

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

Letícia Magalhães de Menezes

**MAPEAMENTO DO BRUXISMO EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DE ESCOPO
SOBRE ASSOCIAÇÕES, AVALIAÇÃO E TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA**

Porto Alegre
2025

Letícia Magalhães de Menezes

**MAPEAMENTO DO BRUXISMO EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DE ESCOPO
SOBRE ASSOCIAÇÕES, AVALIAÇÃO E TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Rafaela Soares Rech

Porto Alegre
2025

Catálogo na Publicação

Magalhães de Menezes, Letícia

Mapeamento do bruxismo em crianças: uma revisão de escopo sobre associações, avaliação e terapia fonoaudiológica / Letícia Magalhães de Menezes. -- 2025. 35 p. : 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Fonoaudiologia, 2025.

Orientador(a): Rafaela Soares Rech.

1. Fonoaudiologia. 2. Bruxismo infantil. 3. Sistema Estomatognático. 4. Distúrbio Miofuncional Orofacial. 5. Aplicações Clínicas. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

Objetivo: mapear a produção científica sobre o bruxismo do sono e em vigília na população infantil, identificando fatores associados de interesse para a Fonoaudiologia, instrumentos de avaliação e abordagens terapêuticas, a fim de sintetizar tendências, lacunas de conhecimento e implicações para a prática clínica.

Método: revisão de escopo, seguindo as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute e do Checklist Prisma (PRISMA-ScR), para responder à pergunta: “Quais fatores associados ao bruxismo infantil, bem como os modelos de avaliação e as estratégias terapêuticas, têm sido descritos na literatura científica com relevância para a prática fonoaudiológica?”. O protocolo de busca foi baseado na estratégia de População, Conceito e Contexto (PCC). Os artigos foram pesquisados nas bases de dados Lilacs, Pubmed, Scopus, CINAHL, Embase e Web of Science.

Resultados: encontraram-se 21 artigos, sendo 15 sobre associações, três sobre avaliação e três sobre intervenção. Não foram encontradas evidências de um instrumento avaliativo padronizado e específico para a temática. Quanto às intervenções, constatou-se a ausência de pesquisas sobre reabilitação fonoaudiológica nessa população. **Conclusão:** identificaram-se lacunas na padronização da avaliação do bruxismo infantil e de seus reflexos funcionais. As intervenções encontradas limitaram-se a abordagens complementares para alívio da dor, sem evidências de terapias voltadas à restauração do equilíbrio do sistema estomatognático em casos de comprometimento miofuncional. Observou-se associação do bruxismo com fatores como respiração oral, distúrbios do sono, TDAH, TEA, hábitos orais e uso excessivo de telas, os quais podem orientar a anamnese clínica. Recomenda-se o desenvolvimento de evidências focadas na avaliação e na reabilitação dos desfechos miofuncionais relacionados ao bruxismo infantil, com ênfase no equilíbrio muscular e nas funções estomatognáticas.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Bruxismo infantil; Sono e vigília; Sistema Estomatognático; Distúrbio miofuncional orofacial; Avaliação; Intervenção; Associações.

ABSTRACT

Purpose: to map the scientific literature on sleep and awake bruxism in the pediatric population, identifying associated factors relevant to Speech-Language Pathology, assessment instruments, and therapeutic approaches, to synthesize trends, knowledge gaps, and implications for clinical practice. **Method:** scoping review conducted in accordance with the methodological recommendations of the Joanna Briggs Institute and the PRISMA-ScR checklist, aiming to answer the question: “Which factors associated with childhood bruxism, as well as assessment models and therapeutic strategies, have been described in the scientific literature as relevant to speech-language pathology practice?” The search protocol followed the Population, Concept, and Context (PCC) framework. Articles were retrieved from the Lilacs, PubMed, Scopus, CINAHL, Embase, and Web of Science databases. **Results:** A total of 21 studies were included, comprising 15 on associations, three on assessment, and three on intervention. No standardized assessment instrument was identified. Regarding interventions, no studies addressed speech-language rehabilitation in this population. **Conclusion:** There are gaps in the standardization of assessment for childhood bruxism and its functional consequences. The identified interventions were limited to complementary approaches for pain relief, with no evidence of therapies aimed at restoring the balance of the stomatognathic system in cases of myofunctional impairment. Bruxism was associated with factors such as mouth breathing, sleep disorders, ADHD, ASD, oral habits, and excessive screen use, which may guide clinical anamnesis. It is recommended to develop evidence focused on the evaluation and rehabilitation of myofunctional stages associated with childhood bruxism, with an emphasis on muscle balance and stomatognathic function.

Keywords: Language and Hearing Sciences; Childhood Bruxism; Sleep and Wakefulness; Stomatognathic System; Orofacial Myofunctional Disorder; Assessment; Intervention; Associations.

Lista de tabelas

Tabela 1 - Variáveis registradas dos estudos incluídos	28
Tabela 2 - Resultados por estudo incluído na revisão	29
Tabela 3 - Métodos por estudo incluído na revisão	31
Tabela 4 - Análise bibliográfica por estudo incluído	32

Lista de quadros

Quadro 1 - Estratégias de busca de acordo com as bases de dados	27
---	----

Lista de figuras

Figura 1 - Fluxograma detalhado do mapeamento sistemático	34
Figura 2 - Chuva de palavras com a tendência atual das pesquisas	34
Figura 3 - Chuva de palavras com a tendência na área de Fonoaudiologia	35

Lista de siglas

ABIT - Awake Bruxism Identification Tool
AMIOFE - Avaliação Miofuncional Orofacial com Escores
DTM - Disfunção Temporomandibular
EMA - Ecological Momentary Assessment
EMG - Eletromiografia
FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
JBI - Joanna Briggs Institute
MBGR - Avaliação Miofuncional Orofacial
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA - Transtorno do Espectro Autista
UFAL - Universidade Federal de Alagoas
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UFPR - Universidade Federal do Paraná
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESP - Universidade Estadual Paulista
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
UNINOVE - Universidade Nove de Julho

Agradecimentos

Não sei se existem almas gêmeas ou se o amor, em sua grandiosidade, faz com que as pessoas se tornem bênçãos uma para a outra. Para mim, qualquer uma das hipóteses é válida. Ao meu esposo, obrigada por tanto — pelo companheirismo, pelo cuidado e pelo amor que me emociona.

Acredito que aquilo que carregamos na mente, é o nosso maior tesouro. Aos meus amados pais, que me deram a confiança necessária para começar e recomeçar ciclos, minha eterna gratidão. Vocês nem imaginam o quanto essa confiança me fortalece. Obrigada pelas raízes fortes e pela nossa história juntos.

Acredito, também, que os irmãos são “a metodologia gentil de Deus” para nos ensinar a viver socialmente desde cedo. Às minhas irmãs, obrigada pelos ensinamentos, pelo acolhimento e por tornarem a caminhada mais leve. Viver ao lado de vocês é um privilégio.

Algumas pessoas têm o dom de nos fazer persistir e avançar na direção certa. Começar é importante, mas só isso não basta — é preciso percorrer o caminho. À minha orientadora, obrigada pelo direcionamento, pela sabedoria e por caminhar comigo nessa jornada.

