



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Karen Pinhabel Maschio

**PREVALÊNCIA DE DOR OROFACIAL, BRUXISMO, FATORES
PSICOSSOCIAIS E PROBLEMAS DO SONO EM PRESIDIÁRIOS DE
FLORIANÓPOLIS.**

Florianópolis
2023

Karen Pinhabel Maschio

**PREVALÊNCIA DE DOR OROFACIAL, BRUXISMO, FATORES
PSICOSSOCIAIS E PROBLEMAS DO SONO EM PRESIDIÁRIOS DE
FLORIANÓPOLIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Beatriz Dulcineia Mendes de Souza

Coorientadora: Ana Paula Braghini

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Maschio, Karen Pinhabel
PREVALÊNCIA DE DOR OROFACIAL, BRUXISMO, FATORES
PSICOSSOCIAIS E PROBLEMAS DO SONO EM PRESIDIÁRIOS DE
FLORIANÓPOLIS. / Karen Pinhabel Maschio ; orientador,
Beatriz Dulcineia Mendes de Souza, coorientador, Ana
Paula Braghini, 2024.
45 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. Presidiários. 3. dor orofacial. 4.
bruxismo. 5. fatores psicossociais. I. Souza, Beatriz
Dulcineia Mendes de . II. Braghini, Ana Paula . III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Odontologia. IV. Título.

Dedico as pessoas mais importantes da minha vida, aos meus pais, que me apoiaram desde o primeiro momento que cogitei iniciar esse novo ciclo.

AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão aos meus pais que sempre me apoiaram, eles que me proporcionaram a oportunidade de cursar odontologia na Universidade Federal de Santa Catarina, a qual fica cerca de 1.000km da minha cidade natal. Eles que são minha fonte de força, determinação e perseverança.

Agradeço a Deus e ao meu anjo da guarda que fizeram parte, através das minhas orações, de cada amanhecer e anoitecer de todos os dias durante essa trajetória.

À minha orientadora, Profa. Beatriz Dulcineia Mendes de Souza, que viabilizou e permitiu que eu pudesse participar desse projeto e sempre me apoiou e incentivou em diversos aspectos da vida. Uma mulher tão inspiradora.

À minha coorientadora, Me. Ana Paula Braghini, que foi fundamental para o andamento do projeto, ela que não mediu esforços para compartilhar seus conhecimentos, garantiu tempo de qualidade e muita produtividade. Ter a oportunidade de conviver com uma mulher tão determinada e proativa foi um privilégio.

À UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina, na qual pude conviver com pessoas incríveis, professores que valorizam as evidências científicas, participar de projetos humanizados que possibilitaram meu desenvolvimento profissional e aprender os diversos motivos pelos quais a ciência deve ser enaltecida e incentivada.

RESUMO

Determinar a prevalência de dores orofaciais odontogênicas ou não, bruxismo do sono (BS), bruxismo em vigília (BV), fatores psicossociais e problemas do sono em presidiários de Florianópolis. **Materiais e métodos:** Os participantes foram atendidos no próprio presídio, onde houve realização de anamnese detalhada, preenchimento de ficha clínica e de 4 questionários validados (questionário para a avaliação de disfunção temporomandibular validado pela Academia Americana de Dor Orofacial, Lista de Comportamentos orais, Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS 21) e Questionário Índice da qualidade do sono de Pittsburgh), exame clínico e planejamento do tratamento adequado para cada caso. **Resultados:** A amostra foi composta de 85 presidiários homens. Em relação às dores orofaciais, 42% queixaram-se de dor odontogênica e 17,6% de dores na face e/ou na cabeça. A prevalência de BS foi 17,6% e de BV foi 38,8% e 67% dos entrevistados foram classificados como baixo risco para apresentar DTM, segundo o questionário da Lista de Comportamentos orais. Em relação a aplicação do DASS-21, a maioria dos presidiários apresentavam sintomas normais de ansiedade, estresse e depressão. No entanto, nas respostas da ficha clínica, 54% consideram-se ansiosos, 21% estressados e 25% depressivos. Quanto a qualidade do sono, através da aplicação do questionário de Pittsburg, 62% apresentaram qualidade do sono boa. **Conclusão:** De acordo com os resultados alcançados através da ficha clínica e dos questionários validados, houve uma alta prevalência de dor orofacial do tipo odontogênica e baixo risco para apresentar DTM. O BV foi mais prevalente do que o BS e a maioria dos presidiários apresentaram sintomas normais de fatores psicossociais e qualidade de sono boa.

Palavras-chave: presidiários, dor orofacial, bruxismo, fatores psicossociais, sono.

ABSTRACT

To determine the prevalence of odontogenic or non-odontogenic orofacial pain, sleep bruxism (BS), waking bruxism (BV), psychosocial factors and sleep problems in inmates of Florianópolis. Materials and methods: The participants were treated in the prison itself, where a detailed anamnesis was taken, a clinical form and 4 validated questionnaires were completed (questionnaire for the assessment of temporomandibular dysfunction validated by the American Academy of Orofacial Pain, List of Oral Behaviors, Scale of depression, anxiety and stress (DASS 21) and Pittsburgh Sleep Quality Index Questionnaire), clinical examination and appropriate treatment planning for each case. Results: The sample consisted of 85 inmates. Regarding orofacial pain, 42% complained of odontogenic pain and 17.6% of pain in the face and/or head. The prevalence of BS was 17.6% and of BV was 38.8% and 67% of respondents were classified as low risk for presenting TMD, according to the Oral Behavior List questionnaire. Regarding the application of the DASS-21, the majority of prisoners presented normal symptoms of anxiety, stress and depression. However, in the responses to the clinical form, 54% consider themselves anxious, 21% stressed and 25% depressed. Regarding sleep quality, through the application of the Pittsburg questionnaire, 62% had good sleep quality. Conclusion: According to the results achieved through the clinical record and validated questionnaires, there was a high prevalence of odontogenic type orofacial pain and a low risk of presenting TMD. BV was more prevalent than BS and most inmates had normal symptoms of psychosocial factors and good sleep quality.

Keywords: prisoners, orofacial pain, bruxism, psychosocial factors, sleep.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência das respostas diferentes de zero para as questões 3,4,5,6,7 e 11 da Lista de Comportamentos Orais.....	19
Tabela 2 - Prevalência dos fatores psicossociais abordados na ficha clínica.....	19
Tabela 3 –Prevalência da qualidade do sono em pessoas privadas de liberdade Questionário Pittsburg.....	20

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalências do Questionário para avaliação das DTMs da Academia Americana de Dor Orofacial.....	18
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Português:

ARMM - atividades rítmicas dos músculos da mastigação
ATM - Articulação Temporomandibular
BS – Bruxismo do Sono
BV – Bruxismo na Vigília
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CO - Lista de Comportamentos Orais.
CPO-D -Dentes Perdidos, Cariados e Obturados
DASS-21 -Escala de Depressão Ansiedade e Estresse
DS – Distúrbio do Sono
DTM - Desordem Temporomandibular
EEG - eletroencefalograma
EMG - eletromiografia
EOG - eletro-oculograma
NREM – Movimento não rápido dos olhos
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP - Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário
PSQI- questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg
REM – Movimento rápido dos olhos
SAHOS – Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SISDEPEN – Sistema Nacional de Informações Penais
SNC – Sistema Nervoso Central
SNP – Sistema Nervoso Periférico
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC – Terapias cognitivo-comportamentais
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Inglês:

DASS-21- Depression, Anxiety and Stress Scale
DC/TMD - Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
MeSH - Medical Subject Headings
PUBMED- Publisher Medline

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	5
	2.1 Presidiários	5
	2.2 Dores orofaciais.....	7
	2.3 Bruxismo.....	8
	2.4 Fatores psicossociais.....	11
	2.5 Sono.....	12
3	OBJETIVOS	13
	3.1 OBJETIVO GERAL	13
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4	METODOLOGIA	14
	4.1 Critérios éticos.....	14
	4.2 Local da pesquisa.....	14
	4.3 População e amostra.....	14
	4.4. Critérios de inclusão e exclusão.....	15
	4.5 Instrumentos de coletas de dados e variáveis.....	15
	4.6 Análise estatística	17
5	RESULTADO.....	17
	5.1 Descrição do perfil dos entrevistados.....	17
	5.2 Dor orofacial.....	17
	5.3 Bruxismo.....	18
	5.4 Fatores psicossociais.....	19
	5.5 Sono.....	20
6	DISCUSSÃO.....	21
7	CONCLUSÃO.....	23

REFERÊNCIAS	24
 APENDICE A	28
 APENDICE B	28
 ANEXO A.....	31
 ANEXO B.....	32
 ANEXO C.....	33
 ANEXO D.....	34
 ANEXO E.....	35

1 INTRODUÇÃO

A população que compõe as pessoas privadas de liberdade é muito diversa e dentro do sistema penitenciário há fatores, como a superlotação das celas, insalubridade, má-alimentação dos presos, sedentarismo, uso de drogas e a falta de higiene que fazem com que o preso fique mais fragilizado. Ou seja, o ambiente fica propício tanto para a proliferação de pandemias e contágio de doenças quanto para o desenvolvimento de estresse, ansiedade e depressão nessa população (Siqueira *et al.*, 2019; Assis *et al.*, 2007).

