

Ansiedade como fator etiológico do bruxismo - revisão de literatura

Anxiety as an ethological factor of bruxism - literature

La ansiedad como factor etológico del brushismo - revisión de la literatura

Recebido: 24/04/2020 | Revisado: 25/04/2020 | Aceito: 27/04/2020 | Publicado: 28/04/2020

Guereth Alexsanderson Oliveira Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3286-2943>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: guerethcarvalho@gmail.com

Geovanna Peres de Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4285-0153>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: geo_perezhp@hotmail.com

Josué Junior Araújo Pierote

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0585-1405>

Universidade de Santo Amaro, Brasil

E-mail: josuepierote@hotmail.com

Vinicius da Silva Caetano

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6310-8495>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: vsvinicius@gmail.com

Deloniê Eduardo Oliveira de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5111-9058>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: delonielima@hotmail.com

Igor Vinícius Soares Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2024-4366>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: igorvscosta@gmail.com

Francisco Antônio de Jesus Costa Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8682-2237>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: franciscoo_@outlook.com

Lara Fernanda Carlos Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0695-7490>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: lara_lf1@hotmail.com

Resumo

O bruxismo é o hábito parafuncional de origem multifatorial, que causa distúrbios funcionais de severas implicações clínicas. Essa parafunção pode ter relação com fatores emocionais, ansiedade, e relação com características comportamentais do indivíduo. O objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência do bruxismo em vigília e bruxismo do sono descrevendo aspectos relacionados à ansiedade. Determinar o fator etiológico é importante ao diagnóstico e ao tratamento, para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com o hábito. O presente trabalho revisou a literatura acerca da relação entre o bruxismo e a ansiedade, abordando as principais formas de tratamento dessa disfunção. Foram utilizadas as palavras-chave “bruxismo”, “ansiedade”, “etiologia” e “bruxismo do sono” nas bases de dados PubMed e BVS. Foram escolhidas as referências que tratavam dos assuntos relacionados ao tema proposto, publicadas durante os últimos 20 anos. Observa-se que a abordagem e o tratamento do paciente com bruxismo e ansiedade devem ser multidisciplinares, e que a relação direta entre as duas doenças não é fácil de ser determinada, pois não há evidência científica do bruxismo do sono e bruxismo em vigília. Dessa forma, as evidências elucidam que há necessidade de estudos bem delineados. Ademais, as formas de tratamento disponíveis são inúmeras, e que para haver efetividade, as terapias devem ser multiprofissionais, dependem da determinação dos fatores etiológicos das duas patologias, e da avaliação dos riscos e benefícios de cada terapia para o paciente a ser tratado.

Palavras-chave: Bruxismo; Ansiedade; Etiologia; Bruxismo do sono.

Abstract

Bruxism is a parafunctional habit of multifactorial origin, which causes functional disorders with severe clinical implications. This function may be related to emotional factors, anxiety, and to behavioral characteristics of the individual. The objective of this work was to evaluate the prevalence of bruxism during waking and sleep bruxism describing aspects related to anxiety. Determining the etiological factor is important for diagnosis and treatment, to improve the quality of life of patients with the habit. The present study reviewed the literature on the relationship between bruxism and anxiety, addressing the main ways of treating this

dysfunction. The keywords “bruxism”, “anxiety”, “etiology” and “sleep bruxism” were used in the PubMed and VHL databases. The references that dealt with the subjects related to the proposed theme were chosen, published during the last 20 years. He observes that the approach and treatment of the patient with bruxism and anxiety must be multidisciplinary, and that the direct relationship between the two diseases is not easy to be determined, as there is no scientific evidence of sleep bruxism and bruxism in wake. Thus, the evidence elucidates that there is a need for well-designed studies. In addition, the forms of treatment available are numerous, and that to be effective, therapies must be multidisciplinary, depending on the determination of the etiological factors of the two pathologies, and on the assessment of the risks and benefits of each therapy for the patient to be treated.

Keywords: Bruxism; Anxiety. Etiology; Sleep bruxism

Resumen

El bruxismo es un hábito parafuncional de origen multifactorial, que causa trastornos funcionales con graves implicaciones clínicas. Esta función puede estar relacionada con factores emocionales, ansiedad y características de comportamiento del individuo. El objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia del bruxismo durante la vigilia y el bruxismo del sueño describiendo aspectos relacionados con la ansiedad. La determinación del factor etiológico es importante para el diagnóstico y el tratamiento, para mejorar la calidad de vida de los pacientes con el hábito. El presente estudio revisó la literatura sobre la relación entre bruxismo y ansiedad, abordando las principales formas de tratar esta disfunción. Las palabras clave "bruxismo", "ansiedad", "etiología" y "bruxismo del sueño" se utilizaron en las bases de datos PubMed y VHL. Se eligieron las referencias que trataron los temas relacionados con el tema propuesto, publicado durante los últimos 20 años. Él observa que el enfoque y el tratamiento del paciente con bruxismo y ansiedad deben ser multidisciplinarios, y que la relación directa entre las dos enfermedades no es fácil de determinar, ya que no hay evidencia científica de bruxismo del sueño y bruxismo en vigilia. Por lo tanto, la evidencia aclara que existe la necesidad de estudios bien diseñados. Además, las formas de tratamiento disponibles son numerosas y, para que sean efectivas, las terapias deben ser multidisciplinarias, dependiendo de la determinación de los factores etiológicos de las dos patologías y de la evaluación de los riesgos y beneficios de cada terapia para el paciente a tratar.

Palabras clave: Bruxismo; Ansiedad; Etiología; Bruxismo del sueño:

1. Introdução

O termo bruxismo deriva da palavra grega *brygmos*, que significa “ranger os dentes”, e na literatura científica foi descrito pela primeira vez como *La Bruxomanie* por Marie e Pietkiewicz em 1907. Considerado como atividade parafuncional da musculatura mastigatória, o bruxismo tem sido descrito e relatado desde tempos remotos ao longo da história (Castrillon et al., 2016). É a disfunção musculoesquelética que atinge o sistema estomatognático caracterizado pela intensidade e pela repetição periódica de apertar e ranger os dentes. Sua definição tem sofrido atualizações ao longo dos tempos face à evolução do seu conhecimento (Couto, 2016).

Os efeitos e sintomatologia dolorosa dependem do grau de intensidade, do tempo de duração e do número de dentes acometidos (Seraj et al., 2010). Por se tratar de uma alteração com grande poder de destruição dentária, o bruxismo deve ser diagnosticado o mais rápido possível (Araujo, 2009). Estudos mostram que os fatores etiológicos como a ansiedade, estresse e situações emocionais predis põem ao desenvolvimento do bruxismo em vigília (Diniz, 2009).

A ansiedade é uma das principais desordens psiquiátricas que afeta o homem. Sua prevalência crescente nos últimos anos é devido ao estilo de vida adotado e aos fatores estressantes impostos pela sociedade. É definida como estado emocional desagradável no qual existem sentimentos de perigo iminente, caracterizado por inquietação, tensão ou apreensão (Campos et al., 2017). O aumento dos tônus da musculatura da cabeça e pescoço, além de promover hábitos parafuncionais, como o bruxismo em vigília, são as principais consequências da ansiedade (Garcia et al., 2009).

Gungormus e Ercyas (2009) relataram que os pacientes com bruxismo retratam maiores índices de ansiedade e depressão quando comparados ao grupo de pacientes sem bruxismo. Os autores descrevem que pode haver uma associação entre bruxismo e graus mais elevados de ansiedade e/ ou depressão em pacientes com disfunção temporomandibular.

