



CURSO DE ODONTOLOGIA

JOÃO VITOR VALOIS MOTA

BRUXISMO, DO DIAGNÓSTICO À SUA ABORDAGEM

BRUXISM, FROM DIAGNOSTIC TO ITS APPROACH

SALVADOR

2023

JOÃO VITOR VALOIS MOTA

BRUXISMO, DO DIAGNÓSTICO À SUA ABORDAGEM

BRUXISM, FROM DIAGNOSTIC TO ITS APPROACH

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Andrade Moreira.

SALVADOR

2023

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha família e amigos que sempre estiveram comigo me ajudando e apoiando nas mais diversas situações, incentivando a cada momento de dificuldade da minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por dar-me força nesta conquista.

Aos meus pais e a minha namorada, pelo apoio e incentivo para vencer mais esta etapa.

Ao meu irmão ,pela confiança transmitida.

Ao orientador, Prof. Dr. Alexandre Andrade Moreira pelos ensinamentos passados, pela amizade, pela compreensão e pela brilhante orientação.

A todos os funcionários do Laboratório pela orientação na condução dos experimentos.

Ao Professores., pelas sugestões e correções.

Aos amigos e colegas pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e ajuda na correção deste trabalho.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos colegas professores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	8
2. METODOLOGIA	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 ETIOLOGIA	10
3.2 CLASSIFICAÇÃO	10
3.3 DIAGNÓSTICO, SINAIS E SINTOMAS	12
3.4 DESGASTE DENTÁRIO	13
3.5 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS	13
3.5.1 PLACAS OCLUSAIS	13
3.5.2 ABORDAGEM FISIOTERAPICA	15
3.5.3 ABORDAGEM PSICOLÓGICA	16
3.5.4 ABORDAGEM FAMACOLOGICA	16
4. DISCUSSÃO	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
6. REFERÊNCIAS	21
ANEXO A- DIRETRIZES PARA AUTORES	
ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS	

RESUMO

O bruxismo que se define pelo ato de apertar ou ranger os dentes, pode com o tempo acometer a problemas de disfunções temporomandibulares, gerando dores, desgastes dentais, fratura de cúspides e mobilidade dentária. Abordagens multidisciplinares junto com as placas mio-relaxantes conseguem na maioria dos casos promover um maior conforto aos pacientes já que eles demonstram em diversos casos, uma melhora dos sintomas. Entretanto todos os casos devem ser estudados e avaliados para melhor adequação dos meios de abordagens para cada paciente. Essa revisão de literatura trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva tendo como objetivo abordar o bruxismo, com seu diagnóstico, seus sintomas e os tratamentos paliativos possíveis.

PALAVRAS-CHAVES: Bruxismo, Placas oclusais, Ranger de dentes, Bruxismo do sono.

ABSTRACT

Bruxism, which is defined by the act of clenching or grinding teeth, can over time cause problems with temporomandibular disorders, causing pain, tooth wear, cusp fractures and tooth mobility. Multidisciplinary treatments together with myorelaxant plates provide, in most cases, greater comfort for patients, as they demonstrate, in several cases, an improvement in symptoms. However, all cases must be studied and evaluated to better adapt the treatment methods for each patient. This literature review is qualitative, descriptive research aiming to address bruxism, with its diagnosis, symptoms and possible treatments.

KEY-WORDS: Bruxism, Oclusal splints, Bruxism Sleep bruxism

1. INTRODUÇÃO

Inúmeros problemas podem acometer a estrutura estomatognática, promovendo disfunções, que atrapalham o paciente de efetuar suas devidas funções, como mastigação, deglutição e até mesmo prejudicar a própria fonação, além desses problemas, se encontra o bruxismo¹.

De acordo com Oliveira *et al.*² (2022) uma das muitas definições que se pode encontrar sobre o bruxismo na literatura, é que ele pode ser definido como um hábito oral involuntário, que por meio da moagem dos dentes e com movimento excêntrico produz aperto exagerado.

Em conformidade com Costa *et al.*³ (2017), a força acentuada na mordida no ato parafuncional causa diversos problemas, entre eles, dores na articulação, fratura de cúspides, dores de cabeça, mobilidade dentária, desgastes dos dentes e até mesmo acometimentos periodontais, podendo implicar as funções exercidas do sistema temporomandibular e afetando também o sistema nervoso.

Os dispositivos interoclusais aparecem como a primeira escolha terapêutica por serem reversíveis, acessíveis e tecnicamente de baixo custo. Também denominada de placa miorelaxante, elas têm como objetivo diminuir e uniformizar a força excedida, conseguindo oferecer mais conforto ao paciente, reduzindo os sintomas do bruxismo¹. Pode-se utilizar também a acupuntura e a fisioterapia, elas se mostram eficazes na redução dos sintomas e proporcionam também, maior conforto ao paciente.

Por meio desta pesquisa, espera-se contribuir para uma melhor compreensão do bruxismo e oferecer informações relevantes para profissionais da área de saúde bucal e pacientes afetados por esse distúrbio.

Esse trabalho tem como objetivo abordar o bruxismo, com seu diagnóstico, seus sintomas e as abordagens possíveis, através de uma revisão de literatura atualizada. Pretende-se fornecer uma visão abrangente desse distúrbio e sua relação com o sistema estomatognático, buscando esclarecer como as disfunções podem afetar as funções de mastigação, deglutição e fonação.