As dores orofaciais podem ter origem odontogênica e não-odontogênica, a Desordem Temporomandibular (DTM) é a principal causa de dor não-odontogênica na região orofacial. Ela possui etiologia multifatorial que abrange fatores biológicos, ambientais, psicológicos e biomecânicos. Além disso, os sintomas associados a essa desordem, em geral, são localizados nos músculos da mastigação, área pré-auricular e/ou ATM (Medeiros *et al.*, 2020).

O bruxismo, que tem origem no sistema nervoso central, também tem etiologia multifatorial como a DTM. Ele classifica-se em bruxismo do sono (BS) e bruxismo na vigília (BV). Várias pesquisas buscam aprofundar quanto aos possíveis fatores associados ao BS e BV, por exemplo, fatores psicológicos como ansiedade e estresse, distúrbios do sono e problemas gastrointestinais (Lobbezoo *et al.*, 2018).

Concomitantemente ao crescimento da população prisional, há estudos que abordam o aumento da prevalência de problemas psiquiátricos entre os presos comparada à população geral. Os fatores psicossociais e transtornos mentais, por exemplo, a depressão, costumam ser abordados frequentemente em estudos, porém mostram uma variação significativa entre eles. Sendo assim, considerando a mudança de ambiente, tensão e privação do convívio social sobre esta população, pesquisar alguns fatores psicossociais é relevante e necessário (Brink, 2005; Prins, 2014).

Além dos tópicos supracitados, há problemas recorrentes no sistema penitenciário que se somam ao agravo da saúde geral dos detentos e que contribuem para causar problemas do sono nesses indivíduos. Entre outras consequências, a ausência do sono reparador é um problema significativo na qualidade de vida (Siqueira *et al.*, 2019).

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho foi determinar a prevalência de dores orofaciais odontogênicas ou não, BS, BV, fatores psicossociais e problemas do sono em presidiários de Florianópolis

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Presidiários

Em diversas situações, as pessoas privadas de liberdade acabam sendo privadas de alguns direitos fundamentais, por exemplo, em relação ao acesso a saúde devido à má administração, falta de recursos e ausência de profissionais qualificados. Entretanto, segundo a declaração Universal dos Direitos Humanos a população do sistema penal deve ser tratada com humanidade e respeito, além disso, está garantido pela Constituição Federal e pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o acesso à saúde (Brasil, 2009).

Em 2003 foi implementado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), o qual tinha como objetivo conciliar a população penitenciária ao SUS, garantindo direito à cidadania. Após uma avaliação, durante 10 anos, do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) foi constatado um esgotamento desse plano. Sendo assim, por conta da necessidade urgente de inclusão dessa população ao SUS, nasceu a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (PNSSP, Ministério da Saúde, 1.ed. 2014, p.5).

Com o PNAISP, as unidades prisionais tornaram-se porta de entrada a Rede de Atenção à Saúde. Porém, para aderir a esse plano, os estados e municípios precisam fazer um cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para receberem o incentivo financeiro de custeio mensal (PNSSP, 2014).

No caso do sistema prisional, a exclusão social tem sido muito considerada e abordada em estudos sociológicos sobre o crime, os quais já centralizam a atenção nas condições culturais e sociais e, não mais, sobre o indivíduo. A descrição do perfil sociodemográfico da população do sistema prisional identificou alguns aspectos mais presentes entre eles, como a baixa escolaridade, infração juvenil, ruptura dos vínculos familiares devido ao

elevado consumo de drogas, inclusive pelos familiares e por envolvimento no tráfico (Carvalho *et al.*, 2006).

No ano de 2008, apenas 15 estados brasileiros estavam qualificados de acordo com o PNSSP: Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rondônia, São Paulo e Tocantins. Já os estados Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe, Pará, Rio Grande do Norte e Roraima, estavam em processo de qualificação (Tietzer *et al.*, 2012).

Segundo a ferramenta de coleta de dados do sistema penitenciário brasileiro, SISDEPEN, de janeiro a junho de 2022, a população prisional, em celas físicas, no Brasil era de 654.704, em Santa Catarina 24.434, sendo 58,93% Branca, em relação à grupos específicos, 42,9% são pessoas com deficiências, 26,23% são idosos, 21,51% LGBT, 4,83% indígenas e 4,5% estrangeiros. A população carcerária, em Florianópolis, tem um total de 2.251 pessoas, sendo composta por 94,71% do sexo masculino e 25,94% entre a faixa etária de 30 a 35 anos.

Apesar da existência da Lei de Execução Penal, a qual prevê “Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”, muitos estabelecimentos penais não dispõem de recursos básicos, como medicamentos, profissionais habilitados, produtos de higiene e má alimentação (Brasil. Lei de Execução Penal (1984). Lei de execução penal: lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984).

Além disso, há a questão da insalubridade, com celas superlotadas, disseminação de doenças, uso de drogas ilícitas, pouca ventilação, ausência de luminosidade natural do sol, a marginalização, violência entre os internos e dos agentes penitenciários e dos policiais para com os detentos. Estes aspectos causam estresse, deixando a saúde mais fragilizada e aumentando o risco de adoecimento dos presos (Tetzner *et al.*, 2012).

De acordo com Siqueira et al (2019), a saúde bucal de pessoas privadas de liberdade, em relação ao motivo da última consulta odontológica corresponde, 66,34% para exodontia, já no exame clínico 90,31% necessitavam de prótese. Em relação a ocorrência de cárie por faixa etária, de 18 a 34 anos (CPO-D 4,04%), 35 a 44 anos (CPO-D 7,58%) e 45 ou mais (CPO-D 14,25%) e o componente perdido foi o mais prevalente em todas as faixas etárias.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os tratamentos para a saúde bucal, no geral, são muito caros e muitas vezes não são ofertados na saúde pública. Outra questão, é que apesar de parte da população considerar a saúde bucal importante, muitos não utilizam os serviços odontológicos com frequência conforme mostram os dados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística PNAD/IBGE 2003.

Sendo assim, é necessário considerar que a saúde bucal da população privada de liberdade reflete a situação bucal encontrada no Brasil, uma vez que não é dada a devida importância e prioridade à saúde bucal, a qual é tratada como paralela e, não, como integrante da saúde geral (Rodrigues, 2013).

Nesse contexto, a equipe de saúde bucal deve, prioritariamente, capacitar a população carcerária quanto aos autocuidados com a saúde bucal, além de prover a prevenção e detecção precoce do câncer de boca e doenças sistêmicas e virais com manifestações bucais (Tetzner *et al.*, 2012).

2.2 Dores Orofaciais

A dor orofacial pode envolver tanto tecidos moles quanto mineralizados seja da cabeça, face ou pescoço. As dores orofaciais mais frequentes são a de origem dentária e, em seguida, a DTM (Fernandes *et al.*, 2007).

As dores odontogênicas podem se apresentar na forma aguda ou crônica, podendo indicar um problema de cárie dentária, inflamação na polpa e/ou periodonto, abscesso, fraturas e traumas dentários. As radiografias periapicais e interproximais podem auxiliar no diagnóstico (Okeson, 2006.).

A dor odontogênica pode causar consequências que prejudicam a qualidade de vida dos indivíduos, causando restrições alimentares, distanciamento de interações sociais, prejuízos ao sono e queda da autoestima (Echeverria *et al.*, 2020).

A DTM é uma desordem multifatorial, sua etiologia é subdividida em dois eixos, o eixo I é responsável por avaliar as características clínicas da dor orofacial e da DTM e o eixo II as características psicossociais, através de questionários validados, associadas aos mesmos (Schiffman *et al.*, 2014). A Prevalência da DTM é maior no gênero feminino e faixa etária

entre 20 e 40 anos (Maydana *et al.*, 2010). Os principais sintomas da DTM são dores ou incômodos nas articulações temporomandibulares (ATMs), ouvido, cabeça, músculos da face e/ou pescoço (Fernandes *et al.*, 2007).

