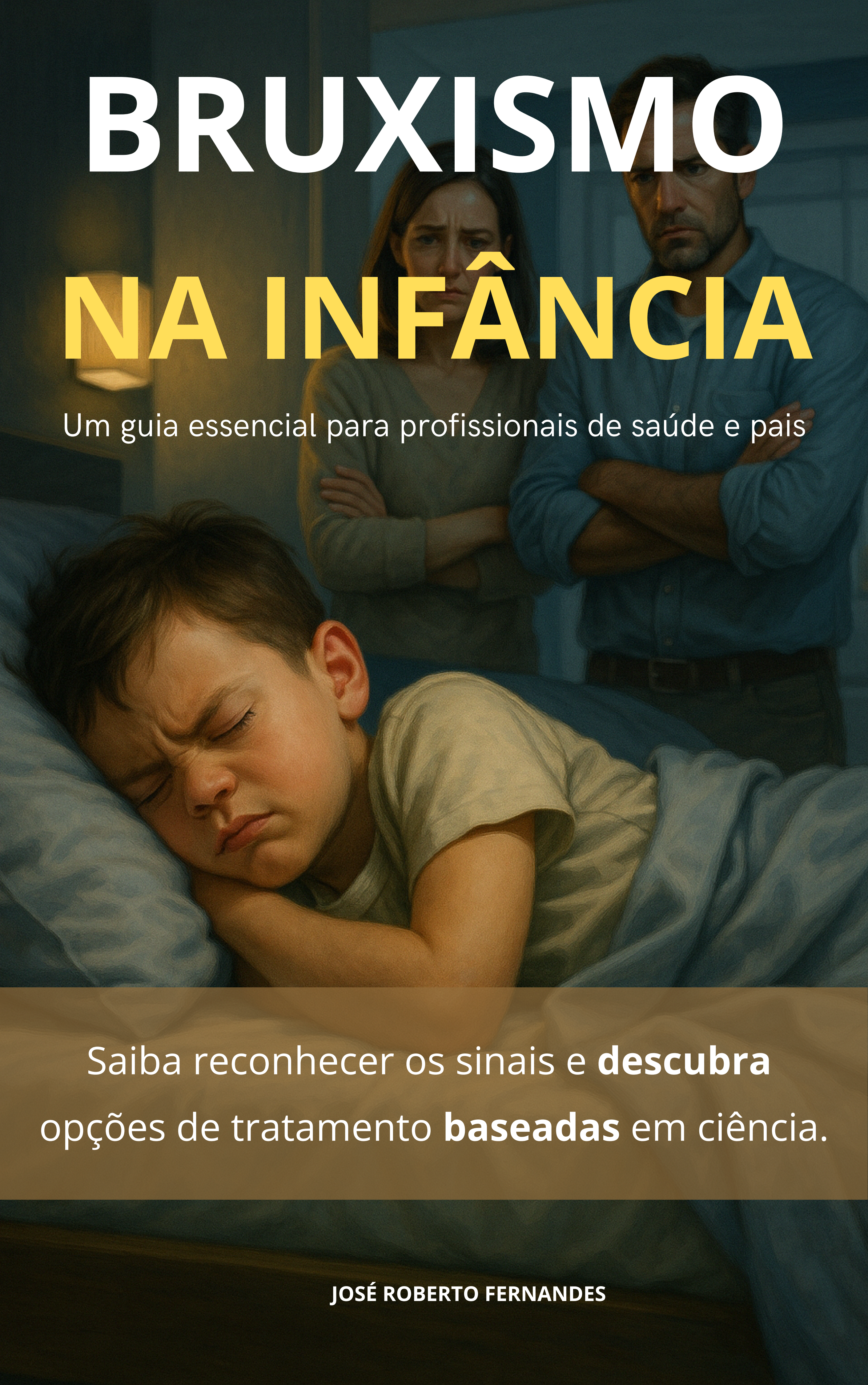




BRUXISMO NA INFÂNCIA

Um guia essencial para profissionais de saúde e pais

Saiba reconhecer os sinais e **descubra**
opções de tratamento **baseadas** em ciência.

JOSÉ ROBERTO FERNANDES

Índice Resumido

- Prefácio – Um convite à compreensão do bruxismo infantil sob um olhar científico e humano.
- Resumo Executivo – Principais achados, fatores de risco e protocolos de manejo clínico.
- Aviso Legal e Direitos Autorais – Responsabilidade e limites de uso deste material.
- Sobre o Autor – Trajetória acadêmica, inovações desenvolvidas e contribuições científicas.

Parte I – Fundamentos

- Introdução ao Bruxismo Infantil – Definições, características e importância clínica.
- Causas e Mecanismos – Fisiológicos, neurológicos, respiratórios, emocionais e genéticos.
- O Papel da Amamentação – Impacto no desenvolvimento orofacial e respiratório.
- Mamadeira e Hábitos Substitutos – Consequências funcionais e recomendações.
- Hábitos Infantis e Fatores de Risco – Chupeta, sucção digital e seus efeitos.

Parte II – Condições Associadas

- Respiração Oral e Alterações Craniofaciais – Relação com inflamações, infecções e bruxismo.
- Infecções Respiratórias – Relevância clínica e mecanismos relacionados ao bruxismo.
- Refluxo Gastroesofágico (RGE) – O que a ciência já revelou na infância.
- Distúrbios do Sono – Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) e microdespertares.
- Fatores Psicológicos e Comportamentais – Estresse, ansiedade e impacto no bruxismo.
- Condições de Neurodesenvolvimento – TEA, TDAH e Paralisia Cerebral.
- Influência de Medicamentos – Antidepressivos, estimulantes e antipsicóticos.
- Fatores Nutricionais – O papel do ferro e sua relação com distúrbios de movimento.

Parte III – Sinais Clínicos e Manifestações

- Bruxismo e Cefaleias Primárias – Dor orofacial, tensional e enxaquecas.
- Bruxismo como Resposta Protetora – Mecanismos fisiológicos de defesa.
- Genética e Neuroquímica – Predisposição hereditária e bases biológicas.

Parte IV – Manejo Clínico

- Estado da Técnica: Placas Interoclusais na Infância – Materiais, riscos e benefícios.
- Dimensão Vertical e Risco Respiratório – Impactos do acrílico e do design.
- Monitoramento Clínico – O papel da polissonografia e protocolos de acompanhamento.
- Protocolos de Higiene do Sono – Orientações práticas para famílias.
- Manejo Multidisciplinar – Odontologia, pediatria, fonoaudiologia e psicologia.

Parte V – Síntese e Orientações Finais

- Síntese Técnica – Limites e possibilidades das placas em crianças.
- Alertas Importantes – Riscos dos dispositivos prontos e soluções não científicas.
- Mensagem Final – Reflexão para pais e profissionais sobre prevenção e tratamento.
- Glossário – Termos técnicos explicados de forma clara.
- Referências Bibliográficas – Base científica da obra.

Resumo Executivo

O bruxismo na infância deixou de ser visto apenas como um hábito passageiro ou uma curiosidade clínica. Hoje, a ciência comprova que ele é um fenômeno multifatorial, frequentemente associado a distúrbios do sono, condições respiratórias, fatores emocionais e até predisposição genética. Longe de ser banal, o ranger de dentes na infância pode representar um sinal de alerta precoce, apontando para alterações que impactam o desenvolvimento craniofacial, a saúde respiratória e a qualidade de vida da criança.

Este e-book reúne, de forma clara e fundamentada, os principais aspectos relacionados ao bruxismo infantil. O leitor encontrará uma análise detalhada das causas e mecanismos envolvidos, abrangendo desde fatores fisiológicos ligados à erupção dentária até a influência de distúrbios como a apneia obstrutiva do sono (AOS) e o refluxo gastroesofágico (RGE). São discutidos ainda os impactos da respiração oral, dos hábitos orais como mamadeira, chupeta e sucção digital, bem como as repercussões de condições neurológicas, psicológicas e nutricionais.

No campo do manejo clínico, a obra apresenta uma avaliação crítica sobre o uso de placas interoclusais na infância, tema cercado de controvérsias. A análise técnica mostra que, embora essas placas possam ser úteis em situações específicas de desgaste dentário grave ou dor muscular, seu uso indiscriminado representa riscos reais ao crescimento orofacial e à respiração da criança. O livro enfatiza a necessidade de protocolos rígidos, monitoramento polissonográfico e acompanhamento multidisciplinar, sempre priorizando a investigação das causas subjacentes.

Além da parte científica, este e-book inova ao oferecer uma dupla abordagem: cada capítulo traz explicações técnicas direcionadas a profissionais da saúde e, ao final, uma versão adaptada para pais e cuidadores, escrita em linguagem acessível, sem perder a profundidade. Dessa forma, pais e profissionais caminham juntos na compreensão do problema e nas escolhas terapêuticas.

Ao concluir a leitura, o leitor compreenderá que o bruxismo na infância não é apenas um sintoma a ser silenciado, mas uma oportunidade de diagnóstico precoce, prevenção e intervenção. Para os profissionais, o livro oferece ferramentas práticas e uma atualização científica essencial. Para os pais, traz clareza, acolhimento e orientação confiável.

 Mensagem central: o bruxismo infantil é tratável, muitas vezes reversível, desde que sua causa seja identificada e abordada corretamente. Este livro é um guia indispensável para quem deseja compreender, prevenir e tratar essa condição de forma ética, científica e eficaz.

✨ Convite ao Leitor

Este e-book é apenas o começo. Ele abre as portas para uma obra principal ainda mais abrangente, que aprofunda cada tema, expande os protocolos clínicos e traz ferramentas práticas para que o profissional transforme sua rotina de atendimento.

☞ Se você é profissional de saúde, prepare-se: a leitura da obra completa pode mudar a forma como você compreende e conduz o tratamento do bruxismo infantil, bruxismo do sono, DTMs, ronco e apneia obstrutiva do sono.

☞ Se você é pai ou mãe, saiba que este conhecimento pode fazer toda a diferença para o bem-estar, o sono tranquilo e o desenvolvimento saudável do seu filho.

☀ Não pare por aqui. Descubra as outras obras, expanda sua visão e permita-se ser parte dessa transformação.

Aviso Legal e Direitos Autorais

Este e-book é protegido por leis de direitos autorais e de propriedade intelectual, nacionais e internacionais. Todos os direitos sobre o conteúdo aqui apresentado — incluindo textos, imagens, gráficos, ilustrações, fotografias e qualquer outro elemento informativo ou visual — pertencem exclusivamente ao autor, Dr. José Roberto Fernandes.

A reprodução, distribuição, compartilhamento, tradução, exibição pública, comercialização ou qualquer outra forma de utilização, seja total ou parcial, em meio físico ou digital, é estritamente proibida sem autorização prévia e expressa por escrito do autor. O uso indevido constitui infração legal, sujeita às sanções previstas pela legislação vigente.

Objetivo desta obra

Este material foi elaborado com o intuito de informar, esclarecer e orientar sobre o fenômeno do bruxismo infantil, suas causas multifatoriais, repercussões clínicas e possibilidades de manejo. O conteúdo é resultado de anos de experiência clínica, pesquisa e desenvolvimento de tecnologias específicas na área da odontologia, ortodontia, ortopedia facial e medicina do sono.

Limitações e Responsabilidade

Apesar de seu caráter educativo e científico, este e-book não substitui a avaliação clínica individualizada, tampouco constitui prescrição de tratamento.

- Cada criança deve ser considerada em sua singularidade clínica.
- O bruxismo infantil é um fenômeno multifatorial, que pode estar relacionado a aspectos odontológicos, respiratórios, neurológicos, emocionais, medicamentosos e comportamentais.
- Portanto, o conteúdo aqui apresentado deve ser interpretado como base de conhecimento e não como protocolo único ou substituto do acompanhamento profissional.

Para Pais e Cuidadores

Este e-book oferece informações claras e acessíveis, traduzindo conceitos técnicos em linguagem compreensível, mas não representa diagnóstico.

- Ao perceber sinais de bruxismo (ranger de dentes, desgaste, sono agitado, dor facial, cefaleias), procure avaliação com um cirurgião-dentista ou médico especializado.
- Não utilize soluções prontas ou dispositivos comercializados sem supervisão odontológica, pois podem comprometer a saúde respiratória, o desenvolvimento facial e o bem-estar da criança.
- Lembre-se: a causa deve ser investigada. A placa interoclusal, quando indicada, é apenas um recurso temporário e nunca substitui a identificação da origem do problema.

Para Profissionais da Saúde

Este material é um guia de apoio clínico e científico.

- Ele oferece referenciais atualizados sobre causas, mecanismos, protocolos de avaliação e condutas frente ao bruxismo infantil.
- Contudo, o julgamento clínico individual, a experiência do profissional e a interdisciplinaridade (odontologia, otorrinolaringologia, pediatria, neurologia, psicologia, fonoaudiologia) são insubstituíveis.
- A aplicação de qualquer técnica ou dispositivo descrito neste e-book deve sempre estar acompanhada de avaliação criteriosa, monitoramento objetivo e ética profissional.

Compromisso Ético e Científico

O autor reforça seu compromisso com:

- A ciência aplicada, baseada em evidências atualizadas.
- O cuidado ético ao paciente, especialmente no público infantil.
- A rejeição de soluções simplistas, de dispositivos pré-fabricados e de práticas não validadas cientificamente.

Aceite dos Termos

Ao acessar este e-book, o leitor — seja profissional de saúde, pai, mãe ou cuidador — concorda em respeitar os termos estabelecidos neste aviso.

- O uso responsável deste conteúdo implica reconhecer que ele é uma ferramenta de aprendizado, não um substituto de consulta médica ou odontológica.
- Qualquer utilização indevida constitui violação legal e ética, passível de responsabilização.

Mensagem Final

Este e-book é fruto da dedicação do autor em aproximar ciência, prática clínica e orientação familiar. Seu objetivo é transformar a realidade do manejo do bruxismo infantil, fortalecendo a prática dos profissionais e esclarecendo os pais sobre a importância de compreender que este distúrbio é mais que um hábito: é um sinal clínico que merece investigação cuidadosa e tratamento baseado em ciência.

Prefácio

Escrever sobre bruxismo na infância é mais do que falar sobre dentes que rangem durante a noite. É mergulhar em um universo onde ciência, cuidado e humanidade se encontram, revelando que cada ranger, cada movimento mandibular, pode carregar consigo uma história maior: a da saúde, do desenvolvimento e até mesmo da respiração de uma criança.

Por muitos anos, o bruxismo infantil foi visto como algo trivial, passageiro, uma curiosidade clínica sem grandes implicações. Mas a experiência, aliada ao avanço da ciência, nos mostrou que esse fenômeno é, na verdade, um sinal de alerta precoce. Ele pode indicar distúrbios respiratórios, alterações do sono, impactos emocionais, hábitos orais inadequados e até predisposição genética. Em outras palavras: o bruxismo não fala apenas dos dentes — ele fala da criança como um todo.

Este livro nasce com a missão de unir duas linguagens: a do profissional da saúde, que busca dados técnicos, referências científicas e condutas bem fundamentadas; e a dos pais, que buscam clareza, acolhimento e caminhos seguros para cuidar de seus filhos. É por isso que cada capítulo foi construído de forma dupla: primeiro, com uma análise técnica, criteriosa e atualizada, e depois, com uma versão acessível, como se fosse uma conversa em consultório, olho no olho, com as dúvidas reais dos pais e cuidadores.

Essa abordagem inovadora reflete a essência desta obra: aproximar ciência e vida real. Não basta termos protocolos se não conseguimos transmiti-los de forma compreensível. Não basta falarmos com os pais se não oferecemos aos profissionais a profundidade que precisam. Aqui, esses mundos se encontram, porque ambos têm um único objetivo em comum: garantir o desenvolvimento saudável das crianças.

Ao longo das páginas, o leitor vai encontrar uma jornada que percorre desde o impacto da amamentação natural no crescimento orofacial até os efeitos da respiração oral, da mamadeira, da chupeta e da sucção digital. Vai compreender como fatores como refluxo, apneia do sono, distúrbios neurológicos e até deficiência de ferro podem se conectar ao bruxismo. E, ao mesmo tempo, vai perceber que o uso de placas interoclusais em crianças, tema tão polêmico, exige cautela, critérios rígidos e acompanhamento especializado.

Este não é apenas um livro para consulta, mas um convite à reflexão. É um chamado para que profissionais ampliem seu olhar e para que pais compreendam que o ranger de dentes pode ser a ponta de um iceberg que precisa ser investigado.

Se este livro tocar o coração de um pai, acalmar a angústia de uma mãe, orientar um profissional em um caso complexo, ou ainda ajudar uma criança a dormir melhor, respirar melhor e viver melhor, então ele terá cumprido sua missão.

Convido você, leitor, a mergulhar nesta obra com atenção e sensibilidade. O bruxismo na infância é um desafio, mas também uma oportunidade — a oportunidade de identificar, prevenir e transformar vidas.

Seja bem-vindo a essa jornada, que é ao mesmo tempo científica, clínica e profundamente humana.

Dr. José Roberto Fernandes
Ortodontista e Ortopedista Facial

Parte I – Introdução e Contextualização

- Prefácio – Uma abordagem inédita e integradora
- Introdução ao Bruxismo Infantil
 - Diferenças entre o bruxismo em adultos e em crianças
 - Por que o bruxismo não deve ser visto como um hábito passageiro
 - O papel das placas interoclusais: estado da técnica e riscos clínicos

Parte II – Causas, Mecanismos e Fatores de Risco

- Causas e Mecanismos do Bruxismo na Infância
 - Fatores fisiológicos e desenvolvimento dentário
 - Aspectos neurológicos e microdespertares do sono
 - Emoções, estresse e ambiente psicossocial
 - Impactos respiratórios e otorrinolaringológicos
 - Influência genética e neuroquímica
- Amamentação, Desenvolvimento Orofacial e Saúde Respiratória
 - Papel da amamentação natural no crescimento craniofacial
 - Relação com respiração nasal e saúde das vias aéreas
 - Riscos associados à ausência do aleitamento natural
- Uso da Mamadeira e Fatores Substitutivos
 - Diferenças entre sucção natural e artificial
 - Consequências funcionais e anatômicas do uso precoce
 - Estratégias de adaptação e redução do fluxo de leite
- Hábitos Infantis e Impactos no Desenvolvimento Orofacial
 - Chupeta: efeitos prolongados e repercussões clínicas
 - Sucção digital: consequências estruturais e funcionais
 - A janela de recuperação natural até os 4 anos

Parte III – Condições Clínicas Associadas

- Respiração Oral e Bruxismo Infantil
 - Síndrome do respirador oral: sinais e implicações
 - Bruxismo como resposta protetora
 - Relação com infecções crônicas e inflamações

- Infecções Respiratórias e Bruxismo
 - Otites, rinites e amigdalites recorrentes
 - Relação com microdespertares e ranger de dentes
 - Manejo clínico e prevenção
- Fatores Emocionais e Psicológicos
 - Ansiedade, estresse e tensão emocional
 - Contribuições da psicologia e terapias comportamentais
- Transtornos de Neurodesenvolvimento
 - Bruxismo no Transtorno do Espectro Autista (TEA)
 - Relação com TDAH e impacto dos medicamentos
 - Bruxismo em crianças com paralisia cerebral
- Sono, Microdespertares e Bruxismo
 - Qualidade e duração do sono como fatores determinantes
 - Higiene do sono: protocolos práticos
 - Cefaleias primárias e dor orofacial associadas
- Refluxo Gastroesofágico (RGE) e Bruxismo
 - Evidências científicas em adultos e crianças
 - Mecanismos fisiológicos que conectam RGE e bruxismo
 - Implicações clínicas e encaminhamentos
- Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) e Bruxismo
 - Diagnóstico diferencial por polissonografia
 - Impactos respiratórios no uso de dispositivos intraorais
 - Interações entre AOS, RGE e bruxismo

Parte IV – Manejo Clínico e Condutas Terapêuticas

- Placas Interoclusais em Crianças
 - Estado da técnica e tipos de dispositivos
 - Riscos da interferência no crescimento orofacial
 - Indicações específicas e monitoramento rigoroso
- Estado da Técnica: Construção de Placas Interoclusais
 - Materiais, design e tecnologia CAD/CAM e 3D
 - Influência da dimensão vertical e impacto respiratório
 - Projetos com expansores transversais
 - Monitoramento clínico e funcional com polissonografia
- Condutas Frente ao Bruxismo Induzido por Medicamentos
 - Antidepressivos, estimulantes e antipsicóticos
 - Estratégias clínicas e multidisciplinares
 - Orientações práticas aos pais

Parte V – Orientação aos Pais e Cuidadores

- Capítulos Dedicados aos Pais
 - Explicações simplificadas após cada capítulo científico
 - Linguagem acessível, sem perder profundidade
 - Orientações práticas de manejo no dia a dia
- Mensagens de Alerta
 - Por que soluções rápidas (placas pré-fabricadas, chupetas terapêuticas, aparelhos vendidos na internet) não funcionam
 - A importância do acompanhamento clínico individualizado

Parte VI – Encerramento e Recursos

- Mensagem Final
 - O bruxismo como sinal de alerta e não um simples hábito
 - Perspectiva de cura na infância quando a causa é identificada
 - O compromisso da ciência e do cuidado com a saúde da criança
- Resumo Executivo – Síntese das evidências e diretrizes clínicas
- Glossário Expandido – Termos técnicos e explicações acessíveis
- Referências Bibliográficas – Base científica da obra

Sobre o Autor – Trajetória, inovações e contribuições científicas



Introdução ao Bruxismo Infantil

O bruxismo infantil é um fenômeno relativamente frequente, observado em diferentes idades da infância, mas que não pode ser simplesmente comparado ao bruxismo em adultos. Enquanto nos adultos costuma assumir caráter crônico e de maior impacto funcional, nas crianças apresenta particularidades clínicas e fisiológicas que exigem uma análise diferenciada.

Em muitos casos, o bruxismo na infância é transitório e aparece como parte do processo natural de desenvolvimento dentário e neuromuscular. Durante a erupção dos dentes de leite e a fase de dentição mista, é comum que os movimentos rítmicos de ranger ou apertar os dentes façam parte do amadurecimento funcional do sistema mastigatório. Ainda assim, não se pode ignorar sua complexidade: o fenômeno também pode estar relacionado a fatores emocionais, respiratórios e distúrbios do sono, o que aumenta sua relevância clínica e reforça a necessidade de investigação cuidadosa.

Relevância clínica e sinais de alerta

Embora na maior parte das situações não demande intervenção imediata, existem casos em que o bruxismo infantil ultrapassa os limites do que se considera esperado. A presença de desgaste dentário acentuado, episódios frequentes de dor muscular ou articular e sinais de comprometimento funcional — como dificuldade mastigatória, distúrbios respiratórios associados ou sono excessivamente fragmentado — representam alertas importantes e justificam uma conduta diferenciada.

O papel das placas interoclusais na infância

O uso de placas interoclusais na infância é um dos pontos que mais gera dúvidas entre profissionais e responsáveis, e justamente por isso receberá um capítulo exclusivo neste livro. Ainda assim, já na introdução é importante deixar claro qual é a posição clínica e científica sobre o tema. Embora a literatura descreva diferentes modelos de placas, como as rígidas de cobertura total, geralmente em resina acrílica, as moles confeccionadas em silicone ou EVA, e até mesmo as mini-placas ou parciais que cobrem apenas parte da arcada dentária, o consenso atual é que nenhuma dessas soluções deve ser considerada rotina no manejo do bruxismo em crianças. Essas variações fazem parte do estado da técnica, mas na prática clínica cotidiana o quadro é muito mais restritivo e exige protocolos de segurança rigorosos.

Em odontologia pediátrica, a placa não é tratamento. No máximo, pode ser um recurso paliativo e temporário, utilizado apenas em situações muito específicas, como em casos de desgaste dentário acentuado, dor muscular persistente ou risco real de fraturas em dentes e restaurações. Ainda assim, seu uso precisa ser criterioso, monitorado de perto e nunca aplicado antes de uma investigação completa das causas do bruxismo. O ponto essencial é compreender que, na infância, o crescimento orofacial está em pleno desenvolvimento. Isso significa que qualquer dispositivo colocado na boca pode alterar de forma significativa a erupção dos dentes, a oclusão e até mesmo o equilíbrio funcional das vias aéreas.

O risco respiratório é a principal preocupação. O incremento de material acrílico, por exemplo, aumenta a dimensão vertical de oclusão e pode levar à rotação mandibular posterior, reduzindo o espaço orofaríngeo e impactando a ventilação. Esse mecanismo, tolerável em adultos, pode agravar quadros respiratórios em crianças, especialmente naquelas que já apresentam histórico de respiração bucal, rinite ou hipertrofia adenotonsilar. Ao invés de proteger, nesses casos, a placa pode piorar o sono, acentuar microdespertares e até agravar uma apneia obstrutiva previamente não diagnosticada.



