

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LUÍSA MARIA BEZERRA DE SOUSA

**ASSOCIAÇÃO DA DEPRESSÃO E DISTÚRBO DO SONO EM PACIENTES COM E
SEM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.**

NATAL/RN – 2015

LUÍSA MARIA BEZERRA DE SOUSA

**ASSOCIAÇÃO DA DEPRESSÃO E DISTÚRPIO DO SONO EM PACIENTES COM E
SEM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.**

Dissertação desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração em Odontologia, para fins de obtenção do grau de mestre em Saúde coletiva.

Orientador: Profº Dr. Gustavo Augusto Seabra
Barbosa.

Natal/RN - 2015

Catálogo na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial de Odontologia "Prof^o Alberto Moreira Campos".

Sousa, Luísa Maria Bezerra de.

Associação da depressão e distúrbio do sono em pacientes com e sem disfunção temporomandibular / Luísa Maria Bezerra de Sousa. – Natal, RN, 2015.
45 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Augusto Seabra Barbosa.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

1. Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular – Dissertação. 2. Depressão – Dissertação. 3. Transtornos do sono – Dissertação. I. Barbosa, Gustavo Augusto Seabra. II. Título.

RN/UF/BSO

Black D131

LUÍSA MARIA BEZERRA DE SOUSA
**ASSOCIAÇÃO DA DEPRESSÃO E DISTÚRBO DO SONO EM PACIENTES COM E
SEM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.**

Dissertação desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração em Odontologia, para fins de obtenção do grau de mestre em Saúde coletiva.

Data da aprovação: 21/07/2015

Profº Drº Eduardo José Guerra Seabra
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

Profº Drª Érika Oliveira de Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profº Drº Gustavo Augusto Seabra Barbosa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Orientador

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família que sempre priorizou os meus estudos e que fez todo o esforço, do qual eu não consigo mensurar em palavras, para deixar para mim o maior patrimônio que os pais podem presentear seus filhos: a educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pela família com a qual me presenteou, pela inteligência em mim plantada, pela saúde que me permitiu ter forças para chegar até aqui e por esse lindo dom que me faz capaz de proporcionar sorrisos mais alegres.

Aos meus pais, José Gilson e Heluísa Maria, pelo esforço, dedicação, paciência, apoio, amor e conselhos dispensados a mim durante toda minha vida. À minha irmã, Heluísa Sousa, meu eterno exemplo de persistência e coragem. À minha avó Maria Lopes (*in memoriam*), por ter me mostrado o sentido da relação entre avó e neta.

Aos meus amigos que entenderam a minha vontade de ser melhor em minha profissão, especialmente aos que vivenciaram essa batalha junto comigo: Ana Luísa Pascoal, Marcília Ribeiro, Gabriela Monteiro e Salomão Israel.

À Valéria Damasceno, minha eterna gratidão e amizade: primeiro por ter sido meus olhos e meus ouvidos quando não pude estar presente no âmbito da faculdade, e principalmente, meu agradecimento mais sincero é pelo lindo sentimento de amizade que nos une há, aproximadamente 07 anos, com qual pretendo tê-lo até à nossa velhice, para continuarmos nos apoiando uma na outra e rindo das nossas próprias histórias.

À minha amiga Fernanda Fernandes pelo incentivo e apoio moral, quando o mundo conspirava para que eu deixasse esse sonho escapar, e ela tão prontamente me orientou a seguir em frente contra tudo e contra todos.

A Pedro Alzair, pelos conselhos experientes no momento mais delicado nesses 02 anos e 06 meses!

À prof^a Érika Almeida pela disposição em ajudar e compartilhar seus conhecimentos de forma simples e pelo tratamento de forma horizontal em ambiente clínico sempre me colocando de maneira semelhante e me fazendo acreditar que eu posso chegar cada vez mais distante. Espero ter retribuído da melhor forma. Muito obrigada!

Ao professor Eduardo Seabra, pelo carinho, acolhimento e amizade construída nesse pouco tempo de convivência. A odontologia fica mais linda e apaixonante com suas explicações! Obrigada por me mostrar isso!!!

Ao Professor Ângelo Roncalli, pelos conceitos teórico/prático da estatística, calmamente explicados e transformados em resultados quando eu não entendia que a significância estatística era muito mais que simples ‘p’ em itálico.

À Karen, a aluna de graduação que fez despertar em mim o desejo em ter outras experiências com a docência. Você está no caminho certo, muito dedicada e inteligente, você vai longe!!

Aos funcionários do Departamento de Odontologia, em especial do setor de prótese, com qual convivi semanalmente e me ajudaram cada um à sua maneira: Nelson, Edson, Jaquelma desculpem o trabalho que dei e obrigada pelas ajudas de sempre.

Ao meu orientador, Prof^o Dr^o Gustavo Seabra, não tenho palavras suficientes para descrever tamanho aprendizado, que vai muito além da ATM; de uma aula, de um atendimento. Muito obrigada por ter sido humano e me passado uma convivência saudável nesse meio acadêmico de pós-graduação com tantas competições e puxadas de tapetes. Fiz a seleção com objetivo de aprender um pouco mais sobre disfunção temporomandibular e saio com uma experiência clínica que eu não imaginava e um título com o qual, sem a sua compreensão e paciência, não o teria conseguido. Desejo somente que eu tenha alcançado o que me propus no momento em que me dispus a ser sua orientanda e que o Senhor tenha a oportunidade de conviver com alunos mais aplicados, dedicados e que atinjam suas expectativas melhores do que eu. Sei que deixei a desejar, mas posso dizer que dei o que eu tenho de melhor: persistência e a vontade de aprender. Concluo o mestrado completamente satisfeita não só pelo término do trabalho, pelo título e experiência adquiridos; mas por tê-lo conhecido melhor e aprendido, com seu exemplo, que ser o melhor no que se faz, não te faz superior. Mas que compartilhar o que mais se sabe, te deixa imortal perante aqueles que te admiram. Parabéns pela pessoa e professor que és. Muito Obrigada!!!!

“Eu sei se aqui cheguei, se conquistei o que eu queria...
Cheguei porque teimei, porque apostei na travessia.
Não fiz tudo o que eu quis, mas sou feliz, não fui perfeito.
Errei, mas procurei fazer direito.”

Á minha maneira (My Way)
Frank Sinatra

RESUMO

Objetivo: avaliar a inter-relação entre a DTM (disfunção temporomandibular), a depressão e o distúrbio do sono. **Métodos:** trata-se de um estudo do tipo caso-controle com aplicação de questionários em 111 pacientes, alocados do departamento de Odontologia da UFRN, Natal-RN, no período de setembro de 2014 a junho de 2015, para avaliação de sintomas depressivos através do IDB (Inventário de depressão de Beck); distúrbio do sono, pelo PSQI (Índice de qualidade de sono de Pittsburgh) e DTM através do RDC/TMD (critérios diagnósticos de pesquisa para DTM). Todos os índices foram aplicados por um único examinador previamente treinado e calibrado. Os dados coletados foram analisados com os testes de Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e a regressão logística não condicional. **Resultados:** as mulheres apresentaram um risco de 2,85 vezes maior de desenvolverem DTM ($p=0,046$). A OR (Odds Ratio) mostra que o distúrbio do sono aumenta em 2,19 as chances de ter DTM ($p=0,062$) e os sintomas depressivos aumentam o risco em 3,16 vezes em desenvolver a disfunção ($p=0,053$). **Conclusão:** os dados dessa pesquisa nos permite concluir que os pacientes com DTM, na população estudada, foram mais susceptíveis a desenvolverem alterações de sono e sintomas depressivos.

