



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

VINICIUS SILVEIRA DE OLIVEIRA

**Correlação entre sonolência diurna, bruxismo e alterações
emocionais em pacientes com dor nos músculos
mastigatórios**

**Araçatuba – SP
2017**

VINICIUS SILVEIRA DE OLIVEIRA

Correlação entre sonolência diurna, bruxismo e alterações emocionais em pacientes com dor nos músculos mastigatórios

Trabalho de conclusão de curso como parte dos requisitos para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista junto a Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista – “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Prof.^a Ass. Dr.^a Karina Helga Turcio de Carvalho

**Araçatuba – SP
2017**

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Karina Helga Turcio de Carvalho, porque sem ela não estaria completando essa etapa de minha vida. Por toda a orientação e a ajuda que só fizeram crescer meu respeito e admiração por esta excelente profissional; que muito me ensinou e não mediu esforços para me passar conhecimento, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual. Ela terá sempre minha imensa gratidão e respeito.

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

Aos professores Paulo Henrique dos Santos e Aimée Maria Guiotti por prontamente aceitarem fazer parte da banca examinadora.

À toda excelente equipe de profissionais do Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das desordens Temporomandibulares por todo o profissionalismo no decorrer desta pesquisa.

A todos os pacientes envolvidos neste projeto que se dispuseram a participar das entrevistas.

À PIBIC pela aceitação do projeto como iniciação científica.

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

À Geovana por todo o carinho e amor do mundo durante todos os anos que estamos juntos e se mostrou a pessoa mais linda e com o melhor coração que eu poderia desejar.

À a minha família que sem seus apoios e exemplos nunca teria alcançado esta etapa da minha vida.

Aos meus amigos, Rodrigo, Murilo. O, Murilo. C, Gabriel, Vitor e Diego da república seis de paus que me proporcionaram os melhores anos da minha vida, e foram a melhor família que um dia sonhei poder encontrar.

Aos meus cachorrinhos, Kiara, Kid I, Kid II que me acompanharam e que passaram pela minha vida ao longo desses anos, que me fizeram compreender que o coração e o amor de um animal são sempre mais puros que o dos homens.

OLIVEIRA, V. S. **Correlação entre sonolência diurna, bruxismo e alterações emocionais em pacientes com dor nos músculos mastigatórios**. 2017. 42 f. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

RESUMO

O sono é um estado fisiológico com influência nas condições físicas, psicológicas e sociais do indivíduo. A alteração do sono pode tornar os indivíduos mais susceptíveis ao desenvolvimento de dor crônica e alterações de ordem sistêmica, como a elevação do nível de cortisol e agravamento de quadros de diabetes e hipertensão. O bruxismo do sono (BS) é associado à micro despertares, e se diferencia do bruxismo em vigília (BV), porém ambos são associados à presença de dor, em uma parte da população. Diante disto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a correlação da Sonolência Excessiva Diurna com o bruxismo (BS e BV), bem como com o Estresse Emocional, Ansiedade e Depressão nos pacientes com DTM muscular do Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das Desordens Temporomandibulares (NDTDTMs). Para isto, foram selecionados pacientes portadores de DTM muscular diagnosticada com base RDC (Research Diagnostic Criteria), da clínica do NDTDTMs da FOA (UNESP). Foram incluídos 74 pacientes com baixo risco de portar Apneia ou Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) identificada pelo questionário Berlim (Netzer et al., 1999) - (Anexo E). As alterações emocionais foram avaliadas por meio dos Inventários de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), de Depressão de Beck (BDI) e de Avaliação de Ansiedade (BAI). Sonolência Excessiva Diurna foi mensurada através do questionário de Sonolência de Epworth, e o Bruxismo por meio do questionário de Pintado adaptado. Após a coleta dos dados, os pacientes foram divididos em dois grupos sendo eles Sem Sonolência (G1) e com Sonolência (G2). Os resultados foram submetidos a análise estatística usando SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) com alfa (α) = 0.05, aplicando-se o teste de correlação de Spearman para verificar a correlação entre as variáveis. Os resultados demonstraram que a maioria dos pacientes não apresentou sonolência excessiva diurna (87,84%), e que não houve correlação entre a sonolência diurna e nenhum dos tipos de bruxismos analisados e alterações emocionais. Diante disto, conclui-se que a Sonolência Diurna Excessiva

não está correlacionada ao bruxismo, (BV+BS) e às alterações emocionais investigadas.

Palavras-chave: Bruxismo. Depressão. Ansiedade.

OLIVEIRA. V. S. **Correlation between daytime sleepiness, bruxism and emotional changes in patients with masticatory muscle pain.** Final Course Assignment. São Paulo State University (UNESP), School of Dentistry, Araçatuba, 2017.

ABSTRACT

Sleep is a physiological state with influence on the physical, psychological and social conditions of the individual. The alteration of sleep may make individuals more susceptible to the development of chronic pain and systemic disorders. Sleep bruxism (BS) is associated with micro arousers, and differs from bruxism in wakefulness (BV), but both are associated with the presence of pain in a part of the population. The objective of this study was to evaluate the correlation of Daytime Excessive Drowsiness with bruxism (BS and BV), Emotional Stress, Anxiety and Depression in patients with TMD of the Nucleus of Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders (NDTDTMs). For this, we selected patients with TMD diagnosed with CRD (Research Diagnostic Criteria), from the clinic of the NDTDTMs of FOA (UNESP). A total of 74 patients with low risk of obstructive sleep apnea or hypopnea (OSAHS) identified by the Berlin questionnaire were included (Netzer et al., 1999) - (Annex E). Emotional changes were assessed using the Lipp Adult Stress Symptom Inventory (ISSI), Beck Depression (BDI) and Anxiety Assessment (BAI). Excessive Daytime Sleepiness was measured through the Epworth Sleepiness questionnaire, and Bruxism through the adapted Pintado questionnaire. After data collection, the patients were divided into two groups: Drowsiness (G1) and Sleepiness (G2). The results were submitted to statistical analysis using SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) with alpha (α) = 0.05, applying the Spearman correlation test to verify the correlation between the variables. The results showed that most of the patients did not present excessive daytime sleepiness (87.84%), and that there was no correlation between daytime sleepiness and none of the types of bruxisms analyzed and emotional changes. In view of this, it is concluded that excessive daytime sleepiness is not correlated with bruxism (BV + BS) and the emotional changes investigated.