A classificação utilizada para as DTMs são articular ou muscular, sendo que a primeira se refere ao complexo côndilo-disco e a segunda as mialgias, dores miofasciais, contraturas e espasmos (Okeson, 1992).

Há estudos que mostram a associação entre bruxismo e DTM, pois alguns pacientes possuem as duas desordens, uma vez que, o bruxismo pode gerar consequências tanto para a ATM quanto para os músculos da face devido a sobrecarga que pode causar (Branco *et al.*, 2008).

2.3 Bruxismo

Durante muitos anos, o bruxismo foi caracterizado como uma das piores desordens motoras do sistema estomatognático, caracterizado pelo ato de ranger ou apertar os dentes durante o sono e era associado a desgastes dentários e/ou interferências oclusais. Com o passar do tempo, alguns pesquisadores começaram a perceber que o bruxismo também era uma atividade que acontecia durante a vigília, logo, além do BS, havia o BV (Manfredini *et al.*, 2022).

Além disso, uma controvérsia que persistia era quanto a origem do bruxismo, alguns estudos apontavam como origem no SNC e outros no SNP. Outra questão muito discutida era quanto à presença de alguns fatores psicossociais em comum nos bruxistas, como, agressividade, perfeccionismo, estresse, depressão, ansiedade e a alta prevalência de distúrbios psicossociais (Manfredini *et al.*, 2008).

Entretanto, em 2013 vários especialistas chegaram ao consenso de que o bruxismo pode ser uma atividade de bater, ranger e apertar os dentes, assim como, ao manter a mandíbula fixa em uma posição sem contato dentário, indicando que a origem ocorre no SNC. Logo, o bruxismo do sono – atividades rítmicas ou não rítmicas dos músculos da mastigação durante o sono em indivíduos saudáveis e bruxismo na vigília – atividades dos músculos da mastigação na vigília, seja contato dentário repetitivo ou sustentado e/ou

contração ou propulsão da mandíbula em indivíduos saudáveis. Ambos foram considerados possíveis fatores de risco ou de proteção para indivíduos saudáveis (Lobbezoo *et al.*, 2018).

Em pacientes com bruxismo, as atividades rítmicas dos músculos da mastigação (ARMM) são três vezes mais frequentes e as contrações musculares são 30% mais intensas. Nos adultos, o sono ocorre em ciclos, com intervalos de 60 a 90 minutos incluindo as fases REM e não REM (estágio 1 e 2 - sono leve e estágio 3 e 4 - sono profundo). De 60 a 80% dos episódios de bruxismo, ocorrem durante o estágio 2 do sono leve ou durante a troca de estágios (Kato *et al.*, 2003).

Esta parafunção, foi considerada uma atividade inofensiva, ou seja, não deve ser considerada nem como boa e nem como ruim, pois ela pode estar associada a resultados positivos e/ou negativos para a saúde e não deve ser mutualmente exclusivo (Lobbezoo *et al.*, 2018).

O BS é considerado primário quando ele é idiopático, isto é, não há nenhum aspecto médico pré-existente, já em relação ao BS secundário, entre os mecanismos que podem interferir em sua gênese está o fator psicossocial, por exemplo, estresse e ansiedade, fisiológico e fatores exógenos, como consumo de álcool, medicação e tabagismo. Os aspectos psicossociais parecem influenciar mais no BV (Melo *et al.*, 2019).

Apesar da falta de padronização, estudos epidemiológicos mostraram que a taxa de prevalência de bruxismo entre os adultos pode variar de 10 a 13% para BS e de 22 a 31% para BV (Melo *et al.*, 2019). Uma meta-análise publicada recentemente revelou que a prevalência de BV em adultos é de 15.4% (Archer *et al.*, 2023).

Estudos epidemiológicos internacionais de base populacional de larga escala, avaliaram a prevalência de BS na população em geral, eles mostraram que os números de casos de bruxismo na população é cerca de 4,4% a 31,4%. Em estudos de populações específicas, como em militares, a prevalência chega em até 50,2% (Pontes *et al.*, 2019).

Algumas pesquisas mostraram que existe um potencial viés no diagnóstico de bruxismo devido a necessidade de considerar autorrelato dos indivíduos, ou seja, é fundamental ter cautela ao interpretar a literatura revisada (Manfredini *et al.*, 2013).

Uma vez que o bruxismo pode ser prejudicial ou não ao sistema estomatognático, alguns dos efeitos nocivos mais relatados são desgaste dentário acentuado, não compatível com a idade, sensação de dente amolecido, problemas com implantes ou próteses dentárias (Melo *et al.*, 2019).

Além disso, outros sintomas que são geralmente mencionados pelos pacientes com bruxismo são: dor de cabeça na região temporal, musculatura da mandíbula rígida, travamento ou dificuldade de abertura bucal, hipersensibilidade dentária. Entre os achados clínicos mais comuns são hipertrofia do masseter, fratura de dentes e/ou restaurações, recessões, abfrações, língua e mucosa edentada (Dias *et al.*, 2014).

Um sistema de avaliação criado em 2013 sugere que para classificar o bruxismo deveria ser considerado:

- 1- Bruxismo possível - baseado apenas em autorrelato.
- 2- Bruxismo provável – baseado em autorrelato e exame clínico.
- 3- Bruxismo definitivo - bruxismo do sono considerando autorrelato, exame clínico e uma avaliação de polissonografia e bruxismo na vigília autorrelato, exame clínico e eletromiografia.

Em um levantamento realizado com alguns pacientes, os fatores de risco encontrados para o bruxismo foram, por exemplo, consumo de cafeína, bebida alcoólica, cigarro, estresse, ansiedade, medicamentos, como fluoxetina, paroxetina e sertralina, exposição a ruídos e luz durante o sono (Dias *et al.*, 2014).

Alterações emocionais como ansiedade e estresse, podem causar um aumento da tonicidade muscular, pois possibilita a estimulação do SNC diante dos eventos estressantes que ocorrem no dia a dia, desencadeando uma relação íntima entre a tensão psíquica e o bruxismo (Carvalho *et al.*, 2008).

Em relação à predisposição genética, há uma associação do BS na infância que pode permanecer na vida adulta devido a um polimorfismo de um gene, o qual participa da neurotransmissão de serotonina e foi associado ao BS. Ele pode reduzir a recaptação de serotonina e depois provocar uma recaptação excessiva desse neurotransmissor causando

um déficit de dopamina. Com isso, ocorrem movimentos da mandíbula que estimulam o BS (Yamamoto *et al.*, 2012).

Outros fatores que podem predispor a ocorrência de bruxismo do sono são os ruídos, intensidade sonora e a luz que estão presentes nos ambientes que os indivíduos dormem, os quais podem desencadear, como resposta do SNC, contrações musculares involuntárias que dificultam o sono (Serra negra *et al.*, 2014).

Para o controle de BS e BV, há uma tendência de utilização de recursos conservadores, como placas oclusais, medicamentos, fisioterapia e abordagens cognitivo-comportamentais (TCC) (Pereira *et al.*, 2006; Monti, 2000).

A higiene do sono, por exemplo, é uma TCC que consiste em estabelecer um horário regular para dormir, evitar bebidas estimulantes horas antes de dormir, comer uma refeição leve à noite, preparar o ambiente de dormir sem exposição a luz e barulhos, praticar exercícios físicos no período da manhã ou até o início da tarde, providenciar um colchão e travesseiro adequados (Pereira *et al.*, 2006; Monti, 2000).

2.4 Fatores psicossociais

Muitos estudos ainda buscam entender a neurofisiologia do estresse e da ansiedade, uma vez que há o envolvimento de diversas catecolaminas, por exemplo, noradrenalina, dopamina e serotonina. Os indivíduos se deparam com muitas situações potencialmente estressoras no dia a dia como o trabalho, filhos, relações interpessoais, entre outros, propiciando o surgimento de sintomatologias indicativas de estresse ou ansiedade (Margis *et al.*, 2003).

Um estudo desenvolvido em 1999, mostrou a relação etiológica entre os eventos estressores e o surgimento de transtornos nos indivíduos e, de acordo com os resultados encontrados, concluiu-se que os eventos estressores foram capazes de ocasionar sintomas crônicos de ansiedade e/ou depressão, os quais foram preditores para a ocorrência de transtornos na população estudada (Router *et al.*, 1999).