Além dos aspectos respiratórios, há ainda riscos relacionados à interferência no crescimento e na erupção dentária. O uso de mini-placas ou parciais pode induzir assimetrias, mordidas abertas ou cruzadas, comprometendo a função mastigatória futura. Também existe a possibilidade de mascarar o problema: muitas vezes o barulho do ranger desaparece com a placa, mas a causa subjacente — seja respiratória, neurológica, emocional ou até mesmo relacionada ao uso de medicamentos — continua sem diagnóstico, e o tempo perdido pode atrasar intervenções realmente eficazes.

Mesmo quando o dispositivo é bem planejado, adaptado de forma personalizada e confeccionado em material biocompatível, o objetivo deve ser único e bem definido: proteger os dentes em curto prazo, com o menor impacto possível sobre a função. Por isso, não há espaço para improvisos, modelos pré-fabricados, protetores coloridos vendidos na internet ou dispositivos termo-moldáveis adaptados diretamente na boca. Nenhum desses atende aos critérios técnicos mínimos para uso em crianças e todos representam risco à saúde bucal e respiratória.

Se, apesar de todos os cuidados, a placa for de fato indicada, é necessário estabelecer uma linha clara de conduta. Primeiro, investigar e manejar causas prioritárias como apneia obstrutiva do sono ou refluxo gastroesofágico, que devem sempre ser tratados antes da confecção de qualquer dispositivo intrabucal. Confirmado o risco dentário real, a placa deve ser desenhada segundo conceitos de baixa pressão, com espessura mínima, superfície altamente polida, contatos uniformes e suaves, sem guias agressivas que forcem reposicionamentos mandibulares. O ajuste oclusal deve ser conservador, garantindo liberdade mandibular sem sobrecarga. A instalação deve vir acompanhada de documentação inicial, orientações claras aos responsáveis e monitoramento frequente, com reavaliações clínicas e, se necessário, polissonografia de controle para verificar se não houve piora da ventilação durante o sono.

Também é fundamental orientar a família sobre a função limitada do dispositivo. A placa não cura o bruxismo. Ela apenas atua como um escudo temporário para os dentes, enquanto as causas reais são investigadas e tratadas. Pais e responsáveis devem ser informados de que qualquer sinal de piora respiratória, como ronco novo ou mais intenso, pausas respiratórias, sudorese noturna, agitação durante o sono ou dor crescente, exige retorno imediato e pode levar à suspensão do uso do dispositivo.

O estado atual da técnica mostra que placas interoclusais em crianças não podem ser vistas como soluções padronizadas. Muito pelo contrário, o design, o material, a espessura e até a decisão sobre sua indicação devem ser cuidadosamente planejados, pois o risco de causar mais danos do que benefícios é real. Esse cuidado é ainda mais urgente diante da crescente comercialização de dispositivos prontos ou semi-prontos vendidos como “placas para bruxismo infantil”, que além de não terem respaldo científico, oferecem uma perigosa ilusão de tratamento. O baixo custo, o apelo visual e a promessa de conforto não compensam os riscos de mascarar o problema, atrasar o diagnóstico e comprometer o desenvolvimento facial e respiratório.

Por tudo isso, neste livro haverá um capítulo específico dedicado ao estado da técnica, onde cada um desses pontos será discutido em detalhe, com referências científicas, ilustrações e protocolos. Desde já, no entanto, fica o alerta central: no manejo do bruxismo infantil, a placa só deve ser cogitada em situações de exceção e sob monitoramento rigoroso. A prioridade absoluta é sempre identificar e tratar a causa subjacente.



Um protocolo diferenciado

Ao contrário do manejo em adultos, em que o bruxismo frequentemente é tratado como condição crônica, o bruxismo infantil deve ser encarado como um fenômeno dinâmico e multifatorial. Isso implica adotar protocolos específicos, que priorizem a busca pela causa subjacente — seja respiratória, emocional, neurológica ou funcional — antes de considerar o uso de dispositivos. Assim, esta introdução convida o leitor a compreender o bruxismo infantil sob uma ótica mais ampla e científica: não como um simples ranger de dentes, mas como um marcador clínico que revela a interação entre desenvolvimento fisiológico, saúde emocional, qualidade do sono e equilíbrio respiratório



Causas e Mecanismos do Bruxismo Infantil

O bruxismo na infância é uma condição de origem multifatorial, resultado da interação de diversos fatores que, em conjunto, moldam a expressão clínica do distúrbio. Sua manifestação não pode ser atribuída a uma única causa, mas sim ao equilíbrio complexo entre fatores biológicos, emocionais, funcionais e genéticos, que se somam no organismo em desenvolvimento.

Fatores fisiológicos do crescimento

Durante as fases de erupção e substituição da dentição decídua e mista, é comum observar movimentos rítmicos de ranger os dentes. Esses episódios, em geral, são transitórios e refletem a adaptação natural do sistema mastigatório ao amadurecimento funcional. O desgaste observado nos dentes de leite muitas vezes é parte do processo fisiológico e não necessariamente indicativo de um distúrbio patológico.

Fatores neurológicos e do sono

O bruxismo é classificado atualmente como um distúrbio do movimento relacionado ao sono. Sua ocorrência está associada a microdespertares noturnos, momentos em que há aumento da atividade muscular mastigatória e fragmentação do sono. Alterações nos níveis de neurotransmissores, especialmente dopamina e serotonina, também têm sido implicadas em sua gênese, reforçando o papel do sistema nervoso central no desencadeamento do distúrbio.

Fatores emocionais e psicossociais

O componente emocional é um dos elementos mais frequentemente identificados na prática clínica. Crianças submetidas a situações de estresse, ansiedade, hiperatividade ou conflitos emocionais tendem a apresentar prevalência mais elevada de bruxismo. O impacto das pressões escolares, das rotinas intensas e de contextos familiares conflituosos pode favorecer um aumento da frequência e intensidade dos episódios.

Fatores respiratórios e otorrinolaringológicos

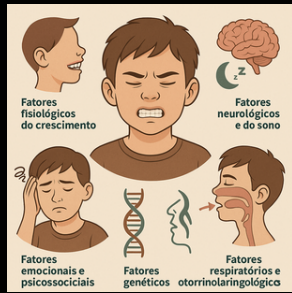
As condições respiratórias representam outro fator determinante. Apneia obstrutiva do sono, hipertrofia de amígdalas e adenoides, e a respiração bucal crônica são amplamente reconhecidas como condições capazes de desencadear contrações mandibulares compensatórias. Nessas situações, o bruxismo pode atuar como uma resposta inconsciente do organismo para tentar melhorar a passagem do ar durante o sono.

Fatores genéticos

A hereditariedade também desempenha papel importante. Estudos demonstram maior prevalência de bruxismo em crianças com histórico familiar positivo, sugerindo predisposição genética. Essa observação reforça que, em alguns casos, a vulnerabilidade para o distúrbio pode ser transmitida entre gerações.

Síntese

Em conclusão, o bruxismo infantil resulta de uma interação complexa entre múltiplos fatores: o desenvolvimento orofacial e neuromuscular, a regulação central do sono, os estados emocionais e psicossociais, as condições respiratórias e a predisposição genética. Essa natureza multifatorial exige uma visão ampla e interdisciplinar para a avaliação clínica e o planejamento terapêutico, evitando interpretações simplistas ou reducionistas.



Explicando aos Pais – Por que o Bruxismo Acontece nas Crianças?

O bruxismo infantil, que é o hábito de ranger ou apertar os dentes durante o sono, não tem uma única causa. Ele acontece porque vários fatores se somam e interagem entre si, influenciando o corpo em desenvolvimento da criança. Entender essas causas ajuda os pais a observarem melhor seus filhos e a compreenderem a importância de uma avaliação completa.

Fatores do crescimento

Durante a infância, principalmente na fase em que os dentes de leite estão nascendo ou sendo trocados pelos dentes permanentes, é comum observar o ranger de dentes. Esse movimento muitas vezes é apenas uma etapa natural do desenvolvimento, pois o sistema mastigatório da criança ainda está amadurecendo. O desgaste dos dentes de leite, em muitos casos, faz parte desse processo fisiológico e não significa necessariamente que há um problema grave.

Fatores do sono e do cérebro

O bruxismo está relacionado ao funcionamento do sistema nervoso central e, por isso, costuma acontecer durante o sono. Em muitos casos, está associado a microdespertares, que são pequenos “acordar rápidos” durante a noite, quase imperceptíveis. Nesses momentos, a musculatura da boca pode se contrair de forma repetida, resultando no ranger ou apertar dos dentes. Alterações em substâncias que regulam o cérebro, como a dopamina e a serotonina, também podem estar envolvidas.

Fatores emocionais

O estresse, a ansiedade e a agitação emocional podem aumentar os episódios de bruxismo. Crianças que enfrentam pressões escolares, mudanças de rotina ou conflitos familiares podem apresentar maior frequência de ranger de dentes. Nessas situações, o bruxismo funciona como uma resposta do corpo às tensões emocionais.

Fatores respiratórios

Problemas respiratórios também são muito importantes. Crianças que respiram pela boca, que têm amígdalas ou adenoides aumentadas ou que apresentam apneia do sono (quando a respiração para por alguns instantes durante a noite) podem ranger os dentes como forma de tentar abrir espaço para o ar passar melhor. Nesse caso, o bruxismo funciona como um mecanismo de defesa.

Fatores hereditários

O histórico familiar também tem influência. Se os pais tiveram bruxismo na infância, há mais chance de os filhos também apresentarem o problema. Isso mostra que, além dos fatores emocionais e ambientais, existe também uma predisposição genética.

A mensagem para os pais

O bruxismo infantil não é resultado de uma única causa, mas de uma combinação de fatores ligados ao crescimento, ao sono, às emoções, à respiração e até à herança familiar. Por isso, é fundamental que os pais não vejam o ranger de dentes apenas como um “hábito” ou “mania”. Ele pode ser um sinal de que o corpo da criança está reagindo a algo maior.

Buscar uma avaliação com profissionais de saúde — dentista, pediatra e, em alguns casos, psicólogo ou otorrinolaringologista — é essencial para entender o quadro e orientar o tratamento. Quanto mais cedo se identifica a causa, mais eficaz é o cuidado, garantindo à criança um desenvolvimento saudável e tranquilo.



Explicando aos Pais – Por que o Bruxismo Acontece nas Crianças?

O bruxismo infantil, que é o hábito de ranger ou apertar os dentes durante o sono, não tem uma única causa. Ele acontece porque vários fatores se somam e interagem entre si, influenciando o corpo em desenvolvimento da criança. Entender essas causas ajuda os pais a observarem melhor seus filhos e a compreenderem a importância de uma avaliação completa.

Fatores do crescimento

Durante a infância, principalmente na fase em que os dentes de leite estão nascendo ou sendo trocados pelos dentes permanentes, é comum observar o ranger de dentes. Esse movimento muitas vezes é apenas uma etapa natural do desenvolvimento, pois o sistema mastigatório da criança ainda está amadurecendo. O desgaste dos dentes de leite, em muitos casos, faz parte desse processo fisiológico e não significa necessariamente que há um problema grave.

Fatores do sono e do cérebro

O bruxismo está relacionado ao funcionamento do sistema nervoso central e, por isso, costuma acontecer durante o sono. Em muitos casos, está associado a microdespertares, que são pequenos "acordar rápidos" durante a noite, quase imperceptíveis. Nesses momentos, a musculatura da boca pode se contrair de forma repetida, resultando no ranger ou apertar dos dentes. Alterações em substâncias que regulam o cérebro, como a dopamina e a serotonina, também podem estar envolvidas.

Fatores emocionais

O estresse, a ansiedade e a agitação emocional podem aumentar os episódios de bruxismo. Crianças que enfrentam pressões escolares, mudanças de rotina ou conflitos familiares podem apresentar maior frequência de ranger de dentes. Nessas situações, o bruxismo funciona como uma resposta do corpo às tensões emocionais.

Fatores respiratórios

Problemas respiratórios também são muito importantes. Crianças que respiram pela boca, que têm amígdalas ou adenoides aumentadas ou que apresentam apneia do sono (quando a respiração para por alguns instantes durante a noite) podem ranger os dentes como forma de tentar abrir espaço para o ar passar melhor. Nesse caso, o bruxismo funciona como um mecanismo de defesa.

Fatores hereditários

O histórico familiar também tem influência. Se os pais tiveram bruxismo na infância, há mais chance de os filhos também apresentarem o problema. Isso mostra que, além dos fatores emocionais e ambientais, existe também uma predisposição genética.



A mensagem para os pais

O bruxismo infantil não é resultado de uma única causa, mas de uma combinação de fatores ligados ao crescimento, ao sono, às emoções, à respiração e até à herança familiar. Por isso, é fundamental que os pais não vejam o ranger de dentes apenas como um "hábito" ou "mania". Ele pode ser um sinal de que o corpo da criança está reagindo a algo maior.

Buscar uma avaliação com profissionais de saúde — dentista, pediatra e, em alguns casos, psicólogo ou otorrinolaringologista — é essencial para entender o quadro e orientar o tratamento. Quanto mais cedo se identifica a causa, mais eficaz é o cuidado, garantindo à criança um desenvolvimento saudável e tranquilo.



Amamentação, Desenvolvimento Orofacial e Saúde Respiratória

A amamentação natural é reconhecida como um dos pilares fundamentais do desenvolvimento infantil. Embora seu papel mais imediato esteja ligado à nutrição e à transmissão de imunidade passiva, o aleitamento materno também exerce uma função crítica no desenvolvimento orofacial e respiratório, impactando diretamente a saúde a curto, médio e longo prazo.

Estímulo funcional durante a amamentação

O ato de sugar o seio materno envolve uma coordenação neuromuscular complexa, que inclui a mandíbula, a língua, os lábios e as bochechas. Essa atividade exige força, ritmo e sincronia, tornando-se um verdadeiro exercício fisiológico diário. Entre os principais efeitos benéficos, destacam-se:

Desenvolvimento mandibular: o movimento de projeção e retrusão da mandíbula durante a sucção favorece o crescimento anterior mandibular, prevenindo retrognatismo.

Expansão transversal da maxila: a língua em repouso contra o palato duro durante a amamentação estimula a largura do arco maxilar, criando uma base mais ampla para a dentição e para as vias aéreas superiores.

Fortalecimento muscular: a musculatura orofacial se desenvolve de forma equilibrada, promovendo um selamento labial eficiente e respiração nasal estável.

Estímulo à respiração nasal: ao sugar, a criança mantém os lábios vedados e respira pelo nariz, consolidando esse padrão fisiológico desde os primeiros meses de vida.

Esses mecanismos mostram que a amamentação funciona como uma terapia natural de crescimento, moldando as estruturas craniofaciais e respiratórias.

Consequências da ausência de estímulo adequado

Quando a criança não é amamentada naturalmente ou tem contato precoce com mamadeiras, chupetas e alimentação artificial, há impacto direto no equilíbrio do sistema orofacial:

Mandíbula retruída: a falta de estímulo funcional compromete o crescimento anterior da mandíbula, favorecendo o retrognatismo.

Arco maxilar estreito: sem o repouso adequado da língua no palato, ocorre deficiência no crescimento transversal da maxila, resultando em palato ogival e menor espaço aéreo.

Respiração bucal crônica: a ausência de selamento labial adequado e a adaptação funcional ao uso de chupetas e mamadeiras predisõem à respiração pela boca. Esse padrão altera a postura mandibular, afeta a função muscular da face e compromete o desenvolvimento da cavidade nasal.

Inflamações recorrentes: a respiração bucal está associada ao aumento da prevalência de rinites, amigdalites e otites, perpetuando um ciclo inflamatório que agrava ainda mais a obstrução das vias aéreas.

Essas alterações não apenas dificultam o sono tranquilo, como criam uma base anatômica desfavorável que acompanhará o indivíduo ao longo da vida.



Impactos a longo prazo

Na vida adulta, os efeitos da ausência de amamentação natural tornam-se ainda mais evidentes:

Arcadas estreitas e desalinhamento dentário: problemas ortodônticos se tornam mais frequentes.

Retrognatismo mandibular: essa condição anatômica reduz o espaço da orofaringe, favorecendo o colapso das vias aéreas durante o sono.

Maior risco de apneia obstrutiva do sono (AOS): a combinação de arcadas estreitas, palato elevado e mandíbula retruída cria um cenário propício para ronco e episódios de apneia.

Bruxismo associado: a dificuldade respiratória leva a microdespertares e sobrecarga muscular, manifestando-se em episódios de ranger de dentes durante o sono.

Assim, observa-se que a ausência de aleitamento natural não impacta apenas os primeiros anos de vida, mas pode predispor a distúrbios respiratórios e do sono em fases posteriores.

Conclusão

A amamentação deve ser compreendida como muito mais do que um ato de nutrição. Ela é um fator protetor estrutural e funcional, que molda o crescimento ósseo da face, fortalece a musculatura orofacial, consolida a respiração nasal e amplia as vias aéreas superiores. A ausência desse estímulo está associada a um ciclo de alterações craniofaciais e respiratórias que favorecem a instalação de distúrbios como respiração bucal crônica, bruxismo, ronco e apneia obstrutiva do sono. Portanto, incentivar, apoiar e proteger o aleitamento materno é uma medida que ultrapassa o campo nutricional, representando uma estratégia preventiva essencial para a saúde craniofacial e respiratória ao longo da vida.



Explicando aos Pais – Como a Amamentação Ajuda no Crescimento da Face e na Respiração

Muitos pais sabem que a amamentação é importante para nutrir o bebê e fortalecer a imunidade, mas nem todos conhecem outro aspecto fundamental: o papel do aleitamento materno no crescimento dos ossos da face e na saúde da respiração.

A amamentação como um “exercício natural”

Quando o bebê mama no peito, não é apenas a nutrição que acontece. O ato de sugar exige um esforço coordenado da língua, da mandíbula, dos lábios e das bochechas. Esse movimento funciona como um verdadeiro “exercício natural”, que ajuda no desenvolvimento da face e das vias respiratórias:

A mandíbula cresce para frente, ocupando a posição correta.

Os músculos da boca e do rosto ficam mais fortes.

A criança aprende a respirar pelo nariz, já que precisa manter os lábios vedados durante a mamada.

A língua repousa no céu da boca, ajudando a expandir o arco superior e aumentando o espaço para o ar passar.

Tudo isso cria uma base saudável para os dentes, para a respiração e até para o sono.

O que acontece quando não há amamentação natural

Quando a criança não é amamentada no peito, ou quando mamadeiras e chupetas são introduzidas muito cedo, alguns problemas podem surgir:

A mandíbula pode ficar mais retraída.

O arco dentário pode se tornar mais estreito.

A respiração pela boca pode se tornar um hábito constante.

O risco de infecções, como amigdalites, otites e rinites, aumenta.

Essas mudanças parecem pequenas no início, mas podem afetar não apenas a infância, como também a vida adulta.



Consequências a longo prazo

Na fase adulta, pessoas que não tiveram o estímulo da amamentação natural tendem a apresentar:

Dentes desalinhados e necessidade maior de tratamento ortodôntico.

Mandíbula mais retraída, o que reduz o espaço da garganta.

Maior risco de ronco e apneia do sono, que é quando a respiração para por alguns segundos durante a noite.

Maior chance de ranger os dentes (bruxismo) durante o sono, já que a respiração fica mais difícil e o corpo precisa se adaptar.

Ou seja: a ausência de amamentação natural pode gerar repercussões que acompanham a pessoa por toda a vida.

A mensagem para os pais

Amamentar é muito mais do que alimentar. É uma forma de garantir que seu filho cresça com ossos faciais bem formados, músculos fortes, respiração nasal saudável e menor risco de problemas respiratórios no futuro. Sempre que possível, o aleitamento materno deve ser incentivado e prolongado. Ele protege não só contra doenças comuns da infância, mas também contra alterações que podem causar ronco, apneia e bruxismo na vida adulta. Amamentar é investir no desenvolvimento completo do seu filho: corpo, respiração, sono e qualidade de vida.



Mamadeiras: Impactos e Alternativas Funcionais

Introdução

Apesar de todos os benefícios comprovados da amamentação natural, é inegável que em muitos lares o uso da mamadeira se torna uma realidade. Seja por questões médicas, sociais ou familiares, esse recurso é frequentemente introduzido, mas sua utilização deve ser analisada de forma crítica. Afinal, substituir a amamentação por um dispositivo artificial significa romper uma cadeia complexa de estímulos que têm papel decisivo no crescimento orofacial e na saúde respiratória da criança.

O que se perde ao substituir a amamentação natural

Durante o aleitamento materno, a criança executa um esforço coordenado envolvendo língua, mandíbula, bochechas e lábios. Essa atividade cria pressão negativa intraoral, expande o palato, projeta a mandíbula e fortalece a musculatura orofacial. Além disso, a amamentação está ligada a estímulos emocionais e psicológicos de vínculo e saciedade.

Na mamadeira convencional, o leite flui de forma fácil e quase imediata. O bebê praticamente não precisa exercer força para obter alimento, o que reduz drasticamente o estímulo muscular e ósseo. Como consequência, a mandíbula tende a se manter retraída, o palato não recebe a pressão fisiológica necessária para se expandir e a língua perde o hábito de repousar no palato, permanecendo em posição baixa. Essas alterações favorecem o estreitamento das vias aéreas, a respiração bucal crônica e, como consequência indireta, distúrbios do sono e risco aumentado de bruxismo infantil.

Uma alternativa: a adaptação funcional da mamadeira

Embora nenhuma mamadeira possa reproduzir integralmente a complexidade da amamentação materna, algumas adaptações podem reduzir seus efeitos negativos. Uma estratégia importante é a utilização de bicos com furos menores ou sistemas reguladores de fluxo, que dificultam a saída do leite. Ao exigir esforço de sucção, a criança recria, ainda que parcialmente, a mecânica funcional do aleitamento natural.

Esse esforço adicional traz benefícios:

- fortalece a musculatura orofacial;
- estimula a expansão do palato;
- prolonga o tempo da mamada, aumentando a sensação de saciedade;
- promove um padrão de sucção mais fisiológico.

Assim, embora não seja possível igualar a amamentação natural, essa adaptação torna o uso da mamadeira menos prejudicial, fornecendo à criança algum nível de estímulo muscular e ósseo.

Orientação aos pais

A mensagem aos pais deve ser clara: a amamentação natural é insubstituível. No entanto, quando a mamadeira for necessária, é essencial escolher modelos que ofereçam fluxo lento, exigindo esforço de sucção. Além disso, deve-se evitar a prolongação desnecessária do uso, substituindo gradualmente a mamadeira conforme o desenvolvimento da criança e sempre buscando acompanhamento odontopediátrico.



Conclusão

A mamadeira não deve ser vista apenas como um instrumento de alimentação, mas como um fator capaz de influenciar o desenvolvimento facial e respiratório da criança. A escolha consciente do tipo de mamadeira e a adaptação funcional do fluxo podem representar uma diferença significativa, reduzindo os riscos associados ao seu uso. Mais importante ainda, esse tema deve ser discutido abertamente com pais e cuidadores, oferecendo-lhes ferramentas para tomar decisões mais informadas sobre a saúde de seus filhos.



Conduta clínica e a importância do tempo do hábito

Um dos aspectos mais relevantes no manejo de hábitos orais, como a sucção de chupeta ou de dedo, é o fator tempo. A literatura e a prática clínica são claras ao indicar que existe uma janela crítica de recuperação natural. Quando esses hábitos são interrompidos até aproximadamente os 4 anos de idade, a probabilidade de que o corpo promova uma autocorreção espontânea é extremamente elevada.

Isso ocorre porque, nesta fase, o crescimento craniofacial ainda se encontra em um estágio de plasticidade:

- O palato profundo ou estreitado tende a se remodelar gradualmente.
- Mordidas abertas anteriores incipientes apresentam alta chance de fechamento natural.
- O selamento labial, a postura da língua e o equilíbrio muscular orofacial podem se restabelecer de forma fisiológica.
- Em muitos casos, essas melhorias se dão sem necessidade de intervenção ortodôntica ou ortopédica.

A partir dessa idade, entretanto, a situação se modifica. Após os 4 anos, a persistência de hábitos orais aumenta consideravelmente o risco de instalação estável de maloclusões, como mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e estreitamento transversal da arcada superior. Nessas circunstâncias, a recuperação espontânea se torna menos provável, e frequentemente passa a ser necessária a intervenção terapêutica específica, como ortopedia facial ou interceptação ortodôntica.

Essa compreensão reforça dois pontos fundamentais:

1. A intervenção precoce não significa tratamento mecânico imediato, mas sim orientação e eliminação do hábito em tempo oportuno, para que o crescimento natural do corpo se encarregue da maior parte da correção.
2. O papel do profissional é educar pais e cuidadores sobre essa janela de oportunidade, evitando tanto a banalização do hábito (“vai passar sozinho”) quando já ultrapassada a idade crítica, quanto intervenções desnecessárias antes do tempo adequado.

Em resumo: até os 4 anos, o abandono dos hábitos orais permite, na maioria dos casos, uma reorganização natural do crescimento craniofacial. Após essa idade, a persistência dos hábitos frequentemente exige abordagem terapêutica para correção das alterações instaladas.



