

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**FACULDADE DE MEDICINA, PSICOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**



Trabalho de Conclusão de Curso

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO BRUXISMO INFANTIL**

**Janer Cardoso da Silva**

**Pelotas, 2020**

Janer Cardoso da Silva

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO BRUXISMO INFANTIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina e ao Curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas com tema Bruxismo Infantil sobre a orientação da professora e Dra Maria Teresa Nogueira e coorientado pela Dra. Karol Veigas Garcias

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa Nogueira  
Coorientadora: Dr<sup>a</sup>. Karol Veigas Garcias

:

Pelotas, 2020

Janer Cardoso. da Silva

## Aspectos Psicológicos do Bruxismo Infantil

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, Faculdade de Medicina, psicologia e terapia ocupacional, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: Oito de janeiro de dois mil e vinte

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa Nogueira

Banca examinadora

Profa. Dra. Karol Veigas Garcias

Psicóloga Quezia Crispa Isnardi

Psicóloga Luana Bueno Ribeiro

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

S586a Silva, Janer Leontina Cardoso da

Aspectos psicológicos do bruxismo infantil / Janer Leontina Cardoso da Silva ; Maria Teresa Nogueira, orientadora ; Karol Veiga Cabral, coorientadora. — Pelotas, 2021.

30 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2021.

1. Psicologia. 2. Bruxismo. 3. Infância. 4. Aspectos psicológicos. I. Nogueira, Maria Teresa, orient. II. Cabral, Karol Veiga, coorient. III. Título.

CDD : 150

**Dedico este trabalho ao Professor e Dr. Luis Arthur Costa, Dr<sup>a</sup> Karol Veiga Garcia, a minha mãe, irmãos e amigas que estiveram sempre presentes apoiando, incentivando e contribuindo em minha caminhada até aqui.**

## **Agradecimentos**

A Deus, por ter chegada até a esse momento com saúde e força.

Ao professor Dr. Arthur Costa, por ter acreditado em mim e ter me orientado em um momento de sofrimento emocional devido eu estar em recuperação de um acidente.

A professora Dr<sup>a</sup> Ana Laura Cruzeiro por toda dedicação e confiança no meu potencial.

A professora Luciana Mecking, por todo o incentivo, acolhimento e auxílio em meu estagio clínico.

A professora Dr<sup>a</sup> Maria Teresa Nogueira por ter aceito ser minha orientadora.

A professora Dr<sup>a</sup>. Karol Veiga Garcia que foi anjo no final da minha trajetória acadêmica e ter orientado o meu projeto de TCC.

A amiga Caroline Rodrigues por estar sempre ao meu lado, ajudando em todas as minhas dúvidas.

A psicóloga Quezia Isnardi por dar caronas.

A minha amiga Lourdes Dutra, por tudo e todos os momentos vividos desde o primeiro dia de aula sendo que unimos forças para prosseguir.

Ao amigo Fernando Dutra.

Ao meu patrão Dr. cirurgião dentista Giancarlo, por liberar os horários de estágios e muitas vezes tolerar os atrasos.

Ao meu amigo advogado Maiquel Rezende, que sempre ajudou quando precisei.

Ao meu amigo e ex-patrão Dr. Ricardo Burkert por sempre acreditar no meu potencial e dar incentivo.

As amigas Michele Barretto e Lisete, por terem me auxiliado nos momentos difíceis.

Aos meus irmãos por todo apoio e incentivos.

A minha mãe por aturar meu mau humor.

A minha família toda que é a base do que sou hoje.

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,  
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram  
conquistadas do que parecia impossível”.*

*(CHARLES CHAPLIN)*

## RESUMO

A pesquisa tem em sua gênese, a prática profissional na condição de auxiliar de consultório odontológico. Através de observações com familiares e profissionais dentistas, e na condição de estudante em psicologia, busquei compreender aspectos sobre o bruxismo infantil, fenômeno tratado como um problema clínico. Os responsáveis que acompanhavam a criança na consulta, queixavam-se de problemas apresentados por elas, como ranger de dentes e dor na boca. As crianças realizavam várias consultas, as famílias e/ou responsáveis seguiam a prescrição realizada pelo dentista, mas em muitos casos o problema persistia. Dessa forma a pesquisa aqui apresentada, gira entorno do seguinte questionamento: o bruxismo é apenas uma patologia, desvio anatômico e/ou fisiológico, em relação à normalidade, que constitua uma doença ou caracterize determinada doença? Ou esta envolve outros fatores? Partindo dessa problemática, o objetivo geral da pesquisa é a compreensão dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento do bruxismo em crianças, destacando neste estudo os fatores psicológicos, de forma a dar visibilidade a este problema que afeta as crianças e suas famílias e/ou responsáveis, que buscam tratamento adequado a este fenômeno. Os objetivos específicos pretendem compreender a relação dos fatores emocionais com o bruxismo e a identificação de qual o papel que o profissional da psicologia pode desempenhar no acompanhamento desta problemática. Dessa forma, a escrita se delineou através de pesquisas bibliográficas de cunho qualitativo indo ao encontro da problemática e os objetivos estabelecidos, traçando uma breve explanação sobre o bruxismo, a história da saúde bucal e mental, bem como aspectos psicológicos do bruxismo infantil. Através das leituras, análises, e escrita da pesquisa os resultados elencados apresentam a urgência em se trabalhar de forma multiprofissional tal fenômeno clínico. E a psicologia pode contribuir de forma relevante no tratamento dessa patologia.

**Palavras-chave:** Psicologia, Bruxismo, Infância e Aspectos psicológicos.

## **ABSTRACT**

The research has in its genesis, professional practice in the condition of auxiliary dental office. Through observations with family members and dental professionals, and as a student in psychology, I sought to understand aspects of childhood bruxism, a phenomenon treated as a clinical problem. Those responsible for accompanying the child during the consultation, complained of problems presented by them, such as gnashing of teeth and pain in the mouth. The children performed several consultations, families and / or guardians followed the prescription made by the dentist, but in many cases the problem persisted. Thus, the research presented here revolves around the following question: is bruxism just a pathology, anatomical and / or physiological deviation, in relation to normality, which constitutes a disease or characterizes a certain disease? Or does it involve other factors? Based on this problem, the general objective of the research is to understand the main factors responsible for the development of bruxism in children, highlighting in this study the psychological factors, in order to give visibility to this problem that affects children and their families and / or guardians, seeking appropriate treatment for this phenomenon. The specific objectives are intended to understand the relationship between emotional factors and bruxism and the identification of the role that the psychology professional can play in monitoring this problem. Thus, the research was outlined through bibliographic research of a qualitative nature, meeting the problems and the established objectives, tracing a brief explanation about bruxism, the history of oral and mental health, as well as psychological aspects of infantile bruxism. Through the readings, analyzes, and writing of the research, the results listed show the urgency to work in a multidisciplinary way this clinical phenomenon. And psychology can make a relevant contribution to the treatment of this pathology.

