



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARA ZILDA VIEIRA LIMA

***Bruxismo noturno e lombalgia crónica: comparação da
qualidade de vida***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE NEUROLOGIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
DOUTORA ISABEL MARIA DOS SANTOS LUZEIRO
DOUTOR JORGE MANUEL GONÇALVES DA SILVA

MARÇO/2018

BRUXISMO NOTURNO E LOMBALGIA CRÓNICA:

COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO DO CICLO DE ESTUDOS DO MESTRADO INTEGRADO

EM MEDICINA COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE.

AUTORES E AFILIAÇÃO:

Autoria: Mara Zilda Vieira Lima¹ – marazvlima@gmail.com

Orientadora: Doutora Isabel Maria dos Santos Luzeiro² – isabeluzeiro@gmail.com

Coorientador: Doutor Jorge Manuel Gonçalves da Silva^{3,4} – jorge_mg_silva@hotmail.com

1 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

2 – Serviço de Neurologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

3 – Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

4 – Assistente de Patologia Músculo-Esquelética: valência de Reumatologia – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

ÍNDICE

Resumo	3
Abstract	5
2. Material e métodos	9
2.1. Desenho do estudo	9
2.2 População do estudo	9
2.3 Coleta de dados	10
2.4 Análise de dados	12
3. Resultados	13
3.1 Caracterização e descrição da amostra	13
3.2 Análise do inquérito realizado (Anexos II e III)	15
3.3 Outras correlações	22
4. Discussão	24
5. Conclusão	29
Agradecimentos	30
Referências bibliográficas	31
Anexos	35
Anexo I – Exemplar do documento de consentimento informado	35
Anexo II – Inquérito: Bruxismo noturno	37
Anexo III – Inquérito: Lombalgia crónica	44
Anexo IV – Aprovação da Comissão de Ética do CHUC	51
Anexo V – Estudo estatístico	52

RESUMO

Introdução:

O bruxismo noturno (BN) é um distúrbio de movimento do sono que se associa frequentemente a dor craniofacial. A repercussão na qualidade de vida (QV) destes doentes é pouco estudada. Enquanto a lombalgia crónica (LC) é uma das principais e mais estudadas causas de dor crónica e disfunção na QV.

Objetivo:

Objetivo primário: determinar a QV dos doentes com o diagnóstico de BN, comparando com a QV dos doentes com LC. Objetivo secundário: determinar, no grupo com BN, como é a QV no BN isolado e no BN associado a enxaqueca.

Metodologia:

Estudo clínico observacional e transversal, não randomizado, realizado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) que incluiu 38 doentes adultos, de ambos os sexos; 18 com BN e 20 com LC. Os instrumentos métricos aplicados foram inquéritos que avaliaram características da dor, escala de sonolência diurna (escala de *Epworth*), inquérito de QV (SF-36v2) e escala de ansiedade e depressão [*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*]. A análise estatística foi realizada em SPSSv24.

Resultados/Discussão:

A amostra é maioritariamente feminina e com IMC elevado. Em ambas as patologias a intensidade da dor é semelhante. Verifica-se menor incapacidade no BN. A QV é semelhante; exceto no desempenho físico que é menor nos doentes com LC. A HADS também não revela diferenças significativas. Não se observa relação entre a escala de *Epworth* e as patologias, apresentando ambas pouca sonolência diurna. Entre BN isolado e BN associado a enxaqueca, as diferenças significativas na QV são a nível de dor corporal e função social. Na HADS, BN associado a enxaqueca apresenta mais ansiedade. HADS e SF-

36v2 apresentam boa correlação entre eles, independentemente da patologia. A intensidade da dor relaciona-se com ansiedade, dor corporal e função social, e a incapacidade funcional relaciona-se com dor corporal, função física e saúde geral, independentemente da patologia.

Conclusão:

Doentes com LC apresentam pior desempenho físico e maior incapacidade que BN; os restantes parâmetros da QV revelam resultados sobreponíveis. BN associado a enxaqueca apresenta mais dor corporal, pior função social, maior intensidade e incapacidade, e mais ansiedade que BN isolado; os restantes parâmetros revelam resultados sobreponíveis. Estes dados evocam uma majoração da sintomatologia em alguns domínios quando os dois tipos de dor estão presentes, piorando a QV.

Palavras-chave: Bruxismo do sono, transtornos do sono-vigília, dor lombar, qualidade de vida.

ABSTRACT

Background:

Sleep bruxism (SB) is a sleep-related movement disorder that is often associated with craniofacial pain. The repercussions in the patients' quality of life (QoL) are scarcely studied. On the other hand, chronic low back pain (LBP) is one of the main and most studied causes of chronic pain and dysfunctions in the QoL.

Objective:

Main objective: determine the patients' with the diagnosis of SB, QoL, comparing with the QoL of patients with LBP. Secondary objective: determine, in the group with SB, how the QoL of those with isolated SB and those with SB associated with migraine is.

Methods:

Clinical, observational and transversal, non-randomized study performed at Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) which included 38 patients, of both genders, in adulthood; 18 with SB and 20 with LBP. The metric instruments applied were surveys that assessed characteristics of pain, daytime sleepiness scale (Epworth scale), investigation of QoL (SF-36v2 survey) and scale of anxiety and depression [Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)]. The statistical analysis was performed in SPSSv24.

Results/Discussion:

The sample is mostly female and presents a high BMI. In both diseases the pain's intensity is similar. There is less inability in SB. The QoL is similar; except in physical performance that is lesser in patients with LBP. HADS did not reveal significant differences between both. There is no relationship between Epworth scale and the diseases, presenting both low daytime sleepiness levels. Between isolated SB and SB associated with migraine the significant

differences found in QoL are in bodily pain and social function. In HADS, SB associated with migraine presents more anxiety. HADS and SF-36v2 show good correlation between them, regardless of the disease. Pain intensity relates to anxiety, bodily pain and social function, and inability relates to bodily pain, role-physical and general health, regardless of the disease.

Conclusion:

Patients with LBP present worse physical performance and greater inability than BN, the remaining parameters of QoL present overlapping results. SB associated with migraine presents more bodily pain, worse social function, greater intensity and inability, and more anxiety than isolated SB, the remaining parameters present overlapping results. These data evoke an increase of symptoms in some areas when the two types of pain are present, worsening the QoL.

