



Instrumento Padronizado para Avaliação de Bruxismo (STAB)

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

Índice

Questionário Demográfico

Eixo A – Avaliação do estado e consequências do bruxismo

A1. Relato de Bruxismo do Sono

A2. Relato de Bruxismo em Vigília

A3. Queixas do Paciente

A4. Articulações e Músculos

A5. Tecidos Intra e Extraorais

A6. Dentes e Restaurações

A7. Bruxismo do Sono (Avaliação Instrumental)

A8. Bruxismo em Vigília (Avaliação Instrumental)

A9. Instrumentos Adicionais

Eixo B – Fatores Etiológicos e Condições de Comorbidade 8

B1. Avaliação Psicossocial (Autorrelato)

B2. Condições Concomitantes Relacionadas ao Sono

B3. Condições Concomitantes Não Relacionadas ao Sono

B4. Avaliação de Medicações e Substâncias

B5. Avaliação de Fatores Adicionais

Instrumento Padronizado para Avaliação de Bruxismo (STAB)

(STAB)

Questionário Demográfico

Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Não declarado / Outro

Idade: _____

Altura: _____

Peso: _____

Qual é seu estado civil?

☐ Casado(a)

☐ União estável

☐ Divorciado(a)

☐ Separado(a)

☐ Viúvo(a)

☐ Nunca casou

Qual é o seu maior grau de escolaridade completo?

☐ Ensino fundamental (<16 anos)

☐ Ensino médio (até 18 anos)

☐ Ensino superior incompleto

☐ Ensino superior completo

☐ Pós-graduação

Avaliação do estado e das consequências do bruxismo

Faculdade de Odontologia - Câmpus de Araraquara

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

Avaliação Baseada no Autorrelato (SBA)

A1. Relato de Bruxismo do Sono

A1.1 Pergunta sobre Bruxismo do Sono

Nos últimos 30 dias, com que frequência você apertou ou rangeu os dentes quando estava dormindo (baseado em qualquer informação que você possa ter)?

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos que uma noite/mês
- ☐ 1–3 noites/mês
- ☐ 1–3 noites/semana
- ☐ 4–7 noites/semana
- ☐ Não sei

A1.1.1 Pergunta sobre Histórico de Bruxismo do Sono

No passado, você costumava apertar ou ranger os dentes durante o sono, baseado em qualquer informação que você possa ter?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não sei

A2. Relato de Bruxismo em Vigília

A2.1 Pergunta sobre Ranger os Dentes em Vigília

Nos últimos 30 dias, com que frequência você rangeu seus dentes quando estava acordado?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

A2.1.1 Pergunta sobre o Histórico de Ranger os Dentes em Vigília

No passado, você costumava ranger seus dentes quando estava acordado?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não sei

A2.2 Pergunta sobre Apertamento Dentário em Vigília

Nos últimos 30 dias, com que frequência você aperta seus dentes quando está acordado?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo

- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

A2.2.1 Pergunta sobre o Histórico de Apertamento Dentário em Vigília

No passado, você costumava apertar seus dentes quando estava acordado?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não sei

A2.3 Pergunta sobre Contato Dentário em Vigília

Nos últimos 30 dias, com que frequência você aperta, toca ou segura seus dentes em contato, exceto durante a alimentação (contato entre os dentes superiores e inferiores)?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

A2.3.1 Pergunta sobre o Histórico de Contato Dentário em Vigília

No passado, você costumava apertar, tocar ou segurar seus dentes em contato, exceto durante a alimentação (contato entre os dentes superiores e inferiores)?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não sei

A2.4 Pergunta sobre Tensão Mandibular em Vigília

Nos últimos 30 dias, com que frequência você segura, aperta ou tensiona seus músculos sem apertar ou tocar seus dentes?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

A2.4.1 Pergunta sobre Histórico de Tensão Mandibular em Vigília

No passado, você costumava segurar, apertar ou tensionar seus músculos sem apertar ou tocar seus dentes?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não sei

A3. Queixas do Paciente

Disfunção Temporomandibular (DTM)

A3.1 DTM Dolorosa

Nos últimos 30 dias, quanto tempo durou qualquer dor em seus maxilares ou região das têmporas, em um dos lados da cabeça ou nos dois?