Palavras-chave: Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular. Depressão. Transtornos do sono.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the inter-relationship between TMD (temporomandibular disorder), depression and sleep disorder. **Methods:** This is a case-control study with questionnaires in 111 patients, allocated from the Dentistry Department of UFRN, Natal, Brazil, from September 2014 to June 2015, for evaluation of depressive symptoms through the BDI (Beck Depression Inventory); sleep disorder, the PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) and DTM through the RDC / TMD (diagnostic criteria to search for DTM). All indexes were applied by a single examiner previously trained and calibrated. The collected data were analyzed with chi-square tests of Pearson (χ^2) and the unconditional logistic regression. **Results:** women had a risk of 2.85 times more likely to develop TMD ($p = 0.046$). The OR (odds ratio) shows that sleep disturbance increases by 2.19 the chances of having TMD ($p = 0.062$) and depressive symptoms increase the risk by 3.16 times in developing dysfunction ($p = 0.053$). **Conclusion:** The data of this research allows us to conclude that patients with TMD, in this population, were more likely to develop changes in sleep and depressive symptoms.

Keywords: Temporomandibular joint dysfunction syndrome. Depression. Sleep disorders.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Análise descritiva da DTM segundo o sexo. Natal, RN 2015.23
Tabela 2	Análise descritiva da DTM segundo o estado civil. Natal, RN 2015.23
Tabela 3	Análise descritiva dos valores de PSQI segundo a DTM. Natal, RN. 2015.23
Tabela 4	Análise descritiva dos valores do IDB segundo a DTM. Natal, RN. 2015.24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ATM – Articulação temporomandibular
- AAOP - Academia Americana de Dor Orofacial
- DP – Desvio padrão
- DTM – Disfunção temporomandibular
- IDB – Inventário de depressão de Beck
- OR - Odds Ratio
- PSQI - Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh
- RDC/TMD - Critérios diagnósticos de pesquisa para DTM
- SPSS - Statistical Package for Social Sciences
- UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1	DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.....	14
2.2	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE PESQUISA PARA DTM.....	15
2.3	DEPRESSÃO.....	16
2.4	INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.....	17
2.5	DISTÚRBO DO SONO.....	17
2.6	ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH.....	18
3	OBJETIVOS.....	19
3.1	OBJETIVO GERAL.....	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
4	HIPÓTESES.....	20
5	METODOLOGIA.....	20
5.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	20
5.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	20
5.3	AMOSTRA.....	20
5.3.1	Critérios de inclusão da amostra.....	21
5.3.2	Critérios de exclusão da amostra.....	21
5.4	INTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	21
5.5	ANÁLISE DE DADOS.....	22
6	RESULTADOS	22
7	DISCUSSÃO.....	24
8	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS.....	28
	ANEXOS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) compreende um conjunto complexo de diferentes sinais e sintomas que afetam as articulações temporomandibular (ATMs) e as estruturas circunvizinhas. (BOSCATO et al., 2013; KIM et al., 2012; LEI et al., 2015; ROLDAN-BARRAZA et al., 2014) Segundo Okeson (2011) a DTM é uma das principais causas de dor não odontogênica na região orofacial. Para Dougall (2012) a DTM é uma das condições musculoesqueléticas que mais comumente resultam em dor e incapacidade.

A prevalência de DTM é de aproximadamente 10% em pacientes com mais de 18 anos de idade com uma proporção considerável de mulheres em idade reprodutiva. (DONNARRUMA et al., 2010; OKESON et al., 2008; ROLDAN-BARRAZA et al., 2014) Hungria et al., 2011 encontrou que as mulheres sofrem dores mais intensa do que os homens em seu estudo sobre a influência de fatores sociodemográficos na intensidade da dor em pacientes com DTM, e concluiu que as variáveis: sexo, escolaridade e estado civil exercem uma influência importante e independente sobre a intensidade da dor. (HUNGRIA et al., 2011)

Há pesquisas demonstrando a alta prevalência de níveis moderados a graves de depressão em pacientes com DTM sintomática, mas a relação entre eles ainda não está clara. Alguns investigadores relataram níveis elevados de depressão em pacientes com DTM enquanto outros não encontraram diferenças ao comparar pacientes depressivos com e sem DTM. (AUERBACH et al., 2001; SELAIMEN et al., 2006; SELAIMEN et al., 2007)

Em seu estudo sobre as relações entre a qualidade do sono, dor e sofrimento psicológico entre pacientes com DTM, Yatani (2002) encontrou que a pior qualidade de sono estava relacionada com a maior intensidade da dor ($p < 0,001$); concluindo que existe uma comorbidade entre distúrbios do sono, intensidade da dor e desconforto psicológico em pacientes com DTM. (YAP et al., 2002)

Observa-se, no entanto, que a relação de causa e consequência entre a qualidade do sono, a disfunção temporomandibular e os sintomas depressivos ainda não é totalmente compreendida, o que justifica a necessidade de aprofundar os estudos com a fim de averiguar se existe apenas influência entre eles ou se há preponderância de um em relação aos demais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

A disfunção temporomandibular (DTM) já é considerada um problema de saúde pública que afeta, aproximadamente, 5% a 12% da população. A dor relacionada à DTM pode afetar as atividades diárias do indivíduo, suas atividades psicossociais e ainda sua qualidade da vida. (SCHIFFMAN et al., 2014)

No Brasil, pesquisas relatam que cerca de 40 a 60% da população sofre de algum tipo de disfunção na articulação temporomandibular. (SAES et al., 2013) De acordo com a literatura mundial, tal disfunção acomete preferencialmente o gênero feminino na faixa etária entre 20 e 40 anos. (DONNARRUMA et al., 2010; OKESON et al., 2008; ROLDAN-BARRAZA et al., 2014)

A Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) define a disfunção temporomandibular (DTM) como um conjunto de alterações clínicas que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e as estruturas associadas. (CARRARA et al., 2010; DONNARRUMA et al., 2010; KIM et al., 2012; LEI et al., 2015; OKESON et al., 2011; RODRIGUES et al., 2010; SAES et al., 2013)

A etiologia da DTM é considerada complexa, multifatorial, controversa e pouco clara segundo a literatura. (BOSCATO et al., 2013) Sabe-se que fatores estruturais, funcionais e psicológicos estão envolvidos na origem da disfunção. (SAES et al., 2013) (DONNARRUMA et al., 2010; MARTINS et al., 2007; OKESON et al., 2011; SAES et al., 2013)

Como não existe um único fator etiológico para a DTM, seus sintomas clínicos revelam uma patogênese multifatorial que envolve elementos anatômicos e psicológicos. (RODRIGUES et al., 2010) O papel dos fatores psicossociais em DTM tem sido cada vez mais citados nas queixas dos pacientes, os quais relatam fadiga, distúrbios do sono, ansiedade, stress e depressão. (LEI et al., 2015; SIPILA et al., 2013)

Os sintomas mais comuns da DTM incluem dores: na cabeça, nas ATMs, no pescoço, nos ouvidos, zumbido, trismo, limitação de abertura bucal, e ainda estalo ou crepitação na ATM em movimento. (KIM et al., 2012; OKESON et al., 2011; SAES et al., 2013) Esses sintomas surgem entre a adolescência e a vida adulta e podem retornar espontaneamente quando idosos. (ROLDAN-BARRAZA et al., 2014)

A AAOP estabeleceu diretrizes para o diagnóstico e classificação das diferentes formas de DTM, que são divididas em dois grandes grupos: DTM muscular e DTM articular com suas respectivas subdivisões. (CARRARA et al., 2010; OKESON et al., 2011) (Anexo A)

O tratamento da disfunção temporomandibular deve ser orientado a partir dos fatores etiológicos envolvidos em cada caso; logo, não há um único tratamento para todos pacientes e sim um tratamento específico para cada pessoa. (SEABRA et al., 2012) Considerando os casos em que a disfunção envolve um importante componente psicológico, entende-se a necessidade de intervenções psicossociais no tratamento a longo prazo. (ROLDAN-BARRAZA et al., 2014)

Diversos estudos mostram que os tratamentos conservadores e agressivos fornecem resultados semelhantes; por isso a recomendação é sempre iniciar o tratamento com a terapia mais conservadora e reversível. (OKESON et al., 2011) Selaimen (2007) afirma que, independente do tratamento, cerca de 80% dos pacientes melhoram e salienta ainda que, estudos epidemiológicos mostram uma busca maior das mulheres por tratamento para DTM.