2. METODOLOGIA

Esse estudo é uma revisão de literatura, que foi realizada por meio de pesquisas nas bases de dados do Scielo, Pubmed e o Bvsalud, de 2022 a 2023 utilizando as palavras chaves “bruxismo” “placas oclusais” “ranger de dentes” e “bruxismo do sono” e keywords: “bruxism” “occlusal splints” “sleep bruxism”. Foram achados 1.882 artigos, dos quais foram selecionados por título, datas entre 2000 a 2022 e idioma português, inglês e espanhol, encontrando 319 artigos, sendo eles artigos descritivos, relatos de caso, jornais e pesquisas que foram selecionados atendendo os objetivos do trabalho chegando aos 23 artigos selecionados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva no qual o objetivo foi estudar sobre o bruxismo e descrever sua importância, para conscientizar os cirurgiões dentistas e a população da importância de fazer um bom diagnóstico e uma boa execução das abordagens proporcionando uma qualidade de vida melhor a essas pessoas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ETIOLOGIA

Antigamente acreditava-se que o maior motivo dos indivíduos desenvolverem o bruxismo era relacionado com a estrutura óssea e a conjuntura dentária, associada com músculos, e características interproximais. Com o avanço dos estudos sobre esse assunto e com maior poderio tecnológico de pesquisa, constatou-se que o bruxismo é uma doença multifatorial que pode ser correlacionada com outros sistemas do corpo, a exemplo do sistema psicológico, em que a pessoa está constantemente em situações estressantes parece mais favoráveis a desenvolver tal desordem funcional, pois se tornar pessoas mais ansiosas, sobrecarregando sua mordida com força demasiada para tentar aliviar a tensão. Quanto aos fatores genéticos ainda não há nada ligando a hereditariedade a essa disfunção, porém é essencial que o âmbito familiar e social seja harmonioso para diminuir estresses diários constantes⁴.

Compartilhando do mesmo pensamento, Portero *et al.*⁵ (2009), no seu estudo, reafirmam que existem atualmente várias modalidades de tratamento para DTMs, visto que estas possuem uma variedade de sintomas e apresentam uma etiologia multifatorial. Como modalidades de abordagens terapêuticas estão: a educação do paciente e autocuidado, modificação do comportamento (incluindo técnicas de relaxamento), medicamentos; terapia física, placas oclusais estabilizadoras, terapia oclusal (ortodontia, reabilitação oral) e cirurgia.

Lima *et al.*⁶ (2020) no seu estudo, dizem que o bruxismo diurno consiste no apertamento dos dentes e movimentação mandibular semi voluntária, relacionadas a hábitos viciosos e que o bruxismo noturno é definido por movimentos dentais durante o sono.

3.2 CLASSIFICAÇÃO

Na literatura pode-se observar que as classificações são variadas, cada autor se baseia na sua própria forma de ver a doença e seus estudos classificam de acordo com as características que julgam ser mais importantes; isso se dá por ser uma doença formada por vários elementos e aspectos, abrindo um leque de possibilidades de classificações.

Um sistema interessante de classificação encontrado na literatura, utilizou uma bateria sofisticada de testes psicológicos e classificou os pacientes como portadores de “bruxismo com tensão” e “bruxismo sem tensão”. No Bruxismo com tensão, os pacientes admitem uma relação entre bruxismo e dificuldades emocionais, pacientes psicologicamente mais agressivos, têm mais problemas emocionais, relatam mais sintomas musculares, forte tendência para apresentar distúrbios psicossomáticos, menos inibidos que o grupo controle para expressar reações de raiva e agressão. Já no Bruxismo sem tensão, os pacientes não admitem esta relação, são menos agressivos, possuem menos problemas emocionais e sinais e sintomas musculares, menor tendência para estes distúrbios, e são mais inibidos para exteriorizar reações de raiva⁷.

De acordo com Britto e Santos⁴ (2009) o bruxismo é uma disfunção multifatorial, elaborada uma classificação didática que se divide em duas categorias, as centrais e as periféricas. As classificações centrais são os fatores fisiopatológicos e psicológicos, sendo eles complicações e distúrbios noturnos, desordens químicas cerebrais, uso de drogas antidepressivas, dopaminérgicas e ingestão de substâncias como a cafeína, nicotina, álcool e drogas psicoativas. Já as classificações periféricas, são os fatores anatômicos e morfológicos, que se referem à má oclusão dentária e ao desbalanceamento de forças dadas por motivos crânio-cérvico-faciais.

Outra classificação que se encontra na literatura tomando como base o estudo de Carra *et al.*⁸ (2011), o bruxismo pode ser classificado como em vigília ou do sono. O bruxismo em vigília parece estar mais associado a tiques nervosos, estados de hiper vigilância e reações a situações de estresse, tendo uma prevalência de 20% em toda a população adulta e sendo mais comumente observado em adolescentes, conforme mostra um estudo realizado com um público-alvo de 7 a 18 anos de idade, demonstrando uma prevalência de 8,7% a 12,4% entre essa faixa etária⁸.

Segundo Klasser e Rei e Lavigne⁹ (2015) vários sistemas foram propostos com base em diferentes critérios. Segundo a etiologia, classifica-se em: bruxismo primário ou idiopático do sono, sem causa identificável, nenhum problema médico ou sociopsicológico associado; bruxismo secundário do sono, relacionado a uma condição médica ou psicológica, por exemplo, distúrbios do movimento ou do sono, incluindo, respiração desordenada do sono devido à resistência das vias aéreas superiores ou apneia hipopneia, neurológicos ou psiquiátricos, relacionados a medicamentos e produtos químicos.

Na literatura ainda é possível encontrar que bruxismo cêntrico é o apertamento dental, que ocorre em máxima intercuspidação habitual, posição de relação cêntrica, ou

entre ambas, enquanto o bruxismo excêntrico primário ocorre apertamento e deslizamento no elemento dental, ato de ranger, quando não associado à causa médica, psiquiátrica ou sistêmica. Já no bruxismo excêntrico secundário ocorre apertamento e deslizamento dental associado a um transtorno clínico, como neurológico, psiquiátrico, transtornos do sono e a retirada ou uso de drogas⁶.

