

Gabriela Ferreira Iglesias

**A IMPORTÂNCIA DO BRUXISMO, DO ESTRESSE,
DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA SONOLÊNCIA DIURNA
EXCESSIVA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

Araçatuba-SP

2015

Gabriela Ferreira Iglesias

**A IMPORTÂNCIA DO BRUXISMO, DO ESTRESSE,
DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA SONOLÊNCIA DIURNA
EXCESSIVA EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista —Júliode Mesquita Filho”.

Orientadora: Profa. Ass. Dra. Karina Helga Turcio de Carvalho

Araçatuba – SP

2015

À Deus, pois sem Ele nada seria possível.

À minha família...

Meu pai Fernando, que nunca mediu esforços para que eu chegasse até aqui, sempre me apoiou e batalhou junto comigo, me instruiu e deu o melhor de si.

Minha mãe Cássia, que foi companheira, ombro amigo, meu desabafo e maior consolo durante esses 5 anos.

Minha irmã Carolina, que muitas vezes me escutou e me aconselhou, assumindo o papel de 'irmã mais velha'.

À turma 57, com a qual compartilhei esses 5 anos de graduação.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Karina Helga Túrcio de Carvalho, excelente profissional; que muito me ensinou e não mediu esforços para me passar conhecimento, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.

À Prof. Dra. Daniela Atile Brandini de Weert, pelo apoio, sendo de suma importância durante o decorrer do projeto.

Ao professor Paulo Renato Junqueira Zuim por prontamente aceitar fazer parte da banca examinadora.

À PIBIC pela aceitação do projeto como iniciação científica.

À Universidade Estadual Paulista, pela oportunidade de realização da graduação.

-Sonhos determinam o que
você quer. Ação determina
o que você conquista.”

Aldo Novak

IGLESIAS, G. F. **A importância do bruxismo, do estresse e depressão na sonolência diurna excessiva em estudantes universitários**. 2015.36 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

RESUMO

O bruxismo é um hábito parafuncional frequente na população jovem, associado ao estresse emocional e é considerado um distúrbio do sono que pode levar à diminuição da qualidade do sono e aumento de sonolência diurna. A sonolência excessiva diurna tem consequências indesejáveis à saúde e vida social dos indivíduos. Diante disto, o objetivo deste estudo foi avaliar se a sonolência diurna está relacionada à presença de bruxismo, depressão, estresse emocional e ansiedade. Para isto, foram selecionados jovens estudantes por meio de questionário de bruxismo, estresse emocional e depressão, e sonolência diurna. Foram incluídos no estudo, 128 jovens estudantes de odontologia voluntários, sendo 97 mulheres e 31 homens com ausência de apnéia obstrutiva do sono. Todos eles responderam ao Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), para identificação de sintomas de estresse, ao Inventário de Depressão de Beck, para sintomas depressivos, ao Inventário de Avaliação de Ansiedade. Também responderam ao índice de sonolência de Epworth e a um questionário sobre a presença de bruxismo. Os resultados foram tabulados e submetidos à análise estatística. Após a coleta dos dados, o grupo foi dividido em Sem (G1) e Com (G2) sonolência diurna excessiva, e submetidos à análise estatística usando SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) com alfa (α)=0.05. A diferença entre os grupos foi analisada usando-se o teste Qui-Quadrado e de Fisher para variáveis categóricas, e o Teste T Student para variáveis contínuas. O teste de Pearson foi aplicado para verificar a correlação entre as variáveis. Podemos concluir que dentre os fatores analisados, apenas o gênero feminino e a depressão se correlacionaram com a sonolência diurna excessiva.

Palavras-chave: Bruxismo. Depressão. Ansiedade.

IGLESIAS, G. F. **The importance of bruxism, stress and depression in excessive daytime sleepiness in college students**. 2015. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

ABSTRACT

The excessive daytime sleepiness have undesirable consequences on health and social life of individuals. Bruxism is a frequent parafunctional habit in the young population, associated with emotional stress and is considered a sleep disorder that can lead to decreased quality of sleep and increased daytime sleepiness. In view of this, the aim of this study was to evaluate whether daytime sleepiness is related to the presence of bruxism, depression and emotional stress. For this, young students were selected through bruxism questionnaire, emotional stress and depression, and daytime sleepiness. The study included 128 young students volunteer dentistry, with 97 women and 31 men with no obstructive sleep apnea. They all responded to the Stress Symptom Inventory for Adults Lipp (ISSL) to identify stress symptoms, the Beck Depression Inventory for depressive symptoms. Also answered the Epworth Sleepiness index and a questionnaire about the presence of bruxism. The results were tabulated and analyzed statistically. After collecting the data, the group was divided into No (G1) and with (G2) excessive daytime sleepiness, and statistically analyzed using SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) with alpha (α) = 0:05. The difference between the groups was analyzed using the chi-square test and Fisher for categorical variables and the Student t test for continuous variables. The Pearson test was used to verify the correlation between the variables. We can conclude that among the factors analyzed, only the females and depression correlate with excessive daytime sleepiness.

Keywords: Bruxism. Depression. Anxiety.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados descritivos de gênero, bruxismo e estresse.....	19
Tabela 2 - Dados descritivos de depressão e ansiedade	19
Tabela 3 - Correlação da sonolência diurna com gênero, bruxismo, ansiedade, depressão e estresse emocional.....	20
Tabela 4 - Correlação do bruxismo com gênero, sonolência diurna, ansiedade, depressão e estresse emocional.....	20
Tabela 5 - Correlação do gênero com sonolência diurna, bruxismo, ansiedade, depressão e estresse emocional.....	20

SUMÁRIO

1 Introdução	10
2 Objetivos	14
3 Hipótese	15
4 Metodologia	16
5 Resultados	19
6 Discussão	21
7 Conclusão	24
8 Referências	25
9 Anexos	31

1 Introdução

A sonolência diurna é um sintoma muito característico de indivíduos que possuem distúrbios do sono, dentre eles o bruxismo e a apneia obstrutiva do sono, apesar de ser menos comum que a fadiga, falta de energia e cansaço (CARRA et al., 2011; CHERVIN, 2000). Estudos demonstram que 0.5-14%, da população tem suas atividades familiares, profissionais e sociais seriamente afetadas por esta situação (MARTIKAINEN et al., 1992).

O acesso à sonolência diurna é realizado por meio de escalas subjetivas como a Escala de Sonolência de Epworth (JOHNS, 1991), que procura identificar a possibilidade dos indivíduos dormirem em atividades cotidianas e identifica nos pacientes a possível presença de algum distúrbio do sono.