2.2 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE PESQUISA PARA DTM

Os Critérios Diagnósticos de Pesquisa para DTM (RDC/TMD) foram desenvolvidos com o objetivo de padronizar a investigação e a coleta de informações necessárias para o diagnóstico dos pacientes com essa patologia. (KIM et al., 2012) O RDC/TMD tem demonstrado um alto grau de confiabilidade para os diagnósticos mais comuns da DTM e, por isso, é o critério diagnóstico de escolha em pesquisas envolvendo esse distúrbio. Ele é utilizado mundialmente nas pesquisas nessa área, pois tem a maior parte de suas propriedades psicométricas e acurácia verificadas, caracterizando-se como uma das ferramentas mais apropriadas para avaliação da DTM. (KINDLER et al., 2012; RODRIGUES et al., 2010; SCHIFFMAN et al., 2014)

O RDC/TMD consiste em um sistema de duplo eixo no qual o eixo I investiga o diagnóstico físico da DTM e o eixo II é composto por uma avaliação de fatores comportamentais, sociais e psicológicos relacionados com a DTM, como pode ser observado em anexo. (Anexo B) (KIM et al., 2012; RODRIGUES et al., 2010) O eixo I é dividido em três grupos: (1) distúrbios musculares, incluindo dor miofascial com e sem limitação de abertura mandibular; (2) deslocamento do disco com ou sem uma redução ou limitação de abertura; (3) artralguas, artrites e artroses. (RODRIGUES et al., 2010) O eixo II inclui um questionário de 31 itens usados para avaliar o estado psicológico. As medidas do eixo II não

fornecem diagnósticos psiquiátricos clínicos definitivos, no entanto, são indicadores válidos e confiáveis de depressão, somatização e incapacidade dos pacientes, devido à relevância desses fatores de risco para desfechos clínicos em DTM. (RODRIGUES et al., 2010)

2.3 DEPRESSÃO

A depressão é o estado psicológico caracterizado por sentimentos de tristeza, desamparo, falta de esperança, culpa, desespero e futilidade. (YAP et al., 2002) É uma das principais causas de morbidade em todo o mundo, sendo associada a dores crônicas frequentemente, afetando 6,7% da população geral anualmente e diminuindo o tempo de vida em mais de 16%. (SIPILA et al., 2013)

Há estudos demonstrando a alta prevalência de níveis moderados a graves de depressão em pacientes com DTM sintomática, enquanto outros não encontram diferenças ao comparar pacientes depressivos com e sem a disfunção temporomandibular. (AUERBACH et al., 2001; SELAIMEN et al., 2006; MAIXNER et al., 2011, SIPILA et al., 2013; LEI et al., 2015)

Embora não se saiba exatamente como os fatores psicológicos interferem na predisposição, iniciação e perpetuação da DTM, terapias psicológicas tem mostrado benefícios para alguns pacientes com a disfunção. (YAP et al., 2002) Giannakopoulos (2010) afirma que a depressão pode desempenhar um papel importante em mulheres com dor crônica miofascial. E existem indicativos de que pacientes com DTM que não respondem bem ao tratamento apresentam piores resultados em testes neuropsicológicos quando comparados com pacientes que apresentam boa resposta ao tratamento. (SELAIMEN et al., 2006)

Estratégias de tratamento psicológico nem sempre são consideradas para as necessidades individuais dos pacientes com DTM, prova disso é que não há um modelo de tratamento de suporte para os mesmos. (SELAIMEN et al., 2006) Todavia, as condições psicológicas, como a depressão, têm sido usadas para explicar porque alguns pacientes não respondem à terapia convencional para DTM. Resultados de estudos que avaliaram as condições emocionais e de personalidade em pacientes com a disfunção temporomandibular indicam que esses pacientes têm uma gama de características que podem resultar no aumento de problemas emocionais e dificuldade em lidar com os mais diferentes eventos da vida. (YAP et al., 2002)

2.4 INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

O Inventário de Depressão de Beck (IDB) é um instrumento de auto avaliação utilizado mundialmente para detectar sintomas depressivos em populações, sejam elas clínicas ou não, no qual os pacientes colocam como eles têm se sentido durante a semana anterior até o dia em que respondem. (AUERBACH et al., 2001; GOMES-OLIVEIRA et al., 2012) Já foi traduzido para o Português do Brasil, validado e sua confiabilidade e reprodutibilidade já foram extensivamente revisadas na literatura. (SELAIMEN et al., 2007)

O IDB consiste em uma escala sintomática, de auto relato, com 21 itens, de múltipla escolha, cada um com quatro alternativas correspondentes aos níveis de gravidade crescente de depressão, aos quais são atribuídos escores entre 0 e 3. (GOMES-OLIVEIRA et al., 2012; SELAIMEN et al., 2006)

Responde-lo é bastante simples: o paciente lê cada alternativa e marca a declaração que mais se assemelha com a sua realidade durante a semana que passou. O escore final do IDB é obtido por meio da soma dos números correspondentes aos itens selecionados pelos pacientes. Tal escore pode variar de 0 a 63: sendo que escores de 0 a 11 indicam nível mínimo de depressão; 12 a 19, nível leve de depressão; 20 a 35, nível moderado de depressão e 36 a 63, nível grave de depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total que corresponde à intensidade da depressão. (SELAIMEN et al., 2006)

2.5 DISTÚRPIO DO SONO

A má qualidade do sono é uma característica clínica muito comum relatada por pacientes com dores crônicas. (YATANI et al., 2002) No entanto, consiste em um fenômeno complexo com definição e aferição complicadas, pois inclui aspectos quantitativos do sono, como a duração, latência e o número de despertares; bem como aspectos subjetivos, como a profundidade do sono. (BUYSSSE et al., 1989) A prevalência estimada de distúrbios do sono na população em geral varia entre 15% e 24%, e na população idosa, de 62%. (ALoba et al., 2007)

Pacientes com a disfunção temporomandibular, especialmente aqueles na fase crônica, também se queixam frequentemente de distúrbios do sono. Todavia existem pouquíssimos estudos bem desenhados explorando a relação entre distúrbios do sono e sintomas da DTM. (YATANI et al., 2002)

Buyse (1989) já relatava as reclamações sobre o sono em pacientes com a disfunção temporomandibular. Levantamentos epidemiológicos indicam que 15 a 35% da população adulta se queixa sobre a dificuldade em adormecer ou manter o sono.

A relação entre distúrbios do sono e DTM ainda não foi amplamente estudada, apesar de se encontrar relatos freqüentes nesses pacientes. Estudos recentes vêm mostrando que os distúrbios do sono são fatores predisponentes ou indicadores de risco de DTM sintomática e que influenciam na baixa resposta ao tratamento. (LEI et al., 2015)

Lei (2015) investigaram a relação entre as alterações do sono e fatores psicológicos em pacientes com DTM e encontraram que esses são possíveis indicadores de risco para dor miofascial na população estudada.