Diante da escassez de instrumentos de diagnóstico válidos e confiáveis para operacionalizar a definição, os autores apresentam uma classificação para o diagnóstico de bruxismo do sono e de vigília, em “possível”, através do relato do próprio paciente seria diagnosticado, “provável”, pois os sinais clínicos apareceriam e seriam analisados e “definidos”, por meio de testes como a polissonografia¹⁰.

3.3 DIAGNÓSTICO, SINAIS E SINTOMAS

Pode ser difícil estabelecer se um paciente sofre ou não de bruxismo porque, em muitos casos, nem o paciente nem o dentista estão conscientes do hábito e os sinais e/ou sintomas nem sempre estão presentes. Assim sendo, o diagnóstico do bruxismo pode ser difícil e várias técnicas e critérios são usados atualmente¹¹.

O diagnóstico e o tratamento das DTMs podem envolver várias especialidades da Odontologia, bem como outros profissionais, dentre eles médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos, sendo um dos objetivos das equipes que atuam nessa área, definir com precisão a necessidade e efetividade de cada modalidade terapêutica. O paciente que sofre de bruxismo tem, frequentemente, certas características: cansaço e dor muscular ao acordar; hipersensibilidade dentária; dor de cabeça por tensão muscular; fadiga; músculos masseter e temporais hipertônicos; dor na ATM, podendo ocorrer limitação do movimento articular. Os sinais e sintomas da parafunção são os seguintes: desgaste dentário; hipertonia, hipertrofia e dor dos músculos mastigatórios detectáveis por palpação; dores cervicais e de cabeça por tensão muscular posterior; redução e limitação da abertura máxima da boca; alterações posturais na cabeça e pescoço; fratura e hiper mobilidade dentária; edentulismo; alterações do sono e ruídos característicos da atividade parafuncional¹².

Cada dente é específico e possui suas funções, as interações entre as arcadas e dentro de cada arcada são de extrema importância, influenciando a saúde e o funcionamento do sistema mastigatório. Por esse motivo, uma relação de contato dental será considerada como interferência oclusal quando modificar a função ou parafunção do indivíduo¹.

3.4 DESGASTE DENTARIO

O principal efeito visível do bruxismo é a abrasão dentária anormal, originando o desgaste de coroas com a formação de "facetas de desgaste". Esse fenômeno pode de facetamento pode afetar um único dente, uma determinada área das arcadas ou mesmo toda a dentição. A abrasão, geralmente, afeta os bordos incisais dos dentes anteriores e as coroas dos dentes posteriores. O desgaste ocorre na horizontal sendo facilmente observado, portanto, é um sinal clínico fundamental para o diagnóstico da doença. Para o diagnóstico do bruxismo cêntrico (aperto dentário), deve perguntar ao indivíduo ou familiar se ele aperta ou cerra os dentes durante o dia e, se de manhã, ele acorda com tensão muscular. As áreas dentárias desgastadas são típicas na sua aparência apresentando-se lisas e brilhantes. De acordo com os sinais e sintomas apurados pelo profissional o diagnóstico fica cada vez mais preciso, facilitando a reabilitação com a indicação necessária da abordagem desejada¹³.

Diante de todos os sintomas o efeito observável mais comum no bruxismo é o desgaste excessivo dos dentes e articulações, apesar de o bruxismo poder resultar de uma variedade de condições patológicas¹⁴.

É importante salientar que o desgaste dentário, embora seja muitas vezes considerado análogo do bruxismo, nem sempre reflete o nível de bruxismo do paciente porque a sua origem provém de uma combinação de três processos – atrição, abrasão e erosão¹⁵.

3.5 ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

3.5.1 PLACAS OCLUSAIS

Pacientes todos os dias nos consultórios odontológicos alegando dores nas articulações, dificuldades de realizar as funções estomatognáticas normais, desgastes de dentes, fraturas de cúspides, entre outros. Esses problemas são causados por hábitos parafuncionais, e por conta disso, a cada condição são dadas saídas aos pacientes para reduzir e controlar esse problema⁵.

Como a etiologia do bruxismo é, na maioria das vezes, um conjunto de fatores, o tratamento psicológico é importante, principalmente quando associado ao uso da placa oclusal. As placas em geral, objetivam diminuir a atividade parafuncional, desativar a musculatura e promover o relaxamento muscular, garantir a preservação dos dentes contra a atrição e o desgaste, ajustar os contatos oclusais, além de reposicionar a mandíbula, situando-a em uma relação padrão com a maxila afim de atingir um equilíbrio neuromuscular⁵.

As placas oclusais têm ocupado uma posição de destaque no manejo das ATMs devido ao seu baixo custo e sendo respaldada na literatura com seus significáveis resultados de eficácia. A placa estabilizadora oclusal, também conhecida como placa miorreaxante convencional ou de Michigan, é a mais utilizada, pois não apresentam risco de provocar alterações permanentes na relação maxilomandibular. como a presença de mordida aberta anterior, movimentos de extrusão dentária e posições patológicas⁶.

Apesar de existirem muitos estudos sobre o uso de placas oclusais, seu mecanismo de ação não está totalmente compreendido. Existem muitas controvérsias sobre a eficiência das placas de mordida oclusal em relação a outras formas de terapêutica para a disfunção dolorosa músculo-ATM, devido principalmente ao diagnóstico inicial incorreto, levando ao uso inadequado da placa.

