

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Pós-Graduação em Odontopediatria

Giselle Andreoli Cunha

BRUXISMO EM ODONTOPEDIATRIA: REVISÃO DE LITERATURA

São Paulo

2022

Giselle Andreoli Cunha

BRUXISMO EM ODONTOPEDIATRIA: REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao curso superior em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Orientador: Ludimila Lemes Moura

Área de concentração: Odontologia

São Paulo

2022



Giselle Andreoli Cunha

BRUXISMO EM ODONTOPEDIATRIA: REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao curso superior em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Área de concentração: Odontologia

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Profa. Alessandra Souza

Profa. Agda Larissa Lenis Portela Freitas

Profa. Ludimila Lemes Moura

Prof. Silas Antônio Juvêncio de Freitas

FACSETE
São Paulo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo privilégio de vida, pela saúde e paz.

Agradeço aos meus pais Percy Cunha e Odete Andreoli Cunha, meu irmão Vinicius Andreoli Cunha, que com toda compreensão sempre iluminaram os meus caminhos com muita colaboração e dedicação para que eu trilhasse a vida sem medo.

Agradeço aos meus professores, pelas orientações valiosas, paciência, estímulo e importantes.

Aos meus amigos pela compreensão das ausências e por toda força dada durante esse período.

A TODOS MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS.

RESUMO

Devido ao aumento da prevalência dos casos de bruxismo na infância, este tem se tornado uma preocupação crescente tanto para os profissionais da saúde como para os pais e responsáveis, sendo considerado de etiologia multifatorial, com a participação de fatores locais, sistêmicos, psicológicos e hereditários. Os conhecimentos da etiologia do bruxismo são de fundamental importância para que se tenha um bom diagnóstico e posterior tratamento. Para a elaboração desta revisão narrativa foi efetuada uma pesquisa de artigos publicados em bases de dados eletrônicas: B-on, PubMed, Google Acadêmico, LILACs e SciELO. Assim este trabalho tem como objetivo através de uma revisão de literatura, abordar os fatores etiológicos, as características clínicas e radiográficas, a sintomatologia, as medidas terapêuticas e também a importância diagnóstica do bruxismo na infância, para que se possa atuar desde o início sobre essa disfunção. Conclui-se com a literatura estudada que o bruxismo infantil é um hábito parafuncional, que envolve vários fatores em sua etiologia e que apresenta um tratamento multifatorial.

Palavras-chave: Bruxismo infantil; crianças; ruído.

ABSTRACT

Due to the increase in the prevalence of cases of bruxism in childhood, it has become a growing concern for both health professionals and parents and guardians, being considered of multifactorial etiology, with the participation of local, systemic, psychological and hereditary factors. Knowledge of the etiology of bruxism is of fundamental importance for a good diagnosis and subsequent treatment. For the elaboration of this narrative review, a search of articles published in electronic databases was carried out: B-on, PubMed, Google Scholar, LILACs and SciELO. Thus, this work aims, through a literature review, to address the etiological factors, clinical and radiographic characteristics, symptomatology, therapeutic measures and also the importance of the diagnosis of bruxism in childhood, so that one can act from the beginning on this dysfunction. It is concluded with the studied literature that childhood bruxism is a parafunctional habit, which involves several factors in its etiology and that present a multifactorial treatment.

Keywords: Infantile bruxism; kids; noise.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	8
3 DISCUSSÃO	15
4 CONCLUSÃO.....	17
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