Manejo prático para eliminação dos hábitos orais

A interrupção de hábitos como a sucção de chupeta ou dedo não deve ser conduzida de forma abrupta, punitiva ou traumática, mas sim estratégica, gradual e educativa. A seguir estão pontos-chave de manejo clínico e orientações aos pais:

1. A importância da comunicação

- Explicar para a criança, em linguagem adequada à idade, por que é importante deixar o hábito.
- Envolver a criança no processo de decisão aumenta a adesão e reduz a resistência.

2. Estratégias para o abandono da chupeta

- Retirada gradual: limitar inicialmente o uso a momentos específicos (como dormir), reduzindo progressivamente até a eliminação completa.
- Substituição por recursos de conforto: incentivar brinquedos de auge, histórias ou músicas relaxantes na hora do sono.
- Técnicas motivacionais: criar calendários de adesão ou pequenas recompensas para cada noite sem chupeta.

3. Estratégias para o abandono da sucção digital

- Conscientização progressiva: em crianças maiores, explicar de forma visual (fotos, desenhos) como o hábito pode alterar os dentes.
- Métodos de lembrete: uso de curativos leves, esparadrapo colorido ou até esmaltes específicos (seguros para uso infantil) para reduzir a frequência inconsciente da sucção.
- Apoio psicológico: em casos de sucção intensa ou associada a ansiedade, é recomendável o suporte de psicólogos infantis.

4. Envolvimento familiar

- A eliminação do hábito é mais bem-sucedida quando os pais e cuidadores oferecem acolhimento, paciência e incentivo, evitando críticas ou punições.
- O exemplo familiar (pais que não fumam, não roem unhas, não demonstram hábitos orais ansiosos) também impacta positivamente.

5. Acompanhamento clínico

- O cirurgião-dentista deve monitorar periodicamente o desenvolvimento orofacial, registrando possíveis alterações e avaliando sinais de regressão natural após a suspensão do hábito.
- Caso o hábito persista após os 4 anos, deve-se considerar intervenções ortopédicas/ortodônticas precoces para prevenir ou corrigir maloclusões instaladas.

•

✂ Mensagem-chave prática

A remoção dos hábitos orais na infância é um processo que deve respeitar o tempo biológico da criança e ser conduzido com orientação profissional e envolvimento familiar. Até os 4 anos, a interrupção do hábito permite uma recuperação natural do crescimento facial. Após esse período, o risco de alterações permanentes aumenta, tornando o acompanhamento clínico indispensável.



Aos Pais – Chupeta e Sucção do Dedo: O Que Você Precisa Saber

A chupeta e a sucção do dedo são hábitos comuns na infância. Muitas vezes, eles representam conforto, segurança e uma forma de a criança se acalmar. Mas é importante saber que esses hábitos, quando mantidos por muito tempo, podem atrapalhar o crescimento da boca, dos dentes e até da respiração.

A idade faz diferença

Se a chupeta ou a sucção do dedo forem deixadas até os 4 anos de idade, na maioria das vezes o corpo da criança consegue se reorganizar sozinho. O crescimento natural da face ajuda a corrigir pequenas alterações, como dentes um pouco abertos ou o céu da boca (palato) mais profundo. Ou seja: se o hábito for interrompido cedo, geralmente não é necessário nenhum tratamento especial.

Mas, depois dos 4 anos, a situação muda. A partir daí, as alterações já podem se tornar permanentes: a arcada dentária pode ficar estreita, os dentes podem se posicionar de forma incorreta e a respiração pela boca pode se instalar. Nesses casos, muitas vezes será preciso procurar ajuda profissional para corrigir os problemas.

Como ajudar seu filho a deixar o hábito

1. Converse com a criança: explique, com carinho e em palavras simples, por que é importante parar.
2. Retire aos poucos: no caso da chupeta, comece limitando o uso apenas para dormir, e depois elimine gradualmente.
3. Ofereça substitutos de conforto: um brinquedo, uma história ou uma música podem ajudar a criança a relaxar sem a chupeta ou o dedo.
4. Crie um ritual de despedida: muitas famílias fazem uma “festa da chupeta”, entregam para a fada do dente ou plantam a chupeta no jardim como forma simbólica de marcar o fim dessa fase.
5. Use reforços positivos: elogie cada conquista, faça um calendário de adesivos ou pequenas recompensas.
6. Se for sucção do dedo: às vezes a criança nem percebe que está com o dedo na boca. Bandagens leves ou curativos coloridos podem servir como lembrete sem causar desconforto.

O papel da família

O mais importante é que essa mudança aconteça de forma acolhedora e sem punição. Repreender ou envergonhar a criança só aumenta a ansiedade e pode piorar o hábito. A participação ativa dos pais, com paciência e incentivo, é a chave para o sucesso.

✂ Mensagem Final para os Pais

- Até os 4 anos, abandonar a chupeta ou a sucção do dedo permite que o corpo da criança se recupere naturalmente.
- Depois dessa idade, os riscos aumentam e pode ser necessário um tratamento para corrigir as alterações.

O segredo está no equilíbrio: orientar com carinho, incentivar com firmeza e procurar ajuda profissional sempre que houver dúvidas.



Fatores Psicológicos e Comportamentais no Bruxismo Infantil

Historicamente, o bruxismo foi interpretado quase exclusivamente como uma manifestação psicológica, uma espécie de “descarga” das tensões emocionais acumuladas ao longo do dia. Esse modelo reducionista colocava o distúrbio como consequência direta do estresse ou da ansiedade, tratando-o quase como um comportamento voluntário ou adquirido. Embora fatores emocionais desempenhem, de fato, papel importante, as descobertas científicas mais recentes demonstram que o bruxismo é um fenômeno mais complexo e multifatorial, com origem predominantemente central.

Mecanismo central do bruxismo

Estudos de polissonografia e neurofisiologia do sono confirmam que o bruxismo é um distúrbio do movimento regulado pelo sistema nervoso central. Ele ocorre principalmente em associação com eventos de sono instável, caracterizados por microdespertares e aumento transitório da atividade autonômica. Nesses momentos, há elevação da frequência cardíaca, maior atividade elétrica cortical e ativação da musculatura mastigatória. Assim, o bruxismo não é um simples reflexo periférico, mas sim um fenômeno integrado ao ciclo de regulação neurológica do sono.

Essa compreensão muda o foco: fatores emocionais e comportamentais não são a “causa primária” do bruxismo, mas moduladores que aumentam a vulnerabilidade ou intensificam a expressão do distúrbio em indivíduos predispostos.

Papel dos fatores emocionais

A ansiedade, o estresse e os distúrbios emocionais contribuem para a fragmentação do sono. Crianças submetidas a pressões escolares, ambientes familiares conflituosos ou situações de instabilidade emocional apresentam maior número de microdespertares durante a noite. Cada um desses despertares aumenta a probabilidade de ativação muscular orofacial e, conseqüentemente, de episódios de bruxismo.

Além disso, alterações neuroquímicas relacionadas ao estresse, como o aumento do cortisol e a modulação da serotonina e da dopamina, parecem estar envolvidas na intensificação do distúrbio. Esses neurotransmissores desempenham papel-chave na regulação motora fina e na fisiologia do sono, explicando por que a carga emocional influencia a gravidade do bruxismo.

Influência de hábitos e estilo de vida

O padrão de vida moderno também exerce impacto relevante. Rotinas desreguladas, excesso de tempo em telas antes de dormir, sobrecarga de atividades escolares e baixa qualidade do sono são fatores que contribuem para a intensificação do bruxismo infantil. A falta de higiene do sono, em especial, está entre os elementos mais associados ao aumento da frequência de microdespertares e da hiperatividade muscular noturna.



Estratégias psicológicas e comportamentais no manejo

Embora os fatores emocionais não expliquem isoladamente o bruxismo, o manejo psicológico pode ser um recurso valioso na redução da sua expressão clínica. Estratégias de terapia cognitivo-comportamental, associadas a técnicas de relaxamento e manejo do estresse, têm mostrado impacto positivo na melhora da qualidade do sono e na diminuição da intensidade dos episódios.

É importante enfatizar que essas intervenções não eliminam o bruxismo em si — já que sua origem está ligada à regulação central do sono —, mas atuam reduzindo os fatores que o intensificam. Ao modular a carga emocional, diminui-se a frequência de despertares, a hiperatividade muscular e, por consequência, o risco de desgaste dentário e dor orofacial.

Manejo multidisciplinar

A abordagem clínica do bruxismo infantil deve ser, necessariamente, multidisciplinar. A odontologia desempenha papel essencial na proteção dentária, no uso eventual de dispositivos de contenção e na reabilitação funcional em casos de desgaste significativo. A psicologia e a terapia comportamental oferecem suporte para lidar com os fatores emocionais e comportamentais que podem agravar o distúrbio. Em situações mais complexas, o acompanhamento com especialistas em sono e pediatria contribui para uma avaliação global do quadro.

Conclusão

O bruxismo não pode mais ser compreendido apenas como um reflexo de estresse ou ansiedade. Ele é um distúrbio central, ligado à regulação neurológica do sono e aos microdespertares. Contudo, fatores emocionais, comportamentais e de estilo de vida desempenham papel crucial na modulação do distúrbio e não podem ser negligenciados. O manejo clínico deve ir além da proteção dentária, integrando estratégias de equilíbrio emocional e controle do estresse como parte de um protocolo abrangente, que visa não apenas reduzir os danos, mas também melhorar a qualidade de vida da criança.



Explicando aos Pais – Fatores Emocionais e Comportamentais no Bruxismo Infantil

Durante muito tempo, acreditava-se que o bruxismo infantil, ou seja, o ato de ranger ou apertar os dentes, acontecia apenas porque a criança estava ansiosa ou estressada. Hoje sabemos que essa explicação é incompleta. O bruxismo tem origem no sistema nervoso central e está ligado a pequenos despertares que acontecem durante o sono. Mas os fatores emocionais continuam sendo muito importantes, porque podem aumentar a frequência e a intensidade desses episódios.

Como as emoções influenciam o bruxismo

Quando uma criança passa por momentos de estresse — como mudanças na escola, excesso de atividades, conflitos familiares ou insegurança emocional —, o sono dela tende a ficar mais agitado. Nessas situações, acontecem mais microdespertares durante a noite, e é nesses momentos que o ranger de dentes aparece. Além disso, sentimentos como ansiedade e nervosismo podem aumentar a atividade muscular. Isso significa que, mesmo dormindo, o corpo da criança responde de forma involuntária, movimentando a mandíbula e os dentes.

Hábitos de vida e rotina diária

Não são apenas as emoções que interferem. A rotina da criança também influencia. O uso excessivo de telas antes de dormir, a falta de horários regulares para descanso e o excesso de compromissos durante o dia dificultam o relaxamento do corpo. Quando o sono não é tranquilo, o bruxismo tende a acontecer com maior frequência.

O que pode ajudar

Embora não seja possível “curar” o bruxismo apenas com mudanças comportamentais, existem estratégias que ajudam bastante a diminuir a intensidade e a proteger a criança. Algumas delas incluem:

- Rotina saudável de sono: horários regulares, ambiente tranquilo e redução do uso de telas antes de dormir.
- Técnicas de relaxamento: respiração guiada, leitura leve ou músicas calmas podem ajudar a criança a relaxar.
- Apoio psicológico: em casos de ansiedade ou estresse intenso, a psicoterapia pode ser uma grande aliada, oferecendo ferramentas para que a criança lide melhor com suas emoções.

Essas medidas não eliminam completamente o bruxismo, já que ele acontece por mecanismos internos do cérebro durante o sono. Mas ajudam a reduzir os despertares noturnos e, com isso, a diminuir o ranger dos dentes e suas consequências.

A importância do acompanhamento profissional

O cuidado com o bruxismo deve ser feito por uma equipe. O dentista é responsável por proteger os dentes contra o desgaste e monitorar a evolução do quadro. O psicólogo pode ajudar a criança e a família a enfrentar melhor situações de ansiedade e estresse. E o pediatra, junto com especialistas do sono, avalia a saúde geral e a qualidade do descanso da criança.

A mensagem para os pais

O bruxismo infantil não é apenas “nervosismo” ou “mania”. Ele faz parte de um mecanismo do corpo durante o sono, mas pode ser agravado pelas emoções, pela rotina e pelo estilo de vida. Criar um ambiente calmo, cuidar do equilíbrio emocional da criança e manter acompanhamento profissional são atitudes essenciais. Com esse cuidado conjunto, é possível reduzir os efeitos do bruxismo e garantir um desenvolvimento mais saudável.



Bruxismo do Sono e Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) na Infância

A correlação entre o bruxismo do sono e a apneia obstrutiva do sono (AOS), já amplamente documentada em adultos, também se verifica em crianças. Diversos estudos apontam que a presença de microdespertares noturnos, o aumento do esforço respiratório e a fragmentação do sono estão diretamente associados ao desencadeamento do bruxismo infantil. Em outras palavras, o ranger ou apertar de dentes pode ser entendido como uma manifestação secundária de um sono desorganizado, em que a respiração encontra barreiras anatômicas ou funcionais.

Diagnóstico diferencial

Sempre que houver suspeita de AOS em crianças, o diagnóstico deve ser confirmado por meio da polissonografia, considerada o padrão-ouro na avaliação dos distúrbios do sono. Esse exame permite identificar com precisão a presença de apneias, hipopneias, microdespertares e alterações na arquitetura do sono. A diferenciação é essencial para distinguir casos de bruxismo primário, em que o distúrbio se manifesta de forma isolada, daqueles em que o ranger de dentes é consequência direta da obstrução respiratória noturna.

Riscos do uso de dispositivos intraorais

Após a confirmação do diagnóstico de AOS, torna-se crucial compreender os riscos associados ao uso de dispositivos intraorais, como as placas interoclusais para bruxismo. Embora essas placas possam proteger a estrutura dentária contra desgastes, em alguns casos elas podem agravar o quadro ventilatório, intensificando os episódios de apneia pela redução do espaço aéreo ou alteração do posicionamento mandibular.

Dessa forma, o tratamento inicial deve sempre priorizar a correção das condições que restringem o fluxo aéreo, como a hipertrofia de adenoides ou amígdalas, desvios anatômicos, obstruções nasais ou malformações craniofaciais. O uso de placas deve ser reservado apenas para situações específicas, em caráter temporário e com rigoroso monitoramento polissonográfico, a fim de assegurar que não estejam prejudicando a respiração da criança durante o sono.

Bruxismo e microdespertares

Crianças com bruxismo do sono apresentam maior incidência de microdespertares, eventos que fragmentam o sono e prejudicam sua qualidade global. Esses despertares estão frequentemente associados a manifestações como:

- Sono agitado, com movimentação excessiva na cama.
- Pesadelos recorrentes.
- Ronco frequente e respiração oral persistente.
- Sudorese noturna.
- Fala ou vocalizações durante o sono.

Além dos fatores fisiológicos, elementos ambientais também têm impacto significativo. Excesso de ruídos, iluminação inadequada, horários irregulares e a redução do tempo total de sono são gatilhos reconhecidos para a intensificação do bruxismo.



Higiene do sono como primeira linha de manejo

Independentemente da necessidade de intervenções odontológicas ou médicas, a higiene do sono deve ser considerada a primeira linha de tratamento para o bruxismo infantil. Entre as recomendações principais destacam-se:

- Manter horários regulares para dormir e acordar.
- Evitar cochilos prolongados durante o dia.
- Incentivar uma alimentação equilibrada, reduzindo o consumo de açúcares e estimulantes no período noturno.
- Estabelecer rituais relaxantes, como banho morno ou massagens, antes de dormir.
- Colocar a criança na cama ainda acordada, reforçando hábitos saudáveis de adormecimento.
- Garantir um ambiente calmo, com pouca iluminação e sem ruídos perturbadores.

Conclusão

O bruxismo do sono em crianças, sobretudo quando associado à apneia obstrutiva do sono, exige uma abordagem cuidadosa, criteriosa e multidisciplinar. O diagnóstico preciso, realizado por meio da polissonografia, é indispensável para diferenciar entre bruxismo primário e secundário. A atenção às condições respiratórias deve sempre preceder qualquer intervenção odontológica, e a higiene do sono deve ser implementada como base do manejo clínico. O uso de dispositivos intraorais, quando necessário, deve ser criterioso, temporário e sempre monitorado, garantindo a segurança respiratória da criança e a eficácia terapêutica.



Explicando aos Pais – Bruxismo do Sono e Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) na Infância

O bruxismo infantil, ou seja, o ato de ranger ou apertar os dentes durante o sono, pode estar ligado a várias causas. Uma das mais importantes é a apneia obstrutiva do sono (AOS). Essa condição acontece quando a respiração da criança é interrompida ou dificultada porque as vias respiratórias ficam parcial ou totalmente bloqueadas durante o sono.

Pesquisas mostram que, quando a criança tem dificuldade para respirar à noite, o sono fica fragmentado e cheio de pequenos despertares (chamados de microdespertares). É nesses momentos que o bruxismo costuma aparecer, como se o corpo tentasse reagir ao esforço de respirar.

Como identificar a relação entre bruxismo e apneia

Alguns sinais podem indicar que o ranger de dentes está associado a problemas respiratórios:

- Sono muito agitado, com a criança mudando de posição frequentemente.
- Ronco persistente ou respiração pela boca.
- Pesadelos frequentes ou fala durante o sono.
- Suor excessivo durante a noite.
- Cansaço, irritabilidade ou dificuldade de concentração durante o dia.

Se esses sinais aparecem junto ao bruxismo, é importante investigar com um especialista.

O exame que confirma o diagnóstico

O exame mais indicado para confirmar a apneia do sono é a polissonografia, que avalia como a criança dorme, registra a respiração, os movimentos e os despertares noturnos. Ele ajuda a diferenciar se o bruxismo está acontecendo de forma isolada ou se é consequência de uma obstrução respiratória.

Cuidado com as placas para bruxismo

As placas de proteção dentária, muitas vezes usadas em adultos para proteger os dentes, precisam ser indicadas com muita cautela em crianças com apneia. Isso porque, em alguns casos, elas podem atrapalhar ainda mais a respiração, aumentando os episódios de apneia. Antes de pensar nesse tipo de dispositivo, o mais importante é tratar a causa da obstrução, como adenoides ou amígdalas aumentadas, desvios no nariz ou outras alterações anatômicas.

Somente em situações muito específicas e com acompanhamento rigoroso é que as placas podem ser usadas em crianças, e sempre com monitoramento profissional para garantir que não estejam prejudicando a respiração.

O valor da higiene do sono

Mais do que qualquer dispositivo, a base do tratamento do bruxismo e da apneia é a boa qualidade do sono. Algumas atitudes ajudam muito:

- Criar horários regulares para dormir e acordar.
- Evitar uso de telas e alimentos estimulantes antes de dormir.
- Oferecer um ambiente calmo, silencioso e escuro.
- Estabelecer rituais de relaxamento, como banho morno ou leitura leve.

Esses cuidados simples melhoram o sono da criança e reduzem os episódios de microdespertares que favorecem o bruxismo.



A mensagem para os pais

O bruxismo não é apenas uma questão de dentes: ele pode ser um sinal de alerta de que a criança não está respirando bem durante o sono. Quando há suspeita de apneia, é fundamental procurar avaliação médica e odontológica para confirmar o diagnóstico e definir o tratamento adequado.

Corrigir a respiração, garantir boas noites de sono e, se necessário, usar dispositivos sob orientação especializada são os passos que fazem a diferença. Assim, é possível proteger os dentes, melhorar a saúde geral e assegurar que a criança tenha um desenvolvimento mais saudável e equilibra



Refluxo Gastroesofágico (RGE) e Bruxismo do Sono em Crianças: O que os Estudos Revelam

O que a literatura indica

A associação entre refluxo gastroesofágico (RGE) e bruxismo do sono tem sido objeto de múltiplos estudos. Em adultos, a correlação está bem estabelecida: revisões sistemáticas e observacionais mostram que indivíduos com RGE apresentam maior prevalência de bruxismo e desgaste dentário mais acentuado. A intensidade e a duração dos episódios de refluxo parecem influenciar diretamente a severidade do bruxismo, com odds ratio proporcional ao tempo de exposição ácida.

Na população pediátrica, os resultados são menos homogêneos. Por um lado, estudos reforçam que o bruxismo infantil está associado a distúrbios do sono e microdespertares, sugerindo plausibilidade para a ligação com o RGE. Por outro, pesquisas isoladas não encontraram associação significativa entre refluxo e desgaste dentário em crianças, lembrando que a erosão dentária é multifatorial e pode envolver fatores dietéticos, ambientais e genéticos. Ainda assim, a literatura recomenda que crianças com bruxismo persistente sejam avaliadas também quanto a comorbidades gastrointestinais e respiratórias.

Em resumo, a associação entre RGE e bruxismo está bem sustentada em adultos e considerada plausível em pediatria, embora os achados variem entre os estudos.

Mecanismos biológicos propostos

Três mecanismos principais ajudam a explicar como o refluxo pode favorecer o bruxismo infantil:

1. Microdespertares e arousal autonômico – episódios de refluxo ácido ou de esforço respiratório durante o sono provocam despertares parciais, acompanhados por aumento transitório da atividade simpática. Em registros polissonográficos, observa-se que esses arousals frequentemente precedem episódios de bruxismo.
2. Reflexos protetores – quando o refluxo atinge a faringe, desencadeia-se uma resposta protetora que envolve salivação aumentada e movimentos rítmicos da mandíbula, na tentativa de neutralizar o ácido por meio da deglutição. Esse mecanismo, embora protetor, eleva a atividade dos músculos mastigatórios e favorece o aparecimento do bruxismo.
3. Eixo RGE–AOS–BS – existe uma interação bidirecional entre o refluxo, a apneia obstrutiva do sono (AOS) e o bruxismo. A AOS, por exemplo, aumenta os arousals e as pressões negativas intratorácicas, enquanto o RGE inflama e agride as vias aéreas. Ambos atuam como gatilhos para a ativação mandibular. Essa sobreposição potencializa os episódios de bruxismo, tornando-os mais frequentes e intensos.



Implicações clínicas em crianças

Quando há suspeita de apneia obstrutiva do sono associada ao bruxismo, a polissonografia deve ser considerada o exame padrão-ouro, pois permite documentar a ocorrência de arousals, apneias e movimentos mandibulares.

O tratamento deve ser multidisciplinar e abordar prioritariamente as causas de obstrução respiratória. Em casos de hipertrofia de adenoides e amígdalas, a adenotonsilectomia continua sendo a primeira linha de intervenção. Outras medidas, como tratamento da rinite, controle do peso e uso de CPAP, podem ser indicadas conforme a gravidade e o perfil do paciente.

Em relação ao RGE, o diagnóstico deve ser realizado por gastroenterologista, com apoio de exames como pH-impedanciometria ou endoscopia quando houver sintomas como azia, regurgitação, rouquidão noturna ou tosse persistente. O manejo clínico adequado do refluxo deve preceder a utilização de dispositivos intraorais em crianças com bruxismo, uma vez que o tratamento do RGE pode reduzir os microdespertares e, conseqüentemente, atenuar o bruxismo secundário.

Conclusão

A relação entre refluxo gastroesofágico e bruxismo do sono em crianças ainda não é completamente esclarecida, mas a plausibilidade biológica e as evidências clínicas acumuladas justificam uma avaliação cuidadosa. O manejo integrado entre pediatria, odontologia, otorrinolaringologia e gastroenterologia oferece a melhor abordagem, permitindo tratar as causas de base, reduzir os despertares noturnos e proteger tanto a saúde bucal quanto a qualidade de vida da criança.



Explicando aos Pais – Refluxo e Bruxismo na Infância

O bruxismo infantil, conhecido como o ato de ranger ou apertar os dentes durante o sono, pode ter muitas causas. Uma delas, que nem sempre é lembrada, é o refluxo gastroesofágico (RGE). Esse refluxo acontece quando o conteúdo do estômago volta para o esôfago e, em alguns casos, chega até a garganta, provocando azia, tosse ou desconforto noturno.

Como o refluxo pode estar ligado ao bruxismo

Durante a noite, quando a criança apresenta episódios de refluxo, o corpo reage tentando se defender. Isso pode acontecer de várias formas:

- O ácido do estômago que chega à garganta provoca um pequeno despertar do sono (chamado de microdespertar). Esses despertares estão diretamente ligados ao ranger dos dentes.
- Para se proteger, o corpo aumenta a produção de saliva e ativa movimentos da mandíbula, como se estivesse mastigando, para neutralizar o ácido. Esses movimentos são parecidos com o bruxismo.
- Em algumas crianças, o refluxo aparece junto com problemas respiratórios, como apneia do sono. Nessas situações, tanto a dificuldade para respirar quanto o refluxo trabalham juntos, aumentando as chances de a criança ranger os dentes durante a noite.