Na prática clínica observamos que é muito comum o próprio paciente relatar a piora no quadro de BS (Bruxismo do Sono) em função de estresse (Saczuk, et al, 2019). Os pacientes relatam que rangem mais os dentes em períodos de trabalho ou preocupações intensas, por exemplo. É importante salientar que a maioria dos dados disponíveis a respeito do papel da ansiedade e do estresse no BS é derivada de questionários, e esses podem estar sujeitos a

erros, pois tanto os fatores psicológicos como o próprio BS podem ter flutuação normal. Por outro lado, as maiorias dos indivíduos jovens e saudáveis não estão cientes do seu hábito de ranger os dentes até que haja algum sinal (desgaste dentário, por exemplo), ou o paciente venha ter algum sintoma (como dor muscular, por exemplo) (Dal & Fabbri et al., 2009).

O estudo de fatores etiológicos do bruxismo, como a ansiedade, é de fundamental importância para melhorar a compreensão sobre esse hábito parafuncional. Além, de auxiliar o correto diagnóstico e permitir um tratamento efetivo, permitindo a abordagem multidisciplinar dessa disfunção. Assim, o objetivo do trabalho foi revisar a literatura acerca da relação entre o bruxismo e a ansiedade, abordando as principais formas de tratamento dessa disfunção.

2. Metodologia

Esta pesquisa seguiu os princípios de uma revisão bibliográfica da literatura utilizando as bases de dados: PubMed e BVS e livros que relatavam os temas propostos durante os últimos 20 anos (de 1999 a 2019) e esporadicamente alguns artigos de suma importância para a compreensão do contexto foram citados fora da janela temporal especificada. As palavras chaves utilizadas foram: bruxismo, ansiedade e etiologia. Foram escolhidas as referências que tratavam dos assuntos relacionados ao tema proposto, logo após foram submetidos à análise a fim de detectar a existência de assuntos relacionados ao tema a partir dos resumos dos trabalhos.

Todos os artigos foram fichados e resumidos e constam na revisão de literatura com a finalidade de se alcançar os objetivos pretendidos. Trabalhos que não tivessem metodologia claramente detalhada no resumo ou fugissem ao tema proposto foram excluídos.

3. Resultados e Discussão

Definição e Classificação

A origem do nome bruxismo possui algumas peculiaridades. A primeira delas é mundial e diz respeito ao neologismo inglês *bruxism*, que se originou de outro neologismo francês

Bruxomanie (mania de ranger os dentes). Este último foi criado a partir de duas palavras gregas, cuja transliteração sofreu um erro de tradução. Já a segunda fala especificamente ao idioma português, no qual já existia desde o século XV a palavra “bruxismo” como um sentido completamente diferente: crença em bruxas. “A palavra ranger tem origem latina e significa “arreganhar os dentes (animal), enraivecer, enfurecer-se, irritar-se; ou atritar os dentes uns contra os outros por efeito dos nervosismos, dor, etc.” É sinônima de rilhar e ringir, palavras com origens e significados semelhantes (Siqueira, 2016).

Para a Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) a definição de bruxismo é uma atividade parafuncional diurna ou noturna, incluindo os hábitos inconscientes de apertar ou ranger os dentes. (Okeson, 1996).

O bruxismo é um evento que vem sendo detectado cada vez mais no dia a dia do cirurgião dentista, e ao longo do tempo foi considerado como uma manifestação oral normal, de implicações estritamente locais. Esse hábito parafuncional apresenta uma origem absolutamente multifatorial, expressando-se por distúrbios funcionais de severas implicações clínicas (Seraidarian, 2010).

O bruxismo é conhecido como um hábito parafuncional, pois se diferencia fisiologicamente da mastigação, respiração e da deglutição, que são funcionais, como veremos na fisiopatologia do bruxismo. A definição não é homogênea, pois depende do grupo que a introduziu. O que é uniforme é o fato de ser considerado hábito parafuncional, geralmente estereotipado, e que pode acontecer tanto na vigília quanto no sono (Siqueira, 2016).

Ele é dividido em dois grupos: bruxismo do sono e bruxismo em vigília, sendo que nesses dois grupos a causa pode ser desconhecida (primário ou idiopático) ou atribuída a doenças neuropsiquiátricas ou ao uso de medicamentos (secundário). O bruxismo primário ou idiopático não tem causa definida e essa classificação é a mais comum. O bruxismo idiopático ou vigília ocorre com o indivíduo consciente, ele tem sido relacionado à condição emocional, em que o estresse e ansiedade parecem ter papel relevante nessa classificação (Siqueira, 2016).

O bruxismo é conhecido como um hábito parafuncional, pois se diferencia fisiologicamente da mastigação, respiração e da deglutição, que são funcionais. Para a academia Americana de Prótese Dental (The Glossary of Prosthodontic Terms, 2005) o bruxismo é um hábito que consiste no movimento rítmico, involuntário ou espasmódico, não

funcional, de bater, ranger ou apertar os dentes durante movimentos mandibulares (exceto da mastigação) o qual pode causar traumatismo oclusal.

O bruxismo tornou-se motivo de estudo de várias disciplinas médicas, odontológicas, psicológicas, entre outras. Não há dúvida, portanto de que é uma questão multidisciplinar. A odontologia, geralmente, é a primeira a ser procurada por pacientes ou familiares, devido às sequelas sobre o aparelho mastigatório (Siqueira, 2016).

Prevalência

É extremamente difícil obter estimativas reais deste distúrbio, por ser um hábito inconsciente. Muitas vezes as constatações têm sido baseadas apenas na observação do desgaste dental e em relatos de familiares a respeito dos ruídos provocados pelo ranger os dentes. Entretanto, esses relatos são limitados, visto que não evidenciam aqueles que apertam mais os dentes (portanto, sem ruídos audíveis), quando o indivíduo dorme só ou fazem uso de próteses podem ranger os dentes, porém, também com ruídos menores devido à dentição artificial (Tufik, 2008).

A prevalência de transtornos de ansiedade é elevada em subgrupos populacionais em todo o mundo. Uma pesquisa recente expandiu seu foco para os países asiáticos, um número cada vez maior de condições físicas e psiquiátricas, e os eventos traumáticos relacionados com a ansiedade. Apesar da grande heterogeneidade das estimativas de prevalência entre os estudos primários, houve emergentes e evidências convincente a prevalência substancial de transtornos de ansiedade em geral, e em particular nas mulheres, adultos jovens e pessoas com doenças crônicas (Remes, et al.,2016).

Plaza et al., (2016) em um estudo concluiu que o bruxismo de vigília é altamente prevalente entre os universitários da faculdade odontológica de Universidade de Cuenca é de 52,1%, há um alto frequência de pacientes com estresse (68,4%), pacientes com bruxismo em vigília estão mais predispostos a ter ansiedade (61,7%), são vulneráveis para este transtorno psicossocial, a associação foi confirmada entre depressão e provável bruxismo de vigília (64,4%) dos pacientes que foram diagnosticados Com este tipo de bruxismo, não há relação estatisticamente significativa entre sexo e idade com o bruxismo de vigília.

A prevalência correta do bruxismo do sono na população é duvidosa e subestimada. Isto ocorre devido aos estudos epidemiológicos que são realizados em populações e metodologias diferentes. Por exemplo, o relato de pacientes que dormem sozinhos e não têm conhecimento

dos sons produzidos durante o seu sono, pode ser diferente dos questionários preenchidos por pacientes ou familiares com diferentes definições clínicas e diferente sintomatologia (Bader, 2000).

A prevalência de bruxismo do sono em adultos foi colocada entre de 22,1% a 31%. A prevalência em crianças variou de 3,5% a 40,6% de acordo com uma revisão sistemática (Manfredini et al., 2013). A prevalência exata do bruxismo do sono é difícil de determinar, uma vez que a maioria dos estudos populacionais geralmente são baseados em questionários auto relatados devido a restrições técnicas/de custo e a maioria dos bruxistas (mais de 80%) desconhece seu hábito. Além disso, verificou-se que a atividade do bruxismo varia significativamente ao longo do tempo (Lavinge et al., 2001).

Em suma o bruxismo do sono atinge igualmente ambos os sexos sendo mais prevalente na infância, sua incidência é reduzida na idade adulta e mais ainda na velhice. Pode estar associada a outros distúrbios do sono, vida estressante e aos transtornos de ansiedade. Além dos problemas odontológicos que provoca, pode ser decorrente de doenças neurológicas ou psiquiátricas, ou seja, o bruxismo do sono também pode ser primário ou secundário (Siqueira, 2016).