A prevalência de distúrbios do sono na população em geral é alta (ROCHA; LIMA E COSTA, 2000) e varia conforme o distúrbio analisado. O ronco e a sonolência diurna acometem até 40 % da população, e a insônia pode chegar até 50%. As repercussões são significativas para o indivíduo, família e sociedade e podem ainda ser fatores de risco para doenças clínicas e psiquiátricas (MADANI, MADANI, FRANK, 2010)

A Síndrome da Apnéia e Hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é um importante distúrbio do sono e é considerada uma doença crônica, progressiva, incapacitante, com alta mortalidade e morbidade (ALBERTINI; SIQUEIRA, 2001). Caracteriza-se pela ocorrência de eventos cíclicos e repetitivos de obstrução das vias aéreas durante o sono, podendo a obstrução ser total (apnéia) ou parcial (hipopnéia), o que resulta em hipoxemia (queda do conteúdo de oxigênio no sangue) e hipercapnia (aumento do gás carbônico no sangue) (ALMEIDA; LOPES, 2004). Esta interrupção do fluxo aéreo resulta em microdespertares, tornando o sono fragmentado e não reparador. Como consequência pode ocorrer sonolência excessiva no período diurno. Observações clínicas sugestivas da SAHOS são ronco alto, sonolência diurna, fadiga e nocturia (ALMEIDA; LOPES, 2004).

O bruxismo pode ocorrer durante a vigília, sendo chamado bruxismo diurno ou em vigília, ou durante o sono, sendo denominado bruxismo do sono. O bruxismo do

sono e bruxismo em vigília ocorrem em estados de consciência diferentes (sono e vigília), sendo causados por fatores etiológicos diferentes, necessitando de diferentes tratamentos (BADER; LAVIGNE, 2000).

O bruxismo em vigília é caracterizado pelo cerrar dos dentes, não se sabe ao certo sua etiologia, mas atualmente acredita-se que a ansiedade e o estresse levam ao apertamento, isso ocorre em estado de vigília (FERNANDES, GONÇALVES, CAMPARIS, 2007).

O Bruxismo do sono é um importante distúrbio do sono com efeitos adversos sobre a saúde e o sono dos pacientes. Tem uma prevalência de 12,8% na população adulta, não apresenta diferenças entre os gêneros tendendo a diminuir com a idade (MANFREDINI et al., 2013).

O bruxismo do sono pode ser classificado em primário ou idiopático, quando não se identifica uma causa, e em secundário, quando relacionado a uma causa médica ou sócio-psicológica (LOBBEZOO et al., 2013). O seu diagnóstico pode ser feito utilizando-se diferentes métodos como a polissonografia e equipamentos portáteis (AHLBERG et al., 2008), exame físico (PAESANI et al., 2013); e questionários (PINTADO et al., 1997). Obviamente, a polissonografia associada a um sistema de áudio-vídeo ainda é o padrão ouro para este tipo de avaliação (LAVIGNE et al., 2000). Mas é um método que exige tempo e disposição do paciente e apresenta alto custo (BUYSSE et al., 1989).

A definição de movimentos estereotipados e periódicos com ranger e/ou cerrar de dentes decorrentes da contração rítmica dos músculos masseteres durante o sono é dada pela Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD – 1997) para o Bruxismo do Sono (THORPY, 1997).

Os achados científicos sobre o bruxismo do sono e sua relação com a SAHOS ainda são apresentados como hipóteses. Dentre estas hipóteses, é sugerido que o bruxismo do sono pode ser um mecanismo de proteção contra a apneia obstrutiva, uma vez que a contração involuntária promoveria um avanço mandibular para restaurar a passagem aérea superior. Outra hipótese é que o bruxismo do sono seja

induzido pelo sistema de reflexo cardíaco trigeminal decorrente da apnéia obstrutiva (MANFREDINI et al., 2015).

Segundo Grisart et al. (2002) os distúrbios do sono podem afetar o controle da dor, além de importantes mecanismos de regulação neuroendócrina, estando ainda relacionados com manifestações afetivo-emocionais e cognitivas, comumente observadas nas síndromes dolorosas crônicas.

Além do bruxismo e apneia obstrutiva do sono, os quais são considerados distúrbios do sono, nota-se possíveis chances de o estresse emocional, a depressão e a ansiedade influenciarem de alguma maneira no sono, podendo levar a sonolência diurna excessiva.

O estresse emocional é um estado de tensão, o qual pode levar a uma quebra no equilíbrio interno do organismo, ou seja, um estado doente do organismo. Geralmente ocorre quando a pessoa tem alguma responsabilidade que ultrapassa sua capacidade adaptativa (EVERLY, 1990). O diagnóstico de estresse emocional para pesquisa pode ser realizado com o auxílio de questionários já estabelecidos pela literatura, tais como o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (LIPP, 2000).

A depressão pode levar a possível alteração no padrão do sono, pois cerca de 80% a 90% dos pacientes depressivos tem essa queixa (HARVEY, 2001; JANSSON-FROJMARK; LINDBLOM, 2008). As principais queixas são despertares noturnos frequentes, com isso os indivíduos sentem que não conseguem descansar durante o sono, levando em torno de 10 a 20% dos pacientes a terem sonolência excessiva, incluindo sonolência excessiva diurna (BITTENCOURT; SILVA; SANTOS, 2005). O Inventário de Avaliação de Depressão de Beck (BDI) – (BECK et al., 1961), auxilia no diagnóstico de pacientes depressivos.

A ansiedade é uma característica normal do ser humano, sendo um estado emocional, fisiológico e psicológico, o qual estimula o desempenho; porém, quando ocorre de maneira desproporcional, ou sem motivos, é considerada patológica. (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). A população apresenta como um dos

transtornos psiquiátricos mais frequentes, o transtorno da ansiedade (ANDRADE *et al.*, 2002).

2 Objetivos

Diante do exposto, os objetivos deste estudo foram:

- 1- Verificar se a Sonolência Diurna Excessiva está relacionada ao bruxismo;
- 2- Verificar se a Sonolência Diurna Excessiva está relacionada ao Estresse Emocional e Depressão no grupo estudado;
- 3- Identificar sintomas de estresse e depressão nos estudantes de odontologia.
- 4- Verificar se há diferença entre os gêneros com relação às variáveis estudadas.

3 Hipótese

A hipótese deste estudo é de que a sonolência diurna excessiva esteja relacionada com a presença do bruxismo, de ansiedade, estresse e depressão; e não com o gênero. E também que a ansiedade esteja relacionada ao gênero.

4 Metodologia

a. População a ser estudada.

