

Trabalho de Conclusão de Curso

PREVALÊNCIA DE BRUXISMO DO SONO EM PACIENTES DO CENTRO MULTIDISCIPLINAR DE DOR OROFACIAL (CEMDOR)

Bianca Paes da Silveira



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Bianca Paes da Silveira

**PREVALÊNCIA DE BRUXISMO DO SONO EM PACIENTES
DO CENTRO MULTIDISCIPLINAR DE DOR OROFACIAL
(CEMDOR)**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Beatriz Dulcineia Mendes de Souza.

Co-orientadora: M.^a. Morgane Marion Kuntze

Florianópolis
2018

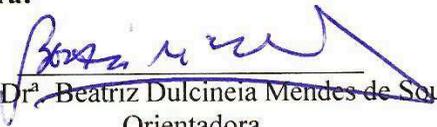
Bianca Paes da Silveira

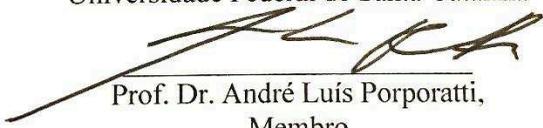
**PREVALÊNCIA DE BRUXISMO DO SONO EM PACIENTES DO
CENTRO MULTIDISCIPLINAR DE DOR OROFACIAL
(CEMDOR)**

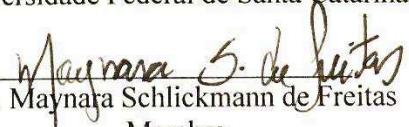
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

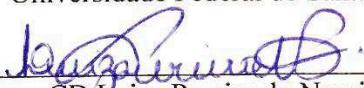
Florianópolis, 24 de maio de 2018.

Banca Examinadora:


Prof.^a, Dr.^a Beatriz Dulcineia Mendes de Souza
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof. Dr. André Luís Porporatti,
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina


Ma. Maynara Schlickmann de Freitas
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina


CD Luiza Pereira do Nascimento
Suplente
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho aos meus pais, Francisco e
Rita, por todo apoio e incentivo durante a
realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meu pais, **Francisco Luiz Gonçalves da Silveira** e **Rita de Cássia Mendonça Paes Silveira**, por sempre me apoiarem, acreditarem no meu potencial e nunca medirem esforços para que eu realizasse meus sonhos. Vocês são a minha base e agradeço por serem os melhores pais do mundo! Amo muito vocês!

À minha família, principalmente os meus padrinhos, **Giovani de Paula** e **Elaine de Paula**, por sempre acreditarem em mim. Ao meu irmão, **Luiz Fernando Paes da Silveira**, por me apoiar em todas as minhas escolhas e por me presentear com um sobrinho maravilhoso que alegrou ainda mais nossa família.

Ao meu namorado, **Luan Trevizan**, por todo companheirismo, amor, carinho e paciência durante cada semestre. Por toda compreensão da minha ausência pelo tempo dedicado aos estudos, por ser exemplo de tranquilidade e por toda paz trazida na correria de cada dia. Agradeço por estar sempre ao meu lado.

À minha orientadora, professora **Beatriz Dulcineia Mendes de Souza**, por ter me aceito como sua orientada, que com toda sua competência e sabedoria me orientou na elaboração deste trabalho. Agradeço por todos os ensinamentos para minha vida acadêmica, profissional e pessoal, por sempre me receber com um sorriso no rosto e por estar em todas as aulas, clínicas e reuniões com alto-astral. Agradeço por ter me ensinado muito além da Odontologia e a sempre ter pensamentos positivos.

Ao professor **André Luís Porporatti** que também contribuiu muito para a construção deste trabalho e para minha formação. Agradeço à equipe do CEMDOR, principalmente **Luiza Nascimento**, **Fernanda Berreta** e **Morgane Kuntze**, por nos ajudarem na organização dos questionários, tabulação de dados e por estarem sempre disponíveis para o que precisássemos.

Agradeço também a minha dupla de TCC, **Luiza Martini Beloto**, por compartilhar comigo todos os sentimentos (positivos e negativos) que este trabalho nos proporcionou. Por todo companheirismo durante os períodos de impressão e organização dos questionários, tabulação de dados e obtenção dos resultados. Por toda paciência e compreensão em me ouvir falar todos os dias sobre algum assunto relacionado ao TCC. Agradeço por termos nos aproximado e nos tornado amigas.

À minha amiga, quase irmã, **Gabriela Panca Sabatini**, que esteve comigo do início ao fim da faculdade. Agradeço por toda ajuda,

por todos os dias de estudos, por todos os conselhos, por toda paciência e por todas as risadas. Obrigada pela amizade e por crescermos juntas após cada atendimento. Agradeço à vida por ter conhecido alguém tão maravilhosa e com um coração tão bom quanto o seu. Tenho certeza que em um futuro não muito distante, vou olhar para a profissional que você se tornou e sentir orgulho por ter sido sua dupla na faculdade e ter acompanhado todo o seu crescimento.

A todos os meus colegas de turma, principalmente às minhas amigas: **Ana Paula Machado, Deiziane de Souza, Fernanda Junqueira, Helena Bonamigo, Luiza Mota e Naiany Meiriely** por todos os momentos compartilhados e experiências trocadas. Por todas as reuniões, almoços, jantares e jogos. Agradeço por fazerem parte da minha vida e por fazerem meus dias mais felizes durante a graduação.

Aos professores do curso que participaram do meu crescimento acadêmico e contribuíram para meu futuro profissional. Especialmente à professora **Carolina Mayumi Cavalcanti Taguchi** por toda calma e atenção que sempre apresentou comigo, ao professor **Eduardo Antunes Bortoluzzi** por toda paciência, ensinamentos e por fazer com que eu gostasse cada vez mais da endodontia e ao professor **Nelson Makowiecky** pelos abraços diários, por todo incentivo, pelas preocupações e principalmente pela competência e habilidades clínicas repassadas.

À **Universidade Federal de Santa Catarina** por me proporcionar muito crescimento, amadurecimento e a oportunidade de conhecer pessoas tão especiais.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação durante estes 5 anos, o meu muito obrigada!

“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante” (Saint-Exupéry – O Pequeno Príncipe)

RESUMO

Os objetivos deste trabalho foram determinar a prevalência de bruxismo do sono (BS) em pacientes atendidos no Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial (CEMDOR) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de 2016.1 a 2017.2 e associar o BS com ansiedade, estilo de vida, qualidade do sono e qualidade de vida dos pacientes. A amostra foi composta por vinte e dois pacientes, de ambos os sexos, com idade variando de 15 a 63 anos. O diagnóstico de BS foi realizado por meio de autorrelato, anamnese e exame físico. Para graduar o nível de ansiedade, estilo de vida, qualidade do sono e qualidade de vida, foram utilizados, respectivamente, o Inventário de Ansiedade de Beck, Questionário de Estilo de Vida, Índice de Pittsburgh e o Questionário SF-36. Os resultados apontaram que dezenove pacientes apresentaram BS, revelando uma prevalência de 86,36%. A maioria dos pacientes com BS apresentava nível mínimo de ansiedade (68,42%); praticava pouca ou nenhuma atividade física (78,93%); possuía muito pouco ou moderada atividade social (78,94%); consumia pouco ou nada de álcool (94,73%), café (68,41%) e cigarro (100%), e possuía qualidade de sono ruim ou distúrbio do sono (73,68%). A dor e os aspectos emocionais foram os domínios que mais geraram limitações na qualidade de vida dos pacientes com BS. Concluiu-se que a prevalência de BS foi alta e supõe-se uma fraca associação com ansiedade, estilo de vida, e consumo de álcool, café e cigarro. Parece haver alguma associação entre BS e atividade física, qualidade do sono e qualidade de vida.

Palavras-chave: “bruxismo do sono”, “prevalência”, “ansiedade”, “estilo de vida”, “qualidade do sono”, “qualidade de vida”.

ABSTRACT

The objectives of this study were to determine the prevalence of sleep bruxism (SB) in patients attended at the Multidisciplinary Orofacial Pain Center (CEMDOR) of the Federal University of Santa Catarina (UFSC) from 2016.1 to 2017.2 and to relate SB with anxiety, lifestyle, quality of sleep and quality of life of the patients. The sample consisted of twenty-two patients of both sexes, ranging in age from 15 to 63 years. The diagnosis of SB was performed through self-report, anamnesis and physical examination. Beck Anxiety Inventory, Lifestyle Questionnaire, Pittsburgh Index, and the SF-36 Questionnaire were used to grade the level of anxiety, lifestyle, sleep quality, and quality of life. The results indicated that nineteen patients had SB, showing a prevalence of 86.36%. The majority of patients with SB had a minimum level of anxiety (68.42%); practiced little or no physical activity (78.93%); had very little or moderate social activity (78.94%); consumed little or no alcohol (94.73%), coffee (68.41%) and cigarette (100%) and had poor sleep quality (36.84%) or sleep disturbance (36.84%). It was concluded that the prevalence of SB was high, and was assumed a weak association between SB and anxiety, lifestyle, and consumption of alcohol, coffee and cigarettes. There seems to be some association between SB and physical activity, quality of sleep and quality of life.

Keywords: "sleep bruxism", "prevalence", "anxiety", "lifestyle", "quality of sleep", "quality of life".