É importante ressaltar que não há uma estimativa exata e precisa quanto à prevalência de bruxismo do sono, tendo em vista que os estudos epidemiológicos apresentam resultados variáveis devido a populações e metodologias clínicas e sintomatológicas diferentes (Santos, 2014). Quanto a isso, confirma-se que a maioria das evidências científicas se concentra no bruxismo do sono, havendo uma grande falta de investigações de bruxismo em vigília (Ordonez, 2016).

Carvalho et al (2018) Na cidade de São Luís, Maranhão, fez um estudo transversal no qual foi feito com 81 policiais militares e confirmou que a prevalência de bruxismo foi 33,3%, dos quais 77,8% estavam conscientes desse hábito parafuncional. Com relação aos sinais e sintomas entre os policiais bruxistas, 33,3% relataram desconforto nos músculos mastigatórios, enquanto somente 25,9% apresentaram sensibilidade à palpação dos músculos temporal e/ou masseter.

A confirmação da prevalência do bruxismo seria aumentada pela variação tanto da frequência, quanto da intensidade dos episódios em um mesmo indivíduo. Desta forma, faz-se

necessário uma atenção especial do profissional ao diagnóstico e alerta ao paciente em relação à existência e prevenção das consequências deste hábito parafuncional (Guedes, 2001).

Etiologia

Os fatores etiológicos do bruxismo podem ser divididos em duas correntes: etiologia periférica, que engloba os fatores morfológicos; e a etiologia central, em que são integrados os fatores psicológicos e patofisiológicos. Por conta disso, vários estudos apontam para um modelo multifatorial para explicar o bruxismo em crianças (Couto, 2016).

Admite-se uma etiologia multifatorial para o bruxismo, incluindo fatores associados à oclusão dentária, estresse emocional, ansiedade, depressão, substâncias psicoativas (por exemplo, nicotina, café, álcool, cocaína), doenças das vias respiratórias altas, transtornos psiquiátricos (demência, retardo mental, tiques, síndrome de tourette), psicológicos (personalidade ansiosa), doenças neurológicas (doença de Parkinson, hemorragia cerebelar, atrofiar cerebelar, discinesia (oral) uso de medicações (por exemplo, L-do-pa, neurolépticos, anfetaminas, inibidores seletivos da recapturarão da serotonina), drogas lícitas ou ilícitas (álcool e cocaína), genética, disfunção do sistema dopaminérgico ou do sistema nervoso central (dopamina, noradrenalina, e serotonina) e outros distúrbios do sono (movimentos periódicos de perna, apneia, distúrbios do sono REM e microdespertares (Aasm, Lavinge & Van Der Zaag, et al 2005).

O bruxismo primário, por ser idiopático, não está associado a nenhuma razão médica evidente, clínica ou psiquiátrica. Esta classificação primária pode ser um distúrbio crônico persistente, com evolução a partir do seu surgimento na infância ou adolescência para a idade adulta. Já o bruxismo secundário está relacionado com outros transtornos clínicos: neurológico, como na doença de Parkinson; psiquiátrico, nos casos de depressão; outros transtornos do sono, como a apneia; e uso de drogas, como as anfetaminas (Bader, 2000).

Para Lobbezoo (2013), a genética é considerada fator relevante para o bruxismo do sono. Foi feito um questionário com 1.298 pares de gêmeos monozigotos e 2.419 pares de gêmeos dizigotos e mostrou que a proporção da presença do bruxismo é atribuída a influências genéticas na infância e que abrange 49% em meninos e 64% em meninas, já nos adultos foi de 39% e 53%, respectivamente. Em amostra de gêmeos acompanhados durante anos para observar o surgimento de bruxismo do sono, em 52% houve contribuição genética,

sendo que em 8,7% o bruxismo foi semanal e em 23% foi raro; o que os levaram a concluir que houve “contribuição genética, embora sem diferença de gênero na arquitetura genética.

A hiperatividade pode ter relação com o bruxismo do sono, o desempenho escolar pode reduzir em quem tem bruxismo do sono. Transtornos psicossociais, como ansiedade, conduta comportamental e comportamento antissocial podem estar associados ao bruxismo do sono de crianças com idade entre 6 e 11 anos, e adolescentes e jovens entre 12 e 18 anos (De Luca Canto et al.,2014). Além disso, altos índices de despertares durante o sono foram associados à maior frequência de déficit de atenção em crianças de 5 a 15 anos de idade com bruxismo do sono (Herrera, 2006).

Bilgic et al. (2013) concluíram em seu estudo que pode haver forte ligação entre alterações emocionais (estado e sensibilidade da ansiedade e gravidade da depressão) e bruxismo em vigília em crianças e adolescentes entre 8 e 17 anos de idade.

Ocasionalmente o bruxismo tem sido registrado entre familiares, sugerindo um padrão de hereditariedade. Há indícios de que os filhos de pacientes com bruxismo noturno são mais afetados do que os de indivíduos que nunca tiveram esse problema, ou mesmo que apresentam apenas bruxismo diurno. Em um levantamento de dados entre familiares, o bruxismo foi frequentemente observado no mesmo núcleo familiar (Reding et al., 1966).

Antidepressivos tricíclicos seletivos para a recaptura da serotonina, como a fluoxetina, têm sido implicados no aparecimento de movimentos involuntários da mandíbula. Como é comum o uso desses medicamentos em vários transtornos neuropsiquiátricos, cabe atenção ao paciente que relata sensação de apertamento ou ranger de dentes ou movimentos da mandíbula involuntários (Siqueira, 2016).

Melo et al. (2018) fizeram uma revisão de literatura sistematizada, na qual investigou a associação do uso de medicamentos e bruxismo do sono. Os autores concluíram que os medicamentos como duloxetina, paroxetina, venlafaxina, barbitúricos e metilfenidato podem estar associados com o aumento das probabilidades relativas a esse distúrbio e que não houve nenhuma evidência da associação entre o uso de benzodiazepinas, carbamazepina, citalopram, escitalopram, fluoxetina, mirtazapina, sertralina, e valproato com o bruxismo do sono. Nenhum desses estudos relatavam o uso da polissonografia (PSG) como padrão para o diagnóstico de bruxismo e sim o diagnóstico proposto pela Academia Americana de Medicina do Sono (AAMS), que inclui um questionário específico e exame clínico, além da uma

preocupação com a precisão do diagnóstico desta parafunção, já que a PSG é o exame que pode confirmar o diagnóstico. Assim, a qualidade geral das evidências foi considerada muito baixa, confirmando a necessidade de mais estudos avaliando essa possível associação.

Metilfenidato e atomoxetina são medicamentos utilizados para o tratamento do transtorno de déficit de hiperatividade de atenção e de (ADHD) comumente usados na infância e tem sido relatada associação de bruxismo do sono em crianças com o uso desses medicamentos (Siqueira, 2016).

Para Sposito e Teixeira (2013), além de identificar o fator etiológico do bruxismo, a remoção do fator e conscientização do portador quanto ao hábito devem ser esclarecidos ao paciente, tendo em vista que a gravidade do dano pode variar em cada indivíduo, variando assim seu prognóstico.

Fusco (2011) relatou que estudiosos acreditam que existem vários fatores etiológicos para o bruxismo, e não um específico, e por conta disso se torna um assunto bastante controverso, complexo e de difícil identificação. Por isso sinais e sintomas devem ser levados em conta, assim como informação por parte do paciente ou de familiares, para um diagnóstico correto. Fatores de mal oclusão relacionados a fatores emocionais também devem ser levados em conta. Pacientes que possuem bulimia podem apresentar ansiedade, tornando-se um distúrbio psicossomático um fator de início ou agravante para o bruxismo (Popoff et al.,2010).