- ☐ Nenhuma dor
- ☐ A dor vem e vai
- ☐ A dor está sempre presente

A3.2 Dor ou Rigidez ao Acordar

Nos últimos 30 dias, você sentiu dor ou rigidez nos maxilares ao acordar?

- ☐ Não
- ☐ Sim

A3.3 Travamento

Nos últimos 30 dias, sua mandíbula ficou travada ou presa, mesmo que por apenas um momento, de forma que você não conseguiu abrir a boca completamente?

- ☐ Não
- ☐ Sim

A3.4 Alteração da Dor Durante Atividades

Nos últimos 30 dias, as seguintes atividades mudaram qualquer dor (melhorou ou piorou a dor) em seus maxilares e/ou têmporas em qualquer dos dois lados?

- ☐ Mastigar alimentos duros ou resistentes
- ☐ Abrir a boca ou movimentar a mandíbula para frente ou para os lados
- ☐ Manter os dentes juntos, apertar, ranger ou mascar chicletes
- ☐ Falar, beijar ou bocejar

A3.5 Ruídos Articulares

Nos últimos 30 dias, você ouviu algum som ou barulho nas suas articulações quando movimentou ou usou a mandíbula?

- ☐ Não
- ☐ Sim

A3.6 Dor Muscular em Vigília

Nos últimos 30 dias, você sentiu alguma dor nos maxilares em qualquer momento do dia?

- ☐ Entre o acordar e o café da manhã
- ☐ Entre o café da manhã e o almoço
- ☐ Entre o almoço e o jantar
- ☐ Entre o jantar e a hora de dormir

A3.6.1 Fadiga ou Cansaço Muscular em Vigília

Durante os últimos 30 dias, você sentiu rigidez nos maxilares ou sensação de cansaço ou fadiga durante qualquer um dos seguintes momentos do dia?

- ☐ Entre o acordar e o café da manhã
- ☐ Entre o café da manhã e o almoço
- ☐ Entre o almoço e o jantar
- ☐ Entre o jantar e a hora de dormir

A3.7 Sintomas ao Acordar

Você já observou qualquer um dos seguintes sintomas ao acordar?

- ☐ Sensação de fadiga, dor ou aperto na mandíbula
- ☐ Sensação de que seus dentes estão apertados ou que sua boca está dolorida
- ☐ Dor nas têmporas
- ☐ Sensação de tensão nas articulações (ATM) ao acordar
- ☐ Necessidade de movimentar a mandíbula para liberá-la
- ☐ Dificuldade para abrir bem a boca ao acordar
- ☐ Estalido nas articulações ao acordar que desaparece em seguida

A3.8 Dor de Cabeça

Nos últimos 30 dias, você teve alguma dor de cabeça que incluiu as áreas das têmporas?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Se sim, por quantos dias? _____

A3.9 Desgaste Dentário

Você tem percebido algum dos seguintes sintomas por causa de desgastes dentários?

- ☐ Sensibilidade e/ou dor
- ☐ Problemas funcionais (dificuldades em mastigar e comer)
- ☐ Deterioração da aparência estética (atratividade dentária comprometida)
- ☐ Fraturas ou desintegração de tecido dentário/restaurações
- ☐ Alterações fonéticas

A3.10 Zumbido

Você ouve barulhos ou zumbido nos ouvidos?

- ☐ Não
- ☐ Sim

A3.11 Xerostomia (Boca Seca)

Você sente sua boca seca?

- ☐ Nunca
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Frequentemente

A3.12 Sialorreia (Salivação Excessiva)

Você sente salivação excessiva durante a noite?