2.6 ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH

Muitos questionários de auto relato foram desenvolvidos para medir vários aspectos do distúrbio do sono. O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) ganhou ampla aceitação como uma ferramenta útil para aferir a qualidade do sono em diferentes grupos de pacientes, desde a sua introdução em 1989. (AIT AOUDIA et al., 2013; BACKHAUS et al., 2002; NISHIYAMA et al., 2014) O PSQI foi originalmente projetado para uso em populações clínicas como uma simples avaliação sobre a qualidade e distúrbios do sono. De acordo com os autores da escala, as vantagens do PSQI são: determinar os padrões de distúrbios de sono ao longo de um período de 1 mês através da avaliação de dados qualitativos e quantitativos; e calcular uma pontuação simples e global que transmite tanto o número quanto a gravidade dos problemas de sono. (CARPENTER et al., 1998)

O PSQI consiste em um questionário de auto relato, fácil de ser respondido e interpretado, o qual avalia qualidade do sono em relação ao último mês, incluindo a latência e duração do sono e é comumente utilizado em avaliações e tratamentos clínicos de vários transtornos do sono. (FAIRHOLME et al., 2014) É composto de 19 questões de auto relato e 5 questões de relato de terceiros, as quais são apenas informativas e não são tabuladas no escore final. O índice inteiro requer 5 a 10 minutos para ser respondido e 5 minutos para ser contabilizado. (BACKHAUS et al., 2002; BUYSSE et al., 1989)

Esses 19 itens são divididos em 7 componentes: qualidade do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna; os quais são tabulados separadamente, cada um em uma escala de 0 a 3, gerando um escore. Os 7 escores são somados e resultam no escore global do PSQI, que

varia de 0 a 21. Tal pontuação é classificada da seguinte maneira: escores de 0 a 5 indicam uma boa qualidade de sono e escores de 6 a 21 indicam qualidade de sono ruim que piora com o aumento dessa pontuação. (BUYSSSE et al., 1989)

O PSQI permite a avaliação de amostras clínicas gerando uma comparação direta entre pacientes, a nível individual ou grupos o que, para Buysse (1989, p.194) é clinicamente e cientificamente útil. (BUYSSSE et al., 1989)

Geralmente, a identificação de ‘bons’ e ‘maus’ dormidores para trabalhos de pesquisa se baseia em avaliações subjetivas de qualidade do sono, entrevistas clínicas e estudos de polissonografia: o padrão-ouro no diagnóstico para distúrbio do sono. Contudo, o PSQI fornece, em uma única medida quantitativa simples e padronizada, que identifica rapidamente ‘bons’ e ‘maus’ dormidores com resultados semelhantes aos achados com os meios acima citados. (BUYSSSE et al., 1989)

Comorbidades entre distúrbios do sono e fatores psicológicos em DTM não são incomuns. A falta de evidências científicas sobre as interações destas variáveis com a DTM despertou o interesse em investigá-las tendo como questionamento principal se distúrbios do sono e a depressão são fatores de risco para a DTM.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a inter-relação entre a disfunção temporomandibular, a depressão e os distúrbios do sono.

3.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar a relação entre a DTM e a depressão;
- Avaliar a relação entre a DTM e os distúrbios do sono;
- Avaliar a relação entre a DTM e gênero;
- Avaliar a predisposição do gênero, dos sintomas depressivos e/ou das alterações do sono com a presença de DTM;

4 HIPÓTESES

H0: Não existe interação entre a disfunção temporomandibular, gênero, sintomas depressivos e distúrbio do sono.

H1: Existe interação entre a disfunção temporomandibular, gênero, sintomas depressivos e distúrbio do sono.

5 METODOLOGIA

5.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo caso-controle, que consistiu na aplicação de questionários em pacientes com e sem DTM para avaliação de sintomas depressivos e distúrbios do sono.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-HUOL) e aprovado através do parecer número 900.543, conforme pode ser observado no anexo C.

5.3 AMOSTRA

A amostra foi de conveniência e compreendeu 50 casos de pacientes com DTM, registrados e diagnosticados no setor DTM e Dor Orofacial e 50 casos de pacientes em atendimento odontológico sem DTM, tratados no setor de Clínica integrada, ambos do departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, no período de setembro de 2014 a junho de 2015.

Os pacientes diagnosticados com DTM foram selecionados a partir da lista de espera para atendimento no CIADE (Centro Integrado de Atendimento aos portadores de Disfunção do Aparelho Estomatognático) da UFRN. Os pacientes sem DTM foram alocados a partir da população de pacientes do departamento de odontologia da UFRN que estavam em tratamento no setor de Clínica integrada para realização de outros tipos de atendimento odontológico, como procedimentos restauradores; endodônticos ou cirúrgicos.

5.3.1 Critérios de inclusão da amostra:

Foram incluídos na amostra, os pacientes do departamento de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, diagnosticados com e sem a disfunção temporomandibular que aceitaram responder aos questionários de forma verdadeira e voluntária.

5.3.2 Critérios de exclusão da amostra:

Foram excluídos da amostra os pacientes que estavam fazendo uso de medicação que interferisse na qualidade do sono, depressão ou na DTM; como relaxantes musculares, benzodiazepínicos e ansiolíticos; ou que estavam realizando tratamento psicológico e/ou psiquiátrico e ainda pacientes que não foram capazes de responder aos questionários por algum motivo (pacientes com transtorno mental, crianças, entre outros). Foi considerado o tempo mínimo de um mês sem uso dessas medicações ou realização de tratamentos.

5.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

No primeiro contato com o paciente, foi realizado um exame clínico completo, composto pelo exame físico e a anamnese detalhada do paciente; seguido pelo preenchimento do RDC/TMD, onde os pacientes foram diagnosticados, ou não, portadores da disfunção temporomandibular.

A aplicação RDC/TMD foi realizada de acordo com as instruções sugeridas por Faria (2011). Os pacientes foram submetidos a exame extraoral incluindo palpação da ATM, músculos da mastigação e demais estruturas envolvidas. Todas as pontuações atribuídas foram baseadas na reação de dor evocada pelo paciente quando submetido à pressão indicada em cada região examinada. (FARIA et al., 2011)

Em nosso estudo não foi utilizado o eixo II do RDC/TMD para avaliação do estado psicológico do paciente pela opção de trabalhar com o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) por se tratarem de questionários reconhecidos e bem avaliados na literatura e pela escassez de avaliação dos mesmos em pacientes com DTM. (GOMES-OLIVEIRA et al., 2012; BUYSSE et al., 1989)

Em seguida, um examinador previamente treinado e calibrado explicou cada questionário ao paciente: abordando o assunto, reforçando a importância de responder todas

as questões e ler atentamente cada afirmação antes de assinalar a alternativa que melhor se adequava à sua realidade. Em seguida, o paciente respondeu os dois questionários: o índice de Pittsburgh, para a análise na qualidade do sono, e o inventário depressão de Beck (IDB) para análise de sintomas depressivos.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados foi feita o cálculo da pontuação dos questionários a partir das instruções dos índices PSQI e IDB, conforme descrito anteriormente. Para realização da análise estatística, optou-se pela categorização dos resultados dos questionários, com o objetivo de fornecer uma melhor distribuição dos dados, resultando da seguinte forma: para o PSQI, valores abaixo ou igual a 5 os pacientes foram classificados como ‘sem alteração no sono’ e valores maiores que 5, ‘com alteração de sono’. Para o IDB, considerou-se o achado científico de Gomes-Oliveira (2012) onde a pontuação abaixo de 11 foi tratada como pacientes ‘sem sintomas depressivos’ e acima de 11, ‘com sintomas depressivos’.

Por fim, os dados quantitativos coletados foram organizados em um banco de dados e analisados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS software, version 22.0, IBM) através do qual foi possível realizar a análise estatística. A associação entre as variáveis, foi verificada por meio do teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) para a presença de DTM, diagnóstico de distúrbio de sono e sintomas depressivos. Para descrever a relação entre a variável dependente e as demais variáveis utilizou-se a regressão logística não condicional.

6 RESULTADOS

Foram avaliados 111 pacientes que procuraram atendimento no Departamento de Odontologia da UFRN. Destes, 04 foram excluídos por questionários incompletos – o que impossibilitou calcular as pontuações dos questionários; 01 por incapacidade de responder ao questionário sozinho, o qual foi feito todo com a orientação da mãe, e 06 pelo uso de medicações para transtorno do sono, depressão ou DTM, ou ainda, por realização tratamento psicológico ou psiquiátrico no momento da aplicação do questionário.

Do total de 100 pacientes selecionados, 20 eram homens e 80 mulheres, com idade variando entre 16 e 67 anos, média de 34,46 anos (DP \pm 14,04). As tabelas 1 e 2 mostram a distribuição das variáveis: sexo e estado civil de acordo com a presença de DTM.

Tabela 1: Análise descritiva da DTM segundo o sexo. Natal, RN 2015.