Key-words: Bruxism. Depression. Anxiety.

LISTA DE ABREVIATURAS

BAI	Inventário de Avaliação de Ansiedade
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BS	Bruxismo do Sono
BV	Bruxismo em Vigília
BS+BV	Bruxismo do sono e em Vigília
DTMs	Desordens Temporomandibulares
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp
NDTDTMs	Núcleo de diagnóstico e tratamento das Desordens Temporomandibulares
SAHOS	Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono

LISTA DE TABELAS

Tabela-1 Distribuição descritiva da presença de sonolência diurna nos indivíduos sem bruxismo, com bruxismo do sono (BS), bruxismo em vigília (BV) e em ambos bruxismos (BS+BV)	20
Tabela-2 Correlação entre a sonolência diurna bruxismo do sono (BS), bruxismo em vigília (BV) e ambos bruxismos (BS+BV)	20
Tabela-3 Correlação entre a presença de sonolência diurna e ansiedade	21
Tabela-4 Correlação entre a presença de sonolência diurna e depressão	21
Tabela-5 Correlação entre a presença de sonolência diurna e estresse	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão.....	16
Quadro 2 - Avaliação da presença do “possível” bruxismo do sono (BS) e em vigília (BV)	17
Quadro 3 - Escala de Sonolência de Epworth.....	18

SUMÁRIO

1- Introdução	11
2- Objetivos	14
3- Hipótese Nula.....	15
4- Metodologia.....	16
5- Resultados	20
6- Discussão.....	22
7- Conclusão	24
Referências	25
Anexos	34

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

As desordens temporomandibulares (DTMs) são definidas como um conjunto de sinais e sintomas que envolvem as articulações temporomandibulares, músculos mastigatórios ou ambos (DWORKIN; LERESCHE, 1992), e têm alta prevalência na população em geral (CIANCAGLINI; RADAELLI, 2001). Dentre os sinais e sintomas destas desordens, os mais frequentes são a dor e os ruídos articulares (CARLSSON; LERESCHE, 1998). Fatores oclusais foram apontados como o principal fator etiológico das DTMs, e ainda têm sido objeto de grandes debates científicos (LUTHER, 2007; MARCHINI et al., 2010). Muitas pesquisas mostraram que a associação de fatores emocionais e diferentes condições psicológicas têm sido apontadas como responsáveis por contribuir no desencadeamento destas dores (SCHWARTZ, 1959 e LANSKI 1969) e a partir das últimas décadas as pesquisas confirmam a multifatoriedade na etiologia do desenvolvimento das DTMs (OKESON, 2005; RUGH, 1987).

A integridade morfológica do sistema mastigatório depende do equilíbrio entre a tolerância fisiológica e estrutural do sistema estomatognático, que por sua vez pode ter sua capacidade adaptativa diminuída por fatores como, oclusais, traumáticos, alterações esqueléticas e musculares, hábitos parafuncionais, estresse emocional e físico e pela qualidade do sono. O estresse, a ansiedade e a depressão parecem diminuir o limiar da dor do indivíduo, através da alteração de impulsos nociceptivos do sistema nervoso central e liberação de neurotransmissores (BERTOLI et al., 2007). Estas alterações psicológicas também têm sido associadas ao aumento da intensidade de hábitos parafuncionais, como o bruxismo que representa uma hiperatividade dos músculos da mastigação, podendo ou não gerar dor (BONJARDIM et al., 2005; MONTEIRO et al., 2011). Com o desenvolvimento das pesquisas passou-se a avaliar não apenas os fatores físicos e parafuncionais como desencadeadores das DTMs, mas também os fatores mais subjetivos dos indivíduos examinados como os fatores psicossociais. Estes têm sido reconhecidos como fatores etiológicos (SUVINEN et al., 2005).

Os fatores psicológicos parecem representar os maiores agentes cronificantes das DTMs, sendo que a ansiedade, depressão e estresse emocional são apontados como principais responsáveis pelo desenvolvimento e progressão das

DTMs (RUDY; TURK; ZAKI, 1989; DWORKIN; LERESCHE, 1992; SUVINEN et al., 1997; BLACKBURN; MUNRO, 2004).

O bruxismo é um hábito parafuncional que pode ocorrer durante a vigília, sendo chamado bruxismo diurno ou em vigília (BV), ou pode ocorrer durante o sono, sendo denominado bruxismo do sono (BS). Eles ocorrem em diferentes estados de consciência (vigília e sono), portanto com diferentes mecanismos fisiológicos atuando na excitabilidade oral motora (BADER; LAVIGNE, 2000).

O bruxismo em vigília é caracterizado pelo cerrar dos dentes e sua etiologia ainda está sendo estudada. A correlação positiva entre a intensidade do apertamento dentário em vigília e a dor sentida na face ao final do dia (CAMPARIS; FERNANDES; GOLÇALVES, 2007), sugere a atuação destes fatores emocionais como agravantes ou perpetuantes das dores musculares.

O bruxismo do sono é caracterizado por uma atividade rítmica e semivoluntária dos músculos mastigatórios e o ranger e/ou apertar dos dentes durante o sono (SATEIA, 2005). Durante o sono várias atividades orofaciais são realizadas de maneira involuntária, a mais comum delas é a movimentação do músculo masseter. A associação da movimentação do músculo masseter ao ato de ranger os dentes é denominado de bruxismo do sono. Apresenta uma prevalência que varia entre 8 a 16% quando comparado ao bruxismo em vigília, sem apresentar diferenças entre os gêneros, estando esta condição relacionada com os microdespertares, que seriam despertares de curta duração, de 3 a 15 segundos, durante o período de sono. Portanto durante os momentos de atividade do bruxismo do sono, o indivíduo passa por diferentes flutuações entre seus estados neurológicos de sono e de vigília. Quadros de distúrbios psicológicos como a depressão foram também associados ao bruxismo do sono (LAVIGNE; MONTPLAISIR, 1994; AHLBERG et al., 2013; MARTINS et al., 2010). Porém, estudos mostram uma série de outros fatores de risco, como o álcool, fumo (FEU et al., 2013; RINTAKOSKI et al., 2010), síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (LAVIGNE et al., 2008) e até mesmo más oclusões (DEMIR et al., 2004; SARI; SONMEZ, 2001).