**Key-words:** Psychology. Bruxism. Childish. Aspects.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
<b>1 BRUXISMO .....</b>	<b>13</b>
1.1 SINTOMAS E SINAIS VINCULADOS AO BRUXISMO .....	14
1.2 FATORES SISTÊMICOS.....	15
1.3 FATORES HEREDITÁRIO .....	16
1.4 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO BRUXISMO .....	16
<b>2 UM BREVE RECORTE DA SAÚDE BUCAL E DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL ....</b>	<b>18</b>
2.1 POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL.....	18
2.2 POLÍTICA SAÚDE MENTAL .....	19
<b>3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO BRUXISMO INFANTIL.....</b>	<b>22</b>
3.1 FASE ORAL .....	22
3.2 FASE ANAL.....	22
3.3 FASE FÁLICA .....	23
3.4 A DESCOBERTA FREUDIANA DO INCONSCIENTE .....	23
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>27</b>
REFERÊNCIAS.....	28

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem a finalidade de discorrer sobre o bruxismo infantil. Este problema de pesquisa nasce da minha prática como profissional na condição de auxiliar de consultório odontológico ao mesmo tempo em que realizava a faculdade de psicologia. Dia após dia observava o dentista orientar as famílias sobre como proceder à medida que identificava o problema clínico do bruxismo em crianças que atendia. Em alguns casos eram as mães, que em geral eram as que acompanhavam a criança na consulta, que se queixavam de problemas apresentados por seus filhos, como ranger de dentes e dor na boca. As crianças realizavam várias consultas, as famílias seguiam a prescrição realizada pelo dentista, mas em muitos casos o problema persistia. A consulta odontológica sozinha parecia não resolver o problema, em que pesem os esforços do dentista em orientar as famílias em como proceder, e utilizar várias técnicas de intervenção do campo da odontologia para mitigar o problema. Instigou-me este fato e dele nasceu o interesse em investigar através da literatura que aspectos poderiam intervir no surgimento desta patologia para além das questões odontológicas. Dele nasce minha questão de pesquisa: compreender os aspectos psicológicos do bruxismo infantil.

Ao escutar os aconselhamentos do dentista as famílias e iniciar uma leitura de artigos sobre o tema percebi que o bruxismo era um problema que também envolvia fatores psicológicos e decidi investigá-lo. Primeiramente porque este problema de pesquisa se impôs através de minha prática profissional, ainda como estudante de psicologia que justamente buscava compreender os fatores psicológicos que interferem na saúde das pessoas. Um segundo aspecto que me levou a recortar este problema de pesquisa é que este é um assunto pouco discutido no curso de psicologia, ainda que, alguns artigos indiquem que o fator psicológico tem grande influência para o desenvolvimento do bruxismo. Ao delimitar o foco da investigação optei por me deter no período da infância entendendo que esta é uma etapa promissora para a intervenção tanto psicológica, quanto odontológica, na perspectiva de mitigar efeitos indesejados que possam vir a se intensificar caso o problema não seja enfrentado. Sabemos que a intervenção precoce melhora as condições de vida da pessoa afetada e de sua família, que evita a aquisição de novos comportamentos indesejados, a cronificação do problema, evitando em muitos casos a medicalização e que melhora o prognóstico em muito dos

casos.

Assim, o objetivo geral dessa pesquisa foi compreender os principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento do bruxismo em crianças, destacando neste estudo os fatores psicológicos, de forma a dar visibilidade a este problema que afeta as crianças e suas famílias, que buscam tratamento adequado a este fenômeno. Como objetivos específicos pretendeu-se compreender a relação dos fatores emocionais com o bruxismo e identificação de qual o papel que o profissional da psicologia pode desempenhar no acompanhamento desta problemática.

Porém, para chegarmos na identificação dos fatores emocionais e de como o profissional da psicologia pode auxiliar na resolução deste problema inicialmente retomamos no primeiro capítulo, um pouco do histórico do bruxismo, entendendo que diferentes fatores são responsáveis pelo surgimento do mesmo, retomaremos o conceito fisiológico de bruxismo, seus sintomas e sinais, os fatores hereditários e sistêmicos, assim como suas causas e consequências. Já no capítulo dois, apresentaremos uma pequena reflexão sobre o lugar da saúde bucal e da saúde mental na constituição de políticas públicas no Brasil, apontando a secundarização das mesmas, o que pode auxiliar a compreender os problemas que ainda enfrentamos hoje e a necessidade de pesquisas como esta que nos ajudem a avançar em um trabalho necessariamente multiprofissional. E por fim, no terceiro capítulo, abordamos os aspectos psicológicos do bruxismo infantil, relacionando a teoria freudiana.

Historicamente, o bruxismo é um fenômeno enunciado desde o tempo bíblico como descrito em várias passagens do Antigo e Novo Testamento, como “ranger de dentes”, estando relacionado a manifestações de raiva, tensão e sofrimento (ALMEIDA, 1993). Porém, na medicina odontológica o termo bruxismo só começou a ser denominado desta forma a partir de 1907, através dos pesquisadores franceses Marie e Pietkiewicz que foram pioneiros na pesquisa sobre este tema (RODRIGUES, 2008). Com o passar do tempo, o bruxismo tornou-se um relevante tema de estudos científicos, tanto na odontologia quanto em outras áreas da saúde, como: a medicina, a saúde coletiva, a saúde pública e a psicologia.

O bruxismo por se tratar de um hábito parafuncional, transtorno involuntário e/ou inconsciente de movimentos, pode causar problemas graves nos dentes e arcadas dentárias (CARVALHO, 2015). Atualmente tem sido diagnosticado com maior frequência em crianças, as quais apresentam sinais e sintomas clínicos interligados a esta patologia. Dentre eles, segundo Pizzol (2006), o aspecto psicológico é considerado um fator

importante na psicofisiologia do bruxismo por se tratar de uma resposta de escape, pois, pelo fato da cavidade bucal possuir um grande potencial afetivo e ser um local privilegiado para a expressão dos impulsos de emoções e de conflitos latentes experienciados pelo indivíduo.

Justamente por na atualidade crianças terem recebido tal diagnóstico nos pareceu importante fazer o recorte nesta fase do desenvolvimento nesta pesquisa, além de que é sabido que crianças estão em fase de formação de seu comportamento, de descoberta e de estruturação como sujeitos e que podem adquirir com mais facilidade hábitos e estilos de vida saudáveis. Pretendemos aprofundar, bem como abrir questionamentos para outras pesquisas sobre os aspectos psicológicos envolvidos nesta trama e destacar o papel que o psicólogo pode ter no apoio, orientação e acompanhamento destas crianças e suas famílias.

