Curso de Odontologia Artigo de Revisão

BRUXISMO NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO DA ETIOLOGIA AO TRATAMENTO

CHILDHOOD BRUXISM: A REVIEW FROM ETIOLOGY TO TREATMENT

Carlos Henrique Soares Gomes[1], Emily Nathalie Freitas de Lima[1], Laryssa Marques da Silva Araújo[2]
1 Aluno(a) do Curso de Odontologia
2 Professora do Curso de Odontologia

Resumo

O bruxismo é definido como um hábito parafuncional caracterizado pelo apertar e/ou ranger os dentes de forma involuntária. Esse hábito pode ocorrer em vigília ou durante o sono, e tende a ocasionar diversas consequências ao paciente infantil, desde o desgaste irreversível das estruturas dentárias, até disfunções na articulação temporomandibular (ATM), entre outras. Diante disso, o objetivo deste estudo é abordar, por meio de uma revisão de literatura, os principais fatores etiológicos do bruxismo na infância e discutir as condutas terapêuticas disponíveis na Odontopediatria. Para isto, foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados Google Acadêmico, PubMed e LILACS, utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCS) “bruxismo”, “bruxismo do sono”, “atrito dentário” e “odontopediatria”, assim como, sinônimos e outros termos relacionados. A partir dos artigos incluídos, concluiu-se que diante de uma etiologia multifatorial, o tratamento proposto para o bruxismo infantil deve ser multidisciplinar, envolvendo vários profissionais da saúde. Portanto, entender os fatores etiológicos e as características clínicas do bruxismo na infância é de suma importância para um diagnóstico precoce, permitindo assim, um tratamento mais eficaz que favoreça o bem-estar e a qualidade de vida da criança que apresenta esta condição.

Palavras-Chave: Bruxismo; Bruxismo do sono; Atrito Dentário; Odontopediatria.

Abstract

Bruxism is defined as a parafunctional habit characterized by involuntary clenching and/or grinding of the teeth. This habit can occur while awake or asleep, and tends to cause several consequences to the child patient, from irreversible wear of dental structures to temporomandibular disorders (TMDs), among others. Therefore, the objective of this study is to address, through a literature review, the main etiological factors of childhood bruxism and discuss the therapeutic approaches available in pediatric dentistry. For this, a bibliographic search was performed in the Google Scholar, PubMed and LILACS databases, using the health sciences descriptors (DeCS) “bruxism”, “sleep bruxism”, “dental attrition” and “pediatric dentistry”, as well as synonyms and other related terms. Based on the articles included, it is concluded that, given a multifactorial etiology, the proposed treatment for childhood bruxism should be multidisciplinary, involving several health professionals. Therefore, understanding the etiological factors and clinical characteristics of bruxism in childhood is of utmost importance for early diagnosis, thus allowing more effective treatment that favors the well-being and quality of life of the child who presents this condition.

Keywords: Bruxism; Sleep Bruxism; Tooth Attrition; Pediatric Dentistry.

Contato: carlos.soares@souicesp.com.br; emily.lima@souicesp.com.br; laryssa.araujo@icesp.edu.br

Introdução

O bruxismo é um hábito parafuncional caracterizado por apertar e/ou ranger repetidamente os dentes de forma involuntária (Diniz; Silva; Zuanon, 2019). Esse hábito pode ocorrer enquanto o paciente está acordado ou durante o sono, sendo este último o mais comum (Goldstein; Clark, 2017). Sua etiologia é, frequentemente, definida como multifatorial, podendo envolver aspectos fisiológicos, ambientais, genéticos, psicológicos e neurológicos (Cabral *et al*., 2018).

O aumento das forças oclusais geradas pelo bruxismo resulta em cargas mastigatórias extras para a dentição, as quais tendem a ocasionar diversos danos, incluindo desgastes irreversíveis das estruturas dentárias, fratura de restaurações, disfunções na articulação temporomandibular (ATM), aumento da tonicidade dos músculos faciais, som audível desagradável, entre outros (Castroflório *et al.*, 2015).