O que os pais podem observar

Nem sempre é fácil identificar o refluxo em crianças, mas alguns sinais podem ajudar:

- Tosse persistente ou rouquidão, principalmente à noite.
- Reclamações de azia ou dor na “boca do estômago”.
- Regurgitação ou gosto ácido na boca.
- Sono agitado, despertares frequentes e ranger de dentes durante a noite.

Quando esses sinais aparecem juntos, é importante conversar com o pediatra.

Como investigar e tratar

O exame mais completo para avaliar o sono e confirmar se há relação entre refluxo, bruxismo e apneia é a polissonografia. Esse exame registra como a criança dorme, se há despertares, pausas na respiração ou movimentos mandibulares.

O tratamento começa identificando e cuidando das causas principais. Se houver obstrução respiratória, como adenoides ou amígdalas aumentadas, o médico pode indicar a cirurgia para melhorar a respiração. No caso do refluxo, a avaliação deve ser feita por um gastroenterologista, que pode pedir exames específicos, como a pH-impedanciometria ou a endoscopia. O tratamento pode incluir mudanças na alimentação, ajustes nos horários das refeições e, em alguns casos, uso de medicamentos.

Somente depois de tratar essas condições é que se pensa em usar uma placa de proteção dentária, e mesmo assim com muito cuidado, porque nem sempre é indicada para crianças.

A mensagem para os pais

O bruxismo pode ser um sinal de alerta de que a criança está com refluxo ou dificuldade para respirar à noite. Ele não deve ser visto apenas como um problema dos dentes. Ao investigar e tratar o refluxo, muitas vezes é possível reduzir os episódios de ranger os dentes e melhorar a qualidade do sono.

Cuidar da respiração e do sistema digestivo da criança significa proteger não só os dentes, mas também o crescimento saudável, o descanso noturno e o bem-estar geral.



Respiração Oral e sua Relação com o Bruxismo Infantil

A respiração oral é um achado relativamente comum na infância, mas quando se torna persistente por mais de seis meses, caracteriza um quadro clínico denominado síndrome do respirador oral. É fundamental compreender que não se trata apenas de um “hábito” passageiro, mas sim de um padrão respiratório crônico que afeta diretamente o crescimento facial, o equilíbrio muscular e a saúde geral da criança.

Características clínicas

Crianças que respiram predominantemente pela boca apresentam sinais facilmente observáveis. As olheiras frequentes são uma das manifestações mais relatadas, consequência da má oxigenação noturna e da fragmentação do sono. Alterações estruturais da face também são características importantes: o rosto tende a se tornar mais alongado, a maxila se estreita e os lábios permanecem entreabertos, resultando em um perfil facial típico de respiradores orais.

Além das alterações faciais, surgem queixas funcionais. Essas crianças costumam apresentar cansaço e sonolência durante o dia, baixo apetite, dificuldades de aprendizado e déficit de atenção. Outro sinal marcante é a boca constantemente aberta, com a língua em posição baixa e sem contato com o palato. Esse posicionamento inadequado compromete o estímulo fisiológico necessário para a expansão transversal da maxila, levando à compressão da arcada superior e impactando tanto o desenvolvimento ósseo quanto o equilíbrio muscular da face.

Bruxismo como resposta protetora

O bruxismo infantil, em determinadas situações, pode ser interpretado como uma resposta protetora do organismo. Durante episódios de obstrução das vias aéreas superiores, a criança inconscientemente range ou aperta os dentes, gerando uma pressão negativa que reposiciona a mandíbula e aumenta temporariamente o espaço aéreo. Esse mecanismo auxilia a passagem do ar e representa uma tentativa fisiológica de compensar a dificuldade respiratória. Nesse contexto, o bruxismo não é apenas um distúrbio isolado, mas parte de uma estratégia de adaptação frente à obstrução nasal ou faríngea.

Relação com infecções e inflamações

A literatura científica mostra alta prevalência de bruxismo em crianças que respiram pela boca. Isso ocorre porque a respiração oral favorece um estado inflamatório crônico. Ao não utilizar o fluxo aéreo nasal — que naturalmente filtra, aquece e umidifica o ar —, a criança perde mecanismos de defesa essenciais. Com isso, tornam-se mais frequentes as rinites alérgicas e infecciosas, as otites de repetição relacionadas à disfunção da tuba auditiva e a inflamação crônica da mucosa nasal. Além disso, a hipoplasia dos seios paranasais reduz ainda mais a capacidade de ventilação e enfraquece a defesa natural das vias aéreas.

Essas alterações criam um ciclo vicioso: a inflamação crônica mantém a respiração bucal, que por sua vez perpetua a obstrução, fragiliza o sono e aumenta o risco de bruxismo.

trução nasal é essencial não apenas para melhorar a respiração e a qualidade do sono, mas também para reduzir significativamente os episódios de ranger de dentes e suas consequências para a saúde bucal e geral da criança.



Tratamento e impacto no bruxismo

Entre as opções terapêuticas, destaca-se a expansão ortopédica da maxila, procedimento amplamente documentado na literatura. A correção da atresia maxilar amplia o espaço da cavidade nasal, permitindo um fluxo aéreo mais regular e estável pelo nariz. Em muitos casos, essa intervenção resulta em melhora significativa ou até eliminação dos episódios de bruxismo, justamente porque a causa respiratória é corrigida.

Essa evidência reforça que, em várias situações, o bruxismo infantil está menos relacionado a fatores exclusivamente dentários e mais a um esforço fisiológico inconsciente para restabelecer a função respiratória.

Mensagem central

A respiração oral não deve ser encarada apenas como um hábito comum da infância. Trata-se de uma condição clínica de grande impacto, capaz de alterar o crescimento facial, predispor a infecções respiratórias e intensificar o bruxismo.



Explicando aos Pais – Respiração Oral e Bruxismo Infantil

Respirar é um ato natural e essencial, mas a forma como a criança respira faz toda a diferença para sua saúde e desenvolvimento. O modo correto é pela respiração nasal, que filtra, aquece e umidifica o ar antes de ele chegar aos pulmões. Porém, muitas crianças acabam respirando pela boca, principalmente durante o sono. Quando esse padrão se torna constante, chamamos de respiração oral.

É muito importante entender que a respiração oral não é apenas um hábito, mas sim uma condição clínica que pode afetar o crescimento facial, o sono, o aprendizado e até a saúde bucal da criança.

Como reconhecer uma criança que respira pela boca

Pais atentos podem perceber alguns sinais típicos: a criança costuma ter olheiras, mesmo dormindo bastante; apresenta o rosto mais alongado, a maxila mais estreita e os lábios frequentemente entreabertos. Também é comum que durma de boca aberta, acorde cansada, tenha pouco apetite e dificuldades de concentração e aprendizado.

Outro ponto importante é a posição da língua. Quando a criança respira pela boca, a língua fica “para baixo”, sem contato com o céu da boca (palato). Essa posição inadequada prejudica o crescimento correto da arcada dentária superior e pode deixar os dentes apinhados ou mal posicionados, além de comprometer o equilíbrio dos músculos da face.

Relação com o bruxismo

Muitos pais ficam surpresos ao descobrir que o bruxismo — o ato de ranger ou apertar os dentes durante o sono — pode estar ligado à respiração oral. Isso acontece porque, quando há obstrução das vias aéreas, a criança inconscientemente movimenta a mandíbula e range os dentes como uma forma de abrir espaço para a passagem do ar. É como se o bruxismo fosse uma tentativa de defesa, ajudando a respirar melhor durante o sono.

Infecções e inflamações associadas

As crianças que respiram pela boca estão mais propensas a rinites alérgicas e infecciosas, otites de repetição (infecção no ouvido), inflamações da mucosa nasal e até ao desenvolvimento insuficiente dos seios da face. Todas essas condições reduzem a capacidade de ventilação do nariz e favorecem ainda mais a respiração oral, criando um círculo vicioso difícil de quebrar sem tratamento adequado.

Além de prejudicar a respiração, essas inflamações constantes fragmentam o sono. A criança passa a ter noites agitadas, acorda várias vezes sem perceber e, nesses microdespertares, o bruxismo se manifesta com maior frequência.



Tratamento e impacto positivo no bruxismo

A boa notícia é que existem tratamentos eficazes. Um deles é a expansão ortopédica da maxila, realizada por meio de aparelhos odontológicos específicos. Esse procedimento ajuda a aumentar o espaço da cavidade nasal, permitindo que o ar passe de forma mais livre pelo nariz. Muitas vezes, ao corrigir a causa da respiração oral, observa-se uma grande melhora no sono da criança e até a redução ou eliminação do bruxismo.

Além disso, em alguns casos é necessário acompanhamento com otorrinolaringologista para tratar obstruções nasais, como hipertrofia de adenoides ou amígdalas. O trabalho conjunto entre pediatras, dentistas e médicos especialistas é essencial para oferecer uma abordagem completa.

A mensagem para os pais

A respiração pela boca não deve ser encarada como uma “mania” da criança. É uma condição clínica séria, que pode influenciar o crescimento facial, prejudicar o sono e favorecer o aparecimento do bruxismo. Observar atentamente os sinais e procurar avaliação profissional é o primeiro passo para quebrar esse ciclo.

Corrigir a respiração oral significa não apenas melhorar o desenvolvimento da face e dos dentes, mas também garantir noites de sono mais tranquilas, fortalecer a saúde geral e reduzir os episódios de ranger de dentes. É um cuidado que impacta diretamente no presente e no futuro da criança.



Infecções Respiratórias e Bruxismo na Infância

As infecções respiratórias estão entre as doenças mais prevalentes da infância, com forte impacto no sono e no desenvolvimento geral da criança. O sistema respiratório infantil, ainda em processo de maturação, é altamente vulnerável à ação de vírus e bactérias, o que explica a elevada frequência de quadros como otites médias, amigdalites, infecções de vias aéreas superiores e pneumonias. Embora cada uma dessas condições apresente particularidades clínicas, todas compartilham um aspecto fundamental: a capacidade de interferir na qualidade da respiração e do sono.

O bruxismo, definido como um distúrbio do movimento relacionado ao sono, apresenta forte associação com alterações respiratórias. Estudos sugerem que crianças com histórico de infecções respiratórias recorrentes apresentam prevalência significativamente maior de ranger ou apertar os dentes durante o sono. Essa relação se dá por mecanismos multifatoriais, que envolvem desde o desconforto físico provocado pelas infecções até alterações funcionais das vias aéreas.

Otite média e disfunção da tuba auditiva

A otite média é uma das infecções mais comuns em crianças. A inflamação e o edema das tubas auditivas dificultam a equalização da pressão no ouvido médio, gerando dor e sensação de pressão. Durante o sono, esse desconforto favorece microdespertares. Como o bruxismo está intimamente ligado a esses despertares, a otite pode atuar como um fator precipitante. Além disso, o desequilíbrio pressórico pode estimular reflexos neuromusculares que afetam a musculatura mastigatória, contribuindo para os movimentos involuntários característicos do bruxismo.

Infecções das vias aéreas superiores e amigdalites

Nas infecções do trato respiratório superior, como faringites, amigdalites e rinites infecciosas, a obstrução mecânica das vias aéreas é um achado comum. A inflamação das amígdalas, da mucosa nasal ou da faringe reduz o espaço para a passagem do ar, obrigando a criança a respirar pela boca. Essa alteração do padrão respiratório aumenta o esforço ventilatório noturno e está diretamente associada ao surgimento de contrações mandibulares compensatórias. O bruxismo, nesse contexto, pode ser compreendido como uma tentativa inconsciente de reposicionar a mandíbula e facilitar o fluxo de ar.

Pneumonias e comprometimento respiratório inferior

Embora menos frequentes que as infecções de vias aéreas superiores, as pneumonias representam quadros graves, com maior repercussão sistêmica. O comprometimento dos alvéolos pulmonares reduz a oxigenação sanguínea, aumentando o esforço respiratório e provocando fragmentação do sono. A sobrecarga muscular necessária para manter a ventilação adequada repercute no sistema estomatognático, resultando em episódios de ranger ou apertar os dentes durante o sono.



O papel dos microdespertares

O elo comum entre as diversas infecções respiratórias e o bruxismo está nos microdespertares. Cada vez que a criança desperta parcialmente devido ao desconforto ou à dificuldade de respirar, há um aumento da atividade muscular, principalmente nos músculos mastigatórios. Esse fenômeno, repetido várias vezes ao longo da noite, caracteriza os episódios de bruxismo do sono.

Impactos clínicos e abordagem interdisciplinar

A relação entre infecções respiratórias e bruxismo ressalta a importância de uma abordagem integrada. A queixa de ranger os dentes não deve ser considerada apenas sob a ótica odontológica. Em muitos casos, ela pode ser um reflexo de infecções recorrentes e de alterações respiratórias que afetam o sono.

O odontopediatra deve investigar atentamente o histórico médico da criança, questionando sobre episódios frequentes de otite, amigdalite, sinusite e pneumonias. O pediatra, por sua vez, deve estar atento ao relato de desgaste dentário, dor muscular ou sono agitado. Essa comunicação entre especialidades é essencial para uma avaliação completa.

Mensagem central

O bruxismo infantil não deve ser entendido apenas como um problema dentário ou emocional. Ele pode refletir processos infecciosos repetidos, que alteram o sono e comprometem a respiração. Identificar e tratar as infecções respiratórias não apenas melhora a saúde geral da criança, mas também pode reduzir significativamente a frequência e a intensidade dos episódios de bruxismo.



Explicando aos Pais – Infecções Respiratórias e Bruxismo na Infância

As infecções respiratórias são muito comuns durante a infância. Gripes, resfriados, amigdalites, otites e até pneumonias fazem parte da realidade de muitas famílias e costumam trazer grande preocupação. Além de causarem febre, tosse, dor e mal-estar, essas doenças também podem interferir no sono da criança.

O que muitos pais não sabem é que essas infecções podem estar relacionadas ao bruxismo infantil, que é o ato de ranger ou apertar os dentes, principalmente durante o sono.

Como isso acontece?

Quando a criança está com uma infecção respiratória, vários mecanismos podem interferir na forma como ela respira e dorme:

- Otites (infecções de ouvido): causam inflamação e pressão no ouvido médio. Durante a noite, esse desconforto pode fazer a criança acordar várias vezes. Esses despertares estão diretamente ligados ao surgimento do bruxismo.
- Amigdalites e faringites: deixam a garganta inflamada e dificultam a passagem do ar. Nesses casos, a criança pode passar a respirar pela boca, e o corpo reage movimentando a mandíbula para tentar abrir espaço para a respiração. Esse movimento repetitivo pode se manifestar como ranger de dentes.
- Rinites e infecções nasais: quando o nariz fica entupido, o ar não consegue passar bem, e a criança acorda durante a noite. Esse sono fragmentado aumenta os episódios de bruxismo.
- Pneumonias e infecções mais graves: prejudicam a respiração e a oxigenação do corpo. Durante o sono, o esforço extra para respirar pode se refletir em maior atividade muscular, inclusive nos músculos da boca e da mandíbula.

Em todos esses casos, o que acontece é que a dificuldade respiratória e o desconforto provocam pequenos despertares noturnos (chamados de microdespertares). É nesses momentos que o bruxismo aparece como uma resposta involuntária do corpo.

O que os pais devem observar

É importante que os pais fiquem atentos a alguns sinais que podem indicar a relação entre infecções respiratórias e o bruxismo:

- Ranger de dentes durante o sono, percebido por barulhos noturnos.
- Sono agitado, com muitas mudanças de posição.
- Ronco frequente ou respiração pela boca.
- Queixas de dor de ouvido, garganta inflamada ou nariz constantemente entupido.
- Cansaço ou irritabilidade durante o dia, mesmo após uma noite aparentemente longa de sono.

Essas informações são muito úteis para o médico e o dentista avaliarem a criança de forma completa.

envolvimento mais saudável.



Por que tratar é importante

O bruxismo pode causar desgaste nos dentes de leite e dor muscular. Mas, mais importante do que isso, ele pode ser um sinal de que o corpo da criança está tentando compensar uma dificuldade maior: respirar durante a noite. Por isso, tratar as infecções respiratórias e investigar a saúde das vias aéreas é essencial para proteger não apenas os dentes, mas a saúde geral da criança.

A mensagem para os pais

Se o seu filho range os dentes durante a noite e também apresenta infecções respiratórias frequentes, converse com o pediatra e o dentista. Muitas vezes, o bruxismo não é apenas uma questão bucal, mas um reflexo da dificuldade em respirar bem enquanto dorme. Tratar corretamente as infecções e melhorar a respiração pode reduzir ou até eliminar os episódios de bruxismo, garantindo noites de sono mais tranquilas e um de



Bruxismo Induzido por Medicamentos em Crianças

O bruxismo na infância é uma condição multifatorial, frequentemente relacionada a fatores respiratórios, infecciosos, emocionais e neurológicos. Nas últimas décadas, entretanto, a literatura científica tem apontado evidências crescentes de que o uso de determinados medicamentos psicotrópicos pode desencadear ou agravar o bruxismo, fenômeno conhecido como bruxismo induzido por fármacos.

Entre os principais grupos envolvidos estão os antidepressivos. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, como fluoxetina, sertralina e paroxetina, bem como os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, como a venlafaxina, estão associados a esse efeito. Esses fármacos aumentam a disponibilidade de serotonina e, em alguns casos, de noradrenalina, modificando o equilíbrio entre serotonina e dopamina. A redução relativa da modulação dopaminérgica pode comprometer o controle motor fino, resultando em hiperatividade muscular e no surgimento de episódios de apertamento ou ranger de dentes. Nessas situações, recomenda-se diálogo entre o cirurgião-dentista e o médico prescritor, com avaliação da possibilidade de ajuste de dose ou substituição do fármaco por outro com menor impacto motor. O monitoramento dos sintomas é essencial e, em casos graves, pode-se considerar o uso de medicação adjuvante que module a dopamina, sempre sob orientação médica.

Outro grupo de medicamentos relacionados ao bruxismo infantil são os estimulantes do sistema nervoso central, como o metilfenidato e as anfetaminas, amplamente utilizados no tratamento do TDAH. Esses fármacos aumentam a liberação de dopamina e noradrenalina, e o excesso de dopamina pode levar a descargas motoras involuntárias, incluindo movimentos rítmicos e contrações orofaciais típicas do bruxismo. Nesses casos, é fundamental registrar o início e a intensidade dos sintomas em relação ao uso da medicação, discutindo com o médico responsável a possibilidade de ajuste de dose, alteração do horário de administração ou substituição do fármaco. Quando há repercussões significativas no sono ou nas estruturas dentárias, pode-se recorrer a medidas protetoras temporárias, sempre levando em conta os riscos respiratórios na infância.

Os antipsicóticos também figuram entre os fármacos associados. Neurolépticos de primeira geração, como o haloperidol, e alguns de segunda geração, como a risperidona, atuam como antagonistas dopaminérgicos. A hipoatividade dopaminérgica resultante nos gânglios da base pode desencadear distúrbios motores, entre eles o apertamento dentário. Nesses casos, a conduta clínica envolve avaliar a gravidade do bruxismo em relação à necessidade do tratamento psiquiátrico ou neurológico, além de considerar, junto ao médico responsável, ajustes de dose ou a troca para fármacos com menor impacto motor. O acompanhamento odontológico rigoroso é indispensável para prevenir complicações dentárias e musculoesqueléticas.

Por fim, ansiolíticos como os benzodiazepínicos, em geral, estão associados à redução da atividade muscular. Contudo, há relatos isolados de efeito paradoxal, em que o bruxismo é desencadeado. Além disso, alguns anticonvulsivantes e medicamentos de ação adrenérgica foram descritos em casos clínicos, embora ainda não haja consenso científico consolidado sobre sua participação nesse fenômeno.



Conduta Clínica Frente ao Bruxismo Induzido por Medicamentos

A avaliação cuidadosa do histórico médico é fundamental: deve-se investigar o início, a intensidade e o padrão do bruxismo em relação ao momento em que o fármaco foi iniciado. É essencial manter um registro clínico detalhado, documentando sinais clínicos, relatos dos responsáveis e, quando possível, realizar exames complementares, como a polissonografia.

A interdisciplinaridade é crucial; recomenda-se o contato direto entre o cirurgião-dentista e o médico prescritor para discutir riscos e alternativas terapêuticas. A adaptação medicamentosa deve ser considerada, incluindo ajustes de dose, alteração do horário de administração ou a substituição do fármaco por outro da mesma classe que apresente menor risco de induzir bruxismo.

A abordagem protetora deve ser avaliada com cautela: somente em casos de desgaste dentário severo, pode-se considerar o uso temporário de uma placa interoclusal, sempre com monitoramento polissonográfico devido ao risco respiratório em crianças.

Além disso, a educação dos responsáveis é essencial; é importante orientá-los sobre os sinais de agravamento, como ronco, respiração oral, sonolência diurna e dor orofacial, além de reforçar a importância do acompanhamento contínuo.

Síntese

O bruxismo induzido por medicamentos em crianças é um efeito adverso iatrogênico significativo. Os fármacos mais frequentemente associados a essa condição incluem antidepressivos, estimulantes e antipsicóticos. A conduta clínica apropriada deve priorizar a avaliação interdisciplinar, ajustes terapêuticos individualizados e monitoramento contínuo, evitando o uso indiscriminado de placas que possam agravar condições respiratórias.



Explicando aos Pais – Bruxismo Induzido por Medicamentos

O bruxismo infantil pode ter muitas causas, e uma delas é o uso de determinados medicamentos. Alguns remédios usados para tratar ansiedade, depressão, transtorno de déficit de atenção (TDAH) e até algumas condições neurológicas ou psiquiátricas podem provocar ou piorar o ranger de dentes durante o sono. Esse efeito é chamado de bruxismo induzido por medicamentos.

Entre os medicamentos mais relacionados estão alguns antidepressivos, como fluoxetina, sertralina e paroxetina, além da venlafaxina. Eles atuam no cérebro aumentando a serotonina, mas isso pode desequilibrar a ação da dopamina, substância importante para controlar os movimentos musculares finos. O resultado pode ser uma maior atividade dos músculos da boca e da mandíbula, levando ao apertamento ou ranger dos dentes.

Outro grupo importante são os medicamentos usados para o tratamento do TDAH, como o metilfenidato e as anfetaminas. Eles aumentam a dopamina e a noradrenalina, o que ajuda na concentração, mas esse excesso também pode gerar movimentos repetitivos e involuntários na face e nos músculos da mastigação.

Os antipsicóticos, como o haloperidol e a risperidona, também podem estar envolvidos. Eles reduzem a ação da dopamina e, com isso, podem alterar o controle motor, favorecendo episódios de bruxismo.

Em alguns casos mais raros, até mesmo ansiolíticos (como benzodiazepínicos), anticonvulsivantes e outros medicamentos de ação no sistema nervoso foram relacionados ao problema, embora ainda faltem estudos mais claros sobre esse efeito.

Diante dessa situação, a conduta clínica precisa ser cuidadosa. O profissional deve sempre perguntar e registrar quando começou o uso do medicamento e em que momento o bruxismo surgiu ou se intensificou. Esse histórico ajuda a entender se o remédio está de fato relacionado. Muitas vezes, é necessária uma conversa direta entre o dentista e o médico que prescreveu o medicamento, para avaliar se é possível ajustar a dose, mudar o horário de uso ou substituir por outro que cause menos risco de provocar bruxismo.

Quanto às placas de proteção para os dentes, elas só devem ser consideradas em casos mais graves de desgaste dentário. E mesmo assim, precisam ser usadas com muito cuidado e monitoradas, porque em algumas crianças podem piorar problemas respiratórios durante o sono.

Por fim, a orientação aos pais é indispensável. É importante observar e relatar sinais como ronco, respiração pela boca, sono agitado, cansaço durante o dia e dor no rosto ou na mandíbula. Esses sintomas ajudam os profissionais a acompanhar a evolução e a decidir pela melhor conduta.

Em resumo, o bruxismo induzido por medicamentos é um efeito colateral possível, mas que pode ser controlado com avaliação cuidadosa, diálogo entre profissionais e acompanhamento contínuo da criança. O papel dos pais nesse processo é essencial: observar, registrar e compartilhar as mudanças percebidas para que o tratamento seja seguro e eficaz.



Bruxismo na Infância e sua Correlação com a Troca e Erupção dos Dentes Decíduos

A erupção e a substituição dos dentes decíduos representam etapas marcantes no desenvolvimento infantil, acompanhadas por transformações orofaciais significativas. É comum que pais e profissionais se questionem sobre a possível relação entre essas fases e o surgimento do bruxismo.

O período de erupção dos dentes de leite, entre os seis meses e aproximadamente seis anos de idade, caracteriza-se por uma relativa instabilidade mandibular. Alguns estudos indicam que essa instabilidade pode estar associada ao bruxismo acordado relatado por pais. Observa-se que, quanto maior o número de molares e caninos já presentes, menor a frequência desses episódios, sugerindo tratar-se de um comportamento adaptativo e temporário.

