



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA – ARARUNA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**JOSÉ IVO ANTERO JUNIOR**

**TRATAMENTO DO BRUXISMO INFANTIL COM UTILIZAÇÃO DE PLACA  
OCLUSAL: UM RELATO DE CASO**

**ARARUNA - PB  
2019**

**JOSÉ IVO ANTERO JUNIOR**

**TRATAMENTO DO BRUXISMO INFANTIL COM UTILIZAÇÃO DE PLACA  
OCLUSAL: UM RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia, Campus VIII, da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião – Dentista.  
Área de concentração: Odontopediatria.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Me. Danielle do Nascimento Barbosa.

**ARARUNA - PB  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A627t Antero Junior, Jose Ivo.  
Tratamento do bruxismo infantil com utilização de placa oclusal: um relato de caso [manuscrito] / José Ivo Antero Junior. - 2019.  
33 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde , 2019.  
"Orientação : Profa. Ma. Danielle do Nascimento Barbosa ,  
Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."  
1. BRUXISMO. 2. OCLUSÃO DENTÁRIA. 3.  
ODONTOPEDIATRIA. I. Título  
21. ed. CDD 617.645

**JOSÉ IVO ANTERO JUNIOR**

**TRATAMENTO DO BRUXISMO INFANTIL COM UTILIZAÇÃO DE PLACA  
OCLUSAL: UM RELATO DE CASO**

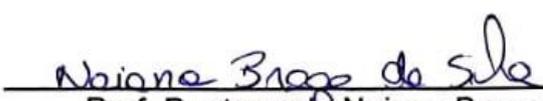
Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia, Campus VIII, da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião – Dentista.

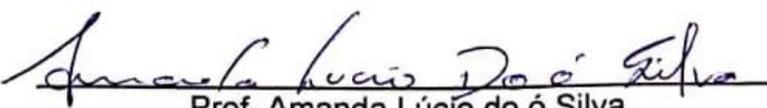
Área de concentração: Odontopediatria.

Aprovado em: 13/06/19.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof. Me. Danielle do Nascimento Barbosa (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
(Orientador)

  
Prof. Doutoranda Naiana Braga da Silva  
Programa de Pós Graduação em Odontologia (PPGO/UEPB)

  
Prof. Amanda Lúcio do ó Silva  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Dedico esta, bem como também todas as minhas conquistas a Deus autor de minha vida que nunca me desamparou e que nunca deixou de acreditar em mim até mesmo nos meus momentos de fraqueza a qual não o soube entender e aos meus anjos guardiões que encontrei em toda essa trajetória.*

*“Entrega teus caminhos ao Senhor, confia nele e ele tudo fará! ” SALMOS 37; 5*

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
2	<b>RELATO DE CASO</b> .....	13
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	18
4	<b>CONCLUSÃO</b> .....	22
	<b><i>REFERÊNCIAS</i></b> .....	23
	<b>ANEXO A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	26
	<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO A SAÚDE BUCAL – QVRSB - ECOHIS.....</b>	27
	<b>ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SOHO - 5.....</b>	30
	<b>ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DTM/DOF.....</b>	31

## TRATAMENTO DO BRUXISMO INFANTIL COM UTILIZAÇÃO DE PLACA OCLUSAL: UM RELATO DE CASO

### TREATMENT OF CHILDREN'S BRUXISM WITH OF OCLUSAL PLATE: CASE REPORT

José Ivo Antero Junior\*

#### RESUMO

O Bruxismo é uma desordem de etiologia ainda não bem definida, multifatorial, que acomete adultos e nos últimos anos muitas crianças. Caracteriza-se por movimentos mandibulares durante a vigília ou o sono onde acarreta dores musculares, desgaste dos dentes entre outras queixas relatadas na literatura. O objetivo deste trabalho visa relatar o atendimento ao paciente odontopediátrico portador de bruxismo entre o diagnóstico e a possível forma de tratamento com o uso de placa miorelaxante através de relato de caráter descritivo, baseado na coleta de dados de informações obtidas através da aplicação de questionários estruturados, aplicado aos responsáveis do paciente e do próprio, seguido de atendimento propriamente clínico de confecção da placa miorelaxante e respeitando a individualidade do paciente odontopediátrico. As placas miorelaxantes mostram-se ser uma alternativa eficaz para apagar rapidamente a memória da oclusão traumática, possibilitando o equilíbrio da oclusão e minimizando as facetas de desgaste, porém, as placas têm efeito temporário e não substituem a atuação do dentista no sentido de recuperar a função e a coordenação muscular onde sua utilização durante o sono mostrou-se eficaz, entretanto o tratamento do bruxismo deve ser muitas vezes multidisciplinar trazendo ao paciente e sua família a melhor resposta a esse acometimento. Quanto aos questionários observou-se a divergência nas respostas do núcleo familiar, entretanto resultados de valia para basear-se em evidências científicas ao diagnóstico final.

**Palavras-chave:** Assistência Odontológica; Bruxismo; Oclusão dentária; Odontopediatria.

#### ABSTRACT

Bruxism is a disorder that has not yet been well defined, multifactorial, which affects adults and in the last years many children. Characterized by mandibular movements during wakefulness or sleep where it causes muscle pain, tooth wear among other complaints reported in the literature. The objective of this study is to report the assistance to the pediatric dentistry patient with bruxism between the diagnosis and the possible form of treatment with the use of myorelaxant plaque through a descriptive, report based on the collection of information data obtained through the application of questionnaires structured, applied to those responsible for the patient and his own, followed by proper clinical care of confection of the myorelaxant plaque and respecting the individuality of the pediatric dentistry patient. The myorelaxing plates are shown to be an effective alternative to quickly erase the memory of the traumatic occlusion, allowing the occlusion balance and minimizing the facets of

wear, however, the plates have a temporary effect and do not replace the dentist's performance in order to recover the function and muscle coordination where its use during sleep has proved to be effective, however, the treatment of bruxism must be multidisciplinary, bringing the patient and his family the best response to it. Regarding the questionnaires, the divergence in the answers of the family nucleus was observed, but results of value to be based on scientific evidence to the final diagnosis.

**Keywords:** Dental Care; Bruxism; Dental occlusion; Pediatric dentist

## 1 INTRODUÇÃO

O bruxismo é uma atividade muscular repetitiva que agrupa vários músculos mastigadores resultando no ranger ou apertar dos dentes, podendo ocorrer durante o sono ou vigília (LOBBEZOO et al., 2013; SAULUE et al., 2015).

De acordo com a Classificação Internacional de Desordens do sono, o bruxismo é uma parafunção que se encaixa e está categoricamente relacionado à distúrbios realizados durante o sono. O bruxismo pode ser definido como uma parafunção involuntária do sistema mastigatório e é classificado como bruxismo cêntrico e excêntrico que pode ocorrer no período do sono ou da vigília, (noturno e diurno respectivamente). (MORESCA, 2016).

Dentro desse parâmetro Ommerborn (2012), afirma que no bruxismo cêntrico ocorre o apertamento dos dentes em posição cêntrica ou oclusão e as facetas de desgaste nas regiões incisivas e oclusais podem não estar presentes. Pode ocorrer tanto no período do sono quanto no período da vigília. Já no bruxismo excêntrico ocorre apertamento e deslizamento dos dentes, a mandíbula sofre movimentos protrusivos e látero-protrusivos e esses desgastes afetam tanto os dentes anteriores quanto os posteriores. O bruxismo excêntrico ocorre no período do sono, os indivíduos com essa parafunção geralmente apresentam dor, hipertrofia muscular localizada, disfunção na ATM, sensibilidade a palpação, além de risólize e alterações cronológicas de erupção, bem como predispor o apinhamento dental.

Aparentemente inofensivo para alguns pais principalmente por afetar a dentição decídua as alterações ocorridas pelo bruxismo na infância podem comprometer a estética e as funções bucais, podendo interferir negativamente na qualidade de vida, assim como na rotina da criança e da família (KLEIN, 2016)

O SBBrazil 2010 foi o primeiro estudo nacional representativo a incluir aspectos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos indivíduos, concomitante às diversas condições clínicas e autorreferidas de saúde bucal. O estudo do impacto da saúde bucal na qualidade de vida de jovens é particularmente importante. Essa faixa etária é mais sensível a diferentes impactos como, por exemplo, a percepção da aparência e da dor do que os indivíduos adultos, podendo afetar não somente a qualidade de vida, mas, também, o desenvolvimento psicológico e as interações sociais desses indivíduos (PERES *et al.*, 2013).