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Nível de ansiedade.....	28
Tabela 2 – Pontuação para questão 6 do questionário Índice de Pittsburgh.....	29
Tabela 3 – Pontuação para questão 2 do questionário Índice de Pittsburgh.....	29
Tabela 4 – Pontuação para a questão 5a do questionário Índice de Pittsburgh.....	30
Tabela 5 – Pontuação para a soma das questões 2 e 5a do questionário Índice de Pittsburgh.....	30
Tabela 6 – Pontuação para questão 4 do questionário Índice de Pittsburgh.....	30
Tabela 7 – Pontuação para o Grupo 4 do questionário Índice de Pittsburgh.....	31
Tabela 8 – Pontuação para as questões 5b a 5j do questionário Índice de Pittsburgh.....	31
Tabela 9 – Pontuação da soma das questões 5b a 5j do questionário Índice de Pittsburgh.....	31
Tabela 10 – Pontuação para questão 7 do questionário Índice de Pittsburgh.....	31
Tabela 11 – Pontuação para questão 8 do questionário Índice de Pittsburgh.....	32
Tabela 12 – Pontuação para questão 9 do questionário Índice de Pittsburgh.....	32
Tabela 13 – Pontuação para o Grupo 7 do questionário Índice de Pittsburgh.....	32
Tabela 14 – Pontuação global do questionário Índice de Pittsburgh.....	33

Tabela 15 – Pontuação para as perguntas do questionário Qualidade de Vida – SF-36.....	33
Tabela 16 – Valores do limite inferior e variação de acordo com as questões do questionário Qualidade de Vida – SF-36.....	35
Tabela 17 – Distribuição da amostra quanto ao gênero e prevalência de BS.....	36
Tabela 18 – Prevalência de pacientes que apresentam BS e BV (simultaneamente).....	36
Tabela 19 – Prevalência de pacientes que apresentam somente BS.....	36
Tabela 20 – Distribuição da amostra quanto a faixa etária e prevalência de BS.....	37
Tabela 21 – Nível de ansiedade em pacientes com diagnóstico de BS.....	37
Tabela 22 – Nível de ansiedade em pacientes com diagnóstico de BS e BV (simultaneamente).....	38
Tabela 23 – Nível de ansiedade em pacientes com diagnóstico somente de BS.....	38
Tabela 24 – Distribuição dos pacientes quanto à prática de exercícios.....	38
Tabela 25 – Distribuição dos pacientes quanto à atividade social.....	39
Tabela 26 – Distribuição dos pacientes referente a quantidade de café consumida por dia.....	39
Tabela 27 – Distribuição dos pacientes quanto à ingestão de bebidas alcoólicas.....	39
Tabela 28 – Distribuição dos pacientes quanto ao uso de cigarro.....	39

Tabela 29 – Qualidade do sono dos pacientes com diagnóstico de
BS.....40

Tabela 30 – Médias aritméticas simples dos domínios do questionário
Qualidade de Vida – SF-36.....40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEMDOR	Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial
BS	Bruxismo do sono
PSG	Polissonografia
AV	Áudio-Vídeo
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
BV	Bruxismo em vigília
AAMS	Academia Americana de Medicina do Sono
SNC	Sistema Nervoso Central
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
AMMR	Atividade muscular mastigatória rítmica
EMG	Eletromiográfica
CBT	Tratamentos cognitivos-comportamentais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
N	Número amostral
IQSP	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

LISTA DE SÍMBOLOS

$\%$	Por cento
\pm	Mais ou menos
$<$	Menor que
$=$	Igual a
$>$	Maior que

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3.1	BRUXISMO.....	19
3.1.1	Classificação.....	32
3.1.2	Prevalência.....	33
3.1.3	Etiologia.....	33
3.1.4	Fatores de risco.....	34
3.1.5	Sinais e sintomas.....	34
3.1.6	Diagnóstico.....	35
3.1.7	Tratamento.....	37
4	METODOLOGIA.....	27
5	RESULTADOS.....	36
6	DISCUSSÃO.....	41
7	CONCLUSÃO.....	44
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICE A.....	50
	APÊNDICE B.....	52
	ANEXO A.....	53
	ANEXO B.....	54
	ANEXO C.....	57
	ANEXO D.....	60
	ANEXO E.....	63

1. INTRODUÇÃO

O bruxismo é uma atividade repetitiva dos músculos da mastigação caracterizada por apertar, encostar, bater, ranger os dentes ou manter a mandíbula na mesma posição (LOBBEZOO *et al.*, 2013). Como o bruxismo pode ter duas manifestações circadianas distintas, em vigília ou no sono (LOBBEZOO *et al.*, 2013), a Academia Americana de Distúrbios do Sono propôs os termos "bruxismo do sono" e "bruxismo em vigília" (REDDY *et al.*, 2014). Estes são clinicamente distintos e transcorrem durante estados diferentes de consciência, tendo etiologias e fisiopatologias divergentes, precisando, então, de diferentes formas de tratamento (ALÓE *et al.*, 2003).

Ainda não há estudos conclusivos sobre a etiologia do bruxismo. Fatores locais, como a má oclusão, vêm perdendo relevância à medida que os fatores cognitivos comportamentais, como o estresse, a ansiedade e traços de personalidade, estão recebendo mais destaque. Não é possível afirmar que essa atividade parafuncional tenha regulação apenas do Sistema Nervoso Central, mas presume-se que seja modulada por vários neurotransmissores desse sistema (GONÇALVES; TOLEDO; OTERO, 2010).

O Bruxismo do sono (BS) varia sua prevalência em diferentes faixas etárias. Em indivíduos com idade entre 18 e 29 anos a prevalência é de 13%, sendo reduzida para 3% em pacientes com mais de 60 anos de idade. Entretanto em crianças, a prevalência de BS pode variar de 5,9 a 49,6% (MACHADO *et al.*, 2014). Infelizmente ainda existe uma ampla discrepância na prevalência do bruxismo em virtude da inexistência de regulamentação e padronização dos critérios para sua avaliação, o que acaba dificultando o estabelecimento de parâmetros comparativos (GONÇALVES; TOLEDO; OTERO, 2010).

O diagnóstico clínico atual do BS depende principalmente do relato do paciente, presença de desgaste nos dentes, mobilidade dentária e de outros achados clínicos, como a edentação da língua, hipertrofia muscular mastigatória, dor na articulação temporomandibular, dor de cabeça e dor ou fadiga dos músculos mastigatórios no início da manhã (KOYANO *et al.*, 2008). A polissonografia (PSG) com gravações de áudio-vídeo (AV) em clínicas do sono é atualmente considerada o padrão-ouro para a avaliação de BS (LAVIGNE *et al.*, 1996). No entanto, como a PSG é cara e demorada, exigindo treinamento extensivo e precisão na pontuação, outras formas de diagnóstico como avaliação clínica, dispositivos portáteis e questionários têm sido utilizados como

alternativas de diagnóstico (MANFREDINI *et al.*, 2014; RAPHAEL *et al.*, 2015).

Este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de BS e sua associação com a qualidade do sono, ansiedade, estilo de vida e qualidade de vida, em pacientes atendidos no Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial (CEMDOR) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por meio da avaliação da ficha clínica, exame clínico e questionários validados.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência de BS em pacientes atendidos no Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial (CEMDOR) da Universidade Federal de Santa Catarina no período de 2016.1 a 2017.2.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Associar o BS com ansiedade;
- Associar o BS com o estilo de vida;
- Associar o BS com qualidade do sono;
- Associar o BS com a qualidade de vida.

3. REVISÃO DA LITERATURA

As atividades do sistema mastigatório podem ser divididas em dois tipos: funcional, que inclui mastigação e fala, e parafunção, que inclui aperto ou ranger dos dentes (REDDY *et al.*, 2014).

As ações musculares das atividades funcionais são altamente controladas, permitindo que o sistema mastigatório execute as funções necessárias com o mínimo de danos nas estruturas desse sistema. Durante a mastigação e a deglutição, a mandíbula se move em direção vertical e à medida que ela se fecha e os contatos dos dentes ocorrem, as forças predominantes aplicadas aos dentes também estão em uma direção vertical que são bem aceitas pelas estruturas de suporte dos dentes. A maior parte da atividade funcional da mandíbula ocorre próxima à posição de relação cêntrica. As forças relacionadas à atividade funcional são distribuídas a muitos dentes que minimizam danos potenciais a um único dente (REDDY *et al.*, 2014).

As atividades parafuncionais, como o bruxismo, ao que tudo indica são controladas por mecanismos totalmente diferentes (REDDY *et al.*, 2014).

3.1 BRUXISMO

O bruxismo é uma atividade parafuncional dos músculos da mastigação caracterizada por apertar, encostar, bater, ranger os dentes ou apenas manter a mandíbula na mesma posição (LOBBEZOO *et al.*, 2013), que pode ser realizado em vigília ou durante o sono. Durante o bruxismo, quando a mandíbula desloca de um lado para o outro, são aplicadas forças horizontais intensas nos dentes, que não são bem aceitas e que aumentam as chances de danos aos dentes e/ou estruturas de suporte (REDDY *et al.*, 2014).

O bruxismo é considerado o mais prejudicial entre as atividades parafuncionais do sistema estomatognático, podendo ser responsável pelo desgaste dentário, lesões no periodonto e lesão articular e/ou muscular (KOYANO *et al.*, 2008). Portanto, acredita-se que o bruxismo possa ter um papel importante no desenvolvimento de dor craniofacial, incluindo disfunção temporomandibular (KOYANO *et al.*, 2008).

A maioria das atividades funcionais que ocorrem nos maxilares consiste em contração bem controlada, rítmica e relaxamento dos músculos. Essa atividade rítmica permite um fluxo sanguíneo adequado, que fornece oxigênio aos tecidos e elimina subprodutos acumulados a nível celular. O bruxismo, em contraste, resulta em contração muscular sustentada por longos períodos. Esse tipo de atividade reduz a oxigenação

dentro dos tecidos musculares, pois há um fluxo sanguíneo reduzido. Como resultado, os níveis de dióxido de carbono e subprodutos de resíduos celulares aumentam dentro do tecido muscular criando sintomas de fadiga, dor e espasmos (REDDY *et al.*, 2014).

3.1.1 Classificação

O bruxismo pode apresentar duas manifestações circadianas distintas, indicadas como bruxismo em vigília (BV) e BS (LOBBEZOO *et al.*, 2013), as quais podem expressar etiologias e possíveis consequências diferentes (REDDY *et al.*, 2014).

a. Bruxismo em Vigília

O BV é definido como aperto consciente da mandíbula e presume-se que esteja associado ao estresse causado por responsabilidades familiares ou pressão no trabalho. Tais sugestões não estão fortemente baseadas em evidências, mas são derivadas principalmente do conhecimento existente e da experiência prática de clínicos ou acadêmicos (LAVIGNE *et al.*, 2008).

Atividades anormais oromandibulares diurnas do BV precisam ser diferenciadas de vários tipos de atividades habituais. As atividades orofaciais habituais incluem mastigação funcional, deglutição e fala. Atividades incomuns, também chamadas de parafunções, são atividades não funcionais oromandibulares ou linguais que podem incluir, isoladamente ou em conjunto: apertar, ranger ou tocar os dentes; morder lábios, língua ou bochecha; roer unhas; empurrar os dentes com a língua; morder objetos (por exemplo: cigarro, cachimbo ou lápis) e má postura da cabeça e da mandíbula. De acordo com autorrelatos a maioria das "parafunções" orais persistem ao longo dos anos (LAVIGNE *et al.*, 2008).

b. Bruxismo do Sono

Até o presente momento, a maioria das pesquisas concentrou-se no BS, o qual ganhou considerável relevância clínica devido a sua possível associação com desgaste dental, mobilidade dental e fratura frequente de restaurações (KOYANO *et al.*, 2008). Para uma definição mais funcional, a American Academy of Sleep Medicine (Academia Americana de Medicina do Sono) (AAMS) definiu o BS como um distúrbio do movimento relacionado ao sono, caracterizado pelo ranger ou apertar dos dentes durante o sono, geralmente associado a micro despertares.