Esta variedade de fatores de risco torna o entendimento da etiologia do BS e o seu tratamento muito complexos. Quando comparados a grupos controle os portadores de bruxismo do sono apresentam de três a quatro vezes mais chances de desenvolver dores orofaciais, sons articulares, travamentos temporomandibulares

(HUBLIN et al., 2001; LAVIGNE; MONTPLAISIR, 1994), alterações das funções endócrinas e imunológicas, como a elevação dos níveis de cortisol, responsável pelo agravamento de doenças como a hipertensão e diabetes (FERRARA; DE GENNARO, 2001).

A sonolência diurna é um sintoma muito característico de indivíduos que possuem distúrbios do sono, (especialmente pacientes portadores da Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do sono (SAHOS), apesar de ser menos comum que a fadiga, falta de energia e cansaço (CHERVIN, 2000). A Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono é um importante distúrbio do sono e é considerada uma doença crônica, progressiva, incapacitante, com alta mortalidade e morbidade, onde o paciente passa por quadros de obstrução total (apneia) ou parcial (dispneia) das suas vias aéreas superiores (ALBERTINI; SIQUEIRA, 2001). Uma das formas involuntárias que o corpo encontra para sair desta condição é a compressão excessiva dos músculos mastigatórios e/ou ranger dos dentes que ocorre durante quadros de microdespertares (3 a 15 segundos (SPOSITO M. M. M, TEIXEIRA S. A. F, 2014). A SAHOS mantendo uma maior prevalência nas mulheres, de 4%, enquanto nos homens atinge 2% da população (CULEBRAS, 2006; KRYGER, 2002; NEAU et al., 2002; WHITE, 2006).

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

Diante do fato da sonolência excessiva diurna afetar significativamente a vida de alguns indivíduos e do Bruxismo do Sono representar um distúrbio do Sono, os objetivos deste estudo foram estudar estas relações conforme apresentado a seguir.

2 OBJETIVOS

Diante do exposto, os objetivos deste estudo foram:

1- Verificar se a Sonolência Diurna Excessiva está relacionada ao bruxismo (BS, BV e BS+BV) nos pacientes com dor nos músculos da mastigação;

2- Verificar se a Sonolência Diurna Excessiva está relacionada ao Estresse Emocional, Ansiedade e Depressão no grupo estudado;

3 HIPÓTESE NULA

- Sonolência excessiva diurna não se correlaciona aos Bruxismos avaliados, bem como ao estresse, depressão e ansiedade;

4 METODOLOGIA

População

Esta pesquisa foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Unidade e aprovada sob o Parecer: 1424301 (ANEXO A).

Cento e trinta (130) pacientes da Clínica de Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das DTMs (NDTDTM) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, foram avaliados e submetidos aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa (Quadro 1), e excluídos os pacientes identificados com SAHOS pelo questionário de Berlim (NETZER et al., 1999) – (Anexo E). Destes pacientes foram selecionados 74, com idade entre 18 e 78 anos, com DTM muscular diagnosticados por examinador experiente com base no RDC/TMD (DWORKIN; LERESCHE, 1992).

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão.

INCLUSÃO	EXCLUSÃO
DTM muscular	DTM articular
Mais do que 18 anos	Trabalhadores noturnos
Dentado (com ausência de no máximo um dente por hemiarco)	Neuralgia Trigeminal;
	Tumores;
	Uso contínuos de antidepressivos
	Doenças Neurológicas,
	Problemas psiquiátricos graves,
	Narcolepsia,
	Presença de próteses totais,
	Presença de má oclusão grande (diferença entre Relação central e máxima intercuspidação maior que 5 mm,
	Uso de benzodiazepínicos, álcool ou drogas
	Risco de Apneia
	Uso de Ciclobenzapina

Fonte: Do Autor

Após a seleção, todos os pacientes foram avaliados por meio de anamnese e inventários sobre presença de bruxismo, sonolência excessiva diurna, e alterações emocionais.

Avaliação do BS e do BV

A avaliação do BS e BV foi realizada por meio de questionário, portanto, de acordo com a classificação de (LOBBEZOO et al., 2013) considerou-se a presença “possível” do bruxismo. Para o diagnóstico do “possível” bruxismo do sono foram realizadas questões relacionadas ao momento “dormindo” e “ao acordar”. O BS foi considerado presente quando o paciente respondia as opções “de vez em quando” ou “Sempre”, em pelo menos uma das questões. O BV foi considerado presente quando o voluntário assinalava as respostas “de vez em quando” ou “Sempre”, em pelo menos uma das duas questões.

Quadro 2- Avaliação da presença do “possível” bruxismo do sono (BS) e em vigília (BV).

BS		Nunca	Pouco	De vez em quando	Sempre
Dormindo	“Alguém disse que você range seus dentes? ”				
Ao acordar	“Dor de cabeça na região temporal ao acordar? ”				
	“Travamento ou rigidez na mandíbula ao acordar? ”				
	“Dentes ou gengivas sensíveis? ”				
BV					
Acordado	“Segura, aperta ou tenciona os músculos sem estar mastigando ou encostando os dentes? ”				
	“Você notou que range os dentes com frequência durante o dia? ”				

Fonte: Questionário de Pintado et al., (1997) (Adaptado)

Avaliação da sonolência excessiva diurna

Em seguida, todos os voluntários responderam à escala de sonolência de Epworth (JOHNS, 1991), que é baseada em observações sobre a natureza e a ocorrência da sonolência diurna (CONNOR et al., 2002). Este instrumento consta de um questionário de auto resposta que avalia a probabilidade de dormir em oito situações que envolvem atividades diárias (JOHNS, 1991) (Quadro 3). As respostas foram assinaladas em uma escala de zero (0) a três (3), de acordo com a intensidade

da sensação conforme apresentado no quadro 3. O resultado final foi calculado pela soma dos valores das respostas, e os pacientes que apresentaram valores iguais ou maiores que o score 11, foram classificados como “com sonolência excessiva diurna”

Quadro 3 - Escala de Sonolência de Epworth.