Keywords: Sleep bruxism, sleep disorders, low back pain, quality of life.

1. INTRODUÇÃO

A dor crónica é, de acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP), “uma dor que persiste além da duração normal da doença”. Regra geral, usam-se os três meses como ponto de divisão entre agudo e crónico na clínica, mas, para estudos estatísticos, é preferível usar seis meses. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e IASP uma em cada cinco pessoas tem uma patologia causadora de dor crónica. [1,11,12]

Como é expectável a presença de dor crónica vai ter impacto na vida do indivíduo. A OMS e a IASP estimam que até dois terços dos doentes são afetados com grande diminuição da Qualidade de Vida (QV). [2,3] De modo a tratar melhor estes doentes é preciso compreender a dimensão desse impacto, mas os estudos realizados até agora focaram-se somente nas formas mais comuns de dor crónica, nomeadamente lombalgia e cefaleias. [3,4,11,12]

A lombalgia define-se como “dor localizada abaixo da margem costal da décima segunda costela e acima do sulco do glúteo inferior, associada ou não a dor na perna”. [5] Apesar de mais de 60% da população referir, pelo menos, um episódio de lombalgia, apenas 10% vem a desenvolver Lombalgia Crónica (LC). [5,6]

A LC leva a grande incapacidade; por vezes sem relação com a intensidade da dor, mas sim com a duração. [6] Segundo a OMS, a LC é a principal causa de alterações na QV. A QV é mais afetada nos doentes com alterações da macro e microestrutura do sono pois estas diminuem o limiar de dor, tornando-os mais suscetíveis; há, assim, um ciclo vicioso de cada vez menor qualidade de sono e dor cada vez mais grave. [5,7,8,11]

Em concordância com a LC, a cefaleia crónica causa uma redução acentuada na QV, mais associada com a duração da patologia. [6,9-11] A OMS considera que é a terceira causa mais frequente da diminuição da esperança de vida devido a incapacidade. A

enxaqueca crónica isoladamente é a sexta causa. [9,10,12,13] Até metade destes doentes referem alterações na qualidade de sono, reforçando a hipótese do ciclo vicioso. [11,13,14]

Bruxismo noturno (BN) ou Bruxismo do Sono (*Sleep Bruxism*) é, segundo a *American Association of Sleep Medicine* (AASM), um distúrbio do movimento do sono associado a cerrar, raspar e ranger os dentes [14-18], cuja prevalência confirmada é de 8% a 13%. [16,18,19] Associa-se a dor ou fadiga muscular transitória, cefaleia temporal ou sensação de bloqueio da mandíbula ao acordar logo a disfunção da articulação temporo-mandibular (ATM). [14,16]

Nestes doentes, a cefaleia pode ser secundária à disfunção da ATM ou primária e exacerbada, como a enxaqueca e a enxaqueca crónica. [13,14,15,16] No limite, alguns autores consideram que até mesmo a cefaleia nos doentes com BN não é consequência direta da doença, mas sim da diminuição da qualidade do sono. [11,19]

Não existem estudos sobre a QV dos doentes com BN, apesar de a sua prevalência ser semelhante à de LC, tendo surgido o interesse de determinar o impacto dessa patologia. Com este estudo, pretende-se provar que o BN afeta a QV dos doentes e, comparando-a à dos doentes com LC, avaliar se o impacto de ambas as patologias é sobreponível ou não. Em segundo lugar, dentro dos doentes com BN, pretende-se determinar se a presença de outros fatores, como a cefaleia (enxaqueca crónica), afetam a QV de modo igual ou superior aos doentes sem estes.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. Desenho do estudo

Realizou-se um estudo observacional e transversal, não randomizando, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) que incluiu a participação de 38 doentes, 18 com BN e 20 com LC. Todos receberam esclarecimentos sobre o estudo, o seu intuito e a preservação da sua confidencialidade. O esclarecimento e pedido de adesão foram disponibilizados em formato escrito, sob a forma de consentimento informado (Anexo I).

A cada doente foi fornecido uma cópia do consentimento informado e o inquérito respetivo à sua patologia (Anexos II e III), desagregados.

O estudo e o desenho foram aprovados pela Comissão de Ética do CHUC. (Anexo IV).

2.2 População do estudo

O estudo incluiu indivíduos de ambos os sexos, com idades entre os 18 e os 80 anos com diagnóstico prévio de BN ou LC, seguidos em consulta nos serviços de Neurologia e Maxilo-Facial (BN) ou Reumatologia (LC) do CHUC. No total foram aplicados 38 inquéritos, 18 a doentes com BN e 20 a doentes com LC.

Os doentes são adultos, com compreensão da língua portuguesa (falada e escrita), diagnóstico prévio das patologias em estudo e ausência de défices de comunicação, compreensão ou mobilidade. Foram excluídos doentes que tinham concomitantemente o diagnóstico de BN e LC ou LC e outro distúrbio do sono, e doentes com comorbilidades médico-cirúrgicas significativas, por invalidar a comparação.

A participação no estudo foi totalmente voluntária, sendo o doente livre de desistir a qualquer momento, sem comprometimento dos cuidados de saúde prestados.

2.3 Coleta de dados

A cada doente foi fornecido o inquérito respetivo à sua patologia (Anexo II – BN e Anexo III – LC). O inquérito contém uma parte inicial, elaborada pela autora, que inclui dados gerais e relação da dor com o sono e outra parte contendo questionários, validados em português, nomeadamente alterações do sono no dia-a-dia, intensidade da dor e incapacidade funcional, QV e ansiedade e depressão.

Os dados gerais permitiram caracterizar a amostra com dados demográficos e clínicos, e inferir a presença de medicamentos ou outros elementos (caféina) que alterassem a qualidade do sono. Os dados recolhidos foram: idade, sexo, somatometria (idade, peso e Índice de Massa Corporal (IMC)), toma de ansiolíticos (AA), antidepressivos (AD) ou anti-hipertensores (AH) na medicação habitual, número de cafés diários e número de horas de sono. Não se registou o nome dos doentes, tornando a sua identificação impossível.