Aproximadamente 60 a 80% dos episódios de BS estão associados a movimentos corporais não periódicos breves. O sono é

dividido em não-REM (estágios leves 1 e 2, estágios profundos 3 e 4) e REM (período de sono ativo) que são repetidos a cada 90-110 minutos (o ciclo ultradiano). As evidências mostram que a maioria dos episódios de BS tende a ocorrer durante os estágios de sono leve não-REM 1 e 2, cerca de 10% dos episódios do BS ocorrem durante o sono REM e a frequência dos picos dos episódios ocorrem durante o período de transição do sono que precede o sono REM (LAVIGNE *et al.*, 2008).

3.1.2 Prevalência

O ato de ranger os dentes durante o sono é comum, na população geral, aproximadamente 85 a 90% das pessoas declaram realizar esse movimento no decorrer de suas vidas (ALÓE *et al.*, 2003). Mas, o BS não tem sua prevalência exatamente determinada pois a maior parte dos estudos epidemiológicos sobre o assunto é fundamentada em metodologias e amostras diferentes, sendo possível observar uma variação de 5,9% a 49,6% em crianças (MACHADO *et al.*, 2014).

Segundo uma revisão de Aloé *et al.* (2003), estudos longitudinais têm sugerido entre 35% e 90% dos infantes com este distúrbio do sono evoluem com sintomas na fase adulta. Supõe-se que o BS seja mais comumente encontrado na infância, embora considerado comum em adultos e observado com menor frequência em idosos (SIMÕES-ZENARI; BITAR, 2010).

Manfredini *et al.* (2013) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre prevalência do bruxismo em populações adultas. A prevalência de BS foi relatada em três estudos, os quais obtiveram o diagnóstico do bruxismo com base em questionários respondidos pelos pacientes. A prevalência de BS presente em até três vezes por semana foi de 9,3%, BS considerado “frequente” foi de 14% e 15,3% para o BS definido pelo termo de frequência “frequentemente”. Em virtude da heterogeneidade dos parâmetros de frequência empregados para relatar o BS, uma suposta prevalência poderia ser determinada apenas para o BS frequente (12,8% ± 3,1%).

3.1.3 Etiologia

Embora haja muita pesquisa sobre a prevalência, etiologia, efeito e tratamento do bruxismo, não há diretrizes ou consenso estabelecidos que possam ser aplicados na prática odontológica até o momento (KOYANO *et al.*, 2008).

Inicialmente, os cirurgiões-dentistas estavam bastante convictos de que havia uma etiologia singular para o BS diretamente relacionado a

fatores oclusais, com o desgaste dentário confirmando um diagnóstico clínico. Vários estudos contestaram a desarmonia oclusal ou os contatos prematuros como fator etiológico principal e relataram que a atividade do BS não foi reduzida por ajuste oclusal. Outros estudos relataram uma prevalência semelhante de BS em pessoas com e sem interferências oclusais. Esses estudos negam o efeito de fatores e influências anatômicas como fatores etiológicos confiáveis para o BS (KLASSER *et al.*, 2015).

As hipóteses mais recentes sobre a etiologia do BS apoiam os papéis do Sistema Nervoso Central (SNC) e do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) na origem da atividade oromandibular durante o sono. Mais especificamente, os mecanismos relacionados ao sono sofrem influência de substâncias químicas cerebrais e a manutenção da permeabilidade das vias aéreas durante o sono podem aumentar a atividade motora subjacente à origem do BS e da atividade muscular mastigatória rítmica (AMMR) responsável pelo ranger dos dentes durante à noite (KLASSER *et al.*, 2015).

3.1.4 Fatores de risco

Os seguintes fatores de risco foram sugeridos como principais intensificadores do ranger dos dentes no BS: tabagismo, cafeína e bebidas alcoólicas; tipo de personalidade (ansiedade); distúrbios do sono, como ronco e apneia do sono (LAVIGNE *et al.*, 2008).

O BS pode ser causado por uso de substâncias, como cocaína, anfetaminas, substâncias relacionadas às anfetaminas, como o metilendioximetanfetamina (MDMA) ou ecstasy, assim como por medicamentos antipsicóticos antagonistas da neurotransmissão dopaminérgica, antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram, venlafaxina), fenfluramina e inibidores dos canais de cálcio (flunarizina). Vários fatores de risco e doenças estão associados ao BS. Fumantes apresentam um risco aumentado em duas vezes de desenvolverem BS, e os fumantes que já são portadores de BS apresentam mais episódios de ranger de dentes durante o sono. O BS está associado com a síndrome das pernas inquietas e com os movimentos periódicos dos membros (mioclonias noturnas) em 10% dos casos. Cerca de 3,5% a 5% dos portadores da síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono apresentam BS (ALÓE *et al.*, 2003).

3.1.5 Sinais e sintomas

Alguns estudos relataram que o bruxismo pode não ser um fator primário, mas pode contribuir para o desgaste de materiais restauradores,

antecipa perdas dentárias na periodontite, fraturas nos dentes posteriores, falhas em implantes e complicações na fixação de próteses sobre implantes. A maioria dos estudos nesse assunto definiu um paciente com bruxismo com base nos relatos do paciente ou no desgaste dos dentes. No entanto, tais definições não são confiáveis. Também sugeriu que o bruxismo causa uma carga excessiva nos implantes dentários, resultando em perda óssea ao redor dos implantes ou mesmo na falha do implante. Embora as análises científicas sobre esse tópico indiquem que não há evidências suficientes para apoiar ou contrapor a possível relação causal entre bruxismo e falha do implante, recomenda-se uma abordagem cuidadosa. Dessa maneira, é evidente que o bruxismo tem impacto nos problemas dentários, por esse motivo é necessário avaliar o bruxismo "clínicamente". Além disso, os motivos para tratar o bruxismo podem variar de acordo com os tipos de problemas relatados pelo paciente (KOYANO *et al.*, 2008).

O sinal do BS mais comumente observado pelos clínicos é o desgaste excessivo dos dentes, embora o desgaste dentário possa resultar de uma variedade de condições patológicas. O desgaste do dente é considerado o resultado de três processos: atrito (desgaste através do contato dentário), abrasão (desgaste produzido pela interação entre dentes e outros materiais) e erosão (dissolução de tecido duro por substâncias ácidas). Vários estudos demonstraram uma relação positiva entre o desgaste dentário e o bruxismo, mas outros não (KOYANO *et al.*, 2008). Dentre outros sinais físicos, pode-se citar a hipertrofia do músculo masseter ou outros sintomas subjetivos, como dor na articulação temporomandibular; dor de cabeça; dor, fadiga ou rigidez nos músculos mastigatórios em vigília (KOYANO *et al.*, 2008).

3.1.6 Diagnóstico

Existem várias maneiras de avaliar a atividade do bruxismo. Comumente, o diagnóstico clínico do BS se baseia na história positiva de rangimento dental (autorrelato ou relatado por parceiro), e na presença dos sinais e sintomas supracitados (KOYANO *et al.*, 2008; CARRA *et al.*, 2012). Do ponto de vista clínico, acreditava-se que um diagnóstico de BS poderia ser confirmado com confiança pela observação do desgaste dentário. No entanto, isso é questionável, pois o desgaste dentário pode ser produzido por outros fatores etiológicos, como hábitos orais, consistência alimentar e refluxo ácido. Além disso, o atrito oclusal não confirma com certeza o BS, especialmente na ausência de um relato de

ranger os dentes durante o sono, testemunhado por um parceiro (KLASSER *et al.*, 2015).

Logo, estes achados clínicos podem não estar relacionados com uma atual atividade de BS (ABE *et al.*, 2009; CARRA *et al.*, 2012). A PSG com gravações de AV em clínicas do sono é atualmente considerada o padrão-ouro para a avaliação de BS (LAVIGNE *et al.*, 1996). É o método mais específico e preciso para avaliar esta atividade (KOYANO *et al.*, 2008). Durante os estudos laboratoriais de PSG, a atividade eletromiográfica dos músculos mastigatórios pode ser monitorada, e a monitoração audiovisual pode diferenciar a atividade muscular mastigatória rítmica associada ao BS e outras atividades não-BS, incluindo artefatos de movimento. Como a PSG de laboratório é demorada e apresenta alto custo, exigindo treinamento extensivo e precisão na pontuação, ela pode não ser adequada para o uso rotineiro no ambiente clínico (LAVIGNE *et al.*, 2008; MICHELOTTI *et al.*, 2009) e as alternativas ao padrão-ouro são necessariamente empregadas (RAPHAEL *et al.*, 2015). Logo, questionários, avaliação clínica e dispositivos portáteis de diagnóstico para mensurar a atividade eletromiográfica (EMG) dos músculos mastigatórios têm sido empregados como possíveis opções alternativas para a abordagem do diagnóstico do BS (MANFREDINI *et al.*, 2014; RAPHAEL *et al.*, 2015).

As gravações eletrônicas (músculos, coração, respiração e atividade cerebral) feitas em clínicas ou em ambiente doméstico são um método reconhecido para quantificar a frequência do BS. O padrão de pontuação aumenta quando os sinais de áudio e vídeo são coletados simultaneamente, visto que muitas atividades oromandibulares habituais, como mastigar, engolir e falar durante o sono, podem ser registradas e são difíceis de diferenciar dos ruídos ocasionados no bruxismo (ranger ou apertar) (LAVIGNE *et al.*, 2008).

Os questionários também têm sido empregados como possíveis opções alternativas para diagnóstico do BS (MANFREDINI *et al.*, 2014; RAPHAEL *et al.*, 2015). Geralmente são usados tanto em pesquisas quanto em situações clínicas. A principal vantagem desse método é que ele pode ser aplicado a uma grande população, embora a informação sobre o bruxismo seja de natureza subjetiva. Uma simples pergunta de sim ou não sobre a compreensão do bruxismo foi frequentemente utilizada em estudos epidemiológicos, em que a associação entre bruxismo e desgaste dentário foi investigada. Vários pesquisadores propuseram questionários para detectar o bruxismo em pacientes. Mesmo em uma situação clínica, em geral, os questionários que consistem apenas em questões subjetivas

não são frequentemente utilizados, pois aqueles que são combinados com observações de sinais objetivos são considerados mais confiáveis.