Qual a probabilidade de dormir ou 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 situação.	
0 = nenhuma probabilidade de dormir 1 = ligeira probabilidade de dormir 2 = moderada probabilidade de dormir 3 = forte probabilidade de dormir	1- Sentado/a ler. 2- A ver televisão. 3- Sentado/a inativo/ num lugar público (por exemplo, sala de espera, cinema ou reunião). 4- Como passageiro num carro durante uma hora, sem parar. 5- Deitado/a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem. 6- Sentado/a conversar com alguém 7- Sentado/a calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool. 8- Ao volante, parado/a no trânsito durante uns minutos

Fonte: Escala de sonolência de Epworth (JONHS, 1991)

Avaliação das alterações emocionais

O nível de estresse emocional foi avaliado por meio do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (Lipp, 2000) – (Anexo B) que foi aplicado 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 C) e o Inventário de Avaliação de Ansiedade (BAI) – (Anexo D), 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).

Análise estatística

Após a coleta dos dados, os pacientes foram divididos em dois grupos sendo eles Sem (G1) e Com (G2) Sonolência excessiva diurna. Os resultados foram submetidos à análise estatística usando SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) com alfa (α) =0.05, aplicando-se o teste de correlação de Spearman para verificar a correlação entre as variáveis.

5 RESULTADOS

Foram incluídos no presente estudo 74 pacientes, sendo 60 (81,08%) do gênero feminino e 14 (18,92%), do masculino nesta análise não foram excluídos os pacientes com baixo risco de apneia obstrutiva do sono segundo o questionário de Berlim (Netzer et al., 1999) - (Anexo E), por não estarmos avaliando as nuances da sonolência nos pacientes.

A maioria dos pacientes não apresentou sonolência excessiva diurna (87,84%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição descritiva da presença de sonolência diurna nos indivíduos Sem Bruxismo, com BS, BV e BS+BV (n=74).

	Gênero		Sonolência	
	F	M	Sem	Com
Sem Bruxismo	7	2	9	0
BS	6	0	5	1
BV	10	5	12	3
BS+BV	37	7	39	5
TOTAL	60	14	65	9

Fonte: Do Autor

Não houve correlação entre a sonolência diurna e nenhum dos tipos de bruxismos analisados (Tabela 2)

Tabela 2 - Correlação entre a sonolência diurna com o bruxismo (BS, BV e BS+BV).

		Sonolência
		Excessiva diurna
BS	CR	0,007
	VP	0,95
BV	CR	0,085
	VP	0,47
BS+BV	CR	0,030
	VP	0,80

Fonte: Do Autor

CR: correlação

VP: valor de P

Os valores de P são relativos à correlação entre a presença e/ou intensidade das variáveis.

Nas tabelas de 3 a 5 estão apresentadas as correlações da sonolência excessiva com as alterações emocionais. Não houve correlação entre as alterações emocionais testadas e a sonolência excessiva diurna (Tabelas 3, 4 e 5).

Tabela 3 - Correlação entre a presença de sonolência diurna e ansiedade (n=74).

ANSIEDADE (BAI)						
Sonolência	Mínima	Leve	Moderada	Severa	CR	VP
Ausente	40	11	4	1	0,064	0,617
Presente	5	2	1	0		
TOTAL	45	13	5	1		

Fonte: Do Autor

CR: correlação

VP: valor de P

Os valores de P são relativos à correlação entre a presença e/ou intensidade das variáveis.

Tabela 4 - Correlação entre a presença de sonolência diurna e depressão (n=74).

DEPRESSÃO (BDI)						
Sonolência	Ausente	Leve	Moderada	Severa	CR	VP
Ausente	38	11	5	2	0,005	0,971
Presente	5	3	0	0		
TOTAL	43	14	5	2		

Fonte: Do Autor

CR: correlação

VP: valor de P

Os valores de P são relativos à correlação entre a presença e/ou intensidade das variáveis.

Tabela 5 - Correlação entre a presença de sonolência diurna e estresse (n=74).

Estresse (LIPP)				
Sonolência	Ausente	Presente	CR	VP
Ausente	32	24	0,131	0,304
Presente	3	5		
TOTAL	35	29		

Fonte: Do Autor

CR: correlação

VP: valor de P

Os valores de P são relativos à correlação entre a presença e/ou intensidade das variáveis

6 DISCUSSÃO

A hipótese nula do estudo foi aceita, uma vez que a sonolência excessiva diurna não se correlacionou ao bruxismo nem as alterações emocionais.

O bruxismo do sono é caracterizado pelo ranger ou apertar dos dentes durante o sono e está associado a rápidos despertares (3 a 15 segundos) (KATO et al., 2001), conhecidos como microdespertares (AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION, 2005). Pesquisadores demonstraram que pacientes portadores de distúrbios do sono podem ser mais susceptíveis à depressão e ansiedade (BARGLIONI et al. 2010) e que quadros depressivos podem se instalar com maior facilidade nestes indivíduos pois a baixa qualidade do sono afeta diretamente o humor (RIEMANN et al. 2010). A presença do BS como uma desordem do sono, poderia promover a sonolência excessiva diurna. A literatura sugere que o Bruxismo do sono representa uma parassonia, mas que ele parece não influenciar diretamente no ciclo do sono (SATEIA, 2005). Sendo assim, nossos resultados corroboram com esta afirmação, pois não houve correlação da sonolência excessiva com o bruxismo do sono, sugerindo que o BS não influencia diretamente na qualidade do sono. Assim, uma vez que a presença do BS não se correlacionou com a sonolência excessiva diurna neste grupo, os resultados sugerem que o BS, como uma parassonia, não altera a qualidade do sono em portadores de DTMs musculares. Quanto aos demais bruxismos, também não se correlacionaram com a sonolência excessiva diurna.

A presença do bruxismo (BS, BV e BS+BV) no presente estudo pode ser considerado “possível”, uma vez que foi realizado apenas por meio de questionário, como classificado por (LOBBEZOO et al. 2013). Desta forma, esta ausência de correlação entre o BS e sonolência, bem como com os demais fatores estudados devem ser vistos com cautela, e devem direcionar novos estudos que utilizem a polissonografia ou outros métodos de diagnóstico para a avaliação do bruxismo.