De modo a determinar se a dor que o doente sentia era influenciada pelo sono (qualidade e duração), durante uma semana, elaborou-se um grupo de nove questões baseadas nas questões utilizadas no estudo de *Kelman e Rains* (2005), validadas em português, que estudou os ritmos e queixas relacionadas com o sono de doentes com enxaqueca. [13]

A intensidade da dor foi aferida através da escala visual analógica (EVA) que é uma escala de faces numerada de um a dez). Além disso, indagou-se o grau de incapacidade funcional do doente, impedindo-o de trabalhar e/ou realizar as atividades de vida diária (AVDs), também numa escala de um a dez.

Optou-se por avaliar indiretamente a qualidade de sono noturno através da escala de sonolência diurna (*Epworth*) composta por oito questões pontuadas de zero a três cada, com uma pontuação global de 0 a 24 pontos. Considera-se que é normal ter pontuações até 11 e anormal logo presença de sonolência diurna excessiva, se o doente apresenta pontuações iguais ou superiores a 12. [13,20]

Para estudar a QV utilizou-se o inquérito SF-36 (*Short Form Health Survey*), versão 2, validado em português. Trata-se dum indicador do estado de saúde com 36 itens, dividido em oito subdimensões que são: Função Física (FF), Desempenho Físico (DF), Dor Corporal (DC), Saúde Geral (SG), Vitalidade (VT), Função Social (FS), Desempenho Emocional (DE) e Saúde Mental (SM). Além destes, avalia a perceção de Mudanças na Saúde (MS) no último ano, apesar de não ser considerada uma subdimensão. [21-23]

Para cada um dos nove elementos há um grupo de questões e a pontuação de cada é depois convertida em valores de 0 a 100. Note-se que os valores obtidos na subdimensão da DC são convertidos, de modo a que quanto maior a pontuação menor o grau de dor. Em seguida a pontuação total é convertida de 0 (pior estado de saúde possível) a 100 (melhor estado de saúde possível). [21-23]

Em último lugar avaliou-se a presença de ansiedade e depressão, através da escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), validado para português. Trata-se dum inquérito com 14 perguntas, com quatro respostas cada, quantificadas de zero a três. As pontuações totais variam de 0-42; quanto maior a classificação, mais grave a sintomatologia. Foi também realizada a divisão em duas subescalas classificadas de 0-21, uma correspondente à ansiedade e outra à depressão. Considerou-se que pontuações iguais ou inferiores a sete eram normais, 8-10 correspondiam a sintomatologia ligeira, 11-14 a moderada e superior a 14 a severa. [24,25]

Nos doentes com BN acrescentou-se uma sétima parte ao inquérito, elaborada pela autora, visando distinguir entre cefaleias por disfunção da ATM e BN associado a enxaqueca. Criou-se um grupo de perguntas sobre as características da dor (Anexo II, pergunta 3); alínea A referia-se à dor do BN e as alíneas B a H a características de enxaqueca (dor unilateral, com náuseas, vômitos, foto ou fonofobia), tendo em consideração a Classificação Internacional de Cefaleias (ICHS-3) [26]. Avaliou-se a presença ou ausência destas características e a frequência semanal das mesmas. Reforçou-se presença de enxaqueca crónica se B a H fosse igual ou superior a 21.

2.4 Análise de dados

A recolha dos dados e a sua análise estatística realizaram-se com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24, para PC, sistema Windows 10, com um intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

Além da amostra ser reduzida, segundo o teste de *Shapiro-Wilk*, não se verificou a presença de normalidade em todas as variáveis. O estudo para caracterizar e descrever a amostra realizou-se com tabelas de frequência e cálculos de medidas da tendência central (mediana) e, para as hipóteses, utilizaram-se testes não paramétricos: teste U de *Mann-Whitney* para as comparações entre grupos e *Spearman* para as correlações entre as várias questões (Anexo V).

3. RESULTADOS

A amostra foi constituída por doentes com BN ou LC, que eram seguidos nas consultas de Neurologia e Maxilo-Facial (BN) ou Reumatologia (LC), no período de setembro a dezembro de 2017.

Obtiveram-se 38 inquéritos preenchidos corretamente e adequados às respetivas patologias, destes 20 (52,7%) tinham o diagnóstico de LC e 18 (47,4%) tinham o diagnóstico de BN.

3.1 Caracterização e descrição da amostra

No total, 27 eram do sexo feminino (71,1%) e 11 do sexo masculino (28,9%). A distribuição por sexo e patologia pode ser observada na Tabela 1. A descrição sociodemográfica encontra-se na Tabela 2. Não se observou diferenças estatisticamente significativas entre as duas patologias.

Investigou-se parte da farmacologia atual dos doentes através do estudo da toma de AA, AD e AH (Tabelas 3 e 4) e não se observou diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por patologia e sexo

		LC	BN
Sexo	Feminino	14 70,0%	13 72,2%
	Masculino	6 30,0%	5 27,8%
Total		20 100,0%	18 100,0%

Número e percentagem de doentes agrupados por sexo e patologia (N=38).
BN - Bruxismo Noturno; LC - Lombalgia Crónica.

Tabela 2 – Distribuição da amostra por fatores sociodemográficos

	LC			BN		
	Mediana	Limite inferior*	Limite superior*	Mediana	Limite inferior*	Limite superior*
Idade	56,50	45,00	62,00	53,00	43,00	66,00
Altura	1,63	1,56	1,66	1,63	1,60	1,70
Peso	71,00	64,00	80,00	70,00	60,00	79,00
IMC	28,13	24,06	29,38	24,55	21,51	29,68
Cafés/Dia	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	5,00
Horas de sono diárias	6,00	6,00	8,00	7,00	7,00	8,00

Características da amostra (N=38), divididas por patologia.
BN - Bruxismo noturno (N=18); LC - Lombalgia Crónica (N=20).^a

a. * Intervalo de confiança 95% (p<0,05)

Tabela 3 – Número de doentes a fazer AA ou AD

		LC	BN
Farmácios	Antidepressivos	5 25,0%	1 5,6%
	Ansiolíticos	4 20,0%	6 33,3%
	Sem medicação	11 55,0%	11 61,1%
Total		20 100,0%	18 100,0%

Número e percentagem de doentes (N=38) que tomam AA/AD. AA - Ansiolíticos; AD - Antidepressivos; BN - Bruxismo Noturno (N=18); LC - Lombalgia. Crónica (N=20).