A literatura relata que, a prevalência do bruxismo na infância varia entre 5,9% e 55,3%, sendo mais habitual na faixa etária pré-escolar (Guimarães *et al*., 2021). Posto isto, destaca-se a

necessidade de um diagnóstico precoce e de um tratamento multidisciplinar, o qual deve envolver dentistas, médicos, fisioterapeutas e psicólogos, visando não apenas a resolução dos sintomas, mas também a identificação do fator causal, a fim promover a saúde e bem-estar do paciente infantil (Oliveira; Soares, 2024).

No âmbito da odontopediatria, cabe ao cirurgião-dentista a identificação do quadro, a orientação dos responsáveis e pacientes, a realização de procedimentos que visem a proteção dos dentes, além do encaminhamento para as demais áreas (Mesko *et al*., 2017).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é abordar, por meio de uma revisão de literatura, os principais fatores etiológicos do bruxismo na infância e discutir as condutas terapêuticas disponíveis na Odontopediatria.

Materiais e Métodos

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, para a qual foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados Google Acadêmico, PubMed e LILACS, utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCS) “bruxismo”, “bruxismo do sono”, “atrito dentário”, “odontopediatria”, assim como, sinônimos e outros termos relacionados. Foram incluídos 40 com base em sua relevância para a temática proposta, publicados nos últimos 10 anos e sem restrição de idioma. O critério de exclusão se deu a monografias, teses, dissertações e estudos com texto completo não disponível nos periódicos pesquisados.

Revisão de Literatura

O bruxismo pode ser definido como um distúrbio parafuncional caracterizado pela atividade repetitiva dos músculos mastigatórios que leva um indivíduo a ranger ou apertar os dentes durante a vigília ou durante o sono (Goldstein; Clark, 2017).

O bruxismo de vigília consiste em um hábito que ocorre quando a pessoa está acordada e envolve o apertamento dos dentes de forma consciente ou semiconsciente. Esse tipo de bruxismo tem sido frequentemente associado a fatores emocionais, como estresse e ansiedade, e pode ser intensificado em momentos de alta tensão ou concentração (Rios *et al*., 2018).

Por outro lado, o bruxismo do sono é considerado um distúrbio de movimento mandibular caracterizado por episódios involuntários de ranger ou apertar os dentes durante o estágio do sono leve ou durante as trocas de estágios. Esse tipo de bruxismo pode impactar diretamente a qualidade do sono, levando a despertares frequentes e sono não reparador (Lobbezoo, 2018). Suas causas podem incluir o uso de medicamentos, como os ansiolíticos, refluxo gastroesofágico, desordens no sistema respiratório, e outras condições de saúde, como alterações neurológicas. Dessa forma, o bruxismo do sono apresenta uma complexa interação de fatores fisiológicos e comportamentais (Melo *et al*., 2018).

O bruxismo tem se tornado uma queixa frequente nos consultórios odontológicos devido ao seu impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, especialmente durante a infância (Silva *et al*., 2017). Essa desordem pode ocasionar sequelas significativas ao sistema estomatognático, como a atrição e desgastes dentários, insucesso de tratamentos restauradores, exposição dentária associada a sensibilidade, disfunções temporomandibulares, agravo de problemas periodontais, dores de cabeça, fadiga e hipertrofia dos músculos mastigatórios, além do som desagradável do atrito dentário, e comprometimento da qualidade do sono (Reginato; Marquezan; Pires, 2017). Segundo Serra-Negra *et al.* (2014), crianças que possuem bruxismo tendem a dormir menos de oito horas por dia, o que pode repercutir também no desempenho escolar e nas atividades diárias.

Considerando a alta prevalência do bruxismo na infância, apontada pela literatura, é de fundamental importância que o odontopediatra tenha conhecimento dos possíveis fatores etiológicos associados a essa condição, no intuito de designar uma solução preventiva e terapêutica individualizada para cada criança (Cabral *et al*., 2018).