	DTM						χ^2	p_{na}	OR _{na}	(IC95%)	p_{aj}	OR _{aj}	(IC95%)
	Sem		Com		Total								
Sexo	N	%	N	%	n	%							
Masc.	14	70	6	30	20	100	4,0	0,046	2,85	(0,99-8,17)	-	-	-
Fem.	36	45	44	55	80	100	-						
Total	50	50	50	50	100	100							

DTM: Disfunção temporomandibular, χ^2 : Qui quadrado, IC: Intervalo de Confiança, OR: Odds Ratio, na=não ajustado; aj=ajustado.

Tabela 2: Análise descritiva da DTM segundo o estado civil. Natal, RN 2015.

	DTM						χ^2	p_{na}	OR _{na}	(IC95%)	p_{aj}	OR _{aj}	(IC95%)
	Sem		Com		Total								
Estado civil	N	%	N	%	n	%							
Solteiro	39	57,4	29	42,6	68	100	4,5	0,032	2,56	(1,07-6,15)	0,087	2,19	(0,89-5,40)
Casado	11	34,4	21	65,6	32	100	-						
Total	50	50	50	50	100	100							

DTM: Disfunção temporomandibular, χ^2 : Qui quadrado, IC: Intervalo de Confiança, OR: Odds Ratio, na=não ajustado; aj=ajustado.

Conforme observamos nas tabelas, as mulheres apresentam um risco de 2,85 vezes maior de desenvolverem DTM com relação aos homens. Em relação ao estado civil, o risco estimado pela OR mostra que o indivíduo casado tem 2,56 vezes mais chances de apresentar DTM do que os solteiros.

Com relação à disfunção temporomandibular, 50 pacientes não apresentaram DTM e 50 foram diagnosticados com a disfunção. A partir da aplicação do PSQI, obteve-se que 37 pacientes não apresentavam distúrbio do sono e 63 tinham distúrbio do sono. Para o IDB, 76 pacientes não apresentavam sintomas depressivos enquanto que 24 tinham sintomas depressivos. As tabelas 3 e 4 mostram a distribuição do PSQI e IDB em relação à DTM.

Tabela 3: Análise descritiva dos valores de PSQI segundo a DTM. Natal, RN. 2015

	DTM						χ^2	p_{na}	OR _{na}	(IC95%)	p_{aj}	OR _{aj}	(IC95%)
	Sem		Com		Total								
PSQI	N	%	N	%	N	%							
Sem	23	62,2	14	37,8	37	100	3,4	0,062	2,19	(0,95-5,02)	-	-	-
Com	27	42,9	36	57,1	63	100	-						
Total	50	50	50	50	100	100							

DTM: Disfunção temporomandibular, PSQI: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, χ^2 : Qui quadrado, IC: Intervalo de Confiança, OR: Odds Ratio, na=não ajustado; aj=ajustado.

Tabela 4: Análise descritiva dos valores do IDB segundo a DTM. Natal, RN. 2015

	DTM				Total	χ^2	p_{na}	OR _{na}	(IC95%)	p_{aj}	OR _{aj}	(IC95%)	
	Sem		Com										
IDB	N	%	N	%	n	%							
Sem	43	56,6	33	43,4	76	100	5,4	0,019	3,16	(1,17-8,51)	0,053	2,72	(0,98-7,51)
Com	7	29,2	17	70,8	24	100	-						
Total	50	50	50	50	100	100							

DTM: Disfunção temporomandibular, IDB: inventário de depressão de Beck, χ^2 : Qui quadrado, IC: Intervalo de Confiança, OR: Odds Ratio, na=não ajustado; aj=ajustado.

O risco estimado pela Odds Ratio (OR) para o PSQI mostra que o paciente com distúrbio do sono tem 2,19 mais chances de ter DTM em relação aos pacientes sem alteração de sono. A OR para o IDB mostra que os pacientes com sintomas depressivos apresentam 3,16 vezes mais chances de ter DTM do que pacientes sem sintomas depressivos.

A análise múltipla foi realizada através da regressão logística não condicional com a finalidade de verificar quais variáveis apresentaram significância após o ajuste. Foi observado que a depressão era o fator mais forte entre as variáveis de interesse, enquanto que o sexo foi utilizado como a variável de ajuste. O PSQI apresentou co-linearidade com IDB e por isso foi excluído do modelo final.

7 DISCUSSÃO

A partir dos resultados desse estudo observa-se a relação entre a disfunção temporomandibular, sintomas depressivos e distúrbio do sono. Logo, pode-se afirmar que a hipótese alternativa foi aceita, uma vez que foi observada a influência dos sintomas depressivos e distúrbios do sono nos pacientes com DTM.

Tem sido afirmado que os sintomas e as perturbações psicológicas podem ser uma consequência da dor em pacientes com DTM, embora ainda não se saiba como isso acontece. (AUERBACH et al., 2001; MANFREDINI et al., 2009) Em nosso estudo 24% dos pacientes tinham sintomas depressivos e tal achado mostrou que eles apresentaram 3 vezes mais chances de ter DTM. (Tabela 4) Os presentes resultados suportam estudos anteriores que encontraram associação entre depressão e DTM como, por exemplo, os achados de Sipila (2013) em seu estudo longitudinal de base populacional, o qual a partir de questionários concluiu que a depressão aumenta o risco de dor orofacial crônica em quase 3 vezes em uma população adulta. (SELAIMEN et al., 2006; SIPILA et al., 2013; LEI et al., 2015; GIANNAKOPOULOS et al., 2010; YAP et al 2002)

Já Yap (2002) concluíram que uma parcela considerável de pacientes com DTM são clinicamente deprimidos e têm graus elevados de sintomas físicos não específicos ao encontrarem que em, aproximadamente, 45% dos pacientes suecos e 51% dos pacientes norte-americanos com DTM foram diagnosticados com depressão no nível de moderado a grave. Diante do exposto, percebe-se que a literatura ainda não é capaz de afirmar se distúrbios psicossociais predisõem a DTM, ou se a dor propriamente dita na disfunção é um fator predisponente para estes distúrbios; corroborando com FERNANDES et al., 2012.

Estudos epidemiológicos mostram que a maioria dos pacientes com DTM são diagnosticados com dor miofascial, ou seja, no grupo I dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa para DTM. (ROLDÁN-BARRAZA et al., 2014) Giannakopoulos et al., (2010) investigaram a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com DTM muscular, DTM articular e pacientes saudáveis, bem como a prevalência de dor facial crônica e encontraram uma maior prevalência de depressão em pessoas com DTM muscular do que com DTM articular, especialmente entre as mulheres. Auerbach (2001) usou o questionário IDB em pacientes com DTM e sintomas depressivos, onde a presença desses sintomas no início do tratamento foi significativamente elevada. Com isso concluiu que os pacientes com DTM de origem muscular tiveram maiores pontuações para depressão, exposição ao estresse, dor e incapacidade do que os pacientes com DTM de origem articular. Entretanto não há estudos comparando os diferentes tipos de DTM em relação aos distúrbios do sono. Novas pesquisas devem investigar a relação do distúrbio do sono, associado ou não à depressão, e à DTM, levando-se em conta sua classificação.

Selaimen (2006) encontraram que a depressão e os distúrbios do sono foram fatores de perpetuação em pacientes com a disfunção temporomandibular. Em seu estudo sobre as relações entre alterações no sono, dor e sofrimento psicológico entre pacientes com DTM, Yatani (2002) encontrou que a pior qualidade de sono estava relacionada com a maior intensidade de dor; concluindo que existe uma comorbidade entre distúrbios do sono, intensidade da dor e desconforto psicológico em pacientes com DTM, logo, concluiu que a avaliação e melhoria da qualidade do sono deve ser uma consideração importante do tratamento para muitos pacientes com essa disfunção.