O bruxismo é uma parafunção involuntária do sistema mastigatório, caracterizada pelo contato não-funcional dos dentes, podendo ocorrer de forma consciente ou inconsciente, definido como uma atividade repetida dos músculos da mastigação que se manifesta pelo ato de ranger ou apertar dos dentes tanto durante o período diurno como noturno, culminando em efeitos deletérios na dentição, no periodonto, nos músculos mastigatórios e na articulação temporomandibular. Não pode ser classificado como uma doença, porém, quando realizado de maneira exacerbada pode levar a um desequilíbrio fisiopatológico do sistema estomatognático (MOTA *et al.*,2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um fator de risco é definido como qualquer atributo, característica ou exposição de um indivíduo que aumenta a probabilidade de desenvolver uma doença ou lesão (OMS, 2014). Assim, vários são os fatores associados ao bruxismo, o que torna sua etiologia multifatorial bastante diversificada. O bruxismo pode ser de origem sistêmica, local, psicológica, ocupacional, hereditária, podendo ainda está relacionado com alguns distúrbios do sono (Diniz *et al.*, 2009; Vieira *et al.*, 2017; Kuhn *et al.*, 2018).

Existem na literatura inúmeros trabalhos relatando sobre o bruxismo que pode se manifestar tanto em adultos como em crianças. No entanto, quando se trata do bruxismo infantil existem poucos estudos, fazendo com que inúmeras dúvidas apareçam. O que se sabe é que o bruxismo do sono tem maior prevalência em crianças, e que ocorre uma diminuição com o passar da idade (Castroflorio *et al.*, 2015).

Assim, o presente trabalho tem como objetivo, através de uma revisão de literatura, abordar os fatores etiológicos, as características clínicas e radiográficas, a sintomatologia, as medidas terapêuticas e também a importância do diagnóstico do bruxismo na infância, para que se possa atuar desde o início sobre essa disfunção.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Pizoll *et al.* (2006) buscaram apresentar através de uma revisão sistemática de literatura, quais são as consequências, os fatores etiológicos e qual a melhor maneira de tratar o bruxismo infantil. Os autores chegaram à conclusão que o bruxismo apresenta sua etiologia multifatorial, envolvendo fatores locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais, neurológicos e a hereditariedade. Dentre as consequências do bruxismo infantil os autores destacam a perda de dimensão vertical, o desgaste dental em excesso, mobilidade, sensibilidade, dores de cabeça constante e distúrbios da articulação temporomandibular. Além disso afirmam que esse hábito pode também estar relacionado às desordens envolvendo a tuba auditiva, como os casos de otite média crônica. Quanto a forma de tratamento os autores afirmam que depende do tipo de etiologia do bruxismo infantil e dos sinais e sintomas apresentados, o que torna de extrema importância uma boa anamnese, seguida de um correto diagnóstico, podendo citar: tratamentos psicológicos, os medicamentosos, os procedimentos restauradores, o uso de placa de mordida e o ajuste oclusal, com um tratamento e uma equipe multidisciplinar.

Diniz *et al.* (2009), realizaram um estudo através de uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de abordar: a prevalência, os fatores etiológicos, as características clínicas, a sintomatologia, as medidas terapêuticas e a importância do diagnóstico precoce do bruxismo em crianças, tanto por parte dos odontopediatras como pediatras, buscando maneiras e formas de como atuar precocemente sobre essa disfunção. Apesar do difícil diagnóstico durante a infância, o bruxismo precisa de um tratamento multidisciplinar, a fim de controlar e prevenir danos aos componentes do sistema mastigatório, além de proporcionar o bem-estar e conforto às crianças. Além disso, o pediatra por ter o primeiro contato com a criança, geralmente é o primeiro a identificar tal problema e junto com o odontopediatra, podem identificar quais são as causas, características clínicas, sinais e sintomas do bruxismo na infância. Se o problema for de origem psicológica, a criança deve ser encaminhada para um profissional especializado para estabelecer um plano de tratamento adequado. Os autores concluíram que é de extrema importância que uma equipe multidisciplinar esteja envolvida no tratamento

do bruxismo em crianças, com o objetivo de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, promovendo saúde.