É evidente que o uso de autorrelatos para avaliar a presença ou ausência de bruxismo é conveniente para clínicos e pesquisadores, especialmente em estudos epidemiológicos. A precisão pode ser melhorada se o período, a frequência e a duração no intervalo de um dia, forem levados em consideração. No entanto, cerca de 80% dos episódios de bruxismo, como apertar os dentes, não são acompanhados por ruído; conseqüentemente, uma grande porcentagem de adultos e crianças não tem conhecimento de sua atividade de bruxismo e, portanto, não são diagnosticados com bruxismo (KOYANO *et al.*, 2008).

3.1.7 Tratamento

Atualmente, não existe nenhum tratamento específico que possa paralisar o BS. Mas, tratamentos baseados na modificação do comportamento, como a consciência do hábito, terapia de inversão do hábito e técnicas de relaxamento, podem eliminar o BV. Para reduzir os efeitos deletérios do BS o método mais comum é o uso de diferentes aparelhos interoclusais. As revisões recentes concluíram que os dispositivos interoclusais são complementos úteis no manejo do BS, mas não oferecem um tratamento definitivo ou curativo do bruxismo ou sinais e sintomas de distúrbios temporomandibulares (REDDY *et al.*, 2014).

Os aparelhos oclusais, no arco maxilar ou mandibular, para remover interferências oclusais, proteger as superfícies dentárias e relaxar os músculos mastigatórios, têm sido amplamente utilizados na prática clínica. No entanto, seus mecanismos de ação exatos ainda estão em debate, e nenhuma evidência apoia seu papel na interrupção do BS. Além disso, a falta de ensaios clínicos randomizados bem projetados e estudos a longo prazo na literatura dificultam a avaliação de sua eficácia. A maioria dos estudos relatou uma diminuição na atividade do BS nas primeiras duas semanas de tratamento, independentemente do modelo do aparelho. No entanto, seu efeito parece ser transitório e altamente variável entre os pacientes. Além disso, aproximadamente 20% dos pacientes apresentam um aumento na atividade EMG dos músculos mastigatórios durante o sono quando usam um aparelho oclusal (KLASSER *et al.*, 2015).

Vários medicamentos têm sido associados a diminuição e aumento da atividade do BS, apoiando a probabilidade de envolvimento de mecanismos centrais na origem deste tipo de bruxismo. Em especial, os sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos e adrenérgicos são considerados envolvidos na atividade motora orofacial. No entanto, ainda

há falta de evidência tanto da eficácia quanto da segurança dos medicamentos para pacientes com BS, e os tratamentos farmacológicos devem ser considerados apenas em pacientes sintomáticos severamente afetados e apenas como terapia a curto prazo (KLASSER *et al.*, 2015).

A toxina botulínica foi introduzida como uma abordagem potencial para controlar o bruxismo em pacientes com dor miofascial dos músculos da mandíbula (GUARDA-NARDINI *et al.*, 2008; JADHAO *et al.*, 2017; ONDO *et al.*, 2018), no entanto mais estudos randomizados controlados são necessários para confirmar se ela é segura e confiável para o uso clínico de rotina no bruxismo (TINASTEPE *et al.*, 2014).

Diversas modalidades terapêuticas têm sido propostas para tratamento do bruxismo, mas não há unanimidade sobre as mais eficientes. Devido à sua prevalência e lesões causadas aos pacientes, o diagnóstico correto mostra grande valor para o desenvolvimento de protocolos de tratamento adequados, que incluem terapêutica usando dispositivos e terapia oral, medidas farmacológicas e tratamentos cognitivo-comportamentais (CBT) (MACHADO *et al.*, 2011).

O BS continua sendo uma condição de etiologia complexa, associada a numerosos tratamentos com prognósticos, muitas vezes indefinidos. Assim, os tratamentos conservadores, seguros e minimamente invasivos devem ser eleitos como primeira escolha, com o paciente recebendo acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de restaurar a sua qualidade de vida (MACHADO *et al.*, 2011).

4. METODOLOGIA

A fase inicial deste trabalho foi realizada através de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo, PubMed, Lilacs e Google Acadêmico, recorrendo a palavras-chave relacionadas ao bruxismo, BS e prevalência de bruxismo. Com base nos artigos selecionados a revisão da literatura foi redigida.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 2.008.561 e atende a Resolução CNS 466/2012. Todos os pacientes atendidos no Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial (CEMDOR) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período entre 2016.2 a 2017.2, foram esclarecidos quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) de acordo com as normas do CEP da UFSC. Somente os pacientes que aceitaram e assinaram o termo foram incluídos na pesquisa.

Durante a primeira consulta uma ficha clínica foi preenchida com dados obtidos através de anamnese, exame físico, mensuração da dor, fotos e vídeos com o relato de cada paciente. A dupla de alunos da nona fase da graduação em Odontologia da UFSC realizou o atendimento, diagnóstico e plano de tratamento personalizado para cada paciente sempre com o auxílio de uma equipe multidisciplinar de professores e profissionais da área da saúde. O diagnóstico do BS foi estabelecido através de perguntas e respostas e relatos dos pacientes como: dores frequentes ao acordar na cabeça, nas articulações temporomandibulares e na face, cansaço na musculatura mastigatória ao acordar, informação de bater ou ranger os dentes durante o sono, além de análises clínicas de facetas de desgaste nos elementos dentais e de edentações na mucosa jugal e língua e hipertrofia do músculo masseter.

Os pacientes atendidos receberam um conjunto de questionários estruturados e validados abordando diferentes assuntos: bruxismo e hábitos parafuncionais, ansiedade, depressão, hábitos de sono, qualidade de vida, estilo de vida, dor, hipervigilância, apneia do sono e escala de sonolência. Cada paciente levou seus questionários para casa a fim de responder as perguntas com calma e atenção. Foi solicitado a entrega dos questionários preenchidos nas consultas seguintes.

Dentre duzentos e sessenta (260) pacientes atendidos no CEMDOR no período entre 2016.2 e 2017.2 (três semestres), vinte e dois (22) foram selecionados para amostra da pesquisa por apresentarem ficha clínica e questionários corretamente preenchidos. A tabulação dos

questionários dos 22 pacientes foi realizada e registrada juntamente com o diagnóstico positivo ou negativo de BS.

Quatro questionários foram eleitos para serem utilizados e discutidos neste trabalho: Inventário A de Beck (ANEXO A); Estilo de Vida (APÊNDICE B); Índice de Pittsburgh (IQSP) (ANEXO B) e a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36 (ANEXO C). O questionário A de Beck diz respeito a ansiedade e o questionário Índice de Pittsburgh se refere à qualidade do sono.

Questionário “Inventário A de Beck”

Este questionário é composto por uma lista com vinte e um (21) sintomas de ansiedade, onde o paciente assinalou uma opção de resposta (absolutamente não; levemente; moderadamente; gravemente) para cada item, considerando o quanto se sentiu incomodado por cada sintoma durante a última semana referente ao dia em que ele respondeu o questionário.

A avaliação deste questionário foi baseada no escore total resultante da soma dos escores dos itens individuais (0. absolutamente não; 1. levemente; 2. moderadamente; 3. gravemente). O escore permitiu a classificação em níveis de intensidade da ansiedade. Assim, para cada item, atribuiu-se um escore individual de 0 a 3 pontos. A soma total dos escores individuais pode variar entre 0 e 63. Após essa somatória, uma tabela (Tabela 1) de conversão, padronizada pelo inventário, classifica o nível de ansiedade do indivíduo em mínimo, leve, moderado e severo.

Tabela 1 – Nível de ansiedade.

Somatória	Nível de Ansiedade
0 – 07	Mínimo
08 – 15	Leve
16 – 25	Moderado
26 – 63	Severo

Questionário “Estilo de Vida”

O questionário “Estilo de Vida” foi elaborado pela cirurgiã-dentista Juliana Stuginski Barbosa, colaboradora do CEMDOR. Registrou-se a resposta exata que o paciente assinalou em cada item: exercício; atividade social; doses de café; consumo de bebida alcoólica e

cigarro. Sendo que as opções de resposta possíveis a serem escolhidas foram: nenhum; muito pouco; pouco; moderado ou regular.

Questionário “Índice de Pittsburgh”

Este questionário é composto por dezenove (19) questões de autorrelato que avaliam vários fatores relacionados com a qualidade do sono, incluindo estimativas de duração e latência do sono, e frequência e severidade de problemas específicos de sono. Para a análise dos resultados, esses dezenove itens são divididos em sete grupos que são tabulados separadamente, cada um em uma escala de 0 a 3. Os 7 escores são depois somados e resultam no escore global do IQSP, que varia de 0 a 21. Sendo que escores de 0 a 4 indicam qualidade de sono boa, escores de 5 a 10 indicam qualidade ruim e acima de 10 indicam algum distúrbio de sono (BUYSSSE *et al.*, 1989).

O Grupo 1 é referente à qualidade subjetiva do sono. Examinou-se a questão 6 do questionário, que diz respeito sobre a qualidade do sono do paciente, e foi atribuída uma pontuação de acordo com a tabela 2.

Tabela 2 – Pontuação para questão 6 do questionário Índice de Pittsburgh.

RESPOSTA	ESCORE
Muito boa	0
Boa	1
Ruim	2
Muito ruim	3

O Grupo 2 é referente à latência do sono. Examinou-se a questão 2 e 5a do questionário e atribuída uma pontuação de acordo com a tabela 3 e tabela 4, respectivamente.

Tabela 3 – Pontuação para questão 2 do questionário Índice de Pittsburgh.

RESPOSTA	ESCORE
< ou = 15 minutos	0
16 a 30 minutos	1
31 a 60 minutos	2
>60 minutos	3

Tabela 4 – Pontuação para a questão 5a do questionário Índice de Pittsburgh.

RESPOSTA	ESCORE
Nenhuma vez	0
Menos de uma vez por semana	1
1 a 2 vezes por semana	2
2 a 3 vezes por semana	3

Somou-se a pontuação das questões 2 e 5a e foi atribuída a pontuação do Grupo 2 de acordo com a tabela 5.

Tabela 5 – Pontuação para a soma das questões 2 e 5a do questionário Índice de Pittsburgh.

SOMA	ESCORE
0	0
1 a 2	1
3 a 4	2
5 a 6	3

O Grupo 3 é referente à duração do sono. Examinou-se a questão 4 do questionário e foi a pontuação foi atribuída a partir da tabela 6.

Tabela 6 – Pontuação para questão 4 do questionário Índice de Pittsburgh.