É de grande importância a descoberta da etiologia para cada caso e o correto diagnóstico, para que seja possível estabelecer um protocolo de tratamento adequado para cada paciente (Modanese, et al 2018).

Diagnóstico

O diagnóstico de bruxismo representa um grande desafio para a odontologia. Atualmente, o protocolo de avaliação padrão para o diagnóstico de bruxismo constitui-se de aplicação de questionário que investiga a história clínica do paciente, presença de hábitos parafuncionais, alterações sistêmicas e neurológicas, estilo de vida e qualidade de vida, relações familiares e sociais, aliado ao exame clínico dos sinais e sintomas presentes. História de sons de apertamento dos dentes, sensibilidade nos músculos da mastigação à palpação ao despertar, dores de cabeça, desgaste anormal dos dentes, hipertrofia muscular do masseter, hipersensibilidade ou sons audíveis na ATM (Articulação Temporomandibular) são critérios utilizados para estabelecer um diagnóstico de bruxismo. Embora a polissonografia (PSG)

represente um padrão de referência para o diagnóstico de bruxismo do sono, seu uso é limitado devido ao seu alto custo. Assim sendo, o protocolo de avaliação clínica mencionado acima é mais amplamente utilizado (Ferreira-Bacci et al., 2012).

O diagnóstico clínico é dado em especial por relatos do companheiro de quarto, somado ao exame físico intraoral dos efeitos deletérios desse hábito parafuncional, ou seja, da presença de facetas de desgaste, fratura de restauração e de dentes, além de sintomas de acordar apertando os dentes ou dores musculares. Essa abordagem do desgaste é, entretanto, pobre e inconsistente, pois ainda não está bem estabelecido na literatura o que é um desgaste dental normal ou fisiológico, sobretudo nos casos em que o desgaste não é tão exacerbado. Por outro lado, mesmo nos casos de desgaste extenso, não temos como saber se este é resultado de um hábito atual ou passado ou mesmo de estrutura dental enfraquecida (Tufik, 2008).

O barulho de ranger de dentes continua sendo patognomônico para o diagnóstico do bruxismo. É relevante apontar que nem todos os pacientes com bruxismo produzem esse barulho, por isso a avaliação do paciente com suspeita de bruxismo deve ser minuciosa e padronizada (Siqueira, 2016).

De acordo com Lavigne e Manzini foi proposto um critério para diagnóstico clínico, que sugere a combinação de pelo menos dois dos fatores abaixo listados:

- História de ruídos de cisalhamento e/ou triturar dentes, não compatíveis com idade e função;
- Observação de facetas de desgaste nas superfícies dos dentes, não compatíveis com idade e função.
- Em adição a estes fatores, que poderiam ainda sugerir erro de interpretação do clínico, sugere-se mais alguns indícios que podem estar associados: dor de cabeça na região temporal, musculatura mandibular rígida ou fadigada durante a noite ou ao despertar, travamento ou dificuldade de abertura bucal pela manhã, hipersensibilidade dental, hipertrofia dos músculos masseteres (Tufik, 2008).

Pacientes com refluxo tem uma baixa no PH salivar, que é contrabalanceada pelos movimentos mandibulares, que aumentam a secreção salivar. Assim, o bruxismo nestes pacientes seria uma forma do organismo tentar reverter o quadro de acidez salivar causado pelo refluxo (Dalberto et al., 2013).

A avaliação e diagnóstico do bruxismo do sono é muitas vezes um verdadeiro desafio. Em geral, a avaliação é baseada em relatos de sons de trituração dos dentes durante o sono e a presença de sinais e sintomas clínicos. No entanto, apenas uma gravação de – Electromiogramas músculos mastigatórios podem confirmar o diagnóstico. Várias ferramentas de diagnósticos portáteis foram desenvolvidas para gravar a atividade EMG (Electromiografia) do temporal e do masseter durante o sono, para evitar o uso da mais sofisticada, mas altamente dispendiosa e demorada polissonografia (Nápoles. G., et al. 2014).

Quando o uso de substâncias psicoativas é relatado durante a avaliação clínica, uso de drogas ou medicamentos que podem contribuir para o bruxismo, é preciso decidir juntamente com o profissional responsável pelo tratamento medicamentoso se há possibilidade no ajuste de doses, trocas ou eliminação do mesmo, nos casos de uso de drogas ilícitas, é evidente que se agravam as dificuldades de tratamento e que há necessidade eminente de tratamento médico e psicológico/psiquiátrico (Siqueira,2016).

O diagnóstico do bruxismo do sono inclui três categorias: ‘possível’ que se baseia no auto relato, por meio de questionários e ou da parte anamnésica de um exame clínico; ‘provável’, baseado no relato e no exame clínico; e a terceira categoria: bruxismo ‘definitivo’ do sono, que inclui relato, exame clínico e exame de polissonografia, de preferência com gravações de áudio e vídeo (Lobbezoo et al., 2013).

O diagnóstico definitivo do bruxismo do sono só pode ser obtido por meio de exames eletrofisiológicos. A polissonografia (PSG) permite a detecção de bruxismo do sono, bem como outros distúrbios do sono, incluindo apneia. Os registros da polissonografia incluem atividade cerebral, fluxo aéreo oronasal e saturação de oxigênio. Como o custo da PSG é relativamente alto, não é tão viável esse método diagnóstico no cenário odontológico (Yap & Chua, 2016).

A PSG envolve monitoração direta do sono realizada por um especialista em ambiente hospitalar ou laboratorial. Embora a polissonografia (PSG) seja o padrão-ouro para diagnóstico definitivo de bruxismo do sono, visto que fornecem dados importantes e objetivos, o método é limitado pelo alto custo e grau de complexidade (Cardoso, 2017).

São raros os estudos em que o paciente com o bruxismo dorme noites seguidas no laboratório para monitorar o sono. Em um desses estudos, o paciente que apresentava bruxismo semanal frequente dormiu um mês inteiro no laboratório com o objetivo de verificar

se os níveis de ansiedade diários interferiam no bruxismo do sono. No final do estudo, concluiu-se que, em geral, há influência do bruxismo do sono pela ansiedade diária, mas não se pode concluir que ela seja a causa do bruxismo do sono. Por outro lado, a ansiedade tem assumido um papel bastante relevante como fator causal do bruxismo de vigília (Dal`Fabbro et al.,2009).

A sintomatologia do bruxismo é ampla e não ocorre de modo uniforme em todas as pessoas. Mesmo aquelas que relatam ter bruxismo, podem passar a vida sem queixas, exceto pelo barulho causada pela fricção entre os dentes, afetando o parceiro de quarto, ou pelo desgaste dos dentes. Sabe-se que de cerca de 8% dos adultos que rangem semanalmente os dentes durante o sono, 4% reclamavam também de desconforto muscular na mandíbula ao acordar, necessidade de tratamento dentário e ainda perturbavam o sono do parceiro (Ohayon et al.,2001) O diagnóstico precoce é importante para reduzir as consequências desta atividade parafuncional. Protocolo de tratamento do médico deve ser dirigido no sentido de reduzir o stress psicológico e tratamento dos sinais e sintomas, uma vez que o bruxismo não pode ser permanentemente eliminado. Deve-se optar por terapia conservadora, com controle reversível e não invasivo, bem como um acompanhamento contínuo. Devido à sua etiologia multifatorial, o tratamento do bruxismo deve envolver profissionais como pediatras, psicólogos, dentistas pediátricos e otorrinolaringologistas. (Nahas-Scocate et al., 2014).

Bruxismo e Ansiedade

A ansiedade é uma característica normal do ser humano, sendo um estado emocional, fisiológico e psicológico, o qual estimula o desempenho diário de um indivíduo. Porém, quando ocorre de maneira desproporcional, ou sem motivos, é considerada patológica (Andrade & Gorenstein, 1998). Vários estudos têm sido feitos para avaliar a possível relação entre o hábito parafuncional de ranger ou apertar os dentes durante o sono com estados psicológicos de ansiedade e estresse (Tufik, 2008).