Oliveira *et al.* (2010), através de uma revisão sistemática de literatura tiveram como objetivo abordar os fatores etiológicos, características clínicas, sinais e sintomas, a importância de uma boa anamnese seguida de um bom diagnóstico e os tratamentos disponíveis para o bruxismo infantil. Após realizar todo levantamento bibliográfico, os autores concluíram que o bruxismo possui uma etiologia multifatorial, com alta prevalência em crianças, além de ser um hábito parafuncional. Quando se fala em tratamento, este deve ser multidisciplinar, ou seja, realizado com uma equipe que envolve vários profissionais.

Seraj *et al.* (2010) tiveram como objetivo por meio de um estudo transversal longitudinal, buscar quais são os fatores etiológicos e a prevalência do bruxismo infantil, a fim de conseguirem orientar e conscientizar os pais e permitir que dentistas e médicos sejam capazes de reconhecer fatores etiológicos para eliminá-los. O estudo contou com um total de 600 crianças com idade de 4 a 12 anos, que receberam um questionário, encaminhado aos pais, que era dividido em duas seções: a primeira continha as informações sobre a idade, sequência de nascimento, histórico médico e também idade, escolaridade e trabalho dos pais. A segunda parte foi composta de questões relacionadas ao tempo de bruxismo durante o dia ou a noite, manifestação de eventos angustiantes na família (como divórcio, nascimento de um novo bebê, começar a ir à escola ou morte de um ente querido da criança), história familiar de bruxismo, disfunção da articulação temporomandibular, hábitos orais (roer unhas, chupeta) e transtornos psicológicos. Desta forma, após toda a análise, os autores concluíram que nas crianças de 4 a 12 anos a prevalência de bruxismo foi de 26,2% e a média de idade para o início do bruxismo foi de $4,9 \pm 2$ anos. Tratando-se dos fatores etiológicos existe uma relação significativa entre bruxismo e o trabalho da mãe, história familiar, evento angustiante na vida, DTM, hiperatividade, depressão, acrofobia e ligofobia.

Gomes (2011) destaca uma grande variedade de tratamentos para o bruxismo, tais como o uso de placa oclusal, a higiene do sono, uso de medicamentos, terapias comportamentais para que seja possível controlar o bruxismo. Vale lembrar que nas crianças o tratamento é multidisciplinar, tendo como solução a remoção da causa do problema, e quando isso não é possível existe a

necessidade de ter um controle e um acompanhamento para a proteção da criança. Quanto ao uso de placas mio-relaxantes, estas devem ser usadas com prudência nas crianças, com a função de “desprogramar” a atividade parafuncional, e assim, induzir o relaxamento muscular, protegendo os dentes contra a atrição e o desgaste, balanceio dos contatos oclusais, bem como reposicionamento mandibular, alcançando um equilíbrio neuromuscular.

Bacci *et al.* (2012) avaliaram um total de 80 crianças diagnosticadas com bruxismo, com idade compreendida entre de 7 a 11 anos, tanto do sexo masculino como feminino. Os pais receberam um questionário para responderem questões sobre os seus filhos e seus hábitos. Dessas crianças 29 delas, segundo relatos dos pais, apresentam episódios frequentes de bruxismo quando estão acordadas e durante o sono (pelo menos três noites por semana). Além disso, essas crianças passaram por uma avaliação psicológica com o profissional especializado. Os autores após a realização desse trabalho concluíram que os problemas comportamentais e os desequilíbrios emocionais podem ser fatores de risco para o bruxismo em crianças.

Lobezzo *et al.* (2013) ressaltam que o bruxismo apresenta duas manifestações: durante o sono (deve ser baseado em autorrelato, exame clínico e registro polissonográfico de preferência junto com gravações de áudio/vídeo) ou durante a vigília (indicado como bruxismo acordado, que deve ser baseado no autorrelato, por meio de questionários e/ou na parte anamnésica de um exame clínico).

Petit *et al.* (2013), observaram que 46% das crianças examinadas em seu estudo, com idade entre dois, cinco e seis anos apresentavam bruxismo. Além disso, os autores perceberam que a prevalência do bruxismo aumenta significativamente com a idade e que o bruxismo noturno persistente estava relacionado à permanência dos pais junto aos filhos até que adormecessem.