## 1 BRUXISMO

Neste capítulo vamos apresentar o bruxismo na sua vertente mais orgânica adotada pela odontologia, apresentando seu conceito a partir de diferentes autores do campo, os principais sintomas, os sinais e fatores, as causas.

Segundo Gomes (2011) a palavra bruxismo vem do grego “*brychein*” e significa ranger dos dentes. O bruxismo é uma atitude involuntária e parafuncional do sistema mastigatório produzida por contrações dos músculos mandibulares, podendo ocorrer em crianças e adultos, assim pode ocorrer o ranger e apertamento dos dentes em períodos de estresse, ansiedade e agitação. Esse ato de apertamento dentário e ranger os dentes podem ser noturno, que se caracteriza de forma inconsciente e durante o sono, no entanto, o bruxismo diurno, se caracteriza pelo fato de apertar os dentes, por objetos na boca, morder os lábios e dedos, sendo feito de forma consciente (MACEDO, 2008).

Para Christensen (2000) nas crianças, a temática é vista por duas linhas de pensamentos. Uma são os autores que acreditam que o bruxismo infantil está relacionados a fatores locais de instabilidades mandibular relacionadas a fase de transição entre as dentições decidual e permanente e os autores que relacionam o bruxismo infantil à fatores emocionais (RODRIGUES, 2008; GOMES, 2011; GAMA, ANDRADE, CAMPOS, 2013). O bruxismo por se tratar de um hábito parafuncional, transtorno involuntário e/ou inconsciente de movimentos, podendo causar problemas graves nos dentes e arcadas dentárias, atualmente tem sido diagnosticado com maior frequência em crianças, as quais apresentam sinais e sintomas clínicos interligados a esta patologia (CARVALHO, 2015). Dentre eles, segundo Pizzol (2006), o aspecto psicológico é considerado um fator importante na psicofisiologia do bruxismo por se tratar de uma resposta de escape, pois, pelo fato da cavidade bucal possuir um grande potencial afetivo e ser um local privilegiado para a expressão dos impulsos de emoções e de conflitos latentes experienciados.

Segundo Rodrigues, (2008) o olhar do psicólogo sobre o bruxismo aponta para um hábito nervoso resultante das difíceis soluções de problemas pessoais, tais como sentimentos de ansiedade, raiva e dificuldade de exprimir sentimentos. O autor nos aponta que vários teóricos acreditam que existe uma relação entre bruxismo, agressividade, ansiedade, repressão e problemas familiares, deste modo o assunto sobre Bruxismo merece estudos científicos mais específicos, a ponto de ser pensado e tratado

psicologicamente antecedendo resultados mais expressivos no tratamento do fenômeno em seu estágio inicial – na infância (RODRIGUES, 2008).

Portanto, falar de bruxismo nos remete ao entendimento que o emocional e fatores odontológicos estão interligados. O tratamento para a melhora dos sintomas deve levar isto em consideração. Porém, é necessário que o profissional de psicologia desperte para estudos científicos sobre a real influência do emocional sobre o desencadeamento do ranger ou apertar dos dentes, assim como seja capaz de perceber nos pacientes que atende se eles apresentam sinais de bruxismo.

O bruxismo de acordo com Gama, Andrade e Campos (2013) é caracterizado por uma desordem funcional que provoca o ranger dos dentes ou apertar dos mesmos, podendo ocorrer durante o dia (Bruxismo Cêntrico) ou à noite (Bruxismo Excêntrico), deste modo, o bruxismo pode ser consciente e/ou inconsciente, sendo uma atividade involuntária. Também pode ser primário, quando ocorre sozinho, sem ligação com qualquer outra condição médica ou secundária ou quando está ligado à outra condição médica. Podendo ser classificado de acordo com a incidência da ocorrência como: agudo (durante 7 dias), subagudo (mais de 7 dias e menos de um mês) e crônico (mais de um mês).

## **1.1 SINTOMAS E SINAIS VINCULADOS AO BRUXISMO**

O bruxismo pode ser percebido através do exame intrabucal, devido ao desgaste atípico das facetas, sendo que, o esmalte recebe a carga parafuncional do hábito de ranger os dentes, bem como desgastes nos dentes, desconforto muscular e articular são sinais clínicos do bruxismo infantil (CORREA, 2002; MACIEL, 2006).

Um dos sintomas mais comum do bruxismo é a dor de cabeça frequente, a ocorrência de zumbido no ouvido, dor e estalo ao abrir a boca e fadiga nos músculos da face e mandíbula, ficando mais intensos em período de estresses e modificações do sono (MACIEL, 2006).

As pesquisas mostram que a prática de cerrar os dentes, pode ser dividida em duas categorias: diurno (cêntrico) e noturno (excêntrico):

O hábito, quando diurno (em vigília), consiste apenas em cerrar os dentes. Pode ser relacionado ao stress e à ansiedade, os ruídos oclusais são raramente audíveis, e o indivíduo pode fazê-lo de modo consciente ou inconsciente. Muitas vezes associam-se outros hábitos parafuncionais como morder objetos, lábio e bochechas. Já o hábito noturno (bruxismo do sono) é mais prejudicial ao aparelho estomatognático, pois consiste no ranger propriamente dito dos dentes, e o indivíduo o faz de maneira inconsciente, resultando em contrações rítmicas dos músculos e muitas vezes produzindo sons de rangimento, estalos ou batimentos leves nos dentes (GOMES, 2011, p. 12).

Conforme citação, percebemos que o bruxismo não é um ato meramente de cerrar, apertar os dentes, mas relaciona-se também a fatores externos, conforme elencados pela autora.

As pesquisas também mostram que o bruxismo diurno é menos frequente, “pois os mecanismos corticais e mesencefálicos (responsáveis pela quantidade de força colocada sobre os dentes, a tensão, contração e estiramento muscular) são reprimidos pelo mecanismo de controle consciente que protegem todos os órgãos do corpo” (GOMES, 2011, p. 12). Já quando diz respeito ao bruxismo noturno, o mesmo tende a se manifestar, de forma a liberar alguma tensão emocional reprimida (GOMES, 2011).

Gomes (2011) exprime bem a relação entre o bruxismo e o sono quando relata que:

Segundo a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono [THORPY, 1997], o bruxismo é sub-classificado dentro dos Distúrbios do Movimento Relacionados ao Sono, e é caracterizado por movimentos repetidos de ranger ou apertar os dentes durante a noite, e por isso pode ser enquadrado dentro das parasomnias (desordens físicas indesejáveis que ocorrem exclusivamente durante o sono). O bruxismo pode estar associado a outras parasomnias, tais como sonambulismo, enurese, abrir os olhos, salivar e falar enquanto dorme [LAVIGNE et al. 1996] (GOMES, 2011, p. 14).