O bruxismo pode ter relação com fatores emocionais como a ansiedade e relação com características comportamentais do indivíduo. Assim, tanto para o diagnóstico correto quanto para a melhor forma de tratamento, é de suma importância a relação em conjunto do

cirurgião-dentista mais odontopediatra em caso de crianças, médico e psicólogo, proporcionando uma melhor qualidade de vida para os pacientes bruxistas (Machado, 2014).

Cada pessoa tem o seu nível de ansiedade e conseqüentemente diferentes sintomas relacionados a ele, que podem ser classificados como leve, moderado e intenso, podendo levar a tensão, pânico e apreensão. Existem dois tipos de sintomas relacionados à ansiedade: os cognitivos e os somáticos, sendo que o primeiro está relacionado com a preocupação sobre a experiência não vivenciada em pensamentos distorcidos, desatenção e distração, que acaba desencadeando problemas não reais. Os sintomas somáticos imediatos têm como efeito palpitações, aumento da pressão arterial, tremores, respiração curta, pulsação rápida, suor, dormência, e esses sintomas podem desencadear aumento da pressão sanguínea cronicamente, dor de cabeça, fraqueza muscular e má digestão. O indivíduo ansioso costuma ter hábito de roer as unhas, inquietação, movimentos motores excessivos, emitir sons, dentre outros (Holmes, 2008).

Gungormus e Ercyas (2009) relataram que os pacientes com bruxismo retratam maiores índices de ansiedade e depressão quando comparados ao grupo de pacientes sem bruxismo. Os autores descrevem que pode haver uma associação entre bruxismo e graus mais elevados de ansiedade e/ ou depressão em pacientes com disfunção temporomandibular.

Bruxismo do sono e ansiedade

Depressão, transtornos de ansiedade e esquizofrenia têm sido relacionados ao bruxismo, e a ansiedade é associada ao risco de bruxismo tanto em adultos quanto em crianças, que denotam bruxismo do sono apresentam graus mais elevados de catecolaminas (epinefrina e dopamina) na corrente sanguínea comparado aos que não têm bruxismo (Vanderas & Ohayon, 1999 - 2001).

Catecolaminas são compostos químicos derivados do aminoácido tirosina. Algumas delas são aminas biogênicas, são solúveis em água, e 50% circulam no sangue ligado a proteínas plasmáticas. As catecolaminas em maiores quantidades são adrenalina, noradrenalina e dopamina, como hormônios, e são liberadas pela glândula suprarrenal em situações de estresse, ou hipoglicemia, e é de fundamental interesse, no caso do bruxismo, a dopamina já que esta destaca-se na influência da neurotransmissor central, uma vez que é predominante no sistema extrapiramidal dos mamíferos e de várias vias neuronais,

mesocorticais e mesolímbicas, apresentaria, entre outras, a função de inibir os movimentos espontâneos. Dessa maneira, uma disfunção dopaminérgica da projeção nigro-estriada poderia induzir a comportamentos estereotipados e locomotores, como ocorre nos episódios de bruxismo (Alencar, 2014).

O fator psicológico é um dos fatores importantes na causa do bruxismo, pois tem sido considerado um hábito nervoso em resposta a tensões emocionais, stress, ansiedade, raiva, medo e diversos tipos de frustrações (Sutin et al., 2011).

Além do bruxismo e apneia obstrutiva do sono, alterações que são consideradas distúrbios do sono, outros possíveis fatores influenciadores do sono são o estresse emocional, a depressão e a ansiedade, o que pode levar a sonolência diurna excessiva (Iglesias, 2015).

Bruxismo, dor crônica e depressão também são associações algumas vezes encontradas na literatura científica. Todas essas condições são extremamente complexas e não é fácil avaliar possíveis relações causais entre elas, ou mesmo se há algum perfil biopsicossocial de pacientes que sejam suscetíveis a ter alguma delas. São raros os estudos em que o paciente com bruxismo dorme noites seguidas no laboratório para monitorar o sono. Em um desses estudos, o paciente que apresentava bruxismo semanal frequente dormiu um mês inteiro no laboratório com o objetivo de verificar se os níveis de ansiedade diários interferiam no bruxismo do sono; no final concluiu-se que em geral, existe sim uma modulação do bruxismo do sono (Dal'Fabro et al., 2009).

Bruxismo, dor crônica e depressão também são associações algumas vezes encontradas na literatura científica. Todas essas condições são extremamente complexas e não é fácil avaliar possíveis relações causais entre elas, ou mesmo se há algum perfil biopsicossocial de pacientes que sejam suscetíveis a ter alguma delas. São raros os estudos em que o paciente com bruxismo dorme noites seguidas no laboratório para monitorar o sono. Em um desses estudos, o paciente que apresentava bruxismo semanal frequente dormiu um mês inteiro no laboratório com o objetivo de verificar se os níveis de ansiedade diários interferiam no bruxismo do sono; no final concluiu-se que em geral, existe sim uma modulação do bruxismo do sono (Dal'Fabro et al., 2009).

Na prática clínica observamos que é muito comum o próprio paciente relatar a piora no quadro de BS (Bruxismo do Sono) em função de estresse. Os pacientes relatam que rangem mais os dentes em períodos de trabalho ou preocupações intensas, por exemplo. É importante

salientar que a maioria dos dados disponíveis a respeito do papel da ansiedade e do estresse no BS é derivada de questionários, e esses podem estar sujeitos a erros, pois tanto os fatores psicológicos como o próprio BS podem ter flutuação normal. Por outro lado, as maiorias dos indivíduos jovens e saudáveis não estão cientes do seu hábito de ranger os dentes até que haja algum sinal (desgaste dentário, por exemplo), ou o paciente venha ter algum sintoma (como dor muscular, por exemplo) (Dal' Fabro et al., 2009).

Bruxismo em vigília e ansiedade

Endo (2011) realizou um estudo para investigar a relação entre o bruxismo em vigília e características psicológicas de 37 indivíduos. Desses, 23 foram alocados no grupo de apertamento e 14 no grupo não-apertamento, e desses últimos nenhum relatou ter problemas psicológicos. Assim, foi investigada a relação entre apertamento ocorrendo durante o dia juntamente com as características psicológicas, com a utilização do dispositivo de gravação, eletromiografia (EMG) portátil e 3 testes psicológicos. O autor concluiu que o apertamento diurno pode estar associado à ansiedade grave, e foi verificada a relação entre as duas patologias no trabalho realizado. Assim, o autor sugere que, quando um profissional está com um paciente em que há suspeita de apertamento em vigília, é de extrema importância que sejam considerados fatores psicológicos, em especial a presença de ansiedade.

Além disso, o bruxismo pode resultar especificamente de uma reação transitória de ansiedade diretamente relacionada aos eventos diários estressantes ou situações de adversidade em um determinado momento; e/ou de como os indivíduos sentem-se geralmente em relação à ansiedade ao longo de sua vida, que se refere ao estado e traço de ansiedade (Winocur, 2010).

O apertamento dentário se eleva em função do estresse durante o dia e havendo uma relação direta entre o bruxismo e a ansiedade, hostilidade e hiperatividade que são comuns em estudantes, principalmente, próximo as provas escolares (Winocur, et al ,2019). Estes dados corroboram com os achados neste trabalho, pois a maioria dos discentes avaliados afirmaram graus de ansiedade e nervosismo em períodos de avaliações, o que indica um possível quadro de estresse e ansiedade em dias de provas (Carvalho & Mourthé, 2018). A ansiedade é um dos fatores emocionais que pode aumentar os tônus da musculatura da cabeça e pescoço e, também, promover hábitos parafuncionais, como o bruxismo em vigília, devido aos fatores emocionais exercerem efeitos nos mediadores emocionais (Napoles et al, 2014).