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Métodos	13
2.1. Questão de Pesquisa	13
2.2. Critérios de inclusão e exclusão	13
2.3. Processo de busca	14
2.4. Procedimento de extração de dados	15
3. Resultados	15
4. Discussão	18
5. Conclusão	22
6. Referências bibliográficas	23

1. Introdução

O bruxismo, anteriormente compreendido apenas como uma atividade parafuncional, atualmente é definido como um *continuum* biológico, que pode variar de manifestações fisiológicas a patológicas. Estudos indicam que, por estar envolvido na preservação da homeostase tecidual, no gerenciamento do estresse e no desenvolvimento dos alvéolos, o bruxismo pode assumir um caráter fisiológico, sobretudo em crianças. Nesse sentido, em indivíduos saudáveis, o bruxismo não deve ser interpretado como uma condição clínica isolada, mas sim como um comportamento que pode aumentar ou reduzir o risco de determinados desfechos em saúde¹.

A partir disso, o comportamento do bruxismo é reconhecido como um fator de risco para o desenvolvimento de diferentes consequências clínicas, como desgaste dentário, hipertrofia dos músculos mastigatórios, alterações nos côndilos, dor na região pré-auricular, sintomas auditivos, alterações vocais e limitações nos movimentos mandibulares². A mandíbula possui particularidades que a tornam um importante objeto de estudo no campo biomecânico, por integrar uma complexa rede muscular responsável por movimentos coordenados e precisos envolvidos em funções vitais como mastigação, sucção, deglutição e fala³ - áreas diretamente relacionadas à atuação fonoaudiológica. Em casos de bruxismo, no núcleo da Fonoaudiologia, cabe ao profissional diferenciar causas e consequências, identificar fatores primários, secundários e associados, e atuar no reequilíbrio funcional do sistema estomatognático². Deve-se considerar, também, que a infância é um período de aquisições e adaptações físicas e emocionais, as quais podem interferir no equilíbrio do sistema miofuncional orofacial, uma vez que esse sistema depende tanto de condições anatômicas adequadas quanto de processos de aprendizado e maturação⁴.

De acordo com Ferrari-Piloni et al.⁵, o bruxismo do sono, classificado como “possível” ou “provável”, afeta cerca de uma em cada quatro crianças brasileiras. Em termos relativos, a prevalência do bruxismo do sono em crianças variou de 10,2% a 39,7%, enquanto o bruxismo em vigília apresentou índices entre 18,8% e 23,9%. Uma meta-análise apontou prevalências gerais de 25,8% para o bruxismo do sono e de 20,1% para o bruxismo em vigília. De acordo com a classificação de bruxismo proposta por Lobbezoo et al.⁶, 47,1% dos estudos analisaram o bruxismo

provável (inspeção clínica positiva, com ou sem autorrelato), 41,1% investigaram o bruxismo possível (apenas autorrelato) e apenas 11,8% abordaram o bruxismo definitivo (confirmado por avaliação instrumental) - ressaltando uma lacuna importante no diagnóstico padronizado do bruxismo propriamente e dito e dos possíveis reflexos miofuncionais orofaciais.

Além da falta de consenso quanto a métodos instrumentais padronizados de avaliação, há poucas evidências sobre intervenções fonoaudiológicas voltadas ao equilíbrio do sistema estomatognático nesse contexto. Dentro de um cenário clínico, o bruxismo pode ser considerado um possível fator de risco a ser investigado durante a anamnese, ampliando os limites do simples relato parental, permitindo uma atuação mais ampla e preventiva. Reconhecer o bruxismo como um fator associado pode ampliar a perspectiva do atendimento, favorecendo avaliações mais integrais e a construção de planos terapêuticos que contemplem estratégias com nexos de causalidade e selecionem recursos apropriados⁴. Há uma importante lacuna na literatura atual sobre esses aspectos.

O mapeamento deste estudo se justifica pelo fato de que o diagnóstico clínico ainda apresenta brechas a serem exploradas, já que exames objetivos, como a eletromiografia de superfície (EMG) e a polissonografia do sono⁷, embora adequados, apresentam limitações na aplicação pediátrica, o que deixa o diagnóstico de bruxismo definitivo abaixo das definições de provável e possível⁷. Soma-se a isso a ausência de instrumentos avaliativos padronizados para a análise dos reflexos funcionais do bruxismo em crianças. Adiciona-se a isso a falta de evidências científicas robustas que sustentem opções terapêuticas eficazes para o manejo dos reflexos funcionais do bruxismo em crianças⁷, reforçando a relevância de reunir e organizar as informações disponíveis para subsidiar a atuação fonoaudiológica e direcionar futuras pesquisas.

Portanto, o objetivo desta revisão de escopo é mapear a produção científica sobre o bruxismo do sono e em vigília na população infantil, identificando os fatores associados de interesse para a Fonoaudiologia, os instrumentos de avaliação utilizados e as abordagens terapêuticas descritas, a fim de sintetizar tendências, lacunas de conhecimento e implicações para a prática clínica.

2. Métodos

Trata-se de uma revisão de escopo, um tipo de síntese do conhecimento, que adota uma abordagem sistemática para mapear evidências sobre um tópico e identificar conceitos, teorias, fontes e lacunas de conhecimento. Esta revisão foi conduzida de acordo com as recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute⁸, que define esse tipo de revisão como uma estratégia apropriada para mapear conceitos-chave, evidências disponíveis e lacunas em determinada área do conhecimento. Para guiar a redação científica e o rigor metodológico necessários a este delineamento, usaram-se as recomendações do checklist Prisma (PRISMA-ScR)⁹.

Segundo o Manual JBI⁸, revisões de escopo são especialmente indicadas quando a temática de investigação é ampla, heterogênea ou pouco explorada, não sendo, portanto, adequado aplicar os critérios rigorosos de avaliação crítica típicos das revisões sistemáticas. Assim, a escolha da revisão de escopo justifica-se por possibilitar a síntese do estado atual da produção científica sobre o tema, fornecendo subsídios para pesquisas futuras e para a prática profissional do fonoaudiólogo.

Esta revisão de escopo foi conduzida no primeiro semestre de 2025, seguindo o processo de busca descrito na subseção 2.3. A seleção dos artigos foi realizada nas bases de dados previamente definidas, de acordo com a questão de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão apresentados nas subseções 2.1 e 2.2, respectivamente. Em seguida, procedeu-se à extração dos dados, conforme detalhado na subseção 2.4.

2.1 Questão de Pesquisa

A questão de pesquisa foi formulada com base no objetivo desta revisão e estruturada da seguinte forma: quais fatores associados ao bruxismo infantil, bem como os modelos de avaliação e as estratégias terapêuticas, têm sido descritos na literatura científica com relevância para a prática fonoaudiológica?

2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados elegíveis para esta revisão os estudos primários realizados com a população infantil, publicados entre 2015 e 2025, nos idiomas

português, inglês ou espanhol, que investigassem fatores associados ao bruxismo infantil relevantes para a fonoaudiologia, bem como estratégias de avaliação e de intervenção coerentes com a prática fonoaudiológica. Optou-se por esse recorte temporal a fim de contemplar a produção científica mais recente e relevante, excluindo do escopo métodos e achados em desuso. A inclusão do idioma inglês se justifica pela predominância da produção científica na língua inglesa, considerando a prática comum de incluir resumos em inglês para estudos de outros idiomas, permitindo a inclusão de pesquisas relevantes que poderiam ser conduzidas, além do inglês, do português e do espanhol. A inclusão dos idiomas português e espanhol se justifica pela relevância dos estudos publicados nessas línguas no contexto latino-americano. Foram excluídos editoriais, revisões da literatura, literatura cinzenta, cartas ao editor e relatos de caso, por não contribuírem para o objetivo de mapear evidências já consolidadas. Excluíram-se ainda estudos duplicados, aqueles cujo acesso ao texto completo não foi possível, e os que envolviam crianças com doenças graves ou síndromes, por se tratar de populações com características distintas do bruxismo infantil em sua forma isolada.