Percebe-se que o bruxismo necessita ser tratado de forma multifatorial, incluindo diversos segmentos da saúde, como dentistas, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, etc. Tais profissionais podem ser capazes de auxiliar e tratar se observarem os sinais e os sintomas vinculados ao bruxismo.

## **1.2 FATORES SISTÊMICOS**

O desencadeamento do bruxismo pode estar relacionado a distúrbios otorrinolaringológicos, distúrbios gastrointestinais, deficiência de vitaminas e nutricional, parasitoses intestinais, desordem endócrinas, paralisia cerebral, portadores de síndrome de Down e deficiências mentais (SHINKAI et. al., 1998).

Gomes (et al., 2010), constatou uma correlação entre o bruxismo e alterações

crônicas das vias aéreas depois de ter avaliado 62 crianças de uma creche pública, através de questionários aplicados aos pais. O estudo relatou a existência do bruxismo em crianças com rinite e sinusite, que apresentam respiração predominante oral.

### **1.3 FATORES HEREDITÁRIOS**

Lavigne (et al., 2008) em seus estudos observou um mecanismo genético de viabilidade no hábito de bruxismo, sendo que, 37% dos pacientes com bruxismo do sono, havia um membro da família com hábito de bruxismo e 15% ou mais apresentava dois ou mais membros da família com hábito de bruxismo.

Rintakoski (et al., 2012) concluiu em seu estudo que o bruxismo é influenciado por fatores genéticos, mesmo sendo em partes essa influência. Sua pesquisa foi realizada com 1141 pares de gêmeos jovens adultos na Finlândia e por meio de questionários.

Como já dito o bruxismo é um hábito parafuncional conhecido como ranger dos dentes ou apertar os dentes. É uma das mais prevalentes, destrutivas e complexa desordem orofacial e afeta um terço da população mundial, tendo por etiologia uma combinação de problemas relacionados com a desordem oclusal e fatores psíquicos.

### **1.4 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO BRUXISMO**

A mais recente edição da Academia Americana de Medicina do Sono, (ICSD-3, 2014), define o Bruxismo como "uma atividade repetitiva dos músculos mastigatórios caracterizada por apertamento ou regimento dos dentes e/ou por travamento da mandíbula ou o ato de empurrá-la". Segundo Molina (1997) e Okerson (2000) o bruxismo pode ter como consequência alterações na musculatura mastigatória, assimetria na atividade muscular, mialgia, desgaste dentário, miosite e também pode ter como fator mais agravante o comprometimento com as funções relacionadas com a cavidade bucal como: mastigar, falar e engolir.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) <sup>1</sup>, na população mundial, cerca de 30% das pessoas têm a condição, logo, em alguns países, acredita-se que os casos

---

<sup>1</sup> Texto da Constituição disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsworld.html>. Acesso em 28 nov. 2019.

de bruxismo estejam aumentando, talvez relacionados a um contexto de estilo de vida cada vez mais atribulado. Portanto, inúmeras pesquisas foram produzidas em cima do tema, abordando diversas vertentes.

O bruxismo segundo Maciel (2012), quando se torna mais intenso, pode levar a um desequilíbrio fisiopatológico do sistema estomatognático. Em relação as causas que levam a pessoa desencadear o bruxismo acredita-se que a discrepância oclusal e o estresse emocional como: medo, ansiedade, dor, frustrações e outras contribuam para a parte etiológica.

Na literatura há um consenso da relação do bruxismo com o emocional, porém, deve-se fazer um estudo mais profundo para poder se ressaltar a relação entre ambos.

O predomínio do bruxismo infantil tem sido um dos motivos de preocupação que levou ao estudo epistemológico mais recente devido ao aumento de casos. Clinicamente o bruxismo infantil é relacionado com nível de desgaste da superfície dentaria e desconforto muscular e mandíbula. Deste modo, o bruxismo excêntrico atua como um coadjuvante na progressão de doenças periodontal destrutivas em crianças (SHINKAI et. al., 1998).

Segundo Rodrigues, (2008) o olhar do psicólogo sobre o bruxismo como um habito nervoso resultante das difíceis soluções de problemas pessoais, tais como sentimentos de ansiedade, raiva e dificuldade de exprimir sentimento. Vários autores acreditam que existe uma relação entre bruxismo, agressividade, ansiedade, repressão e problemas familiares, deste modo o assunto sobre Bruxismo merece estudos científicos mais específicos.

De acordo com Alves (1993) e Melo (2003) crianças de 7 a 8 anos tem maior probabilidade de desencadear o bruxismo e 22% foi relacionado com a dentição mista, 7% a 7,7% na dentição decídua. Acredita-se que os fatores emocionais estão ligados ao fato de lidar com perdas, tarefas cotidianas, cobranças e ansiedade desencadeia em resposta de como cada indivíduo interage emocionalmente a cada situação enfrentada. Assim, o bruxismo é a resposta a manifestação em como cada indivíduo reage as emoções (SERRA-NEGRA, 2013).

Ao passo que, para Corrêa (2010), o estudo e ciência das causas (etiologia) do bruxismo é multifatorial, porém, acontece primeiramente no sistema nervoso central compatível a tenção emocional vinculada a associação entre depressão agressiva e ansiedade.

## **2 UM BREVE RECORTE DA SAÚDE BUCAL E DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

### **2.1 POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL**

Tem-se a convicção que a saúde bucal em nosso país historicamente só ganhou espaço, especialmente como saúde pública, mais recentemente. Era um assunto secundarizado, tanto que o Brasil era considerado um país de desdentados. Deste modo, quando falamos de saúde bucal entende-se que durante muito tempo não foi um assunto visto como prioridade pelo nosso governo, devido à baixa adesão dos profissionais da odontologia aos programas públicos e a ausência de uma política pública robusta nesta área.

Em 1993 foi constituída a política de saúde bucal no país, assim, pode-se perceber um avanço na saúde bucal, mas ainda há muito para ser conquistado. Hoje enfrentamos importantes retrocessos e falta de verbas para investir em políticas públicas de saúde bucal.

De acordo com Cerveira (2003) na primeira metade do século XX, houve poucos registros de políticas de saúde bucal, assim, o tratamento bucal era direcionado a ações curativas e voltadas a gestantes e crianças pré-escolares e escolares. Na década de 50 e 60 é criado o Ministério da Saúde (1953). Deste modo, foi criado Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e a odontologia passa a fazer parte do serviço Nacionais da Fiscalização da Odontologia. Neste período teve início a fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil.