A depressão, ansiedade e estresse desempenham uma atuação tanto na frequência quanto na gravidade do bruxismo. Os indivíduos deprimidos, ansiosos e estressados possuem maior predisposição para desenvolver o bruxismo, pois as catecolaminas que são liberadas ao longo do dia no organismo favorecem esta parafunção (Watanabe *et al.*, 2003 e Pierce *et al.*, 1995).

Além disso, há dois estudos que mostraram que os pacientes com bruxismo, possuíam maior concentração de catecolaminas na urina em comparação com os pacientes sem bruxismo. Essas descobertas reforçam a ligação entre bruxismo e fatores psicossociais (Lavgne *et al.*, 2008).

2.5 Sono

Sono é um estado fisiológico que ocorre em ciclos, em algumas etapas do sono há características eletrofisiológicas semelhantes às da vigília distinguindo de etapas em que há completa quietude. As etapas do sono são baseadas em 3 variáveis, sendo elas, eletroencefalograma (EEG), eletro-oculograma (EOG) e eletromiografia (EMG) e mediante a elas, há dois padrões que compõe o ciclo do sono, sem movimentos oculares rápidos (NREM) e com movimentos oculares rápidos (REM). O sono NREM ainda é dividido em sono leve com os estágios 1 e 2 e sono profundo com os estágios 3 e 4 do sono (Hartmann *et al.*, 1994; Lavgne *et al.*, 2008).

As características do sono NREM são relaxamento muscular com manutenção de tônus, redução de movimentos corporais, ausência de movimentos oculares rápidos, respiração e eletrocardiograma regulares. Já em relação ao sono REM, ocorre hipotonia ou atonia muscular, movimentos fásicos, emissão de sons, movimentos oculares rápidos, sonhos, respiração e eletrocardiograma irregulares (Lavgne *et al.*, 2008).

Durante o sono NREM as atividades cerebrais são reduzidas, ou seja, ele proporciona um momento restaurador para o organismo, entretanto, o sono REM faz com que as atividades cerebrais aumentem possibilitando a recuperação psicológica, tornando-se importante para os processos de memória e aprendizado (Lavgne *et al.*, 2008).

A ausência de sono reparador pode ocorrer afetando diretamente a qualidade de vida dos indivíduos. Há uma série de fatores que podem contribuir para esses eventos, por

exemplo, o ronco e a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) (Aguiar *et al.*, 2013). Já em relação ao BS, ele pode estar associado aos fatores citados podendo acontecer concomitantemente (Lavigne *et al.*, 2008). Logo, uma noite bem dormida possui um efeito terapêutico para o indivíduo fazendo com que após os ciclos do sono, o indivíduo recupere o desempenho físico e mental (Lopes *et al.*, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência de dores orofaciais odontogênicas ou não, BS, BV, fatores psicossociais e problemas do sono em presidiários de Florianópolis

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar os resultados obtidos através da aplicação da ficha clínica na anamnese;
- Avaliar a presença de dor orofacial mediante ao preenchimento do questionário recomendado pela Academia Americana de dor orofacial;
- Avaliar os comportamentos orais através da aplicação do questionário Lista de Comportamentos Orais;
- Analisar os fatores psicossociais da população estudada através da aplicação da Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21);
- Avaliar os hábitos do sono através do questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (PSQI).

4 METODOLOGIA

Em relação ao referencial teórico desta pesquisa, o embasamento foi em artigos, revistas eletrônicas, livros e periódicos, utilizando as seguintes bases de dados on-line: Pubmed, Scielo e Google Acadêmico. Visando uma busca eficiente e bem planejada, utilizou-se uma combinação de termos livres e MeSH relacionados ao tema, com os descritores: Bruxismo, DTM, fatores psicossociais, dores orofaciais, sono e pessoas privadas de liberdade.

4.1 Critérios Éticos

De acordo com o Conselho Nacional da Saúde (CNS), relativa as pesquisas em seres humanos, o estudo foi submetido no Comitê de Ética em Pesquisa por meio da plataforma Brasil, número do parecer: 5.867.158. Todos os participantes foram orientados quanto as etapas do estudo e, em seguida, assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A) com a finalidade de garantir a legalidade da divulgação e utilização de dados.

4.2 Local da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada em uma Penitenciária da cidade de Florianópolis-SC, respeitando o funcionamento e as regras da instituição. Todas as consultas aconteceram com o auxílio de um agente penitenciário que acompanhava os presidiários no trajeto entre a cela até o consultório odontológico e vice-versa e viabilizava cada atendimento priorizando os participantes com maiores necessidades.

4.3 População/Amostra

A amostra de conveniência foi constituída de presidiários do sexo masculino. Foram atendidos pacientes que tinham interesse no atendimento devido a queixas de alguma dor/incômodo na região orofacial.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo homens, sem restrição quanto a idade, que se queixavam de dor e se dispuseram a participar da pesquisa.

4.5 Instrumentos de coleta de dados e variáveis

A coleta de dados e variáveis ocorreu com base nas respostas dos questionário aplicados, na primeira parte do atendimento, foi realizado o preenchimento de alguns questionários dentro de uma sala cedida pela pastoral carcerária, iniciando pela ficha clínica com perguntas sobre dados pessoais como nome, gênero, estado civil, grau de escolaridade, histórico de prisão; queixa principal, perguntas sobre a saúde geral como peso, altura, uso de medicações, alergias, hábito de higiene e alimentação e história médica; hábitos de sono e histórico de uso de droga.

Além disso, perguntas sobre a rotina dentro do presídio, hora que acorda, que dorme, almoço e janta, se tem alguma regalia, o que costuma fazer no período da manhã e da tarde, história familiar e médica hábitos (fumar, beber bebida alcoólica, roer unha etc.) e a frequência de cada hábito, bruxismo durante o sono, bruxismo acordado, fatores psicossociais (APÊNDICE B).

Os participantes foram submetidos ao preenchimento do questionário autoexplicativo recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial para dor orofacial e DTM (ANEXO A). O questionário é composto de dez perguntas direcionadas a sinais e sintomas mais frequentes de dor orofacial e DTM, com respostas sim/não.

A Lista de Comportamentos Oraís é um questionário de autorrelato de 21 itens (ANEXO B), que quantifica a frequência dos comportamentos orais, sendo as questões 1 e 2 relacionadas ao BS e as demais, de 3 a 21, quanto ao BV. As questões possuem um escore que varia de 0 a 4 podendo chegar à pontuação máxima de 84. Apesar de ainda não haver uma norma estabelecida para a pontuação, utilizam-se dois meios, a soma do número de itens com respostas diferentes de zero ou uma soma ponderada. O manual DC/TMD sugere como interpretação dos dados, a somatória dos escores, sendo que um escore final de zero representa situação de normalidade, de 1 - 24 baixos risco de apresentar DTM e de 25 - 48

alto risco de apresentar DTM. A Lista de Comportamento Oraís foi incluída nos Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) como uma ferramenta de triagem, uma vez que há contribuição dos comportamentos oraís para as DTMs (Schiffman, 2014).

Em seguida, foi aplicado o questionário da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) que é um método de avaliar depressão, ansiedade e estresse em populações clínicas e não clínicas independente da cultura e etnia. O questionário é composto por 21 perguntas, sendo que as perguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 formam a subescala de depressão. As perguntas 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 formam a subescala de ansiedade. As perguntas 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 formam a subescala de estresse. Os participantes respondiam aos 21 itens baseando-se na última semana (semana anterior a aplicação) conforme a indicação de 0 a 4, sendo 0 Não se aplicou, 1 Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo, 2 Aplicou-se em um grau considerável ou por uma boa parte do tempo e 3 Aplicou-se muito ou na maioria do tempo. A pontuação deste questionário foi determinada pela soma dos escores dos 21 itens. A classificação dos sintomas: estresse (0-10 = normal; 11-18 = leve; 19-26 moderado; 27-34 = severo; 35-42 = extremamente severo); ansiedade (0-6 normal; 7-9 = leve; 10-14 = moderado; 15-19 = severo; 20-42 = extremamente severo); depressão (0-9 = normal; 10-12 = leve; 13-20 = moderada; 21-17 = severo; 28-42 = extremamente severo) (ANEXO C).