O instrumento Scale of Oral Health Outcomes para crianças de 5 anos de idade (SOHO-5) desenvolvido no Reino Unido por Tsakos et al., 2012, destina-se a crianças de 5 anos de idade, bem como aos seus respectivos pais. composto por 2 versões: uma para crianças que consiste em 7 perguntas que avaliam a dificuldade para: comer, beber, conversar, brincar, rir, sentir dor, sorrir para a aparência e dormir. As respostas de cada pergunta são gravadas em uma escala Likert (0 = nunca, 1 = pouco, 2 = muito). A pontuação final varia de 0 a 14, indicando que o

valor mais alto corresponde a um impacto negativo na pergunta qualidade de vida para as crianças. A versão pai contém 7 perguntas que avaliam a dificuldade de seu filho de comer, falar, brincar, sorrir para a dor, sorrir sobre a aparência e a autoconfiança de seu filho, juntamente com a escala de impacto familiar. Consistindo em 14 questões, elas relacionam o controle parental que exercem sobre seus filhos. As respostas são gravadas em uma escala de Likert: nada = 0, um pouco = 1, moderado = 2, muito = 3, muito = 4, não sei = 5, as respostas "não sei" são registradas como perdidas ; obtendo uma pontuação final que pode variar de 0 a 28 que, como na versão infantil, a pontuação mais alta indica uma má qualidade de vida. As outras questões não estão envolvidas no cálculo da pontuação do SOHO-5, mas são úteis para validação, por se tratarem de questões de auto percepção de saúde, e também como um componente de reforço são os cartões utilizados como coadjuvantes para entrevistas com crianças, que podem ser modificados de acordo com o ambiente onde a entrevista é realizada. (ALDAZ & ARIAS, 2018).

Bekes et al (2019) afirmam que apenas alguns instrumentos de QVRSB – Qualidade de vida relacionada a saúde bucal, estão disponíveis para crianças. Especialmente em crianças pequenas, uma abordagem especial para medir a QVRSB é necessária porque suas funções cognitivas não estão totalmente desenvolvidas para o preenchimento de um questionário. Uma abordagem comum nessa idade é pedir a seus pais e possíveis outros cuidadores adultos que completem o questionário. Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a qualidade de vida em crianças pré-escolares é a Escala de Impacto na Saúde Bucal na Primeira Infância (ECOHIS), um questionário desenvolvido para cuidadores adultos, originalmente desenvolvido nos EUA.

A odontologia moderna oferta diversos tipos de tratamento sendo eles muitas vezes procurados apenas como paliativos como procedimentos restauradores para dentes desgastados, ortodônticos para movimentação e placas de mordida sendo esse último mais utilizado em pacientes adultos e/ou de dentição permanente.

A placa confeccionada em resina acrílica é incolor, recobre as incisais e oclusais dos dentes em um dos arcos, maxila ou mandíbula, ajustada para que ocorra contato oclusal com os dentes antagonistas. A confecção pode ser realizada com o auxílio de um articulador, o modelo de gesso superior deve ser limitado a área a ser coberta pela placa na superfície vestibular dos dentes de 1 a 2 mm de cobertura, deve ser montado com auxílio do arco facial e o modelo inferior necessita de um registro com uma placa de cera 7, onde o paciente morde até ajustar a mínima dimensão vertical sem que os dentes superiores e inferiores se toquem em RC, a placa de cera é alisada na superfície oclusal, e os guias dos movimentos excêntricos são confeccionados, e por fim é feita a acrilização em resina acrílica (NISHIMORI & MARTINS et al., 2014). O objetivo deste trabalho visa relatar o atendimento ao paciente odontopediátrico portador de bruxismo entre o diagnóstico através de questionários de QVRSB e a possível forma de tratamento com o uso de placa oclusal mio-relaxante.

## 2 RELATO DE CASO

Paciente T.T.L.B. do sexo feminino, 5 anos, leucoderma e residente na área urbana do município de Araruna – PB compareceu a Clínica da Infância da Universidade Estadual da Paraíba, CAMPUS VIII, acompanhada de sua responsável que relatava “altos ruídos e ranger de dentes enquanto dormia” SIC e que isso atrapalhava o sono dos pais. Durante o exame clínico observou-se a presença de desgaste dental nas faces incisais e oclusais como pode ser visto na Figura 01, aparência abatida e cansada da paciente, a responsável ainda relatava além dos quadros de bruxismo, episódios de apertamento diurno e de nervosismo durante e após discussões familiares. Sabendo que a etiologia do bruxismo é incerta optou-se pela aplicação de questionários de anamnese além de questionários de qualidade de vida relacionada a saúde bucal da criança – QVRSB, iniciando com o ECOHIS – *Early Childhood Oral Health Impact Scale* e ainda o SOHO – 5 - *Scale of Oral Health Outcomes for 5 – year – Old Children*, tendo em vista que os padrões mais atuais de avaliação da qualidade de vida da criança levam em consideração a opinião e o ponto de vista dela como fator crucial a um resultado mais fidedigno e baseado em evidências científicas.

**Figura 01:** Aspectos iniciais durante a anamnese. A) Vista lateral direita do sorriso; B) Vista frontal do sorriso; C) Vista lateral esquerda do sorriso.

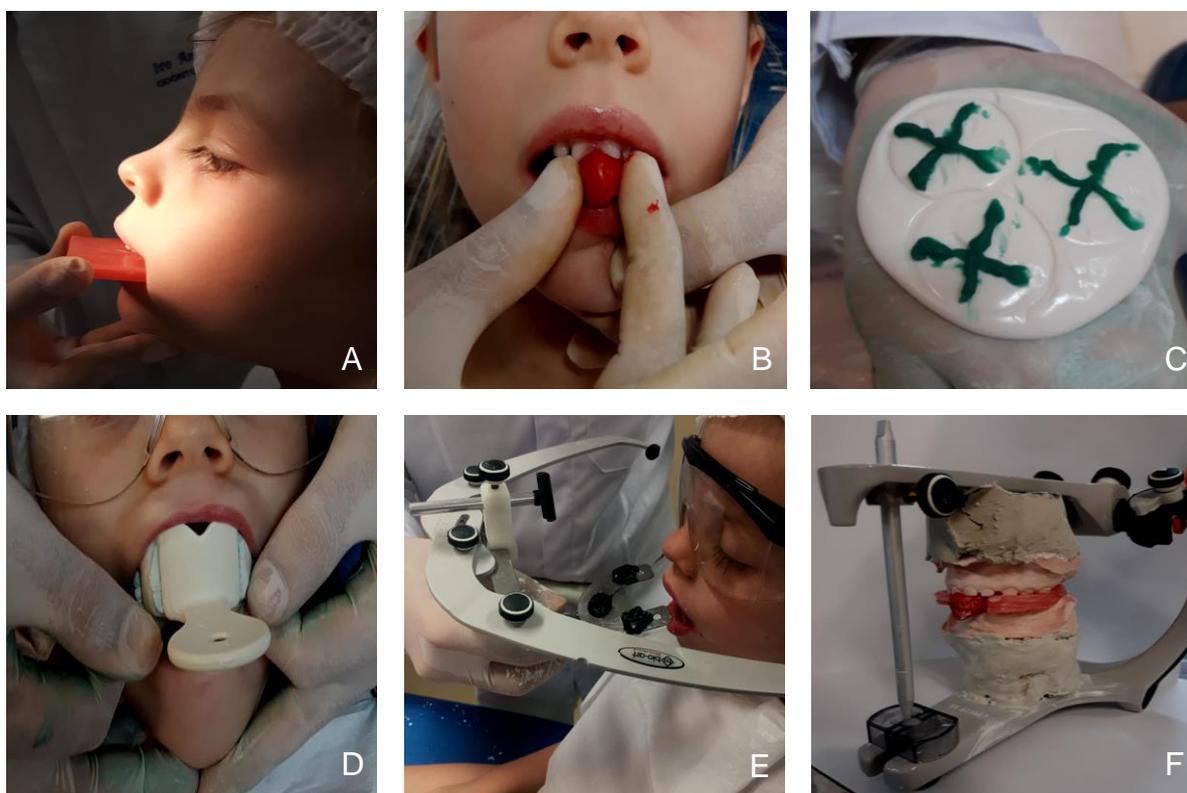


Fonte: ARQUIVO PESSOAL, (2019)