Tabela 4 – Número de doentes a fazer AH

		LC	BN
Fármacos	Anti-hipertensores	9 45,0%	6 33,3%
	Sem medicação	11 55,0%	12 66,7%
Total		20 100,0%	18 100,0%

Número e percentagem de doentes (N=38) que tomam anti-hipertensores. AH - Anti-hipertensores; BN - Bruxismo Noturno (N=18); LC - Lombalgia Crónica (N=20).

3.2 Análise do inquérito realizado (Anexos II e III)

Relação da dor com o sono

Analisou-se a interferência da dor crónica na qualidade do sono através de um grupo de questões relativas a alterações da sua qualidade durante uma semana (Tabela 5) e através da escala de *Epworth* (Tabela 6) para averiguar se as alterações referidas pelos doentes eram concordantes com os resultados obtidos na escala de *Epworth*.

Não se encontrou diferenças estatisticamente significativas entre as duas patologias, quer nas variáveis sobre a relação com o sono, quer na escala de *Epworth*. Em ambas, há aumento da insónia intermédia. Por outro lado, a escala de *Epworth* revela pouca sonolência diurna excessiva (em LC, 80% tem pontuação normal, em BN, 72,2%).

Tabela 5 – Relação da dor com o sono

	LC			BN		
	Mediana	Limite inferior*	Limite superior*	Mediana	Limite inferior*	Limite superior*
Acordar com dores	3,50	2,00	6,00	3,50	2,00	7,00
Dormir excessivamente	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Insónia Inicial	3,50	,00	7,00	2,00	,00	7,00
Insónia Intermedia	5,50	5,00	7,00	5,00	1,00	7,00
Insónia Terminal	5,00	3,00	7,00	2,50	,00	6,00
Dormir alivia as dores	4,00	4,00	6,00	3,50	2,00	7,00
Precisa de dormir	,00	,00	,00	,50	,00	4,00

Respostas da amostra (N=38) a um grupo de questões sobre macro e micro estrutura de sono, no prazo duma semana, divididas por patologia. BN - Bruxismo Noturno (N=18); LC - Lombalgia Crónica (N=20).^b

b. *Intervalo de confiança 95% (p<0,05)

Tabela 6 – Epworth aplicado a ambas patologias

		LC	BN	Total
Escala Epworth - Sonolência Diurna	Normal	16 80,0%	13 72,2%	29 76,3%
	Anormal	4 20,0%	5 27,8%	9 23,7%
Total		20 100,0%	18 100,0%	38 100,0%

Escala de Epworth aplicada a amostra (N=38) e dividida por patologias.
BN - Bruxismo Noturno (N=18); LC - Lombalgia Crónica (N=20).

Qualidade de vida

Na QV, avaliou-se a intensidade da dor e a incapacidade funcional, numa escala de 1 a 10 (Tabela 7), seguido da resolução do questionário SF-36v2 e comparou-se as pontuações obtidas nas diferentes subdimensões entre as patologias (Tabela 8).

Observou-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), entre BN e LC, para a incapacidade e para o DF na SF-36v2. BN apresenta menor incapacidade e LC apresenta pior DF. Não se verificou diferenças estatisticamente significativas na intensidade e nos restantes parâmetros da SF-36v2, incluindo a QV que aqui corresponde à pontuação global do questionário.

Tabela 7 – Intensidade da dor e incapacidade funcional

	LC			BN		
	Mediana	Limite inferior*	Limite superior*	Mediana	Limite inferior*	Limite superior*
Intensidade	7,00	6,00	8,00	6,00	4,00	8,00
Incapacidade	6,00	5,00	8,00	3,50	2,00	6,00

Intensidade da dor e incapacidade, medidas numa escala de 1 a 10, na amostra (N=38).
BN - Bruxismo Noturno (N=18); LC - Lombalgia Crónica (N=20).^c

c. *Intervalo de confiança 95% ($p < 0,05$)

Tabela 8 – SF-36v2 em ambas as patologias

	LC			BN		
	Mediana	Limite inferior*	Limite superior*	Mediana	Limite inferior*	Limite superior*
FF	45,00	35,00	70,00	62,50	35,00	95,00
DF	15,63	10,31	50,00	53,13	33,33	75,00
DC	35,00	20,00	50,00	40,00	30,00	70,00
SG	52,50	30,00	60,00	55,00	50,00	70,00
VT	40,00	30,00	60,00	45,00	35,00	55,00
FS	75,00	75,00	87,50	56,25	37,50	75,00
DE	29,17	16,67	66,67	50,00	41,67	75,00
SM	56,00	52,00	68,00	48,00	48,00	60,00
MS	37,50	25,00	50,00	50,00	50,00	75,00
QV	45,26	37,24	58,20	53,55	43,72	62,00

Comparação dos resultados obtidos no inquérito SF-36v2 realizado pela amostra (N=38).
 BN - Bruxismo Noturno (N=18); DC - Dor Corporal; DE - Desempenho Emocional; DF - Desempenho Físico; FF - Função Física; FS - Função Social; LC - Lombalgia Crónica (N=20); MS - Mudanças Saúde; SG - Saúde Geral; SM - Saúde Mental; QV - Qualidade de Vida (pontuação global); VT - Vitalidade.

d. *Intervalo de confiança 95% (p<0,05)

Ansiedade e depressão

Comparou-se os resultados obtidos na HADS de modo a verificar as diferenças na presença de ansiedade ou depressão nas patologias (Tabelas 9 e 10). Não se observou diferenças estatisticamente significativas. Observa-se que 50% dos doentes com BN apresentam ansiedade e em LC são 45%. Na depressão, verifica-se que 15% dos doentes com LC apresentam sintomas e em BN 27,8%.

Tabela 9 – Número de doentes com ansiedade

		LC	BN	Total
Ansiedade	Normal	11 55,0%	9 50,0%	20 52,6%
	Ligeira	4 20,0%	4 22,2%	8 21,1%
	Moderada	2 10,0%	3 16,7%	5 13,2%
	Severa	3 15,0%	2 11,1%	5 13,2%
Total		20 100,0%	18 100,0%	38 100,0%

Número e percentagem da amostra (N=38) divididos de acordo com a pontuação no HADS para as questões referentes à ansiedade. BN - Bruxismo Noturno (N=18); LC - Lombalgia Crónica (N=20).