Durante a fase de dentição mista, quando os dentes permanentes começam a substituir os decíduos por volta dos seis a sete anos, é comum ocorrer um aumento na prevalência do bruxismo. Contudo, esse aumento tende a ser transitório e não se mantém ao longo do desenvolvimento.

É importante ressaltar que, de acordo com entidades científicas, como a Associação Brasileira de Bruxismo, não existe comprovação de uma relação causal direta entre a troca dentária e o bruxismo. O movimento mandibular característico do bruxismo é originado no sistema nervoso central e não na dinâmica da erupção dentária. Assim, apesar da coincidência cronológica, um evento não é responsável pelo outro.

Outro ponto fundamental é diferenciar o desgaste fisiológico dos dentes decíduos — que apresentam esmalte mais fino e estrutura menos mineralizada — da deterioração patológica. Muito do desgaste observado nessa fase é parte natural do desenvolvimento e não deve ser automaticamente interpretado como sinal de bruxismo.

O bruxismo infantil deve, portanto, ser compreendido em uma perspectiva multifatorial. Aspectos genéticos, emocionais, neurológicos e respiratórios, bem como a qualidade do sono, têm papel relevante no seu surgimento e intensidade. Estima-se que entre 21% e 50% das crianças com bruxismo tenham familiares que também apresentaram o distúrbio, reforçando a importância da herança genética. Além disso, fatores psicoemocionais, distúrbios de sono e condições como TDAH também exercem influência significativa.

Em conclusão, embora a erupção e a troca dentária coincidam com períodos em que se observa maior incidência de bruxismo, as evidências sugerem que se trata de um fenômeno transitório, adaptativo e multifatorial. A instabilidade mandibular nos primeiros anos pode explicar episódios de bruxismo acordado. O aumento de prevalência durante a dentição mista é geralmente temporário. A troca de dentes, por si só, não causa o bruxismo. O desgaste nos dentes de leite, em muitos casos, é fisiológico e não patológico. A abordagem clínica deve sempre considerar o conjunto de fatores envolvidos no desenvolvimento infantil.



- ***Explicando aos Pais – Bruxismo e a Troca dos Dentes de Leite****

A fase em que os dentes de leite nascem e depois começam a ser trocados pelos permanentes faz parte do desenvolvimento natural da criança. É nesse período que muitos pais percebem o ranger ou apertar de dentes durante o sono e se perguntam se o bruxismo tem relação com a troca dentária.

Nos primeiros anos de vida, a mandíbula ainda está em desenvolvimento e pode apresentar certa instabilidade. Esse fator pode explicar por que algumas crianças rangem os dentes de forma consciente durante o dia ou à noite, mas isso costuma ser apenas uma fase passageira.

Quando começa a troca da dentição de leite para a permanente, por volta dos seis ou sete anos, é comum que o bruxismo se torne mais frequente por algum tempo. Mesmo assim, essa intensificação costuma ser temporária e não significa que algo esteja errado.

É importante destacar que a troca de dentes não é a causa do bruxismo. O ranger de dentes acontece por mecanismos do sistema nervoso central, ligados ao sono, às emoções, à respiração e até à herança genética. Por isso, não podemos dizer que os dentes que estão nascendo ou caindo são responsáveis diretos pelo problema.

Outro ponto que merece atenção é o desgaste nos dentes de leite. Como eles têm esmalte mais fino e menos resistente, é normal que apresentem desgaste natural durante a infância. Na maior parte dos casos, esse desgaste não é sinal de doença, mas sim um processo fisiológico esperado.

O bruxismo infantil deve ser entendido como um fenômeno multifatorial. Além da genética — já que muitas vezes os pais também tiveram bruxismo na infância —, fatores emocionais como estresse, ansiedade e até condições de saúde como dificuldades respiratórias e sono agitado podem estar envolvidos. Em resumo: a troca dos dentes de leite pode coincidir com períodos em que o bruxismo é mais frequente, mas não é sua causa. Em geral, trata-se de uma fase transitória e adaptativa. O acompanhamento profissional é importante para diferenciar o que é apenas parte do desenvolvimento normal do que realmente precisa de atenção clínica.

- ***⚠️ Alerta Importante****

É essencial entender que o bruxismo na infância não é decorrente de problemas dentários. Esta condição não surge devido à troca de dentes ou à presença de dentes “fora de posição”. Trata-se de uma atividade involuntária relacionada ao sistema nervoso central, frequentemente ligada a fatores como sono, respiração, emoções e até predisposição genética.

➡ Assim, intervenções diretas sobre os dentes — como desgastes seletivos, aparelhos ortodônticos precoces ou dispositivos utilizados apenas para “alinhar” a mordida — não têm efeito sobre o bruxismo. Essas medidas não apenas falham em resolver o problema, mas também podem acarretar riscos desnecessários, uma vez que o bruxismo e a troca dentária são situações distintas e independentes.

- ***🔑 O manejo adequado envolve:****
- Avaliação das causas respiratórias, emocionais e relacionadas ao sono;
- Monitoramento do desgaste dentário e proteção das estruturas quando necessário;
- Uso de placas interoclusais em casos selecionados, sempre de forma temporária e sob supervisão;

Adoção de uma abordagem multidisciplinar que inclua odontologia, pediatria, otorrinolaringologia e psicologia.



Exposição à Fumaça do Tabaco e Bruxismo Infantil

A exposição passiva à fumaça do tabaco, também chamada de fumo ambiental ou tabagismo passivo, é um problema de saúde pública de grande relevância. Crianças que convivem em ambientes onde há fumantes sofrem consequências importantes para a saúde. Estudos mostram que elas apresentam maior risco de infecções respiratórias, otites recorrentes, alergias e distúrbios do sono. Além disso, evidências recentes indicam que a inalação da fumaça do cigarro pode estar associada a um aumento na incidência do bruxismo do sono.

Pesquisas clínicas em pediatria, especialmente estudos caso-controle, demonstraram que a prevalência de bruxismo noturno é significativamente mais alta em crianças expostas ao fumo passivo quando comparadas às não expostas. O mecanismo responsável por essa associação parece ser indireto: a fumaça do tabaco causa inflamações nas vias aéreas, dificulta a respiração nasal e fragmenta o sono. Esse conjunto de alterações favorece os microdespertares, que são reconhecidos como gatilhos importantes para o aparecimento de episódios de bruxismo.

Do ponto de vista clínico, esse dado tem grande impacto na abordagem do paciente infantil. É fundamental que, durante a anamnese, o profissional questione diretamente os responsáveis sobre a presença de fumantes no ambiente domiciliar, no carro ou em locais frequentados pela criança. Essa informação deve ser considerada não apenas para a avaliação de doenças respiratórias, mas também para a investigação de quadros de sono agitado e sinais de bruxismo.

A mensagem central que emerge dessas observações é clara: a fumaça do cigarro não compromete apenas a saúde pulmonar, mas também altera a qualidade do sono e pode intensificar o bruxismo infantil. A única forma realmente eficaz de proteger a criança é eliminar totalmente a exposição ao tabaco em qualquer ambiente em que ela esteja presente.



Explicando aos Pais – Fumaça de Cigarro e Bruxismo Infantil

Muitas vezes pensamos que o cigarro só faz mal para quem fuma. No entanto, a fumaça liberada no ambiente também afeta quem está por perto, e isso inclui as crianças. Esse contato indireto é chamado de tabagismo passivo. Quando uma criança convive em ambientes onde alguém fuma, seja dentro de casa, no carro ou em locais fechados, ela respira partículas nocivas que podem trazer sérios prejuízos à sua saúde.

Diversas pesquisas mostram que crianças expostas à fumaça do cigarro têm maior risco de desenvolver problemas respiratórios, como bronquites e pneumonias, além de dores de ouvido repetitivas (otites) e crises de alergia. O sistema respiratório da criança ainda está em desenvolvimento e é mais sensível às agressões externas. Por isso, mesmo uma pequena quantidade de exposição pode causar impactos consideráveis.

Nos últimos anos, médicos e dentistas também perceberam que a exposição à fumaça do cigarro está relacionada a distúrbios do sono. E é nesse ponto que surge a ligação com o bruxismo infantil. O cigarro irrita as vias aéreas, provoca inflamações na mucosa nasal e pode levar à respiração bucal. Essas alterações dificultam a passagem do ar pelo nariz e prejudicam o sono tranquilo da criança. Quando o sono é fragmentado, com pequenos despertares chamados microdespertares, aumenta a chance de a criança ranger ou apertar os dentes. Ou seja, o bruxismo pode aparecer como consequência da dificuldade respiratória e da má qualidade do sono.

Para os pais, isso significa que observar apenas os dentes não é suficiente. É essencial prestar atenção também à qualidade do sono da criança. Sinais como sono agitado, ronco frequente, respiração pela boca, cansaço durante o dia ou irritabilidade matinal devem ser relatados ao profissional de saúde. Esses detalhes ajudam o médico e o dentista a entenderem se o bruxismo pode estar relacionado à exposição ao fumo passivo.

Outro ponto importante é que o tabagismo passivo não afeta apenas a saúde imediata da criança. A exposição contínua à fumaça pode comprometer o desenvolvimento dos pulmões, aumentar a predisposição a alergias crônicas e influenciar negativamente a qualidade de vida a longo prazo. Assim, proteger a criança contra esse contato é uma medida de prevenção não só para o bruxismo, mas para uma série de outras condições.

A mensagem principal é clara: não existe nível seguro de exposição ao cigarro para as crianças. Não adianta fumar apenas em outro cômodo ou abrir as janelas do carro. As partículas do cigarro permanecem no ar, nas roupas e até nos móveis, continuando a prejudicar a saúde dos pequenos. A única forma realmente eficaz de proteger é eliminar completamente o fumo do ambiente em que a criança vive.

Em resumo, a fumaça do cigarro não prejudica apenas os pulmões. Ela fragiliza o sistema respiratório, piora a qualidade do sono e pode intensificar o bruxismo infantil. Ao eliminar a exposição ao tabaco, os pais não apenas reduzem o risco de problemas respiratórios, mas também ajudam a criança a dormir melhor, crescer com mais saúde e se desenvolver plenamente.



Neurodesenvolvimento: TEA, TDAH e Paralisia Cerebral

Introdução

O bruxismo é frequentemente observado em crianças com condições que afetam o neurodesenvolvimento, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a Paralisia Cerebral (PC). Nessas populações, sua prevalência é significativamente maior do que na população pediátrica em geral, o que reforça a necessidade de uma abordagem clínica diferenciada, sensível e interdisciplinar.

Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Em crianças com TEA, estudos mostram que o bruxismo é um achado comum, com prevalência mais elevada do que em crianças sem o transtorno. A manifestação do bruxismo pode estar associada a fatores como:

- Comportamentos estereotipados, nos quais o ranger de dentes se soma a outros movimentos repetitivos característicos do TEA.
- Alterações sensoriais, em que estímulos auditivos, táteis ou proprioceptivos podem desencadear respostas motoras intensificadas, incluindo o apertamento ou ranger dos dentes.
- Distúrbios do sono, frequentes em indivíduos com TEA, que favorecem microdespertares e fragmentação do sono, reconhecidamente associados ao bruxismo.

O manejo clínico nesses casos exige uma compreensão ampla do perfil sensorial e comportamental da criança, além de adaptação do ambiente e das consultas para reduzir estímulos estressores.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

O bruxismo também se mostra mais frequente em crianças com TDAH. Mesmo antes da introdução de medicamentos, estudos apontam prevalência aumentada do distúrbio. Entre os fatores envolvidos, estão:

- Maior impulsividade e hiperatividade, que podem se refletir em atividades motoras durante o sono.
- Fragmentação do sono, muitas vezes decorrente de dificuldade em manter padrões regulares de descanso.

Além disso, o tratamento farmacológico com medicamentos estimulantes, como o metilfenidato, pode intensificar ainda mais a ocorrência de bruxismo, provavelmente em função do aumento da disponibilidade de dopamina e noradrenalina nos circuitos neurológicos relacionados ao controle motor. Esse cenário demanda vigilância clínica constante e diálogo próximo entre odontologia, pediatria e neuropediatria.

Paralisia Cerebral (PC)

Na paralisia cerebral, o bruxismo pode surgir como consequência de alterações neuromotoras e do controle muscular comprometido. A presença de tônus muscular anormal e a dificuldade de coordenação motora favorecem episódios de apertamento e ranger de dentes, muitas vezes intensos.

Nesses casos, a repercussão clínica tende a ser mais severa: desgaste dentário acelerado, risco de fraturas dentárias e comprometimento funcional da mastigação. Por isso, medidas protetivas como protetores dentários adaptados, monitoramento constante e integração com a fonoaudiologia e fisioterapia tornam-se indispensáveis.



Implicações clínicas e manejo

Em crianças com TEA, TDAH e PC, o bruxismo deve ser entendido como parte de um quadro clínico mais amplo, e não como um fenômeno isolado. Assim, a conduta terapêutica deve ser multidisciplinar e adaptada às necessidades específicas de cada paciente.

- Equipe interdisciplinar: odontologia, neuropediatria, fonoaudiologia, psicologia e fisioterapia devem atuar em conjunto.
- Consultas adaptadas: exigem maior tempo, manejo sensorial adequado, comunicação individualizada e uso de estratégias que reduzam a ansiedade da criança.
- Acompanhamento contínuo: monitoramento da saúde bucal, sono e comportamento, além de comunicação constante entre os profissionais da equipe.

Conclusão

O bruxismo em crianças com TEA, TDAH e PC é mais prevalente, de origem multifatorial e com impacto clínico relevante. Seu manejo exige não apenas a proteção dentária, mas também uma visão ampliada da saúde global da criança. A abordagem interdisciplinar, sensível e adaptada às especificidades do paciente é essencial para garantir qualidade de vida, prevenir complicações e promover um cuidado verdadeiramente integrado.



Explicando aos Pais – Bruxismo em Crianças com TEA, TDAH e Paralisia Cerebral

O bruxismo, que é o hábito de ranger ou apertar os dentes, aparece com maior frequência em crianças que têm condições do neurodesenvolvimento, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a Paralisia Cerebral (PC). Nessas situações, ele deve ser visto não apenas como um problema dos dentes, mas como parte de um quadro mais amplo que envolve o sono, o comportamento e o controle dos músculos.

No Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Crianças com TEA costumam apresentar taxas mais altas de bruxismo do que outras crianças. Isso acontece porque:

- Muitas vezes, elas apresentam movimentos repetitivos como forma de se autorregular, e o ranger de dentes pode ser um desses comportamentos.
- Há uma sensibilidade maior a estímulos, como barulhos, luz ou toques, e essa sobrecarga pode se refletir em tensão muscular, inclusive na boca.
- Distúrbios do sono são comuns, e quando o sono é fragmentado, os episódios de bruxismo tendem a aumentar.
-

No Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

O bruxismo também é mais frequente em crianças com TDAH. Alguns motivos para isso são:

- A hiperatividade e impulsividade, que muitas vezes se refletem em movimentos mais intensos, inclusive durante o sono.
- O sono pode ser mais agitado, com pequenos despertares que favorecem o ranger de dentes.
- O uso de medicamentos estimulantes para tratar o TDAH pode aumentar ainda mais o risco de bruxismo, já que eles afetam substâncias no cérebro que controlam os movimentos.

Por isso, é fundamental que dentistas, pediatras e médicos que acompanham a criança conversem entre si para decidir a melhor forma de manejo.

Na Paralisia Cerebral (PC)

Em crianças com PC, o bruxismo muitas vezes está ligado às dificuldades de controle muscular. Como o tônus muscular pode estar alterado, a mandíbula e os dentes sofrem mais pressão.

Isso faz com que o bruxismo seja muitas vezes mais intenso, causando:

- Desgaste precoce dos dentes.
- Maior risco de fraturas dentárias.
- Dificuldades na mastigação e no conforto oral.

Nesses casos, o acompanhamento precisa ser ainda mais próximo, com uso de dispositivos de proteção adaptados e apoio de profissionais como fonoaudiólogos e fisioterapeutas.



O que os pais precisam saber

O bruxismo em crianças com TEA, TDAH e PC não é apenas um “hábito ruim”. Ele está ligado ao funcionamento do cérebro, às emoções, ao sono e, no caso da PC, ao controle dos músculos. Por isso, o tratamento deve sempre envolver uma equipe multidisciplinar: dentistas, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e outros profissionais.

As consultas precisam ser adaptadas à realidade da criança, com mais tempo, ambiente tranquilo e estratégias específicas para reduzir o desconforto.

A mensagem final

Se seu filho apresenta bruxismo e também tem TEA, TDAH ou PC, saiba que isso é relativamente comum e que existem formas de ajudar. O acompanhamento constante, feito por diferentes profissionais de saúde trabalhando em conjunto, é o caminho mais seguro para proteger os dentes, melhorar o sono e garantir mais qualidade de vida.



Duração e Qualidade do Sono como Fatores de Bruxismo

Introdução

O sono é um componente essencial para o crescimento e desenvolvimento infantil. Quando a sua duração é insuficiente ou quando ele apresenta baixa qualidade — caracterizada por fragmentação, despertares frequentes ou agitação —, o risco de desenvolvimento de bruxismo aumenta significativamente. Nesses casos, o ranger ou apertar dos dentes pode ser entendido como um sinal de que o sono não está sendo reparador.

Evidências científicas

Estudos recentes demonstram que a redução do tempo total de sono, quando inferior ao recomendado para cada faixa etária, está diretamente associada ao aumento do risco de bruxismo noturno. Além disso, crianças com distúrbios do sono, como ronco habitual, respiração oral e microdespertares repetitivos, apresentam prevalência ainda mais elevada da condição.

Em grupos específicos, como os diagnosticados com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a relação é ainda mais evidente: quanto menor a duração do sono, maior a frequência de episódios de bruxismo. Isso reforça a necessidade de considerar o sono como parte central da avaliação clínica.

Sinais de alerta

Alguns sinais observados pelos pais ou cuidadores podem indicar que a criança não está tendo um sono reparador e, portanto, pode estar em risco para o bruxismo:

- Sono agitado, com movimentação excessiva.
- Vocalizações noturnas, como falar durante o sono.
- Sudorese excessiva durante a noite.
- Sonolência diurna, queda de rendimento escolar e cansaço frequente.
- Irritabilidade e dificuldade de concentração ao acordar.

Esses sinais devem sempre motivar uma investigação mais detalhada.

Manejo clínico

O manejo clínico deve começar pela observação cuidadosa do sono da criança. O uso de um diário do sono, no qual os responsáveis registram os horários de deitar, de acordar, os cochilos e os despertares noturnos, é uma ferramenta prática e valiosa.

A higiene do sono deve ser priorizada como primeira linha de intervenção. Isso inclui estabelecer horários regulares, evitar o uso de telas próximo à hora de dormir, criar rituais de relaxamento e garantir que o ambiente seja calmo, escuro e silencioso. Em crianças em idade pré-escolar, recomenda-se pelo menos 10 horas de sono por noite, com ajustes conforme a faixa etária.

Quando os sinais de alerta persistem, é fundamental encaminhar a criança para investigação de distúrbios específicos, como a Apneia Obstrutiva do Sono (AOS), que pode estar na origem do sono fragmentado e do bruxismo.

Conclusão

O bruxismo infantil deve ser visto como um indicador de sono não restaurador. Avaliar a quantidade e a qualidade do sono da criança é tão importante quanto observar o desgaste dentário ou os relatos de ranger de dentes. Ao compreender a íntima relação entre sono e bruxismo, o profissional pode oferecer uma abordagem mais completa, preventiva e eficaz, garantindo não apenas a proteção dentária, mas também a promoção do desenvolvimento saudável da criança.



Explicando aos Pais – O Sono e o Bruxismo Infantil

O sono é uma das partes mais importantes do crescimento da criança. É durante a noite que o corpo descansa, o cérebro organiza as informações do dia e os músculos se recuperam. Quando a criança dorme pouco ou tem um sono agitado e cheio de interrupções, isso pode trazer consequências não apenas para o humor e o aprendizado, mas também para a saúde bucal. O bruxismo infantil — o ato de ranger ou apertar os dentes — muitas vezes aparece como um sinal de que o sono não está sendo reparador.

O que a ciência mostra

Pesquisas indicam que crianças que dormem menos do que o recomendado para a sua idade têm mais chances de apresentar bruxismo. Além disso, quando o sono é fragmentado por roncos, respiração pela boca ou despertares frequentes, o risco de ranger os dentes aumenta ainda mais. Em alguns grupos, como em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), essa relação é ainda mais evidente: quanto menor a duração do sono, maior a frequência de bruxismo.

Sinais de alerta que os pais podem observar

Alguns comportamentos noturnos e diurnos podem indicar que o sono do seu filho não está sendo de boa qualidade:

Sono muito agitado, com a criança se mexendo constantemente.

Falar, gemer ou suar em excesso durante a noite.

Acordar cansada, irritada ou sem disposição.

Sonolência durante as aulas ou dificuldade de concentração.

Esses sinais são importantes e não devem ser ignorados.

O que pode ser feito em casa

Os pais têm um papel fundamental para melhorar o sono dos filhos. Algumas medidas práticas incluem:

Manter rotina de sono: colocar a criança para dormir e acordar sempre em horários semelhantes.

Evitar telas antes de dormir: celulares, tablets e televisão devem ser desligados pelo menos uma hora antes de deitar.

Criar rituais relaxantes: banho morno, leitura ou música suave ajudam o corpo a entender que é hora de descansar.

Ambiente adequado: o quarto deve ser silencioso, escuro e com temperatura agradável.

Para crianças em idade pré-escolar, o ideal é dormir cerca de 10 horas por noite. Em crianças maiores, a recomendação varia, mas sempre com atenção à qualidade e à regularidade do sono.

Quando procurar ajuda

Se, mesmo com bons hábitos, a criança continuar apresentando sono agitado, ronco frequente ou sinais de cansaço durante o dia, é importante procurar orientação médica. Em alguns casos, pode ser necessário investigar distúrbios como a apneia do sono, que podem estar na raiz do problema.



A mensagem para os pais

O ranger de dentes pode ser um aviso do corpo de que a criança não está dormindo bem. Mais do que se preocupar apenas com o desgaste dos dentes, é essencial olhar para o sono como um todo. Garantir noites tranquilas e reparadoras significa proteger o sorriso, a saúde e o desenvolvimento pleno da criança.



Ferro, Distúrbios de Movimento do Sono e Bruxismo

Introdução

O ferro é um elemento essencial para o bom funcionamento do sistema nervoso, especialmente porque participa da regulação de neurotransmissores como a dopamina, que desempenham papel central no controle motor durante o sono. Embora a deficiência de ferro não seja considerada uma causa direta de bruxismo, há evidências de que ela esteja associada a distúrbios do movimento noturno, como a síndrome das pernas inquietas (RLS) e o distúrbio do sono inquieto (RSD). Esses distúrbios fragmentam o sono e podem atuar como fatores que intensificam os episódios de bruxismo infantil.

Evidências científicas

Pesquisas indicam que crianças diagnosticadas com RLS ou RSD apresentam maior prevalência de movimentos mandibulares rítmicos durante o sono, um padrão que se sobrepõe ao bruxismo. Além disso, estudos demonstram que níveis baixos de ferritina sérica (<50 ng/mL) estão relacionados a um sono inquieto, com despertares frequentes, o que cria condições favoráveis ao aparecimento ou agravamento do bruxismo. Essa associação reforça a importância de se considerar o status de ferro como parte da avaliação clínica em casos de bruxismo, especialmente quando este está acompanhado de sinais de sono fragmentado, irritabilidade diurna e fadiga.

Implicações clínicas

A avaliação laboratorial dos níveis de ferro e ferritina deve ser incluída na investigação de crianças com bruxismo persistente e sono agitado. Quando identificada deficiência, a suplementação de ferro pode ser indicada, sempre sob prescrição e monitoramento do pediatra. Em alguns casos, essa intervenção não apenas melhora a qualidade do sono, mas também reduz a intensidade do bruxismo, uma vez que corrige a disfunção dopaminérgica associada à deficiência de ferro. É importante ressaltar que o tratamento deve ser individualizado: não se trata de administrar ferro indiscriminadamente, mas de identificar os casos em que há déficit e atuar de forma direcionada.

Conclusão

O bruxismo infantil pode ser um sinal indireto de distúrbios do sono relacionados à deficiência de ferro. Embora não exista uma relação causal direta, a baixa ferritina sérica e os distúrbios de movimento noturno atuam como fatores de risco relevantes, contribuindo para a fragmentação do sono e o agravamento dos episódios de ranger de dentes. Portanto, diante de crianças com bruxismo associado a sono inquieto, fadiga e despertares noturnos, a avaliação dos níveis de ferro deve ser considerada uma etapa fundamental no protocolo clínico.

- ✚ Mensagem-chave: O bruxismo infantil pode indicar não apenas desgaste dentário, mas também problemas sistêmicos como a deficiência de ferro. Investigar e tratar essa condição pode melhorar o sono e reduzir a sobrecarga muscular noturna.



