

**ISCSP**

INSTITUTO SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

**U LISBOA**

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

# **Bruxismo: Um problema em Saúde Pública**

Carmen Regina Endres

Orientadora: Professora Doutora Ana Alexandre Fernandes

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Sociedade, Risco e Saúde

Lisboa, 2021

[WWW.ISCSP.U LISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.U LISBOA.PT)

# **Bruxismo:**

## **Um problema em Saúde Pública**



Carmen Regina Endres

Orientadora: Professora Doutora Ana Alexandre Fernandes

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Sociedade, Risco e Saúde

## Bruxismo: Um problema em Saúde Pública

*Carmen Regina Endres*

*Orientadora: Professora Doutora Ana Alexandre Fernandes*

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Sociedade, Risco e Saúde

Júri:

Presidente:

- Doutora Maria Paula Pestana de Freitas da Silva Faria de Campos Pinto, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, Professora Catedrática do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de Orientadora;

- Doutora Lara Patrício de Moura Tavares, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

- Doutora Maria Carlos Lopes Cardoso Real Dias Quaresma, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

*Lisboa, 2021*

## **Dedicatória**

Muito antes do sol raiar, a cidade acorda, há um ir e vir, no qual rostos cansados, indiferentes, com um olhar distante e vazio, falam. Contam um pouco de si, da vida automatizada, normalmente difícil, voltada para um sobreviver.

Um sobreviver sem vida efetiva, via de regra, regido pelas contas a pagar, pelo esforço de manter o aluguel da moradia, a comida na mesa, mesmo que escassa, e um pouco de alegria.

Crescer nesse meio adverso e algumas vezes perverso é um desafio. O salário, o ganha pão, nunca é suficiente. É preciso fazer escolhas, muitas vezes entre comer ou poder estudar, comprar remédios, uma roupa que aquece o corpo, um sapato para poder caminhar quilômetros, material escolar para os filhos, um mimo raro para si próprio, como um lanche em um bar. Nesse meio não há tempo, dinheiro, literacia em saúde para se cuidar, a doença chega um dia, é apenas uma questão de aguardar. Mais cedo ou mais tarde, as dores aparecerão no corpo, porque há muito, muito tempo, estavam latentes na alma, e trarão consigo ainda mais dificuldades, porque a vida continua, e é preciso seguir a roda que gira sempre.

Nesse percurso, há a procura por solução, uma tentativa de amenizar a dor, mas o dinheiro não é suficiente para pagar os avanços da ciência, disponíveis para quem vive em um outro mundo, como se fôssemos diferentes e alguns nasceram condenados a viver a dor. É o destino, dizem, faz parte, não há solução. A vida passa, e os dentes vão sendo perdidos, a dignidade vai junto, pela dificuldade de mastigar o pouco que se tem, pela vergonha de um sorrir desdentado, pela impossibilidade de trabalhar sem ter apresentação, pela dor que dói sem parar, que acaba com tudo, que entristece a vida.

Dedico esta Dissertação a todos que vivem essa realidade, aos que tentam transformá-la, aos que acreditam que somos iguais e buscam tornar isto real.

## **Agradecimentos**

Agradeço inicialmente à vida, a Deus, pela oportunidade de viver esta experiência rica e transformadora.

Agradeço eternamente aos meus filhos, Marcela e Arthur, pelo exemplo a ser seguido, pelo estímulo constante e inestimável, pelo profundo amor que é e será sempre minha fonte vital.

Às minhas queridas irmãs e familiares, pelo apoio indispensável, carinho constante e incondicional.

Aos meus pacientes e amigos, pela compreensão, amizade, por acreditarem em mim.

Aos professores que muito contribuíram nessa jornada, compartilhando seus conhecimentos, como amigos queridos e solidários.

Às adoráveis colegas, pela amizade, companheirismo, gentileza e generosidade.

Agradeço especialmente à minha orientadora, professora Ana Alexandre Fernandes, por ter me concedido ser sua orientanda, contribuindo com sua expertise permanentemente durante todo o percurso.

Ao núcleo técnico da DGS, responsável pelo setor de saúde oral, pela atenção, gentileza e disponibilidade constantes.

Agradeço ainda, de forma muito carinhosa, aos Médicos Dentistas entrevistados, que tornaram as entrevistas e a Dissertação viável, abdicando de seus horários de descanso ou profissionais para receberem-me com a máxima gentileza e atenção. Profissionais exemplares, dedicados, valorosos e muito humanos, que dignificam sobremaneira a profissão.

## Resumo

Os setores de planeamento das políticas públicas em saúde oral concentram seus esforços em ações precoces voltadas para cárie e doença periodontal, frequentemente não contemplando e desvalorizando importantes patologias como o bruxismo. Assim, quando a doença evolui, o doente bruxista sem recursos económicos para acessar o setor privado passa a ter uma vida compartilhada com a dor, ampliando as iniquidades sociais. Essa dissertação busca gerar uma reflexão sobre esse tema, orientando-se para o caso português. O bruxismo é definido como um hábito de apertar ou ranger os dentes, capaz de acarretar severos e irrecuperáveis danos às estruturas anatômicas, especialmente músculos, elementos dentários, osso alveolar e articulações, levar ao fracasso procedimentos odontológicos realizados, provocar dor orofacial além de causar reflexos emocionais, mentais e sociais. Nessa pesquisa objetivou-se identificar e avaliar as representações sociais dos médicos dentistas sobre o tratamento do bruxismo no contexto das Políticas Públicas de Saúde Oral em Portugal. Como opções metodológicas, procedeu-se a uma pesquisa na legislação portuguesa referente ao tema e realizou-se entrevistas semiestruturadas em uma amostra de sete médicos dentistas da região da Grande Lisboa. Concluiu-se que a legislação portuguesa não prevê ações precoces para o tratamento do bruxismo em sua rede de atenção primária (cheque-dentista e USB), mas, à nível hospitalar, há a referência para a especialidade de Estomatologia. Contudo, de acordo com as representações sociais dos entrevistados, o SNS não oferece terapias de controle conservadoras, reversíveis e não invasivas para o tratamento do bruxismo em nenhum nível de atenção, sendo desconhecidas ou consideradas inexistentes referências especializadas com esse perfil ou de apoio multidisciplinar. Perante a ausência de diagnóstico e tratamento, o doente bruxista, utilizador exclusivo do setor público, busca outras especialidades médicas no SNS e utiliza fármacos, com um quadro doloroso que frequentemente se exacerba, gerando uma significativa queda em sua qualidade de vida e um aumento de perdas dentárias.

Palavras-chave: Bruxismo, Saúde Bucal, Políticas Públicas de Saúde Bucal, SNS (PT)

## **Abstract**

The field of planning in public oral health policies focus its efforts on early actions aimed at caries and periodontal disease, often not contemplating and disregarding important pathologies such as bruxism. Thus, when the disease progresses, bruxist patients who can't afford services from the private sector have no other choice but to live in pain, expanding social inequities. This dissertation seeks to generate a reflection on this theme, focusing on the Portuguese case. Bruxism is defined as a habit of clenching or grinding your teeth, capable of causing severe and irretrievable damage to anatomical structures, especially muscles, dental elements, alveolar bone and joints, leading to the failure of performed dental procedures, causing orofacial pain and even emotional, social or mental implications. This research aims to identify and evaluate the social representations of dentists about the treatment of bruxism in the context of Public Oral Health Policies in Portugal. As for methodological methods, research on the subject was carried out under Portuguese legislation and semi-structured interviews were conducted with a sample of seven dentists from the Greater Lisbon region. It was concluded that the Portuguese legislation does not provide early actions for the treatment of bruxism in its primary care network (cheque-dentista and USB), but, at the hospital level, there is a reference for the specialty of Stomatology. However, according to the social representations of the interviewees, the SNS does not offer conservative, reversible and non-invasive control therapies for the treatment of bruxism at any level of care, with no specialized references with this profile or multidisciplinary support being known. In the absence of diagnosis and treatment, the bruxist patient, an exclusive user of the public sector, seeks other medical specialties in the SNS (National Health System) and uses medicines, exhibiting a painful condition that is frequently exacerbated, generating a significant decrease in his quality of life and an increment in tooth loss.

Keyword: Bruxism, Oral Health, Oral Health Public Policies, SNS (PT)

# Índice

Introdução .....	1
Capítulo I - Revisão da Literatura .....	5
1) O bruxismo .....	6
1.1) Prevalência e incidência.....	7
1.2) Etiologia.....	9
1.3) Bruxismo: sinais, sintomas e consequências.....	11
Capítulo II - Saúde, saúde oral e bruxismo .....	13
1) Saúde: um conceito em contínua formação .....	14
2) Da saúde à doença: quando se torna um problema? .....	15
3) Saúde oral e seus contextos: Centramento dentário x Bucalidade .....	16
4) Bruxismo como uma prioridade em saúde pública, por quê? .....	18
Capítulo III - Metodologia .....	23
1) Objetivos.....	24
1.1) Objetivo geral.....	24
1.2) Objetivos específicos .....	25
2) Método.....	25
2.1) Análise documental.....	26
2.2) A entrevista semiestruturada.....	26
2.3) Análise dos dados .....	27
2.4) Caracterização da amostra .....	28
Capítulo IV - Políticas de Saúde Oral em Portugal.....	29
1) Análise dos procedimentos odontológicos do PNPSO .....	33
1.1) Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários .....	33
1.2) Instrumento cheque-dentista .....	34
2) Cuidados hospitalares relacionados com o bruxismo .....	37
Capítulo V - Resultados e Discussão .....	40
1) Caracterização dos entrevistados .....	41
2) Análise e discussão dos resultados .....	42
2.1) Bruxismo: a patologia.....	44
2.1.1) Frequência.....	44
2.1.2) Potencial Destrutivo.....	46
2.1.3) Efeitos causados.....	48
2.1.4) Tratamento prévio.....	49
2.2) Tratamento do bruxismo no SNS.....	50
2.2.1) Atenção precoce.....	51

2.2.2) Procedimentos.....	52
2.2.3) Referência.....	53
2.2.4) Rede multidisciplinar.....	55
2.2.5) Outras especialidades.....	56
2.3) Provável prognóstico do doente.....	57
2.3.1) Agravamento do quadro.....	58
2.3.2) Qualidade de vida.....	59
2.3.3) Perdas dentárias.....	61
2.4) Quadro de consequências.....	63
2.4.1) Impressão.....	63
2.4.2) Relevância da doença.....	64
2.5) Barreiras.....	66
2.6) Sugestões.....	67
Conclusão.....	69
Referências.....	73

## Índice de Apêndices

Apêndice A – Guião de entrevistas e termo de consentimento.....	90
Apêndice B – Sinais, sintomas e consequências do bruxismo e DTM: Quadro 1, Lista Referenciada e Referências Específicas.....	95
Apêndice C - Quadro 2 – Códigos de tratamentos efetuados a nível de Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários.....	124
Apêndice D – Análise de Conteúdo.....	126

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Sinais, sintomas e consequências do bruxismo e DTM mais frequentemente descritos na literatura.....	96
Quadro 2 - Códigos de tratamentos efetuados a nível de Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários.....	125
Quadro 3 – Perfil biográfico dos médicos dentistas entrevistados.....	42
Quadro 4 - Categorias e Subcategorias de análise.....	43

## Lista de Acrônimos

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
ATM - Articulação Temporomandibular
BS – Bruxismo do sono
BV – Bruxismo em vigília
CPO-D - Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
DTM - Disfunção Temporomandibular
DVO – Dimensão Vertical de Oclusão
EUR - Euro
IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
OMD - Ordem dos Médicos Dentistas

PAMDIA - Programa de Assistência Médico Dentária para a Infância e Adolescência  
PIPCO - Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral  
PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral  
PPR – Prótese Parcial Removível  
PPSOCA - Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes  
RRH – Rede de Referência Hospitalar  
SAOS - Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono  
SBDOF - Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial  
SE - Sistema Estomatognático  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
SP – São Paulo  
TAC - Tomografia Axial Computorizada  
USP – Unidade de Saúde Pública  
VIH/SIDA/HIV - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

## **Índice de Figuras**

Capa- Filipe, R. (1962). Multidão [pintura]. Museu do Neo-Realismo, Vila Franca de Xira, Portugal. <http://www.museudoneorealismo.pt/pages/1091>

## Introdução

*Quando as dores surgem, vão para o médico de família (1),  
têm dor de cabeça, vão fazer TAC (5),  
vão ao otorrino, porque tem dor de ouvido (5)  
e muitas vezes são diagnosticados como fibromialgias e tal (3).  
A pessoa fica sem diagnóstico, tomando medicação, sofre (5),  
consome recursos e dinheiro, em vez de ir direto ao problema (5).*

O jornal O Globo publicou no dia 5 de agosto de 2019 (Reis, 2019) uma matéria com o seguinte título: “Bruxismo, que custou R\$ 157 mil a Feliciano, afeta milhões de brasileiros e prejudica o sono”. O texto referia que o bruxismo, uma patologia que atinge entre 8% a 20% da população brasileira, especialmente crianças, caiu na boca do povo, após o deputado brasileiro pastor Marco Feliciano (Podemos-SP) ter solicitado um reembolso do custo de seu tratamento à Câmara dos Deputados. Ao jornal Estadão, em sua edição de 03/08/2019 (Onofre, 2019), Feliciano confirmou o valor do tratamento dentário e disse que sofria de dores crônicas relacionadas ao bruxismo. "Não desejo para ninguém", afirmou. "Sou político e pregador. Minha boca é minha ferramenta. É um tratamento caro, mas foi para saúde, e não para estética. Foi para poder trabalhar.”

A boca, muito mais do que uma ferramenta, como alega ser Feliciano, é um território, que une as vísceras bucais ao aparelho psíquico do indivíduo, o suporte mais evidente de todo corpo do homem na realização de sua vida (Botazzo, 2008). É graças a ela que se dá a mastigação, fonação e deglutição, indispensáveis para a sobrevivência e relacionamento humano (Narvai, 2003). A boca é um elemento de comunicação por excelência (Barbosa, 1999), através da qual o homem expressa seus pensamentos e se constitui como sujeito (Rodrigues, 2001).

E se assim o é, uma patologia oral que tem o potencial de evoluir para um quadro incapacitante, como foi descrito pela imprensa, pode ser avassalador nos mais variados contextos, com grandes reflexos e consequências. As reportagens anteriormente citadas revelam uma realidade bastante comum, evidenciando que o bruxismo severo é uma parafunção capaz de gerar dores crônicas de difícil convivência e cujo tratamento envolve um alto custo (na situação em questão, em 05/08/2019, corresponderia ao valor de 35.217,00

EUR), tornando-se viável apenas para um pequeno percentual da população arcar com esses elevados valores.

Nessas circunstâncias, cabe, então, questionarmos: as políticas públicas devem oferecer respostas precoces a essa significativa patologia, ou permanecer arraigadas às históricas e tradicionais prioridades (cárie e doença periodontal) que caracterizam os programas de saúde oral?

Antes, contudo, de avançarmos com essa discussão no decorrer dessa dissertação, analisemos alguns dados preliminares sobre o bruxismo:

O bruxismo é considerado um hábito caracterizado pela repetição periódica de apertar e/ou ranger os dentes, que poderá originar consequências patológicas e irreversíveis, como fraturas dentárias, fracassos em tratamentos odontológicos, sensibilidade, doenças gengivais (pela destruição dos tecidos de sustentação), tratamentos de canal (gerados pelas necroses pulpares e pulpites), dores orofaciais crônicas (como cefaléias, dor nos músculos da face, articulações), dentre outros sérios problemas, nos casos em que a intensidade e a frequência das forças musculares aumentem descontroladamente (Lavigne, Khoury, Abe, Yamaguchi & Raphael, 2008; Lobbezoo & Naeije, 2001).

O bruxismo assume grande relevância por ser um fator de risco predisponente e desencadeante das DTM, que são fenômenos dolorosos não-dentários e constituem um grupo de diferentes patologias capazes de causar vários e importantes sinais e sintomas na área orofacial, cabeça e pescoço, membros ou outras estruturas anatómicas à distância da cavidade oral (Dias, 2014).

Estudo realizado por Flores, Resende, Barbosa, Conti e Stuginski-Barbosa (2019) revela que o bruxismo tem sido um assunto bastante investigado, resultando em um grande volume de artigos científicos publicados que indicam a importância dada ao tema nos últimos anos. Apesar das evidências científicas demonstrarem que o bruxismo e as DTM são um significativo problema de saúde, potenciais causadores de dores orofaciais (Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009), há um reduzido número de políticas públicas que divulguem essas doenças e acolham os indivíduos acometidos (Carrara, Conti & Barbosa, 2010). Estima-se que a incapacidade física e emocional gerada pela dor está entre as 10 causas de maior impacto socioeconômico em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Institute

for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2013). As queixas álgicas são as principais motivações de procura por tratamento na rede de atenção à saúde bucal, mas 10% das consultas de urgência por dor estão relacionadas a causas não dentárias (Conti, Miranda & Araujo, 2000).

Para Carrara et al. (2010), é necessário que as autoridades responsáveis pelo planejamento e gerenciamento das políticas de saúde pública reconheçam a importância dessas patologias e que ocorra a priorização do atendimento ao paciente com dor orofacial no sistema público já a nível primário de forma eficaz. É uma lógica que se justifica, pois o profissional da atenção básica é o primeiro contato do paciente com dor ao procurar atendimento, e, ao realizar um diagnóstico e tratamento precoce, pode evitar que ele se torne mais uma vítima frustrada em via crúcis em busca de solução para o problema (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2019). Esse processo de busca sem respostas gera uma demanda que sobrecarrega os serviços de saúde e o orçamento público, originando reconsultas em várias especialidades médicas, retratamentos dentários e exames complementares, muitas vezes realizados paralelamente à evolução da doença, com elevados custos pessoais e sociais (Carrara et al., 2010).

O objetivo geral dessa pesquisa buscou identificar e avaliar as representações sociais dos médicos dentistas sobre o tratamento do bruxismo no contexto das Políticas de Saúde Oral em Portugal. A opção por Portugal justifica-se pelo fato de estar iniciando uma nova trajetória no setor, com a recente implementação dos Cuidados Primários em Saúde Oral, que, juntamente com o instrumento cheque-dentista já existente há mais anos (Portal do Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2020), trazem conjuntamente a possibilidade de obtenção de melhores indicadores na área bucal com reflexos positivos a nível sistêmico, possibilitando mais conquistas quantitativas em anos de vida com saúde em sua população com grande longevidade (Fernandes, 2001). Esse é, portanto, um momento de reflexão, de inovação e construção adequado para o planejamento governamental definir as prioridades em suas políticas públicas de saúde oral, fundamentando-se nas evidências científicas, na crescente presença de doenças biopsicossociais (Seger, 2002), com seus múltiplos efeitos avassaladores, observando experiências alheias, fazendo assim suas escolhas alinhado com a nova realidade, sem que o costume ou a história o façam.

A presente investigação estruturou-se como uma fusão entre vários contextos, dando origem aos seguintes capítulos: No Capítulo I, realizou-se uma Revisão da Literatura sobre a patologia bruxismo. No Capítulo II, buscou-se introduzir e correlacionar os temas saúde geral, saúde bucal e o bruxismo, com uma perspectiva coletiva, social, em que se ultrapassa a visão

gingivodentária na odontologia, incluindo outras disfunções também existentes, que se relacionam com o psiquismo, as influências do meio sobre o indivíduo e a sua incapacidade de suportar os desequilíbrios que fazem parte da vida e que se refletem no organismo. No Capítulo III, a trajetória metodológica foi traçada e exposta. No Capítulo IV, a legislação das Políticas Públicas de Saúde Oral portuguesas foi analisada em busca de identificar ações voltadas para o bruxismo. No Capítulo V, os resultados das entrevistas foram apresentados e discutidos, e, por fim, há a Conclusão.

Como forma de introduzir cada um desses contextos, excertos da resposta dos entrevistados, identificados com numerações justapostas, foram expostos a fim de traduzir pensamentos, sentimentos, emoções e preocupações condizentes com a temática.

As representações sociais dos médicos dentistas coletadas na trajetória metodológica dessa dissertação expressam a forma como os profissionais veem e sentem a realidade do doente bruxista, usuário exclusivo do sistema público português, que não detém condições financeiras de acessar o sistema privado e está à margem do que a tecnologia, a técnica e a ciência podem oferecer apenas para quem pode pagar.

## **Capítulo I**

### **Revisão da Literatura**

*Toda a gente eventualmente range os dentes (3),  
alguns com mais danos que os outros (3),  
é pelo stress, a vida hoje corrida (6).  
Acaba com o tratamento, por melhor que ele seja (5),  
um paciente de bruxismo é um problema sério (1).*

Iniciamos a revisão da literatura com uma análise da patologia bruxismo de modo a esclarecer a dimensão do problema. Optou-se por incluir alguns estudos mais antigos nesta pesquisa por terem estabelecido importantes e ainda vigentes fundamentos dessa parafunção, que posteriormente foram aprofundados e parcialmente reavaliados nas inúmeras investigações que se seguiram.

## **O bruxismo**

A palavra bruxismo deriva do grego Briechein, que significa o apertar, atritar ou realizar a fricção dos dentes. Na Bíblia já há menção ao ranger de dentes nos Salmos de David e no Evangelho de Matheus, cerca de 600-200 a.C. e 75-90 d.C., respectivamente (Teixeira, Ribeiro, Queiroz & Perdomo, 1994).

O bruxismo, definido como um hábito de apertar ou ranger os dentes (Attanasio, 1991; Okeson, 1994; Zuanon, Campos, Giro & Pansani, 1999) tem se tornado alvo de preocupações e recebido maior atenção na prática odontológica, em virtude de sua elevada prevalência, crescente incidência e seu alcance sobre a população. O estilo de vida atual parece ser fundamental na elevada prevalência dessa parafunção (Wieckiewicz, Paradowska-Stolarz & Wieckiewicz, 2014).

Recentemente um consenso internacional de peritos (Lobbezzo et al., 2018) definiu o bruxismo como “uma atividade muscular repetitiva caracterizada por apertar ou ranger os dentes, mas também pelos atos de ‘bracing or thrusting’ da mandíbula (segurar, ferulizar, tensionar ou vácuo intraoral).

Ocorre preferencialmente durante o sono, de maneira inconsciente (sendo denominado bruxismo do sono, BS), manifestando-se sob a forma de ranger de dentes (mais habitual) ou apertamento, mas também pode ocorrer o bruxismo diurno (BV), quando o indivíduo aperta

os dentes em um estado de vigília, normalmente não realizando o ato de ranger, e está provavelmente relacionado a um hábito (Arnold, 1981).

### **1.1) Prevalência e incidência**

A prevalência do bruxismo é desconhecida, variando de 7% a 88% em crianças e de 15% a 90% na população adulta (Attanasio, 1991; Bishop, Kelleher, Briggs & Johsi, 1997; Gusson, 1998). Já para Ahmad (1986), em crianças, a prevalência do bruxismo pode variar entre 5% a 81%, estando comparável a 15% a 88% em adultos. A investigação de Sari e Sonmez (2001) concluiu que o bruxismo incide cada vez mais precocemente, podendo ocorrer seu início na idade de 1 ano, a partir da erupção dos dentes incisivos decíduos. Estudos realizados demonstram que de 35% a 90% dos indivíduos que apresentam esse hábito parafuncional em criança, provavelmente o manterão na idade adulta (Paesani, 2010). Conforme Camacho e Kohlrausch (2013), a faixa etária com a maior prevalência dessa parafunção em média é de 20 a 40 anos. Segundo Nadler (1957), embora ocorra em todas as faixas etárias, há evidências que tenderia a reduzir com a progressão da idade, principalmente após os 50 anos. Lavigne, Kato, Kolta e Sessle (2003) e Attanasio (1997) sugeriram, contudo, que o bruxismo do sono também poderia estar presente em indivíduos com faixas etárias mais avançadas e usuários de próteses totais, porém, como são confeccionadas em acrílico, impediriam os sons produzidos pelo rangimento dos dentes.

Em relação ao gênero, não foram encontradas diferenças no bruxismo do sono nas investigações de Lavigne e Montplaisir (1994). Contudo, para Ahlberg et al. (2002), incide em uma proporção maior do gênero feminino do que do gênero masculino, com uma razão que varia de 3:1 a 5:1, sendo mais prevalente entre os 20 e os 50 anos, nos indivíduos com maiores níveis de escolaridade e entre as mulheres, especialmente nos seus anos reprodutivos. Estudos de Busanello-Stella, Berwing, Almeida, Silva e Mello (2011) também encontraram uma maior prevalência em mulheres.

Kampe, Tagdae, Bader, Edman e Karlsson (1997) citaram que 80% a 90% da população apresentaria atividades parafuncionais, embora muitos não tenham consciência de seu hábito. Corroborando com essa perspectiva, para Attanasio (1991), a maioria dos indivíduos demonstra sinais e sintomas de bruxismo, mas só 5% a 20% da população geral está atenta à execução desta atividade parafuncional, já que é realizada de forma subconsciente pela maioria dos

portadores. Bader e Lavigne (2000) são ainda mais enfáticos ao afirmarem que habitualmente o paciente não tem autopercepção deste transtorno.

A incidência deste tipo de disfunção é cada vez mais frequente e significativa, calculando-se que, na atualidade, de 85% a 90% das pessoas range ou aperta seus dentes pelo menos eventualmente (Bader & Lavigne, 2000), de 50 a 75% da população exibe pelo menos um sinal de Disfunção Temporomandibular e 25% tem sintomas associados ( Olivo, Bravo, Majee, Thie, Majo & Flores, 2006 ).

Apesar dessas evidências, há uma grande dificuldade em estabelecer a efetiva prevalência do bruxismo, pois os estudos realizados abrangem populações e metodologias diferentes e muitos indivíduos poderiam estar rangendo ou apertando os dentes sem que estivessem cientes dessa manifestação (Arita, Carvalho, Silva, Bataglione, Chaguri & Nunes, 1990; Arnold, 1981; Attanasio, 1997; Glaros, 1981; Mikami, 1977; Molin & Levi, 1966; Reding, Rubright, Rechtschaffen & Daniels, 1964).

Segundo estudos (Dawson, 1993; Mohl, Zarb, Carlsson & Rugh, 1989; Pavone; 1985), essa parafunção é um desafio para a odontologia e a dificuldade para a sua resolução é proporcional à gravidade do desgaste produzido. A severidade dos desequilíbrios e lesões causados pelo bruxismo varia conforme a resistência das estruturas atingidas, o tempo de existência, sua regularidade e o estado geral do sujeito afetado.

Conforme Dekon e Pellizzer (2003), a classificação de acordo com o seu grau de severidade desde moderado, severo ou extremo permite uma melhor compreensão da presença, dinâmica e consequências do bruxismo, pois corresponderia às diversas lesões evidentes nas estruturas do aparelho estomatognático, como afirmam Lobbezzo, Van der Zaag, Van Selms, Hamburger e Naeije (2008). Nos casos em que a intensidade e a frequência das forças musculares aumentam descontroladamente, de acordo com Lavigne, Rompré, Poirer, Huard, Kato e Montplaisir (2001), as consequências advindas poderão ser patológicas e irreversíveis. Dessa forma, como refere Bishop et al. (1997), as perdas de tecido dental com os desgastes gerados pelo bruxismo podem ser excessivas, com consequências e sequelas estéticas e funcionais nefastas, configurando-se atualmente em um problema crescente na sociedade, que afeta cada vez mais pacientes e, preocupantemente, elegendo os jovens como o grupo de maior risco.

## 1.2) Etiologia

O bruxismo está relacionado a uma manifestação do equilíbrio biopsicossocial (Seger, 2002), no qual interagem processos biológicos, psicológicos e sociais (Paúl & Fonseca, 2001). Sendo uma patologia psicossomática, ocorre uma doença orgânica cuja origem e curso estão vinculadas a causas psicológicas (Rodrigues, 2005).

Segundo Lobbezoo, Van Der Zaag e Naeije (2006), é uma parafunção multifatorial e complexa, na qual interagem fatores causais locais, sistêmicos, ocupacionais, hereditários e psicológicos.

Os possíveis fatores etiológicos podem ser analisados em tópicos a seguir expostos:

### 1) Fatores Periféricos (morfológicos)

Os contatos dos dentes superiores com os inferiores devem ser coincidentes na maior parte dos casos, contudo, podem existir discrepâncias nos mesmos (Gomes, 2012), fato que anteriormente era considerado como causa de bruxismo e atualmente tem sido questionado.

Estudos atuais como os realizados por Manfredini, Bucci, Sabattini e Lobbezoo (2011) evidenciam que os fatores morfológicos, vinculados à anatomia orofacial e às discrepâncias oclusais, representam pouco significado na etiologia do bruxismo e não são associados concretamente a fatores de risco desencadeantes do mesmo, mas teriam participação como perpetuantes da parafunção (Manfredini, Ahlberg, Mura & Lobbezoo, 2015).

2) Fatores patofisiológicos- Considerados como significativos iniciadores do bruxismo, estão relacionados aos seguintes elementos (Lobbezoo & Naeije, 2001):

- Origem vinculada a distúrbios no sistema neurotransmissor central: neuroquímicos e química cerebral alterada por medicação, como inibidores seletivos da recaptção de serotonina, anfetaminas, benzodiazepínicos e drogas dopaminérgicas (Lavigne et al., 2008);

- Estudos como o de Gonçalves, Toledo e Otero (2010) têm evidenciado a relação entre o bruxismo, perturbações do sono e a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS);

- O bruxismo poderia ser uma consequência de patologias neurológicas ou psiquiátricas, como o mal de Parkinson, depressão ou esquizofrenia (Lavigne et al., 2003);

- Estar correlacionado ao consumo de substâncias como drogas, nicotina, cafeína e álcool (Lavigne et al., 2003; Ohayon & Guilleminault, 2001);

- Investigações sobre a etiologia do bruxismo demonstram uma conexão com a genética ou a um comportamento familiar apreendido (Lavigne et al., 2008);

- Em crianças, existem evidências da importância da alergia como um fator definitivo na instalação do bruxismo, assim como com a hiperplasia tonsilar e problemas respiratórios (Marks, 1980);

- Parasitoses intestinais, antigamente apontadas na literatura como um possível fator causal para o bruxismo, não têm sido comprovadas de forma consistente em estudos atuais (Molina, Santos, Mazzetto, Nelson, Nowlin & Mainieri, 2001).

### 3) Fatores psicológicos

Perturbações psicossociais, como:

- Stress, ansiedade, alterações da personalidade e humor, tensões neuróticas, fobias, frustrações, suporte social baixo (Lavigne et al., 2003).

- Investigações voltadas para o grupo infantil citam: aspectos sociais, como a lição de casa, tarefas domésticas, provas escolares; crianças em fase de autoafirmação; problemas existenciais, medo, agressividade, depressão, ansiedade, hostilidade; problemas familiares; prática de esportes competitivos e características de personalidade (Pizzol, Carvalho, Konish, Marcomini & Giusti, 2006).

Conforme Wolf (2000), a presença do bruxismo é uma resposta de escape, considerando que a cavidade bucal tem o potencial de expressão para impulsos reprimidos, emoções e conflitos. Investigação de Molina et al. (2001) reafirma estudos anteriores nos quais se observou que pacientes portadores de bruxismo mais severo demonstram ter mais sinais e sintomas de depressão, somatização, distúrbios psicossomáticos e dor em locais múltiplos. Para Cestari & Camparis (2002) os componentes psíquicos possivelmente conduzem às remissões e exacerbações do bruxismo.

Damasio, A.R., Grabowski, Bechara, Damasio, H., Ponto, Parvizi e Hichwa (2000) ressaltam que o aumento da incidência dos relatos de bruxismo provavelmente esteja relacionado ao estilo de vida e cultura do mundo atual, aos reflexos da sobrecarga de informação e globalização. A necessidade de acompanhar as transformações da atualidade acarretariam desequilíbrios e gerariam diferentes reações do sistema psicossomático em cada indivíduo.

### **1.3) Bruxismo: sinais, sintomas e consequências**

Para Hanson e Barrett (1995), o bruxismo é um dos hábitos mais destrutivos da cavidade oral, porque é constante e gera forças excessivas para os tecidos dentais e periodontais (suporte dos dentes), acarretando severos prejuízos ao sistema estomatognático.

O sistema estomatognático (SE) é constituído pela musculatura, articulações temporomandibulares (ATM), mucosas, dentes, periodonto, língua, glândulas salivares, nervos e vasos sanguíneos. Esse conjunto em ação desempenha fundamentais funções para a sobrevivência, possibilitando a mastigação, deglutição, respiração, assim como proporciona a interação social dos indivíduos, como fala e expressão facial. Caso ocorra o comprometimento de alguma dessas estruturas, problemas funcionais decorrerão, podendo prejudicar e comprometer seriamente a qualidade de vida dos indivíduos atingidos (Silva, Chaves, Bezerra & Lima, 2016).

Durante a atividade funcional do sistema estomatognático (deglutição, fonação e mastigação) os contatos oclusais entre as superfícies dentárias acontecem por um período de cerca de 17 a 20 minutos diários, as forças incidentes são aproximadamente 172 libras por segundo, por dia, verticais e bem toleradas pelas estruturas de suporte. Havendo o bruxismo, sucedem-se forças horizontais exacerbadas, avassaladoras e prejudiciais, que incidem sobre os dentes (ultrapassando eventualmente as 576 libras por segundo, por dia, representando um número 3 vezes superior ao do indivíduo normal), gerando sérias consequências para o sistema mastigatório (Okeson, 2000) e ameaçando a sua integridade (De la Hoz-Aizpurua, Díaz-Alonso, La Touche-Arbizu & Mesa-Jiménez, 2011).

Vários estudos realizados no decorrer dos anos evidenciam consistentemente que o bruxismo tem o potencial para destruir as estruturas anatômicas, especialmente músculos, elementos dentários restaurados ou não, próteses dentárias, osso alveolar e articulações (Clark, Beensterboer & Rugh, 1980; Coelho et al., 2009; Johansson et al., 2008; Machado, Fonseca,

Branco, Barbosa, Fernandes Neto & Soares, 2007; Molina, 1995; Paesani, 2010), tornando essa parafunção um significativo problema clínico (Lobbezoo et al., 2006) e um dos assuntos mais discutidos na Odontologia (Coelho et al., 2009).

Embora os sintomas do bruxismo sobre os músculos, ligamentos e articulações do sistema mastigatório possam eventualmente não ser tão dolorosos para o paciente, têm graves consequências a longo prazo (Kampe et. al., 1997; Okeson, 1992, 1998) e a sua presença é considerada um dos fatores causais preponderantes no fracasso da odontologia restauradora (cujo objetivo é restaurar ou substituir os elementos dentários acometidos pela cárie ou outras patologias, restabelecendo sua forma e função, conforme Oliveira, Beatrice & Leão, 2007). De acordo com Winocur, Gavish, Voikovitch, Emodi-Perlman e Eli (2003) a sua evolução é capaz de transformar a dor aguda em crónica, ocasionando incapacidade e stress físico e psicológico. Para Pavone (1985), os distúrbios mais graves e consolidados no decorrer do tempo são difíceis de tratar e o prognóstico pode ser questionável.

Os mais frequentes sinais, sintomas e consequências do bruxismo encontrados na revisão da literatura dessa pesquisa, citados em diversos estudos relativos ao tema, foram reunidos no Quadro 1, devidamente referenciado, de acordo com as estruturas biológicas afetadas ou em função dos reflexos psicológicos e sociais causados ao indivíduo, e estão disponíveis para consulta no Apêndice B. Como o bruxismo gera o colapso das estruturas do SE - sistema mastigatório- e é um dos principais causadores e predisponentes das disfunções temporomandibulares, também foram incluídos os potenciais efeitos que as DTM podem originar.

## **Capítulo II**

### **Saúde, saúde oral e bruxismo**

*A pessoa já chega à clínica em uma condição emocional (1).  
Se traz problemas na saúde, na minha opinião, sim (2),  
desde que a gente perceba que somos um organismo (3),  
podemos fazer unir tudo com tudo (3).*

## **1) Saúde: um conceito em contínua formação**

Este capítulo é dedicado ao tema saúde. Os conceitos a seguir expostos assumem uma perspectiva de saúde coletiva, com uma abordagem multidisciplinar, que integra os conhecimentos produzidos pelas ciências biomédicas e pelas ciências sociais, vinculando o indivíduo ao meio em que se origina e vive. Essa trajetória conceitual acaba por estreitar-se na saúde oral, com a contraposição de seus paradigmas, Centramento Dentário x Bucalidade.

Definir saúde é considerado uma tarefa complexa. Ao fazer referência a esse tema, Czeresnia (1999, p. 702) coloca que “uma palavra, embora seja uma forma de comunicação, não basta para apreender a realidade em sua totalidade”. Assim, para a autora, saúde e doença são formas de manifestação da vida, sendo experiências únicas, subjetivas, não restritas ao conhecimento objetivo e, portanto, não podem ser limitadas a um conceito científico.