RESPOSTA	ESCORE
> 7 horas	0
6 a 7 horas	1
5 a 6 horas	2
< 5 horas	3

O Grupo 4 é referente à eficiência habitual do sono. Examinou-se a questão 2 do questionário e a pontuação foi atribuída realizando os cálculos a seguir:

Número de horas no leito = horário de levantar (questão 3) subtraindo-se o horário de deitar (questão 1)

Eficiência do sono (%) = número de horas dormidas (questão 4) dividido pelo número de horas no leito, multiplicado por 100

A pontuação do Grupo 4 foi atribuída a partir da tabela 7.

Tabela 7 – Pontuação para o Grupo 4 do questionário Índice de Pittsburgh.

EFICIÊNCIA DO SONO (%)	ESCORE
> 85%	0
75 a 84%	1
65 a 74%	2
< 65%	3

O Grupo 5 é referente a distúrbios do sono. Examinou-se as questões 5b a 5j e as pontuações foram atribuídas de acordo com a tabela 8.

Tabela 8 – Pontuação para as questões 5b a 5j do questionário Índice de Pittsburgh.

RESPOSTA	ESCORE
Nenhuma vez	0
Menos de uma vez por semana	1
1 a 2 vezes por semana	2
3 vezes por semana ou mais	3

Somou-se a pontuação das questões 5b a 5j e a pontuação do Grupo 5 foi atribuída a partir da tabela 9.

Tabela 9 – Pontuação da soma das questões 5b a 5j do questionário Índice de Pittsburgh.

SOMA DE 5b A 5j	ESCORE
0	0
1 a 9	1
10 a 18	2
19 a 27	3

O Grupo 6 é referente ao uso de medicação para dormir. Examinou-se a questão 7 e a pontuação foi atribuída de acordo com a tabela 10.

Tabela 10 – Pontuação para questão 7 do questionário Índice de Pittsburgh.

RESPOSTA	ESCORE
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez por semana	1

RESPOSTA	ESCORE
1 a 2 vezes por semana	2
3 vezes por semana ou mais	3

O Grupo 7 é referente à função durante o dia. Examinou-se a questão 8 e 9 e as pontuações foram atribuídas de acordo com as tabelas 11 e 12, respectivamente.

Tabela 11 – Pontuação para questão 8 do questionário Índice de Pittsburgh.

RESPOSTA	ESCORE
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez por semana	1
1 a 2 vezes por semana	2
3 vezes por semana ou mais	3

Tabela 12 – Pontuação para questão 9 do questionário Índice de Pittsburgh.

RESPOSTA	ESCORE
Nenhuma	0
Pequena	1
Moderada	2
Muita	3

Somou-se a pontuação das questões 8 e 9 e a pontuação do Grupo 7 foi atribuída de acordo com a tabela 13.

Tabela 13 – Pontuação para o Grupo 7 do questionário Índice de Pittsburgh.

RESPOSTA	ESCORE
0	0
1 a 2	1
3 a 4	2
5 a 7	3

Somou-se as pontuações dos 7 grupos para resultar em uma pontuação global do IQSP, que varia de 0 a 21 (Tabela 14).

Tabela 14 – Pontuação global do questionário Índice de Pittsburgh.

PONTUAÇÃO	ESCORE
0 a 4	Boa
5 a 10	Ruim
> 10	Presença de Distúrbio do Sono

Questionário “Qualidade de Vida”

A avaliação da versão brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – SF-36 é dividida em duas (2) fases. Na primeira fase foi dada uma pontuação para as onze (11) perguntas do questionário, seguindo a tabela 15.

Tabela 15 – Pontuação para as perguntas do questionário Qualidade de Vida – SF-36.

QUESTÃO	PONTUAÇÃO	
1	Se a resposta for:	Pontuação:
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
2	Mantido o mesmo valor	
3	Soma de todos os valores	
4	Soma de todos os valores	
5	Soma de todos os valores	
6	Se a resposta for:	Pontuação:
	1	5,0
	2	4,0
	3	3,0
	4	2,0
	5	1,0
7	Se a resposta for:	Pontuação:
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

8	<p>A resposta da questão 8 dependeu da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão foi (6)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 1, o valor da questão foi (5)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 2, o valor da questão foi (4)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 3, o valor da questão foi (3)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 4, o valor da questão foi (2)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 3, o valor da questão foi (1)</p> <p>Se a questão 7 não foi respondida, o escore da questão 8 passou a ser:</p> <p>Se a resposta foi (1), a pontuação foi (6)</p> <p>Se a resposta foi (2), a pontuação foi (4,75)</p> <p>Se a resposta foi (3), a pontuação foi (3,5)</p> <p>Se a resposta foi (4), a pontuação foi (2,25)</p> <p>Se a resposta foi (5), a pontuação foi (1,0)</p>
9	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h, seguiram a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta foi (1), o valor foi (6)</p> <p>Se a resposta foi (2), o valor foi (5)</p> <p>Se a resposta foi (3), o valor foi (4)</p> <p>Se a resposta foi (4), o valor foi (3)</p> <p>Se a resposta foi (5), o valor foi (2)</p> <p>Se a resposta foi (6), o valor foi (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor foi mantido o mesmo</p>
10	Considerado o mesmo valor
11	<p>Nesta questão os itens foram somados, porém os itens b e d seguiram a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta foi (1), o valor foi (5)</p> <p>Se a resposta foi (2), o valor foi (4)</p> <p>Se a resposta foi (3), o valor foi (3)</p> <p>Se a resposta foi (4), o valor foi (2)</p> <p>Se a resposta foi (5), o valor foi (1)</p>

Na segunda fase foram feitos cálculos em que os valores das questões foram transformados em notas de oito (8) domínios que variaram de 0 (zero) a 100 (cem), sendo 0 a pior pontuação, e 100 a melhor pontuação para cada domínio. As pontuações finais não apresentam unidade de medida e os oito (8) domínios foram: capacidade funcional; limitação por aspectos físicos; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; limitação por aspectos emocionais e saúde mental.

Para cada um desses domínios um cálculo foi realizado, seguindo a seguinte fórmula: Domínio = valor obtido na(s) questão(ões) correspondente(s) subtraindo o limite inferior e multiplicando por 100, dividido pela variação. Os valores do limite inferior e da variação são fixos e respeitam a tabela 16.

Tabela 16 – Valores do limite inferior e variação de acordo com as questões do questionário Qualidade de Vida – SF-36.

DOMÍNIO	PONTUAÇÃO DAS QUESTÕES	LIMITE INFERIOR	VARIAÇÃO
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (itens a, e, g, i)	4	20
Aspectos sociais	6 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (itens b, c, d, f,h)	5	25

No fim, cada domínio recebeu uma nota, totalizando oito (8) notas para cada paciente, que foram mantidas separadas. Para apresentar os resultados neste trabalho, realizou-se a média aritmética simples de cada domínio. Somou-se as notas de cada domínio separadamente, de cada paciente e dividiu-se pelo número total de pacientes.

A partir do resultado das pontuações desses quatro questionários de cada paciente, foi possível a elaboração do texto completo.

5. RESULTADOS

A amostra final deste trabalho foi composta por 22 pacientes, com idade entre 15 e 63 anos, atendidos no CEMDOR da UFSC durante três semestres (2016.2 a 2017.2). A distribuição quanto ao gênero teve predomínio de pacientes do sexo feminino (63,63%) e do mesmo modo, a prevalência de BS foi maior entre as mulheres (54,54%). Em se tratando do número total da amostra, a prevalência de BS encontrada foi de 86,36% (Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição da amostra quanto ao gênero e prevalência de BS

GÊNERO	AMOSTRA		PREVALÊNCIA DE BS	
	N	%	N	%
Masculino	8	36,36	7	31,81
Feminino	14	63,63	12	54,54
TOTAL	22	100	19	86,36

A tabela 17 mostrou a prevalência de BS de uma forma geral entre os pacientes. Entretanto, alguns pacientes apresentaram apenas BS e outros BS e BV simultaneamente. A prevalência dessas duas possibilidades é apresentada nas tabelas 18 e 19.

Tabela 18 – Prevalência de pacientes que apresentam BS e BV (simultaneamente).

GÊNERO	AMOSTRA		PREVALÊNCIA DE BS e BV	
	N	%	N	%
Masculino	8	36,36	6	27,27
Feminino	14	63,63	10	45,45
TOTAL	22	100	16	72,72

Tabela 19 – Prevalência de pacientes que apresentam somente BS.

GÊNERO	AMOSTRA		APENAS BS	
	N	%	N	%
Masculino	8	36,36	1	4,54
Feminino	14	63,63	2	9,09

	N	%	N	%
TOTAL	22	100	3	13,63

Dividindo a amostra em três faixas etárias diferentes, 15 a 30 anos; 31 a 45 anos e 46 a 63 anos, é possível observar um número maior de pacientes com idade entre 15 e 30 anos e a maior prevalência de BS em relação a idade também ocorreu nessa faixa etária (45,45%), seguida dos intervalos de 31 a 45 anos e 46 a 63 anos, apresentando uma prevalência de 22,72% e 18,18% respectivamente (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição da amostra quanto a faixa etária e prevalência de BS.

IDADE	AMOSTRA		PREVALÊNCIA DE BS	
	N	%	N	%
15 – 30 anos	10	45,45	10	45,45
31 – 45 anos	7	31,81	5	22,72
46 – 63 anos	5	22,72	4	18,18
TOTAL	22	100	19	86,36

A partir dos resultados do questionário “A de Beck” foi possível relacionar o BS com ansiedade. Dentre os dezenove (19) pacientes diagnosticados com BS, treze (13) apresentaram nível mínimo de ansiedade; dois (2) nível leve; três (3) nível moderado e apenas um (1) apresentou nível severo de ansiedade, como mostrado na tabela 21.

Tabela 21 – Nível de ansiedade em pacientes com diagnóstico de BS.

NÍVEL DE ANSIEDADE	N	%
Mínimo	13	68,42
Leve	2	10,52
Moderado	3	15,78
Severo	1	5,26
TOTAL	19	100

Quanto aos pacientes que receberam diagnóstico de BS e BV simultaneamente, a maioria também revelou nível mínimo de ansiedade, como mostrado nas tabelas 22 e 23.

Tabela 22 – Nível de ansiedade em pacientes com diagnóstico de BS e BV (simultaneamente).

NÍVEL DE ANSIEDADE	N	%
Mínimo	10	62,5
Leve	2	12,5
Moderado	3	18,75
Severo	1	6,25
TOTAL	16	100

Tabela 23 – Nível de ansiedade em pacientes com diagnóstico somente de BS.