2.3 Processo de busca

A busca foi conduzida nas bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science, Embase, CINAHL e LILACS, com estratégias de busca adaptadas às especificidades de cada base. A última busca foi realizada em 09 de agosto de 2025. Com o objetivo de garantir a transparência e a reprodutibilidade desta revisão, o Quadro 1 apresenta as estratégias de busca utilizadas em cada uma das bases de dados consultadas. Foram especificados os descritores, os operadores booleanos e os limites aplicados, conforme recomendação do *checklist* PRISMA-ScR⁹.

O processo de seleção das fontes de evidência seguiu duas etapas principais: (i) triagem de títulos e resumos e (ii) leitura do texto completo. Inicialmente, todos os resultados das buscas foram importados para o *software* Excel, em planilha principal, onde os registros duplicados foram identificados e removidos. Em seguida, um revisor realizou a triagem de títulos e resumos conforme os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Para assegurar maior consistência e credibilidade ao processo, a triagem foi repetida pelo mesmo revisor após um intervalo de 5 dias. Os estudos potencialmente elegíveis foram lidos

na íntegra. Estabeleceu-se contato com uma das autoras de um estudo potencialmente elegível para solicitar acesso a um artigo sem disponibilidade gratuita, devido à sua relevância para a composição da amostra. Além disso, um artigo fora do limite temporal definido foi incluído manualmente, por sua pertinência ao objetivo desta revisão.

2.4 Procedimento de extração de dados

De acordo com as recomendações do Manual Joanna Briggs Institute⁸, e do PRISMA-ScR⁹, foi elaborado um conjunto de variáveis a serem extraídas dos estudos incluídos, de modo a assegurar clareza, transparência e reprodutibilidade do processo. A Tabela 1 apresenta as variáveis definidas e as respectivas descrições operacionais utilizadas nesta revisão.

Os dados extraídos foram organizados no *software* Excel, em planilha secundária, e analisados por meio de estatística descritiva simples, considerando as frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse, como ano de publicação, idioma, delineamento metodológico, população investigada, intervenções e principais resultados. A síntese foi conduzida de forma descritiva e narrativa, o que permitiu identificar tendências da produção científica, lacunas de conhecimento e características recorrentes entre os estudos incluídos. Para facilitar a visualização, os achados foram sistematizados em tabelas que apresentam a distribuição dos estudos e as categorias definidas. As categorias foram definidas com base nas variáveis extraídas, possibilitando a sistematização dos achados em grupos temáticos. Em consonância com as recomendações do PRISMA-ScR⁹, não foi realizada avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos, visto que esse procedimento não integra os objetivos das revisões de escopo.

3. Resultados

De acordo com a Figura 1, foram identificados 632 artigos, distribuídos da seguinte forma: 112 na base de dados Pubmed, 33 na Lilacs, 299 na Scopus, 60 na Web of Science, quatro na Embase, 124 na CINAHL. Desses 632 artigos, 30 eram duplicados. Na análise inicial, que se constituiu na leitura de títulos, resumos e palavras-chave, foram excluídos 590 artigos, distribuídos da seguinte forma: 94 na Pubmed, 32 na Lilacs, 283 na Scopus, 58 na Web of Science, três na Embase e 120

na CINAHL. Após a leitura do texto integral dos artigos selecionados, mais 22 artigos foram excluídos, resultando em 20 artigos que contribuíram para o levantamento de dados. Posteriormente, foi incluído manualmente um artigo considerado relevante, mas não contemplado na busca inicial devido ao limite temporal estabelecido. Esse artigo, publicado em 2010, encontra-se indexado na base de dados Lilacs. O número de registros identificados, triados, excluídos e incluídos encontra-se descrito na Figura 1. A amostra final desta revisão de escopo foi composta por 21 artigos, que foram lidos e analisados integralmente de acordo com os critérios estabelecidos.

A Tabela 2 organiza, de forma sistematizada, a área do conhecimento, o conceito da abordagem, o tipo de bruxismo e os principais achados de cada estudo da amostra. Os fatores associados ao bruxismo infantil, com relevância para a prática fonoaudiológica, foram, doenças respiratórias (asma¹¹, sinusite²⁶ e rinite²⁶), respiração oral^{15,25}, otalgia²³, distúrbios do sono²², disfluência²⁷, cefaléia²⁹, hábitos orais e aspectos alterados da motricidade orofacial^{22,30} - como - sialorréia³⁰, uso de chupeta^{22,30}, uso de mamadeira²², hábito de morder ou roer unhas^{22,30}, hábito de morder língua²², tônus de bochechas³⁰, mobilidade restrita de língua²², tipo de mordida³⁰ e participação da musculatura perioral durante a deglutição de líquidos³⁰. A disfunção temporomandibular (DTM) também foi associada ao bruxismo do sono¹⁶. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)^{17,19} e o Transtorno do Espectro Autista (TEA)²⁵ também foram associados ao bruxismo infantil. Uso problemático e excessivo de mídias digitais^{21,22} e falta de atividade física²² também foram associados ao bruxismo infantil.

Quanto à avaliação, não foram encontradas evidências robustas, sobretudo quanto ao bruxismo do sono. Constatou-se que a EMG não foi precisa para detectar o bruxismo do sono na população infantil¹⁰. Encontrou-se o Protocolo ABIT para a avaliação do bruxismo em vigília¹³ em crianças de 8 a 12 anos. Encontrou-se, também, que o relato dos pais, como medida avaliativa, não teve equivalência com os dados da EMG coletados²⁸.

Quanto à intervenção, encontrou-se a abordagem complementar da Auriculoterapia¹² para redução da frequência do apertamento dentário. A acupuntura a laser e a fisioterapia de relaxamento¹⁸ apontaram-se como intervenções promissoras para alívio doloroso. Evidenciou-se o uso de fotobiomodulação²⁰ para intervenção rápida nos sintomas de dor do bruxismo.

Na amostra, 14 (66,7%) estudos pertencem à área da Odontologia^{10,11,12,13,15,16,17,20,21,22,24,25,26,28}, um (4,8%) estudo à Fisioterapia²⁹, um (4,8%) estudo à Enfermagem¹⁴, dois (9,5%) estudos à Fonoaudiologia^{27,30}, um (4,8%) estudo à Medicina²³, um (4,8%) estudo à associação entre Fisioterapia e Odontologia¹⁸ e um (4,8%) estudo à associação entre Odontologia e Medicina¹⁹. As Figuras 2 e 3 apresentam uma “chuva de palavras” que ilustra as tendências de pesquisa por área do conhecimento. O tamanho das palavras é proporcional à representatividade de cada tendência. A Figura 2 mostra o panorama geral das pesquisas e a Figura 3 o recorte específico das produções científicas na área da Fonoaudiologia.