- ☐ Não tenho salivação excessiva durante a noite

- ☐ Meu travesseiro às vezes fica molhado durante a noite
- ☐ Meu travesseiro regularmente fica molhado durante a noite
- ☐ Meu travesseiro sempre fica molhado durante a noite
- ☐ Toda noite meu travesseiro e outras roupas de cama ficam molhados

A4. Avaliação Clínica (CBA)

Relato do Examinador (para uso do examinador)

A4.1 Diagnóstico da DTM (Item opcional)

Marque a presença dos seguintes diagnósticos:

A4.1.1 Disfunções Dolorosas

- ☐ Mialgia
- ☐ Mialgia com dor espalhada
- ☐ Dor miofascial com referência
- ☐ Artralgia lado direito
- ☐ Artralgia lado esquerdo
- ☐ Cefaleia atribuída à DTM

A4.1.2 Disfunção ATM Direita

Por favor, especifique se o diagnóstico é baseado em avaliação clínica ou por imagem.

- ☐ Deslocamento do disco com redução
- ☐ Deslocamento do disco sem redução, com travamento intermitente
- ☐ Deslocamento do disco sem redução com limitação de abertura
- ☐ Deslocamento do disco sem redução sem limitação de abertura
- ☐ Desordem articular degenerativa
- ☐ Subluxação

A4.1.3 Disfunção ATM Esquerda

Por favor, especifique se o diagnóstico é baseado em avaliação clínica ou por imagem.

- ☐ Deslocamento do disco com redução
- ☐ Deslocamento do disco sem redução, com travamento intermitente
- ☐ Deslocamento do disco sem redução com limitação de abertura
- ☐ Deslocamento do disco sem redução sem limitação de abertura
- ☐ Desordem articular degenerativa
- ☐ Subluxação

A4.2 Hipertrofia do Músculo Masseter

Marque a presença de hipertrofia do masseter:

- ☐ Esquerda
- ☐ Direita

A5. Tecidos Intra e Extra-Orais

A5.1 Tecidos Moles e Ósseos

Marque a presença dos seguintes sinais:

- ☐ Linha alba (esquerda / direita)
- ☐ Marcações nos lábios (superior / inferior)
- ☐ Edentações na língua (direita / esquerda)
- ☐ Ulcerações na língua (direita / esquerda)
- ☐ Exostoses do osso alveolar
- ☐ Mandíbula (vestibular / lingual)
- ☐ Maxila (vestibular / lingual / linha média palatina)

Se uma lesão com bordas firmes, endurecidas e elevadas estiver presente, é sinal de alerta para investigação urgente.

A5.2 Posição da Língua de Friedman (Modificada)



Categoria I:

Sem fala / abaixador de língua – palato e úvula visíveis

Categoria II:

Com fonação - úvula e palato visíveis

Categoria III:

Abaixador de língua – úvula e arco palatino visíveis

Categoria IV:

Com fala/ abaixador de língua - úvula e palato não visíveis

A5.3 Classe Esquelética (Item opcional)

- ☐ Classe I
- ☐ Classe II
- ☐ Classe III



Perfil esquelético

Classe III

Perfil esquelético

Classe I

Perfil esquelético

Classe II

A5.4 Perfil Esquelético (Item opcional)

- ☐ Perfil normodivergente (ângulo goníaco médio)
- ☐ Perfil hipodivergente (ângulo goníaco reduzido)
- ☐ Perfil hiperdivergente (ângulo goníaco aumentado)



Normodivergente

Hipodivergente

Hiperdivergente

A6. Dentes e Restaurações

A6.1 Triagem para Desgastes Dentários – Quantificação

Indique o escore mais alto de desgaste dentário por sextante:

	Sextante 1	Sextante 2	Sextante 3	Sextante 4	Sextante 5	Sextante 6
Occlusal/Incisal						
Palatal						