A etiologia desse distúrbio é muito diversificada tendo origem no Sistema Nervoso Central (SNC) e associada a fatores locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais ou hereditários. Em vista disso, o bruxismo pode ser classificado como primário ou secundário. O bruxismo primário caracteriza uma condição crônica que pode se estender da infância até a sua fase adulta e não tem relação evidente com nenhuma causa médica visível, clínica ou até mesmo psiquiátrica. Enquanto, o bruxismo secundário está associado ao uso de medicamentos, condições médicas e psiquiátricas, e outros fatores (Flores *et al*., 2021).

De acordo com Garrett e Hawley (2018), com o uso de algumas medicações, é possível que a criança se torne um paciente com bruxismo, especialmente devido aos efeitos colaterais que essas substâncias podem ter sobre o sistema nervoso central e também sobre os mecanismos de controle da atividade muscular. Alguns medicamentos como, os antidepressivos, são associados ao desenvolvimento do bruxismo, pois inibem os seletivos da recaptação de serotonina, que podem alterar os níveis de neurotransmissores como serotonina e a dopamina, contribuindo para apertamento ou

ranger dos dentes. Medicamentos antipsicóticos também podem contribuir para essa parafunção, pois interferem nos circuitos dopaminérgicos, podendo resultar em movimentos involuntários, incluindo o bruxismo. Além disso, Falisi *et al*. (2014) afirmam que drogas quimioterápicas podem provocar efeitos colaterais neurológicos e psicomotores que favorecem o surgimento desse hábito, diante da alta toxicidade e do impacto sistêmico dessas substâncias no organismo.

Certas condições de saúde podem agravar o quadro de bruxomania, como episódios febris associados a infecções agudas, nos quais o corpo reage a altas temperaturas, aumentando a tensão muscular, e crises convulsivas, que também podem desencadear ou intensificar o bruxismo. Esse tipo de bruxismo, induzido por medicações ou associado a condições de saúde específicas, requer um acompanhamento cuidadoso e deve ser discutido com os profissionais que acompanham a criança, como médicos e psicólogos, para garantir um manejo integrado e seguro, possibilitando o ajuste da medicação ou a introdução de terapias complementares, caso necessário (Emerenciano *et al*., 2015).

Cruvinel *et al.* (2016) indicam que o aleitamento materno desempenha um papel importante contra o desenvolvimento de hábitos orais nocivos, incluindo o bruxismo. O aleitamento materno auxilia no desenvolvimento ideal da musculatura e das estruturas orofaciais do bebê, o que influencia positivamente na postura e no equilíbrio funcional dos músculos envolvidos na mastigação e também na respiração. Estes autores demonstraram que crianças amamentadas por períodos mais longos apresentam menor tendência ao desenvolvimento de hábitos parafuncionais, em comparação com aquelas que receberam aleitamento por um tempo reduzido ou foram alimentadas exclusivamente com mamadeira. Ademais, estes autores evidenciaram que a ausência do aleitamento materno pode aumentar a chance de outros hábitos orais deletérios, como o uso de chupetas ou a sucção digital, os quais estão diretamente relacionados ao surgimento do bruxismo em crianças. Dessa forma, destaca-se que o aleitamento materno não é visto apenas como uma fonte de nutrição, mas como uma prática para o desenvolvimento orofacial e para a prevenção de hábitos parafuncionais.

O ato de sugar (sucção) durante o aleitamento materno promove uma atividade muscular coordenada e equilibrada, exercendo força natural sobre a mandíbula e favorecendo um crescimento e desenvolvimento craniofacial de forma harmônica. Esse processo ajuda no alinhamento correto dos dentes e no fortalecimento da musculatura, o que pode diminuir a necessidade de estímulos orais adicionais, como o apertamento ou ranger dos dentes (Silva, 2023). Além disso, o desmame precoce ou o aleitamento artificial por tempo prolongado pode favorecer a respiração bucal, um fator que também tem sido associado ao desenvolvimento do bruxismo em infantes (Lopes *et al*., 2014).