Além disso, outro questionário aplicado foi o Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) composto por 24 perguntas, sendo que quatro são subjetivas e vinte são objetivas, as respostas foram respondidas baseando-se somente no último mês. As perguntas são categorizadas em 7 componentes sendo 1 qualidade subjetiva do sono, 2 latência do sono, 3 duração do sono, 4 eficiência habitual do sono, 5 alterações do sono, 6 uso de medicamentos para dormir e 7 disfunção diurna do sono. O escore final deste questionário pode variar entre 0 e 21 sendo que quanto maior o resultado, pior foi a qualidade do sono. A partir desse escore através da soma dos sete componentes, foi possível avaliar a qualidade do sono dos entrevistados por meio da classificação 0-4 boa, 5-10 ruim e maior que 10 presença de distúrbio do sono (ANEXO D).

Por fim, um exame físico foi executado, intraoral e extraoral, para avaliar a face, ATM, os músculos e dentes, este procedimento foi realizado no consultório odontológico

da pastoral carcerária, duas pesquisadoras realizavam o procedimento, sendo que uma avaliava o participante e a outra realizava as anotações.

4.6 Análise estatística

Para a análise estatística dos resultados obtidos pelo trabalho, foi utilizada a técnica descritiva. Nesta técnica, os dados foram organizados na forma de tabela apresentando os dados em sua forma absoluta.

Os programas utilizados para o desenvolvimento e edição das tabelas e gráficos foram o Word e Excel do office da Microsoft.

5 RESULTADOS

5.1 Descrição do perfil dos entrevistados

A amostra foi composta de 85 entrevistados, todos os participantes privados de liberdade. Em relação à faixa etária, houve uma variação entre 19 e 81 anos, sendo que 48% possuem até 40 anos de idade. Quanto ao grau de escolaridade, 45% estudaram até o Ensino Fundamental e 55% têm filhos.

5.2 Dor orofacial

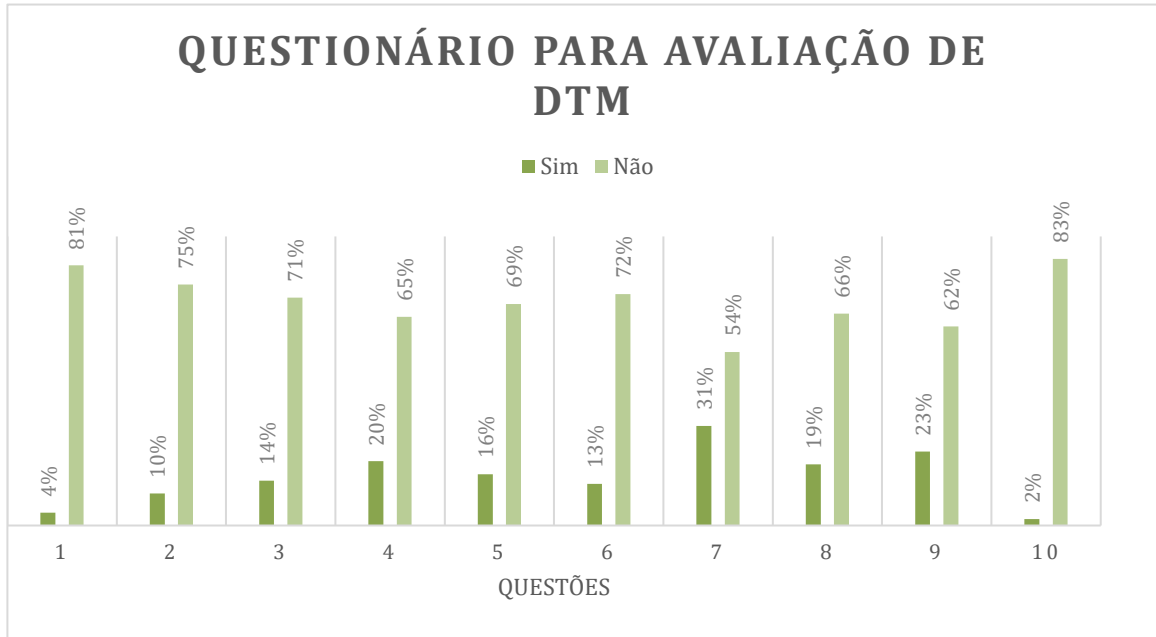
Em relação às dores orofaciais, 42% queixaram-se de dor odontogênica e 17,6% de dores na face e/ou na cabeça. Quanto aos resultados do Questionário para avaliação das DTMs da Academia Americana de Dor Orofacial, as perguntas 1 e 2, que relacionam a abertura e fechamento da boca, 4,7% e 11,7%, respectivamente, foram respostas positivas, já os itens 3 e 5 que abordam os sinais mais característicos de DTM, obtiveram respostas positivas, respectivamente, 18,8% e 16,4%.

A questão 4 que aborda a presença de ruídos na ATM, apresentou 23,5% de respostas positivas. As questões 6 e 7, que retratam os principais sintomas de dores orofaciais, apresentaram respostas positivas, respectivamente, 15% e 36%. A questão 8, a

qual tem o objetivo de analisar a ocorrência de episódios de traumas, indicou 22% de respostas positivas.

Por fim, a questão 9 que analisa a percepção pelo paciente da sua condição dental, mostrou 27% de respostas positivas e 73% de negativas e a questão 10, aborda se o paciente recentemente fez algum tratamento para um problema não explicado e apresentou 2% de respostas positivas.

Gráfico 1- Prevalências do Questionário para avaliação das DTMs da Academia Americana de Dor Orofacial.



Fonte: Dados elaborados pela autora deste trabalho.

5.3 Bruxismo

Em relação ao BS, segundo a ficha clínica, 17,6% relataram bater, ranger e/ou apertar os dentes durante o sono, entre eles, 60% confirmaram através de autorrelato. Quanto ao BV, 38,8% relataram bater, ranger e /ou apertar os dentes durante a vigília e, entre eles, 82% constataram por meio de autorrelato.

Quanto ao questionário da Lista de Controle de Comportamentos Orais, 67% dos entrevistados apresentaram baixo risco para apresentar DTM, 17,6% alto risco e 15% com normalidade.

Tabela 1 – Prevalência das respostas diferentes de zero para as questões 3, 4, 5, 6, 7 e 11 da Lista de Comportamentos Orais.

Questões	Prevalências
Q3	8%
Q4	33%
Q5	48%
Q6	33%
Q7	20%
Q11	25%

Fonte: Dados elaborados pela autora deste trabalho.

5.4 Fatores psicossociais

Tabela 2 - Prevalência dos fatores psicossociais abordados na ficha clínica.

Fatores Psicossociais	Prevalências
Ansioso	54%
Preocupado	50%
Perfeccionista	52%

Estressado	21%
Hiper vigilante	42%
Depressivo	25%
Injustiçado	50%

Fonte: Dados elaborados pela autora deste trabalho.

Em relação aos resultados obtidos através da aplicação do DASS-21, 79% apresentaram sintomas normais para estresse e 17% sintomas leves, 60% sintomas normais para ansiedade e 17% sintomas moderados e 82% sintomas normais para depressão e 11% sintomas leves.

5.5 Sono

Quanto a qualidade do sono, alguns resultados obtidos por meio da aplicação do questionário de Pittsburgh tiveram maior prevalência, por exemplo, quanto a questão cinco que aborda os distúrbios do sono, 82% afirmaram que tiveram um ou mais episódios de tossir ou roncar forte durante o sono, assim como, 82% afirmaram que tiveram sonhos ruins uma vez ou mais nos últimos 30 dias.

Tabela 3 – Prevalência da qualidade do sono - questionário de Pittsburgh

Bom	62%
Ruim	29%
DS	9%

DS- Distúrbio do sono.

Fonte: Dados elaborados pela autora deste trabalho.

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve a finalidade de avaliar a autopercepção quanto a dor orofacial, bruxismo, fatores psicossociais e sono da população privada de liberdade do presídio masculino de Florianópolis-SC.

Em relação às dores orofaciais, neste estudo, 42% dos entrevistados queixaram-se de dor odontogênica, enquanto 17,6% de dor na face e/ou na cabeça. Corroborando com esta alta prevalência de dor odontogênica, há um estudo realizado em uma penitenciária, no estado de São Paulo, no qual cerca de 99 indivíduos foram entrevistados 54,5% apresentaram problemas odontológicos, sendo que, 64,8% relativos à dor odontogênica (Marino *et al.*, 2004). Outro estudo, realizado em 2007, com idosos, apontou uma prevalência de dor orofacial com origem odontogênica de 58%, enquanto a dor na face foi reportado em cerca de 6% dos entrevistados (Luo *et al.*, 2007).