O ano de 1974 “representa um marco para a odontologia com a promulgação da Lei Federal 6050 que tornou obrigatória a fluoretação das águas de abastecimento público em todo o país” (ELY, CARVALHO, SANTOS, 2009, p. 2). No ano de 1993 ocorreu a segunda Conferência Nacional de Saúde Bucal, que propôs uma nova política de saúde bucal, que garantiu o acesso da assistência odontológica no Sistema Único de Saúde – SUS. No século XXI as políticas públicas de saúde reafirmam e expandem o modelo centrado na família. Em 2000 teve início ao projeto Saúde Bucal 2000, com o objetivo de avaliar a saúde bucal da população brasileira (ELY, CARVALHO, SANTOS, 2009).

A Política Estadual de Saúde Bucal tem por objetivo a ampliação e qualificação do atendimento, oferecendo atendimento a todas as faixas etárias na atenção básica, cujo

competete a identificação e solução das necessidades odontológicas. Assim como os atendimentos clínicos existe um Programa de Saúde na Escola (PSE), com o objetivo de realizar trabalho de saúde bucal nas escolas e creches.

A Secretaria Estadual da Saúde no Rio Grande do Sul, em seu site em uma reportagem alusiva ao dia mundial da saúde bucal, redobra a atenção de seus leitores para a importância dos cuidados com os dentes. Desde a infância até o fim dos dias de uma pessoa é necessário estar atento ao cuidado da saúde bucal, visto que há doenças que podem ser evitadas quando se tem uma higiene bucal diária. Doenças como leucemia, diabetes, doenças autoimunes e anemias podem ser decorrentes de uma má higiene bucal, por isso a importância do cuidado diário.<sup>2</sup>

## **2.2 POLÍTICA SAÚDE MENTAL**

O conceito de saúde mental e doença mental é complexo, deste modo, podemos definir como saúde mental a capacidade que o indivíduo tem de lidar com as emoções, pensamento, comunicação, aprendizagem, resiliência e autoestima. Assim a saúde mental é fundamental para os relacionamentos e bem-estar pessoal. Com o advento dos manuais internacionais de classificação das doenças como CID e DSM foram classificadas as doenças consideradas mentais que são apresentadas como alterações e mudanças das emoções, pensamentos e comportamentos, que compromete o funcionamento e desempenho do indivíduo nas atividades sociais, de trabalho e familiares.

O conceito de saúde mental circunscreve o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, autonomia, competência, autorrealização do potencial intelectual e emocional, estar bem consigo mesmo e com os outros, aceitar as exigências da vida, saber lidar com as boas emoções e também com aquelas desagradáveis, mas que fazem parte da vida e reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.

Entretanto a doença mental engloba mudanças no comportamento que causam angústia, sofrimento e interfere na vida cotidiana das pessoas. Existem numerosos tipos de transtornos mentais, alguns dos mais comuns incluem aqueles relacionados à ansiedade, depressão, alimentação, personalidade. Porém é necessário saber que

---

<sup>2</sup> Reportagem completa no link: <https://saude.rs.gov.br/ses-reforca-a-importancia-dos-cuidados-com-a-saude-bucal>. Acesso em 31 dez. 2020.

transtorno mental é uma doença e tem tratamento e que os municípios contam com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que podem ser de três tipos: CAPS, CAPS infantil e CAPS AD (álcool e droga), cada um com suas especialidades, que tem a responsabilidade de tratar, orientar e encaminhar pacientes que procuram orientação e ajuda.

A doença mental ou transtorno mental é conceituado como distúrbios em que ocorrem alterações de emoções, ideias, comportamento e relacionamento. Porém, a saúde mental é conceituada de forma variada, pelos estudiosos. Sendo que é considerado a auto eficácia percebida, o bem-estar subjetivo, a competência, a autonomia autorrealização do potencial. Conceitua-se doença mental ou transtorno mental como uma série de distúrbios em que ocorrem alterações de emoções, ideias, comportamento e relacionamento, intelectual e emocional da pessoa, ou seja, saúde mental vai além da ausência de transtorno (CAMARGO & NEVES, 2004).

No período pré-republicano até século XIX a história da saúde mental brasileira relata que os chamados loucos não tinham o direito de ser internados em um hospital (COSTA-ROSA, 2007). O primeiro Hospício Pedro II foi inaugurado em 1852, pelo próprio imperador D Pedro II, dando origem ao início da psiquiatria no Brasil, ainda em um modelo manicomial centrado mais na doença do que na pessoa (COSTA, 1981).

O hospício recebia pacientes, com solicitação do médico, após a internação, os bens do paciente ficavam sob a guarda do hospício (a lei garantia a guarda provisória dos bens do paciente), dessa forma, os hospitais psiquiátricos se expandiram. Também, foram criadas colônias agrícolas com o objetivo de tratar e reeducar pelo trabalho os doentes mentais, fato que acabou não dando certo, entre outros motivos pela cronificação, as relações desiguais de saber/poder, a destituição dos direitos básicos de cidadania, a carência da liberdade e da relação com o tecido social e a ineficácia do tratamento ofertado, além da superlotação por meio do recolhimento dos excluídos (mendigos, prostitutas, entre outros), pois não existia outra estrutura para prestar assistência fora do hospício (DEVERA; ROSA-COSTA, 2007).

Foi nesse contexto que na década de 1920 a 1940, Ulisses Pernambucano, responsável pela psiquiatria social brasileira, lutou contra a violência e maus-tratos que os pacientes sofriam nos hospícios. Com a reforma psiquiátrica no final dos anos 1970 ocorreu uma mudança no modelo-asilar, não permitindo mais a exclusão e a violência do

modelo hospitalocêntrico.<sup>3</sup> Assim, pode-se dizer que a história da atenção à saúde mental no Brasil é lembrada pelo modelo asilar (CESARINO,1989). O ano de 1978 foi considerado o início do movimento pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Em todo país inicia um movimento de reivindicação de usuários, familiares e trabalhadores, pela implantação de uma rede de serviços substitutivos e pela promulgação da Lei da reforma psiquiátrica.

A partir de 2005 os campos da saúde mental em hospitais psiquiátricos foram abolidos e novas redes integradas de instituições tomou conta, assim como Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS), que tem por objetivo o atendimento integral do sofrimento psíquico (NICÁCIO, 1994).

Entra em cena o Sistema Único de Saúde (SUS), que traz proximidade a comunidade para o tratamento de doenças psíquicas, onde gradativamente vai se organizando uma rede substitutiva de saúde mental e atenção básica. As unidades básicas de saúde, no Brasil, têm importância para a comunidade local, pois nessas instituições vários serviços são prestados à comunidade, tais como, saúde bucal, saúde psíquica, saúde familiar, etc.