Sobre o tipo de conceito abordado na amostra, 15 (71,4%) estudos se referem às associações^{11,14,15,16,17,19,21,22,23,24,25,26,27,29,30}, três (14,3%) à intervenção^{12,18,20} e três (14,3%) à avaliação^{10,13,28}. Sobre o tipo de bruxismo abordado na amostra, 12 (57,1%) se referem ao bruxismo do sono^{10,11,12,15,17,18,20,22,25,26,27,28}, um (4,8%) ao bruxismo em vigília¹³, dois (9,5%) ao bruxismo do sono e em vigília^{14,29} e seis (28,6%) não foram especificados^{16,19,21,23,24,30}. A Tabela 3 apresenta a faixa etária da população, o tamanho da amostra e o instrumento de coleta de dados utilizado em cada estudo.

Na amostra, 15 (71,4%) estudos tiveram como população crianças em idade escolar^{10,11,12,13,15,17,18,19,20,22,23,25,26,27,28}, quatro (19%) envolveram crianças em idade pré-escolar^{14,21,29,30} e dois (9,5%) contemplaram ambas as faixas etárias^{16,24} (pré-escolar e escolar). Dois estudos^{10,13} tiveram como objetivos, respectivamente, avaliar a eficácia da EMG no diagnóstico do bruxismo do sono em crianças e apresentar uma nova ferramenta para a avaliação do bruxismo em vigília nessa população. Por terem caráter essencialmente voltado ao desenvolvimento e à validação de instrumentos avaliativos, não foram incluídos na análise estatística do tipo de instrumento de coleta de dados. Na amostra, a maioria dos estudos recorreu a mais de um instrumento de mensuração. Entre eles, cinco (23,8%) utilizaram questionários^{11,21,22,27,30}, 11 (52,4%) aplicaram relato dos pais^{11,12,14,15,17,18,19,24,25,26,29}, 12 (57,1%) realizaram exame clínico odontológico^{11,15,17,18,20,21,22,24,25,26,28,29}, um (4,8%) empregou avaliação médica e psicológica²³, e dois (9,5%) incluíram exame clínico fonoaudiológico^{27,30}. A Tabela 4 apresenta o autor principal, o ano de publicação, o periódico de publicação, a instituição de referência e o país onde cada estudo foi conduzido.

Na amostra, 11 (52,4%) estudos foram conduzidos no Brasil^{11,12,13,17,20,22,25,26,27,29,30}, enquanto os demais se distribuíram entre Colômbia¹⁰, Estados Unidos¹⁵, Japão¹⁴, Perú¹⁶, Egito¹⁸, Irã¹⁹, Kuwait²¹, Turquia²³, Paquistão²⁴ e Canadá²⁸, cada um colaborando com um (4,8%) estudo. Considerando a distribuição por continente, 13 (61,9%) estudos foram realizados na América do Sul^{10,11,12,13,16,17,20,22,25,26,27,29,30}, cinco (23,8%) na Ásia^{14,19,21,23,24}, dois (9,5%) na América do Norte^{15,28} e um (4,8%) na África¹⁸.

Em relação ao período de publicação, dois (9,5%) estudos datam de 2015^{11,28}, um (4,8%) de 2016²⁶, dois (9,5%) de 2017^{17,29}, um (4,8%) de 2018¹⁰, um (4,8%) de 2019²⁴, cinco (23,8%) de 2020^{12,15,22,23,25}, não havendo publicações em 2021. Já em 2022²⁰ e 2023²⁷ foi identificado 1 (4,8%) estudo em cada ano, dois (9,5%) estudos em 2024^{14,16} e quatro (19%) em 2025^{13,18,19,21}. Além disso, um artigo incluído manualmente, publicado em 2010³⁰, correspondeu a um (4,8%) estudo da amostra.

Não houve repetição de autores entre os estudos da amostra. Em relação aos periódicos, não houve repetição significativa, exceto pelas revistas Sleep Medicine^{15,28}, com dois (9,5%) estudos, e BMC Oral Health^{16,18,21}, com três (14,3%), tendo, assim, mais de uma publicação cada. Em relação às universidades, não houve repetição significativa entre os estudos, sendo a Universidade Federal de Minas Gerais^{22,26} a única com mais de um envolvimento, tendo representação de dois (9,5%) estudos na amostra.

4. Discussão

Esta revisão de escopo permitiu identificar associações relevantes entre o bruxismo infantil e diferentes fatores de saúde, abrangendo doenças respiratórias^{11,26}, respiração oral^{15,25}, otalgia²³, distúrbios do sono²², disfluência²⁷, cefaléia²⁹, hábitos orais e alterações da motricidade orofacial^{22,30}. Também foi observada a relação com a DTM¹⁶, com o TDAH^{17,19}, com o TEA²⁵, com o uso excessivo de mídias digitais^{21,22} e com a ausência de atividade física²². Não foram observadas evidências sobre métodos avaliativos instrumentais ou objetivos para o bruxismo do sono em crianças^{10,28}.

O Protocolo ABIT¹³ destacou-se como uma ferramenta promissora para a avaliação do bruxismo em vigília em crianças de 8 a 12 anos. Trata-se de uma atividade lúdica, originalmente analógica, com potencial para adaptação ao formato

digital, alinhando-se às tendências atuais no uso de materiais digitais. Embora ainda não validado, constitui um achado relevante e, apesar de ter sido desenvolvido na área da Fisioterapia, seus resultados são amplamente aplicáveis à Fonoaudiologia. Por essa razão, sua validação também se mostra pertinente no contexto fonoaudiológico, incentivando a participação ativa de profissionais da área nesse processo. A produção científica da Fonoaudiologia voltada à avaliação das funções orofaciais em crianças com bruxismo é bastante limitada, evidenciando uma lacuna relevante no núcleo. Não foram identificados instrumentos validados ou promissores para avaliar o bruxismo do sono, e a EMG apresenta baixa acurácia na detecção dos episódios no grupo¹⁰. Essa limitação evidencia um desafio na prática clínica, já que a ausência de avaliação conclusiva (com nexo de causalidade estabelecido ou, ao menos, hipótese diagnóstica substancial) impede o planejamento terapêutico direcionado.

Quanto às intervenções, a amostra deste estudo identificou apenas terapias complementares voltadas ao manejo da dor^{12,18,20}, sem evidência de abordagens voltadas à reabilitação das funções orofaciais afetadas secundariamente pelo bruxismo. Isso evidencia a falta da Fonoaudiologia no campo, já que a avaliação e a reabilitação das funções orofaciais são de sua competência. A maior parte da produção científica sobre o bruxismo infantil pertence à Odontologia^{10,11,12,13,15,16,17,20,21,22,24,25,26,28} e não se espera que a literatura odontológica contemple as demandas da Fonoaudiologia, uma vez que cada área se ocupa de seu objeto, sendo, para a Odontologia, os aspectos estruturais orais e para a Fonoaudiologia os aspectos funcionais orais.

Na amostra desta revisão, há um estudo sobre hábitos orais e aspectos da motricidade orofacial alterados secundariamente pelo bruxismo infantil, publicado em 2010, pelo núcleo da Fonoaudiologia³⁰. Apesar de ser um estudo precursor, apresenta limitações, pois se limitou à análise de aspectos parafuncionais e musculares, deixando de lado as repercussões funcionais. Além disso, utilizou questionários não validados como instrumento de mensuração e não houve especificação quanto ao tipo de bruxismo investigado. Essa distinção é fundamental para uma avaliação acurada e para o delineamento de um plano terapêutico adequado a cada forma de manifestação, configurando, portanto, outra limitação importante, não apenas do estudo, mas também do núcleo como um todo. Quando a escassez de material científico é tamanha que nem há contrassenso, a limitação

não se restringe ao material produzido, mas a todo o material que se deixou de produzir.