Devido ao aumento recorrente de casos de bruxismo na infância, outros autores como, Herrera *et al.* (2016), investigaram a relação entre fatores psicológicos, tais como ansiedade e estresse. Rios *et al.* (2018) mostraram que aproximadamente 82% das crianças que possuíam bruxismo tinham problemas emocionais ou também comportamentais, possuindo a necessidade de intervenção psicológica. Segundo esses autores, a maior parte dessas crianças demonstravam uma conduta agitada, ansiosa e estressada. Além do mais, verificou-se que o bruxismo pode começar na infância e se estender durante a vida adulta.

Avaliar a ansiedade e o estresse na infância é um desafio, visto que, a maioria das crianças não sabe o que significa ansiedade e nem sequer relata como se sentem quando estão ansiosas. A ansiedade é um sentimento desagradável caracterizado por preocupação, tensão e medo que pode ser sentido em vários graus. A capacidade para lidar com estresse pode variar de paciente para paciente, e pode estar relacionada diretamente com a formação da personalidade da criança (Turkoglu, 2014). Para Serra-Negra *et al.* (2014), crianças que possuem bruxismo, além da ansiedade existente, podem apresentar traços de personalidade característicos, como por exemplo, agressividade, problemas de comportamento, desequilíbrios emocionais e outros.

Oliveira *et al.* (2015) ressalta que algumas atividades executadas e o ambiente onde a criança está inserida podem ter influência no estresse e ansiedade. Ainda segundo Oliveira *et al.* (2015), fatores como a renda familiar e pais divorciados representam também um determinante de risco para o surgimento do bruxismo na infância, uma vez que, tendem a influenciar na questão psicológica da criança.

Oliveira *et al.* (2015) avaliaram 465 crianças que apresentavam bruxismo, e destas 63% também tinham rinite, com isso, concluíram a existência de uma relação entre o bruxismo com a rinite. Em outro estudo, Drumond *et al.* (2017) avaliaram crianças que possuíam obstrução das vias aéreas que geralmente avançam a mandíbula para melhorar a passagem de ar, o que muitas vezes também pode estar associado à presença do bruxismo.

Outros autores demonstram que o bruxismo infantil pode estar associado com outras condições, incluindo o refluxo gastroesofágico, doenças respiratórias e epilepsia. Vale ressaltar que o bruxismo ainda pode ter relação quanto a predisposição genética (Kuhn; Türp, 2018).

Pacientes com Síndrome de Down, assim como, com outras síndromes, possuem maior predisposição ao desenvolvimento do bruxismo. Nestes casos, diferentemente do que ocorre em crianças não sindrômicas, normalmente não há redução do bruxismo com o envelhecimento. Uma possível justificativa se dá aos fatores emocionais e a presença de músculos espásticos, os quais são mais propensos à contração e, em consequência disso, exigem maior esforço para o relaxamento (Luconi *et al.,* 2021).

Diante da etiologia multifatorial do bruxismo na infância, seu diagnóstico representa um desafio para o profissional, sendo este alcançado através de questionários, do exame clínico, incluindo o exame físico e também uma anamnese minuciosa, além de possíveis exames complementares. Em vista disso, torna-se de grande valor o conhecimento das possíveis causas dessa parafunção, pois quando detectadas as origens, as crianças devem ser acompanhadas para que intervenções apropriadas sejam realizadas o quanto antes (Machado, 2014).

Entre as intervenções odontológicas apresentadas pela literatura para o manejo do bruxismo infantil, destacam-se a orientação dos responsáveis para evitar hábitos deletérios e controlar o estresse e a ansiedade; a prática de higiene do sono com estabelecimento de rotina adequada para dormir; o uso de placas miorrelaxantes para proteger os dentes e reduzir a atividade muscular; correções oclusais; reabilitações dentárias; além de tratamentos ortopédicos em casos de obstrução das vias aéreas e abordagens para a apneia obstrutiva do sono (Almeida, 2022; Gomes, 2017; Paiva, 2020; Pauletto, 2022; Tachibana, 2016). Também são mencionados tratamentos multidisciplinares, envolvendo profissionais como psicólogos, pediatras e fisioterapeutas, para abordar fatores emocionais, respiratórios ou neurológicos associados ao quadro (Neves et al., 2021).