A valorização da saúde mental na saúde pública acaba por promover a saúde, além de permitir a cada profissional assim como a sociedade, uma busca de uma postura crítica para mudar ações que são prejudiciais ao crescimento do portador da doença mental.

Vê-se na trajetória de democratização das políticas públicas, no que diz respeito à saúde no país. Tal acessibilidade começa a despontar e se estruturar modificando as condições para todos.

Desta forma podemos dizer que a constituição de políticas públicas no campo da saúde mental e bucal vão ganhar mais vigor com o surgimento do Sistema Único de Saúde e uma rede de serviços vai ser constituída no país como forma de promover saúde nestas áreas, visando o cuidado integral das populações. As dificuldades orçamentárias vividas pelo SUS desde seu surgimento, a Emenda Constitucional 95 congelando os gastos desde 2016, as alterações das políticas públicas sofridas neste período acrescidas da pandemia da Covid 19 vão deixar ainda mais difícil o cenário para o cuidado. Apesar das dificuldades e do encolhimento da área da saúde frente a atual crise sanitária é inegável a importância de políticas públicas de promoção, prevenção, assistência e reabilitação no campo da saúde mental e da saúde bucal

---

<sup>3</sup> É baseado nos cuidados da saúde em hospitais, uma remediação com a doença já instalada, ao invés de utilizarem a forma de prevenção primária (não precisariam ir ao hospital).

### **3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO BRUXISMO INFANTIL**

Para Freud (1905) as experiências da infância têm grande influência sobre a personalidade adulta. Deste modo, estabeleceu através de seus estudos, as cinco fases do desenvolvimento, que são chamadas fases psicosexuais. Segundo o autor citado a cima, o desenvolvimento da personalidade está ligado ao desenvolvimento da sexualidade. Assim, as fases apresentadas por ele são a oral, anal, fálica, latente e genital. Neste trabalho vamos nos ater as três primeiras fases.

#### **3.1 FASE ORAL**

Freud (1905), na psicanálise relata que a primeira fase do desenvolvimento humano é a fase oral, que vai desde o nascimento até os 18 meses de idade, sendo que, a boca, da criança é o foco de gratificação libidinal proveniente de prazer por se alimentar no seio da mãe, sendo essa fase o primeiro elemento de contato do bebê com o mundo. Assim, é através do mamar, do sugar que ele vai receber os nutrientes, através do leite materno, para sobreviver, mas também o carinho e atenção de quem exercer a função materna. Deste modo, pode-se dizer que a cavidade bucal é um lugar de grande potencial efetivo visto que, é um lugar favorável para a expressão de impulsos de emoções e de conflitos latentes.

Molina (1989) assegura que pacientes com bruxismo que tiveram as emoções reprimidas no período inicial da vida, têm personalidades agressivas, ansiosas e tensas. Deste modo, pode-se ressaltar que a zona oral está associada ao desenvolvimento do bruxismo. Sendo que Freud (1905) atribuiu a boca a função de realizar trocas efetivas com o mundo. Na qual, a fase oral é a primeira manifestação da sexualidade e da agressividade da criança. Também pode-se entender que a fase oral é a fonte primária de experiência de prazer, frustração e dor. Sendo, responsável pelas expressões de afetos, formação do caráter e determinação dos hábitos de vida das pessoas, como roer unhas, morder objetos, fumar etc.

#### **3.2 FASE ANAL**

A fase anal ocorre entre a idade de 18 meses a três anos, neste período a criança começa a dar atenção ao processo de eliminação. Para Freud o ânus é uma zona erógena

primária, deste modo, o controle dos esfíncteres da bexiga e dos intestinos da origem ao prazer. Assim, se o treinamento de usar o vaso sanitário não for correto e houver muita cobrança e punição pode ocorrer uma fixação nesta fase, resultando em uma personalidade muito rígida ou muito desorganizada.

Sendo, esse o segundo estágio da fase do desenvolvimento humano, para Freud, ele entende esse período como um conflito entre o id, ego e superego e com as exigências dos pais a criança pode vir a se fixar nesta fase e assim, avir a desencadear comportamentos conflitantes e reagir negativamente. Deste modo, Freud acredita na libido, que é a força motriz, que está por trás de todo comportamento humano.

Assim, Correa (2001) em seus estudos entendeu que o sistema límbico é estimulado através da tenção emocional vivida pela criança, desencadeando o bruxismo. O sistema límbico é a unidade responsável pelas emoções.

### **3.3 FASE FÁLICA**

A fase Fálica ocorre entre os 4 e 6 anos de idade é onde acontece a construção da formação do conhecimento. Neste período a criança buscara ser amada, valorizada e ser aceita pelas outras pessoas, principalmente pelos pais. A fala da criança está vinculada a esse estágio libidinal. Também está atrelado à neste período um novo olhar aos seus órgãos sexuais, aos dos seus pais, assim construindo a afetividade consigo e com o mundo externo originando a sexualização dos pequenos. Sendo que a criança começa a sentir prazer na área genital.

Na psicanálise a fase Fálica é muito importante para a nossa efetividade e apego, assim como, as pulsões da boca e dos ânus, que eram parciais, e passam a ser controlados pelos órgãos genitais. E o sistema límbico é amenizado dando início ao medo da perda no psiquismo. A criança neste período está se humanizando e passa a entender a importância de fazer parte da família. É de suma importância que a mesma compreenda que faz parte da família.

### **3.4 A DESCOBERTA FREUDIANA DO INCONSCIENTE**

Ao falar de Sigmund Freud, associa-se o nome com a Psicanálise que foi sua criação. “O conceito de inconsciente está intrínseco à Psicanálise, de modo que se fosse

resumir em uma palavra todo o saber psicanalítico, essa palavra seria o inconsciente” (CORDEIRO, 2010, p. 2). Freud, no fim do século XIX, e primeira metade do século XX traz conceitos sobre o inconsciente, adentrando a cultura ocidental e a ciência, compreendendo vários sinais do comportamento humano, ora banalizado e ignorado pela psicologia da consciência. Ao mesmo tempo em que Freud é enaltecido pela sua ousadia, em criar uma nova ciência, é também escorraçado e criticado por aqueles que não aceitaram a psicanálise. “Porém, pode-se odiar e contestar Freud e tudo aquilo que ele representa para a história do saber pós-moderno, mas é preciso admitir sua necessidade para a compreensão da sociedade e do psiquismo humano” (CORDEIRO, 2010, p. 2). Freud define o inconsciente como o lugar dos impulsos, dos desejos ou instintos que estão além da nossa consciência, mas que apesar de não serem ‘conhecidos’ motivam a maioria dos nossos sentimentos e ações. O inconsciente poderia ser percebido em nossos lapsos, nossos chistes, nossos sonhos.