A6.1.1 Quantificação do Desgaste Dentário

(Preencher se o grau ≥ 2 for detectado)

Sinais clínicos indicando influência de fatores mecânicos:

- ☐ Facetas brilhantes, planas e polidas
- ☐ Desgastes no esmalte e dentina na mesma proporção
- ☐ Desgastes coincidentes entre dentes antagonistas
- ☐ Fraturas de cúspides e restaurações
- ☐ Impressões em bochechas, língua e/ou lábios
- ☐ Lesões cervicais não cariosas (LCNC)
- ☐ Lesões vestibulares/cervicais amplas
- ☐ Áreas cervicais de pré-molares e caninos afetadas
- ☐ Trincas no esmalte
- ☐ Tórus mandibular

A6.2 Exame Dental e Periodontal

Indique o número de dentes com os seguintes sinais:

	Sextante 1	Sextante 2	Sextante 3	Sextante 4	Sextante 5	Sextante 6
Mobilidade						
Sensibilidade térmica						
Desconforto/dor ao morder						
Dentes fraturados						

A6.3 Restaurações

Indique o número de dentes ou implantes com os seguintes sinais:

	Sextante 1	Sextante 2	Sextante 3	Sextante 4	Sextante 5	Sextante 6
Restaurações perdidas ou quebradas						
Restaurações desgastadas						
Fraturas de cerâmica						
Implantes com mobilidade						
Fraturas de implantes						
Perda de parafuso de implantes						

A6.4 Avaliação de Dispositivos Oraís (se o paciente utilizar placa de resina rígida)

Marque a presença dos seguintes sinais:

Marcas de atrito (estrias)

Marcas de apertamento (pontos circulares)

Marcas combinadas (atrito + apertamento)

Fraturas ou perfurações

☐ Direito ☐ Anterior ☐ Esquerdo

☐ Direito ☐ Anterior ☐ Esquerdo

☐ Direito ☐ Anterior ☐ Esquerdo

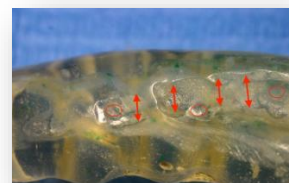
☐ Direito ☐ Anterior ☐ Esquerdo



Exemplo de marcas de atrito (ranger)



Exemplo de marcas de apertamento



Exemplos de marcas combinadas

Avaliação Baseada em Instrumentos

Relato instrumental

A7. Bruxismo do Sono

A7.1 Eletromiografia

- ☐ Número de eventos nos masseteres acima de 10% MVC: _____
- ☐ Índice de tempo de bruxismo (se disponível): _____
- ☐ Índice de atividade de bruxismo (se disponível): _____

A7.2 Polissonografia (Opcional)

- ☐ Número de despertares relacionados a eventos de bruxismo do sono: _____
- ☐ Número de despertares não relacionados a eventos de bruxismo do sono: _____
- ☐ Índice de tempo de bruxismo: _____
- ☐ Índice de atividade do bruxismo: _____

A7.3 Outros Métodos (Opcional)

Escores de aplicativos para sons de ranger

A7.4 Placas com Sensores (Opcional)

Número de eventos de apertamento: _____

A8. Bruxismo em Vigília

A8.1 Avaliação Ecológica Momentânea (Relato de uma Semana)

Preencha a porcentagem observada em cada condição:

Condição	Semana 1 (%)	Semana(s) adicional(is) (%)
Músculos mandibulares relaxados (sem contato dentário)		
Tensão da mandíbula (sem contato dentário)		
Contato dentário leve e estático		
Apertamento dentário (contato forte e estático)		
Ranger de dentes		

A8.2 Eletromiografia em Vigília

- ☐ Número de eventos nos masseteres acima de 10% MVC: _____
- ☐ Índice de tempo de bruxismo: _____
- ☐ Índice de atividade de bruxismo: _____

A8.3 Outros Métodos

A ser determinado

A9. Instrumentos Adicionais

A9.1 Acidez Intraoral (Opcional)

- ☐ pH salivar em repouso: _____
- ☐ Fluxo salivar em repouso: _____
- ☐ pH salivar estimulado (parafina): _____
- ☐ Fluxo salivar estimulado: _____

Eixo B – Fatores Etiológicos, de Risco e Condições Comórbidas

B1. Avaliação Psicossocial por Autorrelato

B1.1 Triagem de Ansiedade e Depressão

Nas últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado(a) pelos seguintes problemas?