Tabela 10 – Número de doentes com depressão

		LC	BN	Total
Depressão	Normal	17 85,0%	13 72,2%	30 78,9%
	Ligeira	3 15,0%	4 22,2%	7 18,4%
	Severa	0 0,0%	1 5,6%	1 2,6%
Total		20 100,0%	18 100,0%	38 100,0%

Número e percentagem da amostra (N=38) divididos de acordo com a pontuação no HADS para as questões referentes à depressão. BN - Bruxismo Noturno (N=18); LC - Lombalgia Crónica (N=20).

Tipo de cefaleia

Dentro do grupo de doentes com BN, diferenciou-se os com cefaleia por BN daqueles que apresentavam associação com enxaqueca crónica (Tabela 11).

Observou-se os resultados da intensidade da dor e incapacidade associada nos três grupos: doentes com LC, com BN isolado e com BN associado a enxaqueca (Gráfico 1).

Verifica-se que BN isolado apresenta menor intensidade e incapacidade face os outros dois. As diferenças entre BN isolado e BN associado a enxaqueca não são estatisticamente significativas. Ocorre sobreposição da intensidade e incapacidade nos doentes com BN associado a enxaqueca.

Compararou-se as respostas obtidas nos questionários SF-36v2 e HADS entre os doentes com BN isolado e BN associado a enxaqueca, para estudar o impacto da última (Tabelas 12 a 14). Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para os parâmetros DC e FS entre os que tinham BN isolado e os que tinham BN associado a enxaqueca, apresentando os últimos piores resultados (Tabela 12). Na HADS, observa-se que há mais ansiedade no BN associado a enxaqueca (Tabela 14). No entanto, não se verificou diferenças estatisticamente significativa para a ansiedade ou para a depressão.

Gráfico 1 – Intensidade e incapacidade nas diferentes patologias

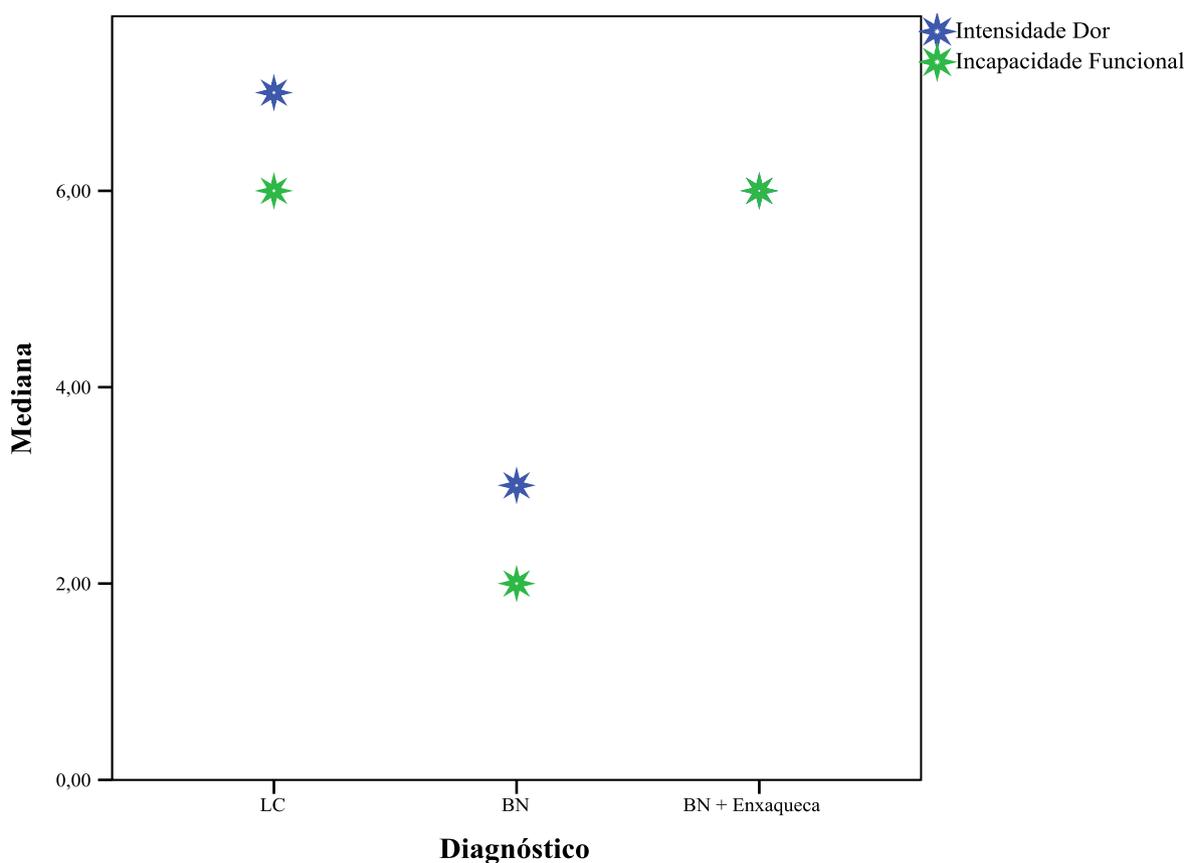


Gráfico de linhas que demonstra a mediana dos valores de intensidade e incapacidade da amostra (N=38). BN - Bruxismo Noturno (Isolado N=7, Com enxaqueca N=11). LC - Lombalgia Crónica (N=20)

Tabela 11 – BN com características de enxaqueca

		BN
Enxaqueca	Ausente	7 38,9%
	Diagnóstico provável	11 61,1%
Total		18 100,0%

Número e percentagem de doentes com BN (N=18) que apresentam ou não características de enxaqueca. BN - Bruxismo Noturno.