O estudo de Huynh et al.³¹ corrobora os achados desta revisão ao evidenciar a associação do bruxismo infantil com condições respiratórias, como asma, distúrbios do sono e alergias, além de ampliar essa relação ao incluir hipertrofia adenotonsilar e ronco, possivelmente associados à apneia obstrutiva do sono³². Os autores também identificam conexões entre a respiração oral, hábitos orais deletérios e o bruxismo do sono, reforçando as evidências deste estudo. Além disso, apontam a baixa concordância entre relatos parentais e medidas objetivas, reforçando a limitação do uso exclusivo dos relatos para o rastreio ou o diagnóstico.

No que se refere às intervenções, comparando esta revisão com os achados de Lobbezoo et al.³³, há divergência quanto ao tipo de recursos empregados, mas semelhanças quanto ao propósito terapêutico. Enquanto esta revisão evidenciou abordagens complementares como auriculoterapia, acupuntura a laser, fisioterapia de relaxamento e fotobiomodulação, o trabalho de Lobbezoo et al. destacou estratégias comportamentais, como *biofeedback*, hipnose, relaxamento corporal, meditação, automonitoramento, higiene do sono e reeducação de hábitos. Essa comparação evidencia que, embora os recursos utilizados sejam diferentes, a proposta terapêutica que a literatura atual nos apresenta é quase uníssona: aliviar a dor, sem considerar as possíveis repercussões nas funções orofaciais.

A maioria dos estudos incluídos foi conduzida no Brasil^{11,12,13,17,20,22,25,26,27,29,30}, e, no que se refere ao período de publicação, as produções concentram-se majoritariamente entre os anos de 2015 e 2025, com maior número de publicações a partir de 2020^{12,13,14,15,16,18,19,20,21,22,23,25,27}. Isso demonstra que há interesse ou demanda recente no Brasil nessa área, o que aponta para a relevância de materiais científicos mais aprimorados para suprir essa lacuna.

Observou-se que a produção científica geral concentra-se em estudos de associação^{11,15,16,17,19,21,22,23,25,26,27,29,30} enquanto os aspectos avaliativos^{10,13,28} e interventivos^{12,18,20} permanecem pouco explorados e bastante heterogêneos. A identificação de associações, embora relevante, deve ser vista como um ponto de partida para o desenvolvimento de avaliações instrumentais padronizadas voltadas à população infantil, capazes de subsidiar intervenções de natureza estrutural e funcional dentro de uma perspectiva interdisciplinar. As associações identificadas nesta revisão podem ser agrupadas em dois eixos: fatores precursores, que

contribuem para o surgimento do bruxismo, e fatores decorrentes, que refletem suas consequências e manifestações clínicas.

No primeiro eixo de análise, Hirota et al.³⁴ identificaram que indivíduos com TEA apresentam maiores índices de depressão e ansiedade em comparação com aqueles sem o transtorno, o que sugere que esses fatores psicoemocionais podem estar relacionados ao desencadeamento do bruxismo infantil. De modo semelhante, León-Barriera et al.³⁵ apontam que o TDAH está frequentemente associado à ansiedade, reforçando que os componentes psicoemocionais típicos do transtorno também podem contribuir para o desencadeamento do bruxismo infantil. Ainda no campo dos fatores precursores, alguns autores sugerem que o bruxismo do sono pode desempenhar uma função protetora em pacientes com apneia obstrutiva do sono, auxiliando na manutenção da permeabilidade das vias respiratórias e na redução da gravidade da síndrome³⁶. Corroborando, Lamenha et al.²⁵ demonstram que crianças com respiração oral tendem a manter a boca aberta para facilitar a passagem do ar, o que estimula os receptores das vias aéreas superiores a aumentar o tônus muscular, o que desencadeia o bruxismo. Essas hipóteses reforçam a plausibilidade das associações e destacam a importância de um raciocínio clínico integrado.

No segundo eixo de análise, Lee³⁷ sugere que o tônus muscular exagerado (ocasionado por fatores precursores ou outros) pode favorecer a ocorrência de cefaleia e DTM, de forma sequencial e consequente. Assim, entende-se que fatores de natureza precursora podem anteceder e até coexistir com fatores de natureza decorrente, atuando simultaneamente no quadro clínico do bruxismo infantil.

As associações identificadas neste estudo são relevantes por poderem orientar a anamnese fonoaudiológica. Diante de pacientes que apresentam múltiplas associações, recomenda-se aprofundar a investigação das funções orais por meio de protocolos validados, como o AMIOFE e o MBGR³⁸, além de incluir a triagem de possíveis distúrbios do sono por meio de instrumentos específicos, como o OSA-18³⁹, dada sua relação com o bruxismo do sono infantil. O OSA-18 é composto por 18 itens e foi desenvolvido nos Estados Unidos em 2000. O instrumento foi validado e traduzido para o português em 2015 e, posteriormente, adaptado transculturalmente para crianças brasileiras em 2016 por profissionais da Fonoaudiologia e da Otorrinolaringologia³⁹, podendo, portanto, ser um recurso valioso para uma avaliação integral.

Assim, considerando a ausência de instrumentos validados específicos para o bruxismo infantil, a prática clínica pode apoiar-se em uma anamnese estruturada, com checklist de associações, complementada por protocolos e questionários validados que permitam estabelecer hipóteses diagnósticas consistentes. A partir dessas informações, o raciocínio clínico deve integrar ações voltadas à reabilitação das funções orais prejudicadas, ao manejo da musculatura envolvida, a estratégias de controle do estresse e da ansiedade, intervenções miofuncionais para distúrbios do sono⁴⁰ e encaminhamentos interdisciplinares, quando necessários.

As limitações deste estudo concentram-se, principalmente, na heterogeneidade metodológica dos trabalhos incluídos, na ausência de padronização diagnóstica para o bruxismo infantil e na predominância de estudos provenientes da área odontológica. Tais fatores podem ter introduzido viés de seleção, uma vez que os achados refletem, em maior medida, a perspectiva clínica odontológica, reduzindo a representatividade interdisciplinar da temática. Além disso, a variabilidade nos instrumentos de coleta e nos critérios de avaliação pode ter ocasionado viés de informação, dificultando a comparação entre os estudos e limitando a interpretação dos resultados. Essas restrições reforçam a necessidade de investigações futuras com metodologias mais homogêneas e com maior integração entre as áreas da saúde, especialmente a Fonoaudiologia.

5. Conclusão

O presente estudo evidenciou lacunas significativas quanto aos instrumentos de avaliação empregados para identificar o bruxismo como possível fator causal de distúrbios miofuncionais orofaciais. Verificou-se a ausência de produções voltadas à reabilitação fonoaudiológica de crianças com distúrbios miofuncionais orofaciais decorrentes do bruxismo. No presente estudo, foram identificados fatores associados ao bruxismo - como doenças respiratórias, respiração oral, otalgia, distúrbios do sono, disfluência, cefaleia, hábitos orais, alterações da motricidade orofacial, DTM, TDAH, TEA, uso excessivo de mídias digitais e ausência de atividade física - os quais podem orientar a anamnese na prática clínica atual. Sugere-se, ao núcleo da Fonoaudiologia, o desenvolvimento de instrumentos capazes de identificar o bruxismo como causa primária dos desdobramentos funcionais observados secundariamente, permitindo que a abordagem terapêutica

seja construída a partir da causa, integrando recursos disciplinares e interdisciplinares.