Freud, constrói o conceito de inconsciente a partir do seu material *Interpretação dos Sonhos*. Cordeiro, expõe que:

O conceito de Inconsciente (Unbewusste) é ponto central da teoria psicanalítica, a sua pedra angular, na qual se concentra toda a descoberta freudiana. Freud, através de sua experiência clínica diz que o psiquismo não se reduz ao consciente e que certos conteúdos só são possíveis à consciência após serem superadas certas resistências. Revelou que a vida psíquica é povoada de pensamentos eficientes embora inconscientes, de onde se originavam os sintomas. Freud localiza o inconsciente não como um lugar anatómico, mas um lugar psíquico, com conteúdo, mecanismos e uma energia específica. O inconsciente faz parte da Primeira Tópica do Aparelho Psíquico construída por Freud a partir da Traumdeutung (Interpretação dos Sonhos) publicada em 1900. Em muitos textos freudianos o inconsciente é assimilado ao recaiado, porém, reserva-se um lugar para conteúdos inatos filogenéticos, que constituem o núcleo do inconsciente. Os conteúdos do inconsciente são os representantes da pulsão que estão fixados em fantasias, histórias imaginárias, concebidas como manifestações do desejo, que é um dos polos do conflito defensivo (CORDEIRO, 2010, p. 3)

Ou seja, Freud, propõe explicar a atividade do aparelho psíquico de forma tópica. Dessa forma só o inconsciente pode ter acesso à consciência.

Freud aponta os sonhos como o caminho mais rico de investigação do inconsciente, a estrada real que leva aos seus conteúdos. É na Interpretação dos Sonhos que Freud elabora a sua teoria dos sonhos e a técnica de interpretação. Os sonhos são realizações disfarçadas de desejos proibidos e inconscientes. Ou seja, a interpretação dos sonhos consiste num percurso que vai do conteúdo manifesto ao conteúdo latente (CORDEIRO, 2010).

Mas qual a relação da descoberta freudiana do inconsciente com o bruxismo? Como o bruxismo é um reflexo subconsciente não controlado e leve, na maioria das vezes é desconhecido ou despercebido pelos pacientes e seus familiares. Assim, torna-se necessário estabelecer o diagnóstico precoce das possíveis alterações que poderão ocorrer, antes que o ciclo vicioso resulte em dano grave e permanente. Em crianças, essa desordem normalmente é identificada pelas odontopediatras diante de desgastes dentários anormais, disfunções temporomandibulares e dor. No entanto, os pediatras podem reconhecer essa desordem em pacientes que procuram atendimento por dores de cabeça atípicas ou dores mandibulares ao acordar. O bruxismo como uma desordem temporomandibular é encontrado em crianças que apresentam episódios de dores de cabeça. A sintomatologia dolorosa depende da frequência, intensidade e idade do paciente, em associação à duração do hábito. Nas crianças, os sinais e sintomas são mais ocasionais e leves, o que explica o fato de elas estarem, na maioria das vezes, livres da disfunção da articulação temporomandibular (DINIZ, SILVA, ZUANON, 2009).

Diante do exposto, podemos dizer que é de fundamental importância realizar a anamnese completa da criança em ambiente tranquilo, contando com a participação dos pais para obter informações sobre a história médica geral, hábitos, queixa de dor, relacionamento familiar e social e avaliação do perfil psicológico da criança. O exame clínico minucioso, com palpação, ausculta, avaliação de tecidos moles e da língua, verificação da movimentação mandibular, análise da oclusão, bem como os exames radiográficos são importantes no diagnóstico preciso das alterações do sistema estomatognático. A avaliação do desgaste dentário em pacientes com bruxismo se baseia principalmente no diagnóstico visual, sem diferenciar se a causa está relacionada a fatores psicológicos ou patológicos.

É de fundamental importância o diagnóstico diferencial para que o bruxismo não seja confundido com outros movimentos faciais do sono, tais como atos de engolir, tossir, grunhir ou alternar a abertura e o fechamento mandibulares. Além disso, é necessário distinguir o ruído proveniente do bruxismo daquele causado pelo ato de roncar por meio de gravações ou técnicas de vigilância, uma vez que o ruído desencadeado pelo ranger dos dentes é característico em pacientes bruxistas (DINIZ, SILVA, ZUANON, 2009).

O ranger os dentes durante a noite tem como principais causas situações como estresse, ansiedade, hiperatividade, obstrução nasal, apneia do sono ou ser consequência do uso de remédios. Além disso, o bruxismo pode ser desencadeado por problemas dentários, como uso de aparelho ou desalinhamento entre os dentes de cima

e de baixo, ou ser consequência de uma inflamação do ouvido, conforme observamos nos escritos estudados e apresentados no corpo do texto deste trabalho.

Dessa forma, podemos dizer que a relação abordada por Freud sobre o inconsciente, pode auxiliar e muito no tratamento do bruxismo, uma vez que, tal aparato clínico é fruto de fantasias, sonhos, repressão, terrores noturnos, etc.

Ou seja, aquela criança que sofre com as influências externas, principalmente aquelas relacionadas a sua família, que acarretam em nervosismo, ansiedade, medos e etc., são expressas, por vezes, através do bruxismo. É necessário para tanto que a criança, juntamente com sua família e/ou cuidadores, busque uma relação afetiva, prazerosa, e saudável na sua vida cotidiana, apoiando-se e usufruindo dos mecanismos que estão à disposição da sociedade como as Unidades de Saúde Básica, escolas, projetos de capacitação, tratamentos mentais, etc.

Esse é um dos caminhos, para que se tenha sucesso no tratamento do bruxismo com as crianças.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao ler os materiais para o desenvolvimento dessa pesquisa, pude perceber que o bruxismo não pode ser tratado apenas por uma área. É necessário envolver mais profissionais, para que o tratamento desse mal seja mais eficaz. Uma vez que se trabalha de forma multiprofissional, busca-se em diversos mecanismos, um denominador comum, através do conhecimento advindo das diferentes áreas e das técnicas que podem ser implementadas na perspectiva de garantir um cuidado integral do ser humano que sofre. Nesse caso, uma melhor qualidade de vida para a criança que desenvolve o bruxismo.

As políticas públicas nesse caso são de extrema importância, pois com elas é possível dar oportunidade de uma vida saudável através do cuidado integral da criança. E aqui a psicologia tem um papel fundamental. O psicólogo como um profissional da saúde mental, deve buscar trabalhar o equilíbrio mental dos indivíduos.