Barbosa *et al.* (2015) citam como forma de tratamento do bruxismo infantil: uso da placa oclusal, a higiene do sono, uso de medicamentos, ortopedia facial, toxina botulínica, homeopatia e terapias comportamentais; todas focadas em controlar o bruxismo do sono, que envolve uma abordagem multidisciplinar.

Bellerive *et al.*(2015) definem o bruxismo do sono como um movimento de mastigação involuntário realizado durante o sono, ou pode ser também definido como uma atividade muscular mastigatória rítmica, observada em 2 - 40% da população pediátrica. Como forma de tratamento os autores buscaram avaliar os sinais eletromiográficos no músculo temporal utilizando o teste BiteStrip® em crianças com bruxismo do sono antes e após terapia com *Melissa officinalis*, que consiste em um óleo essencial que pode ser obtido através de suas folhas que apresenta efeito sedativo, com propriedades ansiolíticas, anti-inflamatórias e antiespasmódicas. Porém como resultado e conclusão os autores relatam não haver nenhum tipo de redução da atividade muscular em crianças com bruxismo utilizando *Melissa officinalis*.

Castroflorio *et al.* (2015) através de uma revisão sistemática de literatura tiveram como objetivo identificar e selecionar artigos que falassem sobre os fatores de risco do bruxismo em crianças relacionados ao bruxismo do sono após uma análise de regressão múltiplas, diagnóstico e questionários específicos. Para isso os autores buscaram artigos nas seguintes bases de dados: PubMed, Embase, Scopus, Cochrane Oral Health Group's Trial Register e Cochrane Register of Controlled Trials, Web of Science, LILACs, SciELO. Dentre os vários artigos selecionados, apenas seis foram utilizados no estudo. Os autores concluíram que os fatores mais fortes do bruxismo do sono estão relacionados ao distúrbio do sono e que tratando-se do ponto de vista clínico a sugestão é um bom sono para as crianças.

Motta *et al.* (2015), buscaram avaliar se existe alguma relação entre os ruídos articulares e o bruxismo na infância, para que seja possível prevenir danos na articulação temporomandibular. Foi realizada uma pesquisa que se enquadra em um ensaio transversal observacional, que contou com um total de 48 crianças, com idade entre 6 e 9 anos, das quais 21 apresentavam bruxismo e 27 representavam o grupo controle. Depois de um treinamento, apenas um examinador realizou os exames de palpação manual e auscultação bilateral das articulações temporomandibulares com a utilização de estetoscópio, extra-auricular lateral e dorsal para a análise dos ruídos articulares, diferenciando-os em crepitação e estalidos, com pelo menos 3 repetições nas mensurações dos ruídos para cada criança. Todos os dados obtidos foram analisados, e os autores concluíram que

existe uma relação entre a presença de ruído articular e bruxismo, e que existe uma menor incidência desses ruídos nas crianças com idade entre 6 e 7 anos, podendo sugerir que a presença de ruídos articulares em crianças bruxistas, pode estar associada à progressão e severidade dos sintomas.

Ortega (2015), afirma não existir estudos confiáveis do uso seguro e eficaz da toxina botulínica em bruxismo infantil, principalmente pelo comportamento das crianças em relação as aplicações de injeção. Além disso, mesmo com a aplicação da toxina, segundo o mesmo ainda é preciso uso da placa. Há risco de efeitos indesejáveis com o uso em longo prazo e, principalmente, porque faltam evidências que garantam o uso nos músculos de crianças normorreativas.

Reginato *et al.* (2017) descrevem o bruxismo como uma parafunção, que apresenta como principal característica o ato de ranger e/ou apertar os dentes, de origem multifatorial, podendo estar relacionado a fatores psicológicos, comportamentais, neurológicos e sistêmicos. Assim através de uma revisão sistemática de literatura buscaram compreender os fatores relacionados à etiologia, diagnóstico, consequências e abordagens para o controle do bruxismo infantil. Para o estudo foi realizado uma busca na base Medline (PubMed). Os autores concluíram que existem diferentes condutas a serem adotadas no controle do bruxismo, que envolve uma equipe multidisciplinar, avaliando o paciente como único e que o bruxismo vem sendo proposto em várias pesquisas na comunidade pediátrica.