Explicando aos Pais – O Papel do Ferro no Sono e no Bruxismo Infantil

Quando falamos em ferro, a maioria dos pais logo pensa em anemia. De fato, o ferro é essencial para a produção de hemoglobina e para o transporte de oxigênio no sangue. Mas o que nem todos sabem é que esse mineral também tem um papel muito importante no funcionamento do cérebro, especialmente em substâncias chamadas neurotransmissores, que ajudam a controlar os movimentos durante o sono. Por isso, quando a criança tem níveis baixos de ferro no organismo, ela pode não apenas ficar mais cansada ou anêmica, mas também apresentar alterações no sono, que se refletem em problemas como o bruxismo.

Como o ferro se relaciona com o sono e o bruxismo

O ferro está diretamente ligado à regulação da dopamina, uma substância que ajuda a controlar os movimentos. Quando há deficiência de ferro, esse equilíbrio é prejudicado, e podem surgir distúrbios do movimento durante o sono, como:

Síndrome das pernas inquietas (RLS): a criança sente necessidade de mexer as pernas, mesmo durante o descanso. Sono inquieto (RSD): o sono é agitado, com despertares frequentes e movimentos corporais repetidos. Essas alterações fazem com que a noite seja menos reparadora e aumentam as chances de episódios de ranger de dentes.

Sinais que os pais podem observar

Alguns sinais que podem indicar que a falta de ferro está afetando o sono da criança:

Sono muito agitado, com movimentos constantes.

Acordar várias vezes durante a noite.

Queixar-se de pernas cansadas ou dor nelas ao dormir.

Sonolência e cansaço durante o dia.

Ranger ou apertar os dentes com frequência.

O que fazer

Se esses sinais estão presentes, é importante conversar com o pediatra. Muitas vezes, o médico pede um exame de sangue simples para avaliar os níveis de ferro e ferritina (uma forma de medir as reservas de ferro no corpo). Quando há deficiência, a suplementação de ferro pode ser indicada. Esse tratamento deve ser sempre prescrito pelo pediatra, já que o uso inadequado pode trazer riscos. Em alguns casos, corrigir a falta de ferro melhora a qualidade do sono e diminui os episódios de bruxismo.

A mensagem para os pais

O bruxismo não é apenas uma questão de desgaste dos dentes: ele pode ser um sinal de que o sono da criança não está saudável. E, em alguns casos, isso está ligado à falta de ferro no organismo. Observar os sinais, buscar orientação médica e garantir uma alimentação equilibrada — rica em ferro, com alimentos como carnes, feijão, lentilha e vegetais verdes-escuros — são passos importantes para proteger não só o sono, mas também a saúde geral do seu filho.



Cefaleias Primárias e Dor Orofacial em Crianças com Bruxismo

Introdução

O bruxismo infantil não se restringe apenas ao ato de ranger ou apertar os dentes durante o sono. Muitas vezes, ele se manifesta de forma indireta, através de cefaleias matinais, dores orofaciais e desconforto nos músculos mastigatórios. Esses sintomas podem comprometer o bem-estar, a atenção escolar e a qualidade de vida da criança, sendo importantes sinais clínicos que não devem ser subestimados.

Evidências científicas

Estudos recentes têm apontado uma associação entre o bruxismo e diferentes tipos de cefaleias em crianças. Em particular, observa-se uma relação consistente com a cefaleia tensional, caracterizada por dor difusa e pressão na região da testa e das têmporas, geralmente presente ao acordar.

Além disso, pesquisas revelam uma maior prevalência de enxaqueca em crianças e adolescentes que apresentam bruxismo. Essa correlação sugere que o bruxismo pode funcionar como uma comorbidade ou fator desencadeante em pacientes predispostos a crises de dor de cabeça recorrentes.

Essas evidências reforçam que o ranger de dentes na infância deve ser avaliado não apenas do ponto de vista odontológico, mas também neurológico.

Implicações clínicas

A avaliação clínica de crianças com suspeita de bruxismo deve incluir uma anamnese detalhada, com perguntas específicas sobre a ocorrência de dor de cabeça. É especialmente importante investigar se a cefaleia aparece ao acordar, o que pode indicar uma forte associação com o bruxismo noturno.

Nos casos em que a dor de cabeça é frequente ou intensa, recomenda-se encaminhar a criança para uma avaliação neurológica. O envolvimento precoce do neurologista infantil contribui para descartar outras causas e definir estratégias de manejo adequadas.

A abordagem deve ser sempre multidisciplinar, envolvendo odontologia (para proteção e acompanhamento dentário), pediatria (para monitoramento do desenvolvimento geral) e neurologia (para o manejo das cefaleias). Esse trabalho em conjunto amplia as possibilidades de diagnóstico preciso e de um tratamento mais eficaz.

Conclusão

O bruxismo infantil pode se manifestar através de dores de cabeça recorrentes e dor orofacial, sintomas que, muitas vezes, passam despercebidos ou são atribuídos a causas inespecíficas. Reconhecer essa relação é fundamental para garantir um diagnóstico precoce e uma intervenção adequada.

✿ Mensagem-chave: Quando uma criança apresenta dor de cabeça frequente, especialmente ao acordar, é importante considerar o bruxismo como uma possível causa. A investigação e o tratamento adequados não apenas protegem os dentes, mas também melhoram a qualidade de vida da criança.



Explicando aos Pais – Dor de Cabeça e Bruxismo Infantil

Quando pensamos em bruxismo, a primeira imagem que vem à mente é a criança rangendo ou apertando os dentes durante a noite. No entanto, esse hábito não se limita apenas aos dentes. Muitas vezes, o bruxismo pode se manifestar através de dores de cabeça frequentes, dores no rosto e desconforto nos músculos da mastigação.

Como o bruxismo pode causar dor de cabeça?

Durante o sono, quando a criança aperta ou range os dentes de forma repetida, os músculos da face e da mandíbula trabalham em excesso. Esse esforço exagerado gera tensão muscular, que pode se refletir em dor ao acordar. É comum que crianças com bruxismo relatem:

- Dor de cabeça matinal.
- Sensação de peso na testa ou nas têmporas.
- Dor nos músculos da face ou da mandíbula.

Em alguns casos, o bruxismo também pode estar relacionado à enxaqueca em crianças predispostas, aumentando a frequência ou a intensidade das crises.

Quando os pais devem se preocupar

É importante observar se a criança apresenta:

- Dor de cabeça ao acordar.
- Irritação e cansaço logo pela manhã.
- Queixas frequentes de dor no rosto ou nos dentes.
- Ranger de dentes percebido durante a noite.

Se esses sinais se repetem, é fundamental buscar avaliação profissional.

O que pode ser feito

O diagnóstico e o tratamento do bruxismo associado à dor de cabeça precisam ser realizados por uma equipe multidisciplinar:

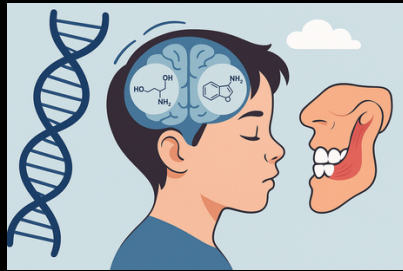
- Odontologista: avalia os dentes, protege contra desgastes e orienta sobre o cuidado bucal.
- Pediatra: acompanha o desenvolvimento da criança e ajuda a identificar fatores gerais que possam estar relacionados.
- Neurologista infantil: investiga a causa das dores de cabeça e define estratégias de tratamento.

Esse trabalho em conjunto é importante para aliviar os sintomas, prevenir complicações e oferecer à criança uma melhor qualidade de vida.

A mensagem para os pais

A dor de cabeça na infância não deve ser considerada “normal” ou apenas resultado de cansaço. Muitas vezes, ela pode estar ligada ao bruxismo, que é um distúrbio do sono e precisa de atenção.

✚ Lembre-se: observar os sinais, conversar com profissionais de saúde e buscar uma avaliação detalhada pode fazer toda a diferença. Com o acompanhamento correto, é possível controlar o bruxismo, reduzir as dores e devolver à criança noites mais tranquilas e dias mais leves.



Genética e Neuroquímica: Como Comunicar aos Pais?

Introdução

O bruxismo infantil não deve ser visto apenas como um “hábito” ou uma “mania” adquirida pela criança. Estudos atuais mostram que ele pode ter relação com fatores genéticos e neuroquímicos, ou seja, ligados à herança familiar e ao funcionamento de substâncias cerebrais que regulam os movimentos. Essa compreensão é importante porque ajuda a afastar a ideia de que o bruxismo seja apenas resultado de falhas de comportamento ou de criação, oferecendo uma visão mais ampla e científica da condição.

Evidências científicas

Pesquisas indicam que entre 21% e 50% das crianças com bruxismo têm familiares próximos que também apresentaram o distúrbio na infância. Isso sugere que existe, sim, um componente hereditário.

Além disso, alterações em sistemas químicos do cérebro, especialmente nos circuitos ligados à dopamina e à serotonina, estão relacionadas ao aumento da atividade muscular mastigatória durante o sono. Esses neurotransmissores influenciam o controle motor, o humor e a regulação do sono, todos fatores que podem favorecer a ocorrência de bruxismo.

É importante destacar, no entanto, que ter uma predisposição genética não significa que a criança herdará obrigatoriamente o bruxismo. Trata-se de uma maior probabilidade, que pode ou não se manifestar, dependendo de outros fatores.

Implicações clínicas

Ao comunicar esse tema aos pais, é essencial esclarecer que a genética representa apenas uma tendência. O desfecho final depende de múltiplos fatores ambientais e de estilo de vida, entre eles:

- Qualidade e duração do sono.
- Níveis de estresse e ansiedade.
- Presença de respiração oral ou problemas respiratórios.
- Exposição ao fumo passivo e outras condições ambientais.

Mesmo quando existe predisposição, o acompanhamento precoce e regular pode prevenir complicações, proteger os dentes e reduzir os impactos do bruxismo na vida da criança.

Conclusão

O bruxismo infantil pode, sim, ter uma base genética e estar associado a alterações neuroquímicas no cérebro. No entanto, o seu aparecimento e intensidade não estão determinados apenas por esses fatores. O ambiente em que a criança vive, seus hábitos de sono, sua saúde respiratória e seu equilíbrio emocional são igualmente importantes.

✚ Mensagem-chave: A herança genética não é uma sentença. Com observação cuidadosa, hábitos saudáveis e acompanhamento profissional, é possível controlar os efeitos do bruxismo e proteger a saúde e a qualidade de vida da criança.



Placas Interoclusais em Crianças: Indicações, Riscos e Cuidados

Introdução

O uso de placas interoclusais em crianças é um recurso terapêutico que precisa ser avaliado com extrema cautela. Diferentemente dos adultos, cuja estrutura craniofacial já está definida, as crianças encontram-se em fase ativa de crescimento, e qualquer intervenção intraoral pode interferir nesse desenvolvimento. Embora essas placas sejam úteis para proteger os dentes contra desgastes e aliviar sintomas musculares, seu uso deve ser sempre temporário, monitorado e baseado em diagnóstico preciso.

A literatura científica e as diretrizes internacionais — em especial as recomendações da Academia Americana de Pediatria Dentária (AAPD) — deixam claro que dispositivos projetados para adultos não devem ser aplicados de forma rotineira em crianças. Isso porque, além de riscos diretos para o crescimento orofacial, podem agravar quadros respiratórios quando utilizados sem critério, sobretudo em casos de Apneia Obstrutiva do Sono (AOS).

Placas interoclusais e Apneia Obstrutiva do Sono (AOS)

A presença ou suspeita de AOS modifica radicalmente a indicação clínica. Estudos mostram que os splints estabilizadores, que aumentam a dimensão vertical sem avanço mandibular, podem piorar parâmetros ventilatórios. Isso acontece porque, ao abrir a mordida, o espaço aéreo superior pode se tornar ainda mais restrito, favorecendo episódios de apneia.

Por esse motivo, a AAPD orienta que o uso de dispositivos intraorais em crianças com suspeita de AOS deve ocorrer somente após confirmação diagnóstica por polissonografia (PSG), que é o padrão-ouro para avaliação do sono. Além disso, quando indicados, esses aparelhos devem ser prescritos por uma equipe multidisciplinar especializada, com monitoramento clínico e polissonográfico contínuo.

Tradução para a prática clínica

Na prática odontopediátrica, o manejo deve seguir uma lógica baseada em investigação e hierarquização:

Rastreamento inicial

- Crianças com sinais de bruxismo devem ser avaliadas para sintomas de RGE e AOS.
- Sintomas de alerta incluem: ronco, pausas respiratórias, sono agitado, despertares frequentes, tosse ou azia noturna.

Investigação diagnóstica

- AOS: solicitar PSG para confirmar e graduar o quadro.
- RGE: encaminhar à gastroenterologia, onde o tratamento pode incluir mudanças alimentares, medidas posturais e farmacoterapia.

Tratamento das causas primárias

- Na AOS confirmada, a prioridade é a manutenção da via aérea, com destaque para a adenotonsilectomia (AT) em casos de hipertrofia adenotonsilar, além de outras intervenções conforme a gravidade.

Em casos de RGE, o foco deve estar no manejo clínico e medicamentoso antes de qualquer dispositivo oral.



- Uso criterioso das placas interoclusais
 - Se não houver AOS e o RGE estiver controlado, mas houver desgaste dentário relevante, dor muscular ou risco de fraturas dentárias, pode-se considerar uma placa protetora.
 - Essa placa deve ser temporária, acompanhada de revisões periódicas e substituída conforme necessário.

Tipos de placas interoclusais

- Placas rígidas de cobertura total
 - Confeccionadas em resina acrílica.
 - Indicadas para casos graves de desgaste dentário ou dor muscular intensa.
 - Requerem ajuste frequente devido ao crescimento craniofacial da criança.
- Placas moles (silicone ou EVA)
 - Mais confortáveis e adaptáveis.
 - Adequadas para crianças pequenas.
 - Uso limitado e temporário, pois sofrem desgaste mais rápido.
- Placas parciais ou mini-placas
 - Cobrem apenas parte da arcada dentária.
 - Uso restrito, devido ao risco de interferência no crescimento e erupção dentária.

Benefícios potenciais

- Proteção contra desgaste dentário e fraturas.
- Redução da sobrecarga muscular, diminuindo dor e fadiga.
- Em alguns casos, melhora da qualidade do sono, ao reduzir episódios de microdespertares provocados por dor muscular.
- Tratamento reversível, que pode ser suspenso a qualquer momento.

Riscos e limitações

- Interferência no crescimento orofacial quando utilizadas por longos períodos.
- Baixa adesão: crianças pequenas podem não se adaptar ao uso noturno.
- Dependência terapêutica, quando a causa do bruxismo não é tratada.
- Desgaste ou fratura da placa em casos de bruxismo severo.
- Risco de agravamento respiratório em crianças com AOS não diagnosticada.

Conclusão

As placas interoclusais em crianças podem ser úteis em casos selecionados, mas não devem ser vistas como a solução principal para o bruxismo. O foco do tratamento deve estar sempre na investigação das causas subjacentes — como distúrbios respiratórios, refluxo, fatores emocionais ou genéticos — e no acompanhamento multidisciplinar.

✚ Mensagem-chave: O uso de placas interoclusais em crianças deve ser criterioso, temporário e monitorado, sempre priorizando a investigação e o manejo das causas do bruxismo, e nunca como solução isolada.



Explicando aos Pais – Placas Interoclusais em Crianças

Muitos pais ficam preocupados quando percebem que seus filhos rangem ou apertam os dentes durante o sono. A primeira pergunta que surge é: “Será que meu filho precisa usar uma placa?”.

As placas interoclusais são aparelhos colocados na boca para proteger os dentes contra o desgaste causado pelo bruxismo. Embora sejam muito utilizadas em adultos, nas crianças o uso é bem mais delicado, porque elas ainda estão em fase de crescimento.

Por que o uso em crianças precisa de cuidado?

O crescimento dos ossos da face e da mandíbula acontece principalmente na infância. Uma placa usada por muito tempo, ou indicada sem os devidos critérios, pode atrapalhar esse desenvolvimento natural. Além disso, em algumas situações, como nos casos de apneia do sono (quando a criança para de respirar por alguns segundos à noite), o uso de certos tipos de placa pode piorar o problema respiratório.

Por isso, as diretrizes internacionais recomendam que esses aparelhos não sejam usados de forma rotineira em crianças, mas apenas quando realmente necessário e sempre com acompanhamento especializado.

Quando as placas podem ser indicadas

Apesar dos riscos, existem situações em que a placa pode ser útil. Ela pode ser considerada quando a criança apresenta:

- Desgaste dentário acentuado, que pode comprometer a dentição.
- Dor muscular ou articular persistente, ligada ao esforço de ranger os dentes.
- Risco de fraturas dentárias ou de restaurações já realizadas.
- Falha das medidas comportamentais e de higiene do sono (como melhorar a rotina de sono ou reduzir fatores de estresse).

Nesses casos, a placa pode atuar como uma proteção temporária, enquanto a equipe médica e odontológica investiga e trata as causas do bruxismo.

Tipos de placas utilizadas em crianças

- Placas rígidas de resina: usadas nos casos mais graves, onde há muito desgaste ou dor.
- Placas moles (silicone ou EVA): mais confortáveis, indicadas em casos leves e geralmente para uso por tempo curto.
- Placas parciais (mini-placas): cobrem apenas parte da arcada dentária, mas são pouco usadas porque podem interferir no crescimento dos dentes.

Benefícios e limitações

As placas podem proteger os dentes contra o desgaste, aliviar dores musculares e até melhorar o sono em alguns casos. Mas elas não tratam a causa do bruxismo. Se o problema estiver relacionado a respiração bucal, apneia, refluxo ou estresse, a placa sozinha não vai resolver.

Além disso, nem sempre a criança se adapta bem ao uso, podendo rejeitar a placa ou quebrá-la facilmente.



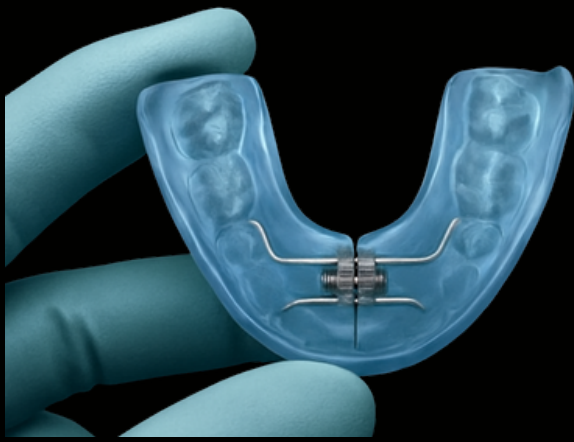
A mensagem para os pais

As placas interoclusais não devem ser vistas como a primeira ou única solução para o bruxismo infantil. Elas podem ser úteis em casos específicos, mas sempre de forma temporária e com acompanhamento próximo.

O mais importante é que os pais entendam que o bruxismo é um problema multifatorial e que a prioridade do tratamento deve ser descobrir e tratar suas causas — seja respiração oral, refluxo, distúrbios do sono ou fatores emocionais.

✂ Em resumo: a placa pode ser uma aliada, mas nunca deve substituir a investigação e o cuidado com a saúde geral da criança.

O estado da técnica



Estado da Técnica: Construção de Placas Interoclusais para Bruxismo na Infância

Introdução

A utilização de placas interoclusais como estratégia de manejo para o bruxismo em adultos é amplamente documentada, com eficácia consolidada tanto na proteção dentária quanto na redução de sintomas musculares e articulares. No entanto, quando se trata da população pediátrica, a discussão assume contornos mais complexos. A razão é simples: a criança não é um adulto em miniatura. As particularidades anatômicas, fisiológicas e respiratórias, somadas ao fato de que o crescimento craniofacial está em curso, tornam o uso das placas mais restrito, delicado e cheio de nuances.

O estado atual da técnica demonstra que, embora existam avanços significativos em termos de materiais, métodos de confecção e ajustes oclusais, ainda persistem dúvidas sobre quando, como e por quanto tempo esses dispositivos devem ser empregados em crianças.

Materiais Utilizados na Confecção de Placas

A escolha do material é um dos fatores mais críticos para a construção de placas interoclusais. Em pediatria, o desafio é encontrar o equilíbrio entre resistência, conforto e adaptação.

Resina acrílica termoativada

- Representa o padrão-ouro em adultos pela durabilidade e estabilidade dimensional.
- Em crianças, pode oferecer proteção eficaz, mas exige controle rigoroso para evitar interferências na erupção dentária e no crescimento.
- A maior rigidez pode gerar desconforto e dificuldade de adaptação, especialmente em crianças menores.

Resina fresada por tecnologia CAD/CAM

- Permite confecção extremamente precisa, com adaptação mais fiel à anatomia dentária.
- Reduz a necessidade de ajustes posteriores e melhora a estabilidade do dispositivo.
- O custo elevado ainda é uma barreira em muitos contextos clínicos.

Resinas obtidas por impressão 3D

- Uma das inovações mais promissoras na odontologia.
- Possibilitam placas mais leves, finas e personalizadas, inclusive com ajustes de espessura seletivos.
- Ainda carecem de estudos longitudinais em crianças, sobretudo no que diz respeito à durabilidade e segurança dos polímeros utilizados.

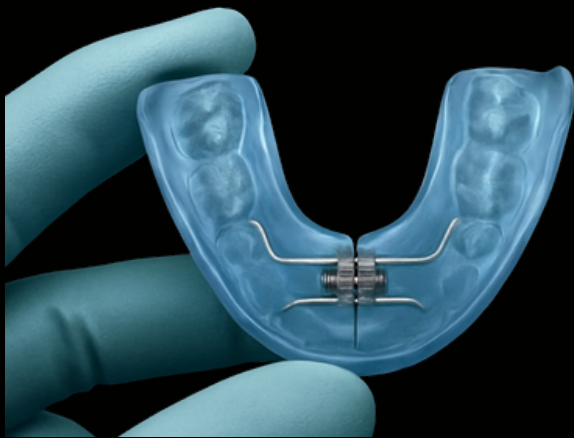
Dispositivos híbridos (acetato + resina acrílica)

- Buscam conciliar a rigidez necessária com maior conforto.
- O acetato funciona como base flexível, enquanto a resina proporciona maior durabilidade nas superfícies oclusais.
- Frequentemente escolhidos em pediatria por facilitar a adaptação inicial.

Design e Configuração Funcional

O design da placa não deve ser pensado apenas em termos de proteção mecânica, mas também em seu impacto sobre o equilíbrio muscular, o desenvolvimento orofacial e a função respiratória.

O estado da técnica



Superfície oclusal

- Geralmente projetada de forma plana ou levemente ajustada, permitindo liberdade mandibular.
- A restrição excessiva de movimentos pode induzir padrões musculares anormais e comprometer o crescimento equilibrado.

Espessura

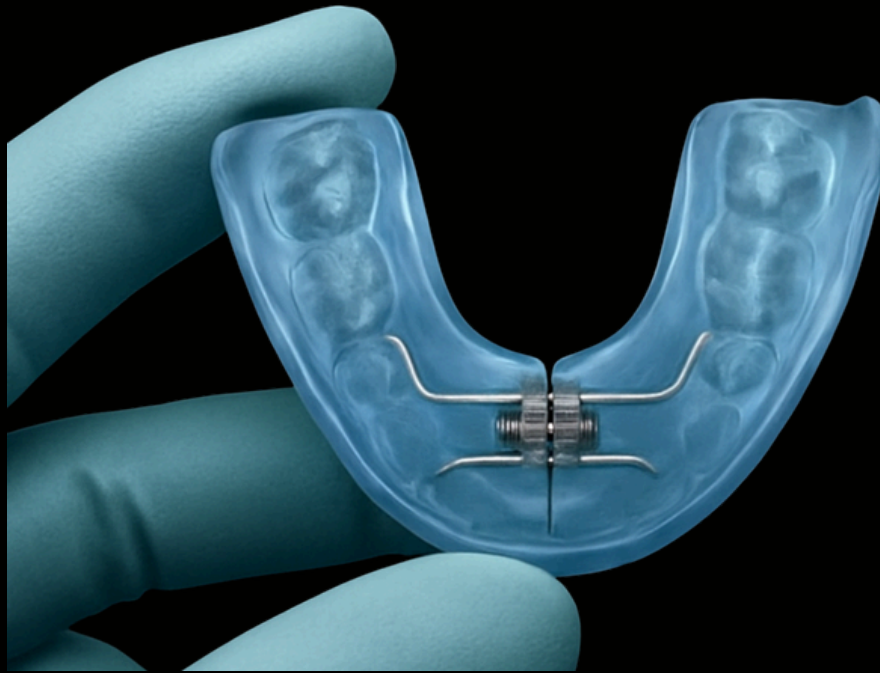
- Um dos pontos mais críticos. Espessuras excessivas aumentam a dimensão vertical de oclusão (DVO), alterando a relação entre maxila e mandíbula.
- Esse aumento pode repercutir negativamente sobre o tônus muscular, a postura mandibular e até a permeabilidade das vias aéreas superiores, com risco de piora de distúrbios respiratórios do sono.