Em sessão seguinte foi feita então a aplicação propriamente dos questionários com os pais separadamente e da criança/paciente, além do questionário de anamnese de avaliação de DTM/DOF, foram aplicados os questionários de qualidade de vida relacionado a saúde bucal – QVRSB, onde a proposta inicial é ser aplicado para apenas a um dos responsáveis entretanto diante da condição da família foi aplicado ao pai e a mãe para avaliar a percepção da saúde bucal da criança, para isso foi aplicado o ECOHIS – *Early Childhood Oral Health Impact Scale*, que conta com 13 questões, em seguida foi aplicado o SOHO – 5- *Scale of Oral Health Outcomes for 5 – year – Old Children*. Nessa etapa a opinião da criança também conta como ferramenta de decisão do resultado final, então cada um dos pais foi avaliado assim como a criança/paciente, após a etapa de aplicação dos questionários foi seguida a montagem em articulador, onde durante o período de crescimento de pacientes odontopediátricos deve-se ter cautela em procedimentos mais invasivos já que nessa etapa ele se encontra mais susceptível a modelações ósseas e está em desenvolvimento da oclusão. Foi realizada a confecção do registro de mordida em cera utilidade 9 (NewWax®, TECHNEW, Rio de Janeiro, Brasil), seguida de um GIG (Guia de Interferência Gnatológica) como

proposto por Lúcia (1961), com resina acrílica vermelha autopolimerizante (JET®, CLÁSSICO, São Paulo, Brasil) para registro da relação cêntrica da mordida, foi feita então a moldagem das arcadas com silicone de condensação (Perfil®, COLTENE, Rio de Janeiro, Brasil) e vazado então com gesso pedra especial tipo IV (Durastone G4®, ELER & DUARTE, Vitória, Brasil), a godiva em bastão foi aquecida com auxílio de uma lamparina e onde foram colocados pontos para registro anterior e posterior no garfo de mordida do articulador semi ajustável – ASA, após montagem do articulador na paciente os modelos de gesso foram transferidos juntamente com o registro de mordida e o GIG de Lúcia e então enviado para o laboratório para confecção da placa oclusal mio-relaxante, como pode ser visto na Figura 02.

**Figura 02:** Montagem em articulador semi ajustável. A) Registro em placa de mordida com cera utilidade n.9; B) Confecção de GIG de Lúcia e manipulação para relação cêntrica; C) Manipulação do Silicone de Condensação respeitando a proporção silicone/catalisador; D) Moldagem com silicone de condensação para confecção de modelos de gesso; E) Registro no garfo de mordida do ASA e adaptação de acordo com a paciente; F) Montagem dos modelos de gesso juntamente com o registro de mordida e o GIG em ASA.

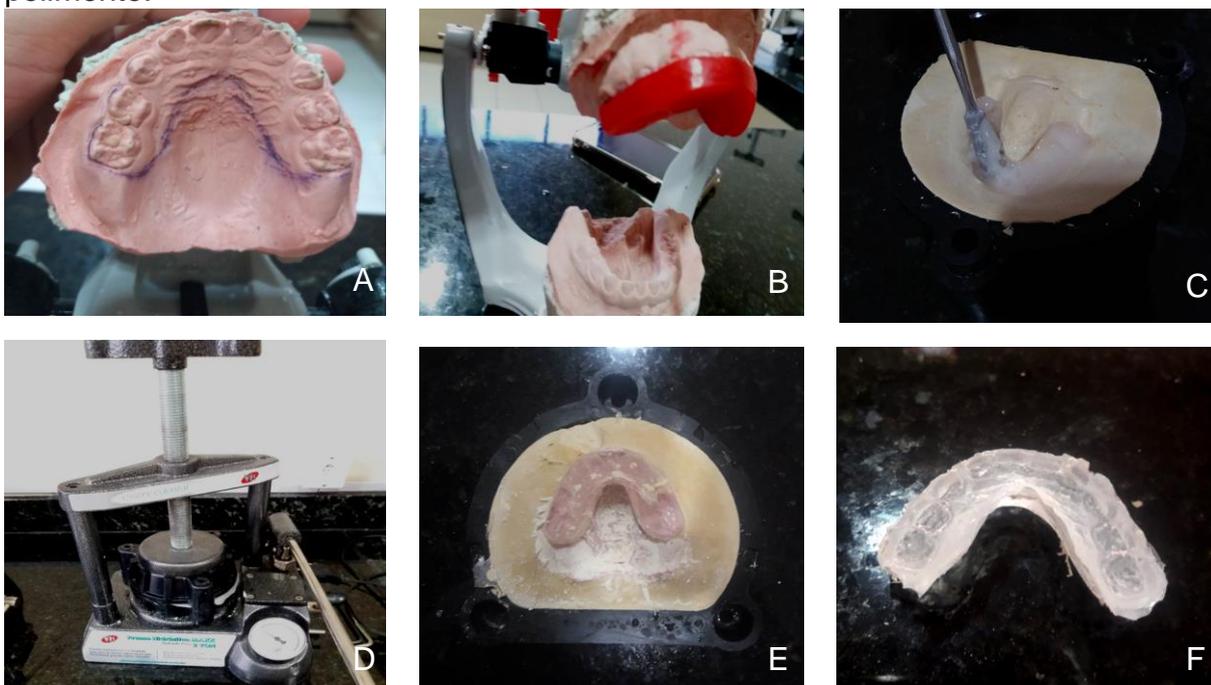


Fonte: ARQUIVO PESSOAL, (2019)

Chegando ao Laboratório de Próteses da Universidade Estadual da Paraíba, Campus VIII, os modelos de gesso passaram por enceramento seguido de inclusão na mufla de onde foram aquecidos em alta temperatura dentro do forno micro-ondas por 2,5min para que fosse feita então a eliminação da cera para posterior acrilização com polimetil metacrilato (PMMA) em prensa hidráulica a pressão de 1tonelada, após essa fase a placa é então removida da mufla e passa pelo processo de

acabamento e ajuste oclusal com discos de acabamento finalizando com o polimento, todo esse processo pode ser visto na Figura 03:

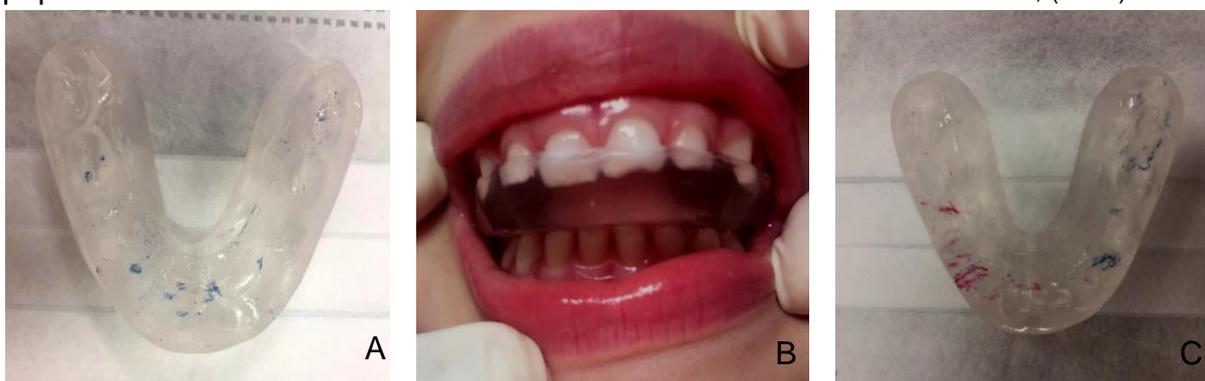
**Figura 03** Etapa Laboratorial de confecção da placa oclusal miorreaxante. A) Demarcação da área a ser encerada e que posteriormente será acrilizada; B) Enceramento dos modelos para servir de guia para a etapa de acrilização; C) Colocação do Metil Metacrilato (PMMA) no molde vazado anteriormente ocupado pela cera; D) Prensa Hidráulica de pressão a 1 Tonelada sob a mufla para acrilização eficaz sem presença de bolhas; E) Mufla aberta após o processo de prensa; F) Placa removida da mufla e do gesso pronta para a fase de acabamento e polimento.