No entanto, segundo Silva, Schraiber e Mota (2019), é importante formular o conceito de saúde, pois as múltiplas facetas da vida humana podem ser assimiladas conceitualmente. Com esse intuito, a seguir serão expostas algumas das definições encontradas no decorrer da revisão da literatura, vinculadas a uma visão mais ampla e atual do termo saúde:

Para Siqueira e Moraes (2009, p. 2.116), a saúde tem seu conceito calcado no “contexto histórico da sociedade e em seu processo de desenvolvimento, englobando as condições de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

De acordo com Laurell (1997, p. 86), a saúde é vista como necessidade humana cuja satisfação “associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico”.

Lopes (2005, p. 1.595), afirma que saúde é “o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado pelo contexto político, socioeconômico, cultural e ambiental”

Já para Ayres (2007, p. 60), saúde significa “a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade”.

Dejours (1986) refere que a saúde seria, primordialmente, um compromisso do homem com a sua realidade, que é instável, mutável, passando por processos de conquista, reconquista, defesa, com a possibilidade de ganhos ou perdas. Assim, propõe um conceito de saúde como o ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social, consistindo esses meios na capacidade e liberdade de regular por si as variações e oscilações que se dão no organismo (bem-estar físico) – centrado na liberdade e no desejo pessoal de administrar a própria vida – (bem-estar psíquico), e na liberdade e capacidade de agir na sua relação com o outro, não só no trabalho organizado, mas no conjunto das relações sociais com o meio – (bem-estar social).

Em sua obra ainda atual “O Normal e o Patológico”, publicada pela primeira vez em 1943, Canguilhem (2009) coloca que as frustrações, fracassos do meio e os erros constituem nossa história e, dado que vivemos em um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como ausência de erros e sim como a capacidade de enfrentá-los.

### **1) Da saúde à doença: quando se torna um problema?**

Se nossa trajetória individual e coletiva é inexata e sujeita a desacertos, a incapacidade de suportar os desequilíbrios pode levar ao adoecimento. De acordo com Zimmerman (2010, p. 239), Hipócrates afirmava ser a doença uma reação global do corpo e do espírito do indivíduo, o que poderia ser sintetizado pelo ensinamento de William Mott: Quando o sofrimento não pode expressar-se pelo pranto, ele faz chorarem os outros órgãos.

Partindo dessa perspectiva, é relevante e oportuna a análise de conceitos mais amplos do que seria um problema de saúde, como os a seguir colocados:

Os processos saúde-doença estão vinculados ao observador e aparecem, segundo cada posição, como alteração a nível celular, sofrimento ou problema de saúde pública. No âmbito da sociedade, eles são visualizados como problemas de saúde pública nas relações entre o Estado/Sociedade, particular/ público, e o individual/ coletivo (Sabroza, 2006).

Da mesma forma, Teixeira, Pinto e Villasboas (2004) enquadram a temática problema de saúde como sendo dependente da ótica sob a qual eles são identificados, ou seja: o que é problema para uns, pode não ser considerado problema para outros. A visão que se tem dos problemas de saúde, portanto, está vinculada à função ou posição dos distintos sujeitos ou atores na estrutura das relações sociais, sendo um resultado de sua visão de mundo, cultura, de seus projetos políticos, experiências e de suas utopias.

Embora a construção social do problema visto como de todos e seu enfrentamento seja o resultado da inter-relação entre os diferentes agentes situados nos distintos espaços sociais, cabe ao Estado, lócus de dominação e construção do discurso universal, o papel importante na tomada de decisão em torno dos problemas sociais (Bourdieu, 2014). Assim, é uma atribuição do Estado, através de suas políticas públicas, proporcionar qualidade de vida aos cidadãos, onde assumem um papel fundamental as Políticas de Saúde, que refletem as condições de existência da Sociedade (Roncalli, 2000).

A Política de Saúde é um tipo de política pública e social, um caminho ofertado pelo Estado voltado para a solução dos problemas da sociedade que o compõe, sendo definida pela WHO (1998) da seguinte forma:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. [...] Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um sistemático processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis. (WHO, 1998, p. 10)

## **2) Saúde oral e seus contextos: Centramento dentário x Bucalidade**

A saúde bucal, a exemplo das perspectivas de saúde coletiva anteriormente expostas, tem extrapolado as fronteiras de seus tradicionais e históricos paradigmas, dando vazão a outras interpretações sobre o tema, que, nas palavras de Narvai e Frazão (2008), estão muito além do Céu da Boca, como se pode observar nos conceitos que seguem:

Para Narvai, Saúde Bucal seria:

um conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que

permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções de modo que lhe pareçam adequadas e lhe permitam sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral (Narvai, 2003, p.116).

E sua ausência, ou incapacidade bucal:

a impossibilidade, transitória ou permanente, de exercer uma ou mais das funções de mastigação, deglutição ou fonação e, também, pelo comprometimento estético. O grau da incapacidade, sua abrangência e evolução variam de indivíduo para indivíduo, segundo o tempo, as características clínicas, as possibilidades terapêuticas e a inserção social de cada um (Narvai, 2003, pp.116-117).

A boca, campo central de atuação da odontologia, também assume outros aspectos conceituais, conforme podemos observar ao comparar a clássica e anatômica definição dada por Madeira (2016) com a de Botazzo (2013), na sequência:

A cavidade da boca ou cavidade oral é a parte inicial do sistema digestório. Localiza-se no terço inferior da face e comunica-se com o exterior pela abertura oral e com a parte oral da faringe (orofaringe) através de uma abertura ampla denominada istmo da garganta (Madeira, 2016, p. 25).

Botazzo (2013) amplia esse conceito ao utilizar o termo Bucalidade, definindo-o: é a capacidade da boca em ser boca, isto é, em exercer, sem limitação ou deficiência as funções para as quais anatomicamente acha-se apta. De acordo com Botazzo (2008), a boca não seria um órgão, mas território, capaz de exercer o maior número de atividades ou funções sociais, sendo fundamental na formação do psiquismo, na identidade do indivíduo e está intimamente vinculado aos processos sociais vividos. Dessa forma, considerando que o corpo é socialmente formado, a boca também o é e, se ela trabalha, poderá se desgastar conforme as possibilidades ou as condições de existência do sujeito que está vivo, trabalha e fala.

A perspectiva da Bucalidade mostra-nos a boca humana a partir de suas funções ou trabalhos bucais (a mastigação, a fala e a estética), deixando em um segundo plano o centramento dentário que caracteriza a odontologia, no qual o dente é o ponto central para a prática odontológica, é o indivíduo da odontologia, sendo até mesmo denominado de elemento, tendo o tratamento da cárie e suas consequências como protagonistas, com uma prática predominantemente mecanicista, fragmentária e curativista (Botazzo, 2008). Nesse modelo tradicional, todos os indivíduos que buscam atenção odontológica são previamente interpretados como cárie-dependentes (desde a década de 1950, a cárie dentária é considerada como o principal problema público da boca humana), sem que se considere o fato de terem ou não problemas dentários ou quaisquer outros problemas bucais (Botazzo, 2008). O autor coloca que a cárie dentária, nessa situação, se torna uma instituição ou um fetiche, sendo vista como

a patologia-mãe e, tal importância assume, que é como se todas as demais patologias bucais estivessem a ela vinculadas ou não sejam identificadas.

Essa realidade emerge da formação profissional e se perpetua de tal forma, que, nas palavras de Botazzo, (2017, p.14), “Tudo é cárie ou foi ou virá a ser cárie.” Conforme o autor, ao insistir e visualizar como prioridade o elemento dental, perde-se a ideia de indivíduo que é o homem a quem o dente pertence, tornando-se necessário um deslocamento da ideia de dente para a de sujeito-paciente, uma boca não mais isolada do conjunto, mas uma manifestação do corpo por completo, parte do nexó biopsicossocial do sujeito por inteiro, nas suas determinações, limites e possibilidades.

Botazzo (2017) refere que os conteúdos que estão na base da saúde pública e coletiva, seu planejamento e ações, ainda incidem fortemente sobre epidemiologia da cárie e da doença periodontal, e até mesmo a produção intelectual de artigos de epidemiologistas bucais majoritariamente abordam a cárie dentária. O índice CPOD (índice empregado para avaliar a prevalência da cárie dentária muito utilizado em saúde pública) exemplifica essa situação, pois simboliza o número de dentes presentes em boca que estejam cariados - C, perdidos - P (estão ausentes, portanto) e obturados - O, e, assim sendo, na lógica desse indicador, todo dente perdido terá sido por cárie. Contudo, para Botazzo (2017, p.7), “dentes podem ser perdidos por numerosas causas ou razões, incluindo o comportamento iatrogênico da profissão, mas este é tipicamente um caso onde o costume é mais forte do que a curiosidade”, o que demonstra a representação social histórica entre o dente e sua doença.

Segundo Iyda (1998), desvendar os fatos e ultrapassar uma visão dominante da odontologia é considerá-la além de sua aparência e além das suas práticas utilitária e técnico-científica. É superar a exclusão das classes populares que pode ser percebida na restrição do acesso, na seletividade e no tratamento diferencial dos serviços odontológicos.

### **3) Bruxismo como uma prioridade em saúde pública, por quê?**

Conforme a Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (SBDOF, 2020), o bruxismo é altamente prevalente e representa um problema de saúde pública de relevância epidemiológica. Segundo a instituição, é de responsabilidade dos dentistas a prevenção de seus reflexos e consequências negativas para a saúde oral de seus pacientes, especialmente no grupo etário pediátrico, já que há evidências de que o bruxismo detectado na

infância possa persistir até a vida adulta (Carlsson, Egermark & Magnusson, 2003). Ainda, segundo Warren, Yonezu e Bishara (2002), o bruxismo se torna ainda mais grave nas crianças, pois seu impacto na dentição é mais destrutivo, em função das características estruturais e morfofuncionais dos dentes decíduos.

Estudo realizado por Dias (2014) reforça o fato de que nos casos de bruxismo em que a frequência e intensidade das forças musculares sofrem um aumento descontrolado, as consequências podem ser patológicas e irreversíveis. Conforme o autor, quando essa parafunção está presente, pode significar a diferença entre o sucesso ou o insucesso de um tratamento médico-dentário, independentemente de ter sido bem planejado, executado com esmero e contando com manutenção profissional, ainda assim poderá rapidamente fracassar, pelas consequências imprevisíveis causadas pela ação muscular.

Tendo em vista que em bruxômanos procedimentos como restaurações, próteses e reabilitações realizadas falham continuamente em todas as áreas da medicina dentária, a possibilidade de presença de bruxismo não pode ser subestimada e deve ser considerada constantemente na clínica (Dias, 2014). As consequências podem ocorrer na estrutura dentária, afetar materiais de reabilitação, os tecidos de suporte, músculos mastigatórios e articulações temporomandibulares. Sua investigação ainda refere que outros reflexos do bruxismo, como por exemplo, as alterações posturais (cadeias musculares) e disfunções endócrinas evidenciam a importância do diagnóstico precoce, que poderia prevenir essas consequências, pois permite que o paciente bruxômano tome consciência da sua condição e fique atento a sinais e sintomas que até então não identificava. A conscientização permite evitar principalmente o apertamento diurno (bruxismo em vigília), gerando uma busca pela readaptação e reeducação comportamental, como o relaxamento muscular, e o reconhecimento da necessidade de adoção de medidas de higiene do sono. Dias (2014) cita que a adoção de medidas de adequação e a informação inicial repassada ao doente, anterior a qualquer reabilitação odontológica, poderia evitar suas falhas, prevenindo diversas situações indesejáveis, desde em uma simples restauração, até em casos de reabilitações orais complexas, irreversíveis e de alto custo.

Além dessas complicações na prática clínica relacionadas ao bruxismo, é fundamental citar a presença importante de fadiga e dor nos músculos da mastigação, dor orofacial, dores nas articulações temporomandibulares (ATM) e cefaleias (Lavigne, Huynh, Kato, Okura, Adachi, Yao & Sessle, 2007). Um a cada cinco pacientes com bruxismo tem sintomas de dor

orofacial (Lavigne, Goulet, Zuconni, Merisson & Lobbezzoo, 1999). Quando o quadro doloroso se torna crônico, é um processo constante, com tratamento difícil e dispendioso, necessitando da atuação de profissionais de diversas áreas da saúde (Okeson, 2000).

De acordo com Camparis, Formigoni, Teixeira, Bittencourt, Tufik e Siqueira (2006), dores miofasciais são muito comuns, e tem como importante fator de risco o bruxismo noturno e diurno. Pacientes com dor crônica também sofrem de distúrbios do sono, baixa autoestima, fadiga, perda da libido, depressão e redução do apetite, fatores que refletem em seu convívio social, trabalho ou mesmo em seu potencial produtivo, enfim, na qualidade de vida. Os autores relatam haver uma parcela relevante de doentes acometidos pela patologia incapacitados para o trabalho, consumidores de elevadas quantidades de medicamentos, o que se constitui numa questão de saúde pública (Camparis & Siqueira, 2006).

O bruxismo, segundo demonstra a revisão da literatura, é também um dos principais causadores da disfunção temporomandibular (DTM). Rocha, Mendonça e Alencar Jr. (2007), em investigação sobre a prevalência de fatores etiológicos em pacientes com dor miofascial orofacial, constataram que hábitos parafuncionais, de modo geral, foram os fatores mais relevantes (87%) da mesma, que encontram no bruxismo um forte incremento para a sua instalação, uma vez que este hábito atua intensamente na predisposição e na suscetibilidade dos pacientes no que se refere à etiologia e agravamento dos quadros de DTM (Santos, Bergantin, Maekawa, M.Y., Maekawa, L.E. & Marcacci, 2007). Estudos como os de Lobbezzoo e Lavigne (1997) afirmam haver uma relação direta entre a incidência e a prevalência do bruxismo e das DTM, podendo aumentar em até 40% a sintomatologia dolorosa dos quadros.

A DTM é considerada como a causa mais prevalente de dor orofacial (Mitrirattanakul & Merrill, 2006), e que, devido à sua magnitude, transcendência, alta prevalência e impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, vêm se tornando um importante problema de saúde pública (Reissmann, John, Schierz & Wassell, 2007). Corroborando com essa posição, para Barbosa, Miyakoda, Pocztaruk, Rocha e Gavião (2008), a DTM é uma patologia que apresenta uma incidência crescente, manifestando-se em grupos etários cada vez mais jovens, sendo causa de grande sofrimento para os pacientes, estando possivelmente associada com a saúde mental e suas implicações na vida dos acometidos e na sociedade.

Segundo Gonzalez (2005), a DTM pode causar consequências como incapacidade funcional e, em alguns casos, inclusive a incapacidade para o trabalho ou a impossibilidade de uma interação social normal.

Estudo realizado por Smith, Ramos, Sendão e Fontana (2010) concluiu que o indivíduo com DTM tem a qualidade de vida afetada pelos sinais e sintomas da disfunção, quando comparado a um indivíduo da população comum, considerando ser de alta relevância a inclusão do diagnóstico e tratamento no serviço público.

Investigação de Kuroiwa, Marinelli, Rampani, Oliveira e Nicodemo (2011), coloca que a dor orofacial pode alterar a qualidade de vida mais do que outras condições sistêmicas, tais como diabetes, hipertensão ou úlcera.

A SBDOF (2020) refere que as dores orofaciais se configuram como um problema de saúde pública, podendo gerar consequências drásticas à sociedade, ao considerarmos os custos diretos relacionados aos cuidados, e custos indiretos relacionados às faltas ao trabalho e à redução da produtividade (Pedras, 2014)

Para Carrara et al. (2010), a falta de assistência e informação geram uma frustração ao paciente, acarretando uma insistente procura por outras especialidades e áreas que tratem sintomas semelhantes, sem, contudo, promoverem um controle adequado do problema. Na mesma linha, Huynh, Rompré, Montplaisir, Manzini, Okura e Lavigne (2006) entendem que a forma terapêutica essencial que o clínico dispõe é a capacidade de informar, esclarecendo e caracterizando todo o quadro clínico, pois, a ausência desta consciencialização e de atitudes de defesa por parte do paciente podem levar a insucessos de qualquer ação, mais ou menos complexa, implementada pelo clínico (Dias, 2014).

A iniciativa de incluir a identificação e tratamento precoce de patologias relacionadas à dor orofacial na atenção primária já está sendo realizada no Brasil (Brasil Sorridente, 2017), com referência secundária (Centro de Especialidades Odontológicas) e terciária (a nível hospitalar) para os casos de maior complexidade, conforme pode ser constatado a título de exemplo nos Manuais de Atendimento e Protocolos da SBDOF (2020), da Prefeitura de São Paulo (2019) e do Governo do Distrito Federal (2017). Na Atenção Básica está prevista a realização de procedimentos como: orientações educativas (aconselhamentos sobre dieta, hábitos nocivos, higiene do sono) e preventivas; terapia cognitivo-comportamental; exercícios

terapêuticos; terapias térmicas; terapia medicamentosa e encaminhamento para Diagnóstico. As ações educativas e preventivas citadas acolhem prematuramente os indivíduos que sofrem com parafunções (como o bruxismo) e DTM e são desprovidos de recursos econômicos necessários para acessar a rede privada, trazendo benefícios como o controle da evolução das doenças, com a consequente redução de novos procedimentos ou retratamentos odontológicos, extrações derivadas das complicações dentárias, quadros dolorosos e os demais reflexos em todos os setores que podem ser acarretados por essas patologias.

Estudos evidenciam uma forte correlação entre ausências dentárias e edentulismo (ausência total de dentes) com fatores socioeconômicos, demonstrando que o acesso dificultado aos cuidados em saúde e à informação torna os indivíduos propensos a perder elementos dentais, ficando nítido que uma situação socioeconômica desfavorável traz vulnerabilidade à redução da saúde (Marchi, Leal, Padilha & Brondani, 2012).

Para Souza, J.G.S., Souza, S.E., Sampaio, Silveira, Ferreira e Martins (2016), além de interferir na saúde oral, as ausências dentárias e o edentulismo repercutem na saúde geral, sendo contribuintes ou estando relacionadas à incidência de mortalidade, já que uma alimentação inadequada (em virtude da realidade dentária) pode se tornar um fator de risco para o surgimento de doenças como a obesidade, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. Além desses fatores, segundo Patel (2013), a prática ainda expressiva de extrações dentárias indica maior número de pessoas com problemas fonéticos, mastigatórios, estéticos, psicossociais e com evidente redução na qualidade de vida.

## **Capítulo III**

### **Metodologia**

*Qualquer pessoa não gosta de viver com dor, não é? (3)  
A maioria das pessoas não faz placa miorrelaxante por causa do investimento (3)  
e continua com dores na articulação (3),  
se habitua a viver com isso ou toma comprimidos (5).  
Nosso senhor não nos criou para isso, pode-se assim dizer (3).*

No decorrer deste capítulo serão descritos e apresentados um conjunto de procedimentos metodológicos adotados, ferramentas reconhecidas como necessárias e facilitadoras na procura da solução às questões de investigação formuladas.

A metodologia definida para essa investigação decorre da natureza da pesquisa e segue o modelo conceitual de pesquisa aplicada, que visa gerar conhecimentos para aplicação prática e dirigidos ao diagnóstico e à solução de problemas específicos. Foi um estudo exploratório, porque pretendeu identificar uma realidade e criar uma visão geral de um determinado fenómeno (Fleury & Werlang, 2017).

Optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, objetivando estudar os contextos que envolvem os seres humanos e suas representações sociais. O percurso metodológico eleito partiu de uma análise documental inicial, com uma posterior realização de entrevistas semiestruturadas, cuja intenção foi captar o fenómeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, levando em consideração a totalidade dos pontos de vista considerados relevantes sobre a temática investigada. Utilizou-se a Análise de Conteúdo como um meio de decifrar o conjunto de significações obtidos no decorrer das entrevistas, em busca do sentido e da inferência de conhecimentos destas mensagens (Godoy, 1995).

## **1) Objetivos**

### **1.1) Objetivo geral**

Essa dissertação tem por objetivo geral investigar qual a percepção dos médicos dentistas sobre o tratamento do bruxismo no contexto das Políticas Públicas de Saúde Oral implementadas em Portugal.

A experiência profissional de quem atua no sistema de saúde, que se confronta constantemente com as limitações e possibilidades de ação no mesmo, retrata a realidade clínica que é praticada no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), através do

instrumento cheque-dentista e dos Cuidados Primários em Saúde Oral, alicerçada na legislação específica.

Assim, tendo em conta os determinantes sociais de saúde, procuramos conhecer as representações sociais dos médicos dentistas sobre o tratamento do bruxismo como fenómeno que deve ser analisado nas suas diversas implicações psicológicas, emocionais, sociais, antropológicas, além de físicas e mentais no contexto das Políticas Públicas de Saúde Oral em Portugal.

A presente investigação tem como objetivos específicos:

### **1.2) Objetivos específicos**

I - Identificar e caracterizar as Políticas Públicas de Saúde Oral em Portugal, em particular as que referem ao tratamento do bruxismo.

II - Avaliar as representações sociais dos médicos dentistas sobre o diagnóstico e tratamento precoce ao paciente bruxômano nos serviços públicos de saúde (SNS).

III - Avaliar as representações sociais dos médicos dentistas sobre o provável prognóstico do paciente com bruxismo, utilizador exclusivamente dos serviços oferecidos pelo sistema público.

## **2) Método**

O método adotado para essa dissertação foi essencialmente qualitativo, porque, de acordo com Denzin e Lincoln (2010), a pesquisa qualitativa é um campo de investigação que recobre diferentes abordagens usadas para descrever, compreender e interpretar experiências, comportamentos, interações e contextos sociais de forma a ver a questão sob várias perspectivas, buscando seus significados e símbolos, para assim compreender o fato social que está sendo investigado. O processo e seu significado são a essência da abordagem, não havendo, portanto, a intenção de atingir o limiar da representatividade.

A utilização da pesquisa qualitativa em saúde permite estudar as sutilezas humanas em áreas, temas ou problemas ainda pouco explorados e a adequada coleta e interpretação dos

dados obtidos aponta um caminho a seguir, que tem o potencial de gerar a melhoria da saúde dos indivíduos e da coletividade (Kerr & Kendall, 2013).

Procurou-se com esse método construir um espaço relacional privilegiado, buscando o protagonismo do participante, permitindo assim a livre expressão de suas opiniões e experiências que retratem a sua perspectiva da realidade (Moré, 2015).

As técnicas utilizadas nessa trajetória metodológica seguiram um rigor operatório rigoroso, consequentemente, segundo Grawitz (1993), devem permitir sua nova aplicação nas mesmas condições, adaptadas ao tipo de problema e fenômeno em causa.

Para a recolha de informação foi elaborado um protocolo de investigação tendo por base uma análise documental e entrevistas semiestruturadas.

### **2.1) Análise documental**

No que concerne à análise documental, tendo em foco os objetivos dessa investigação, fez-se inicialmente uma pesquisa da legislação específica, publicações governamentais e institucionais e demais fontes relacionadas com a temática proposta, no sentido de cumprir o objetivo proposto.

### **2.2) A entrevista semiestruturada**

Para a recolha de dados optou-se por uma entrevista semiestruturada, porque, de acordo com Taquette (2016), tem como características um roteiro com perguntas abertas, adaptada à situação em questão, e possibilita outras indagações na busca da compreensão do que o participante está narrando (Moré, 2015). Para Bernard (2002), a forma semiestruturada causa uma sensação de conforto e uma maior liberdade de expressão, aumentando o entendimento do ponto de vista da pessoa entrevistada.

Foram realizadas sete entrevistas semiestruturadas. O número, embora reduzido em função das restrições provocadas pela pandemia, foi definido como satisfatório, tendo em vista a repetição das respostas, permitindo, assim, a compreensão do fenômeno estudado (Rhiry-Cherque, 2009).

O roteiro ofereceu a possibilidade da realização de questionamentos similares aos médicos dentistas, mas com a abertura para fazer perguntas complementares no decorrer da

entrevista, a fim de esclarecer melhor os fatos expostos pelo entrevistado ou intuídos pelo investigador. O fato de não haver rigidez no roteiro permitiu que as perspectivas dos profissionais fossem mais exploradas.

As entrevistas decorreram de 17 de janeiro a 27 de fevereiro de 2020 e apenas uma ocorreu em local diverso do ambiente de trabalho do profissional. Inicialmente, de maneira informal, foi apresentado o termo de consentimento (Apêndice A) e explicado o objetivo da pesquisa, realizando-se após o questionamento aos profissionais, gravado na íntegra, a partir de um guião elaborado pela pesquisadora (Apêndice A). O tempo de duração das gravações variou entre 25 minutos a 1 hora, aproximadamente.

O procedimento de gravação foi adotado para a maior preservação possível do discurso dos entrevistados, evitando o seu comprometimento e favorecendo a interação, que seria dificultada pela tarefa de tomar nota das respostas. Posteriormente, foi realizada a transcrição pela própria pesquisadora. Na sequência, decorreu o tratamento dos dados recolhidos, sendo analisados de forma indutiva. Os dados coletados não tiveram como função a verificação de hipótese e foram registrados da forma mais objetiva possível e depois interpretados.

### **2.3) Análise dos dados**

Realizadas as visitas e as coletas de dados, foi feita, como forma de análise dos dados, a análise de conteúdo das entrevistas, fato relevante nesta pesquisa por ser uma técnica que possibilita fazer “inferências interpretativas a partir dos conteúdos expressos” (Amado, 2014, p 300).

A análise de conteúdo (Apêndice D) fundamentou-se no guião elaborado para as entrevistas (Apêndice A), dividido em seis blocos de abordagem, e no feedback recebido através das respostas dos profissionais.

Utilizou-se a divisão do conteúdo por categorias e subcategorias, por se tratar de uma forma de melhor organizar e agrupar todo o material encontrado. Este processo envolveu categorias provenientes da teoria, assim como novas, provenientes do terreno, pois, conforme Lüdke e André (1986) “esse conjunto inicial de categorias, no entanto, vai ser modificado ao longo do estudo, num processo dinâmico de confronto constante entre teoria e empiria, o que

origina novas concepções e, conseqüentemente, novos focos de interesse” (Lüdke & André, 1986, p. 42).

#### **2.4) Caracterização da amostra**

A amostra selecionada foi uma amostra intencional, composta por sete médicos dentistas da região da Grande Lisboa. Objetivou-se contemplar profissionais que tivessem experiência em contextos diferentes, possibilitando, assim, a identificação de uma perspectiva mais ampla da realidade, conforme pode ser visualizado a seguir:

- Unidade de Saúde Pública, atuando no âmbito Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários – um profissional
- Na rede privada, utilizando atualmente o cheque-dentista - três profissionais
- Na rede privada, com experiência anterior no instrumento cheque-dentista – dois profissionais
- Exclusivamente na rede privada - um profissional

## **Capítulo IV**

### **Políticas de Saúde Oral em Portugal**

*Para fazer tratamentos específicos para o bruxismo, não há nada no SNS (4).  
Esses problemas que são para lá do dente em si, não são muito valorizados (2).  
O que precisava aí era o governo ser alertado para isso, fazer um plano (1),  
É uma conscientização que deve ser feita (2).*

A análise da política de saúde oral portuguesa realizada nesse capítulo fundamentou-se em uma pesquisa e interpretação da legislação pertinente que regulamenta o setor, incluindo os seguintes textos legais: Despacho Ministerial n.º 153/2005, Despacho n.º 4324/2008, Despacho n.º 16159/2010, Despacho n.º 7402/2013, Despacho n.º 686/2014, Despacho n.º 12889/2015, Despacho n.º 8591-B/2016, Despacho n.º 8861-A/2018, Lei n.º 3/2020 de 2020-03-31, documento Rede de Referência Hospitalar - Estomatologia (Portal SNS, 2020), Circular normativa nº2/DSPPS/DCVAE/2009, normas, folhetos e demais informações do Programa de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), nos âmbitos cheque-dentista e Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários, disponibilizadas no Portal do SNS (2020).

A referida análise buscou identificar o que há de previsão legal em relação ao tratamento do bruxismo, uma etapa fundamental para essa investigação e um de seus objetivos específicos. Através desse estudo se tornou possível conhecer as diretrizes que fundamentam o processo de planejamento do setor, as prioridades em saúde oral contempladas e os procedimentos odontológicos passíveis de serem realizados na área pública.

Inicialmente será exposta uma breve evolução histórica dos programas de saúde oral em Portugal, para melhor compreensão da realidade atual (Portal SNS, 2020):

Os cuidados em medicina dentária em Portugal começaram a ser implementados apenas no ano de 1985, estando atualmente estruturados no PNPSO nos âmbitos instrumento cheque-dentista e ações preventivas e curativas da medicina dentária nos cuidados de saúde primários (Portal SNS, 2020). Os primeiros esforços públicos no setor, em 1985, contemplavam a promoção da saúde oral através de programas escolares, que realizavam atividades de higiene oral, educação alimentar e administração de flúor (Portal SNS, 2020).

No ano de 1998 foi criado o Programa de Assistência Médico Dentária para a Infância e Adolescência (PAMDIA), porém era restrito a um pequeno percentual de jovens (Portal SNS, 2020). Esta proposta governamental sofreu alterações em 1999, e passou a denominar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes (PPSOCA), demarcando o início da complementaridade público-privado, através da qual as crianças que necessitassem de

tratamentos bucais (à nível da atenção primária) seriam encaminhadas para o setor privado pelo SNS, que se responsabilizava por realizar a cobertura financeira. Em 2005, o governo priorizou a prevenção da cárie e das doenças periodontais, dando origem ao PNPSO, cujas ações deveriam ser executadas no setor público através dos profissionais dos centros de saúde e dos serviços de estomatologia hospitalar, por meio de atividades dirigidas às escolas e às famílias. O setor privado passaria a ser utilizado como referência apenas na impossibilidade de executar essa premissa, através da contratualização para os atos não realizados no SNS (Despacho Ministerial n.º 153/2005, de 5 de Janeiro).

O PNPSO foi integrado no Plano Nacional de Saúde e tinha como principais objetivos:

- Reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes;
- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral;
- Promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais.

No ano de 2008, implementou-se o uso do cheque-dentista, houve o alargamento do PNPSO a dois grupos populacionais, grávidas acompanhadas no SNS e idosos carenciados beneficiários do complemento solidário e utentes do SNS, em função de sua vulnerabilidade. Ocorreu também o incremento da prestação de cuidados de saúde oral a um considerável número de crianças e jovens (Despacho n.º 4324/2008, de 22 de Janeiro). Alargado em 2009, o cheque-dentista passa a abranger crianças e jovens com idades inferiores a 16 anos, incluindo prioritariamente os coortes de 7, 10 e 13 anos (Circular normativa n.º2/DSPPS/DCVAE, de 9 de janeiro de 2009). Em 2010, o PNPSO é estendido aos doentes infectados pelo VIH/SIDA e a crianças e jovens de 8, 11 e 14 anos de idade com cárie, que tivessem acessado o Programa de Saúde Escolar no ano anterior e concluído os planos de tratamento (Despacho 16159/2010, de 18 de Outubro). No ano de 2013, são incluídas as crianças e jovens da rede pública e IPSS da coorte dos 15 anos completos, desde que aos 13 anos de idade tivessem utilizado o cheque-dentista ou recebido o documento de encaminhamento para a realização de higiene oral (Despacho n.º 7402/2013, de 7 de Junho). O PNPSO ampliou novamente suas ações em 2014, viabilizando a intervenção precoce no cancro oral, tendo como alvo principal o grupo de risco constituído por homens, fumadores, com idade igual ou superior a 40 anos e com hábitos alcoólicos (Despacho n.º 686/2014, de 15 de Janeiro).

O Despacho nº12889/2015, de 13 de Novembro, permitiu o alargamento aos jovens de 18 anos, desde que tivessem sido beneficiários do PNPSO e concluído o plano de tratamento aos 16 anos. Possibilitou ainda um outro ciclo de tratamentos aos utentes infetados pelo vírus do VIH/Sida, desde que abrangidos anteriormente e que estivessem sem tratamento há 24 meses. O mesmo Despacho estendeu a atenção às crianças de 7, 10 e 13 anos com necessidades de saúde especiais, portadores de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras que não estivessem englobadas pelo PNPSO e, sempre que não fosse expectável a colaboração numa consulta de saúde oral, estabeleceu o seu encaminhamento para os serviços de estomatologia dos hospitais da sua área de residência.

Em 2016, o PNPSO é ampliado para uma população mais pobre, mais idosa e com menos recursos, e, como um marco referencial de mudança, foram implementadas consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários em alguns Centros de Saúde. Esse processo ocorreu de forma faseada, através de experiências piloto (Despacho n.º 8591-B/2016, de 1 de Julho). Esta nova sistemática de atenção transcorreu em duas etapas diferentes:

- Na primeira etapa, de setembro a dezembro de 2016, as consultas de saúde bucal na atenção primária são voltadas para os doentes (priorizados pela maior vulnerabilidade sócio económica) portadores de neoplasia, diabetes, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal ou transplantados, patologia cardíaca e patologia respiratória crónica. Estabeleceu-se como condição prévia ao atendimento a inscrição dos pacientes nos Agrupamentos de Centros de Saúde onde se realizaram as experiências piloto.

- Na segunda fase, iniciada em 1 de janeiro de 2017, o projeto foi alargado a todos os utentes inscritos nos ACES onde decorreram as experiências piloto, de forma faseada e progressiva, dependendo da referenciação pelo médico de família. A intenção governamental prevê que até o final de 2020 exista pelo menos um gabinete de saúde oral em cada agrupamento de centros de saúde, realidade que asseguraria a equidade e permitiria uma cobertura mínima em todo o país no acesso a consultas de medicina dentária no SNS. Em 30 de setembro de 2020, havia um total de 124 gabinetes em toda a extensão territorial, conforme o núcleo técnico da DGS (2020), devendo continuar em um processo de alargamento gradativo a todos os municípios do país. Embora os consultórios de saúde oral estejam abertos para toda a população, se considera prioridade os doentes com problemas de maior gravidade e em situação de maior carência económica (Despacho n.º 8861/2018- A, de 18 de Setembro).

A Lei n.º 3/2020, de 31 de Março, estipulou ainda o alargamento do cheque -dentista para uma população de crianças com idade inferior a 7 anos, possibilitando a realização de ações de medicina dentária em casos de considerável gravidade, referenciados para os médicos aderentes a partir de parâmetros de prioridade, como a dor e grau de infecção.

## **1) Análise dos procedimentos odontológicos do PNPSO**

Na sequência se procurará identificar se há procedimentos odontológicos de medicina dentária voltados especificamente para o diagnóstico e tratamento do bruxismo previstos na legislação específica que regulamenta o PNPSO, nos âmbitos Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários e instrumento cheque-dentista. A partir de excertos do texto legal de cada contexto, decorrerá uma análise interpretativa das ações que podem ser executadas e para que prioridades em saúde oral são dirigidas.

### **1.1) Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários**

De acordo com o Despacho n.º 8861/2018- A, de 18 de Setembro, esta estratégia possibilita ao utente realizar os **“tratamentos considerados necessários em termos clínicos, com exceção das intervenções de natureza estética”**.

*Ao analisarmos a descrição acima, observa-se que é muito abrangente, já que há uma gama de procedimentos que poderiam ser realizados, por serem considerados como clinicamente necessários, estando explicitamente excluídas no texto legal apenas as intervenções consideradas estéticas. Contudo, ao consultarmos os Indicadores da área da Transparência do Portal SNS (2020), é possível acessar a listagem de códigos e tratamentos que podem ser efetuados (Quadro 2, Apêndice C), fato que permite um maior conhecimento da realidade.*

*A partir da análise do Quadro 2, são considerados procedimentos clínicos necessários, passíveis de serem realizados a nível de Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários, restaurações, exodontias, tratamentos endodônticos (ou tratamentos de canal), tratamentos periodontais (gingivais e dos demais tecidos de sustentação dos dentes) e outros tratamentos básicos que caracterizam desde intervenções preventivas (selamento de fissuras) até as consideradas de urgência (como drenagem de abscesso, colagem de fragmento dentário, pulpotomias, etc.), sendo, portanto, ações mais voltadas para as prioridades cárie e doença*

*periodontal, não estando relacionadas diretamente ao diagnóstico e tratamento específico do bruxismo.*

## **1.2) Instrumento cheque-dentista**

A legislação que regulamenta o instrumento cheque-dentista, disponível na página do Programa de Saúde Oral do Portal do SNS (2020), especifica que o médico aderente deve priorizar sempre o tratamento precoce, agindo de forma preventiva, estabelece ainda os grupos populacionais abrangidos e o tipo de intervenção que pode ser realizada a cada cheque-dentista liberado. Na sequência serão expostos os referidos grupos beneficiados e os procedimentos de medicina dentária previstos para cada situação, acompanhados por uma interpretação da norma legal, buscando identificar a possibilidade de diagnosticar e tratar o bruxismo através desse instrumento.