Pesquisadores demonstraram que a sonolência diurna acomete grande parte da população e pode ter repercussões importantes e significativas para o indivíduo, incluindo o risco para doenças clínicas e psiquiátricas (MADANI; MADANI; FRANK, 2010). Entretanto, os resultados do presente estudo não corroboram com estes resultados, pois não ocorreu a relação entre alterações emocionais e sonolência excessiva diurna. Porém, é válido ressaltar que este estudo tem limitações, como o

número de paciente analisados e as avaliações realizadas por meio de questionários. A avaliação por meio de questionários ou inventários pode ser considerada uma limitação da pesquisa, o que torna necessário a realização de estudos que utilizem ferramentas mais apropriadas. Porém, também é importante ressaltar que o padrão ouro para se avaliar a presença da SAHOS e do Bruxismo do SONO é a polissonografia associada a um sistema de audio-vídeo (LAVIGNE et al., 2000), mas é um método que exige tempo e disposição do paciente e apresenta alto custo (BUYSSE et al., 1989), especialmente para estudos em grandes populações. O método considerado padrão ouro para o estudo do Bruxismo em Vigília ainda não está definido. Desta forma, como a polissonografia não foi utilizada, a inclusão somente de pacientes não portadores de SAHOS realizada através de questionário, pode não ser considerada um viés do estudo. E a presença dos bruxismos não pode ser confirmada, e por isto a utilização da classificação dos bruxismos como “possível”.

7 CONCLUSÃO

Diante dos resultados deste estudo, pode se concluir que:

A Sonolência Diurna Excessiva não se correlacionou ao bruxismo e às alterações emocionais investigadas.

REFERÊNCIAS

- ALBERTINI; SIQUEIRA. A Ortodontia e a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono / Orthodontics and the Obstructive Sleep Apnea Syndrome. **J. bras. ortodon. ortop. Facial**. V. 6, n. 33, p, 213-21, maio-jun. 2001
- AHLBERG, J.; LOBBEZOO, F.; AHLBERG, K.; MANFREDINI, D.; HUBLIN, C.; SINISALO, J.; KÖNÖNEN, M.; SAVOLAINEN, A. Self-reported bruxism mirrors anxiety and stress in adults. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.**, v. 18, n. 1, p. 7-11, 2013.
- ALLEN, P. F.; LOCKER, D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. **Community Dental Health.**, v. 14, p. 133–138, 1997.
- ALMOZNINO, G.; ZINI, A.; ZAKUTO, A.; SHARAV, Y.; HAVIV, Y.; HADAD, A.; CHWEIDAN, H.; YAROM, N.; BENOLIEL, R. Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Temporomandibular Disorders. **J Oral Facial Pain Headache.**, v. 29, n. 3, p. 231-41, 2015.
- AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION. International classification of sleep disorder: diagnostic and coding manual, revised. 2nd ed. Westchester, p. 189-192, 2005
- BADER, G.; LAVIGNE, G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. **Sleep Med Rev.**, v. 4, n. 1, 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.
- BARROS, V. M.; SERAIDARIAN, P. I.; CORTES, M. I.; PAULA, L. V. The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. **J Orofac Pain.**, v. 23, n. 1, p. 28-37, 2009.
- BERTOLI, E.; DE LEEUW, R.; SCHMIDT, J. E.; OKESON, J. P.; CARLSON, C. R. Prevalence and impact of post-traumatic stress disorder symptoms in patients with

masticatory muscle or temporomandibular joint pain: differences and similarities. **J Orofac Pain.**, Spring, v. 21, n. 2, p. 107-19, 2007.

BLACKBURN.; MUNRO G. Hypothalamo-pituitary-adrenal axis dysfunction as a contributory factor to chronic pain and depression. **Curr Pain Headache Rep.**, v. 8, n, 2, p. 116-240. 2004.

BONJARDIM, L. R.; GAVIÃO, M. B.; PEREIRA, L. J.; CASTELO, P. M. Anxiety and depression in adolescents and their relationship with signs and symptoms of temporomandibular disorders. **Int J Prosthodont.**, v. 18, n. 4, p. 347-52, Jul-Aug. 2005.

BUYSSE, D. J.; REYNOLDS, C. F. R. D.; 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.

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

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.

CARLSSON, G. E.; LERESCHE, L. Epidemiology of temporomandibular disorders. In: DaoT, Knight, K, Ton-Tht, V. Modulation of myofascial pain by the reproductive hormones: A preliminary report. **J Prosthet Dent.**, v. 79, p. 663-70, 1998.

CHERVIN, Ronald D. et al. Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. **Sleep medicine**, v. 1, n. 1, p. 21-32, 2000.

CIANCAGLINI, R.; RADAELLI, G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. **J Dent.**, v. 29, n. 2, p. 93-8, 2001.

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

CULEBRAS, A. Síndrome de apnea del sueño: soluciones a corto plazo y riesgo cerebrovascular a largo plazo. **Revista de Neurología**, v. 42, n. 1, p. 34-41. 2006

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.

DAHLSTROM, L.; & CARLSSON, G. E. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. **A systematic review Acta Odontologica Scandinavica.**, v. 68 p. 80–85. 2010.

DEMIR, A.; UYSAL, T.; GURAY, E.; BASCIFTCI, F.A. The relationship between bruxism and occlusal factors among seven-to19- year-old Turkish children. **Angle Orthod.**, v. 74, p. 672–76, 2004.

DWORKIN, S. F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **J Craniomandib Disord.**, v. 6, n. 4, p. 301-55, 1992.

EMAMI, E.; HEYDECKE, G.; ROMPRE', P.; DE GRANDMONT, P.; FEINE, J. Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: a metaanalysis of randomized-controlled trials. **Clin Oral Impl Res.**, v. 20, p. 533–44, 2009.

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

FERRARA, M; DE GENNARO, L. How much sleep do we need? **Sleep Medicine.**, v. 5 n. 2, p. 155- 179, 2001.