6. Referências bibliográficas

1. Minervini G, Franco R, Marrapodi MM, Crimi S, Fiorillo L, Cervino G, et al. Sleep bruxism in children main methods of treatment: a systematic review with meta-analysis. *J Clin Pediatr Dent*. 2024 Sep;48(5):41-50.
2. Felício CMD, Trawitzki LVV, Marques AP, Fernandes FDM, Ferreira VJA. Interfaces da medicina, odontologia e fonoaudiologia no complexo cérvico-craniofacial. Vol 1. Barueri: São Paulo; 2009.
3. Rahal A, Oncins MC. Eletromiografia de superfície na terapia miofuncional. 1ed. São José dos Campos: São Paulo; 2014.
4. Cardoso, MC.Fonoaudiologia na infância: avaliação e terapia.1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2015.
5. Ferrari-Piloni C, Barros LAN, Evangelista K, Serra-Negra JM, Silva MAG, Valladares-Neto J. Prevalence of Bruxism in Brazilian Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Dent*. 2022 Jan 15;44(1):8-20.
6. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil*. 2013 Jan;40(1):2-4.
7. Storari M, Serri M, Aprile M, Denotti G, Viscuso D. Bruxism in children: What do we know? Narrative Review of the current evidence. *Eur J Paediatr Dent*. 2023 Sep 1;24(3):207-210.
8. JBI. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Refined.site. 2021. Available from: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
9. PRISMA. PRISMA 2020 checklist [Internet]. PRISMA. 2020. Available from: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-checklist>
10. Restrepo C, Lobbezoo F, Castrillon E, Svensson P, Santamaria A, Alvarez C, Manrique R, Manfredini D. Agreement between jaw-muscle activity measurement with portable single-channel electromyography and polysomnography in children. *Int J Paediatr Dent*. 2018 Jan;28(1):33–42.
11. Amato JN, Tuon RA, Castelo PM, Gavião MB, Barbosa Td S. Assessment of sleep bruxism, orthodontic treatment need, orofacial dysfunctions and salivary biomarkers in asthmatic children. *Arch Oral Biol*. 2015 May;60(5):698–705.
12. Scheffelman B, Mello de Moraes B, Duarte J, Calixto Fraiz F, Feltrin de Souza J. Auriculotherapy for sleep bruxism in children: a series of cases. *Revista Científica Do CRO-RJ (Rio De Janeiro Dental Journal)*. 2020;5(1):42–48.

13. Ribeiro-Araújo NR, da Silva ACF, Marceliano CRV, Gavião MBD. Awake bruxism identification: a specialized assessment tool for children and adolescents—a pilot study. *Int J Environ Res Public Health*. 2025 Jun 22;22(7):982.
14. Tsuchiya M, Tsuchiya S, Momma H, Nagatomi R, Yaegashi N, Arima T, Ota C, Igarashi K; Japan Environment and Children's Study Group. Bruxism associated with short sleep duration in children with autism spectrum disorder: The Japan Environment and Children's Study. *PLoS One*. 2024 Dec 6;19(12).
15. Oh JS, Zaghi S, Ghodousi N, Peterson C, Silva D, Lavigne GJ, Yoon AJ. Determinants of probable sleep bruxism in a pediatric mixed dentition population: a multivariate analysis of mouth vs. nasal breathing, tongue mobility, and tonsil size. *Sleep Med*. 2021 Jan;77:7–13.
16. Alpaydin MT, Alpaydin T, Torul D. Os sintomas e sinais de disfunção temporomandibular têm associação com o padrão respiratório: um estudo transversal em crianças e adolescentes turcos. *BMC Oral Health*. 2024;24:721.
17. Mota-Veloso I, Celeste RK, Fonseca CP, Soares MEC, Marques LS, Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J. Effects of attention deficit hyperactivity disorder signs and socio-economic status on sleep bruxism and tooth wear among schoolchildren: structural equation modelling approach. *Int J Paediatr Dent*. 2017 Nov;27(6):523–531.
18. Rashed MF, Mohamed MA, Mohamed NER, Mansy ME. Evaluation of laser acupuncture versus physical therapy intervention in management of bruxism in children: a randomized controlled trial. *BMC Oral Health*. 2025 Mar 5;25(1):341.
19. Mahjoub Khatibani SP, Rabiei Sh, Kousha M, Vejdani J, Maleki A, Maleki D. Examining oral health and habits in children with attention deficit hyperactivity disorder: a cross-sectional study. *Journal of Pediatrics Review*. 2025;13(2):139–144.
20. Kobayashi FY, Castelo PM, Politti F, Rocha MM, Beltramin RZ, Salgueiro MDCC, Gonçalves MLL, Nammour S, Brugnera Júnior A, Sfalcin RA, Bussadori SK. Immediate Evaluation of the Effect of Infrared LED Photobiomodulation on Childhood Sleep Bruxism: A Randomized Clinical Trial. *Life (Basel)*. 2022 Jun 27;12(7):964.
21. Alanzi A, AlHayyan W, Hashem N. Impact of media use on oral health, parafunctional habits, and nutritional status in preschoolers: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2025 Jul 11;25(1):1143.
22. Leal TR, de Lima LCM, Perazzo MF, et al. Influence of the practice of sports, sleep disorders, and habits on probable sleep bruxism in children with mixed dentition. *Oral Dis*. 2023;29:211–219.
23. Yosunkaya MT. Is Otolgia be a symptom of anxiety in children? *Am J Otolaryngol*. 2020 Jul-Aug;41(4):102534.
24. Suhaib F, Saeed A, Gul H, Kaleem M. Oral assessment of children with autism spectrum disorder in Rawalpindi, Pakistan. *Autism*. 2019 Jan;23(1):81–86.

25. Lamenha Lins RM, Cavalcanti Campêlo MC, Mello Figueiredo L, Vilela Heimer M, Dos Santos-Junior VE. Probable sleep bruxism in children and its relationship with harmful oral habits, type of crossbite and oral breathing. *J Clin Pediatr Dent*. 2020;44(1):66–69.
26. Drumond CL, Souza DS, Serra-Negra JM, Marques LS, Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J. Respiratory disorders and the prevalence of sleep bruxism among schoolchildren aged 8 to 11 years. *Sleep Breath*. 2017 Mar;21(1):203–208.
27. Couto MCHD, Canhetti de Oliveira CM, Merlo S, Briley PM, Pinato L. Risk of sleep problems in a clinical sample of children who stutter. *J Fluency Disord*. 2024 Mar;79:106036.
28. Huynh NT, Desplats E, Bellerive A. Sleep bruxism in children: sleep studies correlate poorly with parental reports. *Sleep Med*. 2016 Mar;19:63–68.
29. Bortoletto CC, Salgueiro MDCC, Valio R, Fragoso YD, Motta PB, Motta LJ, Kobayashi FY, Fernandes KPS, et al. The relationship between bruxism, sleep quality, and headaches in schoolchildren. *J Phys Ther Sci*. 2017 Nov;29(11):1889–1892.
30. Simões-Zenari M, Bitar ML. Factors associated to bruxism in children from 4-6 years. *Pro Fono*. 2010 Oct-Dec;22(4):465-72.
31. Huynh N, Fabbro CD. Sleep bruxism in children and adolescents-A scoping review. *J Oral Rehabil*. 2024 Jan;51(1):103-109.
32. Iannella G, Magliulo G, Greco A, de Vincentiis M, Ralli M, Maniaci A, Pace A, Vicini C. Obstructive Sleep Apnea Syndrome: From Symptoms to Treatment. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 21;19(4):2459.
33. Lobbezoo F, van der Zaag J, van Selms MK, Hamburger HL, Naeije M. Principles for the management of bruxism. *J Oral Rehabil*. 2008 Jul;35(7):509-23.
34. Hirota T, King BH. Autism Spectrum Disorder: A Review. *JAMA*. 2023 Jan 10;329(2):157-168..
35. León-Barriera R, Ortegon RS, Chaplin MM, Modesto-Lowe V. Treating ADHD and Comorbid Anxiety in Children: A Guide for Clinical Practice. *Clin Pediatr (Phila)*. 2023 Jan;62(1):39-46.
36. Pauletto P, Polmann H, Conti Réus J, Massignan C, de Souza BDM, Gozal D, Lavigne G, Flores-Mir C, De Luca Canto G. Sleep bruxism and obstructive sleep apnea: association, causality or spurious finding? A scoping review. *Sleep*. 2022 Jul 11;45(7):zsac073.
37. Lee YH. Relationship Analogy between Sleep Bruxism and Temporomandibular Disorders in Children: A Narrative Review. *Children (Basel)*. 2022 Sep 25;9(10):1466.