Discussão

Como o odontopediatra é, geralmente, o primeiro profissional a atender a criança com queixa de bruxismo, ele desempenha um papel crucial no diagnóstico e avaliação clínica desta condição. Portanto, Diniz, Silva e Zuanon (2019) enfatizam a importância de uma anamnese detalhada, que deve envolver os pais ou responsáveis para identificar os hábitos, queixas e possíveis fatores causais associados ao bruxismo.

O bruxismo varia de criança para criança de acordo com a etiologia, sintomas e sinais clínicos. Nos casos de bruxismo de vigília mais conhecido como apertamento dentário, Almeida (2022) sugere que o odontopediatra oriente os responsáveis do paciente infantil a evitar fatores que possam desencadear esse hábito, como mascar chicletes/doces/balas, apertar os dentes, devendo também buscar o controle da ansiedade e estresse. Já Gomes (2017) aconselha que para o manejo do bruxismo noturno, ou bruxismo do sono, pode-se adotar práticas da higiene do sono, orientando a criança a ter um horário regrado para dormir, um ambiente com iluminação adequada, e evitar o uso de telas, atividades estimulantes ou refeições muito próximas ao horário de dormir.

Além destas intervenções já mencionadas para o manejo do bruxismo na infância, Paiva (2020) propõe a utilização de placa de mordida miorrelaxante para o controle dos desgastes dentários, diminuição da atividade muscular e melhoria na qualidade do sono. Este tratamento deve ser seguido de correções oclusais, como reconstruções dentárias com resina composta, ou até mesmo a confecção de restaurações indiretas, levando sempre em consideração a faixa etária da criança. Em contrapartida, Flores *et al.* (2021) afirmam que estes dispositivos oclusais podem ocasionar interferências no crescimento craniofacial. Diante disso, os autores destacam a importância de um acompanhamento periódico e ajustes para que não haja limitação no desenvolvimento natural das estruturas do sistema estomatognático e na troca fisiológica das dentições. Ademais, as placas miorrelaxantes também podem apresentar um certo desconforto para as crianças, que acabam negligenciando o uso contínuo, resultando em baixa adesão ao tratamento proposto. De forma semelhante, Oliveira *et al.* (2015), reiteram que essas placas podem ter um impacto psicológico negativo, pois o uso desse dispositivo intraoral pode ocasionar um estresse emocional na criança, especialmente para aquelas que já estão enfrentando ansiedade ou problemas psicológicos relacionados ao bruxismo.

Segundo Pauletto (2022), para crianças que possuem restrição das vias aéreas, uma opção válida consiste no tratamento ortopédico por meio da expansão ou disjunção maxilar, os quais promovem o aumento transversal da arcada dentária superior em curto período, favorecendo assim, um posicionamento adequado da língua, melhora da respiração nasal e, consequentemente, do bruxismo secundário. Semelhantemente, Tachibana (2016) afirmam que como a apneia obstrutiva do sono pode estar relacionada ao bruxismo infantil, o seu tratamento, por meio da utilização do CPAP, aparelho de avanço mandibular ou, em casos mais complexos, cirurgia, pode ajudar a melhorar a oxigenação e reduzir a parafunção associada.

Contudo, embora o dentista realize o diagnóstico e oriente os responsáveis, o tratamento do bruxismo infantil muitas vezes demanda uma abordagem multidisciplinar,

especialmente quando suas causas estão relacionadas a fatores emocionais, comportamentais ou sistêmicos (Esteves et al., 2017). Nestes casos, o paciente deve ser encaminhado a outros profissionais da saúde, como psicólogos, para tratar questões emocionais como estresse e ansiedade, ou pediatras e fisioterapeutas, no caso de distúrbios respiratórios ou musculares associados ao quadro (Neves et al., 2021).