1. Sentiu-se nervoso(a), ansioso(a) ou no limite:
 - ☐ Nunca
 - ☐ Muitos dias
 - ☐ Mais da metade dos dias
 - ☐ Quase todos os dias
2. Não conseguiu parar ou controlar a preocupação:
 - ☐ Nunca
 - ☐ Muitos dias
 - ☐ Mais da metade dos dias
 - ☐ Quase todos os dias
3. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas:
 - ☐ Nunca
 - ☐ Muitos dias
 - ☐ Mais da metade dos dias
 - ☐ Quase todos os dias

4. Sentiu-se para baixo, deprimido(a) ou sem esperança:
- ☐ Nunca
 - ☐ Muitos dias
 - ☐ Mais da metade dos dias
 - ☐ Quase todos os dias

B1.2 Enfrentamento

Considere quão bem as seguintes afirmações descrevem seu comportamento e ações.

1. Eu procuro formas criativas de modificar situações difíceis.
 - ☐ Não me descreve de forma nenhuma
 - ☐ Não me descreve
 - ☐ Neutro
 - ☐ Me descreve
 - ☐ Me descreve muito bem
2. Apesar do que acontece comigo, acredito que posso controlar minhas reações.
 - ☐ Não me descreve de forma nenhuma
 - ☐ Não me descreve
 - ☐ Neutro
 - ☐ Me descreve
 - ☐ Me descreve muito bem
3. Acredito que posso crescer de forma positiva lidando com situações difíceis.
 - ☐ Não me descreve de forma nenhuma
 - ☐ Não me descreve
 - ☐ Neutro
 - ☐ Me descreve
 - ☐ Me descreve muito bem
4. Eu busco ativamente formas de substituir as perdas que sofro na vida.
 - ☐ Não me descreve de forma nenhuma
 - ☐ Não me descreve
 - ☐ Neutro
 - ☐ Me descreve
 - ☐ Me descreve muito bem

B2. Avaliação de Condições Concomitantes Relacionadas ao Sono

Autorrelato

B2.1 Triagem de Apneia do Sono

Por favor, marque quais das seguintes questões são respondidas positivamente:

- ☐ Você ronca alto?
- ☐ Você costuma se sentir cansado(a), fatigado(a) ou sonolento(a) durante o dia?
- ☐ Alguém já observou você parar de respirar ou ficar engasgado(a)/ofegante enquanto dorme?
- ☐ Você tem ou está em tratamento para pressão alta?
- ☐ Seu índice de massa corporal (IMC) é maior que 35?
- ☐ Tem mais de 50 anos?
- ☐ Tem o pescoço largo (43 cm ou mais para homens; 41 cm ou mais para mulheres)?
- ☐ Sexo masculino?

B2.2 Triagem para Insônia

Indique quais das seguintes afirmações se aplicam a você:

- ☐ Tenho dificuldade para iniciar o sono
- ☐ Pensamentos correm pela minha mente e me impedem de dormir
- ☐ Prevejo problemas com o sono — várias vezes por semana acordo e não consigo voltar a dormir
- ☐ Preocupo-me com as coisas e tenho dificuldade para relaxar
- ☐ Acordo mais cedo do que gostaria
- ☐ Fico acordado(a) na cama por meia hora ou mais antes de adormecer

B2.3 Triagem para Desordem de Movimentos Periódicos dos Membros e Síndrome das Pernas Inquietas