38. Nunes E S, Menzan L, Cardoso, MCAF. Assessment protocols in orofacial motricity: a systematic review. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, e25111435896, 2022.
39. Fernandes FMVS, Teles RCVV. Application of the Portuguese version of the Obstructive Sleep Apnea-18 survey to children. *Brazilian Journal of otorhinolaryngology*. Nov-Dec 2013.
40. Camacho M, Certal V, Abdullatif J, Zaghi S, Ruoff CM, Capasso R, Kushida CA. Myofunctional Therapy to Treat Obstructive Sleep Apnea: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sleep*. 2015 May 1;38(5):669-75.

Quadros

Quadro 1: Estratégias de busca de acordo com as bases de dados.

Base de dados	Estratégia de busca	Limites
Pubmed	(crianças OR pediatria OR pediátrico OR children OR pediatric) AND ("terapia fonoaudiológica" OR fonoaudiologia OR "terapia da fala" OR "speech therapy" OR "speech-language therapy" OR therapy) AND (bruxismo OR "bruxismo do sono" OR "bruxismo em vigília" OR "bruxismo noturno" OR bruxism OR "sleep bruxism" OR "awake bruxism" OR "night bruxism")	2015-2025
Lilacs	(crianças OR pediatria OR pediátrico OR infantil OR children OR pediatric) AND ("terapia fonoaudiológica" OR fonoaudiologia OR "terapia da fala" OR "speech therapy" OR "speech-language therapy" OR terapia OR therapy) AND (bruxismo OR "bruxismo do sono" OR "bruxismo em vigília" OR "bruxismo noturno" OR bruxism OR "sleep bruxism" OR "awake bruxism" OR "night bruxism")	2015-2025
Scopus	(crianças OR pediatria OR pediátrico OR infantil OR children OR pediatric) AND ("terapia fonoaudiológica" OR fonoaudiologia OR "terapia da fala" OR "speech therapy" OR "speech-language therapy" OR avaliação OR assessment OR terapia OR therapy OR intervenção OR intervention) AND (bruxismo OR "bruxismo do sono" OR "bruxismo em vigília" OR "bruxismo noturno" OR bruxism OR "sleep bruxism" OR "awake bruxism" OR "night bruxism")	2015-2025 title, abstract, and keywords
Web of Science	(crianças OR pediatria OR pediátrico OR infantil OR children OR pediatric) AND ("terapia fonoaudiológica" OR fonoaudiologia OR "terapia da fala" OR "speech therapy" OR "speech-language therapy" OR terapia OR therapy) AND (bruxismo OR "bruxismo do sono" OR "bruxismo em vigília" OR "bruxismo noturno" OR bruxism OR "sleep bruxism" OR "awake bruxism" OR "night bruxism")	2015-2025
Embase	(crianças OR pediatria OR pediátrico OR infantil OR children OR pediatric) AND (avaliação OR 'instrumento de avaliação' OR assessment OR 'assessment tool') AND (terapia OR therapy OR intervenção OR intervention) AND ('terapia fonoaudiológica' OR fonoaudiologia OR 'terapia da fala' OR 'speech therapy' OR 'speech-language therapy') AND (bruxismo OR 'bruxismo do sono' OR 'bruxismo em vigília' OR 'bruxismo noturno' OR bruxism OR 'sleep bruxism' OR 'awake bruxism' OR 'night bruxism')	2015-2015
CINAHL	("crianças" OR "pediatria" OR "pediátrico" OR "children" OR "pediatric" OR "child") AND (bruxismo OR "bruxismo do sono" OR "bruxismo em vigília" OR bruxism OR "sleep bruxism" OR "awake bruxism") AND ("terapia fonoaudiológica" OR "speech therapy" OR fonoaudiologia OR "speech-language pathology" OR intervenção OR therapy)	2015-2025

CINAHL = Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

Tabelas

Tabela 1: Variáveis registradas dos estudos incluídos.

Variável	Definição / Descrição
Autoria	Nome do autor principal do estudo
Ano	Ano da publicação
Revista	Nome da revista
Área	Área do conhecimento
Universidade	Universidade principal do estudo
País	País onde o estudo foi conduzido
População	Idade dos participantes da amostra
Amostra	Tamanho da amostra
Instrumento de coleta de dados	Método avaliativo utilizado
Conceito	Estratégia terapêutica, abordagem avaliativa ou associação
Tipo	Tipo de bruxismo analisado
Achado	Principais resultados

Tabela 2: Resultados por estudo incluído na revisão.

Resultados				
Estudo	Área	Conceito	Tipo	Achado
[10]	Odontologia	Avaliação	Sono	A EMG com a medida GrindCare não foi precisa para detectar bruxismo do sono em crianças.
[11]	Odontologia	Associação	Sono	Asma associada ao bruxismo.
[12]	Odontologia	Intervenção	Sono	Auriculoterapia como abordagem complementar para tratamento do bruxismo do sono em crianças.
[13]	Odontologia	Avaliação	Vigília	Protocolo ABIT com BruxApp ou variação analógica para avaliação do bruxismo em vigília.
[14]	Enfermagem	Associação	Sono e vigília	Menor duração do sono no período neonatal em crianças com TEA associada a maior prevalência de bruxismo.
[15]	Odontologia	Associação	Sono	Respiração oral e mobilidade restrita de língua associada ao bruxismo em crianças.
[16]	Odontologia	Associação	Não especificado	DTM associada ao bruxismo em crianças.
[17]	Odontologia	Associação	Sono	TDAH associado ao bruxismo em crianças.
[18]	Odontologia e Fisioterapia	Intervenção	Sono	Acupuntura a laser e fisioterapia de relaxamento como opções promissoras de intervenção.
[19]	Odontologia e Psiquiatria	Associação	Não especificado	TDAH associado ao bruxismo em crianças.
[20]	Odontologia	Intervenção	Sono	Uso de fotobiomodulação para intervenção rápida nos sintomas de dor do bruxismo.
[21]	Odontologia	Associação	Não especificado	Uso problemático da mídia digital associado ao bruxismo.
[22]	Odontologia	Associação	Sono	Distúrbios do sono, uso excessivo de dispositivos eletrônicos, roer unhas, morder lábios, bochechas e língua, chupar dedo, usar mamadeira, usar bico e falta de atividade física associados ao bruxismo em crianças.
[23]	Medicina	Associação	Não especificado	Otalgia associada ao bruxismo.
[24]	Odontologia	Associação	Não especificado	TEA associado ao bruxismo.
[25]	Odontologia	Associação	Sono	Respiração oral associada ao bruxismo.
[26]	Odontologia	Associação	Sono	Rinite e sinusite associadas ao bruxismo.
[27]	Fonoaudiologia	Associação	Sono	Bruxismo do sono associado à maior prevalência de disfluência.
[28]	Odontologia	Avaliação	Sono	Não foi encontrada equivalência entre o relato dos pais e os dados EMG sobre o bruxismo.
[29]	Fisioterapia	Associação	Sono e Vigília	Cefaleia associada ao bruxismo do sono.