Tabela 12 – SF36 nos doentes com BN isolado e com enxaqueca

	BN Isolado			BN + Enxaqueca		
	Mediana	Limite inferior*	Limite superior*	Mediana	Limite superior*	Limite superior*
FF	95,00	65,00	100,00	50,00	35,00	75,00
DF	68,75	12,50	100,00	50,00	31,25	75,00
DC	70,00	70,00	100,00	30,00	10,00	50,00
SG	55,00	25,00	95,00	55,00	45,00	75,00
VT	45,00	30,00	55,00	50,00	35,00	65,00
FS	75,00	75,00	87,50	37,50	25,00	50,00
DE	66,67	8,33	100,00	50,00	41,67	83,33
SM	48,00	44,00	68,00	48,00	44,00	60,00
MS	50,00	50,00	75,00	75,00	75,00	100,00
QV	59,95	44,28	73,66	51,77	35,79	62,00

Comparação dos resultados obtidos no inquérito SF-36v2 realizado pelos doentes com BN (N=18) e dividido em BN isolado (N=7) e BN com características de enxaqueca (N=11). BN - Bruxismo Noturno; DC - Dor Corporal; DE - Desempenho Emocional; DF - Desempenho Físico; FF - Função Física; FS - Função Social; MS - Mudanças Saúde; SG - Saúde Geral; SM - Saúde Mental; QV - Qualidade de Vida; VT - Vitalidade.^e

e. *Intervalo de confiança 95% (p<0,05)

Tabela 13 – Ansiedade nos doentes com BN e BN com enxaqueca

		BN Isolado	BN + Enxaqueca	Total
Ansiedade	Normal	5 71,4%	4 36,4%	9 50,0%
	Ligeira	1 14,3%	3 27,3%	4 22,2%
	Moderada	1 14,3%	2 18,2%	3 16,7%
	Severa	0 0,0%	2 18,2%	2 11,1%
Total		7 100,0%	11 100,0%	18 100,0%

Número e percentagem da amostra com BN (N=18) divididos de acordo com a pontuação no HADS para as questões referentes à ansiedade. BN - Bruxismo Noturno (isolado N=7, com características de enxaqueca N=11).

Tabela 14 – Depressão nos doentes com BN isolado e com enxaqueca

		BN Isolado	BN + Enxaqueca	Total
Depressão	Normal	5 71,4%	8 72,7%	13 72,2%
	Ligeira	2 28,6%	2 18,2%	4 22,2%
	Severa	0 0,0%	1 9,1%	1 5,6%
Total		7 100,0%	11 100,0%	18 100,0%

Número e percentagem da amostra com BN (N=18) divididos de acordo com a pontuação no HADS para as questões referentes à depressão. BN - Bruxismo Noturno (isolado N=7, com características de enxaqueca N=11).

3.3 Outras correlações

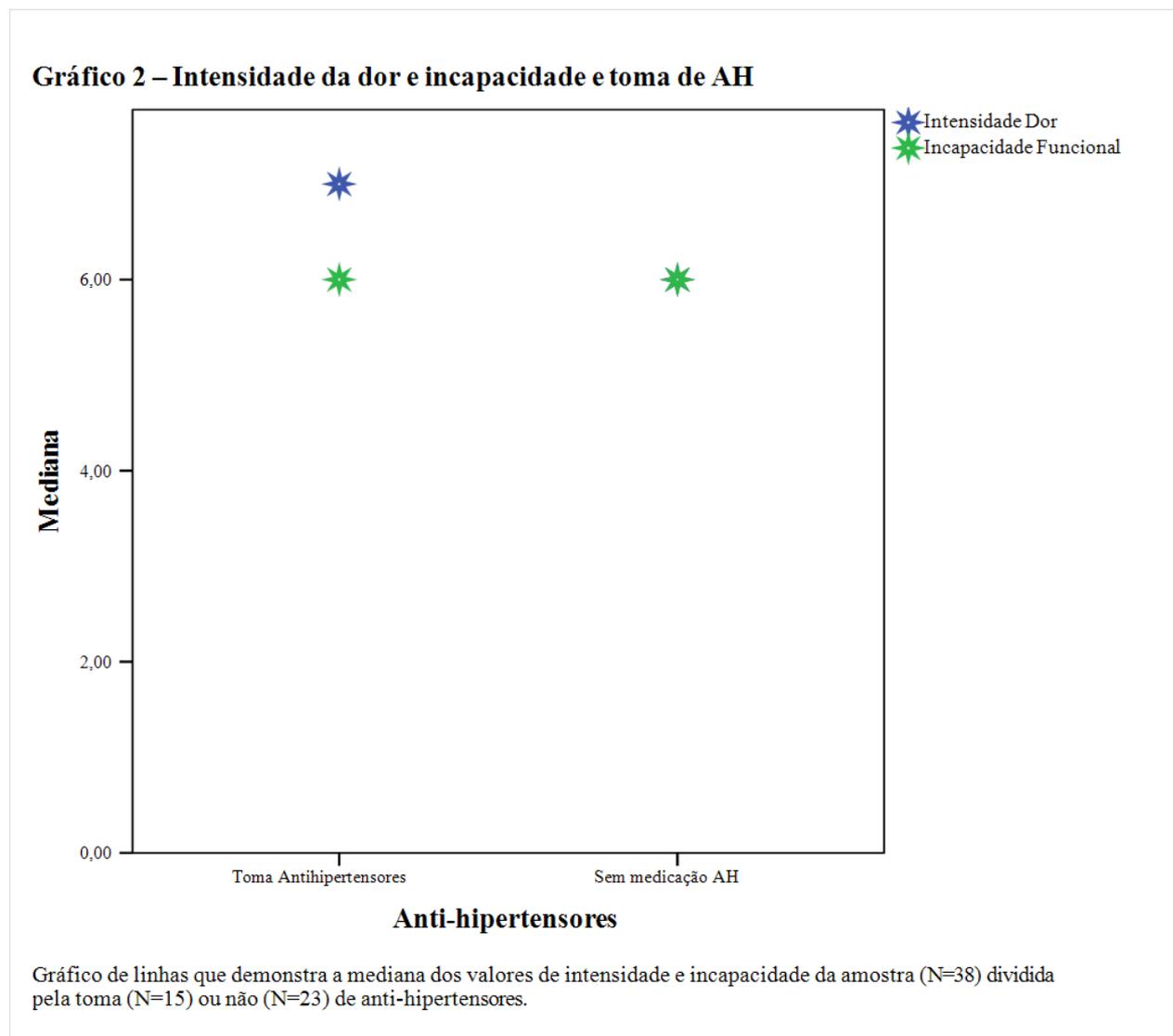
A correlação entre a intensidade da dor e incapacidade e os resultados obtidos no SF-36v2 e na HADS, tanto em BN como LC, foi testada para avaliar se as questões eram concordantes, ou seja, se a alteração dum parâmetro era acompanhada por alteração na mesma direção de outro. Para a intensidade verificou-se correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$ e $p < 0,01$) com a ansiedade e as seguintes subdimensões do SF-36v2: DC, FS e QV. Para a incapacidade, observou-se com: FF, DC, SG e QV. A relação entre incapacidade e DF apresenta um valor de p muito próximo do intervalo de confiança ($p = 0,057$), podendo considerar-se estatisticamente significativo.

