

Avaliação da Qualidade do Sono em Grupos com Diferentes Níveis de D...

INTRODUÇÃO

Trabalhos epidemiológicos a respeito de desordens temporomandibulares (DTMs) já existem na literatura, alguns inclusive enfocando a distribuição das DTMs dentro da população e alguns sintomas como dor na cabeça, presença de estresse, medo ou depressão, parafunções orais, traumas na face e experiência anterior de tratamento de DTMs

1

. O índice anamnético é de grande valia quando se quer qualificar o paciente ou a população estudada apenas em termos de grau de disfunção, se baseando em quatro graus possíveis

2

.

O sono também já foi objeto de estudo para alguns trabalhos publicados

3,4

. Porém, na grande maioria, os

trabalhos enfocam elementos particulares do sono, como

a apnéia obstrutiva

4,5

ou uma descrição das várias

modalidades de disfunções presentes em pacientes com

baixa qualidade de sono, classificando dentre outras como

síndrome da apnéia ou hipoapnéia obstrutiva do sono,

síndrome da resistência das vias aéreas superiores, ronco

ou simplesmente bruxismo

3

. O sono deve ser recuperador,

pois preserva a saúde física, mental e psicológica dos

seres humanos

3

. O ciclo de sono possui 5 estágios: 1, 2, 3,

4 e REM

6

. Cada um dura cerca de 90 minutos e ocorrem

cerca de 5 ciclos por noite de sono. A diferenciação dos

ciclos está na profundidade do sono em cada estágio. O estágio REM ("Rapid Eyes Movement") é o mais profundo e é quando ocorrem a maioria dos sonhos e também a recuperação física do indivíduo

6,7

. Os indivíduos privados de sono reparador mostram-se menos produtivos e ambiciosos

8

. A perda do sono perturba ainda o desempenho de habilidades cognitivas que envolvam memória, aprendizado, raciocínio lógico, cálculos matemáticos, padrões de reconhecimento, processamento verbal complexo e tomadas de decisões

6

.
Uma descrição do nível da qualidade do sono, baseada num questionário de auto-resposta, foi idealizada por Buysse et al.

9

, através do Índice de Qualidade do Sono

de PITTSBURG, que classifica o paciente ou a população estudada em uma faixa de 0 a 21 pontos, sendo 0 indicativo de qualidade ótima de sono e 21 qualidade péssima de sono.

Com relação à DTM, existem trabalhos longitudinais de 15 e 20 anos analisando a mesma população desde a idade jovem a adulta, tanto por meio de questionários quanto clinicamente, que mostram que o atritamento dental diurno e noturno aumentam marcadamente entre as idades de 15 a 25 anos e permanecem ao mesmo nível até a idade de 35 anos

10

e

que pacientes que relatam algum tipo de parafunção em uma consulta inicial possuem uma probabilidade maior de relatar bruxismo após 20 anos

1

.

A parafunção pode resultar de fatores psicológicos, como estresse ou ansiedade, hábitos adquiridos na associadas a nervosismo ou frustração. Pode ainda estar

associada à administração de medicamentos ou drogas, como doença de Parkinson, parafunção do sono, como bruxismo/ranger dos dentes, atonia ou paralisia muscular durante o estágio REM do sono, ou desordens do sono, como a apnéia. Além disso, pode estar simultaneamente associado às condições intraorais, como: dor, oclusão, xerostomia, hipersalivação, lesões orais, desconforto com restaurações, próteses, ou aparelhos ortodônticos

4

.

Bruxismo excêntrico é uma parafunção muito comum cujas seqüelas são desgaste dental, dor muscular, dor de ATM, dor no dente, mobilidade dental, dor na cabeça, e vários problemas relacionados com próteses fixas e

removíveis

1,5,10

.

O uso de questionários tem sido aceito como método de pesquisa dentro da área odontológica, como mostram alguns trabalhos científicos

1,2,9,10

. Alguns autores

acreditam que existem vários métodos de se avaliar

atividades parafuncionais, mas o questionário ainda é o

mais largamente utilizado

10,11

. Uma interrelação entre

questionários de auto-resposta enfocando as disfunções

temporomandibulares e o índice de qualidade de sono em

uma população específica ainda não foi estudada.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é avaliar, por

meio de questionários, a prevalência de disfunção

temporomandibular relacionada à qualidade do sono, em

uma população de estudantes universitários.

METODOLOGIA

Para o estudo foram distribuídos 101 questionários

de auto resposta para uma população de universitários,

com idade variando entre 17 a 28 anos, e média de 22

anos, composta de 36 homens e 65 mulheres. Cada

indivíduo respondeu a dois questionários, um para avaliar

a presença de DTM e outro a qualidade do sono.

O Índice para avaliar a presença de DTM foi o

idealizado por Fonseca et al.

2

que consta de 10 questões

específicas, cujas respostas orientam dentro de uma

classificação de 0 a 100 pontos, sendo atribuído valor de

até 10 pontos para cada questão. Indivíduos com

pontuação entre 0 e 15 pontos são classificados como

livres de DTM; entre 20 e 40 pontos como portadores DTM

leve; entre 45 a 65 pontos como portadores de DTM

moderada; e entre 70 a 100 pontos como portadores de

DTM severa.

O questionário empregado para avaliar a qualidade

do sono, foi publicado originalmente por Buysse et al.