Estabilidade e adaptação

- A estabilidade depende da adaptação precisa ao arco dentário.
- O método tradicional envolve modelos de gesso obtidos a partir de moldagens convencionais.

Hoje, cresce o uso do escaneamento intraoral digital, que oferece fidelidade anatômica superior, maior conforto para a criança e reduz o risco de distorções.

O estado da técnica



Impacto Funcional e Considerações de Crescimento

Um dos principais desafios em pediatria é que o uso prolongado de placas pode interferir no crescimento orofacial. Durante a infância, os ossos maxilares e mandibulares estão em remodelação ativa, e qualquer intervenção que modifique a relação oclusal pode gerar efeitos colaterais indesejados, como:

- Alterações no padrão de erupção dos dentes permanentes.
- Restrição ou estímulo inadequado ao crescimento transversal da maxila.
- Compensações musculares que perpetuam desequilíbrios funcionais.
- Impacto sobre o espaço aéreo superior, predispondo a respiração oral ou agravando apneia obstrutiva do sono.

Por isso, recomenda-se que o uso seja temporário e reversível, com revisões periódicas para reavaliar a necessidade de continuidade.

Integração com Tecnologias Digitais

O avanço das tecnologias digitais transformou a forma como as placas são planejadas e confeccionadas. Hoje, é possível integrar dados de escaneamento intraoral, tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) e softwares de análise funcional, permitindo:

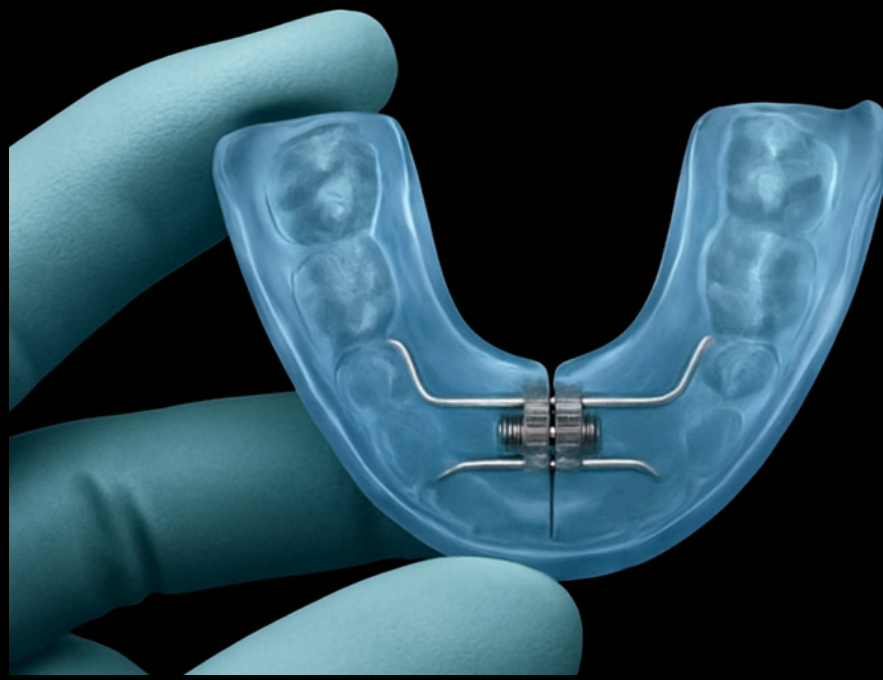
- Confeção personalizada que respeita as particularidades anatômicas de cada criança.
- Ajustes seletivos na espessura e no design, equilibrando proteção e conforto.
- Monitoramento mais preciso da evolução do crescimento orofacial e da adaptação ao dispositivo.

Conclusão

O estado atual da técnica demonstra que a construção de placas interoclusais para crianças não pode seguir os mesmos princípios aplicados em adultos. Embora os materiais e as tecnologias de fabricação tenham avançado significativamente — incluindo o uso de CAD/CAM, impressão 3D e dispositivos híbridos —, o desafio continua sendo garantir eficácia protetora sem comprometer o crescimento orofacial e a função respiratória. O consenso científico reforça que, em pediatria, as placas devem ser vistas como uma medida adjuvante, temporária e monitorada, inserida em um protocolo que priorize a investigação das causas do bruxismo, como distúrbios respiratórios, refluxo gastroesofágico, fatores emocionais e predisposição genética.

✚ Mensagem-chave: A técnica de construção de placas interoclusais para crianças deve unir precisão tecnológica e prudência clínica. Apenas assim será possível proteger os dentes e reduzir sintomas sem colocar em risco o desenvolvimento saudável da criança.

O estado da técnica



Explicando aos Pais – Como funcionam as placas interoclusais em crianças

O que é a placa interoclusal e por que, às vezes, ela é considerada

A placa interoclusal é um dispositivo transparente (tipo “protetor bucal”) feito sob medida para a criança. Ela não “cura” o bruxismo, mas pode proteger os dentes do desgaste e diminuir a sobrecarga dos músculos quando há dor, risco de fraturas dentárias ou restaurações recentes. Em crianças, o uso é excepcional e temporário porque o rosto e os dentes ainda estão crescendo. Por isso, só se considera a placa depois de investigar e tratar causas que pioram o bruxismo (respiração pela boca, refluxo, apneia, sono ruim, estresse).

Antes de pensar em placa: a investigação que vem primeiro

O passo mais importante é avaliar o contexto da criança:

- Sono e respiração: ronco, pausas respiratórias, sono agitado, respiração pela boca → se houver suspeita de Apneia Obstrutiva do Sono (AOS), o exame indicado é a polissonografia (feito em laboratório do sono).
- Refluxo gastroesofágico (RGE): azia, tosse noturna, desconforto ao deitar → avaliação com gastroenterologista.
- Rotina e emoções: higiene do sono (horários, telas), estresse/ansiedade.

Mensagem-chave: em caso de AOS suspeita ou confirmada, certos tipos de placas (as que apenas aumentam a mordida) podem piorar a respiração noturna. Nessas situações, a prioridade é tratar a via aérea (por exemplo, adenoides/amígdalas aumentadas) e só considerar dispositivo oral se a equipe especializada indicar e monitorar.

Como a placa é feita — passo a passo

Avaliação clínica: exame da boca, mordida, músculos e revisão dos hábitos de sono e respiração.

Registro da arcada: pode ser com moldagem tradicional (massinha) ou, preferencialmente, com escaneamento digital (uma câmera que filma os dentes, sem massa).

Desenho e material: o dentista escolhe o tipo de placa para o objetivo do caso (proteção, conforto, controle de dor), sempre pensando no menor volume possível para não atrapalhar fala, respiração ou crescimento.

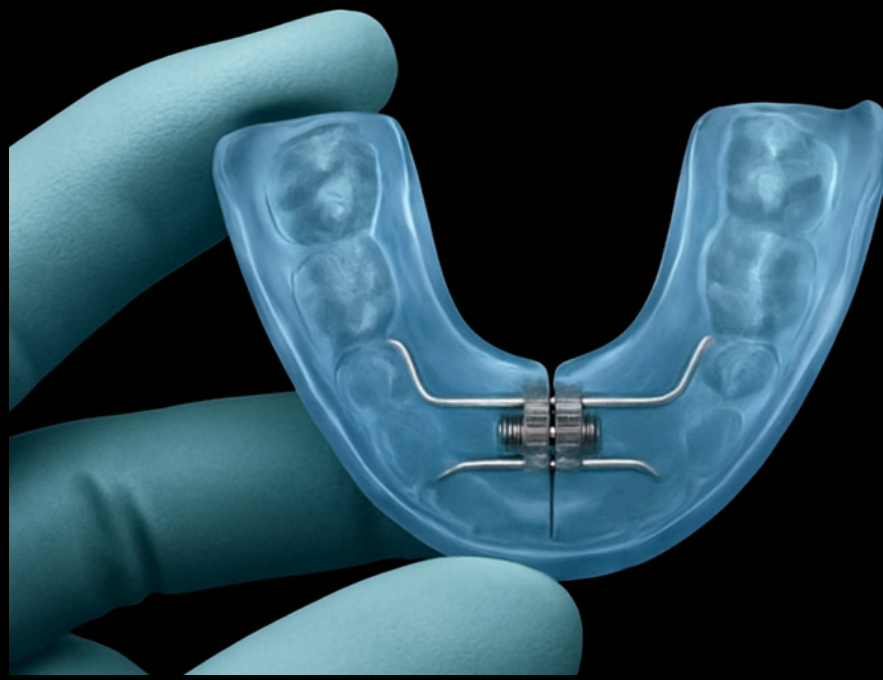
Confecção: pode ser feita no laboratório com resina acrílica, por CAD/CAM fresado (usinado a partir de um bloco) ou por impressão 3D. Em alguns casos pediátricos, usa-se híbrida (acetato por fora e zonas de resina nas áreas que sofrem mais desgaste) para melhorar o conforto.

Teste e ajuste: a placa é adaptada na boca, o dentista verifica pontos de pressão e contato, e faz pequenos ajustes até ficar estável e confortável.

Entrega e orientações: o dentista explica como usar, como higienizar e quais sinais observar em casa.

Revisões periódicas: como a criança está crescendo, a placa precisa de acompanhamento e, às vezes, substituição.

O estado da técnica



Tipos de placas mais usados em crianças (e quando)

- Placa rígida de cobertura total (resina acrílica): para casos mais severos (desgaste grande, dor intensa). É estável, mas pode exigir mais adaptação e revisões frequentes conforme a criança cresce.
- Placa mole (silicone/EVA): mais confortável, costuma ser usada por pouco tempo em crianças pequenas e quadros leves. Pode se desgastar mais rápido.
- Placas parciais/“mini-placas”: cobrem só parte dos dentes. Uso restrito porque podem atrapalhar a erupção dos dentes e o crescimento.

Benefícios reais x limites

Benefícios possíveis

- Protege os dentes de leite e permanentes em erupção contra o desgaste.
- Reduz a sobrecarga dos músculos, podendo aliviar dor e cansaço facial.
- Em alguns casos, a criança dorme melhor por ter menos dor muscular.

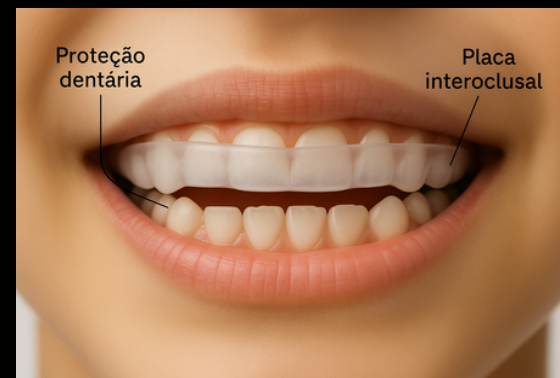
Limites importantes

- Não trata a causa do bruxismo (respiração, refluxo, sono ruim, emoções).
- Pode interferir no crescimento orofacial se usada sem critério ou por tempo demais.
- Nem toda criança tolera: pode tirar durante a noite, morder e até danificar.
- Em suspeita/diagnóstico de AOS, certos modelos podem piorar a respiração.

Como usar em casa (quando indicado)

- Tempo de uso: geralmente à noite, e por período limitado (o dentista define).
- Adaptação: nos primeiros dias é normal estranhar. Se houver dor persistente, dificuldade para respirar, enjoos frequentes ou vômitos, suspender e avisar o dentista.
- Higiene: lavar com água fria e sabonete neutro após o uso; não usar água quente (deforma). Armazenar seca em estojo ventilado.

Rotina do sono: manter horários, reduzir telas antes de dormir, criar ritual calmo — isso complementa a proteção da placa.



Influência da Dimensão Vertical, Projetos com Expansores e Monitoramento Clínico

Um dos aspectos mais delicados do uso de placas interoclusais em crianças está diretamente relacionado à quantidade de acrílico utilizada na superfície oclusal. O acréscimo desse material provoca um aumento da dimensão vertical de oclusão (DVO), que em adultos é geralmente bem tolerado. Entretanto, em crianças, esse mesmo efeito pode desencadear alterações significativas. Entre as principais consequências destacam-se a rotação mandibular posterior, deslocando a mandíbula inferior para trás, a redução do espaço orofaríngeo e, em consequência, uma maior propensão a episódios de obstrução respiratória durante o sono. Esses efeitos são especialmente preocupantes em crianças que já apresentam fatores predisponentes, como respiração bucal crônica, rinite alérgica ou hipertrofia de amígdalas e adenoides.

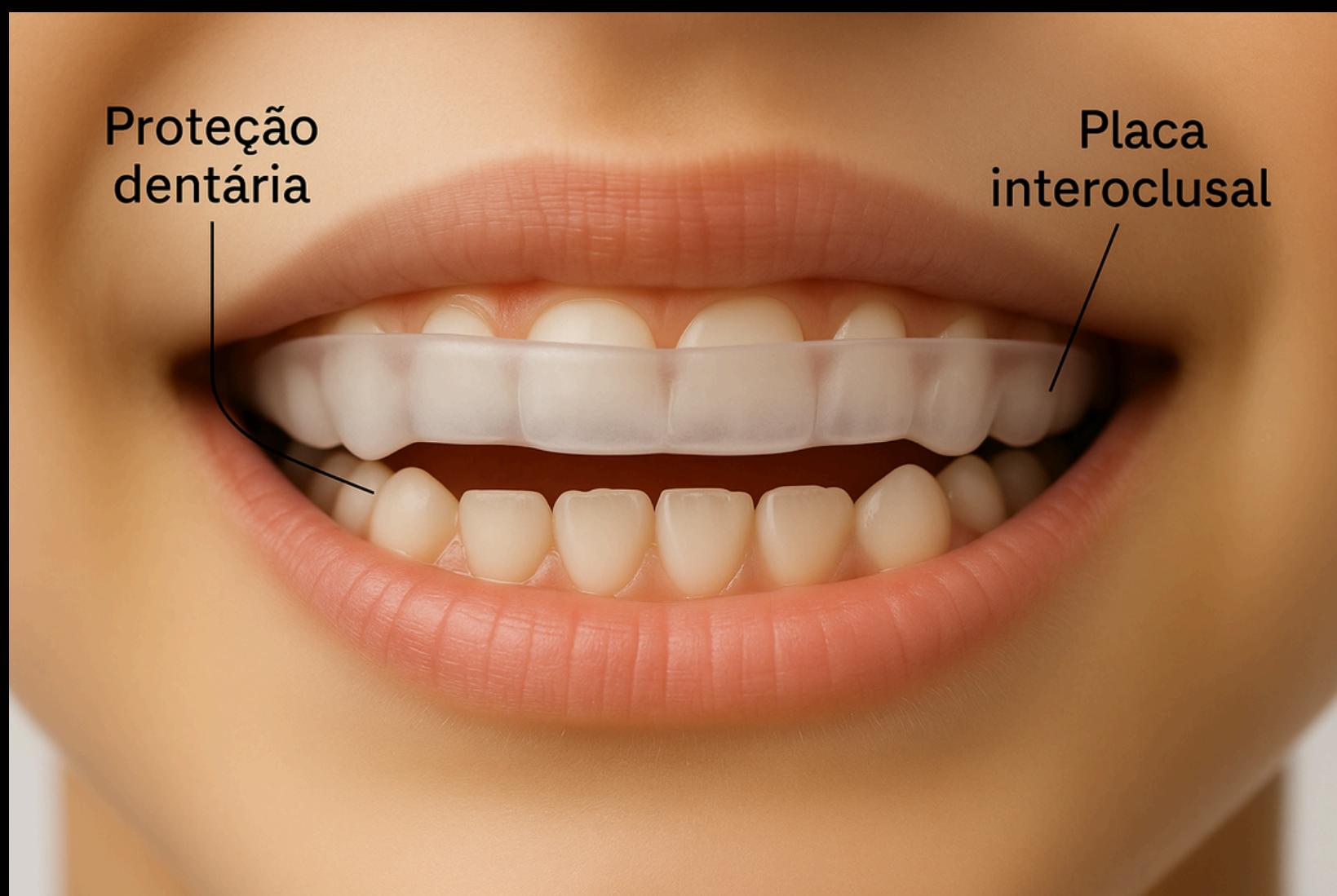
Esse conjunto de alterações estruturais constitui a principal preocupação técnica relacionada ao uso de placas na pediatria. Quando mal planejadas, as placas podem não apenas deixar de proteger adequadamente os dentes, como também contribuir para o agravamento de quadros de apneia obstrutiva do sono (AOS).

Dentro do estado atual da técnica, alguns modelos de placas foram propostos com a incorporação de expansores transversais. Essa adaptação permite realizar ajustes graduais no diâmetro da arcada superior, promovendo aumento do espaço nasal e até mesmo correções ortopédicas iniciais. O benefício desse recurso está na possibilidade de controlar o desenvolvimento transversal do arco maxilar ao mesmo tempo em que se garante proteção dentária. Contudo, essa vantagem vem acompanhada de riscos importantes: quando o dispositivo passa a atuar de forma ativa como um aparelho ortopédico, pode provocar modificações ósseas indesejadas. Caso as ativações sejam realizadas de maneira inadequada, há risco de desconforto, processos inflamatórios e até assimetrias no crescimento facial. Por essa razão, reforça-se que apenas cirurgiões-dentistas habilitados em ortopedia funcional dos maxilares devem conduzir tais ajustes, seguindo protocolos rígidos de ativação.

Outro ponto crítico no manejo clínico é o monitoramento funcional. O uso de placas interoclusais em pediatria não deve ser visto como um tratamento estático, mas como uma intervenção que exige acompanhamento contínuo. O estado da técnica recomenda que, sempre que possível, o uso das placas seja associado a avaliações objetivas da função respiratória. Nesse contexto, a polissonografia é considerada uma ferramenta indispensável, especialmente em crianças que apresentam histórico de redução do fluxo aéreo, ronco ou apneia suspeita. A monitorização por meio desse exame permite verificar a ocorrência de dessaturações de oxigênio, alterações no esforço ventilatório e até o surgimento de novos episódios de AOS após a instalação do dispositivo.

Assim, evidencia-se que a utilização de placas interoclusais em crianças não deve ser encarada apenas como uma medida mecânica de proteção dentária. Trata-se de um recurso que, ao interferir diretamente nas relações craniofaciais e funcionais, pode trazer benefícios, mas também riscos relevantes. A segurança está no planejamento criterioso, na execução precisa e no acompanhamento sistemático, sempre integrado a uma visão multidisciplinar que valorize a saúde respiratória e o desenvolvimento orofacial da criança.

✚ Mensagem-chave: o design e a espessura das placas influenciam diretamente a respiração e o crescimento da criança. A incorporação de expansores deve ser feita apenas por profissionais habilitados, e o uso de polissonografia no monitoramento é essencial para garantir segurança clínica e prevenir complicações.



Aos Pais – Cuidados com as Placas Interoclusais

As placas interoclusais (semelhantes a protetores bucais transparentes) podem proteger os dentes do desgaste causado pelo bruxismo. No entanto, em crianças, seu uso precisa ser feito com muito cuidado, porque a face e os dentes ainda estão em crescimento.

O que acontece quando a placa é muito alta

Quando a placa aumenta demais a altura da mordida, a mandíbula da criança pode ser empurrada para trás. Isso reduz o espaço por onde o ar passa na garganta e pode dificultar a respiração, especialmente à noite. Crianças que respiram pela boca, têm rinite ou amígdalas e adenoides grandes correm ainda mais risco de apresentar apneia do sono.

Placas com expansores

Alguns modelos de placas são feitos com expansores, que ajudam a aumentar a largura do céu da boca e, indiretamente, melhoram a passagem de ar pelo nariz. Isso pode ser benéfico, mas precisa ser feito com grande cautela. Se o expansor for ativado de forma errada, pode provocar dor, inflamação ou até alterar o crescimento da face de maneira indesejada. Por isso, só devem ser ajustados por dentistas especializados.

A importância do monitoramento

O acompanhamento de perto é essencial. Em alguns casos, é recomendado até fazer um exame do sono chamado polissonografia, que mostra como a criança respira enquanto dorme. Esse exame ajuda a verificar se a placa está ajudando ou se está atrapalhando a respiração.

O que os pais precisam observar

- Mudanças na respiração da criança após começar a usar a placa (ronco, engasgos ou pausas respiratórias).
 - Queixas de dor, desconforto ou dificuldade para dormir.
 - Ajustes mal feitos ou placas que parecem não se encaixar bem.
- ✚ Mensagem-chave: a placa pode ser útil, mas só quando é bem planejada, ajustada por especialistas e acompanhada de perto. O objetivo é proteger os dentes sem prejudicar o crescimento da face ou a respiração da criança.

Síntese Técnica

O uso de placas interoclusais em crianças deve ser visto como uma medida de caráter restrito e altamente controlado. Diferente dos adultos, nos quais a placa já tem um papel consolidado na proteção dentária e no alívio muscular, em crianças o cenário é bem mais delicado. A literatura científica demonstra que o aumento do volume de acrílico e, conseqüentemente, da dimensão vertical de oclusão (DVO) pode alterar de forma significativa a posição mandibular, deslocando-a para trás e reduzindo o espaço disponível nas vias aéreas superiores. Essa modificação estrutural, aparentemente simples, pode predispor a episódios de obstrução respiratória durante o sono, principalmente em crianças que já apresentam fatores de risco, como respiração oral, rinite crônica ou hipertrofia de amígdalas e adenoides.

Outro aspecto técnico importante diz respeito aos projetos que incorporam expansores transversais. Quando bem planejados, esses dispositivos podem auxiliar no controle da largura do arco maxilar e até gerar benefícios respiratórios, ampliando o espaço nasal. No entanto, qualquer erro na condução clínica pode transformar a placa de proteção em um aparelho ortopédico ativo, capaz de alterar a morfologia óssea de maneira indesejada. Por esse motivo, as ativações só devem ser realizadas por profissionais devidamente habilitados, sob protocolos rígidos de acompanhamento.

Além disso, reforça-se que o uso das placas em pediatria não pode ser feito sem monitoramento funcional. A polissonografia permanece como o exame padrão para verificar se o dispositivo não está prejudicando a respiração da criança. Ela permite identificar alterações como quedas na saturação de oxigênio, aumento do esforço ventilatório e até o aparecimento de novos episódios de apneia após a instalação da placa. Assim, a indicação clínica deve ser reservada a casos graves de desgaste dentário ou dor muscular significativa, nos quais os riscos potenciais sejam superados pelos benefícios da proteção mecânica.

✚ Conclusão Técnica:

O estado atual da técnica confirma que as placas interoclusais para crianças não devem ser vistas como dispositivos padronizados. Seu design, material, espessura e eventuais recursos de expansão precisam ser criteriosamente planejados e individualizados. Caso contrário, a placa pode trazer mais riscos do que benefícios, sobretudo no que se refere ao impacto sobre as vias aéreas superiores e ao desenvolvimento orofacial.

⚠ Alerta Importante:

Placas para Bruxismo Infantil Fora do Padrão Técnico

Nos últimos anos, a comercialização indiscriminada de dispositivos rotulados como “placas para bruxismo infantil” tornou-se cada vez mais comum. Esses produtos incluem protetores de silicone moldáveis, placas termoplásticas vendidas em farmácias ou pela internet, dispositivos coloridos e chamativos que prometem praticidade, conforto e baixo custo. Apesar da aparência atrativa, tais dispositivos representam armadilhas perigosas para a saúde infantil.

Os principais problemas relacionados a esses modelos são:

- Ausência de personalização: por serem dispositivos padronizados, não consideram as necessidades individuais de cada criança, nem seu estágio de crescimento ou sua condição clínica específica.
- Risco respiratório: muitos desses dispositivos aumentam de forma inadequada a dimensão vertical, podendo reduzir o fluxo aéreo e agravar quadros de respiração oral ou apneia do sono.
- Ilusão de tratamento: transmitem aos pais a falsa impressão de que o problema está sob controle, quando, na prática, apenas mascaram os sintomas — como o barulho do ranger de dentes — sem tratar a causa verdadeira.
- Potenciais danos estruturais: devido a materiais de baixa qualidade, espessuras irregulares e ausência de supervisão profissional, podem causar deslocamentos dentários, desconforto e até comprometer o crescimento facial.

✚ Mensagem-chave:

Placas para bruxismo em crianças só devem ser confeccionadas sob medida, por profissionais especializados e com acompanhamento contínuo. Dispositivos prontos ou vendidos em farmácias e internet não são seguros e podem prejudicar a saúde e o desenvolvimento da criança.



Aos Pais – O que vocês precisam saber sobre placas para bruxismo infantil

As placas interoclusais (semelhantes a protetores bucais transparentes) podem, em alguns casos, ajudar a proteger os dentes da criança contra o desgaste provocado pelo bruxismo. Porém, em crianças, o uso dessas placas precisa ser muito criterioso e temporário, porque os dentes e o rosto ainda estão em crescimento.