### a) Saúde oral para crianças e jovens

Aos 7 e 10 anos, a legislação possibilita o uso de dois cheques-dentista, sendo o primeiro voltado para o tratamento ou colocação de selantes de fissura em dois molares, aos 7 anos, ou em dois pré-molares, aos 10 anos. O segundo cheque permite a execução **“do tratamento de todas as outras situações de doença que afetem dentes permanentes”** ou a realização de selantes em outros dentes (Circular normativa nº2/DSPPS/DCVAE, de 9 de janeiro de 2009).

Aos 13 anos, há um alargamento, com a possibilidade do emprego de 3 cheques-dentista, sendo o 1º, a exemplo das faixas etárias anteriores, liberado para o tratamento de dois dentes permanentes ou à colocação de selantes de fissuras em dois dentes segundos molares. O 2º cheque é voltado para **“o tratamento de todas as outras situações que afetem um 3º ou 4º dente permanente”** ou à execução de selantes nos segundos molares. O 3º **“destina-se ao tratamento de todas as outras situações que afetem dentes permanentes e que exijam uma intervenção curativa ou preventiva”** (Circular normativa nº2/DSPPS/DCVAE, de 9 de janeiro de 2009).

*Como se pode depreender do exposto acima, há uma normatização não específica quanto aos procedimentos, já que ao nos referirmos à possibilidade de tratamento extensiva a todas as outras situações (ou situações de doença) que afetem dentes permanentes e que exijam*

*uma intervenção curativa ou preventiva, poderíamos incluir vários tipos de intervenções profissionais, inclusive algumas que são relacionadas ao bruxismo.*

b) Saúde oral para crianças e jovens em idades intermédias

Corresponde ao grupo de crianças de 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos incluídas no programa através da saúde escolar em ano anterior e que tenham concluído os planos de tratamento.

Nessa situação específica, o cheque-dentista “**dará acesso ao tratamento de dois dentes permanentes com cárie**” (Despacho 16159/2010, de 18 de Outubro e Despacho n.º 7402/2013, de 7 de Junho).

*De forma clara, os procedimentos a serem realizados devem estar vinculados à cárie.*

c) Jovens da coorte dos 18 anos

No grupo em questão, o cheque-dentista objetiva a realização de um diagnóstico e avaliação da situação bucal destes utentes, onde “**se inclui o tratamento de todas as cáries em dentes permanentes**” (Despacho n.º 12889/2015, de 13 de Novembro).

*Como se observa, é restrito apenas ao tratamento de cáries.*

d) Saúde oral em saúde infantil:

Voltado para uma população de crianças com idade inferior a 7 anos, prevê ações em casos de considerável gravidade, nos quais a referenciação se dará levando em conta a presença de dor e grau de infeção (Lei n.º 3/2020, de 31 de Março).

O cheque-dentista desse grupo específico “**dará acesso ao tratamento de dois dentes temporários com cárie**”.

*Novamente, o procedimento a ser realizado está vinculado à cárie.*

e) Saúde oral para grávidas seguidas no SNS

Serão liberados até três cheques-dentista, visando “**o acesso ao diagnóstico e cuidados preventivos e curativos de medicina dentária, de acordo com as necessidades identificadas**”. Os cheques liberados para essa população visam cobrir os tratamentos necessários, possibilitando que a gestante não tenha lesões ativas de cárie no final do tratamento (Despacho n.º 4324/2008, de 22 de Janeiro).

*Como se observa no texto legal, a expressão cuidados preventivos e curativos de medicina dentária, de acordo com as necessidades identificadas, dá vazão a uma grande listagem de intervenções que poderiam ser realizadas, inclusive abrangendo às concernentes ao bruxismo, não invalidando o fato de que, ao final do tratamento, a mulher grávida fique livre de cáries ativas.*

f) Saúde oral para portadores de HIV/SIDA

O 1º cheque-dentista é destinado ao “**diagnóstico da situação oral e dentária do utente e à realização de um plano de tratamento adequado às necessidades prioritárias**”. Poderão ser liberados até seis cheques, permitindo o tratamento de um mínimo de 11 dentes e caso sejam necessárias endodontias, o número de dentes abrangidos poderá ser 9 (Despacho 16159/2010, de 18 de Outubro).

*Ao diagnosticar a situação oral do paciente, o bruxismo seria uma parafunção passível de ser detectada pelo médico dentista. Um outro ponto a ser analisado decorre da ausência de clareza do texto legal ao não especificar quais são as patologias que podem ser consideradas como necessidades prioritárias a serem tratadas, já que várias doenças, incluindo o bruxismo, poderiam estar inclusas nesse rol.*

g) Utentes de alto risco: intervenção precoce do cancro oral

Pacientes considerados como de alto risco (fumadores, consumidores exacerbados de álcool, histórico de tumores orais, ou com lesões suspeitas na boca) podem usufruir de dois cheques-diagnóstico e, havendo indicação, outros dois serão liberados para a biopsia (Despacho n.º 686/2014, de 15 de Janeiro).

*Conforme o texto acima, verifica-se haver um regramento claro relativo ao diagnóstico e tratamento de específicas lesões orais, não dizendo respeito a ações relacionadas ao bruxismo.*

h) Saúde oral para idosos

(Beneficiários do complemento solidário para idosos utentes do SNS)

Poderão ser liberados dois cheques-dentista, a cada 12 meses, que” **darão acesso a um conjunto de cuidados de saúde oral essenciais para preparar a eventual aplicação de próteses dentárias, bem como para identificar e tratar outros problemas de saúde oral neste grupo etário**”, (Despacho n.º 4324/2008, de 22 de Janeiro).

*Indiscutivelmente, a identificação e o tratamento de outros problemas de saúde oral desse grupo etário implicariam também no diagnóstico e tratamento do bruxismo, caso esteja presente, assim como o controle dessa patologia deveria ser um cuidado e requisito prévio para que a aplicação de próteses seja bem sucedida.*

Embora os textos legais e regulamentos anteriormente expostos expressem em algumas situações uma abertura para a inclusão do bruxismo como potencial alvo de atenção profissional no instrumento cheque-dentista, na página Centro de Contacto, SNS 24 (Portal SNS, 2020), que se propõe a orientar o cidadão no que concerne a essa política governamental, consta uma listagem enumerativa de tratamentos que são permitidos, os quais seriam os seguintes:

- tratamentos preventivos
- restaurações
- desvitalizações
- extrações
- destartarizações
- alisamentos radiculares

*A listagem enumerativa de procedimentos odontológicos acima expostos pode se inter-relacionar ao bruxismo apenas como uma forma de corrigir ou atenuar os efeitos ou consequências desta patologia sobre as estruturas dentárias, porém não visam o tratamento ou o controle da doença.*

*Conclui-se, portanto, que o nível primário do sistema de saúde público oral português, composto pelo instrumento cheque-dentista e pelo âmbito Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários, não contempla em seus diplomas legais e demais normatizações a possibilidade de execução de procedimentos odontológicos voltados para o tratamento do bruxismo.*

## **2) Cuidados hospitalares relacionados com o bruxismo**

Segundo o Portal do SNS (2020), o tratamento da DTM, que inclui também o do bruxismo, são realizados à nível hospitalar em Portugal. De acordo com o documento Estomatologia, da Rede de Referência Hospitalar (RRH, 2016), esta é a especialidade responsável pelo tratamento da DTM no SNS, o qual pode ser realizado nos estabelecimentos

inseridos nessa rede como uma atividade programada ou a título de urgência. Conforme específica a referida fonte, é considerada relevante a existência na estrutura hospitalar dos serviços de apoio multidisciplinar de fisioterapeutas, terapeutas da fala (sendo feita a ressalva de que são profissões que ainda carecem de experiência específica) e psicólogos, considerados como tendo especial utilidade no que concerne à DTM.

O documento relativo a essa especialidade no contexto da RRH explicita que os serviços hospitalares de Estomatologia desenvolvem uma significativa atividade meramente odontológica, fazendo procedimentos mais simples, como restaurações, dadas as necessidades existentes de assistência não sanadas nesse setor. A demanda é caracterizada como sendo uma parcela considerável da população referenciada que provém das Consultas Externas, da Urgência, das Enfermarias e, esporadicamente, do Bloco Operatório, sendo o restante oriundo da Medicina Geral e Familiar. O texto ainda ressalta o fato de que a Estomatologia é considerada uma solução inclusive para os pacientes que não buscam a logística hospitalar, por não haver no exterior suficiente acesso a cuidados dentários, sendo menos significativa a presença de pacientes nos serviços que buscam resolução e apoio à patologia oral e orofacial com menor onerosidade que a ofertada pela rede privada (RRH, 2016).

Em conformidade com o documento Estomatologia (RRH, 2016), a abordagem de tratamento da especialidade em relação à DTM (extensiva circunstancialmente ao bruxismo) visa inicialmente eliminar a dor, podendo ser realizada de forma conservadora (farmacoterapia, alteração de hábitos/postura, fisioterapia, uso de goteiras e manipulação articular) ou cirúrgica (artrocentese, artroscopia, artroplastia, discectomia, reconstrução aloplástica). Salienta-se que a utilização de meios conservadores para o tratamento da disfunção deve ser feita precocemente, já que é resolutiva na maioria dos casos, fato que não se comprova quando as técnicas adequadas são empregadas em fases posteriores, nos quais a solução poderá ser o uso de técnicas mais complexas como a artrocentese, artroscopia e cirurgia aberta nos casos severos, podendo até se tornar necessária a substituição protética da articulação.

O referido documento expõe que, apesar da indiscutível validade dos tratamentos precoces, tendo em vista a exiguidade de recursos disponíveis nos vários centros de Estomatologia existentes e da grande demanda, os tempos de espera para consulta são longos ou muito longos. Esse fato seria decorrente da grande extensão das Áreas de Influência, que

proporcionalmente contam com poucos serviços hospitalares, espaços físicos e quadros profissionais reduzidos (RRH, 2016).

## **Capítulo V**

### **Resultados e Discussão**

*Então, bruxismo nem pensar (6).  
Isso no sistema público não existe, com certeza (6).  
Nem nos(cuidados) primários, nem nos secundários (7).  
Quando não conseguem ir ao sistema privado (4),  
podem ficar anos e provavelmente termina em extrações (5).*

Este capítulo contém os resultados das entrevistas realizadas, sua análise (Apêndice D) e discussão. Os dados foram classificados em categorias e subcategorias e serão apresentados na forma de excertos da resposta dos entrevistados, ou em sua totalidade, como citações diretas dos dados originais.

As categorias e subcategorias foram construídas a partir do guião de entrevistas (Apêndice A) e da análise dos discursos tendo em conta os objetivos da pesquisa. Algumas categorias originaram-se ao longo das entrevistas, sem que estivessem previstas, pois, conforme Ferreira (2014), o guião elaborado inicialmente está em um contínuo processo de construção e remodelação, gerando pontos inexistentes na sua estrutura preliminar.

Para cada unidade de análise, elaborou-se uma síntese, a fim de descrever e interpretar o conjunto de significados presentes nos dados analisados, que serão confrontados no decorrer da discussão, à luz da revisão da literatura previamente elaborada.

## **1) Caracterização dos entrevistados**

Foram entrevistados sete médicos dentistas da região da Grande Lisboa, sendo cinco mulheres e dois homens. Optou-se pela eleição de profissionais com percursos individuais diferenciados, que tivessem conhecimento da prática do instrumento cheque-dentista (entrevistados 1, 2, 3, 4 e 6), da realidade do âmbito Cuidados Primários em Saúde Oral (entrevistado 7) e do setor privado exclusivo (entrevistado 5), possibilitando uma visão mais completa do sistema público português.

Os médicos inquiridos são majoritariamente seniores, acima dos 50 anos de idade, apresentando 30 ou mais anos de exercício na odontologia.

Deve-se ressaltar que os entrevistados são habilitados em várias especialidades odontológicas, fato que permite um maior conhecimento técnico e experiência profissional, que se reflete na diversidade de suas representações sociais sobre a temática dessa investigação.

Na sequência, será exposto o Quadro 3, que reúne as características biográficas dos entrevistados, identificados com nomes fictícios e um número específico, utilizado para

conectar de forma simplificada o dentista ao fragmento de texto ou íntegra da resposta fornecida durante a entrevista.

**Quadro 3 - Perfil biográfico dos médicos dentistas entrevistados**

Nome (fictício)	Número de identificação	Idade	Tempo de formado (Anos)	Trabalha ou trabalhou com o cheque-dentista	Trabalha em USP	Áreas de atuação
Paulo	1	62	35	Trabalhou	Não	Todas as especialidades odontológicas, inclusive Dor Orofacial
Maria	2	53	30	Trabalha	Não	Dentisteria, Endodontia Clínica Geral, Odontopediatria
Filipe	3	34	10	Trabalha	Não	Clínica Geral, Endodontia Prostodontia, com ênfase em PPR e implantes
Ana	4	26	4	Trabalha	Não	Clínica geral, com exceção de Ortodontia
Sofia	5	53	30	Não Privado exclusivo	Não	Clínica Geral, Pediatria e Ortodontia
Maria Edi	6	63	35	Trabalhou	Não	Clínica geral, Endodontia Dentistaria, Estomatologia
Cintia	7	42	19	Não	Sim	Saúde Pública Oral, Clínica Geral, Cirurgia, Dentisteria, Prostodontia (Reabilitação e implantes)

## 2) Análise e discussão dos resultados

Realizou-se uma Análise de Conteúdo qualitativa, procurando interpretar os discursos dos inqueridos e seus significados, acessando dessa forma as suas representações sociais sobre o tema. A análise deu-se em dois níveis, no primeiro, definiu-se as categorias, e, em um segundo momento, ocorreu a sua divisão em subcategorias, que aprofundaram ou desdobraram as categorias definidas a priori. As primeiras quatro categorias surgiram da estrutura estabelecida no guião de entrevistas (Apêndice A), preliminarmente construído e orientado pelo referencial teórico dessa pesquisa, de forma a atingir os objetivos propostos pela investigação, e as demais categorias foram provenientes dos depoimentos.

Na sequência será apresentado o Quadro 4, que expõe esquematicamente o conjunto de

categorias utilizadas e sua respectiva divisão em subcategorias.

**Quadro 4.** Categorias e Subcategorias de análise

Categorias de análise - nível I	Subcategorias de análise - nível II
1) Bruxismo: a patologia	1.1) Frequência
	1.2) Potencial destrutivo
	1.3) Efeitos causados
	1.4) Tratamento prévio
2) Tratamento do bruxismo no SNS	2.1) Atenção precoce
	2.2) Procedimentos
	2.3) Referência
	2.4) Rede multidisciplinar
	2.5) Outras especialidades
3) Provável prognóstico do doente	3.1) Agravamento do quadro
	3.2) Qualidade de vida
	3.3) Perdas dentárias
4) Quadro de consequências	4.1) Impressão
	4.2) Relevância da doença
<b>Novas categorias surgidas no terreno</b>	
5) Barreiras	
6) Sugestões	

Para possibilitar uma melhor compreensão da apresentação dos resultados, para cada unidade de análise foi realizada uma descrição, visando torná-la mais clara e acessível.

As subcategorias foram associadas inicialmente a um excerto das falas dos inquiridos,

como um exemplo significativo do contexto avaliado, seguido por uma síntese descritiva e interpretativa dos depoimentos. Em encadeamento, os dados analisados foram expostos na forma de citação direta ou de excertos, com uma indicação numérica que objetiva identificar o entrevistado. Por fim, para cada subcategoria foi realizada uma discussão específica sobre a temática, fundamentada na revisão da literatura.

Na sequência, serão apresentados os resultados coletados e sua discussão, a partir das categorias e respectivas subcategorias anteriormente referenciadas:

## **2.1) Bruxismo: a patologia**

Esta categoria refere-se à patologia bruxismo, seu impacto na população, reflexos no indivíduo, em seu meio e na sociedade. Os depoimentos coletados demonstram as representações sociais dos profissionais sobre a doença, evidenciando tanto uma perspectiva de sua gravidade, quanto uma percepção dos fatores psicossociais que afetam os pacientes bruxistas.

Neste tema, foram desenvolvidas quatro subcategorias, organizadas conforme a estrutura das entrevistas, como se apresenta a seguir:

### **2.1.1) Frequência**

Esta subcategoria aborda a forma como os entrevistados percebem a prevalência e incidência do bruxismo na atualidade, os grupos etários atingidos e fatores predisponentes que possam justificar um aumento do número de casos.

#### ***“Toda a gente eventualmente range os dentes”***

**Síntese:** Cerca de 90% da população range ou aperta os dentes, pelo menos eventualmente, indicando que a doença está presente inclusive em idades mais avançadas, embora sejam identificados apenas os quadros mais notórios em todas as faixas etárias. O ruído provocado pelo rangimento noturno é um importante fator para o diagnóstico, evidenciando que o próprio indivíduo pode não ter conhecimento do hábito. Provavelmente houve um aumento da incidência dos casos, mas também há uma maior atenção e consciência sobre o problema, tanto a nível de profissionais, quanto em relação aos pacientes. Identifica-se esse incremento principalmente em crianças e em situações de stress, depressão (considerada

comum em Portugal) e instabilidade emocional, havendo uma somatização dos componentes psicológicos a nível biológico.

- *Se formos ver, toda a gente eventualmente range os dentes (3)*
  - *Acredito que 90% da população sofre desse problema (1)*
  - *Uns 25 %, que podem não ter o ranger, mas ter o aperto, como eu, e isso é frequente (3)*
  - *Noto mais, não sei se eu é que estou mais atenta (5)*
  - *Nós acabamos diagnosticando os casos que são notórios. Há os que identifico e os que não consigo diagnosticar (3)*
  - *Mais na primeira infância (5)*
  - *É pelo stress, a vida hoje corrida, há muitas responsabilidades para as crianças (6)*
  - *É uma consciência que acho que nesse momento já está a ficar no domínio das pessoas (2)*
  - *É muito comum, principalmente em Portugal, se vê por que está muito associado à depressão (4)*
  - *Por somatização de toda a parte psi, acabam por ranger, apertar, acaba por ser uma das principais queixas de alguns dos meus doentes (7)*
  - *Eu tenho aqui muitíssimos doentes, já com uma certa idade (7)*
  - *Ontem, até por acaso, uma pessoa disse que o irmão rangia, e, sendo um senhor de uns 70 anos, não sabia se rangia ou se não rangia (3)*
  - *Há muitos mais casos atualmente e cada vez mais as pessoas apresentam sintomatologia e queixas (6)*
- Contraponto:**
- *Alguns (crianças e jovens) sempre têm, mas não era uma epidemia (1)*

**Discussão:** Os resultados encontrados nessa subcategoria são compatíveis e harmônicos com os estudos académicos da área. O aumento da incidência da patologia em crianças é constatado principalmente pelos profissionais que atendem com maior frequência esse grupo etário. Para Bader e Lavigne (2000), a incidência do bruxismo é cada vez mais frequente e significativa, calculando-se que de 85% a 90% das pessoas range ou aperta seus dentes pelo menos eventualmente, mas habitualmente o paciente não tem autopercepção deste transtorno, já que é realizado de forma inconsciente. Dada a sua relevância, tem sido um dos temas mais discutidos na Odontologia (Coelho et al., 2009). Estudo de Bishop et al. (1997) concluiu que além de sua incidência ser crescente, essa parafunção tem elegido os jovens como o grupo de maior risco.

De acordo com Lavigne et al. (2003), as perturbações psicossociais como o stress, ansiedade, alterações da personalidade e humor, tensões neuróticas, fobias, frustrações e suporte social baixo são importantes fatores desencadeantes.

### **2. 1.2) Potencial Destrutivo**

Esta subcategoria traduz a observação dos médicos dentistas sobre os problemas acarretados pelo bruxismo nas estruturas bucais, tecidos adjacentes e tratamentos odontológicos realizados, demonstrando a severidade e a avassaladora capacidade destrutiva da doença.

#### ***“Um paciente de bruxismo é um problema sério”***

**Síntese:** Os efeitos causados pelo bruxismo são numerosos, como por exemplo, pode gerar dores, sensibilidade, mobilidade dos dentes, fraturas dentárias, abrasão, perda de suporte ósseo, desgastes nas superfícies dentais, problemas endodônticos, ruídos junto ao ouvido, incapacidade de abrir a boca, levar a extrações etc. Os tratamentos odontológicos realizados em pacientes bruxistas tendem a ter mais insucessos, principalmente restaurações, próteses e reabilitações orais. Há a consciência de que a presença dessa patologia pode ser um fator de contra-indicação para a realização de determinados procedimentos, exigindo maior atenção do profissional que, mesmo os executando esmeradamente, não pode dar garantia de sua continuidade em condições adequadas.

- A pessoa faz muito mais força quando faz essas contrações musculares noturnas (2)
- ...pode haver um aperto, eu próprio faço um aperto (3)
- Acorda com dores na cara, sensação que tem que está a morder, a fazer pressão (2)
- Pacientes que ficam com mordidas abertas, incapacitados de abrir a própria boca (3)
- Desconforto, dor articular, dor temporal, ruídos junto ao ouvido, facetas de abrasão (3)
- Sensibilidade dentária, fraturas dentárias (4)
- Bastante fratura de restaurações, praticamente todas (7)
- ... principalmente reabilitações ou próteses fixas, coroas tendem a partir, a fraturar (5)
- Os desgastes sim, são evidentes (2)
- Eu tenho uma doente miúda que praticamente tem os incisivos centrais a meio e tem 6 anos (2)
- ...depois tornam-se muito sensíveis ao frio e aos alimentos ácidos, limão, gelados, coisas agressivas (5)
- Algumas necroses, pulpites, desgastes grandes e que chegam à polpa, sim, uns quantos (7)
- ...tenho um caso de um paciente que, quando chegou, dos seus 12 dentes anteriores, 9 já estavam desvitalizados. Os dentes desvitalizados sem nada a ter a ver com cárie, por causa da abrasão total dos dentes (3)

- *Problemas periodontais, também (1)*
- *Fraturas de próteses, problemas de tensão excessiva na cabeça dos implantes, posso estar aqui a falar a hora inteira (3)*
- *É uma das causas que põe mais em cheque o tratamento dentário (5)*
- *Eu, por acaso, conheço um caso assim. Uma pessoa tinha os dentes espetaculares, dez anos depois está tudo partido e arrebitado, numa situação de bruxismo, aquilo não resistiu (5)*
- *Não se pode dar garantia (1)*
- *Se ele conseguiu partir dentes, vai partir qualquer tipo de prótese que se colocar na boca (1)*
- *Fazer uma reabilitação oral em um paciente de bruxismo é um problema sério (1)*
- *Acaba com o tratamento, por melhor que ele seja, acaba (5)*

**Contraponto:**

- *Na área de restaurações (em bruxistas) acontecem insucessos, mas é raro (6)*

**Discussão:** Os profissionais relatam uma realidade que condiz plenamente com os achados científicos sobre o tema. A entrevistada que refere ter menos fracassos com restaurações em pacientes bruxistas trabalha atualmente apenas no setor privado, o que viabilizaria de forma ágil a realização do tratamento específico para o bruxismo, reduzindo o quadro de insucessos clínicos.

Numerosos e consistentes estudos têm demonstrado que o bruxismo tem o potencial para destruir as estruturas anatômicas, como músculos, elementos dentários íntegros ou não, osso alveolar e articulações, tratamentos odontológicos realizados (Clark et al., 1980; Coelho, et. al., 2009; Johanson et al., 2008 e 2011; Machado et al., 2007; Molina, 1995; Paesani, 2010) causar fadiga e dor nos músculos da mastigação, dor orofacial, dores nas articulações temporomandibulares (ATM), cefaleias (Lavigne et al, 2007) e atuar intensamente na predisposição e na suscetibilidade dos pacientes no que se refere à etiologia e agravamento dos quadros de DTM (Santos et al., 2007). Para Nishigawa et al. (2001), o bruxismo pode levar à destruição dos tecidos orais, das restaurações e das próteses dentárias. Conforme Dias (2014), a presença do bruxismo pode significar a diferença entre o sucesso ou o insucesso de um procedimento médico-dentário, independentemente de ter sido bem planejado, executado e acompanhado.

### 2.1.3) Efeitos causados

Esta subcategoria reflete como os médicos dentistas percebem a repercussão dos efeitos e consequências do bruxismo no organismo do paciente.

#### ***“O organismo fica todo perturbado e a pessoa não tem descanso”***

**Síntese:** O bruxismo é uma patologia de origem biopsicossocial, que, após ser desencadeado, afeta a saúde geral do paciente, podendo causar problemas orgânicos, emocionais e mentais. Provoca efeitos como sintomatologia dolorosa, desconforto, cansaço, ansiedade, problemas gástricos, posturais, de coluna, depressão e outras situações múltiplas, que repercutem no organismo como um todo, em um círculo vicioso que se perpetua.

- Sem dúvida, o bruxismo afeta a saúde geral do doente (4)
- Nós somos um organismo, qualquer problema que aconteça em uma unha do dedo mindinho, por exemplo, vai nos afetar, não é? (3)
- ...assim como a ATM é uma continuidade da cervical, por sua vez, nós podemos ter uma DTM por causa de unha encravada, poderá haver situações múltiplas (3)
- Noto isso perfeitamente em pacientes estressados, com vidas complicadas, agitadas (2)
- A pessoa já chega à clínica em uma condição emocional (1)
- ...geralmente a primeira descarga que existe, é quando a gente percebe a questão do bruxismo nos dentes e emocionalmente a gente percebe que a pessoa está afetada (1)
- Começa por somatizar nos dentes, coluna, depois pode ser o estômago e assim por diante (1)
- ...se traz problemas na saúde, na minha opinião, sim (2)
- ...as pessoas referem dor de cabeça e cansaço (6)
- ...depois vai ter outras repercussões a nível de postura, envolve a cervical, a nível inclusivamente de comodidade do dia a dia (5)
- ...vai dar uma sintomatologia muitas vezes dolorosa, portanto, isso traz outras repercussões, obviamente (5)
- Eu já passei sete meses com desconforto grave (3)
- ... ansiedade, dificuldade em deglutir, eu vejo que muitas vezes também está associado a problemas gástricos (4)
- ... até pode causar problemas emocionais (2)
- ...dizem sempre que estão muito cansadas, parece que acordam muito cansadas (6)
- O bruxismo pode levar à depressão em uma situação cíclica (3)
- ...caso encontremos e diagnosticuemos um caso de bruxismo, podemos encontrar outras situações. O organismo fica todo perturbado e a pessoa não tem descanso (3)
- Desde que a gente perceba que somos um organismo, podemos fazer unir tudo com tudo (3)

**Discussão:** Há um entendimento consensual entre os profissionais do vínculo existente entre o bruxismo e os diversos efeitos deletérios que poderão ser gerados pela doença, fato que pode ser confirmado nos estudos científicos que abordam a patologia.

Para Dias (2014) o bruxismo pode ocasionar problemas à distância da cavidade oral, como alterações posturais (cadeias musculares), disfunções endócrinas e outras complicações. Estudo de Camparis et al. (2006) refere que as dores miofasciais são muito comuns e tem como importante fator de risco o bruxismo noturno e diurno, sendo um sintoma frequente e importante em seu quadro clínico. Há relatos de mialgia do masseter e temporal, dores de cabeça, dor de garganta e dores torácica-abdominais (Aloé, Gonçalves, Azevedo & Barbosa, 2003). As alterações de origem neurovegetativas, relacionadas ao humor ou depressivas, segundo Teixeira e Pimenta (1994), são uma consequência e não causa da dor. Indivíduos que convivem com dor crônica também apresentam distúrbios do sono, baixa autoestima, fadiga, perda da libido, depressão e redução do apetite (Camparis et al., 2006). Para Barbosa et al (2008) a dor causa grande sofrimento para os pacientes, estando associada com a saúde mental e suas implicações na vida dos acometidos e em seu meio social.

#### **2.1.4) Tratamento prévio**

A subcategoria em questão reporta a forma como os entrevistados entendem a abordagem profissional perante a imposição de realizar um tratamento odontológico em um doente bruxista com quadro severo. Os depoimentos expõem a dúvida sobre a necessidade de tratar o bruxismo antes de fazer o procedimento dentário e as consequências advindas dessa decisão, que se refletem em vários setores e retratam um importante aspecto da patologia a ser analisado.

#### ***“Muitas vezes eu não faço sem tratar o bruxismo”***

**Síntese:** Procedimentos de urgência ou pontuais em bruxistas são tratados de imediato, mas até mesmo restaurações podem exigir (de acordo com a situação) um tratamento prévio do bruxismo para que não venham a fracassar. Reabilitações, próteses e implantes habitualmente o exigem, fato que acarreta um custo ao paciente, mas, caso não seja feito anteriormente, inviabiliza seu sucesso ou são desaconselhados pelos profissionais.

- *Depende do procedimento. Se forem procedimentos de urgência, vai direto (4)*
- *Sem haver um tratamento de base do bruxismo, é impossível estar a pôr restaurações, porque elas não aguentam (7)*
- *Muitas vezes eu não faço sem tratar o bruxismo, desaconselho, porque depois vamos ter problemas (2)*
- *...nós preparamos o doente, para depois receber a prótese. Essa preparação seria com 3 a 4 meses de antecedência (1)*
- *Eu deixo de fazer certos tipos de tratamento, se a pessoa não quer colaborar dessa forma (6)*
- *Porque a pessoa cria uma expectativa, que vai ficar muito bem, e depois fracassa (2)*
- *É uma das grandes contraindicações para alguns tratamentos, temos que resolver primeiro o problema do bruxismo (2)*
- *O ideal qual é... fazer uma goteira para relaxar primeiro, faz o tratamento e no final tem que fazer outra. O problema é o gasto (3)*

**Discussão:** Embora haja o entendimento de que o bruxismo mais severo deva ser tratado anteriormente à realização de determinados procedimentos odontológicos, a fim de evitar que fracassem, o acréscimo de custos para o paciente pode se tornar um problema incontornável e levar o dentista a desistir da realização do plano de tratamento proposto. Essa é uma decisão profissional que não pode ser afastada, pois a desconsideração das consequências da patologia sobre os dentes e tecidos adjacentes causa insucessos que poderão acarretar sequelas permanentes, além da necessidade de repetições, como atestam investigações científicas. Para Bragger, Aeschlimann, Bürgin, Hämmerle e Lang (2001), o bruxismo representa o principal fator de risco para complicações técnicas na odontologia. Segundo Dias (2014), os tratamentos odontológicos poderão rapidamente fracassar, pelas consequências imprevisíveis e nefastas causadas pela ação muscular excessiva. Conforme o autor, deve-se adotar medidas de adequação e informação anteriores a qualquer reabilitação, desde em uma simples restauração, até em casos de reabilitações orais complexas, irreversíveis e de alto custo.

## **2. 2) Tratamento do bruxismo no SNS**

Esta categoria busca identificar as representações sociais dos médicos dentistas sobre o que está sendo realizado para o tratamento do bruxismo no SNS. Como protagonistas da área de saúde oral, os entrevistados expõem as patologias bucais que habitualmente são consideradas prioritárias como alvo de atenção no sistema público português e indicam os

procedimentos odontológicos que podem ser utilizados para o seu tratamento.

Neste tema, foram desenvolvidas cinco subcategorias, organizadas conforme a estrutura das entrevistas, como se apresenta a seguir:

### **2.2.1) Atenção precoce**

Esta subcategoria busca detectar se o bruxismo, de acordo com a interpretação dos profissionais, é alvo de ações precoces de atenção em saúde específicas para seu tratamento em Portugal, considerando o âmbito do instrumento cheque-dentista e USP (níveis primários de referência), ou hospitalar (nível secundário).

#### ***“Isso no sistema público não existe, com certeza”***

**Síntese:** Para os médicos dentistas, não há o diagnóstico ou tratamento precoce do bruxismo no setor público, já que o programa de saúde oral português não contempla essa possibilidade, e caso existam ações em outros níveis, são desconhecidas.

- *Isso no sistema público não existe, com certeza. O sistema público não tem (6)*
- *Não, penso ser muito difícil (2)*
- *Não, penso que não (1)*
- *Não. Nem está previsto com o cheque-dentista.... Portanto, eu acho que não (4)*
- *Não, zero (5)*
- *Só cárie (3)*
- *...então, bruxismo nem pensar (6)*
- *Nem nos (cuidados) primários, nem nos secundários. Nem com Maxilo Facial, nem com a Estomatologia no hospital (7)*

**Discussão:** Reconhecidamente, o diagnóstico e o tratamento precoce do bruxismo são condutas acessíveis, de baixo custo e com grande resolutividade (Carrara et. al., 2010). Entretanto, os profissionais entrevistados que trabalham na rede primária (cheque-dentista ou USP) não detêm possibilidade de fazê-lo, nem conhecem referências públicas para o encaminhamento. Passa, assim, a ser uma patologia que evolui sem ser identificada, impedindo o doente de adotar procedimentos simples e altamente resolutivos para o seu controle. A revisão da literatura demonstra que essa realidade onera o indivíduo e a sociedade. Para Dias (2014), o

diagnóstico precoce do bruxismo é fundamental, pois poderia prevenir as suas sérias consequências e complicações, permitindo ao paciente uma conscientização do problema precocemente, capacitando-o a detectar sinais e sintomas que até então não identificava. Assim, poderia se evitar principalmente o apertamento diurno (bruxismo em vigília), gerando uma busca pela readaptação e reeducação comportamental, como o relaxamento muscular e o reconhecimento da necessidade de adoção de medidas de higiene do sono.

### **2.2.2) Procedimentos**

Nesta subcategoria os entrevistados que atuam ou atuaram no sistema público português especificam as patologias orais contempladas e os procedimentos odontológicos que estão previstos no nível primário. O conjunto de profissionais descreve um panorama, segundo sua perspectiva, sobre a possibilidade de tratar o bruxismo nessa esfera de ação do SNS.

#### ***“O bruxismo não está contemplado”***

**Síntese:** Os procedimentos realizados no cheque-dentista são voltados principalmente para a prioridade cárie, podendo ser preventivos, como selantes, ou tratamentos como destartarizações, restaurações, extrações e endodontias, igualmente passíveis de serem executados na USP. Não há nos dois contextos quaisquer ações voltadas para o bruxismo. Na hipótese de que o profissional necessite realizar algum tratamento para o bruxismo, terá de fazê-lo de forma privada ou cobrir os custos, sem receber um retorno financeiro pelo procedimento executado.

- *Eles (instrumento cheque-dentista) fazem muita prevenção, se trabalha com cárie e geralmente as crianças que apareciam estavam em uma situação muito difícil (1)*
- *É mais relacionado à cárie. O programa em crianças envolve muita prevenção como selantes. Claro que tens que fazer toda a parte de tratamento de cáries (2)*
- *Prioridade- cárie. Tratamento de lesões de cárie (4)*
- *O cheque-dentista inclui restaurações, desvitalizações e extrações essencialmente, ou seja, tudo o que seja para o bruxismo, desgastes oclusais, nada disso está incluído. (4)*

- ... o bruxismo não está contemplado no cheque-dentista (5)
- Aqui (na USP) é suposto conseguirmos fazer, endos, extrações, restaurações (7)
- Tenho alguns doentes que mando para fazer goteira, como não é coparticipado, acaba por ser à custa deles (7)
- ...não tinha possibilidade de fazer procedimentos para o bruxismo se quisesse (1)
- Mas, em Portugal, não vejo o SNS fazendo nada nesse sentido, há é o atendimento da dor aguda sem acompanhamento (2)
- Se queres fazer outro tipo de tratamento, tens que pagar tudo. Eu é que iria pagar (2)
- É para cáries, se fizer uma proteção pulpar, nem uma restauração provisória se pode fazer. Então, ou restauro ou desvitalizo (3)

**Discussão:** O discurso dos entrevistados é condizente com os paradigmas que direcionam a saúde pública oral, uma realidade na qual a rede de atenção primária está voltada para as tradicionais prioridades da odontologia, principalmente a cárie, não contemplando e desvalorizando importantes patologias como o bruxismo. Para Botazzo (2008) os conteúdos científicos que embasam a saúde pública, coletiva e os setores de planeamento governamentais fundamentam-se fortemente sobre a epidemiologia da cárie e da doença periodontal. Um sistema centrado apenas no elemento dental, cuja patologia-mãe é a cárie dentária, como se todas as demais patologias bucais estivessem a ela vinculadas ou não sejam identificadas. Com isso, perde-se a ideia de indivíduo que é o homem a quem o dente pertence, devendo ocorrer a percepção de que há um sujeito-paciente e uma boca não isolada do conjunto.

### 2.2.3) Referência

Esta subcategoria traduz a percepção dos médicos dentistas sobre a possibilidade de o bruxismo ser tratado em outros níveis de atenção no SNS.

*“Sem passar pela faca, eu acho que é difícil”*

**Síntese:** A rede de referência pública para o tratamento do bruxismo é desconhecida ou inexistente para os médicos dentistas. Mesmo a profissional 6, que atuou no passado em Estomatologia a nível hospitalar, entende que o serviço não estava vocacionado para isso. Para a médica dentista da USP, há a possibilidade teórica de referenciar, mas desconhece se

os pacientes seriam acompanhados e se o tratamento realizado não seria cirúrgico.