Foram selecionados 136 alunos de graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista —“Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba-SP, Brasil. Todos os indivíduos foram orientados a não utilizarem medicamentos e bebidas alcoólicas previamente à aplicação dos questionários.

Como critério de exclusão os indivíduos responderam ao questionário de Berlim (Anexo A), que em caso de resposta positiva, sugere possível presença de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) (NETZER et al., 1999). Foram excluídos do estudo 8 indivíduos.

b. Questionários aplicados.

O Questionário de Berlim (Netzer et al., 1999) – (Anexo A), discrimina indivíduos com alta e baixa chance de desenvolver a síndrome. No presente estudo, a classificação adotada neste trabalho seguiu a sugestão dos autores da escala, por ser essa a mais adotada (Chung et al., 2008). Como citado anteriormente, este questionário foi aplicado para a exclusão de indivíduos com SAHOS. Esse questionário apresenta questões divididas em três (3) categorias, sendo que a primeira envolve questões sobre ronco; a segunda, sobre cansaço e fadiga; e a terceira compreende uma questão a respeito de hipertensão e outra envolvendo o valor do índice de massa corpórea (IMC), no qual o valor maior que 30 é considerado como resposta positiva. Se o resultado for positivo em 2 ou mais categorias classifica-se o paciente como com alto risco para SAHOS.

Em seguida foram submetidos à uma avaliação por meio da escala de sonolência de Epworth (JONHS, 1991) – (Anexo B), que foi baseada em observações sobre a natureza e a ocorrência da sonolência diurna (CONNOR et al., 2002). Consta de um questionário de auto resposta que avalia a probabilidade de

dormir em oito situações que envolvem atividades diárias (JONHS, 1991) (Quadro 1) e as respostas das questões se encaixam dentro das seguintes alternativas acompanhadas dos seguintes números para que posteriormente seja feita a somatória: Nenhum - 0; Ligeira - 1; Moderada - 2; Forte - 3. Após as respostas assinaladas, faz-se a soma de todos dos números equivalentes a cada resposta assinalada. A classificação é feita de maneira que: scores de 0 - 10 baixa sonolência; e scores acima de 11 alta sonolência.

Logo após, todos responderam ao questionário de bruxismo baseado no estudo de Pintado et al. (1997) modificado (Anexo C), envolvendo as seguintes perguntas: 1- Alguém já o ouviu ranger os dentes durante a noite?; 2- Você notou que range os dentes com frequência durante o dia?; 3- Você notou que aperta os dentes com frequência durante o dia?" as quais foram respondidas com Sim ou Não, e a resposta positiva a pelo menos uma das questões classifica o paciente como bruxista.

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (LIPP, 2000) - (Anexo D) foi aplicado nos estudantes para avaliação do nível de estresse, por psicólogos, colaboradores de Projeto de Extensão Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das Disfunções Temporomandibulares de 2014- PROEX UNESP.

Para a coleta de sintomas de depressão e ansiedade foram aplicados o Inventário de Depressão de Beck (BECK et al., 1961) - (Anexo E) o Inventário de Avaliação de Ansiedade (BAI) - (Anexo F), sendo que os scores obtidos do Inventário de Avaliação de Ansiedade (BAI), tem como significado: 0-10 ansiedade mínima (1), 11-19 ansiedade leve (2), 20-30 ansiedade moderada (3), e 31-67 ansiedade severa (4); já os scores obtidos do Inventário de Avaliação de Depressão (BDI) significam: 0-10 depressão mínima (1), 11-19 depressão leve (2), 20-28 depressão moderada (3), e 29-63 depressão severa (4).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (Número do Parecer: 711.728). Os questionários são instrumentos de auto-resposta, amplamente utilizado na pesquisa e na clínica (GORENSTEIN; ANDRADE, 2000).

Análise Estatística

Os dados coletados por meio dos questionários foram tabulados. De acordo com as respostas obtidas pela Escala de Sonolência de Epworth os pacientes foram divididos em dois grupos: sem sonolência excessiva diurna (G1) e com sonolência diurna excessiva (G2). Foram submetidos à análise estatística usando SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) com alfa (α)=0.05. Através do teste Qui-Quadrado e de Fisher para variáveis categóricas, e o Teste T Student para variáveis contínuas analisou-se a diferença entre os grupos. O teste de Pearson foi aplicado para verificar se existe correlação entre sonolência diurna excessiva e gênero bruxismo, estresse, depressão e ansiedade.

5 Resultados

São apresentados nos Quadros 1 e 2 os dados descritivos obtidos. Pode ser observado que dos 128 participantes, 85 apresentaram baixa a sonolência diurna e 43 sonolência excessiva. Nos referidos quadros, pode ser observado o número de indivíduos que apresentam estresse, depressão e sonolência, bem como o gênero dos indivíduos.

Houve correlação positiva entre a sonolência diurna e gênero feminino ($p=0,018$), e sonolência e depressão ($p=0,049$); e não houve correlação entre sonolência e bruxismo ($p=0,354$), sonolência e estresse ($p=0,277$), e sonolência e ansiedade ($p=0,114$) (Tabela 3). E o bruxismo não se correlacionou com a sonolência diurna ($p=0,354$), estresse ($p=0,082$), e depressão ($p=0,362$), mas sim com ansiedade ($p=0,004$) e estresse ($p=0,023$) (Tabela 4).

Na Tabela 5 é mostrado uma correlação positiva entre gênero feminino e sonolência diurna ($p=0,018$) e gênero feminino e estresse ($p=0,024$), como já proposto pela literatura (DAO, LERESCHE, 2000; WANG et al., 2007).

Tabela 1 - Dados descritivos de gênero, bruxismo e estresse emocional

Tabela Descritiva 1									
	Gênero			Bruxismo			Estresse		
	Feminino	Masculino	Total	Ausente	Presente	Total	Ausente	Presente	Total
Baixa Sonolência	59 (46,1%)	26 (20,3%)	85 (66,4%)	43 (33,6%)	42 (32,8%)	85 (66,4%)	54 (42,2%)	31 (24,2%)	85 (66,4%)
Alta Sonolência	38 (29,7%)	5 (3,9%)	43 (33,6%)	18 (14,1%)	25 (19,5%)	43 (33,6%)	23 (18,0%)	20 (15,6%)	43 (33,6%)
Total (n)	97 (75,8%)	31 (24,2%)	128 (100%)	61 (47,7%)	67 (52,3%)	128 (100,0%)	77 (60,2%)	51 (39,8%)	128 (100,0%)