Diante a variedade de métodos de diagnóstico do bruxismo Cabral *et al.* (2018) tiveram como objetivo revisar a literatura em busca de artigos que apresentassem diferentes fatores etiológicos e de risco associados ao bruxismo infantil. Para o estudo foram selecionados através das bases de dados PubMed, Cochrane, LILACS e Medline, por meio de descritores obtidos no dicionário DeCs/Mesh, estudos clínicos com pacientes pediátricos diagnosticados com bruxismo e que abordavam os fatores etiológicos ou os fatores de risco. Os autores concluíram que o bruxismo infantil tem sido associado a diversos fatores etiológicos e de risco, sendo assim, é de extrema importância que o cirurgião dentista tenha conhecimento acerca dos fatores envolvidos na fisiopatologia do bruxismo, para que uma melhor abordagem seja conduzida. Dentre esses fatores os autores citam: psicológica (presença de ansiedade, hiperatividade e estresse que podem estar diretamente ligados às tarefas do cotidiano das crianças somados aos traços de

personalidade individual de cada um); sistêmicos (rinite, sinusite, asma e outras complicações respiratórias alérgicas); genético (está ligado a herança genética e sua contribuição substancial no fenótipo do bruxismo).

Redua *et al.* (2019) descrevem que o bruxismo em crianças é de origem multifatorial, bem como o seu diagnóstico. Assim diante a alta prevalência de bruxismo infantil relatada na literatura, os autores tiveram como objetivo buscar artigos para esclarecer e determinar sua etiologia, o risco de danos aos tecidos dentários e o desafio em traçar estratégias para resolver esse problema. As buscas foram realizadas nas bases de dados da BBO (Biblioteca Brasileira de Odontologia) e Pubmed, utilizando os termos “bruxismo infantil”, “bruxismo” e “bruxismo + crianças”, tanto em língua portuguesa como a língua inglesa, no período de dezembro de 2017 a junho de 2018. Os autores concluíram que o bruxismo apresenta sua origem multifatorial, geralmente associado a fatores psicológicos/emocionais como por exemplo o estresse e a ansiedade, fatores sistêmicos como os distúrbios do sono e fatores locais. Destacando que descobrir a causa do bruxismo é um desafio que requer uma anamnese detalhada pelo profissional, associada ao acompanhamento médico. A adoção de práticas de “higiene do sono” é uma estratégia adequada para o tratamento.

Valle *et al.* (2019) definiram o bruxismo como uma atividade repetitiva dos músculos da mastigação, caracterizado por apertar, encostar ou ranger os dentes e/ou segurar ou empurrar a mandíbula, apresentando duas manifestações circadianas: enquanto se está acordado ou durante o sono, cada um com características fisiopatológicas e tratamentos diferentes.

Bonifácio *et al.* (2020) afirmam que o bruxismo afeta as crianças e adolescentes, de ambos os sexos, com um predomínio em crianças do sexo masculino. Os autores relatam a necessidade do diagnóstico na infância, para que seja realizado o tratamento adequado e assim o bruxismo não chegue até a fase adulta. Além disso crianças com asma ou rinite, ou qualquer obstrução das vias aéreas superiores ou problemas respiratórios, tendem a desenvolver a prática do bruxismo. Destaca-se também que as crianças que fazem o uso de chupeta indicam a existência de respiração oral noturna, associada ao bruxismo. No ato de desapegar da chupeta ao adormecer, a criança tende a ficar de boca aberta

ocasionando risco aumentando em torno de sete vezes, e criança com o costume de morder os lábios apresentam risco elevado em cinco vezes para o bruxismo.