- *Que eu conheça não (1)*
- *Que eu saiba não tem. Não conheço, só os privados que ganham bem (3)*
- *Para fazer goteiras oclusais e tratamentos específicos para o bruxismo, não há nada no SNS (4)*
- *Não mesmo, porque a experiência que eu tenho em SNS é basicamente quando a gente manda alguém, acaba não tendo retorno (2)*
- *...estava (a paciente) com muita dor no final de semana.... e se houvesse como orientar para o público, sem dúvida, nós teríamos feito (3)*
- *Eu não conheço. Posso enviar para o Hospital Santa Maria, sei que tem uma consulta de Estomatologia, mas creio que não fazem isso (5)*
- *Eu referenciava para o hospital, não sei se conseguiam retorno (7)*
- *Havia uma referência na maxilo facial, nos serviços de Estomatologia do hospital, mas quase ninguém fazia oclusão lá (6)*
- *O serviço não estava vocacionado para isso e alguns casos iam diretamente para a cirurgia Maxilo Facial. Agora não sei como está funcionando (6)*
- *A única coisa pública que acho que posso já ter referenciado será a faculdade de Medicina Dentária. Mas a ideia que eu tenho é que tem lista de espera, não sei se as pessoas são seguidas (5)*
- *O que eu vejo na minha prática clínica é que a Estomatologia no SNS é muito pouco conservadora, portanto, tudo que é do bruxismo é desvalorizado, e tudo que antigamente não era valorizado continua a não ser valorizado (4)*
- *.. sem passar pela faca, eu acho que é difícil (7)*

**Discussão:** Detectou-se uma falta de integração entre o nível primário e o serviço de Estomatologia, responsável pelo diagnóstico e tratamento da patologia no SNS, já que há um desconhecimento por parte dos entrevistados sobre a esfera de ação dessa especialidade. Esse fato é agravado pela escassez de recursos da área na rede hospitalar, que se torna insuficiente por também atender a várias outras patologias e uma grande demanda de procedimentos odontológicos básicos (RRH, 2016), impossibilitando uma atenção mais resolutiva para o bruxismo e DTM. De acordo com a revisão da literatura, sistemas de saúde fragmentados, sem hierarquização e integração, são modelos de atenção que respondem a condições agudas, sem um atendimento eficaz ao doente. Quando o modelo é hierarquizado e existem os pontos de atenção primários, secundários e terciários integrados, é garantido ao paciente um encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ocorrendo a

integralidade do cuidado e uma maior resolatividade, a partir de um conjunto de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade (Mendes, 2018).

#### **2.2.4) Rede multidisciplinar**

Nesta subcategoria os profissionais expõem, segundo seu ponto de vista, se há a possibilidade de um paciente bruxista ser atendido por uma rede multidisciplinar de apoio no sistema público, quais as dificuldades encontradas e alternativas que restam ao doente para concretizar esse tratamento.

***“No SNS, que tenha conhecimento, não. É tudo particular”***

**Síntese:** É inexistente ou desconhecida a possibilidade de encaminhamento do paciente bruxista para uma equipe de atenção multidisciplinar pública, segundo a percepção dos entrevistados. Para os inqueridos, apenas se constata no SNS especialidades como otorrinolaringologia, oftalmologia e neurologia, mas psicólogos e fisioterapeutas, por exemplo, são restritos a situações muito específicas, que devem atender as referências do médico de família prioritariamente, podendo, inclusive, não estar vocacionados para o tratamento do bruxismo, restando somente o setor privado como alternativa.

- *Que eu saiba não. Não tenho conhecimento sobre isso, mas não acredito que tenha (1)*
- *No SNS, que tenha conhecimento, não. É tudo particular (2)*
- *Que eu saiba não tem (3)*
- *Dá para fazer, mas se é só direcionado ao bruxismo não. Para além do acompanhamento psicológico, de consultas de otorrino, não percebo nada no SNS (4)*
- *Não há rede (de apoio), eu diria que não, não conheço. Pode haver em uma zona ou outra do país pontualmente, mas em Lisboa eu não conheço (5)*
- *Não tem. Eu não tenho conhecimento, não sei se existe (6)*
- *É o paciente que tem que custear (2)*
- *Aqui (nessa USP), não temos (7)*
- *Quando conseguimos fazer alguma referência, não é uma coisa fácil. São poucos profissionais, há outras coisas que passam sempre à frente, principalmente as referências dos médicos de família (7)*
- *Não sei até que ponto nossos profissionais (psicólogos e fisioterapeutas da USP) conseguiriam dar saída a um pedido desses nesse sentido, se calhar, não foram alertados para isso de todo (7)*

**Discussão:** Embora os entrevistados desconheçam a existência de equipe de apoio multidisciplinar para o tratamento de patologias como DTM e bruxismo na estrutura do SNS, segundo o documento Estomatologia (RRH, 2016), esta especialidade conta em seus serviços com um intercâmbio lato com outros grupos profissionais, como fisioterapeutas, terapeutas da fala (mesmo que ambas as profissões careçam de experiência específica) e psicólogos.

Estudos como o de Lobbezoo et al. (2008), demonstram que os tratamentos feitos em pacientes bruxômanos devem ser sempre aplicados por uma equipe multidisciplinar que inclua médicos dentistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais da saúde, não se devendo realizar somente terapias oclusais.

As possibilidades de tratamento visam a melhora da qualidade do sono, de vida e incrementar a percepção do comportamento, diminuindo o stress da vida cotidiana. Há uma relação entre somatização, bruxismo severo e qualidade do sono, assim, terapias que diminuam a depressão, tensão emocional e ansiedade devem ser incorporadas e dar suporte a pacientes bruxistas (Molina et al., 2001).

### **2.2.5) Outras especialidades**

Esta subcategoria busca evidenciar, de acordo com a percepção dos profissionais, quais os caminhos encontrados pelo doente bruxista que convive com um quadro severo da patologia, sem acompanhamento profissional específico, para atenuar a sintomatologia na estrutura do SNS.

***“É o que acontece e muitas vezes são diagnosticados como fibromialgias e tal”***

**Síntese:** Pela ausência de diagnóstico para o bruxismo, desconhecimento de seus sinais, sintomas e consequências, pela falta de referenciação do médico de família ao odontólogo, ou por não ter alternativas públicas de tratamento, o bruxista com sintomatologia dolorosa busca respostas em outras especialidades médicas, fazendo exames, consultas recorrentes, tomando medicações, sobrecarregando e onerando o SNS, sem que haja resolutividade.

- *Se tiver dores associadas, sim (7)*
- *Quando as dores surgem, vão para o médico de família e lá é que são indicados para alguma área, e muitas vezes ficam por lá mesmo (1)*
- *Na minha opinião, acho que os médicos dos centros de saúde não estão muito preparados para esse tipo de moléstia, então, talvez muitos desconheçam ou não dão a importância devida (1)*
- *Como o médico de família não está vocacionado para isso, então muitas vezes não encaminha (6)*
- *Sim, têm dor de cabeça, vão fazer TAC, vão ao otorrino, porque têm dor de ouvido (5)*
- *...especialidades médicas, como neurologista, otorrino, que demandam consultas e exames, sim, nessas áreas todas sim (4)*
- *Principalmente otorrino, faz exames, vai ao otorrino, até o otorrino dizer que ele não tem nada, e o oftalmo diz que não tem nada e eu dizer-lhe isso é porque o senhor range os dentes (7)*
- *É o que acontece e muitas vezes são diagnosticados como fibromialgias e tal (3)*
- *Sim, sim, sim. Recorre ao otorrino, ao neurologista, ao neurocirurgião, clínico geral, anda por essas fases todas e depois é que vem ter conosco (6)*
- *A pessoa fica sem diagnóstico e ainda tomando medicação (5)*
- *...sim, vão a outras especialidades, o que consome recursos e consome dinheiro, em vez de ir direto ao problema, sem dúvida, sim (5)*
- *Sim (sobrecarrega o sistema), certo, sem ir diretamente ao essencial (5)*

**Discussão:** Os depoimentos coletados evidenciam que os pacientes bruxistas com um quadro doloroso instalado recorrem a vários setores da medicina no SNS, na tentativa de solucionar seus problemas.

Essa é uma realidade condizente com estudos como o de Carrara et. al. (2010). Para os autores, a falta de assistência e informação em relação às dores orofaciais relacionadas às DTM e bruxismo causam uma frustração ao paciente, acarretando uma demanda que busca outras áreas médicas, solicitando exames, gerando custos e incrementando a ingestão de fármacos, sem que ocorra uma resolução do quadro.

### **2.3) Provável prognóstico do doente**

Esta categoria teve como base o guião de entrevistas. Os testemunhos dos profissionais fundamentados em sua experiência clínica e interação emocional, mental e social com os pacientes, em uma relação que se dá normalmente no decorrer do tempo, permite identificar as

representações sociais dos entrevistados a respeito do habitual prognóstico do paciente bruxista que não tem acesso ao tratamento da doença, por não deter condições financeiras de acessar o sistema privado.

Neste tema, foram desenvolvidas três subcategorias, organizadas conforme a estrutura das entrevistas, como se apresenta a seguir:

### **2.3.1) Agravamento do quadro**

Esta subcategoria busca identificar, pela percepção dos entrevistados, se o bruxismo é uma patologia que acarreta sofrimento ao paciente que não recebe assistência, as consequências desse fato e quais as alternativas que restam ao doente para atenuar o quadro doloroso.

***“Com certeza que sofrerão, porque não há modo de realizar o tratamento”***

**Síntese:** O doente bruxista, usuário exclusivo do sistema público, sofre em sua trajetória de procura por tratamento perante a existência de um quadro doloroso, que é normalmente crônico e de difícil tolerância, alternado por períodos de agudização. Porém, mesmo havendo um adequado diagnóstico da patologia, pela ausência de respostas governamentais no SNS e impossibilidade financeira de custear o tratamento no sistema privado, resta apenas a utilização de fármacos para atenuar a sintomatologia, e a aceitação da dor como algo do destino, que deve ser assimilada.

- Claro que sofre (5)
- Qualquer pessoa não gosta de viver com dor, não é? (3)
- Lembro de uma senhora usando o cheque-dentista na gravidez e que estava um disparate a articulação, estava toda e tinha uma abertura menor do que um centímetro (3)
- Sofre porque tem dor, pela falta de diagnóstico, é uma coisa que não descansa ninguém e sofre porque às vezes já investiu em tratamentos e os tratamentos fracassaram. Portanto, é um perder em toda a linha (5)
- Acho que sofrem (4)
- Acredito que, os muito aflitos, se calhar, irão (tratar), embora, como é uma coisa privada, tem um custo que pode não ser muito acessível (5)
- A maioria das pessoas não faz placa miorrelaxante por causa do investimento e continua com dores na articulação (3)

- Com certeza que sofrerão, porque não há modo de realizar o tratamento (3)
  - Eu acho que os pacientes bruxistas aprendem a viver com os problemas. É a história da dor crônica, onde tu dizes, é uma realidade que eu tenho, vou conviver com ela (2)
  - Normalmente, quando é assim, com fármacos. Ele anda a controlar com medicação (4)
  - ... acabam tomando um anti-inflamatório e a crise passa, deixa andar mais algum tempo e depois só vão voltar a lembrar quando voltar a ter outra crise (2)
  - ...se habitua a viver com isso, ou toma comprimidos, porque tem dores de cabeça, toma ibuprofeno e toma miorrelaxantes, pronto (5)
  - Acho que os pacientes sofrem e também porque a maior parte dos doentes que aqui vem (USP) tem outras patologias associadas, portanto é difícil de dizer (7)
  - ...naquela altura de maiores crises, eles aparecem, e depois, quando passa, eles adaptam-se com a situação (2)
  - Acho que eles procuram sempre, mas a resposta... (1)
- Contraponto:**
- Aqui no meu consultório é difícil responder isso, porque eu não tenho muito contato com pessoas que não tenham condições financeiras (6)

**Discussão:** Os discursos dos entrevistados são compatíveis com os estudos científicos sobre o tema. Habitualmente, em uma situação de impossibilidade para realizar o tratamento do bruxismo, ocorre a evolução da doença com agravamento do quadro doloroso e dos demais efeitos da patologia. Segundo Kuroiwa et al. (2011), a presença de dor orofacial pode causar mais impacto negativo na vida do indivíduo do que outras condições sistêmicas, tais como diabetes, hipertensão ou úlcera. Para Barbosa et al. (2008), é uma causa de grande sofrimento para os doentes, podendo ser relacionada à saúde mental, acarretando severos reflexos na vida dos acometidos e na sociedade, como a incapacitação para o trabalho e o consumo de elevadas quantidades de medicamentos (Camparis & Siqueira, 2006). Grzesiak (1991) refere que a realidade do indivíduo passa a ser controlada por essa experiência dolorosa. De acordo com Morris (1991, p.145), “a dor humana está saturada de política”, já que resta aos pobres uma existência compartilhada com a dor.

### 2.3.2) Qualidade de vida

Nesta subcategoria procura-se identificar, através dos depoimentos dos entrevistados, se os deletérios efeitos e consequências do bruxismo que permanece sem tratamento repercutem negativamente na vida do indivíduo, em seu meio e na sociedade.

### ***“A vida da gente fica horrível. Está tudo relacionado”***

**Síntese:** As consequências do bruxismo se refletem em todas as áreas da vida. Seus efeitos podem ser constatados, por exemplo, como distúrbios do sono, irritação, desconforto físico, emocional, presença de dor crônica (difícil de suportar), repercute nos relacionamentos familiares e afetivos, nas relações sociais e profissionais, um quadro capaz de reduzir a qualidade de vida.

- *Acaba refletindo em tudo, a vida da gente fica horrível. Está tudo relacionado (3)*
  - *.. sem dúvida reflete na qualidade de vida das pessoas (4)*
  - *.. a pessoa que dorme junto, seja a mãe, o irmão, alguém que ouve o barulho da pessoa e sente mesmo a pessoa a ranger os dentes (5)*
    - *... o desconforto que provoca no teu relacionamento com outras pessoas, quando convives fisicamente com alguém, até pode causar problemas emocionais (2)*
  - *Há crianças que fazem mesmo muito barulho (5)*
  - *Há barulho noturno, parece uma máquina, ou um motor, é um barulho irritante para dormir (3)*
  - *Não sei se não dorme (a criança bruxista), acho que perturba mais quem dorme ao pé dela (5)*
  - *...ele agora há dois meses range tanto, eu acordo de noite com o ranger (5)*
  - *Já me falaram que o bruxismo é causa de divórcios (3)*
  - *Há pessoas que se acomodam a uma situação e não querem saber, mas, em um quadro geral, a dor é horrível (7)*
  - *Eu acordava de manhã horrível, quando perdi a goteira (3)*
  - *Com certeza, a dor interfere na qualidade de vida das pessoas (7)*
  - *Absentismo, a pessoa falta ao trabalho, não dorme como deve ser, estão irritados, portanto, normalmente é a partir daí (6)*
  - *Interfere em tudo (7)*
- Contraponto:**
- *Não tenho muito essa apreciação, não vou dizer nem que sim e nem que não (2)*
  - *Mas daí eu não posso avaliar (1)*

**Discussão:** Demonstrando ser compatível com os estudos da literatura científica, o discurso dos entrevistados que se posicionaram a respeito do tema atesta que os reflexos negativos do bruxismo na realidade do indivíduo são visíveis e nefastos.

Conforme investigação de Smith et al. (2010), os sinais e sintomas da DTM (tendo o bruxismo como provável desencadeante) podem afetar a qualidade de vida dos acometidos.

Para Gonzalez (2005), as dores orofaciais geradas por essa disfunção têm o potencial de causar incapacidade funcional, incapacidade para o trabalho ou impossibilidade de uma interação social normal.

De acordo com Leriche (1974, p. 29), cit por Canguilhem, (2009) a dor é "um fenômeno individual monstruoso, e não uma lei da espécie. É um fato da doença”.

### **2.3.3) Perdas dentárias**

Nesta subcategoria procura-se evidenciar, segundo a percepção dos entrevistados, a influência das desigualdades sociais no acesso à odontologia e ao tratamento do bruxismo. A dor e as complicações geradas pela patologia muitas vezes levam a extrações dentárias, realizadas como alternativa para atenuar as consequências da doença.

#### ***“Vão acabar perdendo os dentes”***

**Síntese:** Usuários do instrumento cheque-dentista e USP compõem uma demanda com grandes dificuldades financeiras (que em alguns concelhos correspondem à cerca de 90% da população), muitas vezes oriundos de bairros sociais e com baixa literacia em saúde. Invariavelmente, por não encontrarem respostas públicas para debelar o bruxismo, acabam convivendo com a dor, ingerindo medicamentos ou fazendo extrações.

A perspectiva dos profissionais do setor privado que atendem um grupo diferenciado cultural e economicamente, é de agilidade e rapidez no diagnóstico e tratamento.

- *Nessa altura (em que atendia o cheque-dentista), as pessoas que vinham eram quase todas pessoas com muitas dificuldades, eram essencialmente de bairros sociais (6)*
- *Quem recorria ao cheque-dentista, eram pessoas sem higiene oral, com uma alimentação péssima, era muito complicado, normalmente são pessoas sem condições financeiras (6)*
- *...as pessoas que recorrem a essas unidades públicas têm a condição bucal complicada e menos condições econômicas (1)*
- *Num concelho como o nosso, se calhar, 90% da população tem insuficiência econômica (7)*
- *Quem vem aqui (USP), nunca vai a outro lado (7)*

- *Eu acho que também depende muito do local onde trabalhas, do tipo de pacientes que tens. Eu trabalho em um local onde a área econômica não é muito favorável, portanto, os pacientes acabam pensando que isso vai passar, tomam alguns anti-inflamatórios (2)*
- *.. as pessoas com o cheque-dentista, que não contemplava certos tratamentos, faziam à parte, alguns faziam e outros não, a maior parte não fazia (6)*
- *Os meus pacientes, se eu os sigo (privado), são pacientes que logo tem o diagnóstico (2)*
- *As pessoas que vem fazer os tratamentos sabem que tem que os fazer, e põe um dinheiro à parte .... também há muita gente com seguro de saúde.... Não tenho experiência com pessoas muito carenciadas (6)*
- *Mas isso atualmente não é uma coisa cara, os preços estão muito mais baixos (6)*
- *Eu realmente opto por enviar para colegas privados (5)*
- *Se a pessoa tem possibilidade financeira, vai rapidamente, ao fim de dois, três meses, vai resolver, se não tem, pode ficar anos e que provavelmente termina em extrações (5)*
- *Geralmente é acompanhado de uma reabilitação, quase todos os dentes da boca, com um custo muito elevado (1)*
- *Muito provavelmente vai cair na área das extrações (1)*
- *Exato, as pessoas enraizaram essa ideia de que perder os dentes é uma coisa do destino e como não tem alternativa e não podem pagar esse tipo de tratamento e não há oferta na rede pública, eles adaptam-se e pronto. Depois fazem as próteses e as próteses partem-se e depois consertas e vai indo (2)*
- *.... causa mobilidade aumentada e vão acabar perdendo os dentes, (3)*
- *... se já havia alguma suscetibilidade ao tabaco ou diabetes acelera o problema da periodontite e perde mais rapidamente os dentes (3)*
- *Quando não é acompanhado e são deixados ao abandono, sim (fazem extrações). Quando vão às consultas de neurologia etc., acho que não, porque muitas vezes acabam por prescrever também relaxantes musculares (4)*
- *O que acontece é que acabam fazendo extrações, perdendo peças dentárias, com todas as suas consequências (5)*

**Discussão:** A análise dos depoimentos expõe uma realidade bastante conhecida e amparada por diversos estudos. Segundo Morris (1991), a origem da dor está na forma perversa de como se distribui o poder político, social e econômico no mundo. A experiência da doença oral é diferente de acordo com a classe, deixa marcas bucais da iniquidade, prejudica a autoestima e a inclusão social. As desigualdades sociais levam a um aumento das doenças bucais nos grupos de baixa renda e, mesmo na presença de dor, ir ao odontólogo é considerado um luxo (Moreira, Nations & Alves, 2006). Embora todas as classes sociais vivam experiências de stress e tensão emocional e não seja possível associar uma relação entre classe econômica e DTM (Noronha & Andrade, 2005), pessoas em uma situação financeira mais desfavorecida normalmente apresentam índices de mortalidade, morbidade e incapacidade

maiores que as mais privilegiadas (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2005).

Para Magalhães et al. (2014), a condição socioeconômica pode influenciar a ocorrência e a possibilidade de tratar a DTM, por determinar o grau de facilidade ou dificuldade de alcance à informação e aos serviços de saúde capacitados para atender a demanda. Tendo em vista as dificuldades encontradas para a obtenção de um diagnóstico e tratamento adequado, estima-se que pacientes convivam com dor orofacial por cerca de 6 a 8 anos (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2019), um longo período capaz de acarretar as sequelas causadas pela patologia. A dor reflete na qualidade de vida dos indivíduos e a sua existência pode justificar a decisão pela extração dentária (Piuvezam, 2004). A dificuldade de acesso ao serviço faz da extração dentária uma resposta mais praticada e resolutiva (Moreira, Nations & Alves, 2006).

## **2.4) Quadro de consequências**

Nesta categoria, oriunda de vários estudos do referencial teórico, os mais citados efeitos biológicos, emocionais, mentais e sociais vinculados ao bruxismo e DTM foram reunidos no Quadro 1 (Apêndice B), apresentado aos médicos dentistas ao final das entrevistas. A partir da análise do Quadro 1, os profissionais relataram suas representações sociais sobre a importância da doença e a necessidade de ser considerada como uma prioridade em saúde oral.

Neste tema, foram desenvolvidas duas subcategorias, organizadas conforme a estrutura das entrevistas, como se apresenta a seguir:

### **2.4.1) Impressão**

Nesta subcategoria procurou-se captar o impacto que a visualização do conjunto de numerosos efeitos relacionados ao bruxismo e DTM causou aos entrevistados.

***“Bastante preocupante, inclusive em crianças até assusta”***

**Síntese:** A análise do Quadro 1 levou os profissionais a avaliarem o tema com um deslocamento do foco dentário para a observação do indivíduo como um organismo inserido em seu meio social. O bruxismo visto como uma patologia que vai além dos dentes, com seus variados e nefastos reflexos conectados, foi considerado preocupante e em crianças assustador.

- *Acho que é um quadro bastante claro, está muito bem fechado em relação a esse problema do bruxismo. Acontece tudo isso, mais ou menos. Não dá para definir, mas dentro do quadro, você apanha tudo isso (1)*
- *Bastante preocupante, inclusive em crianças até me assusta (2)*
- *No organismo está tudo unido.... linha alba (3)*
- *Conhecia muitos do Quadro, mas alguns não (3)*
- *Não sabia alguns (4)*
- *De todos não (conhecia), mas de grande parte sim. Por exemplo, essa parte das crianças no desenvolvimento cognitivo, corporal e agressividade, não sabia (2)*
- *Claro que é uma patologia preocupante (3)*
- *... Zumbido nos ouvidos também não tinha associado...Redução da libido, também não sabia, mas faz sentido (4)*
- *É uma lista bastante preocupante (4)*
- *É preocupante (6)*
- *Dores de garganta e problemas no ouvido nunca vi (6)*
- *... agressividade? Sim, não dorme de noite, são agitadas, é verdade (6)*
- *É enorme (7)*
- *Há muita coisa que temos algum conhecimento, mas que muitas vezes não associamos ao bruxismo, mas ao ler, se consegue perceber que tem toda a lógica (7)*

**Discussão:** Os depoimentos dos entrevistados foram similares, constatando-se, na maioria dos profissionais, uma certa perplexidade com a grande quantidade e severidade de consequências causadas pela patologia. De acordo com a revisão da literatura, o bruxismo é um fator de risco para as DTM e ambas as patologias apresentam um quadro complexo e amplo de sinais e sintomas na área orofacial, cabeça e pescoço, membros ou outras estruturas anatómicas à distância da cavidade oral (Dias, 2014), além de seus reflexos emocionais, mentais e sociais. Segundo Warren et al. (2002), o bruxismo em crianças é mais impactante em virtude da extensão de seus efeitos negativos no decorrer do ciclo de vida.

#### **2.4.2) Relevância da doença**

Esta subcategoria correspondeu ao último questionamento do guião. Fundamentou-se em uma reflexão sobre a importância da doença e a propriedade de ser considerada uma prioridade em saúde oral, com uma abordagem análoga à realizada pelo sistema público brasileiro.

***“É importantíssimo, fundamental, necessário”***

**Síntese:** O diagnóstico e tratamento precoce do bruxismo, tendo como parâmetro o modelo brasileiro, com ações educativas e preventivas realizadas a nível primário no sistema público e com uma rede de referência, foi considerado interessante e exequível. Há o entendimento da importância de se investir mais em prevenção e gerar uma conscientização sobre a patologia, o que reduziria a evolução da doença e suas consequências, como as necessidades de tratamentos odontológicos curativos e retratamentos associados à ação dessa parafunção.

- *O que precisava aí era o governo ser alertado para isso, fazer um plano, através da OMD, não sei como seria isso, mas principalmente pela OMD (1)*
- *Acho que sim. É uma conscientização que deve ser feita. Acho que o tratamento do bruxismo é muito empírico e na minha experiência que os pacientes não colaboram muito, talvez por não perceber, não estão informados das consequências de tudo que pode ocorrer (2)*
- *Deveríamos defender de fato prevenir para depois não termos que refazer. Se pudéssemos identificar casos de bruxismo, não teríamos tantas pessoas para fazer próteses removíveis e outros tratamentos (3)*
- *Se tivéssemos mais prevenção, não era preciso tantos tratamentos (3)*
- *Aqui há um problema grande, quando mais dinheiro se gasta, mais tratamento se faz, melhor é, e na prevenção há muito pouco (3)*
- *Sim, acho que sim. Acho que seria importante e exequível (4)*
- *Sim, acho que seria importante e interessante implementar (5)*
- *Acho muito interessante, não só para o bruxismo, mas para uma série de outros problemas e de outras patologias associadas à boca (7)*
- *É importantíssimo, fundamental, necessário, mas acho que que haveria muita dificuldade na área política (3)*

**Discussão:** Conforme Carrara et al. (2010), é fundamental o reconhecimento da importância do bruxismo e DTM pelas autoridades responsáveis pelo planejamento das políticas de saúde pública, possibilitando que o paciente seja atendido no sistema público já a nível primário, de forma a permitir o seu diagnóstico e tratamento precoce nas Unidades Básicas de Saúde. Essa prática realizada no Brasil (Brasil Sorridente, 2017), conta com uma rede de referência primária (USP), secundária (Centro de Especialidades Odontológicas) e terciária (nível hospitalar).

**Novas categorias surgidas no terreno**

## 2.5) Barreiras

Esta categoria, que não estava prevista no guião, foi originada a partir de novos significados que surgiram durante as entrevistas. Os depoimentos coletados exprimem a resistência da sociedade portuguesa à necessidade da abordagem do aspecto psicológico no tratamento do bruxismo.

### *“Essas dores orofaciais aqui, ainda é muito lento”*

**Síntese:** Segundo as representações sociais dos entrevistados, um dos maiores problemas na obtenção do sucesso do tratamento do bruxismo é a dificuldade de aceitação de seu caráter psicossomático. A desconsideração desse fato, que se constata tanto na população, quanto em alguns profissionais de saúde, é um obstáculo que deve ser superado, havendo sempre a indicação e necessidade de uma equipe multidisciplinar.

- *Essas dores orofaciais aqui, ainda é muito lento. A população só olha o dente, agora o que acarreta e a condição psicossomática envolver várias especialidades ainda não está acontecendo. E às vezes muitos profissionais da área de saúde. (1)*
- *... nós temos que trabalhar nessas pessoas com muito maior atenção, de forma multidisciplinar, o que é muito difícil hoje em dia as pessoas aceitarem isso, acham que o problema é só dente (1)*
- *Depois, a sociedade portuguesa tem um bocadinho de estigma do psicólogo, tomam alguns medicamentos e assim não chegam à raiz do problema e isso é muito mais difícil para os médicos dentistas (2)*
- *As pessoas procuram o dentista para tratar a dor do dente e esses problemas da medicina oral e das coisas que são para lá do dente em si às vezes não são muito valorizadas (6)*

**Discussão:** Para Mazzeto, Carniel e Figueiredo (2001) o despreparo profissional e a dificuldade de aceitação do paciente do fato de ser o bruxismo um problema oral com origem emocional, limita sua visualização e o sucesso de tratamento. De acordo com Botazzo (2008), o centramento dentário caracteriza a Odontologia e o dente é o ponto central para a prática odontológica. Essa realidade emerge da formação profissional e se perpetua, quando a boca deveria ser vista não de forma isolada do conjunto, mas como uma parte do nexo biopsicossocial do sujeito por inteiro. A prática profissional continua dentro dos limites gengivodentários, em procedimentos dirigidos à operação sobre os dentes, em uma concepção cariológica (Botazzo,

2013). O bruxismo é uma patologia na qual interagem processos biológicos, psicológicos e sociais (Paúl & Fonseca, 2001), devendo, portanto, ser abordado de forma multidisciplinar.

## 2.6) Sugestões

Esta última categoria adicionada à pesquisa, sem ter sido prevista no guião, traz as sugestões dos médicos dentistas sobre a forma de implementar o bruxismo como uma das prioridades do Programa de Saúde Oral das políticas públicas portuguesas.

### *“É preciso mudar a política aqui em Portugal”*

**Síntese:** Os profissionais apontam a necessidade de sensibilizar os médicos de família para o reconhecimento da patologia, garantindo o encaminhamento prematuro do doente bruxista para o tratamento específico. Consideram que, a nível primário, é fundamental sua inclusão no Programa de Saúde Oral português, com uma prévia capacitação dos médicos dentistas, possibilitando a realização de ações educativas e preventivas que possam contemplar o diagnóstico e tratamento precoce do bruxismo, controlando a evolução da doença. Como referência secundária, poderia haver o direcionamento dos quadros mais severos para um grupo de profissionais especializados no contexto do instrumento cheque-dentista, à exemplo do Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPCO), ou na própria estrutura da USP.

- *Se o paciente recebesse no setor primário um diagnóstico provável, orientação e conscientização (1)*
- *Fazer um diagnóstico precoce avaliando as facetas de abrasão e falando com o paciente sobre a sua história clínica, seria tranquilo (3)*
- *Se todos conseguirem eventualmente fazer um diagnóstico precoce e depois, como qualquer médico, encaminhar para algum colega que percebe melhor do problema (3)*
- *Acho que em situações mais graves, deveria existir algum encaminhamento para um grupo mais especializado a nível de cheques-dentista (3)*
- *Bem, acho que poderia não ser incorporado no cheque-dentista para todos, mas haver colegas que fossem especialistas ou que se dedicassem a essa parte, como ocorre no PIPCO (3)*
- *Por isso é preciso mudar a política aqui em Portugal. Deveríamos fazer mais com menos (3)*
- *Possivelmente seria viável nas unidades de saúde (6)*
- *É uma questão de ter profissionais treinados e mesmo os médicos de família devem estar mais adaptados para esse tipo de problema. Muitas vezes a pessoa queixa-se ao médico de família de uma dor de ouvidos ou dor de cabeça ou que está cansada, e, como o médico de família não está vocacionado para isso, então, muitas vezes não encaminha (6)*

**Discussão:** Estudo de Reissmann et al. (2007), considera que as patologias que geram dores orofaciais vêm se tornando um importante problema de saúde pública, devido à sua magnitude, transcendência, alta prevalência e impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Anualmente são publicados numerosos artigos científicos (Medina-Flores et al., 2019) que corroboram com essa perspectiva, mas, apesar disto, poucas políticas públicas são voltadas para a divulgação e tratamento precoce da doença (Carrara et al., 2010). Quando o quadro doloroso se torna crônico, o tratamento é complexo e de alto custo, necessitando de profissionais de diversas áreas da saúde (Okeson, 2000). Havendo a hierarquização da atenção, com um diagnóstico e intervenção precoce, realizado no nível primário do sistema público, o tratamento seria mais resolutivo e viável financeiramente, reduzindo o sofrimento e o agravamento do quadro (Carrara et. al., 2010).

## Conclusão

*Em um quadro geral, a dor é horrível (7)  
Num concelho como o nosso (7),  
que, se calhar, 90% da população tem insuficiência econômica (7),  
vamos juntar mais uma (dor) ao rol de tudo o que já tem (7).  
Eles procuram sempre, mas a resposta... (1)*

Essa investigação teve como meta gerar uma reflexão sobre a eleição das prioridades alvo das ações públicas de planeamento em saúde oral. Embora a cárie e a doença periodontal sejam patologias de escolha indiscutível (Narvai & Frazão, 2008), diversos estudos consultados no decorrer da revisão da literatura comprovam a relevância do bruxismo como um hábito parafuncional de grande prevalência, extremamente deletério, provável predisponente de DTM, com potencial de causar efeitos nefastos sobre as estruturas do SE íntegras ou não, levar ao fracasso procedimentos odontológicos realizados, acarretar dor orofacial com elevados custos pessoais e sociais (Diniz & Silva, 2009; Lobbezoo & Naeije, 2001).

Em todo esse quadro de efeitos numerosos e impactantes, a dor se destaca. A dor crônica é reconhecida mundialmente como um importante problema de saúde pública (IHME, 2013), mas, via de regra, as ações públicas de odontologia no nível primário de atendimento assumem como dor passível de intervenções preventivas ou tratamento apenas as de origem dentária e seus tecidos adjacentes, ou, mais especificamente, aquelas causadas normalmente por cárie (Botazzo, 2008). As demais, as que emergem dos desequilíbrios da alma e acentuam descontroladamente as forças e atividade dos músculos da face, como uma válvula de escape das tensões e stress, como o bruxismo, e estão relacionadas a fatores biopsicossociais (Okeson, 1992), hoje tão comuns (Damasio et al., 2000), não encontram normalmente respostas precoces nas políticas de saúde pública (Carrara et. al., 2010). Essa prática condena os indivíduos já tão penalizados pelos efeitos das desigualdades sociais a partilharem suas existências com a dor (Morris, 1991) provocada por uma patologia que, uma vez instalada, segue seu curso à deriva, fazendo da perda dentária uma tentativa de alívio e solução (Piuvezam, 2004).

Tendo como base as diretrizes acima colocadas, voltemos à realidade portuguesa e aos objetivos dessa pesquisa, para que sejam expostas as conclusões obtidas ao final da trajetória dessa investigação. Começemos pelos objetivos específicos:

Após o levantamento e a análise da legislação que rege o PNPSO, constatou-se que não há previsão de qualquer ação específica expressamente voltada para o tratamento do bruxismo no sistema público português à nível primário, mas é possível perceber em alguns excertos legais a existência de um espaço que pudesse contemplar a inclusão dessa patologia. Contudo, ao analisarmos os códigos de tratamentos dentários utilizados no âmbito Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários (USP) disponibilizados na página Indicadores da Área da Transparência do Portal SNS (2020), e as instruções governamentais fornecidas ao público sobre os procedimentos odontológicos que podem ser realizados no instrumento cheque-dentista (Portal do SNS, 2020), conclui-se que efetivamente não há respostas públicas direcionadas para o paciente bruxista nessa esfera de atenção.

Ao examinarmos a legislação que regulamenta as Redes de Referência Hospitalar do SNS, conforme o documento Estomatologia (RRH, 2016), verificou-se que esta especialidade é a referência hospitalar prevista para o tratamento do bruxismo e DTM, entretanto, de acordo com a referida fonte, como também cabe a esse ramo da medicina a execução de ações básicas odontológicas, em função das necessidades acumuladas no setor, há o comprometimento de seus exíguos recursos para um atendimento de maior especificidade. Esse quadro gera longos prazos de espera para os doentes, que perdem a oportunidade da resolução de seu problema de uma forma simples e preventiva, podendo a doença nesse período evoluir para quadros mais severos, que exigirão procedimentos mais complexos e de alto custo, nem sempre determinantes de sucesso.

Segundo as representações sociais dos médicos dentistas, não está sendo realizado um diagnóstico e tratamento precoce do bruxismo à nível de atenção primária no SNS, e a alternativa de referenciar pacientes para a Estomatologia é desconhecida ou considerada inexistente.

Conforme a percepção dos entrevistados, não há possibilidade de executar procedimentos para o tratamento do bruxismo através do instrumento cheque-dentista e à nível de USP, não sendo conhecidas outras referências especializadas conservadoras ou de apoio multidisciplinar para encaminhamento do doente bruxista na estrutura do SNS. Constatou-se, assim, que há falta de integração entre a rede primária e o nível hospitalar, já que as atividades

exercidas pelos serviços de Estomatologia e seu apoio multidisciplinar, composto por terapeutas da fala, fisioterapeutas e psicólogos, são ignoradas pelos médicos dentistas.