Por que nem toda placa é segura

Quando a placa é muito grossa ou mal planejada, ela pode empurrar a mandíbula para trás, diminuindo o espaço por onde o ar passa na garganta. Isso pode dificultar a respiração da criança durante o sono e até agravar problemas respiratórios como a apneia do sono.

Além disso, algumas placas vendidas prontas ou adaptáveis em casa — como protetores de silicone moldáveis, placas termoplásticas de farmácia ou modelos coloridos oferecidos pela internet — não são adequadas para crianças. Elas parecem práticas e baratas, mas trazem riscos importantes:

- Não são feitas sob medida: cada criança tem um crescimento e uma arcada diferentes. Um dispositivo genérico pode não se ajustar bem.
- Podem prejudicar a respiração: ao alterar a mordida de forma incorreta, reduzem o espaço aéreo e agravam ronco e apneia.
- Criam uma falsa sensação de segurança: o barulho do ranger pode até diminuir, mas a causa do bruxismo continua presente.
- Podem atrapalhar o crescimento: materiais ruins ou ajustes incorretos podem deslocar dentes, causar dor e até comprometer o desenvolvimento da face.

Quando a placa pode ser indicada

O dentista pode recomendar a placa em situações mais graves, quando o desgaste dos dentes já é acentuado, há risco de fraturas ou a criança sente dor nos músculos da face. Mesmo nesses casos, a placa deve ser sob medida, acompanhada de perto e usada por tempo limitado.

O que os pais devem observar

Se a criança começar a usar uma placa, fiquem atentos a sinais como:

- Ronco, pausas respiratórias ou engasgos durante o sono.
- Dificuldade para se adaptar, dor ou incômodo persistente.
- Alterações na mordida ou nos dentes.

Se algo mudar, o dentista deve ser procurado imediatamente.

✚ Mensagem-chave para os pais:

Placas interoclusais em crianças não são um tratamento padronizado e jamais devem ser compradas prontas em farmácias ou internet. Elas só podem ser feitas sob medida por profissionais especializados, com acompanhamento contínuo, para garantir proteção sem prejudicar a respiração ou o crescimento da criança.



O que a ciência revela

A literatura científica e o estado da técnica são claros: nenhum modelo pré-fabricado ou vendido sem supervisão odontológica é seguro ou eficaz para crianças. Esses dispositivos, muitas vezes encontrados em farmácias ou pela internet, não possuem critérios de personalização, não respeitam o crescimento orofacial e podem inclusive agravar problemas respiratórios, como a apneia do sono.

A única exceção possível recai sobre placas confeccionadas em laboratórios especializados, seguindo parâmetros científicos rigorosos e sempre sob a coordenação de um cirurgião-dentista qualificado. Ainda assim, o uso é indicado apenas em casos específicos e com acompanhamento contínuo. Comparar modelos industrializados e laboratoriais torna-se desnecessário, pois os industrializados simplesmente não atendem aos requisitos mínimos de segurança e eficácia.

Mensagem-chave

Pais, responsáveis e profissionais precisam estar atentos: nenhuma placa fora do padrão técnico odontológico deve ser utilizada em crianças. O apelo visual, o baixo custo ou a promessa de praticidade não justificam os graves riscos à saúde respiratória, ao desenvolvimento facial e ao bem-estar da criança. 🖐️ A única conduta segura é procurar a avaliação de um cirurgião-dentista especializado, que poderá indicar, se necessário, um dispositivo produzido dentro de parâmetros científicos, laboratoriais e éticos adequados.

📌 Resumo

- Placas para bruxismo na infância não são brinquedos nem acessórios.
- Todo modelo vendido pronto, sem personalização e sem acompanhamento profissional, representa risco à saúde.
- Nenhum dispositivo industrializado deve ser utilizado em crianças, em hipótese alguma.

⚠️ Alerta Importante – O uso precoce e indiscriminado de placas em crianças

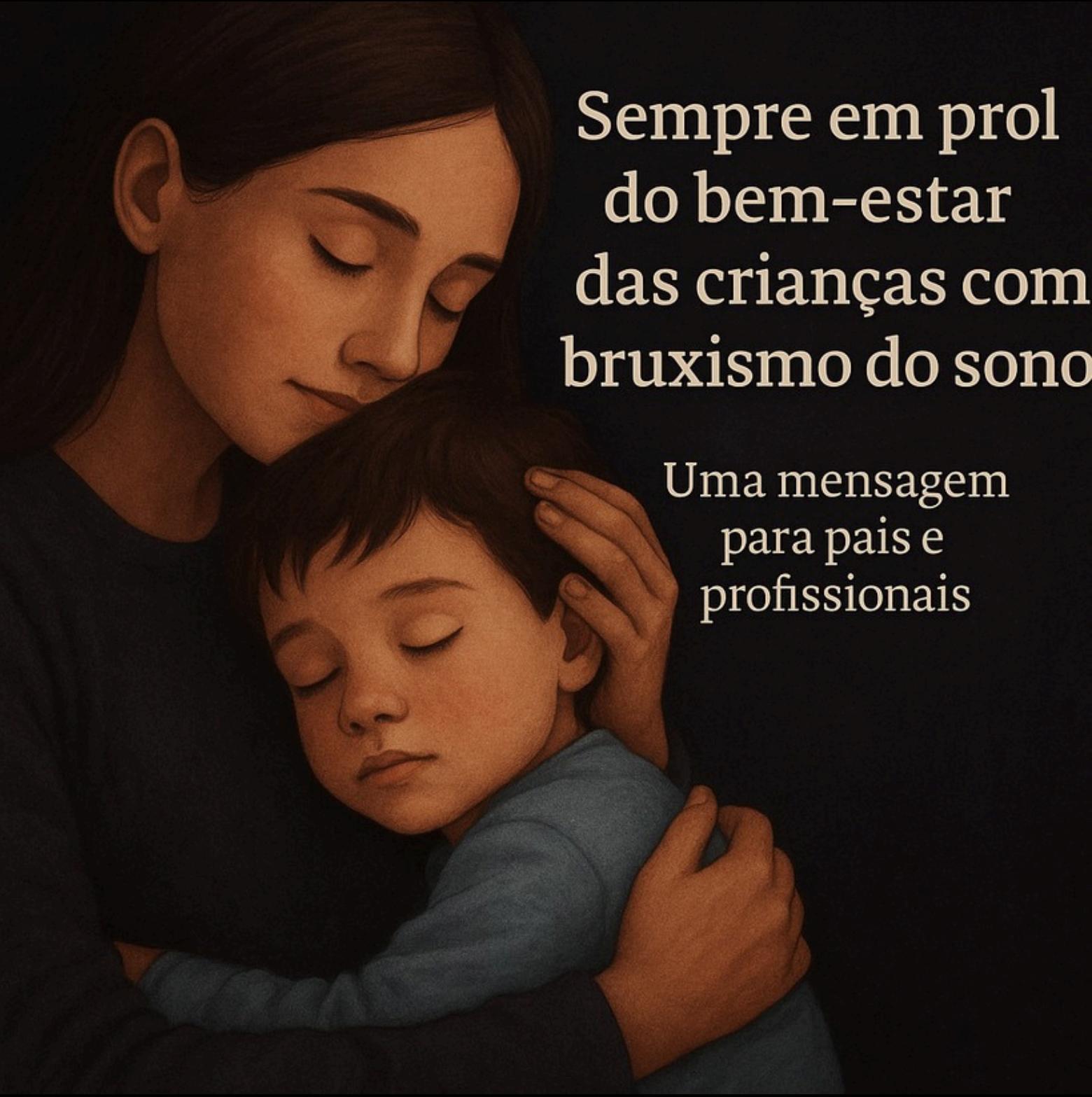
O emprego de placas interoclusais em crianças exige máxima cautela. Quando utilizadas de forma precoce e sem critérios rigorosos, essas placas podem ocultar o problema real, atrasando o diagnóstico de condições graves que frequentemente estão na origem do bruxismo infantil. Entre elas, destacam-se:

- Apneia obstrutiva do sono, com fragmentação do sono e microdespertares.
- Alterações anatômicas faciais, que comprometem a respiração e o desenvolvimento orofacial.
- Alergias respiratórias crônicas, como rinites persistentes.
- Refluxo gastroesofágico, que provoca despertares noturnos e estimula contrações mandibulares.

Em adultos, o uso de placas faz parte da rotina terapêutica e é amplamente consolidado. Contudo, em crianças, a lógica é distinta: a prioridade deve sempre ser a identificação e o manejo da causa subjacente. Só dessa forma é possível oferecer um tratamento realmente eficaz e, em muitos casos, alcançar a remissão completa do bruxismo infantil.

📌 Mensagem-chave:

Pais e profissionais de saúde precisam compreender que o bruxismo na infância não é apenas um hábito passageiro. Muitas vezes, ele é um sinal clínico de outra condição. A placa deve ser considerada como último recurso, indicada somente quando há risco imediato — como desgaste dentário severo — e sempre após uma investigação criteriosa e abrangente.



🌙 Mensagem Final

O bruxismo do sono na infância não é apenas um ranger de dentes. É um pedido de ajuda silencioso do corpo da criança, um sinal de que algo não está bem. Pode ser a respiração que encontra barreiras, o sono que se fragmenta, alergias que incomodam, refluxo que atrapalha, ou até emoções que a criança ainda não sabe expressar em palavras.

Aos Pais

Não se deixem enganar por soluções rápidas, baratas ou coloridas. Esses dispositivos prontos não trazem cura, apenas mascaram o problema — e, muitas vezes, colocam a saúde da criança em risco. O caminho verdadeiro é o da investigação, do cuidado integral, da escuta atenta. Cada criança é única e merece ser olhada como tal, com carinho, paciência e ciência.

Aos Profissionais de Saúde

Nosso compromisso vai além de confeccionar uma placa. É enxergar no bruxismo um sinal clínico precioso, que nos convida a investigar, compreender e tratar a causa real. É atuar de forma ética, multidisciplinar e cuidadosa, para que cada criança tenha a oportunidade de recuperar seu sono, sua energia e seu sorriso saudável.

✿ A boa notícia: diferentemente dos adultos, em muitas crianças o bruxismo pode ser curado quando a origem é identificada e tratada. Esse é o maior presente que podemos oferecer: noites tranquilas, desenvolvimento pleno, equilíbrio facial e a promessa de um futuro com saúde e bem-estar.

✨ Confiar na ciência, respeitar os protocolos e recusar atalhos perigosos é a maior forma de amor. É escolher o que realmente importa: garantir que nossos filhos cresçam livres da dor, com sono reparador e com a chance de se tornarem adultos fortes, saudáveis e felizes.

Glossário

Amamentação natural – Alimentação da criança diretamente pelo seio materno. Além de fornecer nutrição, exerce papel fundamental no desenvolvimento craniofacial, respiratório e imunológico.

Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) – Distúrbio respiratório caracterizado por interrupções recorrentes do fluxo de ar durante o sono, geralmente causadas pelo colapso das vias aéreas superiores.

Arcada dentária – Conjunto de dentes organizados em forma de arco, localizado na maxila (superior) e na mandíbula (inferior).

Atresia maxilar – Condição em que a maxila apresenta desenvolvimento transversal reduzido, resultando em palato estreito e impactando a respiração nasal.

Bruxismo – Atividade muscular repetitiva caracterizada por ranger ou apertar os dentes. Pode ocorrer durante o sono (bruxismo do sono) ou em vigília (bruxismo acordado).

Bruxismo do sono – Forma de bruxismo relacionada a microdespertares noturnos e aumento da atividade muscular mastigatória.

Chupeta – Dispositivo de sucção artificial, frequentemente utilizado por crianças pequenas. O uso prolongado pode interferir no crescimento orofacial e favorecer más oclusões.

Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) – Espaço entre as arcadas dentárias quando os dentes estão em contato. Alterações da DVO podem influenciar estética, função mastigatória e respiração.

Dimensão Vertical de Repouso (DVR) – Espaço fisiológico entre as arcadas dentárias quando a mandíbula está em repouso, sem contato dentário.

Dispositivo intraoral – Aparelho colocado dentro da boca, utilizado para proteção, movimentação dentária ou tratamento de distúrbios como apneia do sono e bruxismo.

Higiene do sono – Conjunto de práticas que promovem a qualidade do sono, incluindo horários regulares, ambiente adequado e eliminação de estímulos prejudiciais.

Má oclusão – Alteração no alinhamento ou na relação entre os dentes superiores e inferiores, podendo afetar estética, função mastigatória e respiração.

Mamadeira – Instrumento de alimentação artificial composto por recipiente e bico de sucção. Quando usada em excesso ou de forma inadequada, pode prejudicar o desenvolvimento muscular e ósseo da face.

Microdespertar – Breve ativação do sistema nervoso durante o sono, suficiente para alterar o padrão respiratório e desencadear atividades motoras, como o bruxismo.

Ortopedia funcional dos maxilares – Área da odontologia que utiliza aparelhos para guiar e estimular o crescimento adequado dos ossos da face.

Parafunção – Hábito ou atividade muscular sem finalidade funcional, como roer unhas, morder objetos ou ranger os dentes.

Placa interoclusal – Dispositivo removível utilizado entre os dentes para proteger estruturas dentárias, reduzir atividade muscular ou auxiliar em tratamentos. Em crianças, seu uso deve ser extremamente cauteloso.

Polissonografia (PSG) – Exame padrão-ouro para diagnóstico de distúrbios do sono. Registra parâmetros como atividade cerebral, respiração, movimentos musculares e oxigenação.

Respiração bucal – Padrão respiratório em que a criança respira predominantemente pela boca. Pode levar a alterações orofaciais, distúrbios do sono e maior prevalência de bruxismo.

Retrognatismo mandibular – Condição anatômica em que a mandíbula se encontra posicionada para trás em relação à maxila, reduzindo o espaço das vias aéreas superiores.

Ronco – Vibração ruidosa causada pela passagem do ar em vias aéreas parcialmente obstruídas durante o sono.

Sucção digital – Hábito de chupar o dedo, comum em crianças. Quando persistente após os 4 anos, pode causar alterações faciais e dentárias.

Tônus muscular – Estado de contração leve e contínua dos músculos, fundamental para a postura e para o equilíbrio orofacial.

Via aérea superior – Estruturas anatômicas que incluem nariz, cavidade oral, faringe e laringe, responsáveis pela passagem do ar até os pulmões.

Referências

Restrepo-Serna C, et al. Sleep bruxism in children, from evidence to the clinic: a systematic review (2015–2023). *Frontiers in Oral Health*. 2023.

Zieliński G, Pająk A, Wójcicki M. Global Prevalence of Sleep and Awake Bruxism in Pediatric and Adult Populations: Systematic Review & Meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2024.

Goddard RJ, et al. Prevalence of bruxism in children with profound neurodisability: systematic review & meta-analysis. 2024.

Kanhouché N, et al. Prevalence of bruxism in children and adolescents with cerebral palsy: systematic review & meta-analysis. 2022.

Pauletto P, et al. Sleep bruxism and obstructive sleep apnea: association? 2022.

Orradre-Burusco I, et al. Sleep bruxism and sleep respiratory disorders in children at risk of obstructive sleep apnea. 2024.

Cid-Verdejo R, et al. Sleep bruxism and obstructive sleep apnea correlation using type-I polysomnography. 2024.

American Academy of Sleep Medicine. Physiological events associated with sleep bruxism in children with obstructive sleep apnea during polysomnography. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2024.

Journal of Dental Sleep Medicine. Sleep-disordered breathing and oral health in children: review. 2024.

Montaldo L, et al. Association between secondhand smoke exposure and sleep bruxism in children: randomized control study. *Tobacco Control*. 2012.

Toyama N, et al. Secondhand smoke and sleep bruxism: gender-based analysis. *Sleep Medicine*. 2020.

Merianos AL, et al. Tobacco smoke exposure and inadequate sleep among children: associations with health outcomes. 2021.

de Holanda GA, et al. Sleep quality and awake/sleep bruxism in children and adolescents: a systematic review. 2025.

Senff J, et al. Treatment of pediatric and adolescent sleep bruxism: systematic review of randomized clinical trials. 2023.

Minervini G, et al. Main methods of treatment of sleep bruxism in children: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2024.

A Nota A, et al. Correlation between bruxism and gastroesophageal reflux disease: implications for tooth wear. 2022.

Geizi Francisca Carneiro, Lia Lúcia Sabino, Débora Moreno Luzia. *Refluxo Gastroesofágico em Crianças: uma revisão da literatura*. 2022.

Emodi-Perlman A, Shreiber-Fridman Y, Kaminsky-Kurtz S, Eli I, Blumer S. Sleep Bruxism in Children — What Can Be Learned from Anamnestic Information. *Journal of Clinical Medicine*. 2023.

Akbarzadeh F, Behravan G, Modaresi F, Eslamzadeh M. Citalopram-induced sleep bruxism in a breastfed infant: a case report. 2023.

Melo G, Dutra KL, Rodrigues Filho R, et al. Association between psychotropic medications and presence of sleep bruxism: a systematic review. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2018.

de Holanda TA, Castagno CD, Barbon FJ, Costa YM, Goettems ML, Boscato N. Sleep architecture and factors associated with sleep bruxism diagnosis via polysomnography: a case-control study. *Arch Oral Biol*. 2020.

Hanna LMO, Silva JLS, Pereira SNC. Etiologia do bruxismo infantil: aspectos clínicos e associações com paralisia cerebral e TEA. 2022.

Suhaib A, et al. Bruxism in children with autism spectrum disorder: prevalence and risk factors. 2021

Picchietti DL, et al. Restless legs syndrome, iron deficiency and sleep bruxism in children: relationships and diagnostic approaches. *Sleep Medicine*. 2015.

Cortese S, et al. Low serum ferritin is associated with restless sleep and increased prevalence of bruxism in children. *Sleep Medicine*. 2012.

Simakajornboon N, et al. Iron supplementation therapy for restless sleep and bruxism in pediatric populations: a clinical review. *Sleep Medicine Reviews*. 2017.

Pereira LJ, et al. Association between sleep bruxism, iron deficiency and movement disorders in childhood: systematic review. 2020.

Gomes CA, et al. Bruxismo do sono infantil: análise dos fatores associados e da qualidade do sono. *Rev Paul Pediatr*. 2019.

Király A, et al. Polysomnographic features of sleep bruxism and its relationship with arousals in children. *Sleep Medicine*. 2019.

Goulet JP, et al. Primary headaches in children and adolescents: associations with bruxism and orofacial pain. *Cephalalgia*. 2018.

Fernandes G, et al. Headache and sleep bruxism in school children: a population-based study. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2016.

da Silva CG, et al. Orofacial pain and tension-type headaches in children with sleep bruxism: clinical correlations. *Pediatric Dentistry*. 2019.

Lobbezoo F, et al. Pain symptoms in children with probable sleep bruxism: a scoping review. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2021.

Giannasi LC, Effect of an occlusal splint on sleep bruxism in children in a pilot study with short-term follow-up. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. 2013.

Kolcakoglu K, Dogan S, Tulga Oz F, Aydınbelge M. A Comparison of Hard and Soft Occlusal Splints for the Treatment of Nocturnal Bruxism in Children Using the BiteSTRIP®. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2022;46(3):219-224.

Ainoosah S, Farghal AE, Alzemei MS, et al. Comparative analysis of different types of occlusal splints for sleep bruxism: systematic review. *BMC Oral Health*. 2024.

Hardy RS. The efficacy of occlusal splints in the treatment of bruxism: a systematic review. *Journal of Prosthodontic Research*. 2021.

Chisini LA, San Martin AS, Cademartori MG, et al. Interventions to reduce bruxism in children and adolescents: a systematic scoping review and critical reflection. *European Journal of Pediatrics*. 2020;179(2):177-189.

Restrepo CC, Campos MT, Roden J. Effect of occlusal splints on temporomandibular signs and symptoms in bruxism patients. *Journal of Temporomandibular Disorders & Oral Rehabilitation*. 2011.

Akat B, Görür SA, Bayrak A, et al. Ultrasonographic and electromyographic evaluation of different occlusal splint designs on masticatory muscle activity in bruxism. *Cranio*. 2023.

ClinicalTrials.gov. Ultrasonographic Evaluation of the Effect of Occlusal Splint in Pediatric Bruxism — study NCT06894342.

ClinicalTrials.gov. Occlusal Splints in the Treatment of Sleep Bruxism — study NCT04934449.

Maples Publishing. Occlusal splint effectivity in child bruxism: literature review. 2024.

Mehdipour A. Prevalence of Oral Parafunctional Habits in Children and Adolescents: a cross-sectional study. 2023.

Widmalm S.E. Oral parafunctions as temporomandibular disorder risk factors in children: finger sucking, nail biting and bruxism. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 1995.

Šimunović L. The Role of Malocclusion and Oral Parafunctions in the Development of Temporomandibular Disorder Symptoms in Schoolchildren. 2024.

Aloumi A. Oral Parafunctional Habits Among Preschool Children in Riyadh: Prevalence and Associated Factors. *Saudi Journal of Oral Sciences*. 2018.

Sadoun C. Effects of Non-Nutritive Sucking Habits on Malocclusions: a systematic overview. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2024.

Thomaz E.B.A.F. Maternal Breastfeeding, Parafunctional Oral Habits and Malocclusion in Children: a cross-sectional study. 2012.

Muñuzuri Arana H.L. Parafunctional Habits and Their Consequences on Dentofacial Development: a literature review. *Oral Journal*. 2024.

Baeshen H.A. Malocclusion Traits and the Parafunctional Effect Among Young Children: cross-sectional analysis. 2021.

Murali P.S. Management of Oral Parafunctional Habits: Case Report of Finger Sucking and Tongue Thrusting in Children. 2024.

Miyarsih R. The Influence of Thumb Sucking Habit on Dentomaxillofacial Changes in Girls Aged 6-7 Years: Analytical Study. *Journal of Dentomaxillofacial Science*. 2020.

Jadhav U, et al. A Comprehensive Review of Pediatric Obstructive Sleep Apnea. 2025.

Gupta S. Pediatric Obstructive Sleep Apnea: Diagnostic Challenges and Clinical Implications. 2024.

Vaianti B, et al. A narrative review on obstructive sleep apnea syndrome in children: pathophysiology and management. 2024.

Koh TK, et al. Treatment of pediatric obstructive sleep apnea: outcomes of tonsillectomy and adenoidectomy. 2024.

Unchiti K, et al. Clinical predictors of moderate-to-severe pediatric obstructive sleep apnea. 2024.

Solano-Pérez E, et al. Diagnosis and Treatment of Sleep Apnea in Children. 2023.

Piotto M, et al. Pediatric Sleep Respiratory Disorders: A Narrative Review. 2023.

Damasceno EC, et al. Bruxismo e alteração de sono na criança: revisão de literatura. 2024.

Grossi D, et al. Influência das alterações respiratórias no bruxismo infantil: uma análise. 2025.

Vilas RA. Relação entre o Bruxismo do Sono e a Apneia Obstrutiva do Sono em Crianças. 2023.

Sobre o Autor

José Roberto Fernandes é cirurgião-dentista, graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia e pós-graduado pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, onde obteve o título de Ortodontista e Ortopedista Facial.

Ao longo de sua carreira, uniu formação acadêmica sólida com uma marcante trajetória de inovação tecnológica. Seu trabalho transita entre a prática clínica, a pesquisa aplicada e o desenvolvimento de dispositivos inovadores voltados à odontologia e à medicina do sono.

Entre suas principais contribuições destacam-se:

-  DVR-Sensy – Método de alta precisão para a determinação da dimensão vertical de repouso, referência em avaliação clínica.
-  Polyceram – Tecnologia aplicada à construção de placas interoclusais para o tratamento do bruxismo, com conceito técnico inédito de dispositivos estruturados em planos de baixa pressão.
-  Placas Ortoscience – Polyceram PX4 – Dispositivos avançados para o tratamento do bruxismo do sono, baseados em princípios científicos de equilíbrio e preservação das vias aéreas.
-  AR4 Ortoscience – Aparelho de avanço mandibular inovador, desenvolvido a partir das placas de bruxismo, incorporando propulsor mandibular e placas Polyceram PX4, destinado ao tratamento do ronco e da apneia obstrutiva do sono.
-  Inovações em Ortodontia – Patentes registradas no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), incluindo:
 - Dispositivo mecânico removível autoligado para bráquetes e turbos ortodônticos.
 - Bráquete ortodôntico com canaletas estendidas, conceito inovador de baixa fricção no movimento dentário.

Essas criações refletem seu compromisso em transformar a prática clínica com base em ciência aplicada, sempre com foco na segurança do paciente, na eficácia terapêutica e na inovação tecnológica.

Além da atuação como clínico e inventor, dedica-se também à produção científica e educacional, criando conteúdos que aproximam profissionais da saúde e pais de crianças acometidas pelo bruxismo, traduzindo conhecimento técnico em orientações práticas e acessíveis.

Sua visão integrativa e inovadora projeta uma odontologia que não apenas trata sintomas, mas transforma realidades clínicas e promove qualidade de vida.

