conscientização do paciente sobre o hábito, melhor o prognóstico e mais motivado estará para o tratamento. Sendo assim, torna-se necessário que o profissional esclareça ao "bruxômano", quanto à relação entre o hábito parafuncional e os fatores desencadeantes, dando-lhe orientações cabíveis e as possibilidades de tratamento. O profissional deve realizar procedimentos odontológicos para preservação das estruturas dentárias, como uso de placa na terapia oclusal, proporcionando condições de equilíbrio oclusal e/ ou mandibular, importante para proteção dos elementos dentários, relaxamento dos músculos hipertrofiados, prevenindo também sobrecarga para a articulação Têmporo Mandibular. Pode-se concluir que, independente dos fatores envolvidos na etiologia do bruxismo, a terapia oclusal pode sempre ser indicada, pois promove conforto funcional e previne maiores danos aos componentes do sistema mastigatório, evidenciando-se efeitos terapêuticos múltiplos sobre diversos componentes do aparelho mastigador. Os danos causados aos portadores desta parafunção severa poderão ser amenizados ou evitados, estabelecendo medidas terapêuticas adequadas, promovendo uma melhor qualidade de vida, uma vez que o tratamento definitivo ainda não foi totalmente elucidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DEKON, S. F. C; PELLIZZER, E. P, et al. *Reabilitação oral em paciente portador de parafunção severa*. Revista Odontológica de Araçatuba, Jan/ Jul.2003, v. 24, n.1, p.54-59.
2. DINIZ, M. B; SILVA, R. C. *Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras*. Artigo publicado na revista Paul Pediatr. Mar. 2009, v.27, n.3, p.329-334.
3. GIMENES, M. C. M. *Bruxismo aspectos clínicos e tratamentos*. Artigo publicado na Jan. 2008. Disponível em [http://WWW.portaleducação.com.br/odontologia/artigos/2008/bruxismo aspectos clínicos](http://WWW.portaleducação.com.br/odontologia/artigos/2008/bruxismo%20aspectos%20cl%C3%ADNICOS). Acesso em 22/04/2012.
4. GONÇALVES, L. P. V; TOLEDO, O. A. et al. *Relações entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos locais*. Artigo publicado na revista Dental Press J. Orthod, Mar. 2010, v.15, n.2, p.97-104.
5. MACEDO, C. R. *Bruxismo do sono*. Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial, Mar/Abr, 2008, v, 13, n. 2, p. 18-22.
6. OLIVEIRA, M. E.; CARMO, M. R. C. *Placa de mordida interoclusal para tratamento de bruxismo*. Revista do CROMG, 2000. v. 7, n. 3, p. 183-186.
7. PRIMO, P. P.; MIURA, C. S. N.; BOLETA-CERANTO, D. C. F. *Considerações fisiopatologias sobre bruxismo*. Revista Ciência Saúde. UNIPAR, Umuarama, set./dez. 2009. v. 13, n. 3, p. 263-266.
8. SILVA, N. R. S; CASTISANO, M. H. *Bruxismo etiologia e tratamento*. Revista Brasileira de odontologia, Jul/Dez. 2009, v, 66, n. 2, p. 223-226.
9. ZENARI, M. S; BITAR, M. L. *Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos*. Revista de Atualização científica, Out/Dez. 2010, v.22, n.4, p. 465-472.