Tendo em vista essa realidade, de acordo com as representações sociais dos inqueridos, o prognóstico do doente bruxômano, utilizador exclusivamente dos serviços oferecidos pelo sistema público, é sombrio, pois perante a ausência de diagnóstico e tratamento, tende a cursar uma trajetória de sofrimento causado pelas complicações do bruxismo, com um quadro doloroso que frequentemente se exacerba, gerando uma significativa queda em sua qualidade de vida e um aumento de perdas dentárias.

Ao investigarmos com o intuito de conhecer as representações sociais dos médicos dentistas sobre o tratamento do bruxismo no contexto das Políticas Públicas de Saúde Oral em Portugal, objetivo geral desta pesquisa, verificamos inicialmente que os entrevistados detêm conhecimento específico sobre a patologia e reconhecem a sua grande prevalência, o aumento da incidência, considerando-a uma doença preocupante e nefasta, capaz de gerar quadros severos destrutivos e dolorosos com efeitos negativos biológicos, psicológicos e sociais, exigindo, assim, a realização de um tratamento com abordagem multidisciplinar. Para os profissionais, é um significativo problema de saúde pública, que afeta cada vez mais crianças, possíveis adultos bruxistas, com todas as suas sequelas.

Conforme a percepção dos entrevistados, o SNS não oferece terapias precoces de controle conservadoras, reversíveis e não invasivas para o tratamento do bruxismo em nenhum nível de atenção. Na busca do adequado diagnóstico e do tratamento da dor crônica que se impõe, o doente bruxista recorre a outras especialidades médicas e aos fármacos, sendo onerado pessoalmente e onerando o sistema. Essa realidade gera um aumento de demanda ao SNS, com elevados custos, sem oferecer resolutividade.

Para os médicos dentistas, é importante e exequível a implantação de políticas públicas em Portugal voltadas para o tratamento do bruxismo no nível primário, que prevejam procedimentos como orientações educativas (aconselhamentos sobre dieta, hábitos nocivos, higiene do sono) e preventivas; terapia cognitivo-comportamental; exercícios terapêuticos; terapias térmicas; terapia medicamentosa e encaminhamento para Diagnóstico em uma rede de referência e contrarreferência integrada e efetiva. A adoção de tais estratégias teria o potencial de impedir ou diminuir os amplos efeitos danosos do bruxismo e DTM com um baixo custo, facilidade de operacionalização e, acima de tudo, reduziria o sofrimento que acompanha essas

patologias, invariavelmente causado ou potencializado pelas iniquidades sociais.

O presente estudo apresenta como limitações a reduzida dimensão da amostra, em virtude dos reflexos gerados pela pandemia, que dificultou a realização de mais entrevistas, impedindo que se obtivesse uma maior representatividade de participantes e consistência dos resultados obtidos.

## Referências

- Ahmad, R. (1986). Bruxism in children. *J Pedod*, 10, 105-125.
- Ahlberg, J., Rantala, M., Savalainen, A., Suvinen, T., Nissinen, M., Sarana, S. .... Kononen, M. (2002). Reported bruxism and stress experience Community. *Dent Oral Epidemiol*, 30, 405-8.
- Aloé, F., Gonçalves L.R., Azevedo, A. & Barbosa, R.C. (2003). Bruxismo durante o sono. *Rev Neurociencia*, 11(1), 4-17.
- Amado, J. (2014). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Imprensa da Universidade de Coimbra: Coimbra University Press.
- Arita, C.A., Carvalho, P.C.L, Silva, M.A., Bataglion, C., Chaguri, N.A. & Nunes, L.J. (1990). Alterações provocadas pelo bruxismo sobre o sistema estomatognático – A importância de seu diagnóstico. *Rev Gaucha Odont*, 38(4), 257-261.
- Arnold, M. (1981). Bruxism and the occlusion. *Dent Clin North Am*, 25, 395-407.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2005). *Critério de classificação econômica Brasil*. Disponível em: [http://www.abep.org/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)
- Attanasio, R. (1991). Nocturnal bruxism and its clinical management. *Dent Clin North Am*. 35, 245-52.
- Attanasio, R. (1997). An overview of bruxism and its management. *Dent Clin North Am*, 41(2), 229-41.
- Ayres, J.R.C.M. (2007). Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 43-62.
- Bader, G.G. & Lavigne, G. (2000). Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. *Sleep Med Rev*, 4(1), 27–43. <https://doi.org/10.1053/smr.1999.0070>
- Barbosa, L.M.G. (1999). O sentido psicológico da fala: um enfoque psicossocial da gagueira. *Revista Fono Atual*.3, 8-10.

- Barbosa, T.S., Miyakoda, L.S., Pocztaruk, R.L., Rocha, C.P. & Gavião, M.B.D. (2008). Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.*, 72(3), 299-314. doi: 10.1016/j.ijporl.2007.11.006.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bernard, R. (2002). *Research methods in anthropology. Qualitative and quantitative approaches*. Walnut Creek: Altamira Press.
- Bishop, K., Kelleher, M., Briggs, P. & Johsi, R. (1997). Wear now? An update on the etiology of tooth wear. *Quintessence Int*, 28(5), 305-313.
- Botazzo, C. (2008). A cárie dentária como fetiche. Primeiras notas. In.: C. Botazzo, M.A. Oliveira (Orgs.) *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. (pp. 219-238). São Paulo: Páginas & Letras.
- Botazzo, C. (2013). Bucalidade. *PRO-odonto prevenção*, 6(4), 9-55.
- Botazzo, C. (2017). O conhecimento pelas mãos. *Revista da ABENO*, 17(4), 2-19.
- Bourdieu, Pierre. (2014). *Sobre o Estado*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Bragger, U., Aeschlimann, S., Bürgin, W., Hämmerle, C.H. & Lang, N.P. (2001). Biological and technical complications and failures with partial dentures (FPD) on implants and teeth after four to five years of function. *Clin. Oral Implants Res*, 12(1), 26-34.
- Brasil Sorridente (2017). *A Política Nacional de Saúde Bucal e a Disfunção Temporomandibular*. Brasil: Ministério da Saúde.
- Busanello-Stella, A.R., Berwing, L.C., Almeida, F.L., Silva, A.M.T. & Mello, F.M. (2011). Aspects of stomatognathic system of individuals with bruxism. *Revista Salusvita*, 30(1), 7-20.
- Camacho, G.B. & Kohlrausch, S. (2013). Prevalência de DTM na População Adulta – Retrospecto da Literatura. *ADITEME*, 1, 1- 38. Disponível em: [https://wp.ufpel.edu.br/aditeme/files/2020/03/Prevalencia\\_DTM\\_2019\\_20.pdf](https://wp.ufpel.edu.br/aditeme/files/2020/03/Prevalencia_DTM_2019_20.pdf)

- Camparis, C.M., Formigoni, G., Teixeira, M.J., Bittencourt, L.R.A., Tufik, S. & Siqueira, J.T.T. (2006). Sleep bruxism and temporomandibular disorder: clinical and polysomnographic evaluation. *Arch Oral Biol*, 51(9), 721-8.
- Camparis, C.M. & Siqueira, J.T.T. (2006). Sleep bruxism: clinical aspects and characteristics in patients with and without chronic orofacial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 101(2), 188-93.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carlsson, G.E., Egermark, I. & Magnusson, T. (2003). Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-years follow-up period. *J Orofac Pain*, 17(1), 50-57.
- Carrara, S.V., Conti, P.C.R. & Barbosa, J.S. (2010). Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J Orthod*, 15(3), 114-20.
- Carrer, F.C.A. (2019). *SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir* / [Coord.] F.C.A Carrer, G.F. Pucca Junior, M.E. Araújo [Org.] D.P. Silva, M. Gabriel, & M.L. Galante (2019). São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/SUS-e-a-Sa%C3%BAde-Bucal-no-Brasil.pdf>
- Cestari, K. & Camparis, C.M. (2002). Fatores Psicológicos: Sua Importância no Diagnóstico das desordens Temporomandibulares. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, 2(5), 54-60.
- Clark, G.T., Beensterboer, P.L. & Rugh, J.D. (1980). Nocturnal masseter muscle activity and the symptoms of mandibular dysfunction. *J Oral Rehabil*, 8, 279-286.
- Coelho, J.P.S., Lucena, S.C., Carvalho, A.L.A., Lopes, F.F. & Oliveira, A.E.F. (2009). Bruxismo do sono e sua associação com distúrbios do sono em policiais. *Cienc Odontol Bras*, 12(1), 31-36.
- Conti, P.C., Miranda, J.E. & Araujo, C.R. (2000). Relationship between systemic joint laxity, TMJ hypertranslation, and intra-articular disorders. *Cranio*, 18(3), 192-7.
- Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública.*, 15(4), 701-709.

Damasio, A. R., Grabowski, T. J., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L.L.B., Parvizi, J. & Hichwa, R. D. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nat. Neurosci.*, 3(10), 1049–1056.

Dawson, P.W. (1993). *Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais* (2ª ed.). São Paulo: Artes Médicas.

De la Hoz Aizpurua, J.L., Díaz Alonso, E., LaTouche Arbizu, R. & Mesa-Jiménez, J. (2011). Sleep bruxism. Conceptual review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 16(2), 231-8.

Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 14(54), 7-11.

Dekon, S.F.C., Pellizzer, E.P., Zavanelli, A.C., Ito, L. & Resende, C.A. (2003). Reabilitação oral em paciente portador de parafunção severa. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 24(1), 54-59.

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2010). Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Orgs). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Editora Artmed.

Despacho Ministerial n.º 153/2005. *Diário da República n.º n.º 3, de 5 de Janeiro de 2005*. Aprova o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível:[https://www.saudeoral.minsaude.pt/sisoPnpsoRepo/Despacho\\_Ministerial\\_153\\_2005\\_de\\_5\\_Janeiro.pdf](https://www.saudeoral.minsaude.pt/sisoPnpsoRepo/Despacho_Ministerial_153_2005_de_5_Janeiro.pdf)

Despacho n.º 4324/2008, de 22 de Janeiro. *Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 19 de Fevereiro*. Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/RA\\_Acesso\\_2011\\_FINAL.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/RA_Acesso_2011_FINAL.pdf)

Despacho 16159/2010, de 18 de Outubro. *Diário da República de 26 de Outubro de 2010*. Determina alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) aos doentes infectados com o vírus VIH/SIDA. p. 52793. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em:[https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/3293331/details/maximized?p\\_p\\_auth=Zp8uwRE3](https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/3293331/details/maximized?p_p_auth=Zp8uwRE3)

Despacho n.º 7402/2013 – *Diário da República n.º 110/2013, Série II de 2013-06-07*. Estabelece disposições referentes à atribuição de cheques-dentista, no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO). Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Desp7402ChequeDentista.pdf>

Despacho n.º 686/2014. *Diário da República n.º 10/2014, Série II de 2014-01-15*. Determina que o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral passa a abranger a intervenção precoce no cancro oral e estabelece disposições referentes à atribuição de cheques-dentista no âmbito do respetivo Programa. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa-avancada//asearch/2147402/details/maximized?search=Pesquisar&sortOrder=ASC&tipo=%22Despacho%22&types=SERIEII&numero=686%2F2014>

Despacho n.º 12889/2015. *Diário da República n.º 223/2015, Série II de 2015-11-13*. Determina que o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) é alargado, passando a incluir, entre outros, as crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/71005320/details/6/maximized?serie=II&dreId=71001583>

Despacho n.º 8591-B/2016 – *Diário da República n.º 125/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-07-01*. Determina que a Direção-Geral da Saúde deve promover a revisão do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, até ao dia 29 de julho de 2016, bem como a implementação de consultas de saúde oral, nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, através de experiências-piloto Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/74843527/details/maximized>

Despacho n.º 8861-A/2018. *Diário da República n.º 180/2018, 1º Suplemento, Série II de 2018-09-18*. Define os objetivos para a promoção da saúde oral nos cuidados de saúde primários, no quadro da revisão do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/home//dre/116432978/details/maximized?serie=II&parte\\_filter=31&dreId=116432976](https://dre.pt/web/guest/home//dre/116432978/details/maximized?serie=II&parte_filter=31&dreId=116432976)

Dias, R.A.B. (2014). *Desenvolvimento de técnica laboratorial e avaliação clínica de goteiras oclusais rígidas obtidas por técnica assistida por computador (CAD/CAM) no tratamento*

*sintomático/ortopédico de doentes com diagnóstico de bruxismo e/ou Disfunção Temporomandibular*. (Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/26691>

Diniz, M.B. & Silva, R.C. (2009). Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras. *Paul Pediatr*, 27(3), 329-334.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2009). Circular normativa nº2/DSPPS/DCVAE de 9 de janeiro. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. Cheques-dentista [Internet]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. (2020). Available from: <https://www.dgs.pt/paginas-desistema/saude-de-a-a-z/cheque-dentista.aspx>

Fernandes, A.A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social. Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39-52.

Ferreira, V. S. (2014). Artes e manhas da entrevista compreensiva. *Saúde e Sociedade*, 23, 979-992.

Fleury, M.T.L. & Werlang, S.R.C. (2017). Pesquisa aplicada: conceitos e abordagens. *GV Pesquisa*, 10-15. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/apgvpesquisa/article/view/72796>

Glaros, A.G. (1981). Incidence of diurnal and nocturnal bruxism. *J Prosthet Dent*. 45, 545-549

Grawitz, M. (1993). *Méthodes des sciences sociales*, Paris: Dalloz.

Grzesiak, R.C. (1991). Psychologic considerations in temporomandibular dysfunction. *Dental Clin. North Am.*, 35(1), 209-25.

Gomes, J.M.F. (2012). *Princípios de oclusão ideal em diferentes tipos de reabilitação*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina Dentária. Universidade de Lisboa. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26628/1/ulfmd07047\\_tm\\_Joao\\_Gomes.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26628/1/ulfmd07047_tm_Joao_Gomes.pdf)

Gonçalves, L.P.V., Toledo, O.A. & Otero, S.A.M. (2010). Relação entre bruxismo, Fatores oclusais e hábitos bucais. *Dental Press Journal Orthodontic*, 15 (2), 97-104.

Godoy, A.S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20-29.

Gonzalez, D.A. (2005). *Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares*. São Paulo: Editora Manole.

Governo do Distrito Federal (2017). *Protocolo de Atenção à Saúde. Disfunção temporomandibular e dor orofacial*. Secretaria de Estado de Saúde. Brasil. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/4.-Disfuncao\\_Temporo-Mandibular\\_e\\_Dor\\_orofacial.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/4.-Disfuncao_Temporo-Mandibular_e_Dor_orofacial.pdf)

Gusson, D.G.D. (1998). Bruxismo em crianças. *JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, 1(2):75-97.

Hanson, M. L. & Barret, R. H. (1995). *Fundamentos da miologia orofacial*. (N.G Pereira, Trad.). Rio de Janeiro: Enelivros.

Huynh, N.T., Rompré, P.H., Montplaisir, J.Y., Manzini, C., Okura, K. & Lavigne, G.J. (2006). Comparison of various treatments for sleep bruxism using determinants of number needed to treat and effect size. *Int J Prosthodont*, 19(5), 435-41.

Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: IHME. <http://www.healthmetricsandevaluation.org>

Iyda, M. (1998). Saúde bucal: uma prática social. In C. Botazzo & S.F.T. Freitas (org.). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. (pp. 127- 139). São Paulo: EduscUnesp.

Johansson, A., Johansson, A.K., Omar, R. & Carlsson, G.E. (2008). Rehabilitation of the worn dentition. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(7), 548-566. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2842.2008.01897.x>

Johansson, A, Omar, R. & Carlsson, G.E. (2011). Bruxism and prosthetic treatment: A critical review. *Journal of Prosthodontic Research*, 55 (3), 127-136. doi: 10.1016 / j.jpjor.2011.02.004

Kampe, T., Tagdae, T., Bader, G., Edman, G. & Karlsson, S. (1997). Reported symptoms and clinical findings in a group of subjects with long standing bruxism behaviour. *J Oral Rehabil*, 24(8), 581-587. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2842.1997.00540.x>

Kerr, L.R.F.S. & Kendall, C. (2013). A pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Rene*, 14(6), 1061-3.

Kuroiwa, D.N., Marinelli, J.G., Rampani, M.S., Oliveira, W. & Nicodemo, D. (2011). Desordens temporomandibulares e dor orofacial: estudo da qualidade de vida medida pelo Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey. *Rev Dor*, 12(2), 93-8.

Laurell, A. C. (1997). Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: Barradas, R. et al. (Orgs.) *Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. (pp. 83-102) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco.  
Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3y5xk/pdf/barata-9788575412640.pdf>

Lavigne, G.J. & Montplaisir, J.Y. (1994). Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. *Sleep*, 17(8), 739-43.

Lavigne, G.J., Goulet, J.P., Zuconni, M., Morrison, F. & Lobbezoo F. (1999). Sleep disorders and the dental patient: an overview. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 88(3), 257-72. doi: 10.1016 / s1079-2104 (99) 70025-9

Lavigne, G.J., Rompré, P.H., Poirer, G., Huard, H., Kato, T. & Montplaisir, J.Y. (2001). Rhythmic masticatory muscle activity during sleep in humans. *J. Dent. Res*, 80(2), 443-448. doi.org/10.1177/00220345010800020801

Lavigne, G.J., Kato, T., Kolta, A. & Sessle, B.J. (2003). Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. *Crit Rev Oral Biol Med*, 14(1), 30-46.

Lavigne, G., Huynh, N., Kato, T., Okura, K., Adachi, K, Yao, D. & Sessle, B. (2007). Genesis of sleep bruxism: Motor and autonomic-cardiac interactions. *Archives of Oral Biology*, 52 (4), 381-384. doi: 10.1016/j.archoralbio.2006.11.017

Lavigne, G.J., Khoury, S., Abe, S., Yamaguchi, T. & Raphael, K. (2008). Bruxism physiology and pathology: na overview for clinicans. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35, 476-494.

Lei n.º 3/2020 - *Diário da República n.º 64/2020, Série I de 2020-03-31*. Grandes Opções do Plano para 2020. Lisboa: Assembleia da República. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/3/2020/03/31/p/dre>

Lobbezoo, F. & Lavigne, G.J. (1997). Do bruxism and temporomandibular disorders have a cause- and-effect relationship? *J Orofac Pain*, 11(1), 15-23.

Lobbezoo, F. & Naeije, M. (2001). Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. *Journal of Oral Rehabilitation*, 28, 1085-1091. Disponível em:<https://static1.squarespace.com/static/5615114ee4b0c5764cd969fa/t/581b3058f7e0abdf04a3e6c6/1478176856532/Bruxism+Centrally+Mediated+-+Lobezzo2001.pdf>

Lobbezoo, F., Van Der Zaag, J., Naeije, M. (2006). Bruxism: its multiple causes and its effects on dental implants – an updated review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 33, 293-300.

Lobbezoo, F., Van der Zaag, J., Van Selms, M.K., Hamburger, H.L. & Naeije, M. (2008). Principles for the management of bruxism. *J Oral Rehabil*, 35(7), 509-23.

Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Raphael, K.G., Wetselaar, P., Glaros, A.G, Kato, T. .... Manfredini D. (2018). International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *J Oral Rehabil*, 45(11), 837-844. doi: 10.1111/joor.12663. Epub

Lopes, F. (2005). Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1595-1601.

Lüdke, M. & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

Machado, N., Fonseca, R.B., Branco, C.A., Barbosa, G.A., Fernandes Neto, A.J. & Soares, C.J. (2007). Dental wear caused by association between bruxism and gastroesophagal reflux disease: A Rehabilitation report. *J Appl Oral Sci*, 15(4), 327- 333.

Madeira, M.C., Leite, C.A.V.G., Rizzolo, H.F & Roelf J.C., (2016). Anatomia da Cavidade Oral. In: *Sistema Digestório: Integração Básico-Clinica*. (pp. 25-60). São Paulo: Blucher.

Magalhaes, B.G., Sousa, S.T., Mello V.V., Barbosa, A.C.S., Morais, M.P.A., Vasconcelos, M.M.B., et al. (2014). Risk factors for temporomandibular disorder: binary logistic regression analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 19 (3), 232-6.

Manfredini, D., Bucci, M.B., Sabattini, V.B. & Lobbezoo, F. (2011). Bruxism: Overview of current Knowledge and Suggestions for dental implants planning. *The journal of craniomandibular practice*, 29(4), 1-9.

Manfredini, D., Ahlberg, J., Mura, R. & Lobbezoo, F. (2015). Bruxism is Unlikely to Cause Damage to the Periodontium. Findings from a Systematic Literature Assessment. *J Periodontol*, 86, 546-555. doi: 10.1902 / jop.2016.150342

Marchi, R.J.D., Leal, A.F., Padilha, D.M. & Brondani, M.A. (2012). Vulnerability and the psychosocial aspects of tooth loss in old age: A southern Brazilian study. *J Cross cult geronto.l*, 27(2), 239–258. doi: 10.1007 / s10823-012-9170-5.

Marks, M.B. (1980). Bruxism in allergic children. *Am J Orthod*, 77, 48-59.

Mazzeto, M.O., Carnel, L.C. & Figueiredo, M.A.C. (2001). Alterações psicossociais em pacientes com desordens craniomandibulares. *JBA*, 1(3), 233-243.

Medina-Flores, D.A., Resende, C.B.M., Barbosa, G.S., Conti, P.C.R. & Stuginski-Barbosa, J. (2019). Análise bibliométrica dos 100 artigos mais citados sobre bruxismo. *Jornal SBDOF*, III, 32. Disponível em: <http://sbdof.com/wp-content/uploads/2019/01/Jornal-SBDOF-Final-3-1.pdf>

Mendes, E.V. (2018). Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System. *Ciênc Saúde Coletiva*, 23(2), 431-6. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>

Mikami, D.B. (1977). A review of psychogenic aspects and treatment of bruxism. *J Prosthet Dent*, 37(4), 411-419.

- Mittrattanukul, S. & Merrill, R.L. (2006). Headache impact in patients with orofacial pain. *J Am Dent Assoc*, 137(9), 1267-74.
- Mohl, N.D., Zarb, G.A., Carlsson, G.E. & Rugh, J.D. (1989). *Fundamentos de oclusão*. São Paulo: Quintessence.
- Molin, C. & Levi, L. (1966). A psycho-odontologic investigation of patients with bruxism. *Acta Odontol Scand*, 24(3), 373-391.
- Molina, O. F. (1995). *Fisiopatologia Craniomandibular*. São Paulo: Pancast.
- Molina, O.M., Santos, J., Mazzetto, M., Nelson, S., Nowlin, T. & Mainieri, E.T. (2001). Oral jaw behaviors in TMD and bruxism: a comparison study by severity of bruxism. *J. Craniomandibular Pract*, 19(2), 114-122. doi: 10.1080 / 08869634.2001.11746160
- Moré, C.L.O.O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais, Atas CIAIQ*, 3, 126-131.
- Morris, D.B. (1991). *The Culture of Pain*. Berkeley: University of California Press.
- Moreira, T.P., Nations, M.K & Alves, M.S.C.F. (2006). Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, 23 (6). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600013>
- Nadler, S.C. (1957). Bruxism, a classification: critical review. *J Am Dent Assoc*, 54, 615-622.
- Narvai, P.C. (2003). Recursos Humanos Para Promoção Da Saúde Bucal: Um Olhar No Início Do Século XXI. In: Kriger, L. (Coord.). *ABOPREV: promoção de saúde bucal* (3ª ed., pp. 116-133). São Paulo: Artes Médicas.
- Narvai, P.C. & Frazão, P. (2008). *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Scielo: Fiocruz.
- Nishigawa, K., Bando, E. & Nakano, M. (2001). Quantitative study of bite force during sleep associated bruxism. *J Oral Rehabil*, 28(5), 485-91.

Noronha, K.V.M.S. & Andrade, M.V. (2005). Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 17, 410-8.

Ohayon, M.M., Li, K.K. & Guilleminault, C. (2001). Risk factors for sleep Bruxism in the General Population. *Chest*, 119, 53-61.

Okeson, J. P. (1992). *Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares* (2ª ed). São Paulo: Artes Médicas.

Okeson, J.P., Phillips, B.A., Berry, D.T.R. & Baldwin, R.M. (1994). Nocturnal bruxing events: a report of normative data and cardiovascular response. *J Oral Rehabil*, 2(6), 623-630. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.1994.tb01177.x>

Okeson, J.P. (1998). Diagnóstico diferencial e considerações sobre o tratamento das desordens temporomandibulares. In: Okeson JP. *Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. (pp. 113-84). The American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence.

Okeson, J. P. (2000). *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão* (4ª ed). São Paulo: Artes Médicas.

Onofre, R. (2019, 3 de agosto). Dentes de Feliciano custam R\$ 157 mil para a Câmara. *Jornal O Estadão*. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,dentes-de-feliciano-custam-r-157-mil-para-a-camara,70002953488>

Oliveira, G.A.S., Beatrice, L.C.S. & Leão, S.F.S. (2007). Reabilitação oral em pacientes com bruxismo: o papel da Odontologia Restauradora. *International Journal of Dentistry*, 6(4), 117-123.

Olivo, S.A., Bravo, J., Majee, D.J., Thie, N.M., Major, P.W. & Flores, C. (2006). The Association between head and cervical posture and temporomandibular disorders: a systematic review. *J Orafac Pain*, 20(1), 9-23.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16483016>. PMID: 16483016

Paesani, D.A. (Ed.). (2010). *Bruxism: theory and practice*. London: Quintessence.

Paim, J. S. & Teixeira, C. F. (2006). Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, 40, 73-78.

Patel, M.H. (2013). Diabetes and tooth loss. *The journal of the american dental association*, 144(5), 478-485.

Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pavone, B.W. (1985). Bruxism and its effects on the natural teeth. *J Prosthet Dent*, 53(5), 692-696. [https://doi.org/10.1016/0022-3913\(85\)90026-5](https://doi.org/10.1016/0022-3913(85)90026-5)

Pedras, R.B.N. (2014). *Projeto de implantação do atendimento de pacientes com disfunções temporomandibulares e dores orofaciais pela rede pública de saúde*. Comissão de Saúde Pública. Sociedade brasileira de Disfunção e Dor Orofacial. Belo Horizonte. Brasil. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1jjqZ18nxFQhKkzT6OhpQ3cgISj\\_SWOax/view](https://drive.google.com/file/d/1jjqZ18nxFQhKkzT6OhpQ3cgISj_SWOax/view)

Piuevam, G. (2004). *Estudo psicossocial das perdas dentárias na terceira idade*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RGN, Brasil. Disponível em <http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/GrazielaP.pdf>

Pizzol, K.E.D.C., Carvalho, J.C.Q., Konishi, F., Marcomini, E.M.S. & Giusti, J.S.M. (2006). *Rev. odontol.* 35(2), 157-163.

Portal Serviço Nacional de Saúde- SNS (2020). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=title&q=oral%2F>

Prefeitura de São Paulo (2019). *Manual de dor orofacial e disfunção temporomandibular para cirurgiões-dentistas do município de São Paulo. Protocolo de Atendimento*. Brasil.

Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/11-04-VERSAO-FINAL-MANUAL-OROFACIAL.pdf>

Rede de Referência Hospitalar SNS (2016). *Estomatologia*. República Portuguesa Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/RRH-Estomatologia-Aprovada-a-15-11-2017.pdf>

Reding, G.R., Rubright, W.C., Rechtschaffen, A. & Daniels, R.S. (1964). Sleep pattern of toothgrinding: its relationship to dreaming. *Science*, 145, 725-726.

Reis, I. (2019, 5 de agosto). Bruxismo, que custou R\$ 157 mil a Feliciano, afeta milhões de brasileiros e prejudica o sono. *Jornal O Globo*. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/bruxismo-que-custou-157-mil-feliciano-afeta-milhoes-de-brasileiros-prejudica-sono-23856618>

Reissmann, D., John, M.T., Schierz, O. & Wassell, R.W. (2007). Functional and psychosocial impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses. *Journal of Dentistry, Guildford*, 35(8), 643-650. doi: 10.1016/j.jdent.2007.04.010

Rocha, S.S., Mendonça, J.F. & Alencar Júnior, F.G.P. (2007). Estudo da prevalência dos fatores etiológicos em pacientes com dor miofascial orofacial. *Rev. Odontol, UNESP*, 36(1), 41-46.

Rodrigues, C.A.S. (2001). *Interdisciplinaridade entre fonoaudiologia e psicologia*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil. Disponível em:

<http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/162/1/Car-mem%20Agnes%20da%20Silva%20Rodrigues.pdf>

Rodrigues, D. (2005). Corporeidade e exclusão Social. In D. Rodrigues, *O Corpo que (Des) Conhecemos* (pp.34-35). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

Roncalli, A.G. (2000). *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal. Universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Araçatuba. São Paulo, SP, Brasil. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/154665>

Sabroza, P.C. (2006). *Concepções sobre Saúde e Doença*. Curso de aperfeiçoamento de gestão em saúde. Educação a distância. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca>.

Santos, A., Bergantin, A., Maekawa, M.Y., Maekawa, L.E. & Marcacci, S. (2007). Análise crítica da participação dos fatores odontológicos e psicológicos na etiologia do bruxismo. *Rev Odontológica de Araçatuba*, 28(2), 20-4. Disponível em [https://apcdaracatuba.com.br/revista/volume\\_28\\_02/PDF/TRABALHO\\_02.pdf](https://apcdaracatuba.com.br/revista/volume_28_02/PDF/TRABALHO_02.pdf)

Sari, S. & Sonmez, H. (2001). The relationship between occlusal factors and bruxism in permanent and mixed dentition in Turkish children. *Journal Pediatric Dentistry*, 25, 191-194.

Seger, L. (2002). *Psicologia & Odontologia. Uma abordagem Integradora*. São Paulo: Editora Santos.

Shinkai, R.S.A., Santos, L.M., Silva, F.A. & Santos, M.N. (1998). Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. *Rev Odontol Univ São Paulo*, 12(1), 29- 37.

Silva, A.A.R., Chaves, H.V., Bezerra, M.M. & Lima, V. (2016). Processos Inflamatórios do Sistema Estomatognático, p. 683 -718. In: *Sistema Digestório: Integração Básico-Clínica*. São Paulo: Blucher.

Silva, M.J.S., Schraiber, L.B.S. & Mota, A. (2019). O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(1). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290102>

Siqueira, M.M. & Moraes, M.S. (2009). Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 2115-2122.

Smith, R.L., Ramos, A.I.A., Sendão, D.C. & Fontana, C.M. (2010). O impacto da disfunção temporomandibular na qualidade de vida e a relevância da inclusão do diagnóstico e tratamento no serviço público. *Saúde e Sociedade*. 19(1), 67.

Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. (2020). Comissão de Saúde Pública. Acedido em 06/11/2019 Disponível em: <http://www.sbdof.com.br/dtm-e-dor-orofacial-1.html> e <https://dtmedor.files.wordpress.com/2014/02/projeto-de-implantac3a7c3a3o-de-dtm-e-dof-na-rede-p3bablica-de-sac3bade-1.pdf>

Souza, J.G.S., Souza, S.E., Sampaio, A.A., Silveira, M.F., Ferreira, E.F. & Martins, A.M.E.B.L. (2016). Auto percepção da necessidade de prótese dentária total entre idosos brasileiros desdentados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3407-3415 doi: 10.1590/1413-812320152111.14912015

Taquette, S.R. (2016). Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 524-533.

Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790>

Teixeira, C. F., Pinto, L. L. & Vilasboas, A. L. (2004). *O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV.

Teixeira, M., Ribeiro, C. P., Queiroz, A. & Perdomo, G. W. (1994). Bruxismo: O desgaste dental em resposta à interferência oclusal. *Rev Odontol Bras Central*, 4(13), 8-13.

Teixeira, M.J. & Pimenta, C.A.M. (1994). Epidemiologia da dor. In: Teixeira, M.J. *Dor: conceitos gerais*. (pp.57-61). São Paulo: Limay,

Warren, J.J., Yonezu, T. & Bishara, S.E. (2002). Tooth wear patterns in the deciduous dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 122(6), 614-8.

Wieckiewicz, M., Paradowska-Stolarz, A. & Wieckiewicz, W. (2014). Psychosocial Aspects of Bruxism: The Most Paramount Factor Influencing Teeth Grinding. *BioMed Res Int*. 1-7. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/469187>

World Health Organization [WHO] (1998). Division of Health Promotion, Education and Communications. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.

Winocur, E., Gavish, A., Voikovitch, M., Emodi-Perlman, A. & Eli I. (2003). Drugs and bruxism: a critical review. *J Orofac Pain. Spring*, 17(2), 99-111.

Wolf, S.M. (2000). *Psicologia no consultório odontológico*. São Paulo: Arte & Ciência.

Zimerman, D.E. (2010). Fundamentos psicanalíticos – Teoria, técnica e clínica – Uma abordagem didática. (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.

Zuanon, A.C.C., Campos, C.G.A., Giro, E.M.A & Pansani, C. A. (1999). Bruxismo Infantil. *Odont Clin*, 9(1), 41- 4.

## **APÊNDICE A**

A.1) Guião de entrevistas

A.2) Termo de consentimento

## **A.1) Guião de entrevistas elaborado pela autora**

### **1) Bloco introdutório**

-Esclarecer verbalmente o termo de consentimento, assim como pedir a leitura integral do documento;

-Certificar o/a entrevistado/a da confidencialidade de suas informações;

-Informar a pessoa entrevistada do trabalho de dissertação que está sendo desenvolvido;

-Solicitar a colaboração da pessoa, dado a sua relevância na discussão da temática.

### **O Médico dentista e seu histórico profissional**

- Perguntar ao profissional quantos anos tem de formado;

- Questionar o entrevistado se já utilizou ou utiliza o cheque-dentista em sua clínica;

- Perguntar ao médico dentista se já trabalhou em alguma unidade de saúde em Portugal;

- Solicitar ao entrevistado que descreva quais são suas áreas de experiência profissional.

### **O Médico dentista como profissional atuante e sua visão do bruxismo**

- Solicitar ao entrevistado que descreva como percebe o bruxismo na atualidade, se observa muitos casos em sua prática profissional e detecta um aumento de sua incidência;

- Perguntar ao médico dentista quais os sinais, sintomas e consequências do bruxismo que tem identificado no doente e se os tratamentos odontológicos realizados em bruxistas tendem a fracassar, exigindo repetições e soluções mais complexas;

- Perguntar ao entrevistado se percebe que os efeitos causados pelo bruxismo afetam a saúde geral do doente (física, mental e emocionalmente), dando exemplos desse fato;

- Questionar o profissional se acha necessário diagnosticar e tratar o doente bruxista (em caso de surtos de exacerbação) antes da realização de tratamentos odontológicos.

### **O Médico dentista e o tratamento do bruxismo no sistema público**

- Perguntar ao médico dentista se percebe que está sendo feito um diagnóstico e tratamento precoce de bruxismo no âmbito do sistema público;

- Perguntar ao entrevistado quais os procedimentos que identifica que estão sendo realizados para o tratamento do bruxismo na atenção primária do SNS;

- Perguntar ao entrevistado quais os procedimentos que identifica que estão sendo realizados para o tratamento do bruxismo em outros níveis e referências públicas;

- Solicitar ao entrevistado que relate se observa a existência de uma rede multidisciplinar de apoio ao paciente bruxista no sistema público, se é resolutiva e há integração das especialidades;
- Solicitar ao médico dentista que relate se identifica que o paciente bruxista recorre a outras áreas da saúde na tentativa da amenização do quadro doloroso (outras especialidades médicas que demandam consultas e exames onerando o SNS).

### **O Médico dentista e sua percepção sobre as perspectivas futuras da realidade oral do paciente bruxista, usuário exclusivo do sistema público.**

- Perguntar ao entrevistado se detecta sofrimento e um agravamento do quadro de bruxismo dos doentes no processo de busca pela resolução do problema no sistema público (que pode já ter sido diagnosticado ou ainda não);
- Perguntar ao médico dentista se observa a presença de quadros dolorosos e/ou outros sintomas e consequências que venham a refletir na queda da qualidade de vida e interação social do doente bruxista que busca tratamento no sistema público;
- Perguntar ao profissional se identifica a realização de extrações (e qual a frequência) como reflexo da não obtenção ou ineficácia de tratamento para o bruxismo na rede pública;
- Solicitar ao entrevistado que relate, na sua percepção, quanto tempo aproximadamente um doente bruxista permanece com sintomas mais severos até a resolução do problema (obtida pelo tratamento específico ou extração do(s) dente (s)).

### **O Médico dentista e os sinais, sintomas e consequências do bruxismo**

- Pedir ao médico dentista que analise o Quadro 1 apresentado ao final da entrevista com os efeitos (sinais, sintomas e consequências) do bruxismo e DTM, construído pela investigadora a partir de diversos estudos pesquisados na revisão da literatura e que mais frequentemente podem ser encontrados na presença dessas patologias. Na sequência, questionar qual a impressão causada;
- Pedir ao profissional que opine, tendo em vista a leitura do Quadro 1 fornecido e a sua experiência profissional, se considera que o bruxismo é uma doença relevante e deve ser um alvo prioritário das políticas públicas orais, tendo como parâmetro o sistema de referência de saúde pública oral brasileiro.