Algumas condições alérgicas, como por exemplo a rinite, podem agravar obstruções respiratórias e indiretamente aumentar o bruxismo devido à respiração oral crônica. Neste contexto Costa *et al.* (2023) abordam terapias que incluem o uso de anti-histamínicos, corticosteroides tópicos e remoção de alérgenos ambientais, o que pode ter um impacto positivo na qualidade de sono da criança e, como consequência, promover um tratamento favorável do bruxismo. Esteves *et al*. (2017) mencionam também, a possibilidade da prescrição de medicamentos para controle da dor e do estresse. Entretanto, para Azevedo (2020), o tratamento por uso de medicamentos é uma opção contestável, devido a possibilidade de dependência ou reações adversas.

Esteves *et al.*, 2017 defende que o tratamento do bruxismo infantil é complexo e deve ser feito um manejo multidisciplinar, envolvendo diferentes especialistas para abordar os diversos fatores associados a essa condição. Segundo estes autores, o diagnóstico precoce, realizado pelos dentistas, é crucial para o sucesso do tratamento, no entanto, quando diagnosticada a origem psicológica do bruxismo, a criança deve ser encaminhada para um profissional especializado, garantindo a interação de diferentes especialistas ao longo do processo terapêutico. Em concordância, Neves *et al*. (2021) relatam que a integração do tratamento odontológico com o tratamento psicológico, especialmente para crianças que apresentam componentes emocionais e comportamentais associados ao bruxismo, é fundamental para a eficácia do tratamento a longo prazo. Corroborando, Serra-Negra *et al.* (2014) afirmam que uma intervenção psicológica com a criança pode promover uma melhor chance de lidar com alguns estímulos externos, com um elevado nível de responsabilidade e uma tendência alta para o estresse, promovendo melhor saúde emocional.

Em síntese, o bruxismo infantil exige um tratamento abrangente e personalizado, que leve em consideração os múltiplos fatores envolvidos, seja odontológico, psicológico, comportamental, fisiológicos ou genéticos. A colaboração multidisciplinar para identificação das causas e o acompanhamento contínuo são fundamentais para garantir a eficácia do tratamento e o bem-estar da criança.

Conclusão

A partir da análise dos fatores causais, conclui-se que o bruxismo infantil tem uma origem multifatorial, envolvendo aspectos psicológicos, comportamentais, ambientais, fisiológicos e genéticos. Dentro da Odontopediatria, são disponibilizadas algumas opções de tratamentos, as quais devem ser selecionadas com base nas necessidades individuais de cada criança. No entanto, devido à natureza previamente descrita como multifatorial, o manejo deste hábito parafuncional demanda uma abordagem multidisciplinar. A colaboração entre odontopediatras, psicólogos, fisioterapeutas e pediatras é fundamental para identificar as causas subjacentes e evitar agravos ao sistema estomatognático infantil. Portanto, entender os fatores etiológicos e as características clínicas do bruxismo na infância é de suma importância para um diagnóstico precoce, permitindo assim, um tratamento mais eficaz e que favoreça o bem-estar e a qualidade de vida da criança que apresenta esta condição.

Referências

ALVES, E. G.; FAGUNDES, D. M.; FERREIRA, M. C. Sleep bruxism in children and its association with clinical and sleep characteristics: cross-sectional study. RGO, v. 70, p. e20220011, 2022.

ALMEIDA, Meilane. Bruxismo na infância: diagnóstico e tratamento. Centro universitário luterano de Palmas, 2022.

CABRAL, L. C.; *et al.* Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis fatores de risco. Revista da Faculdade de Odontologia de Lins, v. 28, n. 1, p. 41-41, 2018.

CASTROFLÓRIO, T.; *et al.* Risk factors related to sleep bruxism in children: A systematic literature review. Archives of Oral Biology, v. 60, n. 11, p. 1618-1624, 2015.