Fonte: ARQUIVO PESSOAL, (2019)

Após a confecção da placa oclusal miorreaxante a paciente foi acionada para consulta de retorno, prova e ajuste com brocas de corte cruzado de Tungstenio Maxicut e Minicut e para posterior entrega para que fosse feito então o acompanhamento da possível desprogramação da musculatura e proteção dos dentes durante os episódios como visto na Figura 04.

**Figura 04** Prova e entrega da placa miorreaxante. A) Placa Oclusal Miorreaxante entregue pelo laboratório com alguns ajustes oclusais em modelo de gesso montado em ASA; b) Prova de ajustes e possíveis desadaptações; C) Marcações feitas com papel carbono de contatos oclusais distribuídos. Fonte ARQUIVO PESSOAL, (2019)



Após o período de 15 dias foi feita então uma consulta de reavaliação onde foi constatado o contato prematuro no dente 63 (canino superior esquerdo) e que devido a isso a ponta de cúspide encontrava-se em desgaste excessivo, foi feito então a readaptação com o uso das brocas já mencionadas.

Cinco meses após a última consulta a paciente voltou para retorno e avaliação da adaptação da placa, esse acompanhamento periódico se faz necessário devido ao processo de troca da dentição decídua e possível desajuste. Ao exame clínico foi constatada a perda natural do dente 71 e início da erupção do dente 31 além de mobilidade leve do dente 81, a placa continuava ajustada e os contatos oclusais bem divididos como pode ser visto na Figura 05, as recomendações então foram as mesmas e após uma longa conversa com a mãe a mesma foi recomendada a procurar a ajuda de um profissional psicólogo para continuar o tratamento da paciente já que nesse caso a placa oclusal mio-relaxante era apenas um tratamento paliativo e não definitivo, onde a ajuda de uma equipe multidisciplinar seria mais interessante.

**Figura 05** Consulta de retorno após cinco meses de uso da placa. A) Perca natural do dente 71; B) Sorriso e adaptação perfeita da placa oclusal mio-relaxante; C) Conferição dos contatos oclusais com papel carbono.



Fonte: ARQUIVO PESSOAL, (2019)

Durante todas as consultas exceto a de entrega da placa foram realizadas avaliações de Disfunção Temporomandibular e Dor orofacial onde não foi relatado o uso de chupeta ou de sucção digital ou ainda onicofagia, porém a responsável afirmava o hábito de ranger dentes durante o sono e de apertamento após episódios de estresse e brigas na família e que a criança ficava muito inquieta e agitada. Quando questionado o histórico familiar não foi constatado episódios nos pais e/ou membros familiares ou ainda traumas na região de cabeça e pescoço.

Foi realizada então a investigação de extensão dos movimentos verticais com auxílio de um paquímetro plástico da seguinte forma: (antes – durante – após) o uso da placa como pode ser visto na Tabela 01:

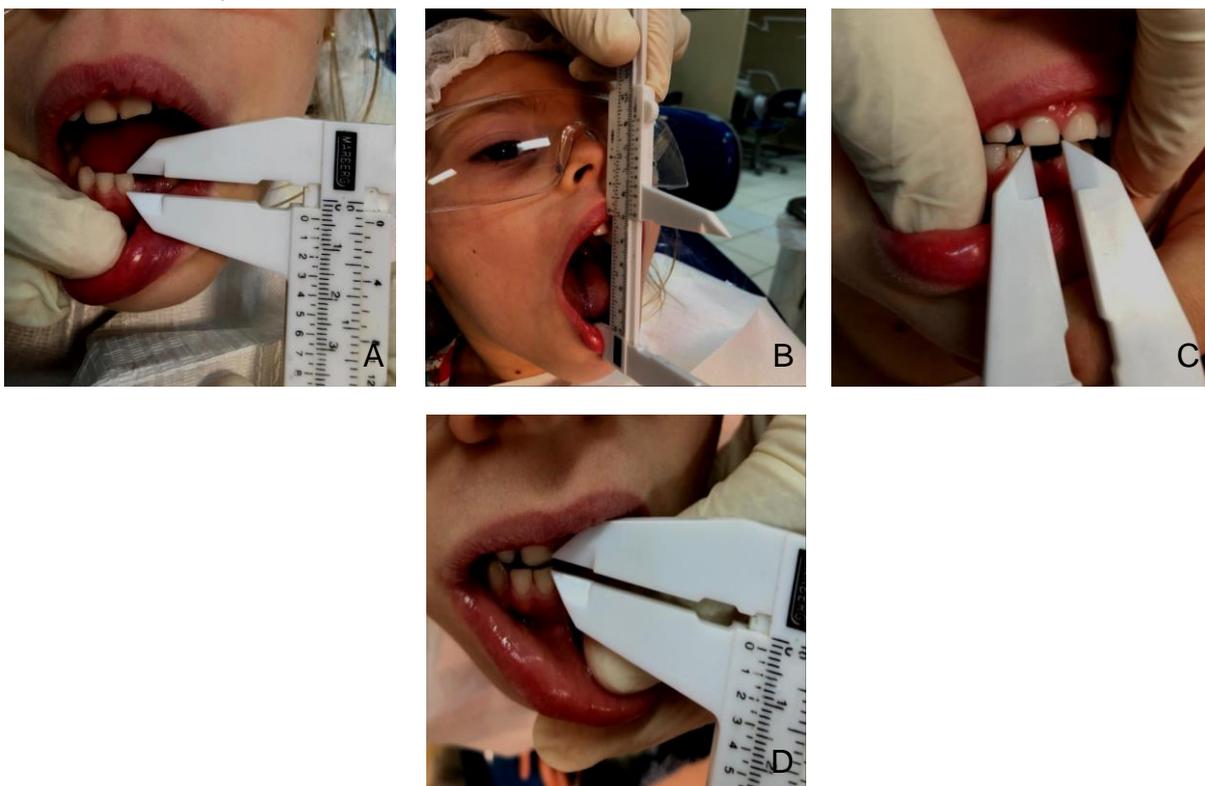
**Tabela 01:** Extensão dos movimentos verticais e mandibulares durante todos os tempos do tratamento.

PARÂMETROS	ANTES	DURANTE	APÓS
Trespasse Vertical Incisal	-5	-4	-4
Abertura Sem Auxílio da Dor	49	51	51
Lateralidade Esquerda	06	06	06
Lateralidade Direita	05	5,5	06
Protrusão	-1	02	02

\*Resultados expressos em milímetros – mm. **Fonte:** Elaborada pelo autor, 2019.

Durante essa avaliação em nenhum dos tempos foi diagnosticado dores durante os movimentos mandibulares ou sons auriculares durante a abertura e fechamento da boca, quanto a palpação em nenhum dos músculos faciais foi relatada dor presente ou presença de cefaleia, em relação a triagem AEDC – *Academia Européia de Desordem Craniomandibular* os resultados foram todos negativos descartando a possibilidade de qualquer desordem de maior magnitude. A forma de avaliação desses movimentos com o paquímetro pode ser visto na Figura 06.

**Figura 06** Medições de avaliação da extensão do movimento vertical e movimentos mandibulares. A) Trespasse Vertical Incisal; B) Abertura sem auxílio de dor; C) Lateralidade; D) Protrusão.



**Fonte:** ARQUIVO PESSOAL, (2019)

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A etiologia ainda é incerta quanto o acometimento dessa parafunção, Castelo et al (2010) afirmam que as crianças com bruxismo apresentavam qualidade de vida semelhante às crianças que não apresentavam essa parafunção. Ao contrário Costa (2013), ressalta que quanto aos hábitos bucais, crianças que os pais relataram ser agitadas, ansiosas e tímidas apresentaram maior incidência de bruxismo e dor de cabeça, em comparação a crianças sem essa parafunção.