9

, e

consta também de 10 questões, sendo que algumas

possuem subdivisões, de até dez sub-itens. Este

questionário se baseia em 7 componentes de avaliação:

1. qualidade subjetiva do sono; 2. demora para dormir; 3.

duração do sono; 4. eficiência habitual do sono; 5. distúrbios

VERRI et al. - Qualidade do Sono em Grupos com Diferentes Níveis de

DTM

questionário se mostrou eficiente em avaliar, de forma simples e objetiva, quais os pacientes são mais propensos a estes problemas. Assim, possibilita uma melhor orientação ao paciente que deve procurar centros especializados para tratamento do distúrbio do sono.

Em relação à prevalência da disfunção temporomandibular entre as classes socioeconômicas, escolaridade e faixa etária, Martins et al.

14

verificaram que o

sexo feminino possui maior prevalência a DTM e está diretamente relacionada com o distúrbio do sono e o estresse, concordando com estudo prévio

15

que

demonstrou que as mulheres apresentaram maior frequência de pontos de gatilho associada à dificuldade em iniciar o sono e a ansiedade. Este fator contribui para justificar os resultados obtidos neste estudo, que apresentaram dentro do grupo avaliado uma prevalência

superior do sexo feminino

11

.

Dentre as várias possíveis causas de parafunção

descritas

11

, a dor foi citada em 34% dos questionários

deste estudo. Nossos resultados estão em acordo com a

literatura

1,5,10

de que uma parafunção muito comum é o

bruxismo, e foi relativamente alta a sua incidência

ocorrendo em 13% dos questionários. Por ser o bruxismo

uma parafunção muito comum nos indivíduos e suas

seqüelas bem conhecidas, estudos consideram uma

relação

positiva

entre

ele

e

a

desordem

temporomandibular

1,5,10

. Neste estudo não foi analisado

cl clinicamente se o paciente possui atividade parafuncional

ou não. Apesar disso, grande parte dos sintomas relatados

nos questionários eram de entrevistados que possuíam

DTM moderada ou severa, cujo índice médio de PSQI variou

de 6.5 a 8.8, sugerindo que o sono possa interferir nas

DTMs, uma vez que sua qualidade piorou a medida que

aumentou-se o grau de desordem na população estudada.

Contudo, como houve indivíduos com classificação de DTM

severa que não relataram nenhum sinal ou sintoma e outros

sem DTM que relataram alguns sinais e/ou sintomas,

estudos mais detalhados a cerca dos aspectos clínicos da

desordem devem ser elaborados para elucidar estas

divergências.

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

O aumento do grau de desordem leva a uma piora

da qualidade do sono ou vice-versa, com 50% da população

sem DTM apresentando PSQI<5 para 70% da população com DTM severa apresentando PSQI<5. Por ser estudo de prevalência (sem testes de correlação ou associação), sugere-se que os resultados sejam utilizados para identificar uma tendência a ser confirmada em estudos futuros.

1. Carlsson GE, Egermark I, Magnusson T. Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-year follow-up period. *J Orofac Pain* 2003; 17(1):50-7.
2. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO* 1994; 42(1):23-8.
3. Silva SR. Como ajudar o paciente roncadador. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2002; 56(4):247-57.
4. Paulin RF, Melo ACM, Ito RT, Sakima T, Reimão R. A apnéia obstrutiva do sono: considerações gerais e estratégias de tratamento. *J Bras Ortodon Ortop Facial* 2001-2002; 6(36):488-92.
5. Robertson C, Herbison P, Harkness M. Dental and occlusal changes during mandibular advancement splint therapy in sleep disordered patients. *Eur J Orthod* 2003; 25(4):371-6.
6. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

7. Schenck CH, Mahowald MW. Severe, childhood-onset, idiopathic, life-long insomnia responding selectively to opiate therapy: case report with 19 year follow-up. *Sleep Med* 2001; 2(6):531-6.
8. Fantini ML, Michaud M, Gosselin N, Lavigne G, Montplaisir J. Periodic leg movements in REM sleep behavior disorder and related autonomic and EEG activation. *Neurology* 2002; 59(12):1889-94.
9. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2):193-213.
10. Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. *J Orofac Pain* 2000; 14(4):310-9.
11. Lavigne G, Kato T. Usual and unusual motor activities associated with tooth wear. *Int. J. Prosthodont* 2005; 18(4):291-2.
12. Koyano K, Tsukiyama Y, Ichiki R. Local factors associated with parafunction and prosthodontics. *Int J Prosthodont* 2003; 16 Suppl:82-3; discussion 89-90.
13. Saldanha ADD, Nunes LMO, Conti PCR, Araújo CRP. Atividade Motora de bruxismo do sono na presença de dor miofascial.

Reunião Anual da SBPqO 2005; São Paulo. Anais. São Paulo:

Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica; 2005. p. 111.

14. Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS, Sundefeld MLMM. Disfunção temporomandibular. Relação com classe socioeconômica, qualidade do sono e estresse. In: 22ª Reunião Anual da SBPqO; 2005; São Paulo. Anais. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica; 2005. p. 248.

15. Sabaneeff A, Mello EB, Porto FR. Dores Orofaciais por pontos de gatilho miofasciais e inter-relação com ansiedade e distúrbios do sono. In: 22ª Reunião Anual da SBPqO; 2005; São Paulo. Anais. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica; 2005. p. 82.

Recebido/Received: 14/11/07

Revisado/Reviewed: 07/04/08

Aprovado/Approved: 21/04/08

Correspondência/Correspondence:

Fellippo Ramos Verri

Rua Elvírio Mário Mancini, 1124, Centro

Três Lagoas/MS

CEP: 79602-021

Telefones: (67) 3522-9595/3522-8303/8138-0456

E-mail: fellippoverri@hotmail.com

VERRI et al. - Qualidade do Sono em Grupos com Diferentes Níveis de DTM