



Bruxism Screener (Bruxscreen)

Teste de identificação de Bruxismo (Bruxiscreen)

VERSÃO BRASILEIRA

Setembro 2025



Idioma: Português do Brasil

2025



Faculdade de Odontologia - Câmpus de Araraquara

Rua Humaitá 1680 - Centro
Araraquara/SP - CEP 14801-903

Faculdade de Odontologia - Câmpus de Araraquara

Rua Humaitá 1680 - Centro
Araraquara/SP - CEP 14801-903

Idioma original: Inglês

Tradução para: Português (Brasil)

Data da tradução: 29/09/2025

Equipe de Tradução Brasileira

Líder do projeto: Prof. Dr. Giovana Fernandes

Líder da equipe: MSc. Tony Vieira Faria

Coordenadores do estudo: Prof. Dr. Giovana Fernandes, MSc. Tony Vieira Faria, Prof. Dr. Lucas Arrais de Campos

Tradutores (forward): Prof. Dr. Daniela Aparecida Godoi Gonçalves, Prof. Dr. Carolina Carmo Menezes

Retradutores (back): Dr. Gustavo Patrocínio, Prof. Dr. Débora Marconde

Colaboradores (painel de especialistas): Prof. Dr. Luiz Gonzaga Gandini Junior, Prof. Dr. Juliana Stunginsk Barbosa, Prof. Dr. Adriana Lira, Dr Diego Lorenzoni, Dra Gabriela Innocente.

Tradução disponível em www.bruxism-project.com

Faculdade de Odontologia - Câmpus de Araraquara

Rua Humaitá 1680 - Centro
Araraquara/SP - CEP 14801-903



BruxScreen-Q

Bruxism Screener (BruxScreen)

Teste de Identificação de Bruxismo (BruxScreen)

Parte I: Questionário de Autoavaliação

Explicação

Este questionário avalia a possível presença de bruxismo e seus sintomas associados.

O bruxismo é uma atividade dos músculos da mandíbula que pode se manifestar de duas formas: Apertamento leve ou intenso dos maxilares e dentes; ranger de dentes. O apertamento é uma atividade sem movimento, enquanto o ranger envolve o deslocamento da mandíbula sobre a maxila, geralmente acompanhado por sons característicos.

Ambas as atividades podem ocorrer durante o sono ou quando a pessoa está acordada. Em geral, o bruxismo é uma atividade inofensiva, mas algumas pessoas podem apresentar consequências, como: dor nos maxilares, rigidez nos músculos da mastigação, limitação na abertura da boca.

Você está sendo convidado(a) a responder o breve questionário abaixo, para que seu(sua) dentista tenha mais informações sobre a possível presença dessa atividade muscular.

Após o preenchimento, entregue o questionário completo ao(à) seu(sua) dentista, que realizará uma avaliação clínica breve para confirmar as condições que você indicou.

Obrigado(a) por sua colaboração!

Seu (sua) dentista

1. Bruxismo

a. Com que frequência você aperta seus dentes durante o sono?

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Regularmente
- ☐ Sempre
- ☐ Não sei

b. Com que frequência você range seus dentes durante o sono?

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Regularmente
- ☐ Sempre
- ☐ Não sei

c. Com que frequência você aperta seus dentes quando está acordado(a)?

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Regularmente
- ☐ Sempre
- ☐ Não sei

d. Com que frequência você range seus dentes quando está acordado(a)?

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Regularmente
- ☐ Sempre
- ☐ Não sei

e. Com que frequência você aperta suavemente, toca ou mantém seus dentes em contato enquanto está acordado(a), exceto ao comer (ou seja, contato entre os dentes superiores e inferiores)?

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Regularmente
- ☐ Sempre
- ☐ Não sei

f. Com que frequência você segura, contrai ou tensiona os músculos enquanto está acordado(a), sem apertar ou encostar os dentes?

- ☐ Nunca
☐ Algumas vezes
☐ Frequentemente
☐ Regularmente
☐ Sempre
☐ Não sei

2. Sintomas Mandibulares

a. Com que frequência você sente dor, desconforto, sensibilidade, cansaço, tensão ou rigidez nas têmporas, face, maxilares e/ou articulações temporomandibulares (ATMs)?

	Dor	Desconforto	Sensibilidade	Cansaço	Tensão	Rigidez
Ao acordar	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei
Em qualquer outro momento	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei

b. Com que frequência você sente dor, desconforto, sensibilidade, cansaço, tensão ou rigidez nas têmporas, face, maxilares e/ou articulações temporomandibulares ao abrir a boca ou mastigar?

	Dor	Desconforto	Sensibilidade	Cansaço	Tensão	Rigidez
Durante as refeições	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei
Em qualquer outro momento	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei	☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei

c. Com que frequência sua boca fica travada ou presa?

Durante as refeições:

☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei

Em qualquer outro momento:

☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Regularmente ☐ Sempre ☐ Não sei

BruxScreen-C — Rastreador Clínico de Bruxismo (BruxScreen)

Parte II: Formulário de Avaliação Clínica

Explicação

Essa ferramenta de avaliação clínica tem como objetivo identificar sinais que possam estar associados com o bruxismo. Primeiro, o contorno facial é observado para identificar se há hipertrofia dos músculos masseteres, tanto em contração e em relaxamento. Em caso de dúvidas, selecionar “ausente”. Segundo a cavidade oral é inspecionada, procurando sinais que possam estar relacionados ao bruxismo. Aqui também, em caso de dúvidas, selecione “ausente”. Terceiro, os dentes são examinados quanto ao desgaste dentário. Por favor, siga as regras de pontuação conforme indicado. Em caso de dúvidas entre duas pontuações, selecione o menor. Ainda, indique se o desgaste dentário observado é predominantemente mecânico (ou seja, causado pelo contato entre os dentes), predominantemente químico ou uma combinação de ambos.

Avaliação Extraoral

a. Hipertrofia dos músculos masseteres (observada com os músculos relaxados)

☐ Ausente

☐ Presente

b. Hipertrofia dos músculos masseteres (observada com os músculos contraídos)

☐ Ausente

☐ Presente

2. Avaliação Intraoral dos tecidos Não Dentários

a. Marcações nos lábios

☐ Ausente

☐ Presente

b. Marcações nas bochechas

☐ Ausente

☐ Presente

c. Indentações na língua

☐ Ausente

☐ Presente

d. Lesões traumáticas na língua

☐ Ausente

☐ Presente

e. Exostoses ósseas alveolares / tórus

☐ Ausente

☐ Presente

3. Avaliação Intraoral dos tecidos dentários

a. Desgastes incisais/oclusais por sextante

(0) Sem desgaste visível, (1) Desgaste restrito ao esmalte, (2) Desgaste com exposição de dentina e perda de até 1/3 da altura da coroa, (3) Perda de altura da coroa > 1/3 e < 2/3

(4) Perda de altura da coroa $\geq 2/3$

b. Desgaste palatino no sextante 2

(0) Sem desgaste visível, (1) Desgaste limitado ao esmalte, (2) Desgaste atingindo a dentina

Sextante 1 – Oclusal	Sextante 2 – Incisal	Sextante 3 - Oclusal
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Sextante 2 – Incisal		
0 1 2		
Sextante 6 – Oclusal	Sextante 5 – Incisal	Sextante 4 - Oclusal
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

c. O desgaste dentário observado é:

☐ Predominantemente mecânico

☐ Predominantemente químico

☐ Misto (mecânico e químico)