FEU, D.; CATHARINO, F.; QUINTÃO, C. C.; ALMEIDA M. A. A systematic review of etiological and risk factors associated with bruxism. **J Orthod.**, v. 40, n. 2, p. 163-71, 2013.

HUBLIN, C., KAPRIO, J., PARTINEN, M., & KOSKENVUO, M. Insufficient sleep: a population-Based study in adults. Sleep: **Journal of Sleep and Sleep Disorders Research**, 24, 2001.

INGLEHART, M. R.; Bagramian, R.A. Oral health-related quality of life: an introduction. In: Inglehart MR, Bagramian RA, editors. Oral health-related quality of life. Chicago, IL: **Quintessence Publishing.**, p. 1–6, 2002.

JOHNS, M. V. A. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. **Sleep.**, v. 14, p. 540-545, 1991.

KATO, T.; ROMPRÉ, P. H.; MONTPLAISIR, J. Y.; SESSLE, B. J.; LAVIGNE, G. J. Sleep bruxism: an oromotor activity secondary to micro-arousal. **J. Dent. Res.**, Alexandria, v. 80, n. 10, p. 1940-1944, Oct. 2001.

KRYGER, M. What data do we need to diagnose and treat obstructive sleep apnea syndrome? **Sleep Medicine Reviews**, v. 6, n. 1, p. 3-6, 2002.

LANSKI, Charles. Nil subrings of Goldie rings are nilpotent. **Canad. J. Math**, v. 21, p. 904-907, 1969.

LAVIGNE, G. J. et al. Rhythmic masticatory muscle activity during sleep in humans. **Journal of dental research**, v. 80, n. 2, p. 443-448, 2001.

LAVIGNE, G. J.; ROMPRÉ, P. H.; MONTPLAISIR, J. Y. Sleep bruxism: Validity of clinical research diagnostic criteria in a controlled polysomnographic study. **J Dent Res.**, v. 75, p. 546–552, 1996.

LAVIGNE, G. J.; MONTPLAISIR, J. Y. Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. **Sleep**, Winchester., v. 17, n. 8, p. 739-743, Dec. 1994.

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, n. 2-3, p. 283-290, 2008.

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

LUTHER, F. TMD and occlusion part II. Damned if we don't? Functional occlusal problems: TMD epidemiology in a wider context. *Br Dent J.* 2007 Jan 13;202(1): E3; discussion 38-9. Review. Erratum in: **Br Dent J.**, v. 202, n. 8, p. 474, 28. Apr. 2007.

MACALUSO, G. M.; GUERRA, P.; DI GIOVANNI, G.; BOSELLI, M.; PARRINO, L.; TERZANO, M. G. Sleep bruxism is a disorder related to periodic arousals during sleep. **J Dent Res.**, v. 77, p. 565– 573. 1998.

MADANI; MADANI; FRANK. Psychological Issues in Sleep Apnea. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America.** v. 22, n. 4, p 503-509, nov 2010.

MANFREDINI, D.; DE LAAT, A.; WINOCUR, E.; AHLBERG, J. Why not stop looking at bruxism as a black/white condition? Aetiology could be unrelated to clinical consequences. **J Oral Rehabil.**, v. 43, p. 799–801. Oct. 2016.

MANFREDINI, D.; LAAT, DE A.; WINOCUR, E.; AHLBERG, J. Why not stop looking at bruxism as a black/white condition? Aetiology could be unrelated to clinical

consequences. **Commentary Journal of Oral Rehabilitation.**, v. 43, p. 799–801, 2016.

MANFREDINI, D.; LOBBEZOO, F. Relationship between bruxism and temporomandibular disorders: a systematic review of literature from 1998 to 2008. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v. 109, n. 6, p. 26-50, Jun. 2010.

MANFREDINI, D.; LOBBEZOO, F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. **J Orofac Pain.**, v. 23 p. 153–166, 2009.

MARCHINI, L.; DOS SANTOS, M. B.; DOS SANTOS, J. F.; DA CUNHA, V. P. Establishing a stable centric position using overlays. **Gen Dent.**, v. 58, n. 4, p. 179-83, 2010.

MARTINS, R. J.; GARBIN, C. A. S.; GARCIA, A. R.; GARBIN, A. J. Í.; MIGUEL, N. Stress levels and quality of sleep in subjects with temporomandibular joint dysfunction. **Rev. odonto ciênc.**, v. 25, n. 1, p. 32-36, 2010.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal oral health impact profile. UFES **Rev. Odontol., Vitória.**, v. 3, n. 1, p. 32-38, jan-jun. 2001.

MONTEIRO, D. R.; ZUIM, P. R. J.; PESQUEIRA, A. A.; RIBEIRO, P. P.; GARCIA, A. R. Relationship between anxiety and chronic orofacial pain of temporomandibular disorder in a group of university students. **J Prosthodont Res.**, v. 55, n. 3, p. 154-8, Jul. 2011.

NAITO, M.; YUSA, H.; NOMURA, Y.; NAKAYAMA, T.; HAMAJIMA, N.; HANADA, N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. **J Oral Sci.**, v. 48, p. 1–7, 2006.

NEAU, J., PAQUEREAU, J., BAILBE, M., MEURICE, J., INGRAND, P., & GIL, R. Relationship between sleep apnea syndrome, snoring and headaches. **Cephalalgia**, v. 22, n. 5, p. 333-339, 2002

OKESON JP. Bell's Orofacial Pains: The Clinical Management of Orofacial Pain. 6th edition: **Quintessence Publishing**. P, 489. 2005

OKESON, J. P. **Tratamento Das Desordens Temporomandibulares e Oclusão** 7ª Edição. 2013.

OLIVEIRA, A. S.; BERMUDEZ, C. C.; SOUZA, R. A.; SOUZA, C. M. F.; DIAS, R. M.; CASTRO, C. E. S. et al. [Pain impact on life of patients with temporomandibular disorder]. **J Appl Oral Sci.**, Portuguese., v. 11, n. 2, p. 138-43. Apr-Jun. 2003.

RAPHAEL, K. G.; SANTIAGO, V.; LOBBEZOO, F. Bruxism is a continuously distributed behaviour, but disorder decisions are dichotomous (Response to letter by Manfredini, De VLaat, Winocur, & Ahlberg (2016)). **J Oral Rehabil.**, v. 43, n. 10 p. 802-3, 25 Oct. 2016.