COSTA , M. T. A.; FERREIRA , A. F. A.; TAVARES , L. L.; CAXA , B. S.; JUNIOR , J. I. A.; SOUZA , G. A. de; BARBOSA , M. A.; SILVA , B. D. O. C.; GARCIA , M. E.; ALBUQUERQUE , D. L. L.; COSTA , I. R. da. AS IMPLICAÇÕES DA RINITE ALÉRGICA INFANTIL NA CAVIDADE BUCAL. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences , [S. l.], v. 5, n. 5, p. 4308–4324, 2023.

CRUVINEL, A. DE F. P.; et al. Relação entre tempo de aleitamento materno, hábitos bucais deletérios e cárie dentária em bebês. Odontologia Clínico-Científica, v. 15, n. 1, p. 1-6, 2016.

DINIZ, M.B; SILVA, R.C; ZUANON, A.C.C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras – revisão de literatura. Ver. Paulista de Pediatria, v. 27, n. 3, p. 329-34, 2019.

DRUMOND, C. L. et al. Respiratory disorders and the prevalence of sleep bruxism among schoolchildren aged 8 to 11 years. Sleep And Breathing, v. 21, n. 1, p. 203–208, 2017.

EMÍDIO, C. A. S.; SANTOS, L. F. N.; CARNEIRO, D. P. A.; et al. Behavioral and clinical aspects associated with probable sleep bruxism in early childhood. Rev. Odonto UNESP, 2020.

EMERENCIANO, N.; BOTELHO, S.; CERON, L.; et al. Relação do bruxismo infantil com medicamentos estimulantes do sistema nervoso central. Archives Of Health Investigation, v. 4, n. 1, 2015.

ESTEVES, J. L. S.; LORANY DA SILVA, L. A. I. A.; DE MOURA, M. D. G.; MAGALHÃES, S. R.; GROSSMANN, S. D. M. C.; & JUNIOR, L. C. Uso da acupuntura no tratamento de bruxismo. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 15, n. 1, p. 763-773, 2017.

FALISI, G. et al. Psychotropic drugs and bruxism. Expert opinion on drug safety, v. 13, n. 10, p. 1319–1326, 2014.

FLORES BRACHO, M. G.; ZAPATA HIDALGO, C. D.; RUIZ QUIROZ, J. F. Bruxismo en niños tratados con placas interoclusales. Relato de caso clínico. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores, v. 9, n. SPE1, 2021.

GARETT, A. R.; HAWLEY, J. S. SSRI-associated bruxism: A systematic review of published case reports. Neurol Clin Pract, v. 8, n. 2, p. 135-141, 2018.

GOLDSTEIN, R. E., CLARK, W. A. The clinical management of awake bruxism. Journal of The American Dental Education, v. 148, n. 6, p. 387-391, 2017.

GOMES, N. Considerações sobre o bruxismo infantil. Repositório Institucional - UNESP, 2017.

GUIMARÃES, G. G.; ALEXANDRIA, A.; DUARTE, M. L.; LETIERI, A. dos S.; SOARES, T. R. C. BRUXISM IN CHILDHOOD: A CHALLENGE FOR DENTISTRY. Revista Uningá, [S. l.], v. 58, p. eUJ3547, 2021.

HERRERA, M.; VALENCIA, I.; GRANT, M.; et al. Bruxism in children: effect on sleep architecture and daytime cognitive performance and behavior. PubMed – Sleep, v. 29, p. 1143-1148, 2016.

KUHN, M.; TÜRP, J. C. Risk factors for bruxism. Swiss dental journal, v. 128, n. 2, p. 118–124, 2018.

LOBBEZOO, F.; AHLBERG, J.; RAPHAEL, K.G.; et al. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. Oral Rehabil, v. 45, p. 837–844, 2018.

LOPES, T. S. P.; MOURA, L. F. A. D.; LIMA, M. C. M. P. Association between breastfeeding and breathing pattern in children: a sectional study. Jornal de pediatria, v. 90, n. 4, p. 396–402, 2014.

LUCONI, E. et al. Bruxism in children and adolescents with Down syndrome: A comprehensive review. Medicina (Kaunas, Lithuania), v. 57, n. 3, 2021.