Siqueira *et al.* (2020) através de uma revisão de literatura buscou métodos que poderiam contribuir para o diagnóstico do bruxismo do sono em crianças de 0 a 12 anos, para poder oferecer aos profissionais um correto atendimento infantil. Após revisar toda literatura os autores sugerem que a associação entre exame clínico/relato dos pais ou responsáveis, é uma boa conduta para que se possa diagnosticar o bruxismo infantil, embora atualmente a polissonografia seja considerada o método padrão-ouro.

Paiva *et al.* (2021) afirmam que o bruxismo mais severo, afeta as crianças em idade pré-escolar devido às características estruturais e funcionais dos dentes decíduos, não descartando a que apareça na dentição permanente de crianças. Os autores constataram que embora considerados padrão ouro para diagnóstico do bruxismo a Eletromiografia (EMG), que analisa os padrões e atividades musculares e a Polissonografia (PSG), é o diagnóstico clínico do bruxismo do sono realizado pelo autorrelato do paciente, ou relato de irmãos, parceiros ou pais que escutam o ranger dos dentes durante a noite juntamente com a presença de sinais e sintomas, são os mais utilizados para detectar tal problema. Isso porque tanto o EMG como PSG é considerado inviável pelo custo elevado e pela necessidade de profissionais qualificados para realização dos procedimentos. Além disso os autores citam os sinais e sintomas do bruxismo como: hipertrofia dos músculos masseter e temporal, desgastes dentários, dor à palpação dos músculos mandibulares e relato de dor de cabeça ao acordar podem ser clinicamente analisados.

3 DISCUSSÃO

A presente revisão de literatura se propôs a avaliar o bruxismo na infância, bem como sua etiologia, fatores de risco e o seu tratamento. Uma das maiores dificuldades no estudo sobre bruxismo em crianças se dá pelos diferentes métodos diagnósticos encontrados na literatura, não havendo uma padronização.

Conforme destacado por Oliveira *et al.* (2010), Gomes (2011), Bortoletto *et al.* (2016) o bruxismo foi definido como uma parafunção da musculatura orofacial associada ao ato de ranger e apertar os dentes.

Quanto à etiologia da parafunção, existe um consenso entre os autores estudados que a definem como sendo de natureza multifatorial. Redua *et al.* (2019) e Cabral *et al.* (2018) complementam que a sua etiologia está ligada também a fatores locais ou ocupacionais, sistêmicos, hereditários e psicológicos. Para Pizoll *et al.* (2006), Seraj *et al.* (2010), Bacci *et al.* (2012) e Cabral *et al.* (2018), a maior prevalência do bruxismo é em crianças que apresentam um comportamento do tipo ansioso, hiperativo e agressivo, enquanto as não bruxistas mostraram-se, majoritariamente calmas.

Cabral *et al.* (2018) ressalva a grande importância dos fatores etiológicos que desencadeiam o bruxismo, visto que por se tratar de uma etiologia multifatorial, não está comprovado satisfatoriamente. Barbosa *et al.* (2015) e Valle *et al.* (2019) afirmaram que o bruxismo da vigília parece estar associado a estresse ou tensão emocional e sintomas de ansiedade e depressão. Não há evidências que comprovem tais associações. Em contrapartida, o bruxismo do sono parece ser influenciado por um neurotransmissor participante do mecanismo de microdespertar no sistema nervoso central.

Embora existam diferentes métodos para diagnóstico, diagnosticar uma criança com bruxismo é algo muito difícil, e que deve-se ser avaliado com muita atenção. Quanto ao diagnóstico, temos atualmente exames como a polissonografia e a eletromiografia que são consideradas padrão ouro conforme afirma Paiva *et al.* (2021). Entretanto, por apresentar um alto custo e não ser de fácil acesso para a população de modo geral, a participação dos pais e/ou responsáveis durante a anamnese e respondendo alguns questionários torna-se imprescindível para o bom

andamento dos estudos e posterior diagnóstico correto como afirmam Diniz *et al.* (2009) e Bacci *et al.* (2012).