Fonte: Do Autor

Tabela 2 - Dados descritivos de depressão e ansiedade

Tabela Descritiva 2								
	Depressão				Ansiedade			
	Mínimo	Leve	Moderado	Total	Mínimo	Leve	Moderado	Total
Baixa Sonolência	78 (60,9%)	5 (3,9%)	2 (1,6%)	85 (66,4%)	74 (57,8%)	9 (7,0%)	2 (1,6%)	85 (66,4%)
Alta Sonolência	34 (26,6%)	9 (7,0%)	0 (0,0%)	43 (33,6%)	34 (26,6%)	7 (5,5%)	2 (1,6%)	43 (33,6%)
Total (n)	112(87,5%)	14 (10,9%)	2 (1,6%)	128 (100,0%)	108 (84,4%)	16 (12,5%)	4 (3,1%)	128 (100,0%)

Fonte: Do Autor

Tabela 3 - Correlação da sonolência diurna com gênero, bruxismo, ansiedade, depressão e estresse emocional

		Correlações				
		Gênero	Bruxismo	Estresse	Depressão	Ansiedade
Sonolência	Correlação de Rank	-0,209*	0,083	0,097	0,174*	0,105
	Valor de P	0,018	0,354	0,277	0,049	0,238

*Estatisticamente significativa

Fonte: Do Autor

Tabela 4 - Correlação do bruxismo com gênero, sonolência diurna, ansiedade, depressão e estresse emocional

		Correlações				
		Gênero	Sonolência	Estresse	Depressão	Ansiedade
Bruxismo	Correlação de Rank	-0,154	0,083	0,201*	0,081	0,285**
	Valor de P	0,082	0,354	0,023	0,362	0,001

*Estatisticamente significativa

Fonte: Do Autor

Tabela 5 - Correlação do gênero com sonolência diurna, bruxismo, ansiedade, depressão e estresse emocional

		Correlações				
		Sonolência	Bruxismo	Estresse	Depressão	Ansiedade
Gênero	Correlação de Rank	-0,209*	-0,154	-0,199*	-0,064	-0,150
	Valor de P	0,018	0,082	0,024	0,476	0,091

*Estatisticamente significativa

Fonte: Do Autor

6 DISCUSSÃO

Estudos confirmam que uma boa qualidade de sono é importante para a manutenção da saúde física e emocional (DEMENT, 2002). A qualidade do sono pode ser afetada por distúrbios como a Apneia Obstrutiva do sono, e também por fatores externos como hábitos, medicamentos, hereditariedade e até mesmo alterações emocionais (MARTIKAINEN et al., 1992). Nesta última situação, a relação entre o problema do sono e a alteração emocional vem sendo investigada e em alguns pacientes, não se sabe a real relação de causa e efeito destes problemas.

A Organização Mundial de Saúde indica pelo menos oito horas de sono por noite como a quantidade ideal para se ter boa qualidade do sono (SERRA-NEGRA et al., 2014). A sonolência diurna pode afetar a qualidade de vida de jovens, e o bruxismo é frequente em indivíduos assintomáticos (CARRA et al., 2011; MANFREDINI et al., 2013).

Neste estudo, a sonolência excessiva diurna se correlacionou positivamente com a depressão e não com a ansiedade, sugerindo que indivíduos que apresentam alguma alteração no sono podem estar mais susceptíveis à depressão, o que corrobora, em partes, com o estudo de Baglioni et al. (2010), que afirmam que problemas no sono apresentam comorbidade com a depressão e ansiedade. A baixa qualidade no sono afeta o humor e pode favorecer a instalação de quadros depressivos (RIEMANN et al., 2010). E a relação entre a baixa qualidade de sono e alterações de humor parece ser bi direcional, uma vez que estudos epidemiológicos mostram que 90 dos indivíduos com depressão, queixam-se de problemas no sono (JANSSON-FROJMARK; LINDBLÖM, 2008).

Como visto nos resultados desta pesquisa, a sonolência excessiva não se correlacionou com a ansiedade, o que sugere que esta alteração emocional pode não afetar a qualidade do sono, provavelmente tendo maior importância nas atividades diurnas dos indivíduos.

A correlação positiva do bruxismo com ansiedade e estresse e não com a depressão sugerem que provavelmente estas duas alterações emocionais são

somatizadas com mais intensidade durante a vigília, pois caracterizam-se como estados de alerta e que podem levar à alterações no tônus muscular, inclusive o hábito de apertar e/ou ranger os dentes (FERNANDES, GONÇALVES, CAMPARIS, 2007). Restrepo et al. (2008) também verificaram esta relação positiva entre o bruxismo e ansiedade/ estresse. A relação entre ansiedade e apertamento dental durante a vigília foi verificada por pesquisadores (ENDO et al., 2011). Quando um profissional lida com um paciente com suspeita de apertamento em vigília é de extrema importância que sejam considerados fatores psicológicos especialmente a presença de ansiedade (ENDO et al., 2011). Outros autores mostram que a atividade elétrica dos músculos em repouso aumenta em condições de estresse experimental (CARLSON et al., 1993; CURRAN; CARLSON; OKESON, 1996). Considerando isto, a ansiedade causada por alguns fatores de estresse poderia induzir o apertamento e sobrecarregar o sistema mastigatório (ENDO et al., 2011).

Renner et al. (2012) obtiveram resultados semelhantes em um grupo de crianças de 7 a 9 anos de idade, no qual ao bruxismo não se correlacionou com a depressão mas sim com a presença de problemas emocionais como problemas de conduta, problemas com os pais e também a hiperatividade.

O bruxismo pode ser classificado como bruxismo do sono e bruxismo em vigília. Neste estudo, as três questões utilizadas para classificar o bruxismo servem para o estado de vigília e do sono, sendo que estes não foram diferenciados, não possibilitando desta forma afirmar que o bruxismo que está relacionado a ansiedade seja o em vigília, como verificado por Endo e colaboradores, desta forma a ausência de correlação com a sonolência diurna excessiva observado requer investigações (PAESANI et al., 2013), uma vez que o bruxismo, quando ocorre durante o sono pode gerar micro despertares, o que possivelmente levaria a sonolência excessiva diurna. O padrão ouro para se avaliar a presença do bruxismo do sono é a polissonografia (SERRA-NEGRA et al., 2009) associada a um sistema áudio-vídeo (LAVIGNE et al., 2000).