## A.2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista

Agradeço o interesse na presente pesquisa. Peço, por favor, que leia atentamente o presente documento até o final. A entrevista para a qual foi convidado/a é parte da dissertação desenvolvida pela discente Carmen Regina Endres - que subscreve este termo - orientada pelo Professora Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes. A pesquisa está enquadrada no Mestrado de Sociedade, Risco e Saúde, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. Como tema de pesquisa, pretende-se analisar se o bruxismo deve ser uma prioridade em Saúde Pública. Está a ser convidado/a para a presente pesquisa por ser profissional de saúde – Médico(a) Dentista- que atua na realidade portuguesa, local onde se dará a investigação. A qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua participação consistirá em responder livremente às questões que serão realizadas por mim, enquanto pesquisadora. Em qualquer momento que considere necessário, poderá solicitar esclarecimentos ou, inclusive, o encerramento da presente entrevista. As informações obtidas por meio da sua participação serão gravadas durante a entrevista e transcritas após a sua realização. Os resultados estarão à sua disposição, sendo enviados via e-mail em formato áudio e serão confidenciais. Desse modo, solicito sua autorização para gravar o seu depoimento e para utilizar os resultados na mencionada dissertação. Peço, também, autorização para citar, no trabalho final, pequenos trechos, na íntegra, de sua fala, com o uso de nomes fictícios, sem identificá-lo/a em momento algum.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido/a e dou o meu consentimento para a entrevista e uso de sua transcrição para a presente dissertação. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Pessoa convidada para a entrevista

\_\_\_\_\_  
Carmen Regina Endres

## Formulário de dados com informação dos/as entrevistados/as

### Dados Pessoais

Pesquisadora: Carmen Regina Endres / Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes

Os dados preenchidos nesse formulário são apenas para a presente pesquisa de dissertação, não podendo ser utilizados para outros fins.

Relembro que sua identidade será preservada ao longo desta investigação.

Nome:

---

Sobrenome:

---

Idade: \_\_\_\_\_

Correio eletrónico:

---

Escolha o seu nome fictício:

---

Autorizo o uso dos dados nesta investigação:

---

## **APÊNDICE B**

Sinais, sintomas e consequências do bruxismo e DTM:

B.1) Quadro 1

B.2) Lista referenciada

B.3) Referências específicas

**B.1) Quadro 1** - Sinais, sintomas e consequências do bruxismo e DTM mais frequentemente descritos na literatura:

<p style="text-align: center;"><b>Dentes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>redução significativa da altura da coroa dental</b></li><li>b) <b>ação conjunta (sinergia) entre lesões dentárias derivadas de erosão (causadas por acidez) associadas à atrição</b></li><li>c) <b>desgastes acentuados e destrutivos</b></li><li>d) <b>provoca sensibilidade ou dor</b></li><li>e) <b>alta porcentagem de fracassos ocorridos em restaurações</b></li><li>f) <b>fratura e trinca dos dentes</b></li><li>g) <b>fraturas, fissuras e /ou reabsorções das raízes dentárias</b></li><li>h) <b>comprometimento da estética do sorriso</b></li><li>i) <b>fracasso das próteses e implantes dentários</b></li><li>j) <b>perda do elemento dental</b></li><li>k) <b>acelera a rizólise de dentes decíduos</b></li></ul>
<p style="text-align: center;"><b>Músculos mastigatórios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>fadiga dos músculos mastigatórios</b></li><li>b) <b>hipertonicidade</b></li><li>c) <b>sensibilidade nos músculos mastigatórios</b></li><li>d) <b>dor acentuada na musculatura</b></li><li>e) <b>miosite (processo inflamatório dos músculos mastigatórios)</b></li><li>f) <b>hipertrofia muscular</b></li></ul>

<p style="text-align: center;"><b>ATM</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>gera o colapso das estruturas do SE (Sistema Estomatognático)</b></li> <li>b) <b>dor (em muitas situações crônica e severa) e desconforto na ATM</b></li> <li>c) <b>estalidos, crepitações (ruídos articulares) ou bloqueio da ATM</b></li> <li>d) <b>desvios da mandíbula, rigidez e diminuição de sua motilidade e abertura máxima</b></li> <li>e) <b>dificuldade para mastigação</b></li> <li>f) <b>deslocamento do disco articular</b></li> <li>g) <b>luxação e sub luxação articular</b></li> <li>h) <b>perfuração do disco articular</b></li> <li>i) <b>desconforto articular em crianças</b></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Periodonto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>destruição das estruturas periodontais</b></li> <li>b) <b>coadjuvante na progressão da doença periodontal destrutiva</b></li> <li>c) <b>coadjuvante na progressão da doença periodontal destrutiva em crianças</b></li> <li>d) <b>sensibilidade periodontal</b></li> <li>e) <b>mobilidade dental</b></li> <li>f) <b>desalinhamento da arcada dentária</b></li> <li>g) <b>inflamação gengival</b></li> <li>h) <b>reabsorção óssea</b></li> <li>i) <b>retração gengival</b></li> <li>j) <b>hipercementose</b></li> <li>k) <b>necrose dos tecidos periodontais</b></li> <li>l) <b>alargamento do espaço periodontal</b></li> </ul>

<p><b>Aspecto facial</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>assimetrias ou alterações no contorno facial</b></li> <li>b) <b>perda de dimensão vertical</b></li> <li>c) <b>face austera ou face típica de “Popeye”</b></li> <li>d) <b>a hipertrofia e hiperfunção do masseter influenciam o desenvolvimento mandibular durante a fase de crescimento</b></li> </ul>
<p><b>Mucosa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Linha alba (linha branca na região das bochechas)</b></li> <li>b) <b>edentações e ulcerações na língua/mucosa jugal</b></li> <li>c) <b>sucção de lábios e protrusão da língua gerando lesões e desconforto oral</b></li> <li>d) <b>as lesões prejudicam a fonação e mastigação</b></li> </ul>
<p><b>Osso alveolar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>causa torus mandibular (crescimento ósseo protuberante na região mandibular)</b></li> <li>b) <b>exostose vestibular (crescimento ósseo atípico na maxila)</b></li> <li>c) <b>a topografia da perda óssea agrava o quadro de periodontite</b></li> </ul>
<p><b>Polpa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>sensibilidade dentinária</b></li> <li>b) <b>pulpite</b></li> <li>c) <b>necrose pulpar</b></li> <li>d) <b>reabsorção cervical externa</b></li> <li>e) <b>cálculos pulpares</b></li> </ul>

## **Outros sinais, sintomas e consequências**

- a) **apinhamento ou má posição dentária, passível de causar má oclusão**
- b) **xerostomia**
- c) **dores de cabeça na zona temporal – frequentemente crônicas**
- d) **dor de cabeça na região da frente e dos olhos**
- e) **dor de cabeça unilateral**
- f) **dor miofascial**
- g) **cervicalgia**
- h) **dores de cabeça crônicas constatadas em mais de 50% dos bruxômanos**
- i) **dor de garganta**
- j) **parotidite ou sialolitíase**
- k) **zumbidos nos ouvidos**
- l) **dor de ouvido**
- m) **alterações na tuba auditiva e plenitude auricular**
- n) **comprometimento da mastigação e dificuldade para bocejar**

*Em crianças, além da possibilidade da presença dos itens anteriormente citados, constata-se:*

- a) **pode acabar com a guia anterior**
- b) **afeta o crescimento ósseo**
- c) **transtornos do crescimento ou desenvolvimento corporal**
- d) **pode desenvolver sérias obstruções respiratórias nasais**

## **Efeitos sistêmicos**

- a) **hipertensão (que requer tratamento)**
- b) **dores corporais (costas, pescoço e ombros)**
- c) **dor torácica-abdominal**
- d) **distúrbio do sono**
- e) **sono não recuperador**
- f) **fadiga, falta de energia e cansaço**
- g) **redução da libido (31% a 50%)**
- h) **comprometimento da atividade e grau de satisfação na vida sexual**
- i) **dificuldades eréteis (percentuais variando entre 31% a 50%)**
- j) **transtornos respiratórios durante o sono**
- k) **sudorese, pesadelos, palpitações**
- l) **edema, vertigem e surdez**
- m) **irritabilidade**
- n) **distúrbios do apetite**
- o) **modificação na dieta alimentar**
- p) **dores crônicas musculares e alterações permanentes futuras**
- q) **em presença de dor, pode levar a alteração de humor, perda de interesse ou prazer de viver**
- r) **pode gerar tensão emocional**
- s) **passível de acarretar sofrimento psíquico**
- t) **pode causar problemas comportamentais**
- u) **aumenta a necessidade de medicação**
- v) **insatisfação com a condição bucal**
- w) **afeta o indivíduo psicologicamente**
- x) **gera baixa autoestima**

## **Efeitos na realidade do indivíduo**

- a) **prejuízo na qualidade de vida**
- b) **perda de dias de trabalho**
- c) **maiores níveis de stress nas atividades profissionais e rotineiras**
- d) **as dores geradas pelo bruxismo incluem-se entre as queixas frequentes dos pacientes que procuram atendimento à saúde tendo como causa as dores crônicas**
- e) **ausência de relacionamento com familiares e amigos**
- f) **reprodução de sons que podem interferir com o sono dos familiares**
- g) **prejuízo das atividades do trabalho e escola**
- h) **atividades familiares, profissionais e sociais seriamente afetadas pelas consequências do bruxismo**

*Em crianças: além da possibilidade da presença dos itens anteriormente citados, constata-se:*

- a) **problemas cognitivos ou de comportamento como agressividade**
- b) **queda no desempenho escolar**
- c) **problema de comportamento e de déficit de atenção em 40% das crianças com Bruxismo do Sono**

**Autoria própria**

## **B.2) Lista referenciada dos sinais, sintomas e consequências do bruxismo e DTM mais frequentemente descritos na literatura:**

Para que se tornem mais evidentes os efeitos do bruxismo e sua relevância, os itens a seguir expostos estão referenciados por diversos estudos, demonstrando a importância e o significado clínico que essa parafunção assume na atualidade. Como o bruxismo é um provável fator de risco predisponente e desencadeante das DTM (Lobbezoo & Lavigne, 1997), as consequências causadas por essa patologia também foram incluídas na listagem a seguir, elaborada pela própria pesquisadora.

### **1) Dentes**

- **Redução significativa da altura da coroa dental** causadas por lesões e destruição dentárias, acarretando sérias consequências (Aloé et al., 2003; Branco, R.S., Branco, C. S., Tesch, & Rapoport, 2008; Feu, 2013; Newman, Takei, Klokkevold, & Carranza, 2016; Pestana, 2014; Rugh & Harlan, 1988; Sato et al., 2006; Shetty, 2010; Teixeira et al., 1994; Yip, 2003).

- Ação conjunta (**sinergia**) entre **lesões dentárias** derivadas de **erosão** (causadas por acidez) **associadas à** **atrição** (desgastes nas superfícies dos dentes), acarretando um quadro de destruição dentária mais crítico (Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; Grippo, Simring & Schreiner, 2004; Lussi, 2006; Pereira, 2017; Umuarama, 2007).

- Em casos de rangimento, **desgastes acentuados e destrutivos** (Abduo & Lyons, 2011; Abrantes Filho, Rodrigues, Medeiros, Nascimento, Barroso & Carvalho, 2018; Andrade, 2015; Attanasio, 1997; Bader & Lavigne, 2000; Branco et al., 2008; Camparis, Formigoni, Teixeira, Bittencourt, Tufik & Siqueira, 2006; Dawson, 2008; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; Firmani, Reys, Becerra, Flores, Weitzman, & Espinosa, 2015; Koyano, Tsukiyama, Ichiki & Kuwata, 2008; Lavigne, Goulet, Zuconni, Morrison & Lobbezoo, 1999; Lobbezoo et al., 2013; Mehta, Forgione, Maloney & Greene, 2000; Molina, 1995; Neto, Vieira, Bispo, Mondelli, Sábio, S. & Sábio, S.S., 2018; Pavone, 1985; Pizzol Carvalho, Konishi, Marcomini & Giusti, 2006; Rocha, 2017; Rodrigues, Ditterich, Shintcovsk & Tanaka, 2006; Rompré, Daigle-Landry, Guitard, Montplaisir & Lavigne, 2007; Sato et al., 2006; Van der Zaag et al., 2005; Yap, 1998).

- **Provoca sensibilidade** ou dor dentária em contato com ar frio ou líquidos frios (Abrantes Filho et. al, 2018; Andrade, 2015; Behr, 2011; Chikhani & Dichamp, 2003; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; Pizzol et al., 2006; Rugh & Harlan, 1988; Seabra, 2016).

- **Alta porcentagem de fracassos ocorridos em restaurações**, como fratura, quedas do material restaurador e falhas em seus bordos - podendo gerar cárie secundária que se instala como consequência (Abrantes Filho et. al, 2018; Attanasio, 1997; Bader & Lavigne, 2000; Cardoso, Kraychete & Araújo, 2010; Davies Gray & Qualtrough, 2001; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; Johansson, A., Johansson, A.K., Omar & Carlsson, 2008; Koyano et al., 2008; Lavigne et al., 1999; Maciel, 1996; Neto et al., 2018; Rocha, 2017; Santos, 2011; Seabra, 2016; Setchell, 1999; Shetty, 2010; Teixeira et al., 1994; Thompson, Blount & Krumholz, 1994).

- **Fratura e trinca dos dentes** (Abrantes Filho et. al, 2018; American Academy of Orofacial Pain, 1996; American Academy of Pediatric Dentistry, 2006—2007; American Academy of Sleep Medicine, 2006; Attanasio, 1997; Davies et al., 2001; Dawson, 2008; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; Frasca & Mezzomo, 1996; Johansson et al., 2010; Maciel, 1996; Ratcliff, Becker & Quinn, 2001; Seabra, 2016; Silva et al., 1998; Teixeira et al., 1994; Thompson et al., 1994).

- **Fraturas, fissuras e /ou reabsorções das raízes dentárias** (as reabsorções são caracterizadas pela perda de tecido mineralizado radicular, gerando sequelas) (Arnold, 1981; Cardoso, 2003; López & Castellanos, 2015; Teixeira et al., 1994; Thompson et al., 1994; Zuanon, Campos, Giro & Pansani, 1999).

- **Comprometimento da estética do sorriso**- causada pelos desgastes, trincas e fraturas em dentes, dificultando novos procedimentos restauradores (Aloé et al., 2003; Elias, 2016; Newman et al., 2016; Pavone, 1985; Teixeira et al., 1994).

- **Fracasso das próteses e implantes dentários** (fraturas e/ou solturas e desadaptações em coroas e pinos) (Brägger et al. 2001; Chiapasco & Gatti, 2003; Ekfelt et al., 1997; 2001; Lobezzo, 2006; Ramfjord & Ash, 1972; Rocha, 2017; Santos, 2011; Seabra, 2016; Silva, 2003; Souza Melo et al., 2017).

- **Perda do elemento dental** (extração) (Abduo & Lyons, 2011; Canongia, 1996; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; Song, Park, J.M. & Park, E.J., 2010).

Em crianças, além dos demais possíveis efeitos acima citados, como desgastes, sensibilidades, fraturas e fracassos de restaurações, pode ocorrer ainda:

- **Acelera a rizólise de dentes decíduos** (reabsorção da raiz com perda antecipada do dente de leite), alterando a cronologia de erupção dos permanentes (Maciel, 1996), podendo favorecer o desenvolvimento de falsa classe III (má oclusão que produz uma acentuada deformidade facial) - (Gomes, 2011; Molina, 1995; Oltramari, Garib, Conti, Henriques & Freitas, 2005).

## 2) Músculos

- **Fadiga dos músculos mastigatórios** (American Academy of Sleep Medicine, 2005; Abrantes Filho et al, 2018; Aloé et al., 2003; Branco et al., 2008; Canongia, 1996; Koyano et al., 2008; Lavigne et al., 2007; Molina, 1997; Okeson, 2000; Orlando, 2000; Sato et al., 2006; Silva, Belestreiri & Cunha, 1998).

- **Hipertonicidade** (excessivo aumento da atividade muscular) (Attanasio, 1997; Bahlis Rodrigues & Ferrari, 1999; Maciel, 1996; Magalhães et. al., 2018; Teixeira et al., 1994; Thompson et al., 1994; Zuanon et al., 1999).

- **Sensibilidade nos músculos mastigatórios** (American Academy of Orofacial Pain, 1996; American Academy of Pediatric Dentistry, 2006—2007; American Academy of Sleep Medicine, 2006; Mongini, 1988; Pizzol et al., 2006).

- **Dor acentuada na musculatura mastigatória** (mialgia) (Bahlis et al., 1999; Branco et al., 2008; Dawson, 2008; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; Firmani et.al, 2015; Maciel, 1996; Magalhães et. al., 2018; Molina, 1997; Mongini, 1988; Okeson, 2000; Orlando, 2000; Sato et al., 2006; Thompson et al., 1994).

- **Miosite** (processo inflamatório dos músculos mastigatórios) formação de zonas desencadeantes de dor, descoordenação muscular, presença de atividade muscular assimétrica e aumento da atividade muscular tônica (Bahlis et al., 1999; Maciel, 1996; Molina, 1997; Okeson, 2000; Orlando, 2000; Thompson et al., 1994).

- **Hipertrofia muscular**- Pode causar reflexos na face, alterando o padrão habitual de abertura e fechamento da mandíbula, ocasionando problemas na fala e mastigação (Abrantes Filho et. al, 2018; Canongia, 1996; Teixeira et al., 1994).

- Pode gerar **desconforto muscular em crianças** (Ahmad, 1986; Maciel, 1996).

### 3) ATM

- **Gera o colapso das estruturas do SE** - sistema mastigatório- **é um dos principais causadores da disfunção temporomandibular** - DTM- conjunto de condições dolorosas crônicas e disfunção na região orofacial afetando os músculos da mastigação, as articulações temporomandibulares (ATM) e estruturas associadas (Cardoso et al., 2010; Clark et al., 1980; Magalhães et. al., 2018; Molina, 1995; Pavone, 1985; Pizzol et al., 2006; Silva, 2003), devido aos reflexos de proteção neuromusculares estarem menos presentes durante a atividade parafuncional (Abduo e Lyons, 2011; Okeson, 2000; Rocha, 2017; Song et al., 2010).

- **Dor (em muitas situações crônica e severa)** e desconforto na articulação temporomandibular (ATM) (Aloé et al, 2003; American Academy of Sleep Medicine, 2005; Bahlis et al., 1999; Branco et al., 2008; Camparis et al., 2006; Cardoso et al., 2010; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; Firmani et al, 2015; Glaros & Rao, 1977; Kampe et al., 1997; Lavigne et al., 2007; Maciel, 1996; Magalhães et al., 2018; Mongini, 1988; Pavone, 1985; Ramfjord & Ash, 1984; Rocha, 2017; Sato et al., 2006; Silva et al.,1998; Teixeira et al. 1994; Van der Zaag et al., 2005; Zuanon et al., 1999). **Dor orofacial relatada por 40% dos sujeitos com BS-** (Bader, Kampe et al., 1997)

- **Estalidos, crepitações** (ruídos articulares) ou **bloqueio da ATM-** travamento, limitação de abertura (Aloé et al, 2003; Bahlis et al., 1999; Glaros & Rao, 1977; Gomes, 2011; Pavone, 1985; Piquero & Sakurai, 2000; Ramfjord & Ash, 1984; Teixeira et al., 1994; Zuanon et al., 1999).

- **Desvios da mandíbula**, rigidez e diminuição de sua motilidade e abertura máxima, causando dificuldade para mastigação (Abrantes Filho et al., 2018; Firmani et al., 2015; Glaros & Rao, 1977; Gomes, 2011; Kampe et al., 1997; Piquero & Sakurai, 2000; Ramfjord & Ash, 1984; Teixeira et al., 1994; Zuanon et al., 1999).

- **Deslocamento do disco articular** isoladamente ou em associação à dor miofascial, alterações algicas e/ou degenerativas da ATM- (Bahlis et al., 1999; Branco et al., 2008; Frasca & Mezzomo, 1996; Glaros & Rao, 1977; Michelotti, Cioffi, Festa, Scala & Farella, 2010; Ramfjord & Ash, 1984; Teixeira et al., 1994; Zuanon et al., 1999).

- **Luxação e sub luxação articular** (perda total ou parcial do contato entre as superfícies articulares) (Bahlis et al., 1999; Glaros & Rao, 1977; Mongini, 1988; Ramfjord & Ash, 1984; Teixeira et al., 1994; Zuanon et al., 1999).

- Pode levar à **perfuração do disco articular** (Frasca & Mezzomo, 1996).

- Pode gerar **desconforto articular em crianças** (Ahmad, 1986; Maciel, 1996).

#### 4) Periodonto

- **Destruição das estruturas periodontais** – reabsorção do osso alveolar (lesão traumática) American Academy of Orofacial Pain, 1996; American Academy of Pediatric Dentistry, 2006-2007; American Academy of Sleep Medicine, 2006; Branco et al., 2008; Cabre, 1995; Chiapasco & Gatti, 2003; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; Ramfjord & Ash, 1987; Sato et al., 2006; Silva et al., 1998; Teixeira et al., 1994).

- **Coadjuvante na progressão da doença periodontal destrutiva**- doença inflamatória agressiva do periodonto que implica frequentemente em lesão irreversível dos tecidos periodontais (Clark et al., 1980; Koyano et al., 2008; Maciel, 1996; Rugh & Harlan, 1988).

- Pode se tornar um **coadjuvante na progressão da doença periodontal destrutiva em crianças** (Ahmad, 1986; Pizzol et al., 2006).

- **Sensibilidade periodontal** (Sugunuma, Ono, Shinya & Furuya, 2007).

- **Mobilidade dental** - movimento do dente discernível visualmente que está relacionado com a perda óssea e tecidos de sustentação (American Academy of Orofacial Pain, 1996; American Academy of Pediatric Dentistry, 2006-2007; American Academy of Sleep Medicine, 2006; Cabre, 1995; Dawson, 2008; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; López & Castellanos, 2015; Mongini, 1988; Pavone, 1985; Pizzol et al., 2006; Ramfjord & Ash, 1987; Teixeira et al., 1994).

- **Desalinhamento da arcada dentária**, causada pela mobilidade, com aumento de diastemas dentais (espaço maior que o habitual entre dentes), impactação de resíduos alimentares e irritantes locais, com propensão para formação de fendas gengivais (Cabre, 1995; Pavone, 1985; Ramfjord & Ash, 1987; Teixeira et al., 1994).

- **Inflamação gengival** (American Academy of Orofacial Pain, 1996; American Academy of Pediatric Dentistry, 2006-2007; American Academy of Sleep Medicine, 2006).

- **Reabsorção óssea** (perda óssea) ao redor de implantes dentários, tornando esse tratamento um risco (Brägger et al., 2001; Ekfelt et al., 1997; 2001).

- **Retração gengival** - diminuição da porção de gengiva que recobre o dente em virtude de seu deslocamento (Cabre, 1995; López & Castellanos, 2015; Ramfjord & Ash, 1987; Teixeira et al., 1994).

- **Hipercementose** – formação excessiva de cimento que recobre a raiz. Pode ocasionar complicações ortodônticas, levar à necrose pulpar (tratamento de canal) com maiores dificuldades de execução (American Academy of Orofacial Pain, 1996; American Academy of Pediatric Dentistry, 2006-2007; American Academy of Sleep Medicine, 2006; Cabre, 1995; Cardoso, 2003; Ramfjord & Ash, 1987; Teixeira et al., 1994).

- **Necrose dos tecidos periodontais** (Cabre, 1995; Ramfjord & Ash, 1987; Teixeira et al., 1994).

- **Alargamento do espaço periodontal** (Cabre, 1995; López & Castellanos, 2015; Molina, 1995; Ramfjord & Ash, 1987; Teixeira et al., 1994).

## 5) Aspecto facial

- **Assimetrias** ou alterações no contorno facial, que podem afetar a vida social do paciente, bem como o seu estado psicológico (American Academy of Sleep Medicine, 2005; Dawson, 1980; Maciel, 1996; Ramfjord & Ash, 1972; Selvaratnam, Niere, Zuluaga & Oddy, 2009).

- **Perda de dimensão vertical** - redução da altura vertical da face causada pela perda de elementos dentais ou desgaste excessivo dos mesmos, capaz de gerar graves desequilíbrios (Abduo & Lyons, 2011; Bahlis et al., 1999; Gomes, 2011; López & Castellanos, 2015; Maciel, 1996; Mongini, 1988; Pavone, 1985; Pizzol et al., 2006; Song et al., 2010).

- **Face austera** ou face típica de “Popeye, com rugas faciais acentuadas comprometendo a estética (López & Castellanos, 2015; Pavone, 1985).

- A hipertrofia e hiperfunção do masseter (ou outros músculos da mastigação) **podem influenciar o desenvolvimento mandibular durante a fase de crescimento** (Maciel, 1996; Ramfjord & Ash, 1972).

## 6) Mucosa

- **Linha alba** - (linha branca) é uma alteração comum da mucosa jugal (bochechas) mais associada à pressão, irritação por fricção, ou trauma por sucção da mucosa entre as superfícies vestibulares dos dentes (López & Castellanos, 2015; Pizzol et al., 2006).

- **Edentações e ulcerações na língua/mucosa jugal** (Aloé et al, 2003; López & Castellanos, 2015; Teixeira et al., 1994).

- Pode ocorrer **sucção de lábios e protrusão da língua** gerando lesões e prejudicando a fonação e mastigação (Piquero, Ando & Sakurai, 1999; Sapiro, 1992; Yanagisawa, Takagi & Sakurai, 2007).

- Causa **desconforto oral** (Pavone, 1985)

## 7) Osso alveolar

- **Torus mandibular** - crescimento ósseo protuberante na região mandibular (López & Castellanos, 2015).

- **Exostose vestibular**- crescimento ósseo atípico na maxila (Cardoso, 2003; López & Castellanos, 2015).

- Influência da topografia da perda óssea associada à periodontite- **a perda óssea** causada pelo trauma do bruxismo associa-se ao quadro inflamatório de origem infecciosa e **agrava o quadro de periodontite** (López & Castellanos, 2015).

## 8) Polpa

-**Sensibilidade dentinária** - (American Academy of Orofacial Pain, 1996; American Academy of Pediatric Dentistry, 2006-2007; American Academy of Sleep Medicine, 2006; Bahlis et al, 1999; Dawson, 2008; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; López & Castellanos, 2015; Maciel, 1996; Santos, 2011).

- **Pulpite** (American Academy of Orofacial Pain, 1996; American Academy of Pediatric Dentistry, 2006-2007; American Academy of Sleep Medicine, 2006; Bahlis et al., 1999; Dawson, 2008; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; López & Castellanos, 2015; Maciel, 1996; Mongini, 1988).

-**Necrose pulpar** (American Academy of Orofacial Pain, 1996; American Academy of Pediatric Dentistry, 2006-2007; American Academy of Sleep Medicine, 2006; Bahlis et al.,

1999; Cardoso, 2003; Dawson, 2008; Dekon & Pellizzer, 2003; Diniz & Silva, 2009; López & Castellanos, 2015; Maciel, 1996; Mongini, 1988).

- **Reabsorção cervical externa** (Patel, Kanagasingam & Pitt Ford, 2009)

- **Cálculos pulpares** (Arnold, 1981; Cardoso, 2003; López & Castellanos, 2015; Teixeira et al., 1994; Thompson et al., 1994; Zuanon et al., 1999).

#### **9) Outros sintomas e sinais:**

- Pode favorecer o **apinhamento** ou má posição dentária, havendo a propensão a acúmulo de placa, tártaro e desenvolvimento de doença periodontal (Gomes, 2011; Maciel, 1996; Molina, 1995).

- **Sensação de boca seca** (Rugh & Harlan, 1988), redução do fluxo salivar, xerostomia-aumentando o risco para cáries e doenças gengivais (Aloé et al., 2003; Koyano et al., 2008; Teixeira et al., 1994).

- **Dores de cabeça na zona temporal** – frequentemente **crônicas** (American Academy of Sleep Medicine, 2005; Abrantes Filho et al., 2018; Attanasio, 1997; Bahlis et al., 1999; Branco et al., 2008; Canongia, 1996; Firmani et al., 2015; Lavigne et al., 2007; Lobezzo, 2006; Maciel, 1996; Molina, 1995; Pizzol et al., 2006; Sato et al., 2006; Seabra, 2016; Shetty, 2010; Silva et al., 1998; Teixeira et al., 1994; Zuanon et al., 1999). **Cefaleia detectada em 30 a 50% dos casos de BS** (Carra, Huynh & Lavigne, 2012 a).

- Presença comum de **dor de cabeça na região da frente**, na região posterior dos olhos e ao longo da origem do masseter no arco zigomático (Attanasio, 1997; Maciel, 1996; Teixeira et al., 1994; Thompson et al., 1994).

- **Dor de cabeça unilateral** (similar à enxaqueca), porém sem os distúrbios neurológicos advindos dela (Attanasio, 1997; Maciel, 1996; Teixeira et al., 1994; Thompson et al., 1994).

- **Dor miofascial**, de alta prevalência em região de cabeça e pescoço (Michelott et al., 2010).

- **Cervicalgia** - dor localizada na parte posterior e lateral do pescoço (Branco et al., 2008; Frasca & Mezzomo, 1996; Kampe et al., 1997; Molina, 1995; Piquero & Sakurai, 2000; Sato et al., 2006).

- **Dores de cabeça crônicas constatadas em mais de 50% dos bruxômanos** acarretam alterações emocionais e oclusais (Molina, 1995).

- **Dor de garganta** (Kampe et al., 1997).

- **Parotidite ou sialolitíase** - dependendo da força de contração do conduto de Stenon pela ação muscular, com redução de até 70% do fluxo salivar (Maciel, 1996; Rugh & Harlan, 1988).

- **Zumbidos nos ouvidos** (Aloé et al., 2003; Bader & Lavigne, 2000; Felício, Melchior, Ferreira & Da Silva, 2008; Gomes, 2011; Magalhães et al., 2018; Nor, Feldens, Witt, Sherer, Thomazi, Martins, Nunes & Araújo, 1991).

- **Dor de ouvido** (otalgia) e dor facial em torno do canal auditivo externo (Felício et al., 2008; Maciel, 1996; Magalhães et al., 2018).

- **Alterações na tuba auditiva e plenitude auricular** (Felício et al., 2008; Magalhães et al., 2018; Pizzol et al., 2006).

- **Passível de causar má oclusão** - mau posicionamento e contato dos dentes maxilares e mandibulares diminuindo a eficiência máxima durante os movimentos da mandíbula que são essenciais para a mastigação (DeCS, 2017), (Abduo e Lyons, 2011; Frasca & Mezzomo, 1996; Pavone, 1985; Song et al., 2010).

- **Comprometimento da mastigação e dificuldade para bocejar** (Felício et al., 2008).

**Em crianças**, além dos itens anteriormente citados, constata-se:

- Em dentições mistas (presença simultânea em boca de dentes de leite e permanentes) **pode acabar com a guia anterior** (Molina, 1995).

- **Afeta o crescimento ósseo**, o equilíbrio da musculatura facial e pode acarretar inadequadas modelações ósseas (Gomes, 2011; Maciel, 1996).

- **Transtornos do crescimento ou desenvolvimento corporal** em crianças ou adolescentes (Giannasi, Santos, Alfaya, Bussadori & Franco de Oliveira, 2013)

- Caso se relacione a outros fatores, **pode desenvolver sérias obstruções respiratórias nasais** e como consequência respiração oral (Giannasi et al., 2013; Maciel, 1996).

## **11) Efeitos sistêmicos:**

- **19% dos portadores de BS manifestaram hipertensão** (que requer tratamento) (Aloé et al., 2003; Bader & Lavigne, 2000; Bader et al., 1997).
- **Dores corporais** - costas, pescoço e ombros (Bader et al., 1997; Pavone, 1985).
- **Dor torácica-abdominal** (Kampe et al., 1997)
- **Distúrbio do sono** (anormalidades consistentes do sono) sono não-restaurador e sonolência diurna (Alvaro, Roberts & Harris, 2013; American Academy of Orofacial Pain, 1996; American Academy of Pediatric Dentistry, 2006-2007; American Academy of Sleep Medicine, 2006; Firmani et al., 2015; Kampe et al., 1997; Giannasi et al., 2013; Oliveira, Bermudez, Souza et al., 2003).
- **Sono não recuperador**, gerando problemas de conduta e falta de atenção (Alvaro et al., 2013; Herrera, Valencia, Grant, Metroka, Chialastri & Kothare, 2006).
- **Fadiga, falta de energia e cansaço** (Alvaro et al., 2013; Oliveira et al., 2003).
- **Redução da libido (31% a 50%)** (Bader et al., 1997).
- **Comprometimento da atividade e grau de satisfação na vida sexual** (Ambler, Williams, Hill, Gunary & Cratchley, 2001).
- **Dificuldades eréteis (percentuais variando entre 31% a 50%)** (Aloé et al., 2003; Bader & Lavigne, 2000).
- **Transtornos respiratórios durante o sono** (Firmani et al., 2015).
- **Sudorese, pesadelos, palpitações, despertares breves ou súbitos com taquicardia** (Aloé et al., 2003; Bader & Lavigne, 2000; Bader et al., 1997; Giannasi et al., 2013).
- **Edema, vertigem e surdez**, (Nor et al., 1991)
- **Irritabilidade** (Seabra, 2016).

- **Distúrbios do apetite** (Alvaro et al., 2013; Oliveira et al., 2003).
- **Modificação na dieta alimentar** (Biazevic, Araújo & Michel-Crosato, 2002).
  - Pode afetar a musculatura mastigatória e músculos posturais (região cervical da coluna vertebral), podendo ocasionar **dores crônicas musculares e alterações permanentes futuras** (Molina, 1997).
  - Em presença de dor, **pode levar a alteração de humor, tristeza, perda de interesse ou prazer de viver** (Alvaro et al., 2013; Okeson, 1998).
  - Caso promova desconforto oral **pode gerar tensão emocional** (Dawson, 1980).
  - **Passível de acarretar sofrimento psíquico** (Serralta, Martins & Ávila, 2001).
  - **Pode causar problemas comportamentais** (Bahlis et al., 1999; Firmani et al., 2015; Giannasi et al., 2013; Glaros & Rao, 1977; Teixeira et al., 1994).
  - **Aumenta a necessidade de medicação** (Firmani et al., 2015; Biazevic et al., 2002; Magalhães et al., 2018).
  - **Insatisfação com a condição bucal** (Biazevic et al., 2002).
  - **Afeta o indivíduo psicologicamente** (Bahlis et al., 1999; Barros, Seraidarian, Côrtes & de Paula, 2009; Glaros, & Rao, 1977; Teixeira et al., 1994).
  - **Abala a autoimagem, gerando baixa autoestima** (Alvaro et al., 2013; Barros et al., 2009).

## 12) Efeitos na realidade do indivíduo

- **Prejuízo na qualidade de vida** (Aloé et al., 2003; Ferreira, Guimarães, Batista, Junior & Ferreira, 2009; Rocha, 2017; Seabra, 2016).
- **Perda de dias de trabalho** (Biazevic et al., 2002).
- Evidências de **maiores níveis de stress** nas atividades profissionais e rotineiras (Giraki et al., 2010).

- **As dores** na face ou cabeça geradas pelo bruxismo **incluem-se entre as queixas frequentes dos pacientes que procuram atendimento em saúde tendo como causa as dores crônicas** (Camparis et al., 2006; Van der Zaag et al., 2005).

- **Ausência de relacionamento com familiares e amigos** (Biazevic et al., 2002).

- Leva à reprodução de **sons que podem interferir com o sono dos familiares** (Abrantes Filho et al., 2018; Lavigne et al., 2008).

-**Prejuízo das atividades do trabalho e escola** (Giannasi et al., 2013; Oliveira et al., 2003).

- 0.5-14%, da população tem suas **atividades familiares, profissionais e sociais seriamente afetadas pelas consequências do bruxismo** (Martikainen, Hasan, Urponen, Vuori & Partinen, 1992).

#### **Em crianças:**

- **Problemas cognitivos ou de comportamento** como agressividade em crianças e adolescentes (Giannasi et al., 2013).

- **Crianças com bruxismo apresentam queda no desempenho escolar** pela sensação de obstrução auditiva (Flores, 2007).

- **Problema de comportamento e de déficit de atenção** em 40% das crianças com bruxismo do Sono (Hublin, Kaprio, Partinen & Koskenvou, 1998).