Indique quais das seguintes afirmações se aplicam a você:

- ☐ Sinto tensão nas pernas mesmo quando não faço exercícios
- ☐ Notei (ou me disseram) que partes do meu corpo se contraem durante o sono
- ☐ Já me disseram que eu chuto à noite
- ☐ Quando tento dormir, sinto dor ou formigamento nas pernas, ou câibras durante a noite
- ☐ Às vezes não consigo manter as pernas paradas à noite — preciso movê-las para me sentir confortável
- ☐ Mesmo dormindo à noite, sinto sono durante o dia

B2.4 Comportamentos Oraís – Posição ao Dormir

Nos últimos 30 dias, com que frequência você dorme em uma posição que coloca pressão na sua mandíbula?

- ☐ Nunca

- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

B3. Avaliação de Condições Concomitantes Não Relacionadas ao Sono

Autorrelato

B3.1 Comportamentos Orais – Atividades Durante a Vigília

Nos últimos 30 dias, com que frequência você realizou as seguintes atividades?

Q7. Seguro ou projeto a mandíbula para frente ou para o lado

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q8. Pressiono a língua contra os dentes

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q9. Mantenho a língua entre os dentes

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q10. Mordo, mastigo ou brinco com a língua, bochechas ou lábios

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q11. Seguro a mandíbula em uma posição rígida ou tensa, como para proteger ou sustentar a boca

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q12. Seguro entre os dentes ou mordo objetos como cabelos, cachimbo, lápis, caneta, dedos ou unhas

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q13. Masco chiclete

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q14. Toco instrumento musical que envolve o uso da boca ou mandíbula

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q15. Apoio a mão no queixo, como segurar ou repousar o queixo na mão

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q16. Mastigo apenas de um lado

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo

- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q17. Como entre as refeições

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q18. Falo constantemente (por exemplo: dou aulas, trabalho com vendas ou atendimento ao público)

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q19. Canto

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q20. Bocejo

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

Q21. Seguro o telefone entre minha cabeça e ombros

- ☐ Nunca
- ☐ Uma pequena parte do tempo
- ☐ Alguma parte do tempo
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ O tempo todo
- ☐ Não sei

B3.2 Uso de Smartphone (Item Opcional)

Indique a média de tempo de uso diário do smartphone: _____ horas por dia

B3.3 Desordens Motoras Orofaciais

Você já recebeu diagnóstico ou apresenta sinais de alguma das seguintes condições?

- ☐ Discinesia orofacial
- ☐ Distonia oromandibular
- ☐ Doença de Parkinson
- ☐ Doença de Huntington
- ☐ Síndrome de Tourette
- ☐ Espasmo hemifacial
- ☐ Discinesia tardia

B3.4 Triagem para Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)

Quantas vezes por semana você sente cada um dos seguintes sintomas?

A. Sensação de queimação (azia)

- ☐ 0 dias
- ☐ 1 dia
- ☐ 2–3 dias
- ☐ 4–7 dias

B. Regurgitação (conteúdo do estômago voltando à garganta ou boca)

- ☐ 0 dias
- ☐ 1 dia
- ☐ 2–3 dias
- ☐ 4–7 dias

C. Dor na parte superior ou média do abdômen

- ☐ 0 dias
- ☐ 1 dia
- ☐ 2–3 dias
- ☐ 4–7 dias

D. Náusea

- ☐ 0 dias
- ☐ 1 dia
- ☐ 2–3 dias
- ☐ 4–7 dias

E. Dificuldade para dormir devido à azia ou regurgitação

- ☐ 0 dias
- ☐ 1 dia
- ☐ 2–3 dias
- ☐ 4–7 dias

F. Necessidade de automedicação para azia ou regurgitação

- ☐ 0 dias
- ☐ 1 dia
- ☐ 2–3 dias
- ☐ 4–7 dias

B3.5 Triagem de Desordens Autoimunes ou de Tecidos Conectivos

Você já recebeu o diagnóstico de alguma das seguintes condições?