Devido a etiologia incerta o diagnóstico do bruxismo se dá através da investigação dos sinais e sintomas, levando em consideração fatores sociais, econômicos e até mesmo nutricionais do paciente acometido, em seu estudo Firmani et al (2015), afirmam que para a realização de diagnóstico do bruxismo do sono (BS) em crianças existem três critérios: O exame de polissonografia que é considerado o padrão-ouro para o diagnóstico do bruxismo do sono, o relato dos pais ou responsáveis que é o método mais confiável para o diagnóstico e o autorrelato da pessoa do hábito para-funcional. Entretanto cada caso deve ser avaliado individualmente já que nem sempre pode ser feito o exame de polissonografia, descartando muitas vezes esse método da vida clínica do cirurgião dentista e onde também muitas vezes o relato da criança dependendo de sua idade e condição descritiva é subliminar já que o mesmo sofre durante o sono e se encontra inconsciente. Descartando-se o exame de polissonografia devido a ausência de equipamentos na clínica – escola optou-se então por questionários a paciente e seus responsáveis para a realização do possível diagnóstico.

Um estudo realizado por Kruger (2016) avaliou crianças com idade entre 8 e 10 anos e fez uma relação entre a presença de bruxismo, a idade e o gênero demonstrando uma maior prevalência do bruxismo no sexo masculino e nas menores idades. O estudo envolveu 1315 crianças, sendo que destas, 213 apresentaram bruxismo (16,2%) e foi relatado em conclusão que entre os sexos houve uma maior prevalência nas crianças do sexo masculino que no feminino. Quanto a relação com a idade foi notado que a maior prevalência foi nas menores idades sendo que as crianças com 8 anos foram as mais acometidas e as de 10 anos as que apresentaram menores índices, sendo que a prevalência foi de 6% para crianças com 8 anos de idade, 5,7% para a idade de 9 anos, e 4,5% nas crianças de faixa etária de 10 anos. Em casos como esse a anamnese é indispensável para o rastreamento dos possíveis fatores, podendo ser até mesmo hereditários daí a importância também da conversa e da participação dos pais e/ou responsáveis durante as consultas.

Neste trabalho os questionários tiveram papel de direcionamento durante a investigação dos fatores presentes para o desencadeamento do bruxismo. O *Early Childhood Oral Health Impact Scale* (ECOHIS) foi desenvolvido para pais/cuidadores de crianças pequenas, o uso deste questionário em estudos epidemiológicos permite o conhecimento mais amplo sobre as condições bucais adversos que afetam a qualidade de vida das crianças, bem como reforça evidências científicas sobre esta questão e demonstram a necessidade de programas de saúde bucal direcionadas a crianças pré-escolares afirma PAHEL et al., (2007). Entretanto, este instrumento era direcionado apenas aos pais/cuidadores destes pré-escolares, por isso, fez-se necessária a criação de um instrumento com aplicabilidade diretamente às crianças. O *Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old Children* (SOHO-5) desenvolvido no Reino Unido por Tsakos et al. (2012).

Os questionários levaram em consideração a opinião de todos os membros familiares tendo em vista uma melhor evidência científica e embasada em dados reais. Para o ECOHIS na grande maioria das perguntas a percepção sobre a saúde bucal da criança foram a mesma, porém a mãe afirmava que as vezes a criança evitou sorrir ou rir devido a problemas com dentes ou tratamentos, quando indagados sobre ficar ou outra pessoa da família que já ficou aborrecida devido aos problemas com os dentes ou tratamentos dentários da criança o pai afirmou que durante a noite diversas vezes ele tinha que acordá-la para que ela parasse de ranger os dentes e que o barulho lhe incomodava bastante. Durante a pergunta sobre a culpa devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários da criança a mãe se emocionou e relatou as diversas brigas e discussões em casa e que isso afetava muito a criança já o pai relatou que isso não o preocupava e que era uma “condição normal”.

Já para o SOHO – 5 os resultados foram diferentes em algumas questões como a dificuldade de comer por causa dos dentes relatada pelo pai devido a inflamação da gengiva da criança algumas vezes e a dificuldade em dormir por causa dos dentes relatado pela mãe, porém o pai não considerou isso uma dificuldade, na versão da criança todas as respostas ao questionário foram não.

Apesar das constantes divergências quando comparados os questionários Abanto et al, (2014) Em seu estudo ao avaliar a concordância dos relatos do núcleo familiar em relação a qualidade de vida da criança encontrou em resultados sugestivos de que dentro do núcleo familiar, o pai não parece ser um respondente secundário bom sobre a QVRSB dos seus filhos em comparação às mães. Contudo ele conclui que as discrepâncias entre os relatos pai-criança não devem ser vistos de maneira totalmente negativa, visto que alguns itens não mostraram diferenças significativas, apesar da sua fraca correlação, o qual indica que estes relatos poderiam ser utilizados como indicadores válidos em determinadas atividades da criança. Aldaz & Arias (2018) Ao analisarem a aplicabilidade desse questionário concluíram que é válida para avaliar a qualidade de vida em relação a saúde bucal de crianças de 5 anos de idade. Já Fernandes et al (2015) encontraram em seus resultados divergências no relato da criança com o pai assim como encontrado nesse trabalho os mesmos apontam que esse questionário é capaz de fornecer evidências originais porém devem envolver amostras representativas de crianças de cinco anos de diferentes populações e contextos sociais para estabelecer as propriedades discriminativas de maneira mais confiável.

A confecção de placa oclusal miorrelaxante se deu devido a resposta imediata a queixa relatada pelos responsáveis para que fosse feita a proteção dos dentes e desprogramação da musculatura, com isso o desenvolvimento da oclusão se daria sem nenhuma interferência além de que evitaria dores de cabeça de origem muscular na região de ATM e músculos como o masseter mesmo que não tenha sido relatado nenhum episódio anteriormente as consultas. Souza et al, (2018) Em seu trabalho relata caso de paciente odontopediátrico com dentição mista e com bruxismo durante o sono e relatava dores de cabeça constantes além de desgaste nas faces incisais de seus dentes, após a confecção de placa miorrelaxante o paciente não relatou mais dores de cabeça, os autores explicam que isso causa um impacto negativo na qualidade de vida trazendo danos biológicos em maior ou menor escala. E também por ser considerado importante fator de risco para disfunções temporomandibulares. Essa atividade parafuncional pode causar desgaste nos dentes, marcas edentadas na língua e bochecha (linha alba),

hipertrofia dos músculos masseteres e temporais dor a palpação dos mesmos e até mesmo cefaleias.

Não existe ainda consenso sobre qual a melhor opção terapêutica, sendo as abordagens oclusais, comportamentais e farmacológicas as mais utilizadas. (Lobbezoo et al., 2008; Ilover et al., 2014). Carra et al. (2012) lembram que ainda nenhuma terapia provou ser eficaz na remissão completa do bruxismo, e que todos os tratamentos têm como objetivo melhorar ou prevenir as consequências do Bruxismo do Sono nas estruturas orofaciais. Os primeiros relatos de uso de placas oclusais foram publicados por Karolyi, 2001. Desde então, a grande quantidade de aparelhos intra orais foram introduzidos no mercado para o tratamento de distúrbios temporomandibulares, com permanentes mudanças de formas, conceitos e materiais. (WIECKIEWICZ et al., 2014).

As placas miorrelaxantes são uma alternativa para apagar rapidamente a memória da oclusão traumática, possibilitando o equilíbrio da oclusão e minimizando as facetas de desgaste. Porém, as placas têm efeito temporário e não substituem a atuação do dentista no sentido de recuperar a função e a coordenação muscular. A etiologia do bruxismo do sono em sua hipótese mais recente considera que mecanismos relacionados ao sono influenciados por substâncias químicas do cérebro e permeabilidade das vias aéreas, podem aumentar a atividade motora da gênese do bruxismo (KLASSER; REI; LAVIGNE, 2015). Em cima desse pressuposto Há um significativo aumento da probabilidade de ocorrer bruxismo em crianças quando vários fatores etiológicos são combinados em um indivíduo (NAHÁS-SCOCATE; COELHO; ALMEIDA, 2014).