Tem sido reportado na literatura que o gênero feminino é mais sensível ao estresse (DAO; LERESCHE, 2000; WANG et al., 2007). O estresse e fatores psicológicos já foram considerados os principais fatores etiológicos do bruxismo do sono (CLARK et al., 1979; RUGH; SOLBERG, 1975), entretanto, outras pesquisas

mostraram que esta correlação existe em uma pequena porcentagem da população (DAO et al., 1994; PIERCE et al., 1995; WATANABE; ICHIKAWA; CLARK, 2003). Estudos atuais relacionam a presença do bruxismo do sono a alterações do sono como a insônia (MALULY et al., 2013) e Apnéia Obstrutiva do sono (MANFREDINI et al., 2015). Porém, neste estudo, não houve correlação do Bruxismo com o Gênero (Tabelas 2 e 3), mesmo havendo correlação do gênero com o estresse (Tabela 3), podendo identificar talvez que o Estresse por si não participaria da etiologia do Bruxismo, a menos que associado à Ansiedade.

A depressão não se correlacionou à presença de bruxismo, o que corrobora com os resultados de Renner et al. (2012), porém se correlacionou positivamente com a sonolência diurna.

7 CONCLUSÃO

Podemos concluir que dentre os fatores analisados, apenas o gênero feminino e a depressão se correlacionaram com a sonolência diurna excessiva.

Entretanto, a ausência de correlação entre o bruxismo e a sonolência requer novas pesquisas, uma vez que o bruxismo pode ser dividido entre bruxismo do sono e em vigília, o que não foi possível ser avaliado pelo método utilizado.

REFERÊNCIAS

AHLBERG, K.; SAVOLAINEN A.; PAJU S.; HUBLIN C.; PARTINEN M.; KÖNÖNEN M.; AHLBERG J. Bruxism and sleep efficiency measured at home with wireless devices. **J. Oral Rehabil.**, v.35, n.8, p. 567-571, 2008.

ALBERTINI, R.; SIQUEIRA, V. C. V. A Ortodontia e a síndrome da apnéia obstrutiva do sono.. **J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial.**, v.6, n.33, p. 213-221, 2001.

ALMEIDA, G. P. L.; LOPES, H. F. Síndrome metabólica e distúrbios do sono / The metabolic syndrome and sleep disorders. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 14, n.4, p. 630-635, 2004.

ANDRADE, L.; GENTIL FILHO, V.; LAURENTI, R.; LOLIO, C. Prevalence of mental disorders in an epidemiological catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v.37, n.7, p.316-325, 2002.

ANDRADE, L. H. S. G.; GOREINSTEIN, C. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v.25, n.6, 1998.

BADER, G.; LAVIGNE, G. Sleep bruxism: an overview of an oromandibular sleep movement disorder. **Sleep Med. Rev.**, v.4, p.27-43, 2000.

BAGLIONI, C.; SPIEGELHALDER, K.; LOMBARDO, C.; RIEMANN, D. Sleep and emotions: a focus on insomnia. **Sleep Med. Rev.**, v.14, n.4, p. 227-238, 2010.

BECK, A. T.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Arch. Gen Psychiatry**, v.4, p.53-63, 1961.

BITTENCOURT, L. R. A; SILVA, R. S.; SANTOS, R. F. Sonolência excessiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, n.1, p.16-21, 2005.

BUYSSE, D. J.; REYNOLDS, C.F. 3RD, MONK, T.H.; BERMAN, S.R.; KUPFER, D.J. The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res.**, v.28, n.2, p.193-213, 1989.

CARLSON, C. R.; OKESON, J. P.; FALACE, D. A.; NITZ, A. J.; CURRAN, S. L.; ANDERSON, D. Comparison of psychologic and physiologic functioning between patients with masticatory muscle pain and matched controls. **J. Orofac. Pain**, v.7, p. 15-22, 1993.

CARRA, M. C.; HUYNH, N.; MORTON, P.; ROMPRÉ, P.H.; PAPADAKIS, A.; REMISE, C.; LAVIGNE, G. J. Prevalence and risk factors of sleep bruxism and wake-time tooth clenching in a 7- to 17-yr-old population. **Eur. J. Oral Sci.**, v.119, n.5, p. 386-394, 2011.

CHERVIN, R. D. Sleepiness, fatigue, tiredness, and lack of energy in obstructive sleep apnea. **Chest**, v.118, n.2, p.372-379, 2000.

CHUNG, F.; YEGNESWARAN, B.; LIAO, P.; CHUNG, S. A.; VAIRAVANATHAN, S.; ISLAM, S.; KHAJEHDEHI, A.; SHAPIRO, C. M. Validation of the Berlin questionnaire and American Society of Anesthesiologists checklist as screening tools for obstructive sleep apnea in surgical patients. **Anesthesiology**, v.108, n.5, p. 822-830, 2008.

CLARK, G. T.; BEEMSTERBOER, P. L.; SOLBERG, W. K.; RUGH, J. D. Nocturnal electromyographic evaluation of myofascial pain dysfunction in patients undergoing occlusal splint therapy. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.99, n.4, p.607-611, 1979.

CONNOR, J.; NORTON, R.; AMERATUNGA, S.; ROBINSON, E.; CIVIL, I.; DUNN R. Driver sleepiness and risk of serious injury to car occupants: population based case control study. **BMJ.**, v.324, n.7346, p.1125, 2002.

CURRAN, S. L.; CARLSON, C. R.; OKESON, J. P. Emotional and physiologic responses to laboratory challenges: patients with temporomandibular disorders versus matched control subjects. **J. Orofac. Pain**, v.10, p.141–150, 1996.

DEMENT, W. Foreword. In: CARSKADON, M. (Ed.). **Adolescent sleep patterns: biological, social and psychological influences**. Cambridge: Cambridge University Press, 2002

DAO, T. T.; LAVIGNE, G. J.; CHARBONNEAU, A.; FEINE, J. S.; LUND, J.P. The efficacy of oral splints in the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: a controlled clinical trial. **Pain.**, v.56, n.1, p.85-94, 1994.

DAO, T. T.; LERESCHE, L. Gender differences in pain. **J. Orofac. Pain.**, v.14, n.3. p.169-195, 2000.

ENDO, H.; KIYOTAKA, K.; TANABE, N.; TAKEBE, J. Clenching occurring during the day is influenced by psychological factors. **J. Prosthodont. Res.**, v.55, p.159–164, 2011.

EVERLY, G. S. **A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response.** New York: Plenum Press, 1990.

FERNANDES, G.; GOLÇALVES, D. A. G.; CAMPARIS, C. M. Correlação entre bruxismo, ansiedade e dor orofacial: estudo piloto. In: JORNADA ACADÊMICA DE ARARAQUARA, 21., 2007, Araraquara. **Anais...** Araraquara: Universidade Estadual Paulista, 2007. p. 36

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck – propriedades psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.; (Ed.) **Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.** São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.