NÍVEL DE ANSIEDADE	N	%
Mínimo	3	100
Leve	0	0
Moderado	0	0
Severo	0	0
TOTAL	03	100

Avaliando os dados do questionário “Estilo de vida”, observou-se que a maioria dos pacientes diagnosticados com BS pratica “muito pouco” (31,57%) ou “nenhuma” (26,31%) atividade física, e que apenas um (1) paciente com BS realiza exercícios regularmente (Tabela 24). Sobre atividade social, 8 pacientes apresentaram ter atividade social “moderada” e 7 pacientes “muito pouco” (Tabela 25). No que se refere à quantidade de café consumida por dia, 36,84% (7) dos pacientes tomam de 1 a 3 doses de café, seguidamente, 31,57% (6) dos pacientes não tomam café (Tabela 26). Sobre o consumo de bebida alcoólica, há um predomínio (52,63%) de pacientes que não ingerem este tipo de bebida e 42,10% faz uso somente em festas (Tabela 27). Quanto ao uso de cigarro, 100% dos pacientes não utilizam esse tipo de substância (Tabela 28).

Tabela 24 – Distribuição dos pacientes quanto à prática de exercícios.

EXERCÍCIOS	N	%
Nenhum	5	26,31
Muito pouco	6	31,57
Pouco	4	21,05
Moderado	3	15,78
Regular	1	5,26
TOTAL	19	100

Tabela 25 – Distribuição dos pacientes quanto à atividade social.

ATIVIDADE SOCIAL	N	%
Nenhuma	3	15,78
Muito pouca	7	36,84
Moderado	8	42,10
Ativo	1	5,26
TOTAL	19	100

Tabela 26 – Distribuição dos pacientes referente a quantidade de café consumida por dia.

DOSES DE CAFÉ POR DIA	N	%
Não toma	6	31,57
1 a 3 doses	7	36,84
2 a 4 doses	5	26,31
Mais de 6 doses	1	5,26
TOTAL	19	100

Tabela 27 – Distribuição dos pacientes quanto à ingestão de bebidas alcoólicas.

ÁLCOOL	N	%
Não	10	52,63
Em festas	8	42,10
1 a 2 vezes na semana	1	5,26
Diariamente	0	0
TOTAL	19	100

Tabela 28 – Distribuição dos pacientes quanto ao uso de cigarro.

CIGARRO	N	%
Não	19	100
Em raras ocasiões	0	0
Menos de 1 maço/dia	0	0
Mais de 1 maço/dia	0	0
TOTAL	19	100

No que diz respeito à qualidade do sono, foram analisados os dados do questionário “Índice de Pittsburgh” e constatou-se que 36,84% dos pacientes possui qualidade do sono ruim e a mesma quantidade de pacientes apresenta algum tipo de distúrbio do sono (Tabela 29).

Tabela 29 – Qualidade do sono dos pacientes com diagnóstico de BS.

QUALIDADE DO SONO	N	%
Boa	5	26,31
Ruim	7	36,84
Distúrbio do sono	7	36,84
TOTAL	19	100

A versão brasileira do Questionário de Qualidade de Vida obteve como resultado oito domínios, que variam de 0 (zero) a 100 (cem), no qual “0” equivale a pior qualidade de vida e “100” equivale a melhor qualidade de vida. As médias aritméticas simples foram realizadas para cada um dos domínios (Tabela 30). O domínio “capacidade funcional” apresentou maior média e o domínio “limitação por aspectos emocionais” revelou a menor média. Ou seja, a capacidade funcional foi o domínio que menos interferiu na qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de BS. Por outro lado, a limitação por aspectos emocionais foi o domínio que mais afetou a qualidade de vida desses pacientes.

Tabela 30 – Médias aritméticas simples dos domínios do questionário Qualidade de Vida – SF-36.

QUALIDADE DE VIDA	MÉDIA
Capacidade funcional	80,78
Limitação por aspectos físicos	56,84
Dor	44,94
Estado de saúde geral	63,84
Vitalidade	45,26
Aspectos sociais	66,44
Limitação por aspectos emocionais	36,83
Saúde mental	60,15

6. DISCUSSÃO

O BS pode ser definido como um distúrbio de movimento relacionado ao sono caracterizado por ranger, bater e/ou apertar os dentes durante o sono (THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF SLEEP DISORDERS, 2005; LOBBEZOO *et al.*, 2013). Esta desordem orofacial tem amplo interesse para pesquisadores e clínicos no âmbito da odontologia por ser cada vez mais frequente e por suas possíveis consequências no sistema estomatognático (CASETT *et al.*, 2017). Ademais, a literatura relata uma etiologia multifatorial (ABE Y. *et al.*, 2012; LOBBEZOO F. *et al.*, 2014; TAKAOCA *et al.*, 2017; MANFREDINI *et al.*, 2015; MENGATTO *et al.*, 2013; CASTRAFLORIO *et al.*, 2017) e o papel dos fatores psicológicos é um debate constante pelos *experts* desta área (GUO *et al.*, 2018).

No presente estudo a prevalência de BS foi de 86,36% divergindo de estudos prévios que relatam uma prevalência bem menor entre 4 e 15% (ELLA *et al.*, 2015; LOBBEZOO *et al.*, 2012). Possivelmente, esta diferença possa ser explicada pelo fato de que este estudo ocorreu em um centro de dor orofacial, no qual os pacientes procuram atendimento por apresentarem algum tipo de dor ou desconforto na face, muitas vezes associados ao bruxismo. Além do que, esta discrepância pode ser atribuída à pequena amostra de 22 pacientes e às distintas metodologias de diagnóstico utilizada nos estudos (questionário, histórico do paciente, exame clínico e polissonografia). Relatos baseados em questionários podem sofrer influência de viés de memória do paciente, e na avaliação clínica, por mais que seja mais objetiva, também possui barreiras. O critério de observação direta de desgaste dentário pode ser considerado uma limitação, visto que é difícil assegurar que o desgaste dental seja resultante de uma parafunção ou de um hábito funcional (MACHADO *et al.*, 2014). Os pacientes do presente estudo foram diagnosticados por meio do autorrelato ou de terceiros, questionários, anamnese e exame clínico, condizendo, desta forma, com o diagnóstico “provável” de BS. Também é importante citar que o diagnóstico foi realizado por diferentes alunos e professores, o que pode também contribuir para discordâncias.

Neste estudo, a prevalência de BS foi maior em pacientes do sexo feminino, em contrapartida, Castroflorio *et al.* (2017) e Manfredini *et al.* (2013) não observaram relação de BS com o gênero do paciente. Em relação a faixa etária, a prevalência de BS foi maior na faixa etária com menor idade (15 a 30 anos) concordando com estudos que demonstraram que a prevalência de BS diminui com o avanço da idade (MACHADO *et*

al., 2014; CASTROFLORIO *et al.*, 2017; SERRA-NEGRA *et al.*, 2013; LOBBEZOO *et al.*, 2012).

Como já supracitados, muitos estudos tentam relacionar transtornos emocionais como ansiedade, depressão e estresse ao BS (GOMES *et al.*, 2018; GUO *et al.*, 2018). Uma possível justificativa seria que indivíduos com estresse e/ou com traços de personalidade específicos estariam propensos a liberar a tensão concentrada ao longo do dia através do BS, contudo, essa hipótese não foi confirmada (CLEMENTINO *et al.*, 2017). Por este motivo, questionários validados foram aplicados neste estudo para tentar esclarecer este ponto. A ansiedade é uma emoção caracterizada por sentimentos de tensão, pensamentos preocupantes e mudanças físicas como aumento da pressão sanguínea e é associado com desconforto físico e psicológico (MAJOR *et al.*, 2000). No presente trabalho, a maioria dos pacientes (68,42% ou 13 pacientes) com diagnóstico de BS apresentou nível mínimo de ansiedade demonstrando uma fraca associação entre BS e ansiedade. Estudos recentes evidenciam que o BS não está associado de forma significativa com ansiedade, mas o BV vem mostrando forte associação com fatores psicossociais (TAVARES *et al.*, 2016). Por este motivo, também se pesquisou neste trabalho se os pacientes com BS também tinham BV. Os resultados mostraram que dos 19 pacientes com BS, 16 também apresentavam BV. E ainda assim, o nível de ansiedade foi mínimo na maioria deles (10 pacientes). Ou seja, neste estudo o BV também não teve muita associação com a ansiedade, a qual pode estar relacionada com a frequência do bruxismo. Logo, uma informação importante que poderia ter sido coletada era o relato da frequência do bruxismo, para assim relacionar com os diferentes níveis de ansiedade.

O controle fisiológico das atividades neurovegetativas está perante a regulação bioquímica, com liberação de hormônios, substâncias e enzimas, em ciclos, durante todo o dia. Essa regulação biológica endógena pode sofrer influência ou pode se adaptar a condições exógenas, correspondente ao estilo de vida (atividades sociais e de trabalho) e ao ambiente (SERRA-NEGRA *et al.*, 2017). Neste estudo, metade (52%) dos pacientes diagnosticados com BS mostraram ter “muito pouca” ou “nenhuma” atividade social, e 40% revelou atividade social moderada. Este resultado sugere que a atividade social não tem associação com o BS. No entanto, a falta de atividades físicas parece estar associada ao BS, uma vez que a maioria dos pacientes com BS (78,93%) revelaram “nenhuma”, “muito pouca” ou “pouca” atividade física.

A cafeína e o álcool são estimulantes do SNC. Correlações significativas entre o consumo de café e BS foram encontradas quando a

caféina era ingerida em altas quantidades (BERTAZZO-SILVEIRA *et al.*, 2016). No presente estudo, apenas um paciente com diagnóstico de BS relatou consumir mais de 6 doses de café por dia. A maioria (36,84%) ingere de 1 a 3 doses de café diariamente e 31,57% não toma café, sugerindo que não há relação direta entre BS e o consumo diário de caféina. Da mesma forma, não houve relação do BS com bebidas alcoólicas, pois nenhum paciente relatou fazer uso de bebidas alcoólicas diariamente. Por outro lado, uma revisão sistemática mostrou que a ingestão de bebidas alcólicas perto da hora de dormir causou uma elevação da atividade do músculo masseter, sugerindo um aumento de eventos do BS. Além disso, foi observado que a ingestão de grandes quantidades de bebidas alcólicas em um pequeno espaço de tempo ocasiona consequências tóxicas ao cérebro e também pode estar associado com a desordem do SNC, podendo provocar ou intensificar o BS (BERTAZZO-SILVEIRA *et al.*, 2016).