Os autores concordaram que a abordagem do bruxismo deve envolver uma equipe multidisciplinar como dentistas, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. Essa interação entre esses profissionais de diversas especialidades é de fundamental importância, pois garante um acompanhamento da criança desde o início até o desenvolvimento da criança promovendo a saúde (Oliveira *et al.*, 2010; Reginato *et al.*, 2017; Redua *et al.*, 2019). As odontopediatras e os pediatras devem estar aptos a entender as possíveis causas do problema e assim encaminhar ao profissional adequado. O cirurgião dentista atuará nos dentes e na musculatura, a fim de impedir os desgastes dentais e os psicólogos devem atuar junto com os pais e responsáveis de modo a descobrir o porquê dessa descarga emocional.

O tratamento do bruxismo de acordo com a literatura estudada deve ser multifatorial, envolvendo, se necessário, vários profissionais da saúde. Além do Dentista, Médicos, Psicólogos e Fisioterapeutas podem ser solicitados, cada um exercendo a sua atividade e função, mas sempre trabalhando em conjunto com a equipe. Porém vale uma ressalva que cada paciente deve ser avaliado individualmente e como um todo, e desta forma tratado (Lobezzo *et al.*, 2013; Paiva *et al.*, 2021).

4 CONCLUSÃO

Mediante a literatura estudada é possível concluir que o bruxismo é um hábito parafuncional, que apresenta sua origem multifatorial, com uma prevalência maior em crianças, e pode sofrer influências de fatores locais, sistêmicos, ocupacionais, hábitos deletérios e principalmente fatores de origem psicológica. Apresenta um difícil diagnóstico, devendo ser abordado com uma anamnese completa, seguida de exame clínico, e caso necessários mais exames complementares como a polissonografia que é considerada padrão ouro pra diagnóstico, e por apresentar um alto custo não é muito utilizada.

O tratamento do bruxismo deve ser feito com uma equipe multidisciplinar, composta por pediatra, odontopediatra e psicólogo, com o ressalve que cada criança é única e deve ser tratada de acordo com a sua necessidade. Além disso o uso de placas miorrelaxantes também são de fundamental importância no tratamento do bruxismo, desde que supervisionado pelo profissional, com constantes visitas ao cirurgião dentista.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACCI, F. A. V.; CARDOSO, C. L. C.; DIAZ-SERRANO, K. V. Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism. *Braz. Dent. J.*, v. 23, n. 3, p. 246-251, 2012.

BARBOSA, J.S.; MACHADO, N. G.; CONTI, P. C. R. Bruxismo infantil: o que o ortodontista deveria saber. In: PINTO, T.; GARIB, D. G.; JANSON, G.; SILVA FILHO, O. G. *Pro-odonto ortodontia Programa de atualização em ortodontia: ciclo 8*. Porto Alegre: ArtmedPanamericana, p.121-122, 2015.

BELLERIVE, A. *et al.* The effect of rapid palatal expansion on sleep bruxism in children. *Sleep and Breathing*, v. 19, n. 4, p. 1265–1271, 2015.

BONIFÁCIO, T. A. F.; FERREIRA, R. B.; VIEIRA, L. D. S. Bruxism in childhood and adolescence – Literature review. *R Odontol Planal Cent.*2020.

CABRAL, L. C.; LOPES, A. J. C.; de MOURA, M. B.; da SILVA, R. R.; NETO, A. J. F.; JÚNIOR SIMANOTO, P. C. Bruxism in children: etiologic factors and possiblerisk factors. *FOL*, v.28, n. 1, p. 41-51, 2018.

CASTROFLORIO, T.; BARGELLINI, A.; ROSSINI, G.; CUGLIARI, G.; RAINOLDI, A.; DEREGIBUS, A. Risk factorsrelated to sleep bruxism in children: A systematic literature review. Torino. *Archives of Oral Biology*, v. 60, p.1618–1624, 2015.