### B.3) Referências específicas

- Abduo, J. & Lyons, K. (2012). Clinical Considerations for increasing occlusal vertical dimension: a review. *Australian Dental Journal*, 57(1), 2-10.
- Abrantes Filho, G.N., Rodrigues, K.S., Medeiros, L.A.D.M., Nascimento, G.J.F., Barroso, K.M.A. & Carvalho, C.H.P. (2018). Bruxismo: análise das alterações dentárias e dos fatores causais da parafunção em uma população paraibana. *Odontol. Clín.Cient.*, 17(2), 111 – 116.
- Ahmad, R. (1986). Bruxism in children. *J Pedod*, 10, 105-125.
- Aloé, F., Gonçalves, L.R., Azevedo, A. & Barbosa, R.C. (2003). Bruxismo durante o sono. *Rev Neurociencia*, 11(1), 4-17.
- Alvaro, P.K., Roberts, R.M. & Harris, J.K. (2013). Uma revisão sistemática avaliando a bidirecionalidade entre distúrbios do sono, ansiedade e depressão. *Sleep*, 36(7), 1059-1068.
- Ambler, N., Williams, A.C.C., Hill, P., Gunary, R. & Cratchley, G. (2001). Sexual Difficulties of Chronic Pain Patients. *The Clinical Journal of Pain*, 17(2), 138-45.
- American Academy of Orofacial Pain (1996). *Guidelines for Assessment, Classification, and Management*. American Academy of Orofacial Pain: Quintessence.
- American Academy of Pediatric Dentistry (2006-2007). *Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines*. Disponível em: URL: <http://www.aapd.org/media/policies.asp>
- American Academy of Sleep Medicine (2005-2006). *International classification of sleep disorders, pocket version: diagnostic and coding manual*. (2<sup>a</sup> ed.) Westchester: American Academy of Sleep Medicine. Disponível em: <https://vct.iums.ac.ir/uploads/icsd.pdf>
- Andrade, J.S. (2015). *Abordagem clínica da terapia reabilitadora com placa de restabelecimento provisório da dimensão vertical de oclusão*. (Trabalho de conclusão de Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes). Universidade Tiradentes. Aracajú. Brasil. Disponível em: <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/1904>
- Araújo, F.B., Feldens, E.G, Martins, E.A., Nor, J.E., Nunes, R., Scherer, S.C..... Witt, S.M.R. (1991). Bruxismo em crianças. *Revista da Faculdade de Odontologia*, 32, 18-21.

- Arnold, M. (1981). Bruxism and the occlusion. *Dent Clin North Am*, 25, 395-407.
- Attanasio, R. (1997). An overview of bruxism and its management. *Dent Clin North Am*, 41(2), 229-41.
- Bader, G.G., Kampe, T., Tagdae, T., Karlsson, S. & Blomqvist, M. (1997). Descriptive physiological data on a sleep bruxism population. *Sleep*, 20(11), 982-990. <https://doi.org/10.1093/sleep/20.11.982>
- Bader, G.G. & Lavigne, G. (2000). Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. *Sleep Med Rev*, 4(1), 27-43. <https://doi.org/10.1053/smr.1999.0070>
- Bahils, A., Rodrigues, N.L. & Ferrari, E. (1999). Bruxismo. *Revista Odonto Ciência*, 27, 7-20.
- Barros, V.M., Seraidarian, P.I., Côrtes, M.I. & de Paula, L.V. (2009). The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. *J Orofac Pain*, 23(1), 28-37. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19264033>
- Behr, M., Hahnel, S., Faltermeier, A., Kolbeck, C., Proff, P., Burgers, K. & Handel, G. (2011). The two main theories on dental bruxism. *Ann Anatomy*, 194(2), 216-9. doi:10.1016/j.aanat.2011.09.002
- Biazevic, M.G.H., Araújo, M.E. & Michel-Crosato, E. (2002). Indicadores de qualidade de vida relacionados com a saúde bucal: revisão sistemática. *Rev Odontol*, 4(1), 13-25.
- Brägger, U., Aeschlimann, S., Bürgin, W., Hämmerle, C.H.F. & Lang, N.P. (2001). Biological and technical complications and failures with fixed partial dentures (FPD) on implants and teeth after four to five years of function. *Clin Oral Implants Res*, 12(1), 26-34.
- Branco, R.S., Branco, C.S., Tesch, R.S. & Rapoport, A. (2008). Frequência de relato de parafunções nos sub-grupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). *R Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial*, 13(2), 61-69.
- Cabre, J.S. (1995). Bruxism y su repercusion clínica sobre la oclusion. *Rev Actual Estomatol Esp*, 45(343), 37-44.

- Camparis, C.M., Formigoni, G., Teixeira, M.J., Bittencourt, L.R.A., Tufik, S. & Siqueira, J.T.T. (2006). Sleep bruxism and temporomandibular disorder: clinical and polysomnographic evaluation. *Arch Oral Biol*, 51(9), 721-8.
- Canongia, M.B. (1996). Hábitos viciosos. *J. Brasileiro Ortodontia e Ortopedia Maxilar*, 2, 35-40.
- Cardoso, C.A. (2003). *Oclusão: para você e para mim*. São Paulo: Santos.
- Cardoso, L.M, Kraychete, D.C. & Araújo, R.P.C. (2010). A relevância do apertamento dentário nas desordens temporomandibulares. *R. Ci. med. biol.*, 10(3), 277-283.
- Carra, M.C., Huynh, N. & Lavigne, G. (2012 a). Sleep Bruxism: A comprehensive overview for the dental clinician interested in Sleep Medicine. *Dental Clinics of North America*, 56(2), 387-413. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2012.01.003>
- Chiapasco, M. & Gatti, C. (2003). Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading: a 3- to 8-year prospective study on 328 implants. *Clin Implant Dent Relat Res*. 5(1), 29-38.
- Chikhani, L. & Dichamp, J. (2003). Bruxism, temporomandibular dysfunction and botulinum toxin. *Ann Readapt Med Phys*, 46(6), 333-7.
- Clark, G.T., Beensterboer, P.L. & Rugh, J.D. (1980). Nocturnal masseter muscle activity and the symptoms of mandibular dysfunction. *J Oral Rehabil*, 8, 279-286.
- Davies, S.J., Gray, R.J. & Qualtrough, A.J. (2001). Management of tooth surface loss. *British Dental Journal*, 192(1), 11-23.
- Dawson, P.E. (1980). *Avaliação, Diagnóstico e Tratamento dos Problemas Oclusais*. São Paulo: Artes Médicas.
- Dawson, P.E. (2008). *Oclusão Funcional: Da ATM ao Desenho do Sorriso*. São Paulo: Santos.
- Descritores em Ciências da Saúde: DeCS (2017). São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

- Dekon, S.F.C., Pellizzer, E.P., Zavanelli A.C., Ito, L. & Resende, C.A. (2003). Reabilitação oral em paciente portador de parafunção severa. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 24(1), 54-59.
- Diniz, M.B. & Silva, R.C. (2009). Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras. *Paul Pediatr.*, 27(3), 329-334.
- Ekfeldt, A., Johansson, L.A. & Isaksson, S. (1997). Implant-supported overdenture therapy: a retrospective study. *Int J Prosthodont*, 10(4), 366-74.
- Ekfeldt, A., Christiansson, U., Eriksson, T., Lindén, U., Lundqvist, S., Rundcrantz, T., ..... Bilström, C. (2001). A retrospective analysis of factors associated with multiple implant failures in maxillae. *Clin Oral Implants*, 12(5), 462-7.
- Elias, R.V. (2016). *Reparo em restaurações de resina composta: longevidade clínica e relevância para a Odontologia*. (Tese de Doutorado) Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas. Brasil.
- Disponível em: <http://repositorio.ufpel.edu.br:8080/handle/prefix/3567>
- Felício, C.M., Melchior, M.O., Ferreira, C.L.P. & Da Silva, M.A.M.R. (2008). Otolgic symptoms of temporomandibular disorder and effect of orofacial myofunctional therapy. *Journal of Craniomandibular Practice*, 26(2), 118-25. doi: 10.1179/crm.2008.016
- Ferreira, K.D.M., Guimarães, J.P., Batista, C.H.T., Junior, A.M.L.F. & Ferreira, L.A. (2009). Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares – Revisão de literatura. *RFO*, 14(3), 262-7.
- Feu, D., Catharino, F., Quintão, C.C.A. & Almeida, M.A.O. (2013). A systematic review of etiological and risk factors associated with the bruxism. *Journal of Orthodontics*, 40, 163-171.
- Firmani, M., Reys, M., Becerra, N., Flores, G., Weitzman, M. & Espinosa, P. (2015). Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(5), 373-379.
- Flores, D.M. (2007). Bruxismo e alteração da orelha média: estudo em escolares da Região Oeste de Santa Maria (RS). *Rev. ABO Nac.*, 15(4), 225-228.
- Frasca, L.C.F. & Mezzomo, E. (1996). Dor na ATM - O que fazer? In: M.A. Bottino & F. Todescan. *Atualização na Clínica Odontológica* (pp. 357-82) São Paulo: Artes Médicas.

- Giannasi, L.C., Santos, I.R., Alfaya, T.A., Bussadori, S.K. & Franco de Oliveira, L.V. (2013). Effect of an occlusal splint on sleep bruxism in children in a pilot study with a short-term follow up. *J Bodyw Mov Ther*, 17(4), 418-22. doi: 10.1016/j.jbmt.2013.01.00
- Giraki, M., Schneider, C., Schafer, R., Singh, P., Franz, M., Raab, W.H.M. & Ommerborn, M. A. (2010). Correlation between stress, stress-coping and current sleep bruxism. *Head Face Med*, 6, 2. doi: 10.1186/1746-160X-6-2
- Glaros, A.G. & Rao, S.M. (1977). Effects of bruxism: A review of the literature. *J Prosthet Dent*, 38, 149-57.
- Gomes, N.S. (2011). *Considerações sobre o bruxismo infantil*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Estadual Paulista. SP. Brasil. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/149374/000845218.pdf?sequence=1>
- Grippio, J.O., Simring, M. & Schreiner, S. (2004). Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface lesions. *J Am Dent Assoc. Elsevier*, 135(8), 1109–18.
- Herrera, M., Valencia, I., Grant, M., Metroka, D., Chialastri, A. & Kothare, S.V. (2006). Bruxism in children: Effect on sleep architecture and daytime cognitive performance and behavior. *Sleep.*, 29, 1143-1148. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/435>
- Hublin, C., Kaprio, J., Partinen, M. & Koskenvuo, M. (1998). Sleep bruxism based on a self-report in a nationwide twin cohort. *J Sleep Res.*, 7(1), 61-67. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.1998.00091.x>
- Johansson, A., Johansson, A.K., Omar, R. & Carlsson, G.E. (2008). Rehabilitation of the worn dentition. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(7), 548-566. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2842.2008.01897.x>
- Kampe, T., Tagdae, T., Bader, G., Edman, G. & Karlsson, S. (1997). Reported symptoms and clinical findings in a group of subjects with long standing bruxism behaviour. *J Oral Rehabil*, 24(8), 581-587. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2842.1997.00540.x>
- Koyano, K., Tsukiyama, Y., Ichiki, R. & Kuwata, T. (2008). Assessment of bruxism in the clinic. *Journal of oral rehabilitation*, 35(7), 495-508.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2008.01880.x>.

Lavigne, G.J., Goulet, J.P., Zuconni, M., Morrison, F. & Lobbezoo, F. (1999). Sleep disorders and the dental patient: an overview. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 88(3), 257-72. doi: 101016 / s1079-2104 (99) 70025-9

Lavigne, G.J., Khoury, S., Abe, S., Yamaguchi, T. & Raphael, K. (2008). Bruxism physiology and pathology: na overview for clinicans. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35, 476-494.

Lobbezoo, F., Van Der Zaag, J. & Naeije, M. (2006). Bruxism: its multiple causes and its effects on dental implants – an updated review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 33, 293-300.

Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Glaros, A.G., Kato, T., Koyano, K., Lavigne, G.J..... Winocur, E. (2013). Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil*,40(1), 2-4. doi: 10.1111 / joor.12011

López, R.A. & Castellanos, J.L. (2015). In: Castellanos, J.L., Díaz, L., Lee, A.E. Medicina en odontologia (2ª ed.) México: Manual Moderno.

Lussi, A. (2006). *Dental Erosion, From Diagnosis to Therapy Karger. Monographs in Oral Science*, 20. Suíça: Karger Publishers.

Maciel, R. N. (1996). *Oclusão e ATM: procedimentos clínicos*. São Paulo: Santos.

Magalhães, B.G., Freitas, J.L.M., Barbosa, A.C.S., Gueiros, M.C.S.N., Gomes, S.G.F., Rosenblatt, A. & Júnior, A.F.C. (2018). Disfunção temporomandibular: implicações otológicas e sua relação com o bruxismo do sono. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 84(5), 614-619. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.07.010>

Martikainen, K., Hasan, J., Urponen, H., Vuori, I. & Partinen, M. (1992). Daytime sleepiness: a risk factor in community life. *Acta Neurol. Scand.*, 86(4), 337- 341.

Mehta, N.R., Forgione, A.G., Maloney, G. & Greene, R. (2000). Different effects of nocturnal parafunctions on the masticatory system: The weak link theory. *J Craniomand Pract*,18, 280-285.

Michelotti, A., Cioffi, I., Festa, P., Scala, G. & Farella, M. (2010). Oral parafunctions as risk factors for diagnostic TMD subgroups. *J. Oral Rehabil.*, 37(3), 157-162.

Molina, O. F. (1996). *Fisiopatologia Craniomandibular*. São Paulo: Pancast.

Molina, O. F. (1997). *Placas de mordida na terapia oclusal*. São Paulo: Pancast.

Mongini, F. (1988). *O Sistema Estomatognático*. São Paulo: Quintessence.

Neto, C.L.M.M., Vieira, A.M, Bispo, C.G.C., Mondelli, J., Sábio, S. & Sábio, S.S. (2018). Recuperando o guia incisal de um paciente com bruxismo: Relato de caso. *Revista Estomatológica Herediana*, 28(4), 264-273.

<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/reh.v28i4.3431>

Newman, M.G., Takei, H., Klokkevold, P.R. & Carranza F.A. (2016). *Carranza Periodontia Clínica* (12ª ed). São Paulo: Elsevier.

Okeson, J.P. (1998). Diagnóstico diferencial e considerações sobre o tratamento das desordens temporomandibulares. In: Okeson JP. *Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. (pp. 113-84). The American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence.

Okeson, J. P. (2000). *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão* (4ª ed). São Paulo: Artes Médicas.

Oliveira, A.S., Bermudez, C.C., Souza, R.A., Souza, C.M.F., Dias, E.M., Castro, C.E. & Bérzin, F. (2003). Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *J Appl Oral Sci* 11(2), 138-43.

Oltramari, P.V.P., Garib, D.G., Conti, A.C.C.F., Henriques, J.F.C. & Freitas, M.R (2005). Tratamento ortopédico da Classe III em padrões faciais distintos. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*, 10(5), 72-82.

Orlando, S. (2000). O bruxismo está à solta. *Rev. bras. Odontol.*, 57(5), 308-311.

Patel, S., Kanagasingam, S. & Pitt-Ford, T. (2009). External cervical resorption: A review. *Journal of Endodontics*, 35(5), 616-625.

Pavone, B.W. (1985). Bruxism and its effects on the natural teeth. *J Prosthet Dent.*, 53(5), 692-696. [https://doi.org/10.1016/0022-3913\(85\)90026-5](https://doi.org/10.1016/0022-3913(85)90026-5)

Pereira, D.A. (2017). *Bruxismo do sono associado a erosão ácida, do diagnostico ao planejamento: revisão de literatura*. (Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em

Odontologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Brasil. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/181362>

Pestana, S.C.N. (2014). *Bruxismo: da Etiologia ao Diagnóstico*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária). Faculdade de Medicina Dentária. Universidade de Lisboa. Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/25491>

Piquero, K., Ando, T. & Sakurai, K. (1999). Buccal mucosa ridging and tongue indentation: incidence and associated factors. *Bull Tokyo Dent Coll*, 40(2), 71-8.

Piquero, K. & Sakurai, K. (2000). A clinical diagnosis of diurnal (non-sleep) bruxism in denture wearers. *J Oral Rehabil*, 27(6), 473-82.

Pizzol, K.E.D.C., Carvalho, J.C.Q., Konishi, F., Marcomini, E.M.S. & Giusti, J.S.M. (2006). Bruxism in childhood: etiologic factors and possible treatments. *Rev Odontol UNESP*, 35(2), 157-163.

Ramfjord, S. & Ash, M.M. (1972). *Oclusion*. Rio de Janeiro: Interamérica.

Ramfjord, S. P. & Ash, M.M. (1984). *Oclusão* (3ª ed). São Paulo: Interamericana.

Ramfjord, S. P. & Ash, M.M. (1987). *Oclusão* (3ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara.

Ratcliff, S., Becker, I. M. & Quinn, L. (2001). Type and incidence of cracks in posterior teeth. *J. Prosthet. Dent., St. Louis*, 86 (2), 168-172.

Rocha, M.C.C. (2017). *Tratamento do bruxismo do Sono em Adultos - Goteiras oclusais versus outras técnicas terapêuticas*. (Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária). Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Portugal. Disponível em: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6488/1/PPG\\_27458.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6488/1/PPG_27458.pdf)

Rodrigues, C. K., Ditterich, R.G., Shintcovsk, R.L. & Tanaka, O.M. (2006). Bruxismo: uma revisão da literatura. *Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa*, 12(3), 13-21.

Rompré, P.H., Daigle-Landry, D., Guitard, F., Montplaisir, J.Y. & Lavigne, G.J. (2007). Identification of a sleep bruxism subgroup with a higher risk of pain. *J Dent Res*, 86(9), 837-42.

- Rugh, J.D. & Harlan J. (1988). Nocturnal bruxism and temporomandibular disorders. *Adv Neurol*, 49, 329-41.
- Santos, F.L.R. (2011). *Bruxismo: do diagnóstico ao tratamento*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Dentária). Faculdade de Medicina Dentária. Universidade de Lisboa. Portugal. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/27281>
- Sapiro, S.M. (1992). Tongue indentation as an indicator of clenching. *Clin Prev Dent*. 14(2). 21-4.
- Sato F., Kino, K., Sugisaki, H., Haketa, T., Amemori, Y., Ishikawa, T. .... Miyaoka, H. (2006). Teeth contacting habit as a contributing factor to chronic pain in patients with temporomandibular disorders. *J. Med. Dent. Sci.*, 53(2), 103-109.
- Seabra, N.P. (2016). *Paciente bruxómano e as suas opções terapêuticas*. (Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária). Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/5772>
- Selvaratnam, P., Niere, K., Zuluaga, M., Oddy, P. (2009). *Headache Orofacial Pain and Bruxism*. Churchill Livingstone: Elsevier.
- Serralta, F.B., Martins, E.A. & Ávila, J.F. (2001). Adaptação de um instrumento de triagem para problemas psicológicos em pacientes com disfunção craniomandibular e dor orofacial. *JBA*, 1(1), 80-5.
- Setchell, D.J. (1999). Conventional crown and bridgework. *Br Dent J*. 24;187(2), 68- 74.
- Shetty S., Pitti V., Baby C.L.S. & Kumar, G.P. (2010). Deepthi BC. Bruxism: A literature review. *J Indian Prosthodont Soc.*, 10(3), 141-148
- Silva, R.S. (2003). Bruxismo. *Revista Associação Paulista De cirurgião Dentista*, 57(6), 409-417.
- Silva, L.G., Belestreirer C. & Cunha L.T.B.V. (1998). Prevalência de bruxismo em alunos da odontologia. *Rev Méd Hosp São Vicente de Paula*, 10(23), 5-8.

- Song, M., Park, J.M. Park, E.J. (2010). Full mouth rehabilitation of the patient with severely worn dentition: a case report. *J Adv Prosthodont*, 2(3), 106-110. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21165279>
- Souza-Melo, G.S., Batistella, E.A., Bertazzo-Silveira, E., Simek-Vega, T.M.G., Mendes de Souza, B. D., Porporatti, A. L. .... De Luca-Canto, G. (2017). Association of sleep bruxism with ceramic restoration failure: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2017.07.005>
- Suganuma, T., Ono, Y., Shinya, A. & Furuya, R. (2007). The effect of bruxism on periodontal sensation in the molar region: A pilot study. *J Prosthet Dent*, 98(1), 30-5.
- Teixeira, M., Ribeiro, C. P., Queiroz, A. & Perdomo, G. W. (1994). Bruxismo: O desgaste dental em resposta à interferência oclusal. *Rev Odontol Bras Central*, 4(13), 8-13.
- Thompson, B.A., Blount, B.W. & Krumholz, T. S. (1994). Treatment approaches to bruxism. *Am Fam Phys*, 49(7), 1617-22.
- Umurama, C. (2007). Dental wear caused by association between bruxism and gastroesophageal reflux disease. *J Appl Oral Sci.*, 15(4), 327–33.
- Van der Zaag, J., Lobbezzo, F., Wicks, D.J., Visscher, C.M., Hamburger, H.L. & Naeij, M. (2005). Controlled assesment of the efficacy of occlusal stabilization splints on sleep bruxism. *J Orofac Pain*, 19(2), 151-8.
- Yanagisawa, K., Takagi, I. & Sakurai, K. (2007). Influence of tongue pressure and width on tongue indentation formation. *J Oral Rehabil.*, 34(11), 827-34.
- Yap, A.U.J. (1998). Effects of stabilization appliances on nocturnal parafunctional activities in patients with and without signs of temporomandibular disorders. *J Oral Rehab*, 25, 64-8.
- Yip, H.K.K. (2003). Rehabilitating a patient with bruxism-associated tooth tissue loss: A literature review and case report. *Gen Dent*, 51(1), 70-74.
- Zuanon, A.C.C., Campos, C.G.A., Giro, E.M.A & Pansani, C.A. (1999). Bruxismo Infantil. *Odont Clin*, 9(1), 41- 4.

## Apêndice C

Quadro 2 – Códigos de tratamentos efetuados a nível de Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários

**Quadro 2** – Códigos de tratamentos efetuados a nível de Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primário

Tipo de Tratamento	Código - Descrição
Restaurações/Exodontias	A3.01.CC.DD – RESTAURAÇÃO DIRECTA DEFINITIVA
	A3.01.02.DD - RESTAURAÇÃO DIRECTA DEFINITIVA EM RESINA COMPOSTA
	A3.01.03.DD - RESTAURAÇÃO DIRECTA DEFINITIVA EM CIMENTO DE IONÓMERO MODIFICADO
	A3.01.01.DD - RESTAURAÇÃO DIRECTA DEFINITIVA EM AMÁLGAMA
	A5.02.CC.DD - EXODONTIA DE DENTES PERMANENTES
	A5.01.CC.DD - EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS
	A5.03.CC.DD - EXODONTIA DE DENTES SUPRA-NUMERÁRIOS
Tratamentos Endodónticos	A4.01.02.DD – OBTURAÇÃO CANALAR
	A4.01.01.DD – PREPARAÇÃO QUÍMICO-MECÂNICA
	A4.02.01.DD - PREPARAÇÃO QUÍMICO-MECÂNICA
	A4.02.02.DD - OBTURAÇÃO CANALAR
	A4.03.03.DD - DESOBTURAÇÃO CANALAR
Tratamentos Periodontais	A6.01.02.DD - DESTARTARIZAÇÃO
	A6.02.01.01 - RASPAGEM E ALISAMENTO RADICULAR
	A6.03.01.01 - TRATAMENTO PERIODONTAL DE MANUTENÇÃO
Outros tratamentos Básicos A	A2.01.01.01 - SELAMENTO DE FÍSSURAS
	A4.12.01.DD - PULPOTOMIA
	A4.13.01.DD - PULPECTOMIAS CORONÁRIAS DE URGÊNCIA
	A6.04.01.DD - GENGIVOPLASTIA
	A6.05.CC.DD - GENGIVECTOMIA
	A5.10.01.01 – DRENAGEM DE ABCESSO ATRAVÉS DA MUCOSA ORAL
	A5.10.01.02 – DRENAGEM DE ABCESSO POR VIA CORONÁRIA
	A5.10.CC.DD - DRENAGENS
	A5.10.01.03 – DRENAGEM DE ABCESSO POR VIA CUTÂNEA
	A5.23.01.DD - CORRECÇÕES DE DEFEITOS ÓSSEOS
	A5.23.01.01 – CORRECÇÃO DE DEFEITOS ÓSSEOS SEM BIOMATERIAIS
	A5.05.01.01 - GERMECTOMIA
	A3.07.01.01 - COLAGEM DE FRAGMENTO DENTÁRIO

Fonte: Indicadores da área da Transparência (Portal SNS, 2020)

## **APÊNDICE D**

Análise de Conteúdo

## Análise de Conteúdo

Realizou-se uma Análise de Conteúdo qualitativa, procurando interpretar os discursos dos inqueridos e seus significados, acessando dessa forma as suas representações sociais sobre o tema. Utilizou-se a divisão do conteúdo em categorias e subcategorias, visando melhor organizar e agrupar todo o material encontrado. Este processo envolveu categorias provenientes da teoria, assim como novas, provenientes do terreno.

As primeiras quatro categorias foram inicialmente definidas pelo quadro teórico dessa pesquisa, de forma a atingir os objetivos propostos pela investigação, e originaram-se dos blocos de abordagem que fundamentaram o guião de entrevistas (Apêndice A). Cada categoria relaciona-se a uma temática específica, desdobrada e aprofundada em tópicos considerados relevantes para o contexto estudado, originando assim as subcategorias. As demais categorias foram provenientes dos depoimentos coletados no decorrer das entrevistas.

**Quadro 4.** Categorias e Subcategorias de análise

Categorias de análise - nível I	Subcategorias de análise - nível II
1) Bruxismo: a patologia	1.1) Frequência
	1.2) Potencial destrutivo
	1.3) Efeitos causados
	1.4) Tratamento prévio
2) Tratamento do bruxismo no SNS	2.1) Atenção precoce
	2.2) Procedimentos
	2.3) Referência
	2.4) Rede multidisciplinar
	2.5) Outras especialidades
3) Provável prognóstico do doente	3.1) Agravamento do quadro
	3.2) Qualidade de vida
	3.3) Perdas dentárias
4) Quadro de consequências	4.1) Impressão
	4.2) Relevância da doença
<b>Novas categorias surgidas no terreno</b>	
5) Barreiras	
6) Sugestões	

Na trajetória do processo de análise a seguir exposta, as categorias e subcategorias foram associadas inicialmente aos questionamentos feitos aos inquiridos tendo como base o guião de entrevistas (Apêndice A). Na sequência, a partir de uma prévia análise e exploração do material coletado, procedeu-se ao tratamento dos dados relacionando-os às suas respectivas unidades de análise na forma de citação direta ou de excertos, com uma indicação numérica que objetiva identificar o entrevistado. No capítulo de Resultados e Discussão, a interpretação do conteúdo analisado está apresentada como uma síntese, elaborada para cada unidade de significado.

### O Médico dentista e seu histórico profissional

A partir das informações coletadas nas entrevistas relativas às trajetórias profissionais dos inqueridos foi elaborado um Quadro resumo a seguir exposto:

#### Quadro 2

##### Perfil biográfico dos médicos dentistas entrevistados

Nome (fictício)	Número de identificação	Idade	Tempo de formado (Anos)	Trabalha ou trabalhou com o cheque-dentista	Trabalha em USP	Áreas de atuação
Paulo	1	62	35	Trabalhou	Não	Todas as especialidades odontológicas, inclusive Dor Orofacial
Maria	2	53	30	Trabalha	Não	Dentisteria, Endodontia Clínica Geral, Odontopediatria
Filipe	3	34	10	Trabalha	Não	Clínica Geral, Endodontia Prostodontia, com ênfase em PPR e implantes
Ana	4	26	4	Trabalha	Não	Clínica geral, com exceção de Ortodontia
Sofia	5	53	30	Não Privado exclusivo	Não	Clínica Geral, Pediatria e Ortodontia
Maria Edi	6	63	35	Trabalhou	Não	Clínica geral, Endodontia Dentistaria, Estomatologia
Cintia	7	42	19	Não	Sim	Saúde Pública Oral, Clínica Geral, Cirurgia, Dentisteria, Prostodontia (Reabilitação e implantes)

### O Médico dentista como profissional atuante e sua visão do bruxismo

#### Categoria – O bruxismo: A patologia

##### Subcategoria- Frequência

*Questão do guião - Solicitar ao entrevistado que descreva como percebe o bruxismo na atualidade, se observa muitos casos em sua prática profissional e detecta um aumento de sua incidência.*

- Acredito que 90% da população sofre desse problema (1)

- É uma consciência que acho que nesse momento já está a ficar no domínio das pessoas, muitas vezes são os próprios pacientes que perguntam, Doutora, acha que eu tenho bruxismo? porque sinto uma pressão nos dentes, acordo de manhã e me dói a cara (2)

-... no cheque-dentista, pego mais crianças e grávidas, embora eu também já tenha apanhado pacientes bruxistas crianças. Muitos, muitos, muitos. (2)

- Alguns (crianças e jovens) sempre tem, mas não era uma epidemia (1)

- Nós temos muitos, muitos casos aqui. (1)

- .. nós acabamos diagnosticando os casos que são notórios. Há muitos casos notórios e ainda haverá muitos que me escapam, sem dúvida. (3)

- Sim. Eu acho que é muito comum, principalmente em Portugal se vê por que está muito associado à depressão e há muitas, muitas pessoas a fazer tratamentos antidepressivos e normalmente quando se olha se vê que há desgastes associados ao bruxismo (4)

- Se formos ver, toda a gente eventualmente range os dentes, alguns com mais danos que os outros. (3)

- Mas esses casos são frequentes. (3)

- Há os que identifico e os que não consigo diagnosticar. Uns 25% que podem não ter o ranger mas ter o aperto, como eu, e isso é frequente (3)

- O bruxismo fisiológico nas crianças vê-se muito, bruxismo patológico nas crianças, menos, e normalmente está associado a problemas de pais separados, problemas psicológicos (4)

- Há casos em crianças, tenho ouvido falar. (3)

- Não sei se posso concluir que aumentaram (os casos), posso dizer que as pessoas estão mais atentas, portanto, se fala mais nisso (5)
- Noto mais, não sei se eu é que estou mais atenta (5)
- Se calhar, antes não se valorizava tanto (5)
- Mais na primeira infância (5)
- Casos escapam (3)
- Há muitos mais casos atualmente. Vejo bastante casos e cada vez mais as pessoas apresentam sintomatologia e queixas (6)
- Está muito ligado com o stress acima de tudo. (6)
- Sim há muitas crianças com bruxismo, mas muitas é mais na dentição decídua. É pelo stress, a vida hoje corrida, há muitas responsabilidades para as crianças (6)
- A prevalência é bastante elevada, não acho que tenha aumentado, mas se calhar também o meu alerta para isso aumentou. (7)
- Aumentou, porque eu tenho aqui muitíssimos doentes, já com uma certa idade (7)
- Por somatização de toda a parte psi, acabam por ranger, apertar, acaba por ser uma das principais queixas de alguns dos meus doentes (2)
- Vejo bastante (casos de bruxismo) (7)

***Subcategoria: Potencial destrutivo***

*Questão do guião - Perguntar ao médico dentista quais os sinais, sintomas e consequências do bruxismo que tem identificado no doente e se os tratamentos odontológicos realizados em bruxistas tendem a fracassar, exigindo repetições e soluções mais complexas.*

- Os sinais e sintomas são mais ou menos semelhantes, uns são mais, outros menos (1)
- Problemas periodontais, também... (1)

- Desgastes, mobilidade de alguns dentes e dores na região do temporal, articulações, são esses os principais sinais que a gente observa quando um doente chega e a gente faz a anamnese e na ficha tudo isso é colocado. (1)
- Pode causar, por exemplo, dores na região da coluna (1)
- Os desgastes, sim, são evidentes (2)
- Mas também há pacientes com bruxismo que não apresentam desgastes, porque tem a ver com a anatomia dos dentes, dureza do esmalte, portanto, podem não ter tantos desgastes e apresentar bruxismo (2)
- A pessoa faz muito mais força quando faz essas contrações musculares noturnas, do que quando faz a mastigação voluntária (2)
- Os tratamentos odontológicos realizados em bruxistas fracassam mais (1)
- As restaurações que se faz em um paciente bruxista quebram mais (1)
- Acordar de manhã com dores na cara, sensação que tem que está a morder, a fazer pressão, na minha prática é o que mais aparece (2)
- Apresenta dores na face, dor orofacial, em que eles atribuem, por exemplo, a estalinhos nos ouvidos, uma certa luxação ao abrir a boca (2)
- Fazer uma reabilitação oral em um paciente de bruxismo é um problema sério (1)
- Não se pode dar garantia. Se ele conseguiu partir dentes, ele vai partir qualquer tipo de prótese que se colocar na boca (1)
- Eu tenho uma doente miúda que praticamente tem os incisivos centrais a meio e tem 6 anos. Poderá haver um componente hereditário, o pai, a vó, a tia também apresentam características bruxistas, é uma realidade que eu vejo. E o pai diz que ela range os dentes de noite (2)
- Esposos e esposas que geralmente se queixam do companheiro, em que há barulho noturno, parece uma máquina, ou um motor, realmente é um barulho irritante para dormir e as pessoas se queixam (3)

- Ontem, até por acaso, uma pessoa disse que o irmão rangia, e sendo um senhor de uns 70 anos, não sabia se rangia ou se não rangia. Range, porque tem sinais do desgaste, de abrasão e de atrição, com facetas ativas, polidas e brilhantes e vem com outros tipos de sintomas, como dor articular, dor temporal, ruídos junto ao ouvido, do lado direito (3)
- Facetas de abrasão, fraturas de PPR, temos que ter uma especial atenção no ajuste da oclusão (3)
- Desconforto para o paciente, pode haver um aperto, eu próprio faço um aperto, há uma pressão sobre as superfícies dentárias causando consequências a nível dos discos com irradiações múltiplas, que causam dores, desconforto (3)
- Há casos de pacientes que ficam com mordidas abertas, incapacitados de abrir a própria boca, com limitação na abertura (3)
- A reabilitação é complicada, as restaurações têm dificuldade (3)
- As próteses dos dentes têm que ser bem montadas (3)
- Em fixa, temos que ter muita atenção, fazer uma oclusão mais protegida possível, de maneira a evitar deslocamentos, fraturas, problemas de tensão excessiva na cabeça dos implantes, posso estar aqui a falar a hora inteira (3)
- Dor, cansaço ao acordar, sensibilidade dentária, fraturas dentárias, são as mais comuns (4)
- Restaurações anteriores altas tendem a fracassar mais, se forem restaurações posteriores tem tendência a ter um desgaste mais rápido, se não for acompanhado com uma goteira oclusal, ou com o tratamento do bruxismo (4)
- Tenho um caso de um paciente e, quando chegou, os seus 12 dentes anteriores, de Canino a Canino inferiores e superiores, 9 já estavam desvitalizados. Os dentes desvitalizados sem nada a ter a ver com cárie, por causa da abrasão total dos dentes (3)
- Causa mobilidade aumentada e vão acabar perdendo os dentes, ou seja, inflama o ligamento periodontal, a gengiva afasta-se, entra mais detritos, e, se já havia alguma suscetibilidade ao tabaco ou diabetes, acelera o problema da periodontite e perde mais rapidamente os dentes (3)

- E temos com facilidade situações Endo-Perio derivadas por trismos, associado a bruxismo (3)
- Normalmente os pacientes ligam mais para os dentes da frente e não para os de trás e perdem dentes porque a força fica distribuída mais nos dentes da frente ...nosso senhor não nos criou para isso, pode-se assim dizer (3)
- Nós podemos fugir um pouco do baixo prognóstico de uma restauração por causa do bruxismo, mas muitas vezes não conseguimos fugir, por causa da estética. Ou, se for um dente que tem uma função importante, como o Canino, uma guia canina, está tramado (3)
- Aparecem crianças com os molarzinhos de leite todos retinhos, todos desgastadinhos, quase sem cúspides (5)
- Sinais; será o desgaste nas cúspides (5)
- Os sintomas que as pessoas mais referem, quando não referem dor (na infância é raro referir dor, muito raro), mas o que referem é barulho (5)
- Quando são mesmo muito agressivos, chega a causar sensibilidade, claro, na primeira infância, quando os molarzinhos de leite ficam desgastados (5)
- Depois tornam-se muito sensíveis ao frio e aos alimentos ácidos, limão, gelados, coisas agressivas (5)
- O que vejo é um desgaste, portanto, o dente está aplanado (5)
- Principalmente reabilitações ou próteses fixas, coroas, tendem a partir, a fraturar. Também dentes, restaurações tendem a fraturar (5)
- É uma das causas que põe mais em cheque o tratamento dentário, porque havendo contatos prematuros, a oclusão desequilibrada, bruxismo, acaba com o tratamento, por melhor que ele seja, acaba (5)
- Fazer os tratamentos, mas salvaguardar a existência da goteira, senão os tratamentos vão fracassar (5)