As placas oclusais são uma terapia reversível, então só são efetivas quando o paciente as estiver usando corretamente, daí a necessidade da colaboração deste. Deve-se selecionar apropriadamente o tipo e o material que serão confeccionadas, pois cada placa é direcionada para atuar em um fator etiológico específico. As placas de Michigan representam aparelhos odontológicos removíveis, confeccionados com resina acrílica. Eles podem ser de duas formas, de recobrimento total da unidade dentaria ou apenas revestindo as superfícies incisais e oclusais dos dentes, alterando a oclusão do paciente, criando assim novas relações oclusais estáveis, fazendo com que desse modo exista um relacionamento maxilo-mandibular mais favorável e benéfico para o paciente¹⁶.

Segundo HAGGIAG e SPECIALI¹⁷ (2020), conclui-se que a utilização de um dispositivo interoclusal posterior destinado ao manejo e controle do bruxismo acordado por meio de biofeedback, contribuiu para a redução da dor (incluindo enxaqueca) na maioria dos pacientes e, mesmo com a retirada do dispositivo, a melhora permaneceu em mesmo nível, sugerindo que os pacientes conseguiram controlar esse tipo de bruxismo e, conseqüentemente, as dores. A função básica dessas placas é evitar que

a oclusão existente controle a relação maxilomandibular em máxima intercuspidação, pois, quando as faces oclusais são parciais ou totalmente cobertas, o material da placa torna-se a face da oclusão.

A distribuição das forças mastigatórias e o uso de placas interoclusais são responsáveis pelo alívio dos sintomas. Mesmo que não impeça o bruxismo, essas placas atuam na ATM, induzindo o côndilo a reposicionar-se corretamente na fossa condilar¹⁸.

O aparelho utilizado neste estudo foi capaz de monitorar, em tempo real, a condição contrátil dos músculos mastigatórios através da “leitura do espaço interoclusal e alertou e auxiliou o paciente a tomar consciência desse hábito parafuncional e assim retornar, também, para a posição de repouso. Esta abordagem terapêutica baseou-se no conceito de biofeedback¹⁹ e constituiu, segundo estudos recentes, a forma mais eficaz de reverter estes hábitos nocivos²⁰.

3.5.2 ABORDAGEM FISIOTERÁPICA

Sobre a fisioterapia sabe-se que ela tem uma importância substancial na abordagem paleativa das disfunções temporomandibulares e do bruxismo. As diversas técnicas de terapia manual e modalidades de eletroterapia são fortes aliados capazes de restabelecer as funções normais do aparelho mastigatório e eliminar os sintomas.

A atividade intensificada dos músculos mastigatórios em indivíduos com hábito de ranger os dentes causam isquemias musculares que levam a desperdícios metabólicos e, conseqüentemente, à fadiga e dor muscular.

Entre as possíveis abordagens fisioterápicas estão: a termoterapia que utiliza o calor e a vasodilatação para alívio de dores, facilitando a oxigenação das áreas afetadas.; a estimulação eletroneuraltranscutânea que projeta seu tratamento em impulsos elétricos fazendo com que aconteça o relaxamento dos músculos; a acupuntura com sua efetividade comprovada por sua ação analgésica local (somatostatina) e central (encefalinas, endorfinas), além das ações anti-inflamatória (cortisol), ansiolítica, e de melhora da defesa imunológica²¹.

3.5.3 ABORDAGEM PSICOLÓGICA.

O papel da psicologia na doença do bruxismo é essencial e de suma importância para o sua abordagem multidisciplinar. As condições psicológicas desempenham um papel significativo em pacientes com a parafunção, por conseguinte, é essencial a realização de intervenções psicoterapêuticas para mudar a melhoria do nível de estresse e ansiedade, contribuindo assim para a restauração da saúde do indivíduo.

São empregadas práticas como a otimização do sono com diversos meios envolvendo a eliminação de hábitos como tabagismo e consumo de álcool, utilização de músicas em frequências reguladas, a fim de reduzir a atividade cerebral antes do sono. Também são incorporados exercícios respiratórios para reduzir a frequência cardíaca e respiratória, promovendo um sono mais tranquilo^{18,4}.

A ansiedade, emoções negativas, tensões e frustrações causam a elevação da hiperatividade neuromuscular, conseqüentemente ampliam a atividade muscular mastigatória no indivíduo. Geralmente pessoas com a vida mais agitada, que vivem sob pressão, com características hiperativas, compulsivas ou agressivas, tendem a desenvolver com mais regularidade o bruxismo. As terapias ajudam ao paciente a amenizar seus sintomas disfuncionais emocionais e trabalhar na causa do problema, que em grande parte vem associada com complicações psicológicas²².

3.5.4 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA

No que diz respeito sobre a farmacologia, vários fatores podem interferir no efeito dos fármacos, como condições sistêmicas, idade, peso, gestação, alergias e hábitos no geral. O principal objetivo para o uso dos fármacos é alcançar maior efeito terapêutico com menor efeito colateral, como cada pessoa reage de uma forma, se torna um desafio alcançar esse objetivo²².

Os analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, ansiolíticos e antidepressivos são geralmente os fármacos escolhidos para a abordagem farmacológica, dando uma gama maior de opções para os profissionais envolvidos no tratamento²².

Analgésicos, podem se dividir em opioides e não opioides. O grupo dos opioides exerce sua influência principalmente no sistema nervoso central, abrangendo tanto os

compostos alcaloides naturais provenientes do ópio, quanto os seus equivalentes sintéticos. Esses medicamentos são recomendados para tratar quadros de dor intensa e aguda agindo ao reduzir a liberação de neurotransmissores envolvidos na percepção da dor. Podem gerar tolerância e dependência nos pacientes, além de efeitos adversos como depressão respiratória, constipação e outros distúrbios no sistema nervoso central. Os não opioides agem periféricamente, provocando alívio sintomático da dor leve, moderada e intensa, se houver um componente inflamatório associado.