GRISART, J.; VAN, D. E. R.; LINDEN, M.; MASQUELIER, E. Controlled processes and automaticity in memory functioning in fibromyalgia patients: relation with emotional distress and hypervigilance. **J. Clin. Exp. Neuropsychol.**, v.24, n.8, p.994-1009, 2002.

HARVEY, A. G. Insomnia: symptom or diagnosis? **Clin. Psychol. Rev.**, v.21, n.7, p.1037-1059, 2001.

JANSSON-FRÖJMARK, M.; LINDBLÖM, K. A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. **J. Psychosom. Res.**, v.64, n.4, p.:443-449, 2008.

JOHNS, M. W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. **Sleep**, v.14, n.6, p.540-545, 1991.

LAVIGNE, G.; ZUCCONI, M.; CASTRONOVO, C.; MANZINI, C.; MARCHETTINI, P.; SMIRNE, S. Sleep arousal response to experimental thermal stimulation during sleep in human subjects free of pain and sleep problems. **Pain**, v.84, p. 283-290, 2000.

LIPP, M. E. N. **Inventário de sintomas de stress de Lipp**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LOBBEZOO, F.; AHLBERG, J.; GLAROS, A. G.; KATO, T.; KOYANO, K.; LAVIGNE, G. J.; DE LEEUW, R.; MANFREDINI, D.; SVENSSON, P.; WINOCUR, E. Bruxism defined and graded: an international consensus. **J. Oral Rehabil.**, v.40, n.1, p.2-4, 2013.

MADANI, M.; MADANI, F. M.; FRANK, M. Psychological issues in sleep apnea. **Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Am.**, v. 22, n.4, p.503-509, 2010.

MALULY, M.; ANDERSON, M. L.; DAL-FABBRO, C.; GAEBUIO, S.; BITTENCOURT, L.; DE SIQUEIRA, J. T. et al. Polysomnographic study of the prevalence of sleep bruxism in a population sample. **J. Dent. Res.**, v.92, n.7, p.97S-103S, 2013.

MANFREDINI, D.; WINOCUR, E.; GUARDA-NARDINI, L.; PAESANI, D.; LOBBEZOO, F. Epidemiology of bruxism in adults. A systematic review of literature. **J. Orofac. Pain**, v.27, p.99–110, 2013.

MANFREDINI, D.; GUARDA-NARDINI, L.; MARCHESE-RAGONA, R.; LOBBEZOO, F. Theories on possible temporal relationships between sleep bruxism and obstructive sleep apnea events. An expert opinion. **Sleep Breath**, 2015. In press.

MARTIKAINEN, K.; HASAN, J.; URPONEN, H.; VUORI, I.; PARTINEN, M. Daytime sleepiness: a risk factor in community life. **Acta Neurol. Scand.**, v.86, n.4, p.337-341, 1992.

NETZER, N. C.; STOOHS, R. A.; NETZER, C. M.; CLARK, K.; STROHL, K. P. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. **Ann. Intern. Med.**, v.5, n.131, p.485-491, 1999.

PAESANI, D. A.; LOBBEZOO, F.; GELOS, C.; GUARDA-NARDINI, L.; AHLBERG, J.; MANFREDINI, D. Correlation between self-reported and clinically based diagnoses of bruxism intemporomandibular disorders patients. **J. Oral Rehabil.**, v.40, n.11, p.803-809, 2013.

PIERCE, C. J.; CHRISMAN, K.; BENNETT, M. E.; CLOSE, J. M. Stress, anticipatory stress, and psychologic measures related to sleep bruxism. **J. Orofac. Pain**, v.9, n.1, p.51-56, 1995.

PINTADO, M.R.; ANDERSON, G.C.; DELONG, R.; DOUGLAS, W.H. Variation in tooth wear in young adults over a two-year period. **J. Prosthet. Dent.**, v.77, p.313–320, 1997.

RENNER, A. B.; WALTER, A.; FIEBIG, B. S.; JÄGLE, H. Gyrate atrophy: clinical and genetic findings in a female without arginine-restricted diet during her first 39 years of life and report of a new OAT gene mutation. **Doc. Ophthalmol.**, v.125, n.1, p.81-89, 2012.

RESTREPO, C. C.; VASQUEZ, L. M., ALVAREZ, M.; VALENCIA., I. Personality traits and temporomandibular disorders in a group of children with bruxing behavior. **J. Oral Rehab.**, v.35, p.585–593, 2008.

RIEMANN, D.; SPIEGELHALDER, K.; FEIGE, B.; VODERHOLZER, U.; BERGER, M.; PERFILIS, M.; NISSEN, C. The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. **Sleep Med. Rev.**, v. 14, p.19-31, 2010.

ROCHA, F. L.; LIMA E COSTA, M. F. F. Epidemiologiae impacto dos distúrbios do sono. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.49, n.5, p.80-167, 2000.

RUGH, J. D, SOLBERG, W.K. Electromyographic studies of bruxist behavior before and during treatment. **J. Calif. Dent. Assoc.**, v.3, n.9, p.56-59, 1975.

SERRA-NEGRA, J. M.; RAMOS-JORGE, M. L.; FLORES-MENDOZA, C. E.; PAIVA, S. M.; PORDEUS, I. A. Influence of psychosocial factors on the development of sleep bruxism among children. **Int. J. Paediatr. Dent.**, v.19, p.309-317, 2009.

SERRA-NEGRA, J. M.; PAIVA, S.M, FULGÊNCIO, L. B.; CHAVEZ, B. A.; LAGE, C. F.; PORDEUS, I. A. Environmental factors, sleep duration, and sleep bruxism in Brazilian schoolchildren: a case-control study. **Sleep Med.**, v.15, p.236-239, 2014.

THORPY, M. J. **International classification of sleep disorders:diagnostic and coding manual, revised.** Rochester, Minn: American Sleep Disorders Association, 1997.

WANG, J.; KORCZYKOWSKI, M.; RAO, H.; FAN, Y.; PLUTA, J.; GUR, R. C. et al. Gender difference in neural response to psychological stress. **Soc. Cogn. Affect Neurosci.**, v.2, p.227–239, 2007.

WATANABE, T.; ICHIKAWA, K.; CLARK, G. T. Bruxism levels and daily behaviors: 3 weeks of measurement and correlation. **J. Orofac. Pain.**, v.17, n.1, p.65-73, 2003.

Anexos

Anexo A

Questionário de Berlim.