Verificou-se, em ambas, que, para a ansiedade, havia correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$ e $p < 0,01$) com as seguintes subdimensões de SF-36v2: DC, DE, FS, SM e QV. Para a depressão, observou-se com: DC, DE, DF, FF, SG e QV.

Por se aplicar a HADS, foi questionado aos doentes a toma de AA ou AD. Estudou-se a presença de correlações entre a toma destes e os resultados na HADS, mas não se observou correlações estatisticamente significativas.

Tentou-se correlacionar a toma dos fármacos com a intensidade da dor e incapacidade, nas duas patologias, e encontrou-se correlação estatisticamente significativa entre a toma de AA e AD e a intensidade. Também se observa no gráfico 2 uma relação entre maior intensidade e toma de AH, mas não é estatisticamente significativa.

Não se verificou correlação estatisticamente significativa entre IMC e QV.



4. DISCUSSÃO

A dor crónica, cefaleia, oro-facial ou lombar, foi sempre um sintoma recorrente nos serviços médicos com grande impacto na QV do doente, funcional ou emocional. [2-4,6,9,10]. Também se observou, em estudos anteriores, alterações da macro e micro estrutura do sono nestes doentes. [5,7,8,13,14]

A amostra é maioritariamente feminina, em ambas. Em concordância, estudos prévios de LC observaram maior prevalência no sexo feminino; porém, no BN, afirmavam afeção igual dos dois sexos. [6-8,15,16,19] Verifica-se que o IMC é elevado. A associação entre LC e obesidade já foi estabelecida. [27] Não foram encontrados estudos que correlacionassem BN e obesidade. Contrariamente ao esperado, o aumento de IMC não apresenta relação com a QV.

Apesar de não ser significativo, observa-se que os doentes com BN consomem mais café (2 a 5 por dia) que os com LC. Verificou-se previamente uma associação entre BN e maior toma de cafés por dia, contudo é uma relação ainda pouco estudada numa população com consumo de café diferente da população portuguesa. [28]

Nas duas, verifica-se mais insónia intermédia (cerca de 5 dias por semana); só em LC observa-se também aumento de insónia terminal, mas a diferença não é significativa. Os estudos prévios verificaram uma correlação estatisticamente significativa entre insónia terminal e LC, devido ao predomínio matinal da sintomatologia, e insónia intermédia e BN, por se manifestar durante o sono REM. [5-8,11,13-15] Era, assim, esperado haver diferenças significativas entre os dois tipos de insónia e as duas patologias. Também se esperava que os doentes com LC acordassem com dor com mais frequência que os com BN, mas não se observa esta diferença.

O estudo indireto da qualidade do sono, não verifica diferenças na escala de *Epworth*. A amostra apresenta maioritariamente uma pontuação normal e, visto que muitos apresentam insónia, esperava-se um grupo maior com sonolência diurna excessiva. Noutros estudos, observou-se uma relação direta entre BN e sonolência diurna excessiva. [13,18] Por outro lado, no estudo da LC, utilizou-se o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) e encontrou-se correlação entre a doença e a qualidade do sono. [5,8] Seria importante aferir, num próximo estudo, se, usando este inquérito, encontrar-se-iam correlações entre a sintomatologia e o sono.

Como referido antes, o foco deste estudo é comparar a QV entre LC e BN (isolado ou não). A diminuição da QV e incapacidade funcional associada nos doentes com LC foi comprovada e mencionada noutros estudos. [5-7] Neste verifica-se que a intensidade da dor nas duas patologias é semelhante e elevada (6/7 em 10). No entanto, a incapacidade é muito menor nos doentes com BN, ou seja, conseguem realizar mais facilmente as suas AVDs.

A QV é afetada de modo semelhante (BN 53,55 e LC 45,26 na pontuação global), exceto no DF, muito menor nos doentes com LC (15,63). Apesar de não ser significativo, DE também é menor nos doentes com LC (29; face 50 nos com BN). Isto prova que a dor, independente da localização, tem sempre impacto funcional e emocional na QV do doente e que ambos os impactos são maiores em LC, facto explicado por alterações da mobilidade associadas a esta patologia. [29]

Em ambas as patologias, a intensidade da dor tem mais impacto emocional, verificado pela sua correlação com a ansiedade e FS. Por outro lado, a incapacidade associa-se ao impacto físico, verificado pela sua relação com DF e FF.

Em concordância com a QV, as pontuações obtidas na HADS, para ansiedade e para depressão, não demonstram diferenças significativas entre BN e LC. Destaca-se que nos

dois grupos cerca de metade apresenta ausência de ansiedade (55% LC e 50% BN) e mais de dois terços (85% LC e 72,2% BN) ausência de depressão. Em ambas, o risco mais prevalente é o ligeiro. Estudos prévios para LC mostraram que ansiedade, depressão e QV estavam associadas ao aumento da duração e intensidade da dor. [29,30] Não se estudou a duração, mas observa-se correlação entre a HADS e a intensidade da dor, em ambas, isto é, risco moderado a severo associa-se a intensidades da dor mais perto de 10.

Por ter maior impacto físico e visto que DF e FF se relacionam com a depressão, esperava-se haver mais depressão no grupo com LC. No entanto, apesar de não ser significativo, verifica-se mais depressão no grupo com BN. Por outro lado, visto que uma das medidas terapêuticas para BN foi o uso de AA, esperava-se mais ansiedade nestes doentes. [13,14] Assim sendo, era suposto observar-se diferenças significativas na HADS, em ambos os parâmetros, mas não são verificadas.