Carvalho et al (2018) avaliaram a prevalência de bruxismo em vigília e noturno estresse emocional, e a associação entre si, em policias militares. O estudo foi realizado na cidade de São Paulo com uma mostra final de 394 policiais do sexo masculino. O bruxismo foi diagnosticado pela presença de facetas de desgaste dental, alinhado e associado com a presença de um dos seguintes sinais ou sintomas: autorrelato de ranger os dentes; sensibilidade dolorosa dos músculos masseter e temporal; e desconforto na musculatura da mandíbula ao acordar. Os resultados mostraram uma prevalência de bruxismo de 50,2% e uma prevalência de estresse emocional de 45,7%. Nenhuma associação significativa foi encontrada entre estresse emocional e o tipo de trabalho, ou entre o bruxismo e atividade de trabalho, mas os autores concluíram que o estresse emocional foi associado com o bruxismo, independentemente do tipo de trabalho feito pelo policial.

Tratamentos

O esclarecimento do paciente sobre o bruxismo na primeira conduta a ser tomada pelo profissional já pode ser o primeiro procedimento a ser feito, e em alguns casos já pode ser considerado um tratamento. O profissional explica o problema presente e orienta o paciente sobre como tentar controlar o hábito (Siqueira, 2016).

Existem inúmeros procedimentos e técnicas indicadas para o tratamento ou controle do bruxismo e de suas complicações. Porém nem todos se aplicam de modo uniforme a todos os casos de bruxismo, selecionando a escolha decorrente do diagnóstico do bruxismo, dos riscos e benefícios de cada procedimento, do histórico médico-odontológico do paciente e da própria aceitação dele ou de seus responsáveis (Van Der Zaag, et al, 2005).

O tratamento depende do tipo de bruxismo (diurno ou noturno) e da presença ou não de disfunção temporomandibular. Em um paciente diagnosticado com bruxismo noturno, com desgaste dental agressivo, o tratamento continua sendo a placa estabilizadora. No entanto, se o paciente apresenta hábitos parafuncionais diurnos, devemos procurar reduzi-los mediante a conscientização desses hábitos (Tufik, 2008).

A terapia comportamental (ou psicológica) é largamente utilizada para o bruxismo, principalmente o que ocorre na vigília. Pode ser trabalhada de diversas formas, mas consiste, sobretudo, em conscientizar o paciente do problema, para que ele evite os hábitos parafuncionais diurnos. Deve-se considerar também que algumas técnicas de relaxamento podem ser úteis para reduzir o bruxismo noturno. Dentre essas técnicas, temos o relaxamento

progressivo e o biofeedback, que é uma técnica de relaxamento auxiliada pela monitorização de determinadas variáveis fisiológicas podendo ser de grande utilidade nos casos de dor crônica associada à tensão emocional e hiperatividade muscular. Porém, há controvérsias sobre se os resultados são duradouros ou benéficos por um curto período de tempo, pois o bruxismo noturno é um fenômeno inconsciente, involuntário e com etiologia provavelmente diferente do bruxismo diurno (Tufik, 2008).

Psicologia, psiquiatria e neurologia são especialidades procuradas devido às doenças que podem gerar bruxismo como também pela possível associação entre condições psíquicas e bruxismo. Nos pacientes que apresentam bruxismo em vigília, essa abordagem é bastante indicada, em que a ansiedade em crianças parece ser um fator forte de susceptibilidade. (Siqueira, 2016).

Considerando os efeitos da ansiedade, os benzodiazepínicos constituem os agentes ansiolíticos e hipnóticos mais comumente utilizados pelo homem para minimizar a ansiedade, tensão, insônia e estresse. Entretanto, estas drogas não são suficientemente eficazes para o hábito parafuncional em discussão, e têm uma taxa de risco/benefício não favorável, pois produzem dependência, síndrome de abstinência, diminuição das funções psicomotoras e amnésia anterógrada (Campos, 2017).

Os fármacos com atividade ansiolítica são utilizados principalmente na pré-medicação de pacientes apreensivos e ansiosos. A utilização e eficácia destes fármacos dependem de muitos fatores, nomeadamente do tipo de paciente, características do fármaco e via de administração. Os agentes tranquilizantes não eliminam o stress, mas alteram a percepção ou reação do paciente ao mesmo, sendo, portanto, uma terapia de suporte. Os benzodiazepínicos são os ansiolíticos mais utilizados nas DTM. Estes fármacos são usados para melhorar a qualidade do sono, reduzindo os hábitos parafuncionais e relaxando a musculatura (Carvalho, C.E., Mourthé, G.M. 2018).

Em geral, os tratamentos associados do bruxismo e ansiedade podem ser medicação, higiene do sono, controle do uso de substâncias psicoativas (medicações), relaxamento, exercícios físicos, acupuntura, psicologia e placas oclusais (Van Der Zaag, et al; Guiata, 2016).

Siqueira, em um estudo realizado em 2012, concluiu que os usos da farmacoterapia em algumas tentativas para controlar o bruxismo não mostraram resultado favorável. Até o

presente momento não existem evidências de que o bruxismo idiopático seja controlado com medicamentos. Quando isso ocorre, os efeitos colaterais ultrapassam os benefícios. Entretanto, no caso do bruxismo secundário, como exemplo, na epilepsia ou nas distonias, eles são necessários e relacionados ao controle neurológico da doença (Siqueira, 2012).

Não existe cura para o bruxismo. Os tratamentos disponíveis são a conscientização em reduzi-lo, evitar as complicações que afetam a região orofacial e o controle das complicações dele decorrentes (Carra & Huynn, 2012)

Há discussão quanto ao uso da toxina botulínica no bruxismo idiopático e para o controle de dor por DTM, principalmente muscular, quando associada ao bruxismo. A literatura científica atual e a experiência clínica mostra que, nesses casos, a toxina botulínica não é superior a outros procedimentos como fisioterapia, por exemplo, portanto não justifica riscos nem custos. Ainda não existem estudos de controle a longo prazo, principalmente quando é utilizada em adolescentes ou jovens. Ou seja, para os casos de bruxismo sono quando da vigília, ela não tem indicação confirmada (Siqueira, 2016).

A terapia auricular é mais uma ferramenta não invasiva para o tratamento do bruxismo em vigília. Consiste na aplicação de agulhas semipermanentes, sementes de mostarda, esferas de ouro, prata e cristais no pavilhão auricular, encontrando em cada ponto da orelha um órgão correspondente (Polmann, et al, 2019). A área do pavilhão auricular é um reflexo do sistema nervoso central, onde patologias e distúrbios aparecem na determinada área correspondente ao órgão e quando estimulados, estes pontos ocasionam no cérebro a liberação de neurotransmissores e hormônios que irão atuar sobre a patologia ou distúrbio a ser tratados (Rui, A.A.O. et al. 2013).

Quanto ao bruxismo e acupuntura ainda não existem estudos controlados que esclareçam seu papel. Têm sido indicados para controle de ansiedade e de dor orofacial ou cefaleia, mas são necessários estudos a respeito (Siqueira,2016).

O tratamento de dores orofaciais crônicas com acupuntura tem dado bons resultados, envolvendo os músculos da mastigação, sendo o estresse emocional e físico as causas mais relatadas. Com essa terapia, houve alívio da dor logo na primeira sessão, entretanto, não há uma correlação entre a quantidade de sessões, frequência semanal e duração da técnica, pois cada organismo se comporta de maneira diferente (Da Silva Borin et al., 2011).

A eficácia da técnica tem relação à fácil aplicabilidade, sem agressões e relaxante para o paciente tanto para os aspectos físicos quanto para os emocionais, e assim pode ser um tratamento coadjuvante eletivo em outras terapias. Assim, a acupuntura e/ou auriculoterapia são alternativas terapêuticas efetivas, que trazem benefícios tais como o relaxamento, o aumento da microcirculação local e a diminuição da dor muscular. No entanto, ainda são poucos os estudos relacionados com o bruxismo em vigília, e até a data, ainda não existe investigação acerca da potencial eficácia da auriculoterapia no tratamento do bruxismo em vigília (Barbosa, 2018).