<p><u>HÁBITOS:</u></p> <p>1. Que horas você dorme? _____</p> <p>2. Que horas você acorda? _____</p> <p>3. Você dorme com a luz acesa? () Sim () Não</p> <p>4. Você dorme sozinho? () Sim () Não</p>	<p>5. Você dorme com a televisão ligada? () Sim () Não</p> <p>6. Você dorme com algum tipo de som ligado? () Sim () Não</p> <p>7. Você toma banho antes de dormir? () Sim () Não</p> <p>8. Você come antes de dormir? () Sim () Não</p>
---	---

<p><u>CATEGORIA 1</u></p> <p>1. Você ronca? () Sim () Não () Não sei</p> <p>2. Seu ronco é: () Pouco mais alto que sua respiração? () Tão mais alto que sua respiração? () Mais alto do que falando? () Muito alto que pode ser ouvido nos quartos próximos?</p> <p>3. Com que frequência você ronca? () Praticamente todos os dias () 3-4 vezes por semana () 1-2 vezes por semana () Nunca ou praticamente nunca</p> <p>4. O seu ronco incomoda alguém? () sim () não</p> <p>5. Alguém notou que você para de respirar enquanto dorme? () Praticamente todos os dias () 3-4 vezes por semana () 1-2 vezes por semana () Nunca ou praticamente nunca</p>	<p><u>CATEGORIA 2</u></p> <p>6. Quantas vezes você se sente cansado ou com fadiga depois de acordar? () Praticamente todos os dias () 3-4 vezes por semana () 1-2 vezes por semana () Nunca ou praticamente nunca</p> <p>7. Quando você está acordado você se sente cansado, fadigado ou não sente bem? () Praticamente todos os dias () 3-4 vezes por semana () 1-2 vezes por semana () Nunca ou praticamente nunca</p> <p>8. Alguma vez você cochilou ou caiu no sono enquanto dirigia? () Praticamente todos os dias () 3-4 vezes por semana () 1-2 vezes por semana () Nunca ou praticamente nunca</p> <p><u>CATEGORIA 3</u></p> <p>9. Você tem pressão alta? () Sim () Não () Não sei</p> <p>IMC=</p>
<p>Pontuação das perguntas: Qualquer resposta circulada é considerada positiva Pontuação das categorias: Categoria 1 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 1-5 Categoria 2 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 6-8 Categoria 3 é positiva se a resposta para a questão 9 é positiva ou o IMC > 30 Resultado final: 2 ou mais categorias positivas indica alto risco para SAOS</p>	

Anexo B**Escala de sonolência de Epworth**

Data: ___ / ___ / ___ Qual a probabilidade de adormecer — e não apenas sentir-se cansado (a) — nas seguintes situações? Este questionário refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha feito algumas destas coisas ultimamente, tente imaginar como é que elas o/a afetariam. Use a escala que se segue para escolher o número mais apropriado para cada					9- Sentado/a ler 10- A ver televisão 11- Sentado/a inativo/ num lugar público (por exemplo, sala de espera, cinema ou reunião) 12- Como passageiro num carro durante uma hora, sem parar 13- Deitado/a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem 14- Sentado/a conversar com alguém 15- Sentado/a calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool 16- Ao volante, parado/a no trânsito durante uns minutos
Situação: 0 = nenhuma probabilidade de dormir 1 = ligeira probabilidade de dormir 2 = moderada probabilidade de dormir 3 = forte probabilidade de dormir					
Marque com um X	Nenhum 0	Ligeira 1	Moderada 2	Forte 3	
1- Sentado(a) fazendo uma leitura					
2- Assistindo televisão =					
3- Sentado(a) inativo(a) num lugar público (por exemplo, sala de espera, cinema ou reunião)=					
4- Como passageiro num carro durante uma hora, sem parar=					
5- Ao deitar-se para descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem=					
6- Conversando com alguém =					
7- Após um almoço sem ter bebido álcool=					
8- Ao volante parado no trânsito durante uns minutos=					

Anexo C**Questionário de Pintado et al. (adaptado)**

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) Alguém já o ouviu ranger os dentes durante a noite?2) Você sente cansaço ou dor na região dos maxilares ao acordar?3) Seus dentes ou gengiva ficam doloridos quando você acorda? |
|---|

Anexo D**LIPP****QUADRO 1**

<p>Marque com F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas:</p> <p><input type="checkbox"/> mãos e pés frios</p> <p><input type="checkbox"/> boca seca</p> <p><input type="checkbox"/> nó no estômgo</p> <p><input type="checkbox"/> aumento de sudorese</p> <p><input type="checkbox"/> tensão muscular</p> <p><input type="checkbox"/> aperto da mandíbula/ranger os dentes</p> <p><input type="checkbox"/> diarreia passageira</p> <p><input type="checkbox"/> insônia</p> <p><input type="checkbox"/> taquicardia</p> <p><input type="checkbox"/> hiperventilação</p> <p><input type="checkbox"/> hipertensão arterial subta e passageira</p>	<p>Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas</p> <p><input type="checkbox"/> aumento súbito de motivação</p> <p><input type="checkbox"/> entusiasmo súbito</p> <p><input type="checkbox"/> vontade súbita de iniciar novos projetos</p>
---	--

Some 1 ponto para cada F1 que assinalou..... () F1

Some 1 ponto para cada P1 que assinalou.....() P1

QUADRO 2

<p>a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.</p> <p><input type="checkbox"/> problemas com a memória</p> <p><input type="checkbox"/> mal estar generalizado sem causa específica</p> <p><input type="checkbox"/> formigamento das extremidades</p> <p><input type="checkbox"/> sensação de desgaste físico constante</p> <p><input type="checkbox"/> mudança de apetite</p> <p><input type="checkbox"/> aparecimento de problemas dermatológicos</p> <p><input type="checkbox"/> hipertensão arterial</p> <p><input type="checkbox"/> cansaço constante</p> <p><input type="checkbox"/> aparecimento de úlcera</p> <p><input type="checkbox"/> tontura, sensação de estar flutuando</p>	<p>b) Marque com um P2 os sintomas que tem apresentado na última semana.</p> <p><input type="checkbox"/> sensibilidade emotiva excessiva</p> <p><input type="checkbox"/> dúvida quanto a si próprio</p> <p><input type="checkbox"/> pensar constantemente em um so assunto</p> <p><input type="checkbox"/> irritabilidade excessiva</p> <p><input type="checkbox"/> diminuição do libido</p>
--	---