A alta prevalência da dor odontogênica reflete a falta de promoção a saúde bucal à vida pregressa a condição de privado de liberdade (Siqueira *et al.*, 2019). Os atendimentos clínicos realizados neste estudo foram basicamente tratamentos focados no alívio das dores odontogênicas e isso pode ter causado um enviesamento devido ao perfil da amostra. Entretanto, alguns estudos realizados em indivíduos privados de liberdade, abordaram o índice CPO-D e mostraram uma média entre 14,9 e 18,5 desse índice, considerado um índice alto, sendo que o componente cariado foi o mais achado, ou seja, essa alta de experiência cárie pode justificar essa prevalência de dor odontogênica (Rodrigues, 2013; Silva, 2016).

Sendo assim, as questões abordadas acima podem justificar a baixa prevalência de DTM, que de acordo com o resultado da ficha clínica foi de 17,6%. Nas questões 3 e 5, do questionário da Academia Americana de dor Orofacial, as prevalências foram de 18,8% e 16,4%, respectivamente, as quais abordam os sinais mais característicos de DTM. Porém, praticamente não há estudos que abordam esta temática com a população privada de liberdade, ou seja, é de extrema importância que futuros estudos sejam desenvolvidos para abordar de maneira profunda a questão da DTM.

Já o bruxismo, foi uma condição mais prevalente do que a DTM nos presidiários, sendo que o BV teve uma porcentagem maior (38,8%), o que pode ser explicado pela sua íntima relação com a ansiedade e estresse. As condições de saúde em que os participantes

se encontram é relevante, uma vez que, 54% consideram-se ansiosos, 25% depressivos e 21% estressados de acordo com o questionário da ficha clínica. Em relação aos resultados obtidos através da aplicação do DASS 21, a prevalência maior foi para os sintomas normais tanto para ansiedade, depressão quanto para o estresse. O que não corrobora com os resultados obtidos em um estudo espanhol com pessoas privadas de liberdade, no qual a maior prevalência foi para sintomas graves ou muito graves de fatores psicossociais (Caravaca *et al.*, 2018).

Entretanto, apesar de não ter apresentado predominantemente resultados de sintomas graves, o isolamento e o confinamento presentes no dia a dia dos entrevistados, podem causar emoções negativas e/ou distorções cognitivas. Por exemplo, para indivíduos com depressão, o tempo pode passar mais devagar, para os ansiosos, o tempo pode passar muito rápido, já para aqueles que possuem altos níveis de estresse, a noção de intervalo temporal pode ser mais confusa (Mioni *et al.*, 2016; Yao *et al.*, 2015).

Quanto à qualidade do sono, a maioria dos entrevistados disseram ter uma boa qualidade do sono (62%). Porém, algumas condições de sono relatadas não foram tão positivas, por exemplo, não ter travesseiro para a maioria dos entrevistados, assim como, compartilhar as celas entre várias pessoas, sendo que, 60% afirmaram que os roncos dos parceiros de cela atrapalham o sono e 70% disseram ficar assistindo televisão antes de dormir.

Aliás, considerando os 38% que ficaram entre sono ruim e DS, além das condições não ideais citadas, outros aspectos podem ter associação com problemas do sono, por exemplo, a solidão. Há um estudo que aborda a questão do isolamento social e a solidão como consequência da falta de suporte social e menciona como isso pode interferir no sono. Nele o suporte social é abordado como meio de gerar sentimentos de pertencimento e ligação entre os indivíduos, ou seja, é capaz de induzir estado de humor e comportamentos de saúde positivos (Troxel *et al.*, 2010).

Os resultados do presente estudo puderam constatar que há algumas semelhanças quanto a saúde geral dos indivíduos não encarcerados e dos encarcerados, principalmente quanto a negligência da falta de profissionais da odontologia responsáveis pelas orientações básicas, visando promoção a saúde geral. Logo, além da educação em saúde bucal e saúde geral, o estímulo ao autocuidado é essencial.

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados alcançados através da ficha clínica e dos questionários validados, houve uma alta prevalência de dor orofacial do tipo odontogênica e baixo risco para apresentar DTM. O BV foi mais prevalente do que o BS e a maioria dos presidiários apresentaram sintomas normais de fatores psicossociais e qualidade de sono boa.

Recomenda-se que novos estudos sejam desenvolvidos a fim de estudar melhor os diversos fatores abordados que podem estimular o bruxismo e as dores orofaciais, assim como, contribuir para a indigência das condições e acesso a saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR VIDIGAL, T., MARTINHO HADDAD, F.L., GREGÓRIO, L.C. *et al.* Subjective, anatomical, and functional nasal evaluation of patients with obstructive sleep apnea syndrome. **Sleep Breath** **17**, 427–433,2013.
- ARCHER, A.B., DA-CAS, C.D., VALESAN, L.F. *et al.* Prevalence of awake bruxism in the adult population: a systematic review and meta-analysis. **Clin Oral Invest**,2023.
- ASSIS, R. D. DE. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, 2007, p. 74-78.
- BAPTISTA, J. M. Fundamentos da oclusão e da articulação temporomandibular. Curitiba: **Editek**, 1996. 367p.
- BAAT C, VERHOEFF M, AHLBERG J, et al. Medications and addictive substances potentially inducing or attenuating sleep bruxism and/or awake bruxism. **J Oral Rehabil**. 2021; 48:343-354.
- BRANCO RS, BRANCO SC, TESCH RS, RAPOPORT A. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). **Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial**. 2008; 13: 61-9.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema penitenciário no Brasil. Dados consolidados. Brasília. Ministério da Justiça 2009.
- CARAVACA SÁNCHEZ, F., IGNATYEV, Y., & MUNDT, A. P. Associations between childhood abuse, mental health problems, and suicide risk among male prison populations in Spain. **Criminal Behaviour and Mental Health**, 29(1), 18–30, 2018.
- CARVALHO AL, CURY AA, GARCIA R C. Association between bruxism and emotional stress in military policemen. **Rev Odonto Ciênc.**; 23 (2): 125-9, 2008.
- CARVALHO ML, VALENTE GJ, ASSIS SG, VASCONCELOS AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciênc.saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 11(2):461-71, 2006
- D. MANFREDINI, A. DE LAAT, E. WINOCUR & J. AHLBERG. Why not stop looking at bruxism as a black/White condition? A etiology could be unrelated to clinical consequences, **Journal of Oral Rehabilitation**, 43; 799-801, 2016.

ECHEVERRIA MS, DUMITH SC, SILVA AER. Prevalência e fatores associados a dor dentária – estudo de base populacional com adultos e idosos do sul do Brasil. **Rev Odontol UNESP**. 2020

F. A. F. M. DE ARAÚJO, T. C. NAKANO & M. L. A. GOUVEIA, PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM DETENTOS. *psicologia*, 8(3), pp. 381-390, 2009.

FERNANDES, A.U.R. et al. Desordem temporomandibular e ansiedade em graduandos de odontologia. **Cienc. Odontol. Bras.**; 10 (1): 70-77,2007 .

HARTMANN, E. Bruxism. In: KRYGER, M. D.; ROTH, T.; DEMENT, W. C. Principles and practice of sleep medicine. 2 ed. Philadelphia: Saunders. p. 598-601, 1994.

KATO T, THIE NM, HUYNH N, MIYAWAKI S, LAVIGNE GJ. Topical review: sleep bruxism and the role of peripheral sensory influences. **J Orofac Pain.**; 17: 191-213, 2003.

LAVIGNE G, KHOURY S, ABE S, YAMAGUCHI T, RAPHAEL K. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians*. **Journal of Oral Rehabilitation**. 35: 476-494,2008.

LOBBEZOO F, AHLBERG J, GLAROS AG, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. **J Oral Rehabil** 2013; 40:2-4.

LOBBEZOO F, AHLBERG J, RAPHAEL KG, WETSELAAR P, GLAROS AG, KATO T, SANTIAGO V, WINOCUR E, DE LAAT A, DE LEEUW R, KOYANO K, LAVIGNE GJ, SVENSSON P, MANFREDINI D. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. **J Oral Rehabil**. 2018 ;45(11):837-844.4.

LOBBEZOO F, AHLBERG J, VERHOEFF MC, et al. O rastreador de bruxismo (BruxScreen):Desenvolvimento, teste piloto e validade facial. **J Reabilitação Oral** 2022

LOBBEZOO F, NAEIJE M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. **J Oral Rehabil** 2001; 28:1085-1091.