[30]	Fonoaudiologia	Associação	Não especificado	Hábitos orais e aspectos alterados da motricidade orofacial associados ao bruxismo em crianças.
------	----------------	------------	------------------	---

EMG = eletromiografia de superfície ABIT = Assessment Bruxism Identification Tool TEA = Transtorno do Espectro Autista
DTM = Disfunção Temporomandibular TDAH = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Tabela 3: Métodos por estudo incluído na revisão.

Métodos			
Estudo	População	Amostra	Instrumento de coleta de dados
[10]	8-12 anos	47	Questionários, EMG e Polissonografia.
[11]	7-9 anos	108	Relato dos pais, exame clínico odontológico e questionários.
[12]	6-9 anos	12	Diário do sono, relatado pelos pais.
[13]	8-12 anos	10	Relatório, autorrelato, avaliação clínica, EMA.
[14]	nascidos entre 2011 e 2014	83.720	Relato dos pais.
[15]	6-12 anos	96	Relato dos pais e exame clínico odontológico.
[16]	2-14 anos	945	Estudo realizado com dados secundários.
[17]	6-12 anos	851	Relato dos pais e exame clínico odontológico
[18]	6-12 anos	24	Relato dos pais, exame clínico odontológico e EMG
[19]	12-14 anos	36	Relato dos pais.
[20]	6-8 anos	30	Exame clínico odontológico e EMG.
[21]	3-5 anos	388	Questionários e exame clínico odontológico.
[22]	8-10 anos	739	Questionários, exame clínico odontológico.
[23]	6-16 anos	86	Exame clínico médico e psicológico.
[24]	2-10 anos	85	Relato dos pais e exame clínico odontológico.
[25]	6-10 anos	151	Relato dos pais e exame clínico odontológico.
[26]	8-11 anos	448	Relato dos pais e exame clínico odontológico.
[27]	6-12 anos	100	Questionários e coleta de fala por vídeo para exame fonoaudiológico.
[28]	7-14 anos	39	Exame clínico odontológico.
[29]	3-6 anos	103	Relato dos pais e exame clínico odontológico.
[30]	4-6 anos	141	Questionários e avaliação fonoaudiológica.

EMG = Eletromiografia de superfície EMA = Ecological Momentary Assessment

Tabela 4: Análise bibliográfica por estudo incluído.

Análise Bibliográfica					
Estudo	Autor	Ano	Revista	Universidade	País
[10]	Claudia Restrepo	2018	International Journal of Paediatric Dentistry	Universidade CES	Colômbia
[11]	Juliana Neide Amato	2015	Archives of Oral Biology	UNICAMP	Brasil
[12]	Bruna Mello Moraes	2020	Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal)	UFPR	Brasil
[13]	Núbia Rafaela Ribeiro Araújo	2025	International Journal of Environmental Research and Public Health	Universidade Estadual de Campinas	Brasil
[14]	Masahiro Tsuchiyal	2024	Plos One	Universidade Tohoku Fukushi	Japão
[15]	James S. Oh	2020	Sleep Medicine	Faculdade de Odontologia da UCLA	EUA
[16]	Mehmed Taha Alpaydin	2024	BMC Oral Health	Universidade de Ordu	Perú
[17]	Isabella Mota Veloso	2017	Revista Internacional de Odontopediatria	UFRGS	Brasil
[18]	Mohamed Farouk Rashed	2025	BMC Oral Health	Universidade Misr de Ciência e Tecnologia	Egito
[19]	Seyedeh Porousha Mahjoub Khatibani	2025	Journal of Pediatric Review	Universidade de Ciências Médicas de Guilan	Irã
[20]	Fernanda Yukie Kobayashi	2022	Life	UNINOVE	Brasil
[21]	Abrar Alanzi	2025	BMC Oral Health	Universidade do Kuwait	Kuwait
[22]	Thiago Ribeiro Leal	2020	Wiley Periódicos	UFMG	Brasil
[23]	M. Tarhun Yosunkaya	2020	American Journal of Otolaryngology	Universidade Lokman Hekim	Turquia
[24]	Fátima Suhaib	2019	Autism	Universidade Nacional de Ciências Médicas	Paquistão
[25]	Renata Matos Lamenha Lins	2020	Revista de Odontologia Pediátrica Clínica	UFAL	Brasil
[26]	Clarissa Lopes Drumond	2016	Springer	UFMG	Brasil
[27]	Maria Clara Helena do Couto	2023	Journal of Fluence Disorders	UNESP	Brasil
[28]	E. Huynh	2015	Sleep Medicine	Universidade de Montreal	Canadá
[29]	Carolina Carvalho Bortoletto	2017	The Society of Physical Therapy Science	Universidade Nove de Julho	Brasil
[30]	Márcia Simões	2010	Pró-Fono Revista de	FMUSP	Brasil

	Zenari		Atualização Científica		
--	--------	--	------------------------	--	--

FMUSP = Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo UFAL = Universidade Federal de Alagoas UFMG = Universidade Federal de Minas Gerais UFPR = Universidade Federal do Paraná UFRGS = Universidade Federal do Rio Grande do Sul UNESP = Universidade Estadual Paulista UNICAMP = Universidade Estadual de Campinas UNINOVE = Universidade Nove de Julho

Figuras

Figura 1: Fluxograma detalhado do mapeamento sistemático.

	BASE DE DADOS Pubmed	BASE DE DADOS Lilacs	BASE DE DADOS Scopus	BASE DE DADOS Web of Science	BASE DE DADOS Embase	BASE DE DADOS CINAHL
TOTAL APLICANDO A STRING DE BUSCA COM OS LIMITES	112	33	299	60	4	124
TOTAL APÓS TRIAGEM DE TÍTULO, RESUMO E PALAVRAS-CHAVE	18	1	16	2	1	4
TOTAL APÓS A LEITURA DO ARTIGO NA ÍNTEGRA	5	1	11	0	1	2
ADIÇÃO MANUAL	0	1	0	0	0	0
	EXCLUSÕES 107	EXCLUSÕES 32	EXCLUSÕES 288	EXCLUSÕES 60	EXCLUSÕES 3	EXCLUSÕES 122
REVISÕES	33	11	77	11	0	24
EDITORIAIS, LITERATURA CINZENTA, CARTAS AO EDITOR E RELATOS DE CASO	4	0	18	2	0	8
ESTUDOS DUPLICADOS	0	4	8	8	0	10
ESTUDOS SEM ACESSO	3	0	0	2	0	1
ESTUDOS FORA DO ESCOPO DA PESQUISA OU DA POPULAÇÃO	67	17	185	37	3	79

Figura 2: Chuva de palavras com a tendência atual das pesquisas.



Figura 3: Chuva de palavras com a tendência na área de Fonoaudiologia.