O Conselho Federal de Odontologia, através da Resolução CFO-82 de 2008, reconheceu e regulamentou o uso de práticas integrativas e complementares à saúde bucal, entre elas acupuntura (Rui et al., 2013). 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 (Ahlberg et al., 2004).

No entanto, poucos profissionais atuam diretamente na área odontológica e, portanto, a população tem pouco acesso a este tratamento (Barbosa, 2018).

Quanto aos exercícios físicos, há comprovação de que eles alteram a qualidade do sono, reduzindo alguns distúrbios de movimento no momento do sono e estimula a liberação de endorfinas. Os exercícios envolvem a musculatura da mímica e também a mastigatória e até mesmo corpórea, e mostram redução importante do bruxismo. Essa pode ser uma boa alternativa para os pacientes em que o bruxismo seja frequente (Siqueira, 2016).

Um dos tratamentos mais eficazes e indicados em 90% dos casos são as placas oclusais, que são definidas como aparelhos intra orais removíveis usados entre a maxila e a mandíbula. Estas ajudam a eliminar a informação proprioceptiva que se origina no periodonto e na ATM, alterando o relacionamento oclusal, redistribuindo as forças, prevenindo desgastes e mobilidade dentária, reduzindo a parafunção noturna, alterando o padrão neuromuscular e o relacionamento articular. Com o uso destes dispositivos os músculos recuperam o tônus de contração e de repouso fisiológico, o que ajuda a diminuir os reflexos de apertar os dentes (Okeson, 2000).

As placas podem se diferenciar quanto ao material, em rígidas ou resilientes, e quanto à estrutura que as compõe, como a espessura e extensão de cobertura oclusal. Então de acordo a

indicação terapêutica, as placas podem estabelecer diferentes relações intermaxilar (Oliveira & Carmo, 2001).

Esta placa deve ser feita com um material rígido, com superfície oclusal plana, ajustado em relação centrada, com características de uma oclusão mecanicamente normal. Ela recobre todos os dentes, alterando o relacionamento oclusal e redistribui forças, prevenindo desgastes e mobilidade dental, reduzindo a parafunção noturna e alterando o padrão neuromuscular e o relacionamento articular (Mangili, 2011).

Em época atual não há estratégia específica, tratamento único ou cura para o bruxismo. Diferentes formas de tratamento têm sido indicadas como tratamentos farmacológicos, e odontológicos, entre outros (Macedo, 2008).

Na ausência de um tratamento causal, o manejo do bruxismo se concentra para prevenir a progressão do desgaste dentário, reduzir sons de moagem dos dentes e melhorar o desconforto muscular e disfunção mandibular nos casos mais graves. Entretanto, a escolha de não tratar o bruxismo também deve ser mais explorada, pelo menos em pacientes assintomáticos com apenas desgaste dental leve (Guaita & Hognl, 2016).

4. Considerações Finais

Com base nos dados consultados, pôde-se observar que a abordagem e o tratamento do paciente com bruxismo e ansiedade devem ser multidisciplinares, e que a relação direta entre as duas doenças não é muito fácil de ser determinada, apesar de haver associação positiva entre as duas desordens em muitos estudos consultados.

De acordo com a literatura consultada, pôde-se concluir que há uma enorme necessidade da publicação de estudos bem delineados e com metodologias estabelecidas a fim de haver evidências científicas seguras para determinar essa associação avaliando o bruxismo do sono e bruxismo em vigília e sintomas de ansiedade. E ainda, que as formas de tratamento disponíveis são inúmeras, e que para haver efetividade, as terapias devem ser multiprofissionais e dependem da determinação dos fatores etiológicos das duas patologias, e da avaliação dos riscos e benefícios de cada terapia para o paciente a ser tratado. Ainda não há indícios suficientes de estudos com metodologias adequadas para confirmar ou refutar a associação entre os tipos de bruxismo e sintomas genéricos de ansiedade.

Referências

- Ahlberg, J et al. (2004). Reported bruxism and biopsychosocial symptoms: a longitudinal study. *Community dentistry and oral epidemiology*, v. 32, n. 4, p. 307-311.
- Andrade, L.H., Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo*, v. 25, n. 6, p. 285-290.
- Bader, G., Lavigne, G. (2000) Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. *Sleep. Med. Rev., London* v. 4, no. 1, p. 27-43, Feb.
- Barbosa, A. E. (2018). Auriculoterapia em pacientes com bruxismo em vigília: um estudo piloto. *Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na Graduação em Odontologia*. Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça.
- Bilgiç Ayhan et al. (2013). Relationship between anxiety, anxiety sensitivity and conduct disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European child & adolescent psychiatry*, v. 22, n. 9, p. 523-532.
- Borin D. S., Graciele et al. (2011). Acupuntura como recurso terapêutico na dor e na gravidade da desordem temporomandibular. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 18, n. 3, p. 217-222.
- Campos, N. P., Rosa, C. A., Gonzaga, M. F. (2017). Uso indiscriminado de benzodiazepínicos. *Revista Saúde em Foco. Amparo*, v. 9, p.485-491.
- Cardoso, B. (2017). Relação entre bruxismo do sono infantil e fatores comportamentais e de qualidade de vida. 2017. 35 f. *Trabalho de Conclusão de Curso* (Graduação em Odontologia)- Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão.
- Carra, M. C., Huynh, N., Lavigne, G. (2012) Sleep bruxism: a comprehensive overview for the dental clinician interested in sleep medicine. *Dental Clinics ,Montreal*, v. 56, n. 2, p. 387-413.
- Carvalho, C.E., Mourthé, G.M., (2018). O Bruxismo na visão da Psicologia. *Arq Bras Odontol.v.1, p.18-25*.

Carvalho, S. C. A. et al. (2008). Associação entre bruxismo e estresse em policiais militares. *Revista Odonto Ciência*, v. 23, n. 2, p125-129.

Castrillon, E. E. et al. (2016). Sleep bruxism: an updated review of an old problem. *Acta Odontologica Scandinavica, Vennelyst Boulevard*, v. 74, n. 5, p. 328-33.

Couto, M. I. R. S. (2016). Bruxismo: relato de um caso clínico: diagnóstico, tratamento e manutenção. 112 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Dal'fabro, C., De Siqueira, J. T., Tufik, S. (2009). Long term PSG in a bruxist patient: the role of daily anxiety. *sleep medicine*, v. 10, n. 7, p. 813.

De Luca Canto, Graziela et al. (2014). Association between tension-type headache and migraine with sleep bruxism: a systematic review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, v. 54, n. 9, p. 1460-1469.

De Mello, S., M.M., Teixeira, S. A. F. (2014). Botulinum Toxin A for bruxism: a systematic review. *Acta Fisiátrica*, v. 21, n. 4, p. 201-204.

Diniz, M. B. et al. (2009). Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Revista Paulista de Pediatria*, 2009.v. 27, n. 3, p. 329-334

Endo, H. et al. (2001) Clenching occurring during the day is influenced by psychological factors. *J. Prosthodont. Res.* v.55, p.159-164.

Ferreira, B. et al. (2012). Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism. *Brazilian Dental Journal*, v. 23, n. 3, p. 246- 251.

Fusco, R.O.R. (2013). Bruxismo: etiologia e tratamento. 29 f. *Monografia de Conclusão de Curso (Especialização em Dentística)- Faculdade de Pindamonhangaba-FAPI*. Pindamonhangaba.

Garcia, A. R. et al. (2009). Fatores associados à ocorrência de vibrações articulares. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, v. 50, n. 1, p. 24-28.

Gorenstein, C., Andrade, L.H. G. (1996). Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait anxiety inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. Disponível em <https://psycnet.apa.org/record/2016-45895-001>. Acesso em: 28 maio.2019em: 28 maio.2019.

Guaita, M.; Högl, B. (2016). Current treatments of bruxism. *Current treatment options in neurology Sleep Disorders*, v. 18, n. 2, p.10-15.

Guedes, F., Bonfante, G. (2001). Desordens temporomandibular em crianças. *JBA*, v.1, n.1, p.39-43.