Nishimori e Martins et al (2014) Afirmam que a placa oclusal deve ser confeccionada em acrílico termopolimerizável, confeccionada por laboratório, cobrindo a superfície oclusal e incisal do arco dentário, com contatos bilaterais, simultâneos e estáveis com o arco de oposição. Na guia anterior os dentes posteriores desocluem nos movimentos excursivos. Pode ser feita na arcada superior ou inferior (sendo na arcada superior mais estável), deve seguir a curva de spee, a superfície oclusal deve ser lisa para não desviar a mandíbula, os contatos oclusais devem fornecer liberdade de movimentos entre máxima intercuspidação habitual e relação cêntrica (espessura mínima de 0,5mm), espessura nos dentes posteriores de 1,5 a 2mm. Seguindo as características relatadas pelos autores foi feito então a placa oclusal miorrelaxante os mesmos ainda relatam o uso de articulador semi ajustável – ASA, para simular os movimentos mandibulares e para que a opção terapêutica seja eficiente já que a mesma envolve músculos da face e ATM, no paciente odontopediátrico essas características não podem ser levadas como em paciente jovem ou adulto já que devido a dentição decídua e o processo de crescimento da criança a oclusão com todos os seus elementos ainda se encontra em formação como averiguado clinicamente.

Silva & Catisiano (2009) Ao analisarem os requisitos de aprovação para uma placa desse tipo afirmam que ela seja bem ajustada e estável. Ela deve assentar totalmente, sem inclinação ou báscula produzida quando os dentes opostos se contactam com ela e visa a reduzir a atividade parafuncional, desprogramar, obter uma proteção dos dentes contra a atrição e desgaste, balanceio dos contatos oclusais, bem como reposicionar a mandíbula, colocando-a em uma relação normal com a maxila para alcançar um equilíbrio neuromuscular. A placa de mordida tem como vantagem não interferir no processo de crescimento das arcadas dentárias infantis ou alterar a suas características físicas. Daí fundamenta-se a utilização desse tipo de tratamento mesmo em pacientes tão pequenos onde o maior desafio

talvez seja a não colaboração em todos os processos de obtenção da placa e não da ferramenta em si.

Baker et al. (2007) propuseram uma técnica de fabricação de placa oclusal feita no consultório, como alternativa de menor custo em relação às processadas em laboratório. Nesta técnica não há montagem de modelos em Articulador Semi-Ajustável (ASA) e a placa é confeccionada em uma resina de dimetacrilato uretano azul de polimerização ativada pela luz. Esta técnica utiliza uma base termoplástica formada à vácuo a partir de uma impressão única do arco maxilar e essa resina fotoativada para capturar os contatos oclusais na dimensão vertical desejada. Eles citam como vantagens: 1- a impressão de apenas um arco completo, ao invés de dois; 2- montagem em ASA e registros não são necessários; 3- menor exposição do paciente e do dentista aos monômeros de resina acrílica; 4- menor distorção e efeitos térmicos da polimerização da resina acrílica; 5- apenas uma única consulta é necessária para fabricação e instalação da placa; 6- menor custo. Como desvantagens, apresentam: 1- queixa estética por parte do paciente devido à coloração azul da resina fotoativada; 2- a durabilidade diminuída, comum às placas de base termoplástica; 3- necessidade de tempo extra para vazar gesso, fabricar e remover a base termoplástica. Pode ser ainda levada em consideração que nesse processo diferente da apresentada nesse trabalho a fase oclusal naturalmente ficaria dentada o que é considerada um padrão não ideal para a estabilidade e desprogramação da musculatura.

Existem ainda modelos mais modernos aliados ao processo tecnológico avançado como o relatado por Lauren e McIntyre (2008) que ao fazerem um estudo descrevendo a primeira fabricação de placas oclusais utilizando computador relataram que a produção digital promove uma consistência maior, um controle fino quantitativo e maior agilidade de processamento, quando comparada à produção manual. O sistema digital descrito é similar aos sistemas computadorizados dentais de desenho (Computer-aided Design- CAD) e de produção (Computer-aided Manufacturing - CAM), consistindo no escaneamento por um software CAD especializado e na fabricação digital. Para as placas oclusais há um software CAD especializado para articular e desenhar as placas.

Em casos mais sérios a utilização de outras ferramentas para alívio da dor são necessárias como afirma Bezerra et al, (2017) que concluiu em seu trabalho sobre placas miorrelaxantes com aplicação de TENS por meio de análise eletromiográfica que o tratamento do bruxismo por meio de placa miorrelaxante rígida e TENS promove redução da atividade eletromiográfica para o músculo temporal durante o repouso muscular, sugerindo que o tratamento proposto proporciona melhora da sintomatologia do bruxismo. No entanto, notou-se a necessidade de intervenção multidisciplinar, visto que o bruxismo está relacionado a fatores locais, sistêmicos, psicológicos e hereditários. Já Ghanizadeh (2013) investigou a utilidade do fármaco hidroxizina para tratamento do bruxismo noturno em crianças. O estudo cotejou o efeito de hidroxizina e placebo, os dois reduziram o bruxismo, sendo assim, hidroxizina mais efetiva. Esses resultados complementam vigorosamente mais uma opção de tratamento na literatura atualmente para as crianças com bruxismo, uma vez que há um número restrito de medicamentos em utilização e todos já pesquisados têm relevantes efeitos adversos favorece - se a utilização do fármaco em razão de que ele minimiza a ansiedade, estimula o relaxamento muscular e tem poucos efeitos contrários dentre os já consumidos como Clonidina e Clonazepan.

Na busca pelos resultados da avaliação dos movimentos mandibulares Benevides et al, (2016) Ao avaliar 181 escolares de 8 a 12 anos, todos assintomáticos para Disfunção Temporomandibular determinaram a amplitude dos movimentos mandibulares encontrando os seguintes resultados: 1. masculino - abertura bucal máxima 48,07 a 50,29mm; lateralidade direita 8,19 a 8,55mm; lateralidade esquerda 7,88 a 8,51mm e protrusão 6,72 a 8,30mm. 2. Feminino - abertura bucal máxima 47,15 a 50,71mm; lateralidade direita 7,27 a 8,58mm; lateralidade esquerda 7,66 a 8,21mm e protrusão 6,51 a 7,22mm. Ao comparar aos valores encontrados nesse trabalho pode-se ver que encontra na média mesmo a paciente sendo em idade inferior ao estudo, esse fator deve principalmente a desprogramação da musculatura após a utilização da placa oclusal mio-relaxante, além de que quando se observa os movimentos de lateralidade que eram de 6mm lateralidade esquerda e 5mm lateralidade direita passaram a ser equilibrados em 6mm lateralidade esquerda e direita simultaneamente, além de que a abertura de boca sem o auxílio da dor passou de 49mm para 51mm durante o uso e na consulta final o que caracteriza um valor acima do encontrado pelo estudo comparativo. Ao avaliarmos o trespasse vertical Incisal o valor evoluiu de -5mm para -4mm e se manteve até a consulta final.

#### **4 CONCLUSÃO**

A utilização da placa oclusal durante o sono é eficiente onde a mesma apresentou as características necessárias ao uso e demonstrou desprogramar a musculatura aumentando significativamente os movimentos de extensão vertical e mandibulares.

Os questionários de QVRSB se mostraram eficientes e uma importante ferramenta para diagnóstico correto do bruxismo, os questionários ECOHIS quando aplicados de forma separada para o pai e a mãe trouxeram resultados diferentes porém nada discrepante e anormal porém mostram claramente questões a serem discutidas pelo profissional com a família e o que pode ser melhorado durante o tratamento, já o SOHO – 5 quando leva em conta a opinião da criança é capaz de revelar-se como um resultado mais fidedigno, devido a ausência da experiência de cárie a criança relatava não se incomodar com seus dentes ou sorriso.

Todavia conclui-se que o melhor tratamento do bruxismo é o acompanhamento multidisciplinar com isso a criança foi encaminhada para o psicólogo para tratar seu aspecto psicológico tendo em vista todo o perfil traçado dentro do âmbito familiar durante a anamnese.