Relaxantes musculares de ação central obedecem a atividade constante dos sinais nervosos que se dirigem aos músculos esqueléticos, induzindo assim ao relaxamento muscular. Aqueles com efeito periférico bloqueiam a transmissão dos impulsos nervosos na conexão entre os nervos e os músculos, originados na tendência da contração muscular. Estes medicamentos são recomendados para casos de dor aguda nos músculos esqueléticos, alcançando sua máxima eficácia quando combinados com sessões de fisioterapia e períodos de descanso. Entre as substâncias mais frequentemente empregadas encontram-se os benzodiazepínicos, os quais induzem ao relaxamento muscular e interrompem o ciclo de espasmos musculares, dor e ansiedade.

Ansiolíticos, atuam como uma forma de suporte terapêutico, uma vez que não eliminam a tensão em si, mas sim a reação ou percepção que os indivíduos têm diante dela. Considerando que a ansiedade pode causar ou prolongar o bruxismo, essas substâncias são aplicadas com sucesso, em combinação com outras abordagens terapêuticas. Esses medicamentos devem ser utilizados por períodos curtos para evitar a dependência e vício por parte do paciente.

Os efeitos benéficos dos antidepressivos estão ligados à sua capacidade de elevar os níveis de serotonina e norepinefrina na sinapse do sistema nervoso central, relaxando o paciente e promovendo uma melhor qualidade de sono. Devem ser prescritos por um clínico, a partir de um diagnóstico preciso. Seus efeitos adversos incluem sonolência, sedação, retenção urinária e aumento do peso corpóreo.

A abordagem à base de fármacos exige um conhecimento bastante rebuscado dos medicamentos a serem utilizados, devendo se basear num diagnóstico preciso e uma anamnese bastante detalhada. Vale ressaltar que o tratamento paliativo medicamentoso geralmente é associado a outros métodos terapêuticos^{22,23}.

4. DISCUSSÃO

Ao analisar e comparar as informações que essa revisão de literatura aborda, pode-se observar uma semelhança nos trabalhos publicados dos autores, onde eles entram em consenso nos estudos sobre a etiologia da doença bruxismo que alegam ser multifatoriais.

Destaca-se nos textos analisados que ainda não há uma unanimidade para se definir o bruxismo, em decorrer disso os autores observam diferentes fatores e classificam de acordo com as características que julgam ser mais importantes.

Nos estudos realizados, Molina *et al.*⁷ (2010) destaca o bruxismo noturno e o diurno mostrando a importância dos fatores psicológicos prevendo um grau de tensão na mordida. Essa ideia ganha força baseada na literatura onde com estudos e bateria de exames, são capazes de encontrar graus de tensão diferente associado a questões de tensões psicológicas.

O estudo de Carra *et al.*⁸ (2020) ainda ratifica a ideia dos autores citados acima, acrescentando que as tensões variam no bruxismo diurno e noturno, alegando que a tensão é mais intensa durante a noite do que durante o dia, por ter o fator consciência envolvido.

Já no estudo de Britto e Santos⁴ (2020), eles apresentam uma dissertativa diferente, colocando como classificação que se divide em duas categorias, sendo elas as centrais e as periféricas, onde as centrais envolvem os fatores psicológicos e uso de substâncias que alteram o sistema nervoso como o café, a nicotina e os medicamentos, e o periférico, que são as alterações e irregularidades anatômicas/morfológicas como as mudanças na mordida, causando problemas dentários e na articulação temporomandibular. Seguindo a mesma linha de pensamento, Lima *et al.*⁶ (2020), no seu estudo faz as mesmas considerações, dividindo a classificação com os mesmos critérios.

Lobizzo *et al.*¹³ (2013) por sua vez comenta da dificuldade de achar instrumentos válidos e seguros devido a variedade de fatores causadores da doença, seguindo por um método que se divide em possível (dado pelo relato do paciente), provável (formado pelos sinais clínicos) e definido (pelo exame de polissonografia feito).

No contexto de várias ideias colhidas da literatura, pode-se identificar uma maior coerência no fator do diagnóstico quando utilizamos a ideia de forças e tensões empregadas, tanto durante o dia como durante a noite, pois ao mesmo tempo compreende-se que o bruxismo visto por essa forma, juntamente com a anamnese adequada, consegue chegar a um diagnóstico mais fidedigno, podendo assim facilitar na escolha da abordagem paliativa ideal para cada paciente.

Sobre as formas abordagens comentadas pelos autores, apesar de terem algumas alternativas que poderiam ser usadas por conta das inúmeras causas do bruxismo e pelo fator de individualização do paciente, presam pelas placas miorrelaxantes como primeira escolha entre os meios de acompanhamento da doença por ser de baixo custo, ter um ótimo resultado na questão de controle dos sintomas e serem reversíveis.

Segundo Alain Haggiag e José Geraldo Speciali¹⁷ (2020) a ideia do biofeedback se torna essencial para o uso da placa, pois através dela se tem o termômetro de eficiência do meio de tratamento paliativo escolhido, ganhando ainda mais força com os estudos de Diniz²⁰ (2009) e Ilovar *et al.*¹⁹ (2014).

Através da revisão pode-se observar que as placas oclusais possuem uma ótima base na literatura com bons resultados, conseqüentemente tendo seu valor terapêutico elevado e mostrando o porquê de ser o meio de abordagem mais utilizado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O bruxismo é uma disfunção multifatorial que envolve fatores físicos, psicológicos e sociais. Seu diagnóstico pode ser desafiador, pois nem sempre os sinais e sintomas estão presentes. O desgaste dentário é um dos principais efeitos observáveis do bruxismo, mas também pode estar relacionado a outros processos como atrição, abrasão e erosão.