Some 1 ponto para cada P2 que assinalou.....() P2

Some 1 ponto para cada P2 que assinalou.....() P2

QUADRO 3

<p>a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês:</p> <p>() diarreia frequente</p> <p>() dificuldades sexuais</p> <p>() insônia</p> <p>() náusea</p> <p>() tiques</p> <p>() hipertensão arterial acentuada</p> <p>() problemas dermatológicos</p> <p>() mudança extrema de apetite</p> <p>() excesso de gases</p> <p>() tontura frequente</p> <p>() ulcera</p> <p>() enfarte</p>	<p>b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês:</p> <p>() impossibilidade de trabalhar</p> <p>() pesadelos</p> <p>() sensação de incompetência em todas as áreas</p> <p>() vontade de fugir de tudo</p> <p>() apatia, depressão ou raiva prolongada</p> <p>() cansaço excessivo</p> <p>() pensar/falar constantemente em um só assunto</p> <p>() irritabilidade sem causa aparente</p> <p>() angústia/ansiedade diária</p> <p>() hipersensibilidade emotiva</p> <p>() perda do senso de humor</p>
---	---

Some 1 ponto para cada F3 que assinalou.....() F3

Some 1 ponto para cada P3 que assinalou.....() P3

AVALIAÇÃO (NÃO PREENCHER)

A)	F1	()	P1	()
B)	F2	()	P2	()
C)	F3	()	P3	()
TOTAL				
(vertical)	F	()	P	()

Linha A. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase do Alerta

Linha B. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de Resistência

Linha C. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de Exaustão

Anexo E

BDI

Este inventário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

<p>1 (0) Não me sinto triste. (1) Eu me sinto triste. (2) Estou sempre triste e não consigo sair disto. (3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. (1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. (2) Acho que nada tenho a esperar. (3) Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 (0) Não me sinto um fracasso. (1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. (2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. (3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 (0) Tenho tanto prazer em tudo como antes. (1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes. (2) Não encontro um prazer real em mais nada. (3) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 (0) Não me sinto especialmente culpado. (1) Eu me sinto culpado grande parte do tempo. (2) Eu me sinto culpado a maior parte do tempo. (3) Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 (0) Não acho que esteja sendo punido. (1) Acho que posso ser punido. (2) Creio que vou ser punido. (3) Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 (0) Não me sinto decepcionado comigo mesmo. (1) Estou decepcionado comigo mesmo. (2) Estou enojado de mim. (3) Eu me odeio.</p>	<p>8 (0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. (1) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. (2) Eu me culpo sempre por minhas falhas. (3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 (0) Não tenho quaisquer ideias de me matar. (1) Tenho ideias de me matar, mas não as executaria. (2) Gostaria de me matar. (3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 (0) Não choro mais que o habitual. (1) Choro mais agora do que costumava. (2) Agora, choro o tempo todo. (3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 (0) Não sou mais irritado agora do que já fui. (1) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. (2) Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. (3) Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 (0) Não perdi o interesse pelas outras pessoas. (2) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. (3) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. (4) Perdi todo meu interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 (0) Tomo decisões tão bem quanto antes. (1) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. (2) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. (3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
<p>14 (0) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes. (1) Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo. (2) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo. (3) Acredito que pareço feio.</p> <p>15 (0) Posso trabalhar tão bem quanto antes. (1) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa. (2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. (3) Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 (0) Consigo dormir tão bem como o habitual. (1) Não durmo tão bem como costumava. (2) Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir. (3) Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 (0) Não fico mais cansado do que o habitual. (1) Fico cansado mais facilmente do que costumava. (2) Fico cansado em fazer qualquer coisa. (3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 (0) O meu apetite não está pior do que o habitual. (1) Meu apetite não é tão bom como costumava ser. (2) Meu apetite é muito pior agora. (3) Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 (0) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente. (1) Perdi mais do que 2 quilos e meio. (2) Perdi mais do que 5 quilos. (3) Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>20 (0) Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual. (1) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. (2) Estou muito preocupado com problemas físicos é difícil pensar em outra coisa. (3) Estou tão preocupado com problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 (0) Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. (1) Estou menos interessado por sexo do que costumava. (2) Estou muito menos interessado por sexo agora. (3) Perdi completamente o interesse por sexo.</p>

Anexo F**BAI**

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

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

Anexo G

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPORTÂNCIA DO BRUXISMO, DO ESTRESSE E DEPRESSÃO NA SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Pesquisador: Karina Helga Turcio de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30367314.2.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 711.728

Data da Relatoria: 30/06/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta as características da população a estudar, incluindo o tamanho da amostra e metodologia a ser desenvolvida. A pesquisa tem como finalidade verificar, por meio de questionários, se a sonolência diurna excessiva está relacionada ao bruxismo e ao estresse emocional no grupo estudado.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto apresenta objetivos definidos e está bem estruturado. A pesquisa tem como finalidade avaliar se a sonolência diurna está relacionada à presença de bruxismo e de estresse emocional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa apresenta risco mínimo aos pacientes, uma vez que serão aplicados questionários específicos. Ao participar desta pesquisa os voluntários receberão orientação sobre como lidar com as alterações, se assim apresentarem, como o estresse emocional, sonolência e bruxismo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia proposta procura responder o objetivo da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, de modo adequado, os termos necessários para a apreciação do projeto.

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONCA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: anacmsn@foa.unesp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 711.728

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa apresenta objetivo definido em verificar se a sonolência diurna está relacionada à presença de bruxismo e de estresse emocional. Os antecedentes científicos e a bibliografia justificam a pesquisa, com uma amostragem de 120 indivíduos. O risco é considerado mínimo aos pacientes, uma vez que serão aplicados questionários específicos. Os documentos apresentados estão devidamente preenchidos. Por não haver pendências propõe-se a aprovação do referido projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa apresenta objetivo definido em verificar se a sonolência diurna está relacionada à presença de bruxismo e de estresse emocional. Os antecedentes científicos e a bibliografia justificam a pesquisa, com uma amostragem de 120 indivíduos. O risco é considerado mínimo aos pacientes, uma vez que serão aplicados questionários específicos. Os documentos apresentados estão devidamente preenchidos. Não havendo pendências, o CEP propõe a aprovação do projeto de pesquisa. Salientamos que, de acordo com a Resolução 466 CNS, de 12/12/2012 (título X, seção X.1., art. 3, item b, e, título XI, seção XI.2., item d), há necessidade de apresentação de relatórios semestrais, devendo o primeiro relatório ser enviado até 07/01/2015. O CEP reitera a necessidade de entrega de uma via (não cópia) do TCLE ao sujeito participante da pesquisa e solicita ao pesquisador responsável leitura da carta circular 003/2011 CONEP/CNS antes do início do projeto.

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONCA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: anacmsn@foa.unesp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 711.728

ARACATUBA, 07 de Julho de 2014

Assinado por:

Ana Cláudia de Melo Stevanato Nakamune
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONCA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: anacmsn@foa.unesp.br