LOPES, W. S., FAUSTINO, M. A., LEAL, A. B., & INOCENTE, N. J. Sono um fenômeno fisiológico. **IX Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-graduação**, 3-6, 2006.

LUO Y, et al. Condições de dor orofacial e impacto na qualidade de vida em idosos residentes na comunidade em Hong Kong. **J Orofac Pain**; 21: 63–7,2007.

MANFREDINI D, AHLBERG J, LOBBEZOO F. Bruxism definition: Past, present, and future - What should a prosthodontist know? **J Prosthet Dent**. 2022 ;128(5):905-912.

MANFREDINI D, WINOCUR E, GUARDA-NARDINI L, PAESANI D, LOBBEZOO F. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. **J Orofac Pain**. 2013 Spring;27(2):99-110. doi: 10.11607/jop.921. PMID: 23630682.

MARGIS, R., PICON, P., COSNER, A. F., & SILVEIRA, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 25,65-74.

MARINO-JUNIOR, J. H., CESAR, A. C., CESAR, M. F., SILVA, C. M., LOPES, A. M. S., CANDELÁRIA, L. F, Avaliação da situação clínica odontológica dos reeducandos da Penitenciária Potim II. **Braz Oral Reb** 2004,18, Suplement.

MAYDANA AV, TESCH RS, DENARDIN OVP, URSI WJS, DWORKIN SF Possíveis fatores etiológicos para distúrbios temporomandibulares de origem articular com implicações para diagnóstico e tratamento. **Dental Press J Orthod** 2010 May-June;15(3):78-86.

MELO G, DUARTE J, PAULETTO P, et al. Bruxism: An umbrella review of systematic reviews. **J Oral Rehabil.**; 46:666-690, 2019.

MIONI, G., STABLUM, F., PRUNETTI, E., & GRONDIN, S Time perception in anxious and depressed patients: A comparison between time reproduction and time production tasks. **Journal of affective disorders**, 196, 154–163, 2016.

OKESON JP. Dores odontogênicas. In: Okeson JP, (editor). Dores bucofaciais de Bell tratamento clínico da dor bucofacial. 6ª ed. São Paulo: Quintessence; 2006. p. 259-86.

PEREIRA RPA, NEGREIROS WA, SCARPARO HC, PIGOZZO MN, CONSANI RLX, MESQUITA MF. Bruxismo e qualidade de vida. **Rev Odonto Ciênc.** 2006; 21:185-90.

PIERCE CJ, CHRISMAN K, BENNETT ME, CLOSE JM. Estresse, estresse antecipatório e medidas psicológicas relacionadas ao bruxismo do sono. **J Orofac Dor.** 1995;9(1):51-6.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde no Sistema Prisional - 1. Ed - Brasília: Ministério da Saúde, 60 p, 2014.

PONTES, L. DA S., & PRIETSCH, S. O. M. (2019). Bruxismo do sono: estudo de base populacional em pessoas com 18 anos ou mais na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira De Epidemiologia**, 22, 2019.

RAQUEL STUMPF BRANCO, CARLA STUMPF BRANCO, RICARDO DE SOUZA TESCH, ABRÃO RAPOPORT, Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** ,v. 13, n. 2, p. 61-69, mar./abr. 2008

RFO, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 360-364, set./dez. 2012

RODRIGUES ISIS SANT ANNA ARAÚJO. A saúde bucal de privados de liberdade em penitenciárias no estado da Paraíba. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba. Pró Reitoria de Pós graduação e pesquisa 2013.

RUETER MA, SCARAMELLA L, WALLACE LE, CONGER RD. First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent adolescent disagreements. **Arch Gen Psychiatry** ;56: 726-732, 1999.

SCHIFFMAN, E.; OHRBACH, R.; TRUELOVE, E.; LOOK, J.; ANDERSON, G.; GOULET, J.; LIST, T.; SVENSSON, P.; GONZALEZ, Y.; LOBBEZOO, F.. 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**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 6-27, jan. 2014.

SERRA-NEGRA JM, PAIVA SM, FULGÊNCIO LB, CHAVEZBA, LAGE CF, PORDEUS IA. Environmental factors, sleep duration, and sleep bruxism in Brazilian school children: a case control study. **Sleep Med.**2014; 15(2):236-9.

SILVA R.S.C Necessidade de tratamento odontológico em apenadas e sua relação com doenças sistêmicas na penitenciária estadual feminina - PENFEM Porto Velho - Rondônia, **Rev. Saúde Pública.** 2016 Dec;37(6):751-9, 2016.

SIQUEIRA, et al, **Journal of Research in Dentistry**, 7(6):91-106, 2019

TROXEL WM, BUYSSE DJ, MONK TH, BEGLEY A, HALL M. Does social support differentially affect sleep in older adults with versus without insomnia? **J Psychosom Res**; 69:459-66, 2010.

UCA AU, U_GUZ F, KOZAK HH, GÊUMÊUS_H, AKSOY F, SEYITHANOGLU A et al. Antidepressant-induced sleep bruxism:prevalence, incidence, and related factors. **Clin Neuropharmacol**; 38:227-230, 2015.

WATANABE T, ICHIKAWA K, CLARK GT. Níveis de bruxismo e comportamentos diários: 3 semanas de medição e correlação. **J Orofac Dor.**;17(1):65-73, 2023.

YAO, Z., WU, J., ZHOU, B., ZHANG, K., & ZHANG, L. Higher chronic stress is associated with a decrease in temporal sensitivity but not in subjective duration in healthy young men **Frontiers in Psychology**, 6, 1010, 2015.



+Apalpação de outros músculos:

4) Avaliação: dentes

18	28
17	27
16	26
15	25
14	24
13	23
12	22
11	21

48	38
47	37
46	36
45	35
44	34
43	33
42	32
41	31

Condição Dental: boa ruim péssima

OBS: _____

Raiz residual: _____

Mobilidade: _____

Ausentes: _____

Próteses: _____

Condição Periodontal: boa regular ruim Cálculo: sim não

Tratamento ortodôntico prévio: sim, tipo e porquê: _____ não

Mordida Aberta: _____ Mordida Cruzada: _____

Facetas de desgaste: sim, onde _____ não

Sinais de patologia oclusal? Sim Abfração _____ Abrasão _____

Erosão Local _____ Bruxismo _____

Lateralidade direita: _____ Lateralidade esquerda: _____ Protrusão: _____

Masseter rígido (em oclusão): sim não Intensidade: leve moderado severo

Endentações na língua: sim não Intensidade: leve moderado severo

Endentações na bochecha (linha alba): sim não Intensidade: leve moderado severo

Hipertrofia do masseter: sim não Intensidade: leve moderado severo

5) Lesões bucais no tecido mole

PLANEJAMENTO:

DIAGNÓSTICO:

FICHA DE PROCEDIMENTOS

Paciente: _____

1ª Consulta: ___/___/___ hora: ___:___

Solicitações: _____



EXAMES NECESSÁRIOS

- Exame risco cirúrgico: Data da solicitação: _____
- Resultado: _____
- Fichas de pesquisa, quais? _____
- Bruxismo em vigília, se observar: _____
- Radiografia Periapical: _____
- Radiografia panorâmica: _____
- Tomografia: _____
- Ressonância magnética: _____
- Polissonografia: _____
- Encaminhamentos: Para quem? Motivo? _____
- Outros. Citar: _____

IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS INICIAIS

1ª CONSULTA - DATA: ___/___/___

HIPÓTESES DE DIAGNÓSTICO **RECOMENDAÇÕES**

HIPÓTESES DE DIAGNÓSTICO	RECOMENDAÇÕES

_____ Tratamento: _____

2ª Consulta: ___/___/___ hora: ___:___

Atendeu solicitações? sim não, motivo: _____

Reavaliação: _____

Tratamento: _____

3ª Consulta: ___/___/___ hora: ___:___

Atendeu solicitações? sim não, motivo: _____

Reavaliação: _____

Tratamento: _____

4ª Consulta: ___/___/___ hora: ___:___

Atendeu solicitações? sim não, motivo: _____

Reavaliação: _____

Tratamento: _____



ANEXO A- Ata de apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 31 dias do mês de outubro de 2023, às 17 horas, em sessão pública no modelo remoto através do link divulgado no site TCC odontologia desta Universidade, na presença da Banca Examinadora presidida pelo Professora Doutora Beatriz Dulcineia Mendes de Souza e pelos examinadores:

1 – Mestre Lígia Figueiredo Valesan,

2 – Mestre Adriana Battisti Archer

a aluna Karen Pinhabel Maschio apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado: Prevalência de dor orofacial, bruxismo, fatores psicossociais e problemas do sono em Presidiários de Florianópolis.

como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela aprovação do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.