Lei et al., (2015) investigaram a prevalência de distúrbios do sono e sofrimento psicológico em uma população de pacientes chineses com disfunção temporomandibular e encontrou que a prevalência de distúrbio do sono e sofrimento psicológico foi significativamente mais elevada no grupo de dor miofascial do que no grupo sem dor miofascial. Concluiu dessa forma que distúrbios do sono e alterações psicológicas são

possíveis indicadores de risco para dor miofascial nesta população. Em nossa amostra, 63% dos pacientes tinham distúrbio do sono e essa característica proporcionou um risco 2 vezes maior de desenvolver DTM. (Tabela 3)

Pacientes do gênero feminino e indivíduos com níveis mais elevados de ansiedade foram os que apresentaram uma maior quantidade de sinais e sintomas de DTM. (BOSCATO et al., 2013) O nosso estudo também obteve uma predominância de pacientes do gênero feminino que apresentaram um risco, aproximadamente, 3 vezes maior de desenvolverem DTM em relação aos homens, semelhante aos dados de BOSCATO et al., 2013 e ROLDÁN-BARRAZA et al., 2014 (Tabela 1). Selaimen (2007) afirma que estudos epidemiológicos mostram uma busca maior das mulheres por tratamento para DTM o que poderia explicar a discrepância na proporção de homens (20%) e mulheres (80%) em nossa amostra.

Para Maixner (2011) os fatores sócio demográficos confiáveis associados à prevalência de DTM são, apenas, gênero e idade. Em contrapartida, Hungria (2011) afirma que um menor nível educacional, gênero e estado civil foram correlacionados com um aumento da intensidade da dor em pacientes com distúrbios da articulação temporomandibular. Embora não tenha sido objetivo específico do presente estudo, foi possível constatar que indivíduos casados possuíam mais chances de apresentar DTM (Tabela 2). Estudos futuros podem ser desenvolvidos com o objetivo de estudar o fator em questão, com desenho metodológico específico.

A análise múltipla de regressão logística não condicional tem como objetivo produzir, a partir de um conjunto de observações, um modelo que permita a predição de valores tomados por uma variável categórica, a partir de uma série de variáveis explicativas (MARTÍNEZ-GONZÁLES et al., 2006); ou seja, no presente estudo, verificar se os sintomas depressivos, as alterações no sono, gênero e o estado civil aumentam o risco de desenvolvimento da DTM.

O modelo de análise que mais se adequa à realidade do estudo é escolhido, com base no conhecimento teórico do assunto em estudo. Para nossa pesquisa foi observado então que a depressão era o fator preponderante da análise múltipla e que o sexo foi a variável de ajuste. O PSQI mostrou influência semelhante ao IDB no modelo utilizado pelo teste estatístico, consequentemente duplicando o efeito da depressão sobre as demais variáveis e, por isso, foi excluído do modelo final. O estado civil, da mesma forma, manifestou influência sobre o sexo e também foi desconsiderado.

8 CONCLUSÃO

Diante do exposto e dentro das limitações do estudo, os dados dessa pesquisa nos permite concluir que sintomas depressivos e as alterações do sono estão mais associados a pacientes que apresentam DTM. Pacientes do gênero feminino apresentaram maior prevalência para a DTM.

REFERÊNCIAS

- AIT-AOUDIA, Malik et al. Validation of the French version of the Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for posttraumatic stress disorder. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 4, p. 1-8, 2013.
- ALOPA, Olutayo O. et al. Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) among Nigerian university students. **Sleep Medicine**, v. 8, p. 266-270, 2007.
- AUERBACH, Stephen M. et al. Depression, Pain, Exposure to Stressful Life Events, and Long-Term Outcomes in Temporomandibular Disorder Patients. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 59, p. 628-633, 2001.
- BACKHAUS, Jutta et al. Test–retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 53, p. 737-740, 2002.
- BOSCATO, N. et al. Influence of anxiety on temporomandibular disorders – an epidemiological survey with elders and adults in Southern Brazil. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 40, p. 643-649, 2013.
- BUYSSE, Daniel J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, v. 28, p. 193-213, 1989.
- CARPENTER, Janet S.; ANDRYKOWSKI, Michael A. Psychometric evaluation of the pittsburgh sleep quality index. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 45, p. 5-13, 1998.
- CARRARA, Simone Vieira; CONTI, Paulo César Rodrigues; BARBOSA, Juliana Stuginski. Termo do 1º Consenso em disfunção temporomandibular e dor orofacial. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, p. 114-20, 2010.
- DONNARRUMA Mariana Del Cistia et al. Temporomandibular Disorders: signs, symptoms and multidisciplinary approach. **Revista CEFAC**, v. 12, p. 788-794, 2010.
- DOUGALL, Angela Liegey et al. Biopsychosocial Factors Associated with the Subcategories of Acute Temporomandibular Joint Disorders. **Journal of Orofacial Pain**, v. 26, p. 7–16, 2012.
- FAIRHOLME, Christopher P.; MANBER, Rachel. Safety behaviors and sleep effort predict sleep disturbance and fatigue in an outpatient sample with anxiety and depressive disorders. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 76, p. 233-236, 2014.
- FARIA, Carlos Augusto da Silva et al. **Critérios de Diagnóstico para Pesquisa de Disfunções Temporomandibulares, CDP/DTM**. 2011. Disponível em: <<http://www.rdctmdinternational.org/LinkClick.aspx?fileticket=JgkqwXEYihs%3D&tabid=1113&mid=2948>>. Acesso em 24 mar. 2015.

FERNANDES, G. et al. Sleep bruxism increases the risk for painful temporomandibular disorder, depression and non-specific physical symptoms. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 39, p. 538-544, 2012.

GIANNAKOPOULOS, Nikolaos Nikitas et al. Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls. **Journal of dentistry**, v. 38, p. 369–376, 2010.

GOMES-OLIVEIRA, Marcio Henrique et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, p. 389-394, 2012.

KIM, Young-Kyun et al. Clinical survey of the patients with temporomandibular joint disorders, using Research Diagnostic Criteria (Axis II) for TMD: Preliminary study. **Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery**, v. 40, p. 366-372, 2012.

KINDLER, Stefan et al. Depressive and Anxiety Symptoms as Risk Factors for Temporomandibular Joint Pain: A Prospective Cohort Study in the General Population. **The Journal of Pain**, v. 13, p. 1188-1197, 2012.

LEI, Jie et al. Sleep Disturbance and Psychologic Distress: Prevalence and Risk Indicators for Temporomandibular Disorders in a Chinese Population. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v. 29, p. 24-30, 2015.

MANFREDINI D, Arveda N, Guarda-Nardini L, Segù M, Collesano V. Distribution of diagnoses in a population of patients with temporomandibular disorders. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology**. v.114, p. 35-41, 2012.

MANFREDINI D. et al. **Psychosocial profiles of painful TMD patients**. Journal of Oral Rehabilitation, v.36, p.193–198, 2009.

MAIXNER W. et al. Dor Orofacial Avaliação Prospectiva e Risco Estudo de Avaliação - O Estudo OPPERA. **A revista da dor: Jornal Oficial da American Pain Society**. v.12, (11 Suppl), p. 05, 2011.

MARTÍNEZ-GONZÁLES, Miguel A. et al. **Bioestadística Amigable**. 2. ed. Espanha: Díaz de Santos, 2006.

MARTINS, Ronald Jefferson et al. Stress levels and quality of sleep in subjects with temporomandibular joint dysfunction. **Revista Odonto Ciência**, v. 25, p. 32-36, 2010.

MARTINS, Ronald Jefferson et al. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, p. 215-22, 2007.

NISHIYAMA, Takeshi et al. Criterion validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index and Epworth Sleepiness Scale for the diagnosis of sleep disorders. **Sleep Medicine**, v. 15, p. 422-429, 2014.

OKESON, Jeffrey P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 7. ed. Rio de Janeiro, 2013. p.234.

OKESON, Jeffrey P.; LEEUW, Reny. Differential Diagnosis of Temporomandibular Disorders and Other Orofacial Pain Disorders. **Dental Clinics of North America**, v. 55, p. 105-120, 2011.

OKESON, Jeffrey P. The Classification of Orofacial Pains. **Oral & Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v. 20, p. 133–144, 2008.

RODRIGUES, Jeniffer Holley et al. Signs and Symptoms of Temporomandibular Disorders and Their Impact on Psychosocial Status in Non-Patient University Student's Population. **Physiotherapy Research International**, v. 17, p. 21-28, 2010.