Em relação ao uso de cigarro, todos os pacientes deste estudo com diagnóstico de BS relataram não fumar cigarro, sugerindo uma falta de associação entre eles. Em contrapartida, o estudo de Bertazzo-Silveira *et al.* (2016) constatou que o BS “provável” foi mais comum entre os fumantes.

Este estudo revelou que apenas 26% dos pacientes com BS apresentam uma “boa” qualidade do sono. Este desfecho vai ao encontro dos resultados de alguns estudos prévios que relataram que o BS está associado a má qualidade do sono (MANFREDINI *et al.*, 2015; GOMES *et al.*, 2018; RESTREPO *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018).

O BS pode afetar gravemente a qualidade de vida dos indivíduos por meio de problemas orofaciais e dentários, como desgaste dental, sensibilidade e dor nos músculos mastigatórios, dores de cabeça e disfunção temporomandibular (CASTROFLORIO *et al.*, 2017). Neste estudo, observou-se que a “dor” e os “aspectos emocionais” foram os domínios que mais geraram limitações na qualidade de vida dos pacientes com BS.

7. CONCLUSÃO

- a. Neste estudo a prevalência de BS foi de 86,36%;
- b. Os resultados sugerem que existe fraca ou nenhuma associação entre:
 - BS e ansiedade;
 - BS e atividade social;
 - BS e consumo de café, cigarro e álcool;
- c. No entanto, presume-se uma possível relação entre:
 - BS e atividade física,
 - BS e qualidade do sono
 - BS e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABE, Yuka et al. Association of genetic, psychological and behavioral factors with sleep bruxism in a Japanese population. **Journal Of Sleep Research**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.289-296, 1 out. 2011. Wiley-Blackwell.
- ALÓE, Flávio et al. Bruxismo durante o sono. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.4-17, 2003.
- BERTAZZO-SILVEIRA, Eduardo et al. Association between sleep bruxism and alcohol, caffeine, tobacco, and drug abuse. **The Journal Of The American Dental Association**, [s.l.], v. 147, n. 11, p.859-866.4, nov. 2016. Elsevier BV.
- BUYSSE, Daniel J. et al. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, [s.l.], v. 28, n. 2, p.193-213, maio 1989. Elsevier BV.
- CaARRA MC, Huynh N, Lavigne G. Sleep Bruxism: a comprehensive overview for the dental clinician interested in sleep medicine. **Dent Clin North Am**. 2012;56(2):387-413.
- CASETT, E. et al. Validity of different tools to assess sleep bruxism: a meta-analysis. **Journal Of Oral Rehabilitation**, [s.l.], v. 44, n. 9, p.722-734, 5 jun. 2017. Wiley-Blackwell
- CASTROFLORIO, Tommaso et al. Sleep bruxism and related risk factors in adults: A systematic literature review. **Archives Of Oral Biology**, [s.l.], v. 83, p.25-32, nov. 2017. Elsevier BV.
- CHENG, Shu Hui et al. A study on the sleep quality of incoming university students. **Psychiatry Research**, [s.l.], v. 197, n. 3, p.270-274, maio 2012. Elsevier BV.
- CLEMENTINO, M. A. et al. The prevalence of sleep bruxism and associated factors in children: a report by parents. **European Archives Of Paediatric Dentistry**, [s.l.], v. 18, n. 6, p.399-404, 26 out. 2017. Springer Nature.

ELLA, Bruno et al. Prevalence of Bruxism in Hemifacial-Spasm Patients. **Journal Of Prosthodontics**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.280-283, 20 nov. 2015. Wiley-Blackwell.

GOMES, Monalisa Cesarino et al. Evaluation of the association of bruxism, psychosocial and sociodemographic factors in preschoolers. **Brazilian Oral Research**, [s.l.], v. 32, p.1-8, 5 fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

GONÇALVES, Lívia Patrícia Versiani; TOLEDO, Orlando Ayrton de; OTERO, Simone Auxiliadora Moraes. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. **Dental Press Journal Of Orthodontics**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.97-104, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

GUARDA-NARDINI, L. *et al.* Efficacy of botulinum toxin in treating myofascial pain in bruxers: a controlled placebo pilot study. **Cranio**, v.26, n.2, 126-135, 2008.

GUO, Huaqi et al. The risk factors related to bruxism in children: A systematic review and meta-analysis. **Archives Of Oral Biology**, [s.l.], v. 86, p.18-34, fev. 2018. Elsevier BV.

KATO, T. et al. Evidence that Experimentally Induced Sleep Bruxism is a Consequence of Transient Arousal. **Journal Of Dental Research**, [s.l.], v. 82, n. 4, p.284-288, abr. 2003. SAGE Publications.

KLASSER GD, REI N, LAVIGNE GJ. Sleep Bruxism Etiology: The Evolution of a Changing Paradigm. **J Can Dent Assoc**. 2015;81:2

KOYANO, K. et al. Assessment of bruxism in the clinic. **Journal Of Oral Rehabilitation**, [s.l.], v. 35, n. 7, p.495-508, jul. 2008. Wiley-Blackwell.

LAVIGNE, G. J. et al. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. **Journal Of Oral Rehabilitation**, [s.l.], v. 35, n. 7, p.476-494, jul. 2008. Wiley-Blackwell.

LOBBEZOO, F. et al. Are bruxism and the bite causally related? **Journal Of Oral Rehabilitation**, [s.l.], v. 39, n. 7, p.489-501, 10 abr. 2012. Wiley-Blackwell.

LOBBEZOO F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ, et al. Bruxism defined and graded: An international consensus. **J Oral Rehabil.** 2012;40(1):2-4.

MACHADO, Eduardo et al. Bruxismo do sono: possibilidades terapêuticas baseadas em evidências. **Dental Press Journal Of Orthodontics**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.58-64, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

MACHADO, Eduardo et al. Prevalence of sleep bruxism in children: A systematic review. **Dental Press Journal Of Orthodontics**, [s.l.], v. 19, n. 6, p.54-61, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

MAJOR, B. et al. Encyclopedia of Psychology: 8 Volume Set. **Oxford University Press**, 2000.

MANFREDINI, Daniele et al. Epidemiology of Bruxism in Adults: A Systematic Review of the Literature. **Journal Of Orofacial Pain**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.99-110, 2013. Quintessence Publishing.

MANFREDINI D, Ahlberg J, Castroflorio T, Poggio CE, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Diagnostic accuracy of portable instrumental devices to measure sleep bruxism: a systematic literature review of polysomnographic studies. **J Oral Rehabil.** 2014;41(11):836-42.

MENGATTO, Cristiane Machado et al. Association between sleep bruxism and gastroesophageal reflux disease. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, [s.l.], v. 110, n. 5, p.349-355, nov. 2013. Elsevier BV.

MICHELOTTI, A. et al. Oral parafunctions as risk factors for diagnostic TMD subgroups. **Journal Of Oral Rehabilitation**, [s.l.], v. 37, n. 3, p.157-162, mar. 2010. Wiley-Blackwell.

ONDO, William G. et al. Onabotulinum toxin-A injections for sleep bruxism. **Neurology**, [s.l.], v. 90, n. 7, p.559-564, 17 jan. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

RAPHAEL, K. G. et al. Validity of self-reported sleep bruxism among myofascial temporomandibular disorder patients and controls. **Journal**

Of Oral Rehabilitation, [s.l.], v. 42, n. 10, p.751-758, 26 maio 2015. Wiley-Blackwell.

RAPHAEL KG, Janal MN, Sirois DA, Dubrovsky B, Klausner JJ, Krieger AC, et al. Validity of self-reported sleep bruxism among myofascial temporomandibular disorder patients and controls. **J Oral Rehabil**. 2015;42(10):751-8.

REDDY, S. V. et al. Bruxism: A Literature Review. **Journal of International Oral Health**, v. 6, n. 6, p. 105-109, 2014.

RESTREPO, Claudia; MANFREDINI, Daniele; LOBBEZOO, Frank. Sleep behaviors in children with different frequencies of parental-reported sleep bruxism. **Journal Of Dentistry**, [s.l.], v. 66, p.83-90, nov. 2017. Elsevier BV.

RIBEIRO, Mariana Batista et al. Association of possible sleep bruxism in children with different chronotype profiles and sleep characteristics. **Chronobiology International**, [s.l.], p.1-10, 24 jan. 2018. Informa UK Limited.

SERRA-NEGRA, Junia Maria et al. Relationship between Tasks Performed, Personality Traits, and Sleep Bruxism in Brazilian School Children - A Population-Based Cross-Sectional Study. **Plos One**, [s.l.], v. 8, n. 11, p.1-6, 14 nov. 2013. Public Library of Science (PLoS).

SERRA-NEGRA, J.m. et al. Prevalence of sleep bruxism and awake bruxism in different chronotype profiles: Hypothesis of an association. **Medical Hypotheses**, [s.l.], v. 101, p.55-58, abr. 2017. Elsevier BV.

SEWANE, Sagar et al. Efficacy of botulinum toxin in treating myofascial pain and occlusal force characteristics of masticatory muscles in bruxism. **Indian Journal Of Dental Research**, [s.l.], v. 28, n. 5, p.493-497, 2017. Medknow.

SIMÕES-ZENARI, Marcia; BITAR, Mariangela Lopes. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. **Pró-fono Revista de Atualização Científica**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.465-472, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

SWEILEH, Waleed M et al. Sleep habits and sleep problems among Palestinian students. **Child And Adolescent Psychiatry And Mental Health**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.25-32, 2011. Springer Nature.

TAVARES, Luisa Maria Faria et al. Cross-sectional study of anxiety symptoms and self-report of awake and sleep bruxism in female TMD patients. **Cranio®**, [s.l.], v. 34, n. 6, p.378-381, 20 abr. 2016. Informa UK Limited.

TAKAOKA, R. et al. Evaluation of genetic factors involved in nocturnal electromyographic activity of masticatory muscles in twins. **Clinical Oral Investigations**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.319-325, 22 mar. 2016. Springer Nature.

TINASTEPE, Neslihan; KÜÇÜK, Burcu Bal; ORAL, Koray. Botulinum toxin for the treatment of bruxism. **Cranio®**, [s.l.], v. 33, n. 4, p.292-299, 4 jul. 2015. Informa UK Limited.