Para tratar o bruxismo, diversas abordagens são utilizadas e o seu tratamento deve ser multidisciplinar a depender do grau de intensidade da DTM, tendo uma equipe composta por dentistas, fisioterapeutas e psicólogos. Após o diagnóstico, o dentista inicia com a placa miorrelaxante e aciona os outros profissionais para tratarem a parte muscular e mental, tratando causa e efeito da disfunção podendo assim restabelecer as funções normais do aparelho mastigatório e eliminar sintomas.

Na terapia farmacológica, podem ser utilizados analgésicos, relaxantes musculares, ansiolíticos e antidepressivos, mas é importante ter um diagnóstico preciso e uma abordagem integrada com outras formas de abordagens paleativas.

Em resumo, a abordagem do bruxismo requer uma abordagem individualizada, levando em conta os fatores envolvidos na disfunção, para proporcionar alívio dos sintomas e promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes afetados por essa condição.

REFERÊNCIAS

1. Steurer R, Silva HV, Linden MSS, Trentin MS, Miyagaki DC, De Carli JP. Uso de placas oclusais como tratamento de alterações no sistema estomatognático. *Salusvita*. 2018; 37(3): 716-29
2. Oliveira MVA, Porto MAF, Simamoto Júnior PC, Coelho UP, Cabral LC. Management of bruxism associated with temporomandibular disorder: case report. *RGO, Rev Gaúch Odontol*. 2022; 70: 1-8.
3. Costa STP, Ton LAB, Mota IG, Martins APVB. Comparação dos dispositivos interoclusais rígido e resiliente no tratamento do bruxismo: revisão de literatura. *Rev Odontol Araçatuba*. 2017; 38 (3): 21–6.
4. Britto ACS, Santos DBF. A importância do diagnóstico precoce para o tratamento efetivo do bruxismo: literatura review e *Rev Mult Psic*. 2020; 14(53): 369-80
5. Primo PP, Miura CSN, Boleta-Ceranto DCF. Considerações fisiopatológicas sobre bruxismo. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. 2009; 13(3): 263-6.
6. Lima MCG, Santos APC, Nunes Filho EO, Bezerra RL, Figueiredo RJA. A parafuncionalidade do bruxismo: da intervenção terapêutica multiprofissional ao uso da placa miorreloxante. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(4): 8910–8.
7. Molina OF, Gaio DC, Cury MDN, Cury ES, Gimenez SEM, Salomão EC, Pinesci E. Uma Análise Crítica dos Sistemas de Classificação Sobre o Bruxismo: Implicações com o Diagnóstico, Severidade e Tratamento dos Sinais e Sintomas de DTM Associados com o Hábito. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*. 2002; 2 (5): 61-9.
8. Carra MC, Huynh N, Morton P, Rompre´ PH, Papadakis A, Remise C, Lavigne GJ. Prevalence and risk factors of sleep bruxism and wake-time tooth clenching in a 7- to 17-yr old population. *Eur J Oral Sci*. 2011; 11(9): 386–394
9. Klasser GD, Rei N, Lavigne GJ. Etiologia do bruxismo do sono: a evolução de um paradigma em mudança. *J Can Dent Assoc*. 2015; 81(2): 1-8
10. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ, Leeuw R, Manfredini D, Svensson P, Winocur E. Bruxism defined and graded: an international consensus. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2013; 40: 2-4

11. Piquero K, Sakurai K. A clinical diagnosis of diurnal (non-sleep) bruxism in denture wearers. *J Oral Rehabil.* 2000; 27(6): 473–82.
12. Felício CM, Mazzetto MO, Bataglioni C, Rodrigues da Silva MAM, Hotta TH. Desordem temporomandibular: análise da frequência e severidade dos sinais e sintomas antes e após a placa de oclusão. *J Bras Ortodon Ortop Facial.* 2003; 8 (43): 48-57.
13. Rossetti LMN, Rossetti PHO, Conti PCR, Araujo CRP. Association Between Sleep Bruxism and Temporomandibular Disorders: A Polysomnographic Pilot Study. *Sleep Bruxism and TMD.* 2008; 26(1): 16-24.
14. Rompré PH, Daigle-Landry D, Guitard F, Montplaisir JY, Lavigne GJ. Identification of a Sleep Bruxism Subgroup with a Higher Risk of Pain. *J Dent Res.* 2007; 86 (9): 837–42.
15. Koyano K, Tsukiyama Y, Ichiki R, Kuwata T. Assessment of bruxism in the clinic. *J Oral Rehabil.* 2008 Jul;35(7):495-508.
16. Horizonte B. Reis MQ, MÉTODO DE CONFECÇÃO DE PLACA OCLUSAL: ajuste simplificado. 2015; 1-32.
17. Haggiag A, Speciali JG. A new biofeedback approach for the control of awake bruxism and chronic migraine headache: utilization of an awake posterior interocclusal device. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria.* 2020; 78 (7): 397-402.
18. Veigar N, Ângelo T, Baptista ORA. Revisão de literatura. *Int J Dent Saúde oral.* 2015; 1(5): 1-5.
19. Ilover S, Zolger D, Castrillon E, Car J, Huckvale K, biofeedback for treatment of awake and sleep bruxism in adults. 2014; 42(3):1-9
20. Diniz MB, Silva RC, Zuanon ACC. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Rev Paul Pediatr.* 2009; 27(3):329–34
21. Silva NR, Cantisano MH. Bruxismo: etiologia e tratamento. *Rev. bras. odontol.* 2009; 66(2):223-7
22. Alóe F, Gonçalves LR, Azevedo A, Barbosa RC. Bruxismo durante o Sono. *Rev Neurocienc.* 2003;11(1):4-17.
23. Rangel RMR, Roque ICM, Gouvêa CVD, Roque CDM, Martinez OER. Os fármacos na etiologia e tratamento do bruxismo. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2010; 14(2):91-6

ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES

RECOMENDAÇÕES PARA A SUBMISSÃO DE ARTIGOS

1 - DAS NORMAS GERAIS

- 1.1 Serão aceitos para submissão trabalhos de pesquisa básica e aplicada em Odontologia, na língua portuguesa ou inglesa. O manuscrito pode ser redigido em português ou inglês e

deverá ser fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC).