Gungormus, Z., Erciyas, K. (2009). Evaluation of the relationship between anxiety and depression and bruxism. *Journal of international medical research*, v. 37, n. 2, p. 547-550.

Herrera, M. et al. (2006). Bruxism in children: effect on sleep architecture and daytime cognitive performance and behavior. *Sleep*, v. 29, n. 9, p. 1143-1148.

Holmes, D. S. (2008). Psicologia dos transtornos mentais. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2,p.438

Huynh, N. et al. (2006). Sleep bruxism is associated to micro-arousals and an increase in cardiac sympathetic activity. *Journal of sleep research*, v. 15, n. 3, p. 339-346.

Iglesias, G. F. (2015). A importância do bruxismo, do estresse e depressão na sonolência diurna excessiva em estudantes universitários. 36 f. *Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba*.

Lavigne, G. J. et al. (2007). Genesis of sleep bruxism: motor and autonomic-cardiac interactions. *Archives of oral biology*., Montréal, v. 52, n. 4, p. 381-384.

Lavigne, G. J. et al. (2001). Rhythmic masticatory muscle activity during sleep in humans. *Journal of dental research*, Montréal, 01 fev.2001. v. 80, n. 2, p. 443-448.

Lobbezoo, F. et al. (2013). Bruxism defined and graded: an international consensus.

Journal of Oral Rehabilitation, Tel Aviv. 03 out.2013. v. 40, n. 1, p. 2-4.

Macedo, C. R. (2008). Bruxismo do sono. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, Maringá. març/fev.2008. 13, n. 2, p. 18-22.

Machado, E. et al. (2014) Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review. *Dental press journal of orthodontics*, v. 19, n. 6, p. 54-61.

Manfredidi, et al. (2013). Association between proxy-reported sleep bruxism and quality of life aspects in Colombian children of different social layers. *Clinical Oral Investigations*, v. 21, n. 4, p. 1351-58.

Mangili, G. M. T. (2011). Contribuição para o estudo do bruxismo: apresentação de casos clínicos. 139f. *Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.*

Melo, Gilberto et al. (2018). Association between psychotropic medications and presence of sleep bruxism: A systematic review. *Journal of oral rehabilitation*, Florianópolis, v. 45, n. 7, p. 545-555.

Modanese, D. et al. (2018). Lesões cervicais não-cariosas de abfração : prevalência e relação com bruxismo do sono. *Journal of Oral Investigations*, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 22-32.

Nahás-Scocate, A.C.R., Coelho, F., Vusberg., Almeida, V.C. (2014). Bruxism in children and transverse plane of occlusion: Is there a relationship or not?. *Dental press journal of orthodontics*, São Paulo, set/out 2014 v. 19, n. 5, p. 67-73.

Nápoles. G., et al. (2014) Tendencias contemporáneas de las bases fisiopatológicas del bruxismo. *Medisan*, jul.2014.v. 18, n. 8, p.1149-1156.

Ohayon, Maurice M., LI, Kasey K., Guilleminault, Christian. (2001). Risk factors for sleep bruxism in the general population. *Chest*, v. 119, n. 1, p. 53-61.

Okeson, J. P. (1996). The American Academy of Orofacial Pain. *Orofacial Pain, guidelines for assessment, diagnosis, and management*, p. 1-18.

Okeson, J.P. (2000). Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 500p.

Oliveira, M. E., Carmo, M. R. C. (2001). Placa de mordida interoclusal para tratamento de bruxismo. *Rev do cromg, jan.2001. V. 7, n. 3, p. 183-186.*

Ordóñez, P. M. P., Villavicencio, C. (2016). É.Prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión. *Revista Estomatológica Herediana*, v. 26, n. 3, p. 147-150.

Polmann, H., Domingos, F. L., Melo, G., et al. (2019). Association between sleep bruxism and anxiety symptoms in adults: A systematic review. *J Oral Rehabil.* 46(5):482–491. doi:10.1111/joor.12785

Popoff, D. V. et al. (2010). Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online), Porto Alegre. Jul./Set. 2010 v. 58, n. 3, p.381-385*

Reding, G. R., Rubright, W. C., Zimmerman, S. O. (1996). Incidence of bruxism. *Journal of dental research, Chicago*,. v. 45, n. 4, p. 1198-1204.

Remes, O. et al. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and behavior*, v. 6, n. 7, p.497

Rintakoski, K. et al. (2012). Genetic factors account for half of the phenotypic variance in liability to sleep-related bruxism in young adults: a nationwide Finnish twin cohort study. *Twin research and human genetics*, v. 15, n. 6, p. 714-719.

Rui, A.A.O. et al. (2013). Avaliação do conhecimento e interesse em tratamento com Acupuntura na Odontologia pelos usuários do Sistema Único de Saúde dos municípios de Rio Claro e Cerquilha-SP. *J Health Sci Inst. Piracicaba*, v.31, n.1, p. 24-26.

Saczuk, K., Lapinska, B., Wilmont, P., Pawlak, L., Lukomska-Szymanska, M. (2019). Relationship between Sleep Bruxism, Perceived Stress, and Coping Strategies. *Int J Environ Res Public Health*. 16(17):3193. Sep 1. doi:10.3390/ijerph16173193

Santos, F.A. (2014). Características psicológicas, faciais e buco-dentárias de crianças com bruxismo da clínica de odontopediatria da Faculdade de Odontologia. 74 f. *Dissertação (Mestrado em Ciência Odontológica)-Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba.*

Seraidarian, P. I., Assunção, Z.L.V., Jacob, M.F. (2001). Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM & Dor Orofacial, Curitiba*, v.1, n.4, p.290-295.

Seraj, B. et al (2010). The prevalence of Bruxism and correlated factors in children referred to dental schools of Tehran, based on parent's report. *Iranian journal of pediatrics*, v. 20, n. 2, p. 174.

Siqueira, J T. T. (2016). *Bruxismo: o curioso hábito de ranger os dentes*. Ribeirão Preto: Tota.

Siqueira, J. T.; Teixeira, M. J. (2012). *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Artes Médicas.

Sposito, M. M. M., Teixeira, S. A. F. (2013). Toxina Botulínica Tipo A para bruxismo: análise sistemática. *Rev. bras. odontol, Rio de Janeiro*, v. 70, n. 2, p. 202-204.

Sutin, A.R.et al. (2011). Teeth Grinding: Is Emotional Stability related to Bruxism? *Journal of research in personality*.V.44. n.3, p. 402-405.

Tufik, S. (2008). *Medicina e biologia do sono*. São Paulo:Manole.

Van der zaag J, et al. (2005). Controlled assesment of the efficacy of occlusal stabilization splints on sleep bruxism. *J Orofac Pain*. v.19, n2, p. 151-158.

Vanderas, A.P.et al. (1999). Urinary catecholamine levels and bruxism in children. *Journal of oral rehabilitation, Greece* v. 26, n. 2, p. 103-110.

Winocur, E. et al. (2010). Oral motor parafunctions among heavy drug addicts and their effects on signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Journal of orofacial pain, Tel Aviv*. 06 mai.2010. v. 15, n. 1.

Winocur, E., Messer, T., Eli I, et al. (2019). Awake and Sleep Bruxism Among Israeli Adolescents. *Front Neurol*. 2019;10:443. Published 2019 Apr 26. doi:10.3389/fneur.2019.00443

Yap, A. U., Chua, A. Ping. (2016). Sleep bruxism: Current knowledge and contemporary management. *Journal of conservative dentistry: JCD*, v. 19, n. 5, p. 383, 2016

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Guereth Alexanderson Oliveira Carvalho – 20%

Geovanna Peres de Sousa – 10%

Josué Junior Araújo Pierote -10%

Vinicius da Silva Caetano

Deloniê Eduardo Oliveira de Lima – 15%

Igor Vinícius Soares Costa – 15%

Francisco Antônio de Jesus Costa Silva -10%

Lara Fernanda Carlos Lima -10%