É importante levar em consideração como está o equilíbrio mental das crianças, porque às vezes há muita intensidade numa situação simplesmente por estar sobre o efeito de outras emoções, como por exemplo: ansiedade, estresse, nervosismo, etc. Ou seja, não podemos deixar de lado a saúde e equilíbrio mental, de um indivíduo em formação. Isso tem muito a dizer sobre como as crianças estão levando suas vidas, o dia a dia, e muito tem a ver com a forma com que ela está lidando com as situações ao seu redor. Ao reprimir as emoções, elas vão sendo armazenadas em algum lugar no inconsciente e são “transbordadas” em algum órgão ou sistema mais propenso. É necessário então tratar os aspectos físicos e a causa deles.

Ao encontrar a origem e chegar ao problema real é a competência do profissional que auxiliará na solução, por exemplo, do bruxismo. Um bom tratamento pesquisas e diagnósticos que podem controlar e desatar os nós de questões emocionais. Em geral, é preciso que haja um médico especialista na doença patológica do mal físico e um psicólogo que possa ajudá-lo a compreender a origem da enfermidade, assim como tantos outros profissionais da saúde que compõem o quadro dos serviços e podem juntos ofertar um olhar mais amplo sobre o problema enfrentado e um maior leque de oferta de soluções possíveis de acordo com as necessidades da população atendida.

Há muito ainda a se fazer, para que possamos compreender as formas e caminhos que podem ser trilhados na solução das doenças físicas e mentais, e por isso esse trabalho não se esgota aqui, mas apenas sinaliza algumas facetas a serem pesquisadas, problematizadas e ressignificadas.

## REFERÊNCIAS

- .Academia Americana de Medicina do Sono. **Classificação Internacional de Distúrbios do Sono**. 3.ed. 2014 (American Academy of Sleep Medicine. **International classification of sleep disorders**. 3ª ed. Darien: American Academy of Sleep Medicine; 2014).
- ALMEIDA, João Ferreira de. Trad. **A Bíblia Sagrada** (revista e atualizada no Brasil). 2 ed. São Paulo. Sociedade Bíblica Brasileira, 1993.
- ALVES, Valeria Cristina Soares et al. Alguns aspectos do bruxismo de interesse da odontopediatra. **Rev. odontopediatr.** v. 2, n. 3, p. 157-63, 1993.
- CARVALHO, E cirurgião-dentista Eduardo Gonçalves de Carvalho, natural de Curitiba, foi graduado pela Turma de 2015 <https://www.ident.com.br/eduardocarvalho/perfil-completo>
- CESARINO, A C. **Uma experiência de saúde mental** na Prefeitura de São Paulo. In: Saúde Loucura 1. São Paulo: Hucitec, 1989,
- CERVEIRA JA. **Influência da qualidade de vida na ocorrência da doença cárie em pré-escolares**. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2003
- CHRISTENSEN GJ. **Treating Bruxism and Clenching**. J Am Dent Assoc. 2000
- CORRÊA, Maria Salete Nahás Pires **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 2010.
- CORRÊA, Maria Salete Nahás Pires. **Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos**. São Paulo: Santos, 2002.
- CORRÊA, M.S. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 2001.
- COSTA J. F. (1981). **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus
- COSTA-ROSA, A. (2006). **A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade** [manuscrito não publicado]. Assis: UNESP
- DINIZ, Michele Baffi; SILVA, Renata Cristiane da; ZUANON, Angela Cristina C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 329-334, set. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822009000300015>. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822009000300015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000300015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 jan. 2021.
- .ELY, Helenita Correa; CARVALHO, Danusa Queiroz e; SANTOS, Márcia dos. Políticas De Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde**, volume nº 17, SAÚDE BUCAL. Mimeo. Brasília/Porto Alegre: Abril de 2006. Atualizado em 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2200.pdf>. Acesso em 30 dez. 2020.

.FREUD, S (1905) **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Ed Standard Brasileira, vol VII Rio de Janeiro Imago Ed 1976

.FREUD Sigmund (1937). **Análise Terminável e Interminável**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GAMA, Emanuel, ANDRADE. Aurimar de Oliveira, CAMPOS, Riva Mara. Bruxismo: revisão de literatura. **Ciência Atual**, 1 (1), 16-97, 2013. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qMAkgrqPoF8J:www.cnad.edu.br/revista-ciencia-atual/index.php/cafsj/article/download/2/pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 30 dez. 2020.

GOMES, Évelim L. Freitas Dantas et al. Associação do bruxismo, rinite e sinusite com as infecções respiratórias recorrentes em crianças. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 2, p. 285-289, 2010.

GOMES, Nathália Silva. **Considerações sobre o bruxismo infantil**. 2011. 38 f. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Odontologia) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/149374>. Acesso em: 30 dez. 2020.

LAVIGNE, Gilles J. et al. **Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians**. Journal of oral rehabilitation, v. 35, n. 7, p. 476-494, 2008.

MACEDO, Cristiane Rufino. Bruxismo do sono. **Rev. Dent. Press Ortodon Ortop Facial**, v. 13, n. 2, p. 18-22, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-54192008000200002>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-54192008000200002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192008000200002). Acesso em: 30 dez. 2020.

MACIEL R.N. **Bruxismo**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

MACIEL, Roberto Nascimento Oclusão **ATM: clínicos**. São Paulo. Ed Santos, 2006.

MOLINA, O.F. **Fisiopatologia craniomandibular** (occlusão e ATM). São Paulo: Pancast Editorial, 1989.

NICÁCIO, M. F. S. **O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituição e cultura**. 1994. Dissertação (Mestrado) Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo

OKESON, J. P. **Fundamentos da oclusão e desordens temporomandibulares**. Trad. Milton Edson Miranda. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

PIZZOL, C. D. I. K.; et al. **Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos**. p.158-160, 2006.

RINTAKOSKI, Katariina et al. **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. 06, p. 714-719, 2012.

DOI: 10.1017 / thg.2012.54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22953759/>. Acesso em: 30 dez. 2020.

RODRIGUES, K. **Aspectos psicológicos de crianças com bruxismo**. Master's Thesis, University of Ribeirão Preto, São Paulo, School of Philosophy, Sciences and Languages, Ribeirão Preto, Brazil, 2008. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-22052009-184241/publico/mestrado.pdf>. Acesso em 29 dez. 2020.

SERRA-NEGRA, Junia Maria et al. Evaluation of parents/guardian knowledge about the bruxism of their children. Family knowledge of bruxism. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 31, n. 3, p. 153, 2013.

SHINKAI R. S. A, et al. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. **Rev. Odontol.** Univ. São Paulo, 1998; 12:29-3.