- 1.2 Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja este de âmbito nacional ou internacional.
- 1.3 As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, revisada em 2000).
- 1.4 A Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição, com devida citação de fonte.
- 1.5 O conteúdo dos textos das citações e das referências são de inteira responsabilidade dos autores.
- 1.6 A data do recebimento do original, a data de envio para revisão, bem como a data de aceite constará no final do artigo, quando da sua publicação.
- 1.7 O número de autores está limitado a seis (6). Nos casos de maior número de autores, o conselho editorial deverá ser consultado.

1.8 Registros de Ensaio Clínicos

1.8.1 Artigos de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. Sugestão para registro: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

1.9 Comitê de Ética

1.9.1 Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro órgão credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde.

1.9.2 Na reprodução de documentação clínica, o uso de iniciais, nomes e/ou números de registro de pacientes são proibidos. A identificação de pacientes não é permitida. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de Direitos Autorais deverá ser respeitada e a fonte citada.

1.9.3 Nos experimentos com animais devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

2 - DA APRESENTAÇÃO

2.1 Estrutura de apresentação da página de rosto (Não utilizar para o TCC, seguir as normas anteriores)

- Título do manuscrito em português, de forma concisa, clara e o mais informativo possível. Não deve conter abreviações e não deve exceder a 200 caracteres, incluindo espaços.
- Deve ser apresentada também a versão do título em **inglês**.

- Nome dos autores na ordem direta e sem abreviações, seguido da sua principal titulação e filiação institucional; assim como registros na Base como ORCID, caso não tenham (o registro ORCID pode ser obtido, gratuitamente, através do site <http://orcid.org>); acompanhado do respectivo endereço com informação de contato (telefone, endereço e e-mail para o autor correspondente) e todos os coautores. Os autores devem garantir que o manuscrito não foi previamente publicado ou não está sendo considerado para publicação em outro periódico.

3.2 Estrutura de apresentação do corpo do manuscrito

- **Título do trabalho em português**

- **Título do trabalho em inglês**

- **Resumo estruturado:** deve condensar os resultados obtidos e as principais conclusões de tal forma que um leitor, não familiarizado com o assunto tratado no texto, consiga entender as principais implicações do artigo. O resumo não deve exceder 250 palavras (100 palavras no caso de comunicações breves) e abreviações devem ser evitadas. Deve ser apresentado na forma de parágrafo único estruturado (sem subdivisões das seções), conteúdo objetivo, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta Special characters para caracteres especiais, se aplicável. Para os textos em Língua portuguesa, deve ser apresentada também a versão em inglês (**Abstract**).

De acordo com o tipo de estudo, o resumo deverá ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original e Revisão sistemática: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Considerações finais (No Abstract: Purpose, Case description, Final Considerations).

- Revisão de literatura: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Considerações finais. No Abstract: (Purpose, Methods, Results, Final Considerations). A forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

- **Unitermos:** imediatamente abaixo do resumo estruturado, de acordo com o tipo de artigo submetido, devem ser incluídos de 3 (três) a 5 (cinco) unitermos (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para os **uniterms**. Devem ser separados por vírgula. Os descritores devem ser extraídos dos “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS): <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês, e do “Medical Subject Headings” (MeSH): www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês (não serão aceitos sinônimos).

- **Abstract:** deverá contemplar a cópia literal da versão em português.

- **Uniterms:** versão correspondente em inglês dos unitermos.

Grafia de termos científicos: nomes científicos (binômios de nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso, bem como os nomes de compostos e elementos químicos, na primeira menção no texto principal. Unidades de medida: devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas.

- CORPO DO MANUSCRITO

ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA E REVISÃO SISTEMÁTICA: devem apresentar as seguintes divisões: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Introdução: resumo do raciocínio e a proposta do estudo, citando somente referências pertinentes. Claramente estabelece a hipótese do trabalho. Deve ser sucinta e destacar os propósitos da investigação, além da relação com outros trabalhos na área. Uma extensa revisão de literatura não é recomendada, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

Materiais e Métodos: apresenta a metodologia utilizada com detalhes suficientes que permitam a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas. Indicar os métodos estatísticos utilizados, se aplicável. Devem ser suficientemente detalhados para que os leitores e revisores possam compreender precisamente o que foi feito e permitir que seja repetido por outros. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas. Estudos observacionais devem seguir as diretrizes STROBE (<http://strobstatement.org/>) e o check list deve ser submetido. Ensaios clínicos devem ser relatados de acordo com o protocolo padronizado da CONSORT Statement (<http://www.consortstatement.org/>), revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>), ou Cochrane (<http://www.cochrane.org/>).

* **Aspectos Éticos:** em caso de experimentos envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos realizados estão em acordo com os padrões éticos do comitê de experimentação humana responsável (institucional, regional ou nacional) e com a Declaração de Helsinkí de 1964, revisada em 2000. Quando do relato de experimentos em animais, indicar se seguiu um guia do conselho nacional de pesquisa, ou qualquer lei sobre o cuidado e uso de animais em laboratório. Deve também citar aprovação de Comitê de Ética.

Resultados: apresenta os resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar no máximo seis tabelas e/ou ilustrações.