APÊNDICE A – TCLE



1/2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa "Distúrbios do Sono na Odontologia", dos pesquisadores Beatriz Dulcineia Mendes de Souza, André Luis Porporatti e Graziela de Luca Canto, professores do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da pesquisadora Fabiane Miron Stefani, professora do Curso de Fonoaudiologia da UFSC, com os quais poderá manter contato para eventuais esclarecimentos. Esta pesquisa atende a Resolução CNS 466/2012 e o projeto conta com a aprovação do CEPISH/UFSC. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto: O estudo se destina a diagnosticar e tratar adequadamente, com abordagens contemporâneas e baseado em evidências, pacientes com Bruxismo do Sono (BS) (pacientes que rangem os dentes a noite) e/ou com Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) (pacientes com ronco e com falta de ar ao dormir) e fazer relatos dos casos em congresso e /ou revistas científicas. Ele é importante porque ainda não existe um atendimento específico na UFSC dos pacientes com estes distúrbios, logo os pacientes e alunos serão beneficiados. Os resultados esperados são a melhora dos pacientes que sofrem com estes distúrbios e o aprendizado dos alunos. Esse estudo começará em março de 2017 e terminará em outubro de 2020. Os atendimentos serão realizados nas clínicas da Odontologia da UFSC, onde os pacientes irão relatar o seu problema, preencher uma ficha de anamnese e serão examinados clinicamente. O caso será documentado (vídeo, fotos e rx) e quando necessário será solicitado exames complementares. Todos os casos serão discutidos e planejados em sala de aula para implementar o melhor tratamento. Os possíveis incômodos e riscos são sensibilidade passageira nos dentes e cansaço nos músculos do rosto. A Participação do paciente será na identificação da doença (anamnese, exame clínico, documentação) e no tratamento. É assegurada assistência ao participante durante toda a pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim tudo o que ele queira saber antes, durante e depois da sua participação. A qualquer momento, o (a)

participante poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da participação do paciente não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a autorização do (a) participante. O estudo não acarretará nenhuma despesa para o (a) participante da pesquisa. O (a) participante será indenizado (a) por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa (nexo causal). O (a) participante receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina
Endereço: Campus Reitor João David Ferreira Lima
Complemento: s/n - Trindade,
Cidade/CEP: Florianópolis – SC/ 88040-900
Telefone: 48- 3721 4952
Ponto de referência: Centro de Ciências da Saúde

Contato de urgência: Profª Beatriz Dulcineia Mendes de Souza

Endereço: Campus Reitor João David Ferreira Lima
Complemento: s/n - Trindade,
Cidade/CEP: Florianópolis – SC/ 88040-900
Telefone: 48- 3721 4952
Ponto de referência: Centro de Ciências da Saúde

Florianópolis, de de

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE ESTILO DE VIDA

Disciplina de Estágio Interdisciplinar DTM | Departamento de Orientação | Universidade Federal de Santa Catarina



Data: ____/____/____

Paciente: _____ Idade: _____ Fone: _____

ESTILO DE VIDA

EXERCÍCIOS	nenhuma	muito pouco	pouco	moderado	regular
ATIVIDADE SOCIAL	nenhuma	muito pouco	moderado	ativo	
DOSES DE CAFE	não toma	1 a 3 doses	2 a 4 doses	mais de 6 doses	
ALCOOL	Não	em festas	1-2 vezes na semana	diariamente	
CIGARRO	Não	em raras ocasiões	menos de 1 maço/dia	mais de um maço/dia	

ANEXO A – INVENTÁRIO A DE BECK

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA



Data: ____/____/____

Paciente: _____ Idade: _____ Fone: _____

INVENTÁRIO A DE BECK

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO B – ÍNDICE DE PITTSBURGH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA



Data: ____/____/____

Paciente: _____ Idade: _____ Fone: _____

ÍNDICE DE PITTSBURGH

As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado.

Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado.

Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, à que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: ____ - ____

2) Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

3) Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: ____ : ____

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguinte escolha uma única resposta, que você ache mais correta.

Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes você teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono

(nenhuma vez | menos de uma vez por semana

| uma ou duas vezes por semana | três vezes por semana ou mais

b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo

(nenhuma vez | menos de uma vez por semana

| uma ou duas vezes por semana | três vezes por semana ou mais

c) Levantar-se para ir ao banheiro

(nenhuma vez | menos de uma vez por semana

| uma ou duas vezes por semana | três vezes por semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar

(nenhuma vez | menos de uma vez por semana

| uma ou duas vezes por semana | três vezes por semana ou mais

e) Tossir ou roncar muito alto

(nenhuma vez | menos de uma vez por semana

| uma ou duas vezes por semana | três vezes por semana ou mais

f) Sentir muito frio

(nenhuma vez | menos de uma vez por semana



()uma ou duas vezes por semana ()três vezes por semana ou mais

(CONTINUAÇÃO)

g) Sentir muito calor

()nenhuma vez ()menos de uma vez por semana

()uma ou duas vezes por semana ()três vezes por semana ou mais

h) Ter sonhos ruins ou pesadelos

()nenhuma vez ()menos de uma vez por semana

()uma ou duas vezes por semana ()três vezes por semana ou mais

i) Sentir dores:

()nenhuma vez ()menos de uma vez por semana

()uma ou duas vezes por semana ()três vezes por semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

()nenhuma vez ()menos de uma vez por semana

()uma ou duas vezes por semana ()três vezes por semana ou mais

6) Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

()Muito boa ()ruim

()Boa ()muito ruim

7) Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

()nenhuma vez ()menos de uma vez por semana

()uma ou duas vezes por semana ()três vezes por semana ou mais

Qual(is)? _____

8) Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu? :

()nenhuma vez ()menos de uma vez por semana

()uma ou duas vezes por semana ()três vezes por semana ou mais

9) Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

()Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo

()Indisposição e falta de entusiasmo pequenas

()Indisposição e falta de entusiasmo moderadas

()muita indisposição e falta de entusiasmo

Comentários do entrevistado (se houver): _____



10) Você cochila? () Não () Sim

Comentários do entrevistado (se houver): _____

Caso Sim -Você cochila intencionalmente, ou seja, por que quer?

() Não () Sim

Comentários do entrevistado (se houver): _____

Para você, cochilar é

() Um prazer () Uma necessidade () Outro - qual?

Comentários do entrevistado (se houver): _____

Pontuação do componente:

1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____ 7: _____

ANEXO C – VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Função exercida no trabalho:

Há quanto tempo exerce essa função: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diárias, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma	1	2	3	4	5	6

peessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Distúrbios do Sono em Odontologia

Pesquisador: BEATRIZ DULCINEIA MENDES DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61168116.2.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.008.561

Apresentação do Projeto:

Os distúrbios do sono são considerados atualmente um problema de saúde pública por sua alta incidência e por afetar sobremaneira a qualidade de vida da população com alto impacto na saúde. Dentre eles, estão o bruxismo do sono (BS) e os distúrbios respiratórios tais como o Ronco e a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS), os quais normalmente requerem a atuação do cirurgião-dentista. Os seus principais sinais e sintomas são a má qualidade do sono e as alterações comportamentais como sonolência, cansaço e irritação, além de problemas cardíacos e pulmonares, que podem levar à morte súbita. Após aprovação do presente projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade federal de Santa Catarina, pacientes com Bruxismo do sono (BS) e Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) serão atendidos por alunos da nona e décima fase do Curso de Graduação de Odontologia da UFSC sob a supervisão dos professores. Os distúrbios do sono serão diagnosticados e tratamentos conservadores e reversíveis (orientações, placas interoclusais, fisioterapia e massagem) serão implementados para controlar a doença. Serão realizadas periodicamente revisões de literatura para atualização contínua do assunto e relatos dos casos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Formar uma equipe de pesquisa em Distúrbios do Sono na Odontologia, focado na busca de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-5094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.005.567

evidências contemporâneas para o diagnóstico e tratamento do BS e SAHOS.

Objetivo Secundário:

- a) Avaliar a prevalência de sinais e sintomas do BS e da SAHOS em acadêmicos de Odontologia e pacientes da clínica odontológica;
- b) Relacionar a presença e severidade do BS e da SAHOS com os fatores biopsicossociais;
- c) Avaliar o impacto do BS e da SAHOS na qualidade de vida dos sujeitos de pesquisa;
- d) Avaliar diferentes métodos de diagnóstico para BS e SAHOS;
- e) Avaliar diferentes métodos de tratamento para BS e SAHOS;
- f) Tornar a UFSC um polo regional de pesquisa e atendimento de pacientes com Distúrbios do sono.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os possíveis incômodos e riscos são sensibilidade passageira nos dentes e cansaço nos músculos do rosto.

Benefícios: Os pacientes terão melhor qualidade de vida e os alunos terão maior aprendizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta fundamentação teórica ampla, clareza em seus objetivos e método. A relevância do tema está na grande importância que os distúrbios do sono têm na qualidade de vida das pessoas e em razão ao grande aumento do número de pacientes com estes distúrbios. Portanto, esta pesquisa mediante o alcance de seus objetivos possibilitará uma maior compreensão desta temática para fornecer atendimento e apoio a estas pessoas com abordagens contemporâneas de diagnóstico e tratamento destes distúrbios baseadas em evidências científicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEP/SH.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas não tendo mais impedimentos para que esta pesquisa se inicie.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.008.561

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_805400.pdf	20/03/2017 15:11:59		Aceito
Outros	RESPOSTAASPENDENCIAS.docx	20/03/2017 13:18:56	BEATRIZ DULCINEIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/03/2017 13:17:05	BEATRIZ DULCINEIA MENDES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIAINSTITUICAO.pdf	20/03/2017 13:16:13	BEATRIZ DULCINEIA MENDES DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODISTURBIOSDOSONO.docx	14/03/2017 15:40:11	BEATRIZ DULCINEIA MENDES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declar.pdf	18/10/2016 13:00:51	BEATRIZ DULCINEIA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/10/2016 12:59:31	BEATRIZ DULCINEIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 10 de Abril de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retórica II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO E – ATA DE APRESENTAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 24 dias do mês de maio de 2013, às 14:30 horas, em sessão pública no (a) _____ desta Universidade, na presença da Banca Examinadora presidida pelo(a) Professora

Beatriz Dulcinea Mendes de Souza

e pelos examinadores:

- 1 - André Luis Perpetti
 - 2 - Maymara Schickmann de Freitas
- o aluno Bianca Paes da Silveira

apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado:

Prevalência de Bruxismo do Sono em Pacientes do Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial (CEMDOR)

como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela APROVAÇÃO do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.

Proin m. ser
Presidente da Banca Examinadora

Maymara S. de Freitas
Examinador 1

André Luis Perpetti
Examinador 2

Bianca Paes da Silveira
Aluno