## REFERÊNCIAS

- ABANTO, J., CORDESCHI, T., PETERS, B. G., PAIVA, S. M., & BÖNECKER, M. Concordância entre os relatos do núcleo familiar em relação à qualidade de vida da criança. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v.68, n.1, p. 44-48, 2014
- ALDAZ, J. E. N., & ARIAS, A. C. Validación y adaptación transcultural de la escala de resultados de salud oral para niños de 5 años (SOHO-5) en español Ecuatoriano. **Revista Odontología**, v.20, n.2, p. 39-55, 2018
- BAKER, PHILIP S.; HAYWOOD, VAN B.; PLUMMER, KEVIN D. Method for immediate fabrication of an occlusal device. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 98, n. 5, p. 411-415, 2007.
- BENEVIDES, S. D., ARAUJO, R. P., RIBEIRO, C. D. O., & MELLO, S. M. F. Determinação da amplitude dos movimentos mandibulares em crianças do estado da Bahia. **Rev. CEFAC**, v. 18, n.1, p. 95-103, 2016
- BEKES, K., OMARA, M., SAFAR, S., & STAMM, T. The German version of Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS-G): translation, reliability, and validity. **Clinical oral investigations**, v.1, n.6, 2019
- BEZERRA, Jeniffer Roberta; SILVA, Andréia Maria; HADDAD, Marcela Filié. Avaliação da eficácia do tratamento de bruxismo com placa mio-relaxante e aplicação de tens por meio de análise eletromiográfica. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 6, n. 8, 2017.
- CARRA MC, BRUNI O, HUYNH N. Topical review: sleep bruxism, headaches, and sleep-disordered breathing in children and adolescents. **J Orofac Pain**. v.26, n.4, p. 267- 76, 2012
- CASTELO, P. M.; BARBOSA, T. S.; GAVIÃO, M. B. Quality of life evaluation of children with sleep bruxism. **BMC Oral Health**, v. 10, n. 16, p. 1-7, 2010
- COSTA. Soraia Veloso.; **Bruxismo na infância: estudo clínico aleatório sobre fatores relacionados à ocorrência e influência na qualidade de vida**. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade Federal de Santa Catarina. Bauru 2013.
- FERNANDES, I. B., RAMOS-JORGE, J., RAMOS-JORGE, M. L., BÖNECKER, M., ABANTO, J., MARQUES, L. S., & PAIVA, S. M. Correlation and comparative analysis of discriminative validity of the Scale of Oral Health Outcomes for Five-Year-Old Children (SOHO-5) and the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) for dental caries. **BMC oral health**, v.15, n.1, p. 29.
- FIRMANI, M., REYES, M., BECERRA, N., FLORES, G., WEITZMAN, M., & ESPINOSA, P. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. **Revista chilena de pediatría**, v.86, n.5, p. 373-379, 2015.

GHANIZADEH, A.; Treatment of bruxism with hydroxyzine: preliminary data. **European review for medical and pharmacological sciences**, v. 17, n. 6, p. 839-841, 2013.

ILOVAR S, ZOLGER D, CASTRILLON E, CAR J, HUCKVALE K1. Biofeedback for treatment of awake and sleep bruxism in adults: systematic review protocol. **Syst Rev**. May v.2, n.2, p. 42, 2014

KAROLYI, M. Beobachtungen uber Pyorrhoea Alveolaris. **Oesterr – Ung Vierteljahrschr Zahnheik** v.17, p.279-283, 2001

KLASSER, G. D.; REI, N.; LAVIGNE, G. J. Sleep Bruxism Etiology: The Evolution of a Changing Paradigm. **Journal Canadian Dental Association**, v. 81, n. 1, p. f2, 2015.

KLEIN Daniele.; **Qualidade de vida relacionada à saúde bucal: Implicações do desgaste dental em escolares de 8-10 anos**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016.

KRUGER, Cristian Maikel. **Bruxismo e fatores relacionados em crianças de 8-10 anos de escolas municipais de Florianópolis**. Graduação em Odontologia Dissertação - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

LAUREN, Mark; MCINTYRE, Fred. A new computer-assisted method for design and fabrication of occlusal splints. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 133, n. 4, p. S130-S135, 2008.

LOBBEZOO, F. et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 40, n. 1, p. 2-4, 2013.

LOBBEZOO F, VAN DER ZAAG J, VAN SELMS MK, HAMBURGER HL, NAEIJE M. Principles for the management of bruxism. **J Oral Rehabil**; v.35, n.7, p. 509-23, Jul 2008.

LÚCIA, V.O. **Modern Gnatological concepts**. 1. ed. St. Louis: C.V. Mosby Co.,1961.

MORESCA, Ricardo Cesar. **Bruxismo em crianças: etiologia e tratamento – revisão de literatura**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2016.

NAHÁS-SCOCATE, A. C.; COELHO, F. V.; ALMEIDA, V. C. Bruxism in children and transverse plane of occlusion: Is there a relationship or not?. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 19, n. 5, p. 67-73, 2014.

NISHIMORI, L. E; MARTINS. J. R et al. Utilização de placas oclusais em resina acrílica no auxílio do tratamento de Dtms. **uningá review, Uningá**, Vol.17, n.1, p. 59-64, Jan. 2014

OMMERBORN MA, GIRAKI M, SCHNEIDER C, FUCK LM, HANDSCHEL J, FRANZ M, HANS MICHAEL RAAB W, SHAFER R. Effects os sleep bruxism on functional

and occlusal parameters: a prospect controlled investigation. **Int J Oral Sci.** v. 4, p. 141-145, 2012

PAHEL B.T; ROZIER R.G; SLADE G.D; Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). **Health Qual Life Outcomes.** V. 30, n.5, p.6,Jan, 2007

PERES KG, CASCAES AM, LEÃO ATT, CÔRTEZ MIS, VETTORE MV. Sociodemographic and clinical aspects of quality of life related to oral health in adolescents. **Rev Saud Publ.** v.47, n.3, p.19-28, 2013.

SAULUE, P. et al. Understanding bruxism in children and adolescents. **International Orthodontics**, v. 13, n. 4,p. 489-506, 2015.SILVA, M. R. S; CASTISANO, M. H. Bruxismo etiologia e tratamento. **Revista brasileira de odontologia**, v. 66, n. 2, p. 223- 226, Jul/Dez. 2010.

SOUZA, F. M. et al. o bruxismo em crianças e as principais atividades terapêuticas utilizadas para a correção do distúrbio parafuncional. **Jornada Acadêmica de Odontologia do Univag**, v. 14, 2018.

Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, Macpherson LMD. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). **Health Qual Life Outcomes.** V.10, n.1, p. 62, 2012

WIECKIEWICZ et al. The use of light-cured resin as na alternative method of occlusal splints manufacturing – in vitro study. **Adv Clin Exp Med**, v.23, n.6, Nov-Dec, 2014.

## Anexo A – TERMO DE CONSENTIMENTO



UEPB

CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA - ARARUNA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE.  
CURSO DE ODONTOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento por mim assinado, dou pleno consentimento à CLÍNICA DA INFÂNCIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – CAMPUS VIII, para, por meio de seus professores e alunos realizarem exames clínicos com finalidade diagnóstica, planejamento e o tratamento odontológico da criança \_\_\_\_\_, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade em Odontopediatria e/ou Ortodontia, pois entendi claramente a proposta e as técnicas que serão utilizadas e todas as minhas perguntas foram esclarecidas. Serei informado(a) e devidamente esclarecido(a) sobre quaisquer mudanças e/ou finalidades de cada etapa do tratamento proposto.

Declaro que respondi corretamente todos os questionamentos relativos à saúde de meu (minha) filho(a), não omitindo nenhuma informação. Concordo com todos os procedimentos necessários, quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento que respeita os princípios éticos e científicos concernentes à Odontologia e comprometo-me a acompanhar e seguir as recomendações e prescrições que me forem passadas.

Tenho pleno conhecimento de que durante o período de tratamento, a criança por ser menor de idade, deverá estar acompanhado por um responsável legal, maior de idade, preferencialmente o pai e/ou a mãe, O (a) meu (minha) filho (a) poderá não ser atendido (a) em todas as suas necessidades de tratamento odontológico, devido à complexidade do caso ou mesmo ausência de vagas disponíveis para atendimento indicado.

Estou ciente da possível necessidade de utilização de contenção física para a proteção de meu (minha) filho (a), assim como a utilização de abridores de boca e inclusive com a solicitação de minha ajuda nestas manobras.

Concordo plenamente com a programação de atendimento proposta pela faculdade e que todas as radiografias, fotografias, modelos dos arcos dentários, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório, e quaisquer outras informações concernentes ao diagnóstico, planejamento e/ou tratamento, constituem propriedade exclusiva desta Faculdade, a qual dou pleno direito de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e pesquisa, além de sua divulgação em jornais e revistas científicas do país e exterior, respeitando os princípios éticos e legais vigentes, tendo-me sido assegurado e resguardo da identidade de meu (minha) filho (a).