Discussão: enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir, em detalhes, os dados ou informações citadas na introdução ou nos resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e apontar as implicações de seus achados e suas limitações.

4. DA NORMALIZAÇÃO TÉCNICA

O texto deve ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), apresentar-se em fonte ARIAL tamanho 11, espaçamento entre as linhas de 1,5, em folhas A4, com margens de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo um total de no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc.). Os parágrafos devem ter recuo da primeira linha de 1,25 cm. Evitar ao máximo as abreviações e siglas. Em determinados casos, sugere-se que na primeira aparição no texto, deve-se colocar por extenso e a abreviatura e/ou sigla entre parênteses. Exemplo: Febre Hemorrágica do Dengue (FHD).

4.1 Ilustrações

O material ilustrativo compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, porcentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, radiografias, como também por meio de desenhos ou fotografias).

4.1.1 Todas as ilustrações devem ser apresentadas e inseridas ao longo do texto em Word, conforme ordem de citação e devem ser limitadas no máximo a seis (6). ~~Devem também ser enviadas separadamente (Figura 1a, Figura 1b, Figura 2, Figura 3...) no formato JPEG, TIFF ou GIF.~~ O material ilustrativo deve ser limitado a seis e numerado consecutivamente em algarismos arábicos, seguindo a ordem que aparece no texto, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título.

5.1.3 A elaboração dos gráficos e tabelas deverá ser feita em preto e branco ou em tons de cinza. Gráficos e desenhos podem ser confeccionados no programa Excel ou Word. ~~O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também JPEG, TIFF ou GIF.~~

4.2 **As ilustrações** deverão ser encaminhadas com resolução mínima de 300 dpi e tamanho máximo de 6 cm de altura x 8 cm de largura. **As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo de cada ilustração, precedidas da numeração correspondente.** Se houver texto no interior da ilustração, deve ser formatado em fonte Arial, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

4.3 **As tabelas e quadros** deverão ser logicamente organizados, numerados consecutivamente em algarismos arábicos. **O título será colocado na partesuperior dos mesmos.**

4.4 Tabelas e quadros devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. É importante que apresentem informações sucintas. Não devem ultrapassar uma página (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

4.5 As notas de rodapé serão indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável. **Marca comercial de produtos e materiais não deve ser apresentada como nota de rodapé, mas deve ser colocada entre parênteses seguida da cidade, estado e país da empresa (Ex: Goretex, Flagstaff, Arizona, EUA)**

5 Citação de autores

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras:

- Apenas numérica:

" a interface entre bactéria e célula ^{3,4,7-10}"

- alfanumérica:

Um autor - Silva²³ (1996)

Dois autores - Silva e Carvalho²⁵ (1997)

Mais de dois autores - Silva et al.²⁸ (1998)

Pontuação, como ponto final e vírgula deve ser colocada após citação numérica. Ex: Ribeiro³⁸.

6. Referências

As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e apresentadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors, conforme apresentadas em Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). **A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores.** É necessário que os autores evitem ao máximo a inclusão de comunicações pessoais, resumos e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências. Colocar o nome de todos os autores do trabalho até no máximo seis autores, além disso, citar os seis autores e usar a expressão et al.

Exemplos de referências:

Livro

Melberg JR, Ripa LW, Leske GS. Fluoride in preventive dentistry: theory and clinical applications. Chicago: Quintessence; 1983.

Capítulo de Livro

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p.95-152.

Artigo de periódico

Veja KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996 Jun 1;124(11):980-3. Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res.* 1992;26:188-93.

Artigos com mais de seis autores:

Citam-se até os seis primeiros seguidos da expressão et al. Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl : 5 years follow-up. *Br J Cancer.* 1996;73:1006-12.

Artigo sem autor

Seeing nature through the lens of gender. *Science.* 1993;260:428-9.

Volume com suplemento e/ou Número Especial

Ismail A. Validity of caries diagnosis in pit and fissures [abstract n. 171]. *J Dent Res* 1993;72(Sp Issue):318.

Fascículo no todo

Dental Update. Guildford 1991 Jan/Feb;18(1).

Trabalho apresentado em eventos

Matsumoto MA, Sampaio Góes FCG, Consolaro A, Nary Filho H. Análise clínica e microscópica de enxertos ósseos autógenos em reconstruções alveolares. In: Anais da 16a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO; 1999 set. 8-11; Águas de São Pedro (SP). São Paulo: SBPqO; 1999. p. 49, resumo A173.

Trabalho de evento publicado em periódico

Abreu KCS, Machado MAAM, Vono BG, Percinoto C. Glass ionomers and compomer penetration depth in pit and fissures. J Dent Res 2000;79(Sp. Issue) 1012.

Monografia, Dissertação e Tese

Pereira AC. Estudo comparativo de diferentes métodos de exame, utilizados em odontologia, para diagnóstico da cárie dentária. São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Artigo eletrônico:

Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [Internet]. 1990 [Acesso em 2010 Abr 22];15(4):437-58. Disponível em: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>.

Observação: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

7 - DA SUBMISSÃO DO TRABALHO

A submissão dos trabalhos deverá ser feita pelo site <https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo> ou para o e-mail revfoufba@hotmail.com

6.2 Deverá acompanhar o trabalho uma carta assinada por todos os autores (Formulário Carta de Submissão) afirmando que o trabalho está sendo submetido apenas a Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA, bem como, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho enviado à Revista para publicação. Deverá apresentar Parecer de comitê de ética reconhecido pelo Comitê Nacional de Saúde (CNS) – para estudos de experimentação humana e animal.

OS CASOS OMISSOS SERÃO RESOLVIDOS PELO CONSELHO EDITORIAL.

ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS

Os artigos referenciados nesse trabalho, encontram-se anexados no e-mail encaminhado.