ROLDÁN-BARRAZA, Carolina et al. A Systematic Review and Meta-analysis of Usual Treatment Versus Psychosocial Interventions in the Treatment of Myofascial Temporomandibular Disorder Pain. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v. 28, p. 205-22, 2014.

SAES, Mirelle de Oliveira et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com disfunção temporomandibular: uma abordagem fisioterápica. **Revista inspirar: movimento e saúde**, v. 5, p. 1-5, 2013.

SCHIFFMAN, Eric et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v. 28, p. 6-27, 2014.

SEABRA, Eduardo José Guerra; BARBOSA, Gustavo Augusto Seabra; LIMA, Isabela Pinheiro Cavalcanti. **Oclusão e DTM: conhecimentos aplicados à clínica odontológica**. Natal: Editora UERN, 2012. p. 120-124.

SELAIMEN, Caio M. P. et al. Sleep and Depression as Risk Indicators for Temporomandibular Disorders in a Cross-Cultural Perspective: A Case-Control Study. **International Journal of Prosthodontics**, v. 19. P. 154-161, 2006.

SELAIMEN, Caio et al. Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1629-1639, 2007.

SIPILÄ, Kirsi et al. Association of depressiveness with chronic facial pain: A longitudinal study. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 71, p. 644-649, 2013.

YAP, Adrian U. J. et al. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 88, p. 479-84, 2002.

YATANI, Hirofumi et al. Comparison of Sleep Quality and Clinical and Psychologic Characteristics in Patients with Temporomandibular Disorders. **Journal of Orofacial Pain**, v. 16, p. 221-228, 2002.

ANEXOS

Anexo A - Sistema de classificação para o diagnóstico de desordens temporomandibulares

- 1) Desordens dos músculos mastigatórios
 - a) Cocontração protetora
 - b) Sensibilidade dolorosa muscular local
 - c) Dor miofascial
 - d) Mioespasmo
 - e) Mialgia centralmente mediada
- 2) Desordens da articulação temporomandibular (ATM)
 - a) Desarranjo do complexo côndilo-disco
 - i) Deslocamento do disco
 - ii) Deslocamento do disco com redução
 - iii) Deslocamento do disco sem redução
 - b) Incompatibilidade estrutural das superfícies articulares
 - i) Desvio na forma
 - (1) Disco
 - (2) Côndilo
 - (3) Fossa
 - ii) Aderências
 - (1) Disco ao côndilo
 - (2) Disco à fossa
 - iii) Subluxação (hipermobilidade)
 - iv) Deslocamento espontâneo
 - c) Desordens inflamatórias da ATM
 - i) Sinovite/capsulite
 - ii) Retrodiscite
 - iii) Artrites
 - (1) Osteoartrite
 - (2) Osteoartrose
 - (3) Poliartrites
 - iv) Desordens inflamatórias das estruturas associadas
 - (1) Tendinite temporal
 - (2) Inflamação do ligamento estilomandibular- 3) Hipomobilidade mandibular crônica

- a) Anquilose
 - i) Fibrose
 - ii) Óssea
 - b) Contratura muscular
 - i) Miostática
 - ii) Miofibrótica
 - c) Interferência do processo coronóide
- 4) Desordens de crescimento
- a) Desordens ósseas congênicas e desenvolvimento
 - i) Agenesia
 - ii) Hipoplasia
 - iii) Hiperplasia
 - iv) Neoplasia
 - b) Desordens musculares congênicas e desenvolvimento
 - i) Hipotrofia
 - ii) Hipertrofia
 - iii) Neoplasia

Anexo B - RDC/TMD

NOME: _____
 Raça: _____ Sexo: () Masc () Fem Idade: _____
 Naturalidade: _____ UF: _____ Nacionalidade: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Tel. _____

RDC – TMD

Q3. Você já teve dor na face, nos maxilares, têmpora, na frente do ouvido, ou no ouvido no mês passado?

Não 0 Sim 1

Q14a. Você alguma vez teve travamento articular de forma que não foi possível abrir a boca por todo o trajeto?

Não 0 Sim 1

14.b. Esta limitação de abertura mandibular foi severa a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?

Não 0 Sim 1

EXAME CLÍNICO

1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?

nenhum 0
 direito 1
 esquerdo 2
 ambos 3

2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor?

Direito		Esquerdo	
Nenhuma	0	Nenhuma	0
Articulação	1	Articulação	1
Músculos	2	Músculos	2
Ambos	3	Ambos	3

Examinador apalpa a área apontada pelo paciente, caso não esteja claro se é dor muscular ou articular.

3. Padrão de Abertura

Reto 0
 Desvio lateral direito (não corrigido) 1
 Desvio lateral direito corrigido (“S”) 2
 Desvio lateral esquerdo (não corrigido) 3
 Desvio lateral corrigido (“S”) 4
 Outro 5

Tipo _____ (especifique)

4. Extensão de movimento vertical

- a. Abertura sem auxílio sem dor ___ mm
 b. Abertura máxima sem auxílio ___ mm
 c. Abertura máxima com auxílio ___ mm
 d. Trespasse incisal vertical ___ mm

Tabela abaixo: Para os itens “b” e “c” somente

DOR MUSCULAR				DOR ARTICULAR			
nenhuma	direito	esquerdo	ambos	nenhuma	direito	esquerdo	ambos
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3

5. Ruídos articulares (palpação)

a. Abertura

	Direito	Esquerdo
Nenhum	0	0
Estalido	1	1
Crepitação grosseira	2	2
Crepitação fina	3	3

Medida do estalido na abertura ___ mm ___ mm

b. Fechamento

	Direito	Esquerdo
Nenhum	0	0
Estalido	1	1
Crepitação grosseira	2	2
Crepitação fina	3	3

Medida do estalido de fechamento ___ mm ___ mm

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

	Direito	Esquerdo
Sim	0	0
Não	1	1
NA	8	8

6. Excursões

- a. Excursão lateral direita ___ mm
 b. Excursão lateral esquerda ___ mm
 c. Protrusão ___ mm

Tabela abaixo: Para os itens “a”, “b” e “c”

DOR MUSCULAR				DOR ARTICULAR			
nenhuma	direito	esquerdo	ambos	nenhuma	direito	esquerdo	ambos
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3

- d. Desvio de linha média ___ mm

Direito	Esquerdo	NA
1	2	8

7. Ruídos articulares nas excursões:

Ruídos - direito

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve
Excursão direita	0	1	2	3
Excursão esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

Ruídos - esquerdo

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve
Excursão direita	0	1	2	3
Excursão esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10 Circule o número que corresponde a quantidade de dor.

0 = Sem dor / somente pressão 1 = dor leve 2 = dor moderada 3 = dor severa

8. Dor muscular extra-oral com palpação

	Direito	Esquerdo
a) Temporal posterior (parte por trás da têmpora)	0 1 2 3	0 1 2 3
b) Temporal médio (meio da têmpora)	0 1 2 3	0 1 2 3
c) Temporal anterior (parte anterior da têmpora)	0 1 2 3	0 1 2 3
d) Masseter superior (bochecha/abaixo do zigoma)	0 1 2 3	0 1 2 3
e) Masseter médio (bochecha/lado da face)	0 1 2 3	0 1 2 3
f) Masseter inferior (bochecha/linha da mandíbula)	0 1 2 3	0 1 2 3
g) Região mandibular posterior (estilo-hióide / região posterior do digástrico) “região da garganta”	0 1 2 3	0 1 2 3
h) Região submandibular (pterigóideo medial/supra-hióide/região anterior do digástrico) “abaixo do queixo”	0 1 2 3	0 1 2 3

9. Dor articular com palpação

	Direito	Esquerdo
a) Pólo lateral (por fora)	0 1 2 3	0 1 2 3
b) Ligamento posterior (dentro do ouvido)	0 1 2 3	0 1 2 3

10. Dor muscular intra-oral com palpação

	Direito	Esquerdo
a) Área do pterigóideo lateral (atrás dos molares superiores)	0 1 2 3	0 1 2 3
b) Tendão do temporal (intra-bucal)	0 1 2 3	0 1 2 3

Anexo C - PARECER CEP-HUOL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANSIEDADE, QUALIDADE DE VIDA, DEPRESSÃO E DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES COM E SEM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.