Araruna, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Assentimento do paciente (acima de 12 anos) : \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do aluno: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) professor (a) responsável: \_\_\_\_\_

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA - ARARUNA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA

### QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO A SAÚDE BUCAL – QVRSB

#### QUESTIONÁRIO ECOHIS

Por favor, indique no quadro de opções de respostas a que melhor descreve as experiências da sua criança ou a sua própria. Considere toda a vida da sua criança, desde o nascimento até agora.

**1. Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**2. Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**3. Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**4. Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**5. Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**6. Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**7. Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**8. Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**9. Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**10. Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**11. Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**12. Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

**13. Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?**

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes (de vez em quando)
- Com frequência
- Com muita frequência
- Não sei

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO

### QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SOHO - 5

#### SOHO-5 (VERSÃO DOS PAIS)

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Sexo: Feminino ( ) Masculino ( ) Responsável: \_\_\_\_\_

Gostaríamos de saber mais sobre os dentes e a boca de seu (sua) filho (a) e sobre como estes afetam o dia a dia dele (a). Por favor, assinale a resposta mais apropriada na escala abaixo:						
Perguntas sobre a saúde bucal do (a) seu (sua) filho (a) e o efeito que os dentes dele(a) têm em seu dia a dia.	De forma nenhuma	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	Muita	Não sei
1. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(a) teve dificuldades para <b>comer</b> por causa dos dentes dele(a)?						
2. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(a) teve dificuldade para <b>falar</b> por causa dos dentes dele(a)?						
3. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(a) teve dificuldades para <b>brincar</b> por causa dos dentes dele(a)?						
4. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(a) teve dificuldades em <b>dormir</b> por causa dos dentes dele(a)?						
5. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(a) deixou de <b>sorrir</b> por causa da <b>aparência/estética</b> dos dentes dele(a)?						
6. Alguma vez na vida o(a) seu(sua) filho(a) deixou de <b>sorrir</b> por causa de <b>buracos nos dentes, cárie ou dor-de-dente</b> nele(a)?						
7. Alguma vez na vida a <b>autoconfiança/autoestima</b> do(a) seu(sua) filho(a) foi afetada por causa dos dentes dele(a)?						

#### SOHO-5 (VERSÃO DA CRIANÇA)

Nome: \_\_\_\_\_  
 Responsável: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )

Agora, eu vou te perguntar sobre os teus dentes/dentinhos e as coisas que você faz todos os dias como brincar, comer, conversar.	Não	Um pouco	Muito
1. Alguma vez foi difícil para você <b>comer</b> por causa dos seus dentes/"dentinhos"?			
2. Alguma vez foi difícil para você <b>beber</b> por causa dos seus dentes/"dentinhos"?			
3. Alguma vez foi difícil para você <b>falar</b> por causa dos seus dentes /"dentinhos"?			
4. Alguma vez foi difícil para você <b>brincar</b> por causa dos seus dentes /"dentinhos"?			
5. Alguma vez foi difícil para você <b>dormir</b> por causa dos seus dentes/"dentinhos"?			
6. Alguma vez você deixou de <b>sorrir</b> porque não gostou dos seus dentes ("dentinhos") / porque achou seus dentes ("dentinhos") <b>feios</b> ?			
7. Alguma vez você deixou de <b>sorrir</b> porque os seus dentes/"dentinhos" estavam <b>doendo</b> ?			

A criança apresenta cavidade de cárie?	Sim ( )	Não ( )
--	---------	---------

## ANEXO D – QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA - ARARUNA  
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA

### AVALIAÇÃO DE DTM/DOF

NOME: \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: ( )MASCULINO ( )FEMININO

#### 1. Investigação de fatores de risco

Bruxismo ( ) não ( ) sim- se sim: ( ) vigília ( ) sono  
Apertamento ( ) não ( ) sim- se sim: ( ) vigília ( ) sono  
Onicofagia ( ) não ( ) sim  
Sucção Digital ( ) não ( ) sim  
Sucção chupeta ( ) não ( ) sim

#### TRAUMA

Histórico de trauma na região de cabeça e pescoço ( ) não ( ) sim  
Cicatriz mentoniana ( ) não ( ) sim

#### HISTÓRICO FAMILIAR

Pais ou irmãos com DTM diagnosticada ( ) não ( ) sim  
Pais ou irmãos com dores de cabeça frequentes ( ) não ( ) sim

#### 2. Investigação de sinais e sintomas

##### EXTENSÃO DO MOVIMENTO VERTICAL

Trespasse incisal vertical \_\_\_\_\_ mm  
Abertura sem auxílio de dor \_\_\_\_\_ mm  
Lat. Esq. \_\_\_\_\_ Lat. Dir. \_\_\_\_\_ Protrusão \_\_\_\_\_

##### AVALIAÇÃO DE DOR E SOM

###### Dor na função mandibular

Dor na abertura ( ) não ( ) sim  
Dor na protrusão ( ) não ( ) sim  
Dor na lateralidade direita ( ) não ( ) sim  
Dor na lateralidade esquerda ( ) não ( ) sim

###### Sons auriculares

Abertura ( ) não ( ) sim  
Fechamento ( ) não ( ) sim

###### Palpação muscular

REGIÃO	Dor presente	
	Direito	Esquerdo
Temporal (posterior)		
Temporal (médio)		
Temporal (anterior)		
Masseter (superior)		
Masseter (médio)		

Masseter (inferior)		
Polo lateral ATM		

### 3. “Triagem” AEDC – Academia Européia de Desordem Craniomandibular

1. Tem dor quando abre a boca ou quando mastiga. Uma vez por semana ou mais?  
( ) não ( ) sim
2. Tem dor na face, têmporas, articulação temporomandibular ou maxilares. Uma vez por semana ou mais? ( ) não ( ) sim
3. Já teve a mandíbula presa ou travada de alguma forma que não abra completamente a boca? ( ) não ( ) sim
4. Tem dores de cabeça mais do que uma vez por semana? ( ) não ( ) sim

### 4. Cefaleia

Apresenta dor de cabeça? ( ) não ( ) sim  
 Se sim, tem diagnóstico médico? Qual? \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

*A Deus principalmente...*

*A minha mãe Elenice Pacifico que foi a maior professora que pude possuir, mais do que conhecimento científico foi a única que me ensinou como viver nesse mundo de tantos casos e acasos.*

*A minha irmã Adrielle Pacifico pelo apoio que tive durante toda essa minha caminhada acadêmica, quem sempre me incentivou a nunca desistir e que hoje pode está me vendo chegar a minha conclusão de curso.*

*Ao meu grande amigo acadêmico e agora profissional Hugo Rangel pelos conselhos e força que me deu quando até quando eu pensei que não conseguiria mais, quando pensei em desistir, foi você que me sempre amparou e ajudou nas explicações.*

*A todos os meus colegas de turma que constituíram a turma Maria Helena Antonino Almeida (TURMA VIII), eu poderia e deveria ser de outras turmas, mas Deus quis me dar vocês de presente para passarmos os momentos mais felizes e marcantes de minha vida, obrigado por tudo, pela moradia quando precisei, pelo pão partilhado, pelos sorrisos, abraços e até mesmo suas lágrimas, Francisco Rodrigues, Sara Ramona, Caio Rolim, Daniel Guimarães, Francisco Alisson, Leonardo Borges, Lucas Almeida, Emanuela Andrade, Maria Andréia, Paula Mariany, Renata Agra, Susana Martins, Vanessa de Oliveira e Roosveni Lacerda, vocês foram incríveis.*

*Não poderia esquecer jamais daqueles que se tornaram a extensão da minha família nessas terras longínquas, Ramon Rodrigues, Sabrina Formiga e Rayane Nascimento, quero sempre tê-los em minha vida, por favor insistam em mim!*

*E por último, mas não menos importante Matheus Clímaco, foi quem me escudou, brigou comigo, escondeu meus errados, me ajudou nas dificuldades e foi minha dupla até o fim, foram muitas duplas até que nos encontrássemos e que seja uma parceria para o resto de nossas vidas, obrigado.*

*A equipe de professores que me deram a melhor formação possível para eu chegar aonde estou hoje vocês foram os melhores que poderiam me aparecer pelo caminho.*

*Agradeço ao grande time que esteve comigo durante a realização desse trabalho: Danielle Barbosa, Amanda do ó cada uma de sua forma especial conseguiu extrair o melhor de mim, e em especial Naiana Braga que despertou meu amor pelos pequenos...*