REISINE, S. T.; WEBER, J. The effects of temporomandibular joint disorders on patients' quality of life. **Community Dental Health, Hampshire.**, v.6, n.3, p.257–70, Sep. 1989.

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

RINTAKOSKI, K.; AHLBERG, J.; HUBLIN, C.; BROMS U.; MADDEN, P. A.; KÖNÖNEN, M.; KOSKENVUO, M.; LOBBEZOO, F.; KAPRIO, J. Bruxism is associated with nicotine dependence: a nationwide Finnish twin cohort study. **Nicotine Tob Res.**, v. 12, n. 12, p.1254-60, 2010.

RUGH.; TURK.; ZAKI. Psychological components of pain. **Dent Clint North Am.** V. 31, p. 579-94, 1987

SARI, S.; SONMEZ, H. The relationship between occlusal factors and bruxism in permanent and mixed dentition in Turkish children. **J Clin Pediatr Dent.**, v. 25, p. 191–94, 2001.

SATEIA, M. J. American Academy of Sleep Medicine. Sleep-related movement disorders. (ed). International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, ed 2. Westchester, IL: **American Academy of Sleep Medicine.**, p. 189–191, 2005.

SCHWARTZ L. Disorders of the temporomandibular joint. Philadelphia: WB SaundersCo;1959

SEGÙ, M.; COLLESANO, V.; LOBBIA, S.; REZZANI, C. Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen., v.33, n.2, p.125–30, Apr. 2005.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 25, n. 4, p. 284-90, 1997.

SPOSITO, Maria Matilde de Mello; TEIXEIRA, Stephanie Alderete Feres. Toxina Botulínica Tipo A no tratamento da dor miofascial relacionada aos músculos da mastigação. **Acta fisiátrica**, v. 21, n. 3, 2014.

SUVINE TI, HANES KR, GERSCHMAN JA, READE PC. Psychophysical subtypes of temporomandibular disorders. **J Orofac Pain.** V. 11, p. 20-05, 1997

SUVINEN, T. I.; READE, P. C.; KEMPPAINEN, P.; KÖNÖNEN, M.; DWORKIN, S. F. Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. **Eur J Pain.**, v. 9, n. 6, p. 613-33, 2005.

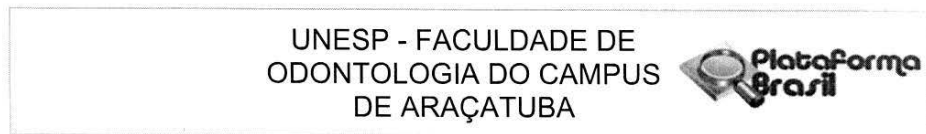
SVENSSON, P.; JADIDI, F.; ARIMA, T.; BAAD-HANSEN, L.; SESSLE, B. J. Relationships between craniofacial pain and bruxism. **J Oral Rehabil.**, v. 35, p. 524-47, 2008.

THORPY, M. J. ICSD—International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding manual. Diagnostic Classification Steering Committee, Chairman, Rochester, Minnesota: **American Sleep Disorders Association.**, 1990.

VIEIRA, Branca Heloísa de Oliveira Martins. **Prevalência e impacto da dor de dente em uma população de mulheres grávidas no Rio de Janeiro, Brasil.**, 2003. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Departamento de Epidemiologia, Rio de Janeiro., p. 205, 2003.

ANEXOS

ANEXO A- Certificado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HÁBITOS PARAFUNCIONAIS, LIMIAR DE DOR, CATASTROFIZAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DTMS

Pesquisador: Karina Helga Turcio de Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53193216.5.0000.5420

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.424.301

Apresentação do Projeto:

População a ser estudada. Serão convidados a participarem desta pesquisa pacientes com DTM muscular da clínica do Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das DTMs (NDTDTM) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", diagnosticado por examinador experiente com base no RDC/TMD1. A população alvo desse estudo será composto maior número de pacientes possível, alcançando no mínimo, 40 indivíduos. Como critérios de inclusão, os pacientes deverão apresentar idade mínima de 18 anos e serem capazes de entender as questões aplicadas nos testes selecionados para a pesquisa. Para participarem do grupo de estudo deverão ser portadores de dor muscular com ou sem bruxismo do sono ou em vigília. Como critérios de exclusão serão considerados: Neuralgia Trigeminal; Arterite do temporal; Tumores; Doenças Neurológicas, problemas psiquiátricos, narcolepsia, distúrbio do sono (exceto bruxismo do sono), presença de próteses totais, presença de má oclusão grande (diferença entre relação central e máxima intercuspidação maior que 5 mm, overjet e overbite acima de 6

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONÇA

UF: SP

Município: ARACATUBA

CEP: 16.015-050

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DO CAMPUS
DE ARAÇATUBA



Continuação do Parecer: 1.424.301

milímetros, e mordida cruzada anterior ou unilateral)37, uso de medicações como benzodiazepínicos, álcool ou drogas. Avaliação da qualidade de vida, catastrofização e dor espontâneaApós selecionados, o impacto da DTM na qualidade de vida será avaliado por meio da Escala OHIP (Quadro 1), também responderão a uma escala de catastrofização (Quadro 2).38,39 A dor será avaliada inicialmente por anamnese, em uma escala visual analógica segundo RDC (eixo II) (Quadro 3).Avaliação do limiar de dor à pressão por meio de algometriaO treinamento do examinador também é necessário para a familiarização com algômetro, aparelho empregado para medir o limiar de dor à pressão, e para a padronização da velocidade de aplicação de força definida em aproximadamente meio quilograma força por centímetro quadrado a cada segundo (0,5kgf/cm2/s) (Fredriksson et al.,13 2000).35A avaliação algométrica será realizada nos mesmos pontos em que será feita a palpação digital. Enquanto for realizada a compressão da ponta ativa do algômetro sobre o músculo, o lado oposto da cabeça da paciente será estabilizada pelo examinador.Enquanto se realiza a compressão da ponta ativa do algômetro sobre o músculo, o lado oposto da cabeça da paciente será mantido apoiado pelo examinador. Cada paciente é orientado a indicar de maneira clara (levantando a mão) o momento em que a compressão exercida sobre o músculo deixar de ser uma sensação de pressão e passar a ser dor. Neste momento, a pressão deixa de ser exercida e o algômetro registra o valor em kgf/cm2.Avaliação do bruxismo do sono (BS) e em vigília (BV)A presença de bruxismo em vigília e noturno serão avaliadas por relato do paciente, questionários e exame de acordo com critérios descritos abaixo.8,37O diagnóstico clínico do BS será baseado no Critério Diagnóstico Clínico37 proposto pela Academia Americana da Medicina do Sono (AAMS)8. Será considerada a presença do bruxismo quando o paciente relatar ou perceber que range os dentes durante o sono, confirmado por algum companheiro de quarto ou familiar e pelo menos mais um dos critérios abaixo: observação de desgaste anormal, relato de fadiga ou dos nos músculos da mastigação ao amanhecer, ou hipertrofia do masseter verificado pela palpação digital. O diagnóstico clínico do BV será feito pelo relato do paciente considerando-se os seguintes critérios. Presença de dor ou sensação de rigidez ou