- ☐ Artrite reumatoide
- ☐ Lúpus
- ☐ Outras doenças reumáticas sistêmicas, incluindo fibromialgia
- ☐ Esclerose sistêmica
- ☐ Polimialgia reumática
- ☐ Doença mista do tecido conjuntivo
- ☐ Outras: _____

B3.6 Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Você já foi diagnosticado(a) com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade?

- ☐ Não
- ☐ Sim

B4. Avaliação de Medicações Prescritas e Uso de Substâncias

Autorrelato

B4.1 Drogas

Marque se você usa drogas recreativas ou ilegais.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Em caso afirmativo, informe quais drogas você usa para fins recreativos:

B4.2 Medicções

Você utiliza atualmente alguma das seguintes medicações?

- ☐ Antidepressivos (ex.: inibidores seletivos da recaptação de serotonina)
- ☐ Benzodiazepínicos
- ☐ Neurolépticos, antipsicóticos ou antieméticos (antagonistas da dopamina)
- ☐ Medicções para TDAH
- ☐ Antialérgicos
- ☐ Cannabis medicinal (CBD)
- ☐ Cannabis medicinal (THC)

☐ Opioides

☐ Outras: _____

Em caso afirmativo, liste todas as medicações e respectivas doses:

B4.3 Tabaco

Você fuma ou usa qualquer produto com tabaco?

☐ Não

☐ Sim

☐ Parei de fumar

Em caso afirmativo, quantos cigarros por dia você fuma? _____

B4.4 Álcool

Você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho ou destilados)?

☐ Não

☐ Sim

☐ Parei de beber

Em caso afirmativo, qual é o consumo aproximado (taças/copos por dia)? _____

B4.5 Refrigerantes

Você consome refrigerantes regularmente (ex.: Coca-Cola, RedBull, Sprite, Fanta)?

☐ Não

☐ Sim

☐ Parei de beber

Em caso afirmativo, qual é o consumo aproximado (taças/copos por dia)? _____

B4.6 Sucos e Frutas

Você toma regularmente sucos ou frutas cítricas (ex.: limão, laranja, tangerina)?

☐ Não

☐ Sim

☐ Parei de consumir

Em caso afirmativo, qual é o consumo aproximado (taças/copos por dia)? _____

B4.7 Cafeína

Você bebe regularmente café, chá ou outras bebidas com cafeína?

☐ Não

☐ Sim

☐ Parei de consumir

Em caso afirmativo, qual é o consumo aproximado (xícaras por dia)? _____

B5. Avaliação de Fatores Adicionais

B5.1 Triagem de Bruxismo Familiar

Você sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tem histórico de bruxismo?

- ☐ Não
- ☐ Sim — Pai / Mãe / Filho / Filha / Avô / Avó
- ☐ Não sei

B5.2 Triagem de Desgaste Dentário Familiar

Você sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que apresenta desgaste dentário?

- ☐ Não
- ☐ Sim — Pai / Mãe / Filho / Filha / Avô / Avó
- ☐ Não sei

B5.3 Triagem de Apneia do Sono Familiar

Você sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tem apneia do sono?

- ☐ Não
- ☐ Sim — Pai / Mãe / Filho / Filha / Avô / Avó
- ☐ Não sei

B5.4 Triagem de Dor Orofacial Familiar

Você sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que sente dor facial não relacionada aos dentes?

- ☐ Não
- ☐ Sim — Pai / Mãe / Filho / Filha / Avô / Avó
- ☐ Não sei

B5.5 Triagem de Refluxo Gastroesofágico na Família

Você sabe de alguém na sua família (por exemplo, pai, mãe, filhos) que tem doença do refluxo gastroesofágico?

- ☐ Não
- ☐ Sim — Pai / Mãe / Filho / Filha / Avô / Avó
- ☐ Não sei