DINIZ, M. B.; da SILVA, R. C.; ZUANON, A. C. Childhood bruxism: a warning sign to pediatric dentists and pediatricians. *Rev Paul Pediatr*, v. 27, n. 3, p. 329 – 334, 2009.

GOMES, N. S. *Considerações sobre o bruxismo infantil*. Araçatuba: São Paulo, 2011.

KUHN, M.; TURP, J.; MYOARTHROPATHIEN, M.; OROFAZIALER, S. Risk factors for bruxism. *Basel Swiss Dental Journal* sso, v. 128, p. 118–124, 2018).

LOBBEZOO, F. et al. Bruxismo definido e graduado: um consenso internacional. *Journal of Oral Rehabilitation*, v.40, n. 1, p. 2 –4, 2013.

MOTTA, L.; SILVA, P.; de GODOY, C.; BORTOLETTO, C.; GARCIA, P.; da SILVA, F.; BUSSADORI, S. Assessment of noise temporomandibular joint in children with bruxism. *Revista CEFAC*, v. 17, n. 1, p. 111-116, 2015.

OLIVEIRA, A. L. B. M.; FRAGELLI, C.; ANDRADE, M. F. Multidisciplinary approach in the treatment of childhood bruxism. Pós-graduação em Odontopediatria, *UNESP*, 2010.

ORTEGA, A. L. *Bruxismo em odontopediatria*. In: Imparato, JCP e autores. Anuário 2: Odontopediatria clínica Integrada e Atual. 1 edição. São Paulo: Editora Napoleão, 2015.

PAIVA, S. M.; SILVA I. R. L.; HANNA, L. M. O. Child Brussels: Knowledge Evaluation of Pediatric Dentist. *Revista Saúde*, v. 15, n. 3-4, p. 23 – 29, 2021.

PETIT, D.; TOUCHETTE, E.; TREMBLAY, R. E.; BOIVIN, M.; MONTPLAISIR, J. Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics*, v. 119, n. 5, p. 1016 – 1025, 2013.

PIZOLL, K. E. D. C.; CARVALHO, J. C. K.; KONISHI, F.; MARCOMINI, E. M. S.; GIUSTI, J. S. Bruxism in childhood: etiologic factors and possible treatments. *Rev Odontol UNESP*, v. 35, n. 2, p. 157 – 163, 2006.

REDUA, R. B.; KLOSS, P. C. A.; FERNANDES, G. B.; SILVA, P. L. F. Bruxism in children – contemporary aspects in 21st century – systematic review. *Full Dent. Sci.*, v. 10, n. 38, p. 131 – 137, 2019.

REGINATO, C. F.; MARQUEZAN, M.; PIRES, C. W.; BOTTON, G.; da COSTA, C. C. Child bruxism: a pediatric approach. *Revista Naval de Odontologia*, v. 44, n. 1, p. 23 – 27, 2017.

SERAJ, B.; SHAHABI, M.; GHADIMI, S.; AHMADI, R.; NIKFARJAM, J.; ZAYERI, F.; TAGHI, F. P.; ZARE, H. The Prevalence of Bruxism and Correlated Factors in Children Referred to Dental Schools of Tehran, Based on Parents' Report. *Iranian Journal of Pediatrics*, v. 20, n. 2, p. 174 – 180, 2010.

SIQUEIRA, L. S. et al. Diagnosis of infant bruxism: a review of the literature to assist the dentistry. *RFO*, v. 25, n. 2, p. 311 - 318, 2020.

VALLE; R. T; BARBOSA, J. S.; ORTEGA, A. L. *Bruxismo. In: Disfunções Temporomandibulares: novas perspectivas*. São Paulo: Tota, p. 328-338, 2019.

VIEIRA, L.; GUEDES, C., de OLIVEIRA, M.; BEZERRA, R. Desmitificando o Bruxismo na Odontopediatria. Vila Real, XVII Safety, *Health and Environment World Congress*, 2017.