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: andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DO CAMPUS
DE ARAÇATUBA



Continuação do Parecer: 1.424.301

tensão muscular e a percepção de apertamento diurno. Além disto, dois ou mais dos critérios abaixo: Edentações na mucosa jugal e/ou língua, hipertrofia nos músculos mastigatórios, tórus ósseo, e dor nos músculos mastigatórios. Todos os indivíduos serão examinados por palpação digital e avaliados por escala visual analógica e algometria. A palpação digital será realizada seguindo os critérios do RDC (Eixo I).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- correlacionar o bruxismo com a qualidade de vida; dor relatada, limiar de dor à pressão e catastrofização

Objetivo Secundário:

- correlacionar o limiar de dor muscular com a qualidade de vida e catastrofização. - correlacionar o limiar de dor no esternocleidomastoideo com o

limiar de dor nos músculos masseter e temporal anterior em pacientes com DTM muscular com e sem bruxismo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco da pesquisa é mínimo de acordo com os critérios éticos, uma vez que o estudo é observacional e todos os pacientes serão examinados e responderão a questionários e escalas. Não sofrerão nenhuma intervenção.

Os pacientes serão examinados quanto à questões comportamentais, como a catastrofização e com relação aos hábitos parafuncionais. Serão

orientados quanto aos tratamentos necessários à sua DTM e direcionados para tratamento dentro da clínica de DTMs desta faculdade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa apresenta todos os requisitos para a sua elaboração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos foram apresentados de acordo com a resolução 466/12.

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONÇA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

**UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DO CAMPUS
DE ARAÇATUBA**



Continuação do Parecer: 1.424.301

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto adequado para a realização segundo as normas éticas e legais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salientamos que, de acordo com a Resolução 466 CNS, de 12/12/2012, há necessidade de apresentação de relatórios semestrais, devendo o primeiro relatório ser enviado até 01/08/2016.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_655973.pdf	02/02/2016 14:58:11		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Cavinati.pdf	02/02/2016 14:56:46	Karina Helga Turcio de Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Cavinati.doc	02/02/2016 14:55:36	Karina Helga Turcio de Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	P_Detalhado.docx	29/01/2016 16:46:50	Karina Helga Turcio de Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACATUBA, 25 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

André Pinheiro de Magalhães Bertoz
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONÇA

UF: SP

Município: ARACATUBA

CEP: 16.015-050

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

Anexo B – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (Lipp, 2000)

LIPP

QUADRO 1

a) Marque com F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas: () mãos e pés frios () boca seca () nó no estômago () aumento de sudorese () tensão muscular () aperto da mandíbula/ranger os dentes () diarreia passageira () insônia () taquicardia () hiperventilação () hipertensão arterial subta e passageira	Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas () aumento súbito de motivação () entusiasmo súbito () vontade súbita de iniciar novos projetos 1- Está tomando algum medicamento para controle de ansiedade, depressão ou similar?
--	---

QUADRO 2

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

QUADRO 3

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

Anexo C - Inventário de Depressão de Beck (Beck et al., 1961)

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.

<u>1</u> (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. <u>2</u> (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 impressão de que as coisas não podem melhorar. <u>3</u> (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 que posso ver é um monte de fracassos. (3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. <u>4</u> (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. <u>5</u> (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. <u>6</u> (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. <u>7</u> (0) Não me sinto decepcionado comigo mesmo.	<u>8</u> (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. <u>9</u> (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. <u>10</u> (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. <u>11</u> (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. <u>12</u> (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. <u>13</u> (0) Tomo decisões tão bem quanto antes. (1) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
--	--

(1) Estou decepcionado comigo mesmo. (2) Estou enojado de mim. (3) Eu me odeio.	(2) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. (3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
<u>14</u> (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.	<u>19</u> (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.
<u>15</u> (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.	<u>20</u> (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.
<u>16</u> (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.	<u>21</u> (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.
<u>17</u> (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.	
<u>18</u> (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.	

Anexo D - Inventário de Avaliação de Ansiedade (BAI)

BAI

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

	Absolutamente não	Levemente	Moderadamente	Gravemente (Muito)
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 E - Questionário de Berlim.

<u>HÁBITOS:</u> 1. Que horas você dorme? _____ 2. Que horas você acorda? _____ 3. Você dorme com a luz acesa? () Sim () Não 4. Você dorme sozinho? () Sim () Não	5. Você dorme com a televisão ligada? () Sim () Não 6. Você dorme com algum tipo de som ligado? () Sim () Não 7. Você toma banho antes de dormir? () Sim () Não 8. Você come antes de dormir? () Sim () Não
<u>CATEGORIA 1</u> 1. Você ronca? () Sim () Não () Não sei 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? 3. Com que frequência você ronca? () Praticamente todos os dias () 3-4 vezes por semana () 1-2 vezes por semana () Nunca ou praticamente nunca 4. O seu ronco incomoda alguém? () sim () não 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	<u>CATEGORIA 2</u> 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 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 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 <u>CATEGORIA 3</u> 9. Você tem pressão alta? () Sim () Não () Não sei