- Poderá ter tido condições para fazer os tratamentos há dez anos e agora já está tudo perdido, estragado, arrebentado, e pode ser que hoje não tenha condições de refazer tudo (5)
- Eu, por acaso, conheço um caso assim. Uma pessoa que tinha os dentes espetaculares, tinha pontes, reabilitações, e dez anos depois está tudo partido e arrebentado, numa situação de bruxismo, aquilo não resistiu (5)
- Foi muito bem feito, mas não durou (5)
- Acabam por ranger, apertar, acaba por ser uma das principais queixas de alguns dos meus doentes e os dentes estão cada vez mais pequenos (7)
- Eu não posso por aqui umas massinhas para isso ficar maior? Não, não posso (7)
- As superfícies dos dentes desgastadas (6)
- Dores nas ATMs, que as pessoas se queixam muito, tem mais dificuldade à noite (6)
- O cansaço, dizem sempre que estão muito cansadas, parece que acordam muito cansadas (6)
- Quando nós fazemos as goteiras, as pessoas aliviam-se mesmo, sentem-se muito melhores (6)
- Dor na articulação, principalmente, associada ao fato da DVO ser completamente fora do normal e também a ausência de peças dentárias complica, porque a maior parte das pessoas daqui tem ausência de peças dentárias (7)
- Algumas necroses, pulpites (7)
- Desgastes grandes e que chegam à polpa, sim, uns quantos (7)
- Estamos a falar aqui de dentes que ficam cada vez mais pequenos (7)

***Subcategoria: Efeitos causados***

*Questão do guião - Perguntar ao entrevistado se percebe que os efeitos causados pelo bruxismo afetam a saúde geral do doente (física, mental e emocionalmente), dando exemplos desse fato.*

- Começa por somatizar nos dentes, coluna, depois pode ser o estômago e assim por diante. A pessoa já chega à clínica em uma condição emocional (1)
- Geralmente, a primeira descarga que existe, é quando a gente percebe a questão do bruxismo nos dentes e emocionalmente a gente percebe que a pessoa está afetada (1)
- Mas a questão psicossomática dela tem que corrigir e sai fora da nossa área (1)
- O bruxista necessita de um tratamento multidisciplinar, então a gente vai tratar da oclusão, usar as placas miorrelaxantes, e depois os outros colegas farão a outra parte (1)
- Pacientes que tem alterações do sono, que dormem pouco, essa atividade muscular pode ficar mais intensa (2)
- Se traz problemas na saúde, na minha opinião, sim, pois se fazes contrações musculares, a cara e a face estão ligadas a toda a musculatura cervical, na minha opinião vai haver consequências na parte muscular e postural (2)
- Também causa problemas se estás a dormir com outra pessoa e ele se queixa do barulho durante a noite. Isso também vai gerar desconforto e até pode causar problemas emocionais (2)
- O desconforto que provoca no teu relacionamento com outras pessoas, quando convives fisicamente com alguém (2)
- O bruxismo é uma consequência e não uma causa (2)
- Noto isso perfeitamente em pacientes estressados, com vidas complicadas, agitadas, eles referem muito mais do que pessoas que tem vidas calmas e mais tranquilas (2)
- Nós somos um organismo, qualquer problema que aconteça em uma unha do dedo mindinho por exemplo vai nos afetar, não é... se nos dói a unha e colocamos o pé de forma errada, a coluna vai compensar, assim como a ATM é uma continuidade da cervical, por sua vez, nós podemos ter uma DTM por causa de unha encravada, por isso, a partir do momento que temos ao contrário, as coisas também podem acontecer, pode-se assim dizer, isso em termos teóricos não se têm como refutar (3)

- Levando tudo o que falamos, sobre infecção do ligamento periodontal, com a entrada de bactérias no interior da corrente sanguínea também poderá haver situações múltiplas (3)
- Desde que a gente perceba que somos um organismo, podemos fazer unir tudo com tudo (3)
- Sem dúvida, o bruxismo afeta a saúde geral do doente. De ansiedade, DTM, cefaleias tensionais, dificuldade em deglutir, eu vejo que muitas vezes também está associado a problemas gástricos (4)
- Isso é um problema de pessoas com stress (3)
- Há casos que em que a pessoa está com muito stress e podemos identificar a pessoa com um limiar de dor mais baixo. Se a pessoa estiver em depressão, ou o bruxismo pode levar à depressão em uma situação cíclica (3)
- Porque depois vai ter outras repercussões a nível de postura, envolve a cervical, a nível inclusivamente de comodidade do dia a dia, porque havendo a contração do masseter depois vai dar uma sintomatologia muitas vezes dolorosa, portanto, isso traz outras repercussões, obviamente. (5)
- As pessoas referem dor de cabeça e cansaço (6)
- Está muito ligado com o stress acima de tudo (6)
- Muito difícil com doentes polimedicados e com tantas patologias dissociar do bruxismo uma dor de artrose que eles também têm, de dores musculares esqueléticas que eles também têm, são doentes todos com 65 para cima (7)

***Subcategoria: Tratamento prévio***

*Questão do guião – Perguntar ao profissional se acha necessário diagnosticar e tratar o doente bruxista (em caso de surtos de exacerbação) antes da realização de tratamentos odontológicos*

- Nós preparamos o doente para depois receber a prótese. Essa preparação seria com 3 a 4 meses de antecedência (1)

- Em caso de restaurações também trataria antes o bruxismo (1)
- Sim, também os pacientes ficam sem poder fazer procedimentos por causa do bruxismo (2)
- Então, nós temos que trabalhar nessas pessoas com muito maior atenção, voltando para o início da conversa, de forma multidisciplinar, o que é muito difícil hoje em dia as pessoas aceitarem isso, acham que o problema é só dente (1)
- Principalmente em algumas situações de prótese fixa, muitas vezes eu não faço sem tratar o bruxismo, desaconselho, porque depois vamos ter problemas (2)
- Porque a pessoa cria uma expectativa, que vai ficar muito bem e depois fracassa. É uma das grandes contra indicações para alguns tratamentos, temos que resolver primeiro o problema do bruxismo (2)
- Se forem coisas pequenas e pontuais e se o paciente aparece cheio de dores, eu não vou deixar de tratar, fazer uma endo, um tratamento, mas se forem intervenções grandes, eu explico... vou fazer isso, mas temos que ter essa atenção e aviso antes que pode fracassar, principalmente se for implante e prótese fixa (2)
- Depende do procedimento. Se forem procedimentos de urgência, vai direto, se forem reabilitações grandes, tratar o bruxismo primeiro (4)
- O ideal seria primeiro relaxar, dar um alívio para a articulação no início, fazer próteses provisórias no início, depois as definitivas e uma nova goteira. Tudo tem custos e temos que ver também o grau de possibilidade do paciente. Mas esses casos são frequentes (3)
- Se estiver com dor, se tira a dor, e muitas vezes o importante em um paciente bruxista é aliviar a articulação (3)
- O ideal qual é... fazer uma goteira para relaxar primeiro, faz o tratamento, e no final tem que fazer outra. O problema é o custo (3)
- Nesse caso, é preciso fazer o tratamento prévio do bruxismo. Acho necessário (5)
- Normalmente, quando fazemos implantes ou quando fazemos prótese fixa, principalmente nesses casos, aconselhamos as pessoas a fazerem uma goteira (6)

- Há situações em que eu deixo de fazer certos tipos de tratamento se a pessoa não quer colaborar dessa forma, porque daí eu tenho certeza que vou ter um insucesso e aviso o paciente sobre isso (6)
- Sem haver um tratamento de base do bruxismo, é impossível estar a pôr restaurações, porque elas não aguentam (7)
- Sim, sem qualquer dúvida, fracassam mais (os procedimentos), principalmente restaurações, compósitos normais (7)
- Bastante fratura de restaurações também, praticamente todas (7)

### **O Médico dentista e o tratamento do bruxismo no sistema público**

#### **Categoria: Tratamento do bruxismo no SNS**

##### *Grupo alvo atendido*

- No cheque-dentista, pega mais crianças e grávidas (1)
- Trato mais crianças e gestantes também (2)
- Idosos foi muito pouco (1)
- Nós atendíamos mais crianças, dos 6 aos 16. Mais velhos, muito poucos, e só grávidas (1)
- Um pouco de tudo, mas mais crianças e gestantes. Atendo poucos idosos e paciente com HIV. Para cheque-dentista de idosos, só atendi uns dois em 6 anos (3)
- No cheque-dentista, mais crianças e grávidas. Idosos atendo menos, mas aparece de tudo, pacientes com HIV também, mas aparece mais crianças pequenas e grávidas (4)
- Fiquei dois anos trabalhando com o cheque-dentista com crianças, adolescentes, gestantes, e também atendi idosos (6)
- A demanda que frequenta essa unidade, é caracterizada por pessoas polimedicadas e com muitas patologias, cortamos o máximo para outras pessoas com mais de 65 anos (7)

- Se começarmos a abrir para todas as pessoas, tendo como base só a insuficiência econômica, num concelho como Amadora, que, se calhar, 90% da população tem insuficiência econômica, é impossível (7)
- Se a pessoa for saudável, mas com problemas dentários, nós dizemos que não temos vaga, só para daqui a 2 anos, porque não é possível, não temos como (7)
- Eu tenho aqui pessoas de todas os estratos sociais, com mais dinheiro, menos dinheiro, com mais poder econômico (6)
- Preferencialmente, trabalho com crianças, adolescentes e depois acabo por ver alguns deles que já são adultos e que vem só fazer rotina (5)

***Subcategoria: Atenção precoce***

*Questão do guião - Perguntar ao médico dentista se percebe que está sendo feito um diagnóstico e tratamento precoce de bruxismo no âmbito do sistema público*

- O instrumento cheque-dentista não permite para o profissional realizar um diagnóstico e um tratamento precoce do bruxismo (1)
- Não, penso ser muito difícil e economicamente também acaba por ser inviável para o profissional (2)
- Se queres fazer outro tipo de tratamento, tens que pagar tudo, uma goteira, por exemplo, não cobre, teria que sair do meu bolso. Eu é que iria pagar (2)
- Não, penso que não. Até porque as pessoas que recorrem a essas unidades públicas têm a condição bucal complicada e menos condições econômicas (1)
- Não se justifica fazer uma placa miorelaxante e depois tratar os dentes nesse meio. Fora até pode ser uma boa indicação, mas lá, acredito que não. Pelo menos para já, e também não é para tão cedo assim, não é? (1)
- Não. Nem está previsto com o cheque-dentista o tratamento. Portanto, eu acho que não (4)

- Só cárie. A destartarização nem é incluída como tratamento, é uma obrigação do médico, faz parte. A destartarização, para eles, é como se fosse abrir a boca e está feito (3)
- Não, zero (diagnóstico precoce e tratamento do bruxismo no sistema público) (5)
- São pessoas (atendidas pela USP) que não tem condições de fazer o tratamento em outro local (7)
- Isso no sistema público não existe, com certeza. O sistema público não tem (6)
- Então, bruxismo nem pensar (6)
- As pessoas com o cheque-dentista, que não contemplava certos tratamentos, as pessoas faziam à parte, alguns faziam e outros não, a maior parte não fazia (6)
- Antigamente, quem recorria ao cheque-dentista eram pessoas sem higiene oral, com uma alimentação péssima, era muito complicado, normalmente são pessoas sem condições financeiras (6)
- Tenho alguns doentes que mando para fazer goteira, como não é coparticipado, acaba por ser à custa deles (7)
- Nem nos (cuidados) primários, nem nos secundários. Nem com maxilofacial, nem com a estomatologia no hospital. Conheço poucos que fazem e são só privados (7)

### ***Subcategoria: Procedimentos***

*Questão do guião - Perguntar ao entrevistado quais os procedimentos que identifica que estão sendo realizados para o tratamento do bruxismo na atenção primária do SNS e/ou em outros níveis e referências públicas.*

- Eles fazem muita prevenção, se trabalha com cárie e geralmente as crianças que apareciam estavam em uma situação muito difícil. Miúdos de 6, 7 anos já tendo que fazer extração, perdendo os primeiros molares (1)

- É mais relacionado à cárie. O programa em crianças envolve muita prevenção, como selantes. Claro que tens que fazer toda a parte de tratamento etc. de cáries, mas, a partir daí, é impossível, porque te dá no máximo 3 cheques-dentista, o valor não é viável economicamente (2)
- Não tinha possibilidade de fazer procedimentos para o bruxismo, se quisesse (1)
- Mas, em Portugal, não vejo o SNS fazendo nada nesse sentido, há é o atendimento da dor aguda sem acompanhamento (2)
- É para cáries, se fizer uma proteção pulpar, nem uma restauração provisória se pode fazer. Então, ou restauro ou desvitalizo... Não há a opção, até para crianças, de não fazer nada e controlar com flúor, que é uma coisa simples, verniz com flúor, mas não há. Selantes há, mas vários casos já não são para selante, e, muitas vezes, para não destruir o dente para fazer uma restauração, os colegas fazem selante, não dá certo e acaba surgindo uma cárie brutal por baixo e precisa fazer a desvitalização (3)
- Prioridade- cárie. Tratamento de lesões de cárie. O cheque-dentista inclui restaurações, desvitalizações e extrações essencialmente, ou seja, tudo o que seja para o bruxismo, desgastes oclusais, nada disso está incluído (4)
- O bruxismo não está contemplado no cheque-dentista (5)
- Só se pode tirar dentes se os dentes estiverem cariados, não se pode tratar, não se podia fazer tratamentos endodônticos, mas agora eu não sei como é que está, no meu tempo era assim (6)
- Aqui (na USP) é suposto conseguirmos fazer endodontias, extrações, restaurações (7)

***Subcategoria: Referência***

*Questão do guião - Perguntar ao entrevistado quais os procedimentos que identifica que estão sendo realizados para o tratamento do bruxismo em outros níveis e referências públicas.*

- Que eu conheça não (1)
- Não mesmo, porque a experiência que eu tenho em SNS é basicamente quando a gente manda alguém, acaba não tendo retorno (2)

- Que eu saiba não, essa é a minha realidade, é o que eu conheço, não sei se é, pronto, até pode haver outra apreciação da realidade com outras pessoas, mas eu não tenho (2)
- Não conheço nada nesse sentido no SNS, basicamente tiram dentes e muitas vezes não conseguem tratar, porque não há alternativas materiais etc. (2)
- Que eu saiba não tem. Nem de referência. Não conheço, só os privados que ganham bem (3)
- Não conseguimos controlar a dor até com massagens relaxantes, estava (a paciente) com muita dor no final de semana, enquanto aguardava as extrações serem feitas, e, se houvesse como orientar para o público no final de semana, sem dúvida nós teríamos feito, porque provavelmente isso é a articulação, e não só os sisos (3)
- Para fazer goteiras oclusais e tratamentos específicos para o bruxismo, não há nada no SNS (4)
- O que eu vejo na minha prática clínica é que a estomatologia no SNS é muito pouco conservadora, portanto, tudo que é do bruxismo é desvalorizado, e tudo que antigamente não era valorizado continua a não ser valorizado. Se é possível fazer uma desvitalização, não se faz e se extrai o dente, é o que me parece, mas não trabalho no SNS (4)
- Já houve casos em que nós pedimos para as pessoas irem ao médico de família e as pessoas dizem que não vão, outro problema é que os médicos de família nem as vezes do cheque-dentista sabem, muitas vezes não sabem o que é o PIPCO (3)
- A única coisa pública que acho que posso já ter referenciado será a faculdade de medicina dentária. Mas a ideia que eu tenho é que tem lista de espera, não sei se as pessoas são seguidas. (5)
- Eu não conheço. Posso enviar para o Hospital Santa Maria, sei que tem uma consulta de estomatologia, mas creio que não fazem isso (5)
- Havia uma referência na maxilo facial, nos serviços de estomatologia do hospital, mas quase ninguém fazia oclusão lá, porque não havia especialistas formados para isso e os que estavam formados não queriam saber. O serviço não estava vocacionado para isso e alguns casos iam diretamente para a cirurgia maxilo facial (6)

- Nem nos primários, nem nos secundários (7)
- Sem passar pela faca, eu acho que é difícil (7)
- Eu referenciava para o hospital, não sei se conseguiam retorno (7)
- Os profissionais mais antigos faziam a parte do bruxismo com a reabilitação protética, porque havia muitas pessoas desdentadas (6)
- Agora não sei como está funcionando. Estou afastada há muito tempo (6)

***Subcategoria: Rede multidisciplinar***

*Questão do guião - Solicitar ao entrevistado que relate se observa a existência de uma rede multidisciplinar de apoio ao paciente bruxista no sistema público, se é resolutive e há integração das especialidades.*

- Que eu saiba não. Não tenho conhecimento sobre isso, mas não acredito que tenha (1)
- No SNS, que tenha conhecimento, não. É tudo particular (2)
- É o paciente que tem que custear (2)
- Na minha prática clínica, em termos de SNS, sinceramente, não temos nada ou muito pouco (2)
- Que eu saiba não tem. Nem de referência. Não conheço, só os privados que ganham bem (3)
- Dá para fazer, mas se é só direcionado ao bruxismo não. Para além do acompanhamento psicológico, de consultas de otorrino, não percebo nada no SNS (4)
- Não há rede, eu diria que não, não conheço. Pode haver em uma zona ou outra do país pontualmente, mas em Lisboa eu não conheço (5)
- Não tem. Eu não tenho conhecimento, não sei se existe (6)
- Aqui (nessa USP), não temos (7)
- Quando conseguimos fazer alguma referenciação, não é uma coisa fácil (7)

- São poucos profissionais, há outras coisas que passam sempre à frente, principalmente as referências dos médicos de família (7)

- Não sei até que ponto nossos profissionais (psicólogos, fisioterapeutas etc. da USP) conseguiriam dar saída a um pedido desses nesse sentido, se calhar, não foram alertados para isso de todo (7)

### ***Subcategoria: Outras especialidades***

*Questão do guião - Solicitar ao médico dentista que relate se identifica que o paciente bruxista recorre a outras áreas da saúde na tentativa da amenização do quadro doloroso (outras especialidades médicas que demandam consultas e exames onerando o SNS).*

- Penso que sim. Recorre mais e em último caso algum profissional lembra-se do dentista, mas não é frequente (1)

- Quando as dores surgem, vão para o médico de família e lá é que são indicados para alguma área, e muitas vezes ficam por lá mesmo (1)

- É o que acontece e muitas vezes são diagnosticados como fibromialgias e tal (3)

- Especialidades médicas, como neurologista, otorrino, que demandam consultas e exames, sim, nessas áreas todas sim (4)

- Sim tem dor de cabeça, vão fazer TAC, vão ao otorrino, porque tem dor de ouvido (5)

- Sim, vão a outras especialidades, o que consome recursos e consome dinheiro, em vez de ir direto ao problema, sem dúvida, sim (5)

- Sim (sobrecarrega o sistema), certo, sem ir diretamente ao essencial (5)

- Sim, isso acontece (a pessoa fica sem diagnóstico e ainda tomando medicação). Se for um miorelaxante, é coparticipado pelo SNS. Se for prescrito pelo médico de família, ansiolítico, essas coisas são todas coparticipadas (5)

- Sim, sim, sim. Recorre ao otorrino, ao neurologista, ao neurocirurgião, clínico geral, anda por essas fases todas e depois é que vem ter conosco. Isso atualmente não é uma coisa cara, os preços estão muito mais baixos (6)

- Muitas vezes a pessoa queixa-se ao médico de família de uma dor de ouvidos ou dor de cabeça ou que está cansada e como médico de família não está vocacionado para isso, então, muitas vezes não encaminha (6)

- Se tiver dores associadas, sim. (7)

- Principalmente otorrino, faz exames, vai ao otorrino, até o otorrino dizer que ele não tem nada, e o oftalmo diz que não tem nada, e eu dizer-lhes isso é porque o senhor range os dentes (7)

**O Médico dentista e sua percepção sobre as perspectivas futuras da realidade oral do paciente bruxista, usuário exclusivo do sistema público.**

**Categoria: Provável prognóstico do doente**

***Subcategoria: Agravamento do quadro***

*Questão do guião - Perguntar ao entrevistado se detecta sofrimento e um agravamento do quadro de bruxismo dos doentes no processo de busca pela resolução do problema no sistema público (que pode já ter sido diagnosticado ou ainda não).*

- Acho que eles procuram sempre, mas a resposta... (1)

- Normalmente é difícil seguir o paciente, acabam tomando um anti-inflamatório e a crise passa, deixa andar mais algum tempo e depois só vão voltar a lembrar quando voltar a ter outra crise, um trismo, uma coisa crítica (2)

- Na minha opinião, acho que os médicos dos Centros de Saúde não estão muito preparados para esse tipo de moléstia, porque é uma área mais ligada à medicina dentária, então talvez muitos desconheçam ou não dão a importância devida. Quando realmente não tem mais o que fazer, então procuram o dentista (1)

- Eu acho que os pacientes bruxistas aprendem a viver com os problemas. É a história da dor crônica, onde tu dizes, é uma realidade que eu tenho, vou conviver com ela, e, naquela altura

de maiores crises, eles aparecem e depois, quando passa, eles adaptam-se com a situação. Ou seja, faz parte, é uma coisa que eu tenho e me habituo a viver com isso e acaba fazendo parte de ti (2)

- Qualquer pessoa não gosta de viver com dor, não é? (3)

- A maioria das pessoas não faz placa miorrelaxante por causa do investimento e continua com dores na articulação (3)

- Lembro de uma senhora usando o cheque-dentista na gravidez e que estava um disparate a articulação, estava toda e tinha uma abertura menor do que um centímetro (3)

- Acho que sofrem (4)

- Normalmente, quando é assim, com fármacos. Ele anda a controlar com medicação (4)

- Com certeza que sofrerão, porque não há modo de realizar o tratamento (3)

- Acredito que os muito aflitos, se calhar, irão (tratar), embora, como é uma coisa privada, tem um custo que pode não ser muito acessível. Quem não vai, ou se habitua a viver com isso ou toma comprimidos porque tem dores de cabeça, toma ibuprofeno e toma miorrelaxantes, pronto (5)

- Claro que sofre (5)

- Sofre porque tem dor, pela falta de diagnóstico, é uma coisa que não descansa ninguém e sofre porque às vezes já investiu em tratamentos e os tratamentos fracassaram (5)

- Portanto, é um perder em toda a linha (5)

- Aqui no meu consultório é difícil responder isso, porque eu não tenho muito contato com pessoas que não tenham condições financeiras (6)

- Acho que os pacientes sofrem e também porque a maior parte dos doentes que aqui (USP) vem tem outras patologias associadas (7)

- Portanto, é difícil de dizer, vamos juntar mais uma (dor) ao rol de tudo o que já tem (7)

### ***Subcategoria: Qualidade de vida***

*Questão do guião - Perguntar ao médico dentista se observa a presença de quadros dolorosos e/ou outros sintomas e consequências que venham a refletir na queda da qualidade de vida e interação social do doente bruxista que busca tratamento no sistema público.*

- Não tenho muito essa apreciação, não vou dizer nem que sim e nem que não (2)
- Mas daí eu não posso avaliar (1)
- As grávidas que passam por um período de mais stress se queixam de dores na articulação, e algumas acabam fazendo de forma privada. Mas se não tivessem feito, claro que continuaria a sofrer, e a qualidade de vida seria afetada (3)
- Sem dúvida reflete na qualidade de vida das pessoas (4)
- Acaba refletindo em tudo, a vida da gente fica horrível. Está tudo relacionado (3)
- Já me falaram que o bruxismo é causa de divórcios (3)
- Eu acordava de manhã horrível, quando perdi a goteira. Vou me deitar e agora, se não tenho aquilo, levanto outra vez para ir buscar (3)
- A pessoa que dorme junto, seja a mãe, o irmão, alguém que ouve o barulho da pessoa sente mesmo a pessoa a ranger os dentes (5)
- Até mesmo nas crianças, em fase em que mudam de escola, divórcio dos pais, ou quaisquer outras coisas, são fatores que sabemos que mexem com a estabilidade emocional e o bruxismo muitas vezes aparece nessas fases (5)
- Ele agora há dois meses range tanto, eu acordo de noite com o ranger. E o que aconteceu há dois meses? Mudou de escola, por exemplo. Eu já tenho inclusivamente recomendado goteiras para crianças (5)
- Não sei se não dorme (a criança bruxista), acho que perturba mais quem dorme ao pé dela (5)
- Há crianças que fazem mesmo muito barulho (5)

- Pode acordar a mãe está no quarto do lado, o irmão que dorme do lado e que faz guerra porque não quer dormir (5)
- Sem dúvida (interfere na qualidade de vida) (6)
- Absentismo, a pessoa falta ao trabalho, não dorme como deve ser, estão irritados, portanto, normalmente é a partir daí (6)
- Com certeza, a dor interfere na qualidade de vida das pessoas (7)
- Há pessoas que se acomodam a uma situação e não querem saber, mas, em um quadro geral, a dor é horrível (7)
- Interfere em tudo (7)

***Subcategoria: Perdas dentárias***

*Questão do guião - Perguntar ao profissional se identifica a realização de extrações (e qual a frequência) como reflexo da não obtenção ou ineficácia de tratamento para o bruxismo na rede pública.*

- Muito provavelmente vai cair na área das extrações (1)
- Nessa altura (em que atendia o cheque-dentista), as pessoas que vinham eram quase todas pessoas com muitas dificuldades, eram essencialmente de bairros sociais (6)
- Antigamente, quem recorria ao cheque-dentista eram pessoas sem higiene oral, com uma alimentação péssima, era muito complicado, normalmente são pessoas sem condições financeiras (6)
- As pessoas que recorrem a essas unidades públicas têm a condição bucal complicada e menos condições económicas (1)
- Se começarmos a abrir para todas as pessoas, tendo como base só a insuficiência económica, num concelho como o nosso (que tem além dos 175 mil dos últimos censos, mais 30 ou 40 mil que fazem parte dos serviços de saúde daqui), que, se calhar 90% da população tem insuficiência económica, é impossível (7)

- Quem vem aqui (USP), nunca vai a outro lado (7)
- Eu acho que também depende muito do local onde trabalhas, do tipo de pacientes que tens (2)
- Eu trabalho em um local onde a área econômica não é muito favorável, portanto, os pacientes acabam pensando que isso vai passar, tomam alguns anti-inflamatórios (2)
- As pessoas com o cheque-dentista que não contemplava certos tratamentos faziam à parte, alguns faziam e outros não, a maior parte não fazia (6)
- Os meus pacientes, se eu os sigo (privado), são pacientes que logo têm o diagnóstico (2)
- As pessoas que vêm fazer os tratamentos sabem que tem que os fazer, e põem um dinheiro a parte...também há muita gente com seguro de saúde.... Não tenho experiência com pessoas muito carenciadas (6)
- Mas isso atualmente não é uma coisa cara, os preços estão muito mais baixos. (6)
- Eu realmente opto por enviar para colegas privados (5)
- Se a pessoa tem possibilidade financeira, vai rapidamente, ao fim de dois, três meses vai resolver (5)
- Geralmente é acompanhado de uma reabilitação, quase todos os dentes da boca, com um custo muito elevado (1)
- No meio em que eu trabalho as pessoas aceitam que o fim dos dentes é a extração e, portanto, é uma coisa normal (2)
- Exato, as pessoas enraizaram essa ideia de que perder os dentes é uma coisa do destino. E depois, como não tem alternativa e não podem pagar esse tipo de tratamento e não há oferta na rede pública, eles adaptam-se e pronto. Depois fazem as próteses e as próteses partem-se e depois consertadas e vai indo (2)
- Se tivesse problemas periodontais estaríamos a falar não da desvitalização, mas sim da perda dos dentes.... causa mobilidade aumentada e vão acabar perdendo os dentes (3)

- Se já havia alguma suscetibilidade ao tabaco ou diabetes acelera o problema da periodontite e perde mais rapidamente os dentes (3)
- Quando não é acompanhado, sim. Quando vão as consultas de neurologia etc., acho que não, porque muitas vezes acabam por prescrever também relaxantes musculares que impedem que haja o desgaste, mas quando esses pacientes são deixados ao abandono, sim (4)
- O que acontece é que acabam fazendo extrações, perdendo peças dentárias, com todas as suas consequências (5)
- Não tenho experiência sobre isso (6)
- Para mim não. Eu tenho essa preocupação pessoal nesse sentido (7)

*Questão do guião - Solicitar ao entrevistado que relate, na sua percepção, quanto tempo aproximadamente um doente bruxista permanece com sintomas mais severos até a resolução do problema (obtida pelo tratamento específico ou extração do(s) dente (s)).*

- É difícil dizer, mas provavelmente anos. Até encontrar um profissional da área privada que questione (1)
- Os meus pacientes, se eu os sigo (privado), são pacientes que logo têm o diagnóstico, mas o tratamento é que é pior (2)
- Quando não conseguem ir ao sistema privado, não sei (4)
- Num adulto... eu acredito que se a pessoa tenha possibilidade financeira vai rapidamente, ao fim de dois, três meses, vai resolver, se não tem, pode ficar anos e que provavelmente termina em extrações (5)
- Eu tenho aqui doentes que ficam muitos anos (6)
- Há pessoas que andam muito tempo à procura (6)

## **O Médico dentista e os sinais, sintomas e consequências do bruxismo**

### **Categoria: Quadro de consequências**

### ***Subcategoria: Impressão do Quadro***

*Questão do guião - Pedir ao médico dentista que analise o Quadro 1 apresentado ao final da entrevista com os efeitos (sinais, sintomas e consequências) do bruxismo e DTM, construído pela investigadora a partir de diversos estudos pesquisados na revisão da literatura e que mais frequentemente podem ser encontrados na presença dessas patologias. Na sequência, questionou-se qual a impressão causada.*

#### *Conhecimento dos sinais e sintomas*

- Conhecia, fiz dois cursos de oclusão nos EUA, não sou especialista, mas sou curioso nessa área. Trabalho com laser, Miotens para relaxamento muscular, trato dor orofacial e fiz um curso de placas miorrelaxantes. Já conheço mais essa área (1)
- De todos não, mas de grande parte sim. Por exemplo, essa parte das crianças no desenvolvimento cognitivo, corporal, agressividade, não tinha (conhecimento) (2)
- Conhecia muitos do Quadro, mas alguns não (3)
- Não sabia alguns (4)
- Xerostomia por quê?... faz sentido... Zumbido nos ouvidos também não tinha associado...Redução da libido, também não sabia, mas faz sentido (4)
- No organismo está tudo unido, linha alba (3)
- Caso encontremos e diagnosticuemos um caso de bruxismo, podemos encontrar outras situações. O organismo fica todo perturbado e a pessoa não tem descanso. Eu já passei sete meses com desconforto grave (3)
- Não conhecia alguns. Como Tórus, exostose, redução da libido (3)
- Tórus (5)
- Exostose (5)
- Xerostomia (5)

- Redução da libido (5)
- Déficit de atenção (5)
- Fraturas e trinca dos dentes (6)
- A xerostomia não relaciono (6)
- Dores de garganta e problemas no ouvido, nunca vi (6)
- Hipertensão (6)
- Redução da libido (6)
- Eu vejo crianças, mas não muitas, então não tenho experiência do desconforto articular (6)
- Agressividade.... Sim, não dorme de noite, são agitadas, é verdade (6)
- Erosão x bruxismo (7)
- Tórus (7)
- Exostose (7)
- Cálculos pulpaes (7)
- Xerostomia (7)
- Dor de garganta (7)
- Obstruções nasais respiratórias (7)
- Bastante preocupante, inclusive em crianças até me assusta (2)
- Acho que é um Quadro bastante claro... está muito bem fechado em relação a esse problema do bruxismo. Acontece tudo isso, mais ou menos. Não dá para definir, mas, dentro do quadro, você apanha tudo isso (1)
- É uma lista bastante preocupante (4)

- Claro que é uma patologia preocupante (3)
- É preocupante (6)
- É enorme (7)
- Há muita coisa que temos algum conhecimento, mas que muitas vezes não associamos ao bruxismo, mas ao ler, se consegue perceber e que tem toda a lógica (7)
- Difícil perceber se as dores corporais têm a ver com as outras patologias ou não (7)

***Subcategoria: Relevância da doença***

*Questão do guião - Pedir ao profissional que opine, tendo em vista a leitura do Quadro 1 fornecido e a sua experiência profissional, se considera que o bruxismo é uma doença relevante e deve ser um alvo prioritário das políticas públicas orais, tendo como parâmetro o sistema de referência de saúde pública oral brasileiro.*

- Sim, sem dúvida (2)
- Se o sistema público atendesse de forma correta todos os utentes, o Estado desse a devida atenção, seria ótimo, mas como é tão deficiente nosso sistema público, acho meio difícil, porque penso que estaríamos indo além, sem corrigir aqui no início. Mas se o paciente recebesse no setor primário um diagnóstico provável, orientação e conscientização, daí eu concordo (1)
- O que precisava aí era o governo ser alertado para isso, fazer um plano, através da OMD, não sei como seria isso, mas principalmente pela OMD (1)
- Acho que sim. É uma conscientização que deve ser feita. Acho que o tratamento do bruxismo é muito empírico e na minha experiência que os pacientes não colaboram muito, talvez por não perceber, não estão informados das consequências de tudo que pode ocorrer (2)
- Depois, a sociedade portuguesa tem um bocadinho de estigma do psicólogo, ou seja, ah, não eu não preciso disso, tomam alguns medicamentos e assim não chegam à raiz do problema e isso é muito mais difícil para os médicos dentistas (2)

- Os pacientes acabam pensando que isso vai passar, tomam alguns anti-inflamatórios, melhora um pouco, fazem uns relaxantes musculares, mas é difícil ir na raiz do problema, diagnosticar exatamente, tratar a fundo, fazer o tal tratamento multidisciplinar (2)
- Fazer um diagnóstico precoce avaliando as facetas de abrasão e falando com o paciente sobre a sua história clínica, seria tranquilo (3)
- Bem, acho que poderia não ser incorporado no cheque-dentista para todos, mas haver colegas que fossem especialistas ou que se dedicassem a essa parte, havendo uma calibração como se fez no programa PIPCO (3)
- Acho que em situações mais graves deveria existir algum encaminhamento para um grupo mais especializado a nível de cheques-dentista (3)
- Exatamente, se todos conseguirem eventualmente fazer um diagnóstico precoce e depois, como qualquer médico, encaminhar para algum colega que percebe melhor do problema (3)
- Aqui há um problema grande, quando mais dinheiro se gasta, mais tratamento se faz, melhor é. Por isso é preciso mudar a política aqui em Portugal, na prevenção há muito pouco.
- Deveríamos fazer mais com menos, se tivéssemos mais prevenção não era preciso tantos tratamentos (3)
- Deveríamos defender de fato prevenir para depois não termos que refazer. Se pudéssemos identificar casos de bruxismo, não teríamos tantas pessoas para fazer próteses removíveis e outros tratamentos (3)
- É importantíssimo, fundamental, necessário, mas acho que que haveria muita dificuldade na área política (3)
- Sim, acho que sim. Acho que seria importante e exequível (4)
- Sim, acho que seria importante (5)
- Seria interessante implementar (5)

- Acho que antes do bruxismo há outras coisas que o SNS deveria atender, mas deveria estar integrado no SNS, sem dúvida (6)
- Possivelmente seria viável nas unidades de saúde (6)
- É uma questão de ter profissionais treinados e mesmo os médicos de família devem estar mais adaptados para esse tipo de problema (6)
- Acho muito interessante (7)
- Quem está em atividade de trabalho, se calhar, consegue arranjar algum dinheiro para poder ir ao dentista, nem que seja uma vez por ano, mas quem tem reformas de 200, 300 euros, dificilmente conseguirá ir (7)

### **Novas categorias surgidas no terreno**

#### **Categoria: Barreiras**

- Essas dores orofaciais aqui, ainda é muito lento ... na percepção da população. A população só olha o dente, agora, o que acarreta e a condição psicossomática envolver várias especialidades, ainda não está acontecendo. E às vezes muitos profissionais da área de saúde (1)
- Nós temos que trabalhar nessas pessoas com muito maior atenção, voltando para o início da conversa, de forma multidisciplinar, o que é muito difícil hoje em dia as pessoas aceitarem isso, acham que o problema é só dente (1)
- Depois, a sociedade portuguesa tem um bocadinho de estigma do psicólogo, ou seja, ah, não eu não preciso disso, tomam alguns medicamentos e assim não chegam à raiz do problema e isso é muito mais difícil para os médicos dentistas (2)
- As pessoas procuram o dentista para tratar a dor do dente, agora, felizmente, já não é bem assim, mas ainda é muito para tratar a dor do dente, portanto, esses problemas da medicina oral e das coisas que são para lá do dente em si às vezes não são muito valorizadas (6)

#### **Categoria: Sugestões**

- Se todos conseguirem eventualmente fazer um diagnóstico precoce e depois, como qualquer médico, encaminha para algum colega que percebe melhor do problema (3)
- Bem, acho que poderia não ser incorporado no cheque-dentista para todos, mas haver colegas que fossem especialistas ou que se dedicassem a essa parte (3)
- Por isso é preciso mudar a política aqui em Portugal....se tivéssemos mais prevenção não era preciso tantos tratamentos (3)
- Possivelmente seria viável nas unidades de saúde (6)
- É uma questão de ter profissionais treinados e mesmo os médicos de família devem estar mais adaptados para esse tipo de problema (6)