MACHADO, E. et al. Prevalence of sleep bruxism in children: A systematic review. Dental press journal of orthodontics, v. 19, n. 6, p. 54–61, 2014.

MESKO, M. E. et al. Therapies for bruxism: a systematic review and network meta-analysis (protocol). Systematic reviews, v. 6, n. 1, p. 4, 2017.

MELO, G. et al. Association between psychotropic medications and presence of sleep bruxism: A systematic review. Journal of oral rehabilitation, v. 45, n. 7, p. 545–554, 2018.

NEVES, A. B.; FREIRE, C. DE O; PINCHEMEL, E. N. B. Bruxismo Infantil: Uma Revisão de Literatura. Rev. Psic, v. 15, n. 58, p. 1-10, 2021.

OLIVEIRA, M. T.; BITTENCOURT, S. T.; MARCON, K.; et al. Sleep bruxism and anxiety level in children. Brazilian oral research, 2015.

OLIVEIRA, C. G. DE; SOARES, D. L. Bruxismo Infantil: Uma Revisão De Literatura Sobre Causas, Diagnóstico E Tratamento. Revista Saúde Dos Vales, v. 6, n. 1, 2024.

PAIVA, P.V.O; MORAIS, I.L.T; SÁBIO, D.C; PINHEIROS, H.F; MIRANDA, D.K.B; JÚNIOR, J.M.P. A abordagem do bruxismo em paciente infantil: relato de caso. Revista Eletrônica Acervo e Saúde. 2020.

PAULETTO, P. et al. Sleep bruxism and obstructive sleep apnea: association, causality or spurious finding? A scoping review. Sleep, v. 45, n. 7, 2022.

RIOS, L.T.; AGUIAR, V.N.P.; MACHADO, F.C.; ROCHA, C.T.; NEVES, B.G. Bruxismo infantil e sua associação com fatores psicológicos –revisão sistemática da literatura. Rev. Odontol.Univ. Cid. São Paulo, v.30, n.1, p.64-76, 2018.

REGINATO, C. F.; MARQUEZAN, M.; PIRES, C. W. Bruxismo infantil: Um enfoque odontopediátrico. Revista Naval de Odontologia, v. 44, n. 1, p. 23–27, 2017.

SANTOS, T. R.; PINTOR, A. V. B; IMPARATO, J. C. P; TANNURE, P. N. Controle do bruxismo do sono na infância: revisão de literatura. Rev. Rede cuid. Saúde, v. 14, n. 1, 2024.

ŞAHIN ONAT, S.; MALAS, F. Ü. Duloxetine-induced sleep bruxism in fibromyalgia successfully treated with amitriptyline. Acta reumatologica portuguesa, v. 40, n. 4, p. 391–392, 2015.

SERRA-NEGRA, J. M. et al. Environmental factors, sleep duration, and sleep bruxism in Brazilian schoolchildren: a case-control study. Sleep medicine, v. 15, n. 2, p. 236–239, 2014.

SILVA, Rayanne Hiorrana Matos; RIBEIRO, Maria Luiza Cordeiro. DESENVOLVIMENTO CRANIOFACIAL E DEFORMIDADES ÓSSEAS, ASSOCIADOS A HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 9, n. 10, p. 4010–4027, 2023.
.
SILVA CC et al. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças com bruxismo do sono. Fisioter Bras., v. 18, n.1, p. 38-46, 2017.

TACHIBANA, M. et al. Associations of sleep bruxism with age, sleep apnea, and daytime problematic behaviors in children. Oral diseases, v. 22, n. 6, p. 557–565, 2016.

TURKOGLU, S.; AKCA, O. F.; TURKOGLU, G.; AKCA, M. Psychiatric disorders and symptoms in children and adolescents with sleep bruxism. Sleep Breath, v. 18, p. 649-54, 2014.

VIEIRA, M. F. S.; et al. Bruxismo na infância: aspectos etiológicos e tratamento. Revista Foco, v. 16, n. 10, p. 3236, 2023.