Documento assinado digitalmente
BEATRIZ DULCINEIA MENDES DE SOUZA
Data: 01/11/2023 18:31:01-0300
CPF: ***.650.469-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Presidente da Banca Examinadora



Documento assinado digitalmente
LIGIA FIGUEIREDO VALESAN
Data: 01/11/2023 19:09:27-0300
CPF: ***.992.009-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Examinador 1



Documento assinado digitalmente
Adriana Battisti Archer
Data: 01/11/2023 22:49:21-0300
CPF: ***.331.709-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Examinador 2



Documento assinado digitalmente
Karen Pinhabel Maschio
Data: 01/11/2023 18:28:44-0300
CPF: ***.488.768-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Aluno

ANEXO B- Questionário Academia de Dor Orofacial

Questionário para avaliação de Disfunções Temporomandibulares recomendado pela *American Academy of Orofacial Pain* (Academia Americana de Dor Orofacial).

Captura Retangular

PERGUNTAS	SIM	NÃO
1. Você tem dificuldade, dor ou ambas ao abrir a boca, por exemplo, ao bocejar?		
2. Sua mandíbula fica "presa", "travada" ou sai do lugar?		
3. Você tem dificuldade, dor ou ambas ao mastigar, falar ou usar seus maxilares?		
4. Você percebe ruídos na articulação de seus maxilares?		
5. Seus maxilares ficam rígidos, apertados ou cansados com regularidade?		
6. Você tem dor nas orelhas ou em volta delas, nas têmporas e bochechas?		
7. Você tem cefaléia, dor no pescoço ou nos dentes com frequência?		
8. Você sofreu algum trauma recente na cabeça, pescoço ou maxilares?		
9. Você percebeu alguma alteração recente na sua mordida?		
10. Você fez tratamento recente para um problema não explicado?		

ANEXO C- Questionário Lista de Comportamentos Orais

Com que frequência faz cada uma das seguintes atividades, tendo como base o último mês?
Se a frequência da atividade varia, escolha a opção mais elevada. Por favor, coloque um (✓)
em cada item de resposta e não avance nenhum item.

Atividades durante o sono		Nenhuma vez	<1 Noites/mês	1-3 Noites/mês	1-3 Noites/semana	4-7 Noites/semana
1.	Aperta ou range os dentes durante o sono, baseado em qualquer informação que possa ter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Dorme numa posição em que coloca pressão na mandíbula (por exemplo, de barriga para baixo, de lado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades durante o dia		Nenhuma vez	Um pouco do tempo	Algum do tempo	A maior parte do tempo	Todo o tempo
3.	Range os dentes durante as horas em que está acordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Aperta os dentes durante as horas em que está acordado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Pressiona, toca ou mantém os dentes juntos sem que seja para comer (isto é, contato entre os dentes de cima e os de baixo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Segura, aperta ou cria tensão muscular sem apertar ou juntar os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Mantém ou projeta a mandíbula para a frente ou para o lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Pressiona com força a língua contra os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Coloca a língua entre os dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Morde, mastiga ou brinca com a sua língua, bochechas ou lábios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Mantém a mandíbula numa posição rígida ou tensa, como se fosse preparar para um impacto ou proteger a mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Mantém entre os dentes ou morde objetos, tais como, cabelo, cachimbo, lápis, canetas, dedos, unhas, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Utiliza pastilha elástica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Toca instrumento musical que envolva o uso da boca ou mandíbula (por exemplo, instrumentos de sopro, metal ou madeira, ou instrumentos de corda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Inclina-se com a mandíbula sobre a sua mão, por exemplo, em concha ou a descansar o queixo na mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Mastiga a comida só de um lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Come entre refeições (isto é, comida que requeira mastigação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Fala durante períodos prolongados (por exemplo, ensina, vende, apoio ao consumidor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Canta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Boceja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Segura o telefone entre a sua cabeça e os ombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO D- Questionário DASS - 21

DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS SCALE (DASS – 21) Versão traduzida e validada para o português do Brasil Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Data da avaliação: ___/___/____, Avaliador: _____.

NOME DO PARTICIPANTE (INICIAIS): _____ ID: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0, 1, 2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

		Não se aplicou de maneira alguma	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
01	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
02	Senti minha boca seca	0	1	2	3
03	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
04	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
05	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
06	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
07	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
08	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
09	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

INTERPRETAÇÃO

As perguntas 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 formam a subescala de depressão. As perguntas 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 formam a subescala de ansiedade. As perguntas 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 formam a subescala de estresse.

Para a pontuação final, os valores de cada subescala foram somados e multiplicados por dois para corresponder à pontuação da escala original (DASS-42) (Saad et al., 2017).

A classificação dos sintomas: estresse (0-10 = normal; 11-18 = leve; 19-26 moderado; 27-34 = severo; 35-42 = extremamente severo); ansiedade (0-6 normal; 7-9 = leve; 10-14 = moderado; 15-19 = severo; 20-42 = extremamente severo); depressão (0-9 = normal; 10-12 = leve; 13-20 = moderada; 21-17 = severo; 28-42 = extremamente severo).

REFERÊNCIA

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F., (2004). **Manual for the Depression Anxiety Stress Scales**. 4th ed. Psychology Foundation: Sydney.

Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*. 2014 Feb;155:104-9. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24238871/>>.

Freitas RF et al. Prevalência e fatores associados aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse em professores universitários durante a pandemia da COVID-19. *J bras psiquiatr*, 2021; 70: 283–292. <<https://www.scielo.br/j/ibpsiq/a/8DKtKH8xFrMjSIT7X93LU?lang=pt>>.

ANEXO E- Questionário Índice da qualidade do sono de Pittsburgh

ÍNDICE DA QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (PSQI-BR)

Data da avaliação: ___/___/____. Avaliador: _____.

NOME DO PACIENTE (SOCIAL)	ID:	DATA DE NASCIMENTO: / /
---------------------------	-----	-------------------------

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama a noite?	Hora usual de deitar:
2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir a noite?	Número de minutos:
3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?	Hora usual de levantar:
4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Esta pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)	Horas de sono por noite:

Para cada uma das questões restantes, marque a **melhor (uma)** resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para dormir porque você:	Nenhuma no último mês	Menos de uma vez por semana	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes na semana
A) não conseguiu adormecer em até 30 minutos	0	1	2	3
B) acordou no meio da noite ou de manhã cedo	0	1	2	3
C) precisou levantar para ir ao banheiro	0	1	2	3
D) não conseguiu respirar confortavelmente	0	1	2	3
E) tossiu ou roncou forte	0	1	2	3
F) Sentiu muito frio	0	1	2	3
G) sentiu muito calor	0	1	2	3
H) teve sonhos ruins	0	1	2	3
I) teve dor	0	1	2	3
J) outras razões, por favor descreva: _____ Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?	0	1	2	3
6. Durante o último mês como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral:	Muito boa 0	Boa 1	Ruim 2	Muito Ruim 3
	Nenhuma no último mês	Menos de uma vez por semana	Uma ou duas vezes por semana	Três ou mais vezes na semana
7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou "por conta própria") para lhe ajudar	0	1	2	3
8. No último mês, que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos)	0	1	2	3
9. Durante o último mês, quão problemático foi pra você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?	Nenhuma dificuldade 0	Um problema leve 1	Um problema razoável 2	Um grande problema 3
10. Você tem um parceiro (a), esposo (a) ou colega de quarto?	Não []	Parceiro ou colega, mas em outro quarto []	Parceiro no mesmo quarto, mas em outra cama []	Parceiro na mesma cama []

INTERPRETAÇÃO

Apenas as perguntas de auto-avaliação são incluídas na pontuação.

Qualidade subjetiva do sono (questão 06); Latência do sono (questões 02 e 05a); Duração do sono (questão 04); Eficiência habitual do sono (questões 04, 03 e 01); Distúrbios do sono (questões 5b a 5j); Uso de remédio para dormir (questão 07); Disfunção diurna (questões 08 e 09).

REFERÊNCIA

Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 1989, 28(2):193-213.

Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. 2008. 93p. Dissertação (mestrado em medicina) Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, 2008. <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/14041>>.