Pesquisador: Gustavo Seabra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38486714.7.0000.5292

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 900.543

Data da Relatoria: 27/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal observacional que consistirá na aplicação de questionários em pacientes com e sem Disfunção Temporomandibular (DTM) para avaliação de sinais de ansiedade, qualidade de vida, depressão e distúrbios do sono. A amostra selecionada compreenderá 100 casos de DTM registrados e diagnosticados no setor DTM e Dor Orofacial e 100 casos de pacientes em atendimento odontológico sem DTM tratados no setor de Clínica integrada, ambos do departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar a relação entre a disfunção temporomandibular, a ansiedade, qualidade de vida, depressão e os distúrbios do sono.

Objetivos Específicos:

Avaliar a relação entre a DTM e a ansiedade;

Avaliar a relação entre a DTM e a qualidade de vida;

Avaliar a relação entre a DTM e a depressão;

Avaliar a relação entre a DTM e os distúrbios do sono;

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3ª subsolo

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 900.543

Avaliar a predisposição de paciente depressivos e/ou com alteração do sono a apresentar a DTM

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não descreve no projeto original os riscos e benefícios do estudo e no projeto cadastrado na plataforma descreve que a previsão de risco é mínima e informa que o risco que o participante corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância à medida que busca avaliar os sinais de ansiedade, qualidade de vida, depressão e distúrbio do sono em pacientes com e sem função temporomandibular, podendo trazer contribuições acadêmicas e assistenciais a esses pacientes. Porém no projeto, não há relato dos riscos e benefícios do estudo e no projeto cadastrado na plataforma não deixa claro os riscos mínimos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os Termos de apresentação obrigatórias referentes a carta de anuência assinada e carimbada pelo vice-coordenador do Departamento de Odontologia já que o estudo será realizado na clínica integrada do referido Departamento, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a folha de rosto, o cronograma com previsão de coleta de dados para o mês de março a outubro de 2015 e orçamento.

Recomendações:

Descrever de forma clara os riscos mínimos no projeto original e no da plataforma bem como as medidas utilizadas para minimizar esses riscos semelhante do que foi descrito no TCLE;

Corrigir o período de coleta de dados no resumo e na metodologia do projeto, posto que nesses está previsto para o mês de setembro de 2014 a dezembro de 2015.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado com recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo
 Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300
 UF: RN Município: NATAL
 Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Anexo D – IDB

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - IDB

Instruções	
<p>Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.</p>	
<p>1. 0 Não me sinto triste. 1 Sinto-me triste. 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p>	<p>2. 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro. 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro. 2 Sinto que não tenho nada a esperar. 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.</p>
<p>3. 0 Não me sinto fracassado(a). 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio. 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos. 3 Sinto que sou um completo fracasso.</p>	<p>4. 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes. 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter. 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa. 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.</p>
<p>5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a). 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo. 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior</p>	<p>6. 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a). 1 Sinto que posso ser punido(a). 2 Sinto que mereço ser punido(a). 3 Sinto que estou a ser punido(a).</p>

<p>parte do tempo.</p> <p>3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.</p>	
<p>7.</p> <p>0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Eu odeio-me.</p>	<p>8.</p> <p>0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.</p> <p>1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.</p> <p>2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.</p> <p>3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.</p>
<p>9.</p> <p>0 Não tenho qualquer ideia de me matar.</p> <p>1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.</p>	<p>10.</p> <p>0 Não costumo chorar mais do que o habitual.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava fazer.</p> <p>2 Atualmente, choro o tempo todo.</p> <p>3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.</p>
<p>11.</p> <p>0 Não me irrito mais do que costumava.</p> <p>1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).</p> <p>3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.</p>	<p>12.</p> <p>0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.</p> <p>1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.</p> <p>3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p>

<p>13.</p> <p>0 Tomo decisões como antes.</p> <p>1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.</p> <p>2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.</p> <p>3 Já não consigo tomar qualquer decisão.</p>	<p>14.</p> <p>0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.</p> <p>1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.</p> <p>2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.</p> <p>3 Considero-me feio(a).</p>
<p>15.</p> <p>0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.</p> <p>1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.</p> <p>2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Não consigo fazer nenhum trabalho.</p>	<p>16.</p> <p>0 Durmo tão bem como habitualmente.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.</p> <p>3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p>
<p>17.</p> <p>0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.</p> <p>2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.</p> <p>3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.</p>	<p>18.</p> <p>0 O meu apetite é o mesmo de sempre.</p> <p>1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.</p> <p>2 O meu apetite, agora, está muito pior.</p> <p>3 Perdi completamente o apetite.</p>
<p>19.</p> <p>0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.</p> <p>1 Perdi mais de 2,5 kg.</p>	<p>20.</p> <p>0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.</p> <p>1 Preocupo-me com problemas físicos, como</p>

<p>2 Perdi mais de 5 kg. 3 Perdi mais de 7,5 kg.</p> <p>Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.</p> <p>Sim _____ Não _____</p>	<p>dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.</p> <p>2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p>
<p>21.</p> <p>0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.</p> <p>2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.</p>	<p>Total: _____</p> <p>Classificação:</p> <hr/>

Anexo E - PSQI

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Nome: _____ Idade: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: ()M()F Naturalidade: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 Estado civil: _____ Escolaridade: _____
 Nacionalidade: _____ Data: ___/___/___

PSQI

As questões abaixo estão relacionadas com seus hábitos de dormir apenas DURANTE O MÊS PASSADO. Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor, responda todas as questões.

1. Durante o mês passado, que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?
Horário de deitar _____
2. Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) você demorou a pegar no sono na maioria das vezes? Tempo em minutos _____
3. Durante o mês passado, que horas você acordou na maioria das vezes?
Horário _____
4. Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (Isso pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama) Horas de sono _____

Para cada uma das questões seguinte escolha uma única resposta, que você ache mais correta. Por favor, responda todas as questões.

5. Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas para dormir por que você...
 - a) Não conseguiu dormir dentro de 30 minutos
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()
 - b) Acordou no meio da noite ou de manhã muito cedo
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()
 - c) Teve que levantar para ir ao banheiro
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()
 - d) Teve dificuldade de respirar
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

e) Tossiu ou roncou alto
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

f) Sentiu muito frio
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

g) Sentiu muito calor
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

h) Teve pesadelos ou sonhos ruins
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

i) Sentiu dor
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

j) Outra(s) razão(ões), descreva: _____

Com que frequência, no mês passado, você teve problemas para dormir por essa razão?
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

6. Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?
 muito boa () boa () ruim () muito ruim ()

7. Durante o mês passado, com que frequência você tomou remédio (prescrito ou “por sua conta”) para ajudar a dormir?
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

8. Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas para ficar acordado enquanto dirigia, se alimentava ou convivia socialmente?
 nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()
 uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

9. Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?
 nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo ()
 indisposição e falta de entusiasmo pequenas ()
 indisposição e falta de entusiasmo moderadas ()
 muita indisposição e falta de entusiasmo ()

10. Você tem um parceiro de cama ou colega de quarto?
 não ()
 parceiro/colega em outro quarto ()
 parceiro/colega no mesmo quarto, mas não na mesma cama ()
 parceiro na mesma cama ()

Se você tem parceiro de cama ou colega de quarto, pergunte a ele(a) com que frequência no mês passado você...

a) Roncou alto

nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()

uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

b) Teve longas pausas entre as respirações enquanto dormia

nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()

uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

c) Teve contração ou movimento das pernas enquanto dormia

nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()

uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

d) Teve episódios de desorientação ou confusão enquanto dormia

nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()

uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()

e) Teve outro desassossego enquanto dormia, descreva: _____

nenhuma vez no mês passado () menos de uma vez por semana ()

uma ou duas vezes por semana () três ou mais vezes por semana ()