Em suma, tanto SF-36v2 como HADS comprovam que há uma deterioração semelhante da QV nas duas patologias, na saúde física e mental. No entanto, esperava-se maior deterioração da saúde mental, em ambas, do que a observada.

A associação entre BN e enxaqueca crónica já foi estabelecida noutros estudos que demonstraram que, aproximadamente, 60% dos doentes com enxaqueca apresentavam BN, daí o interesse em estudar esta associação. *Fernandes et al* concluiu que BN, apesar de se relacionar com algumas cefaleias primárias episódicas, dentro das cefaleias primárias crónicas só tinha relação significativa com enxaqueca. [13,16,31] Neste estudo, observa-se que 61,1% dos doentes com BN têm associação com enxaqueca crónica.

No início deste estudo, compararam-se LC e BN (isolado ou não) e posteriormente dividiu-se os doentes com BN entre BN isolado e BN associado a enxaqueca. Feita a divisão, verifica-se sobreposição da intensidade da dor e incapacidade elevadas nos doentes

com LC e BN associado a enxaqueca. BN isolado apresenta diminuição significativa da intensidade da dor e incapacidade logo é muito melhor tolerado pelos doentes. À semelhança de LC, a incapacidade na enxaqueca foi observada em estudos prévios, sendo considerada a sexta causa de incapacidade pela OMS. [9,10,12-14]

Entre BN isolado e BN associado a enxaqueca, as diferenças significativas na QV foram a nível de DC e FS, apresentado o BN associado a enxaqueca valores muito inferiores (30 e 37,5). Não é surpreendente que os doentes que também têm enxaqueca apresentem pior pontuação na DC se também apresentam maior intensidade da dor. A intensidade da dor e o impacto na FS observam-se também no HADS, visto que os doentes com BN associado a enxaqueca apresentam mais ansiedade (63,7% nos BN associado a enxaqueca e 28,6% no isolado). Por outro lado, todo o grupo com BN, com ou sem enxaqueca, apresenta pouca prevalência de depressão (72,7% e 71,4% normais, respetivamente).

No seguimento de se utilizar a escala HADS, questionou-se a toma de AA e AD, em ambos os grupos. Não se encontrou correlação entre a toma de AA ou AD e ansiedade ou depressão; por um lado há uma menor percentagem de toma de AA (33% BN e 20% LC) face a presença de ansiedade e há uma maior percentagem de toma de AD (25% LC e 5,6% BN) face a presença de depressão. Apesar de não ser significativo, os doentes com LC referem mais toma de AD. Já se confirmou a associação entre ansiedade e depressão e LC e entre ansiedade e enxaqueca logo é provável que muitos destes doentes, em ambas as patologias, apresentem sintomatologia, sem receberem tratamento ou, por já estarem medicados, apresentem pontuações normais na HADS. [10,12,28,29]

Ainda na terapêutica dos doentes, um estudo anterior comprovou que, tanto na LC como no BN ou outras causas de dor oro-faciais, a hipertensão era um fator de agravamento da dor crónica, aumentando a sua intensidade. [32] Questionou-se os doentes com LC e com

BN sobre a toma de AH e a relação é observada, embora não significativa, uma vez que a toma de AH se associa a maior intensidade da dor. Seria necessário estudar melhor a doença hipertensiva dos doentes para verificar a presença ou não desta relação.

Este estudo apresenta limitações importantes das quais se destaca a amostra reduzida, com uma menor representação dos doentes com BN; 18 doentes, dentro dos quais só 7 apresentam BN isolado. Na caracterização da amostra falta um melhor conhecimento do contexto educacional, socioeconómico e terapêutico dos doentes. Face à limitação temporal, também não foi possível que todos os doentes, de ambas as patologias, se encontrassem na mesma fase de tratamento médico ou cirúrgico.

Em relação à avaliação do sono, poder-se-á fazer estudos com base em registos poligráficos noturnos para avaliar a macro e microestrutura do sono, visto que não é só importante o doente ter ou não sonolência diurna excessiva, é importante dormir bem.

A relação entre as duas patologias e a hipertensão arterial é aqui referida novamente por não termos dados consistentes nesta área.

É necessário um estudo futuro com uma amostra maior que apresente igual número de doentes nos diferentes parâmetros (LC, BN e BN associado a enxaqueca), no mesmo patamar de tratamento, e com maior compreensão do contexto em que o doente se insere.

Não obstante, é o primeiro estudo a avaliar a relação da doença com o sono, a QV e a ansiedade e depressão, na população portuguesa com BN. Trata-se dum tema pouco estudado a nível global, apesar de ser uma doença com prevalência relevante. A ausência de estudos semelhantes é verificada pela predominância de artigos referentes a LC face os referentes a BN, presentes na bibliografia. Considera-se que é um estudo importante para melhorar a terapêutica dos doentes, contrariamente a um foco específico no tratamento sintomático.

5. CONCLUSÃO

A dor é uma constante, tanto na LC como no BN, mas com graus de intensidade e incapacidade diferentes, visto que ambos são muito menores nos doentes com BN isolado. Em ambas as patologias verifica-se uma deterioração da QV, sobreponível em quase todas as dimensões. As diferenças mais relevantes são o maior impacto no DF e mais incapacidade nos doentes com LC e o maior impacto na FS, mais intensidade da dor e ansiedade nos doentes com BN associado a enxaqueca, face os que têm BN isolado.

Considera-se que é fundamental existir uma terapêutica mais globalizada, em ambas as patologias, em vez de só focada no tratamento da patologia. Há que incluir a saúde física e mental para que se possa observar melhorias na qualidade do sono, na QV e na ansiedade e depressão.

São necessários mais estudos com amostras maiores para compreender melhor o impacto que ambas as patologias têm na vida do doente e estudar a relação da ansiedade com a presença de BN e enxaqueca. Também se verifica a necessidade de conhecer outros fatores como socioeconómicos e terapêuticos.

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer à Dra. Isabel Luzeiro, orientadora e mentora, por toda a disponibilidade na busca incansável por um tema e como abordá-lo, por todas as reuniões na UMES, por todo o apoio científico e, acima de tudo, por toda a confiança que depositou no meu trabalho.

Aos Doutores Jorge Silva (Reumatologia) e David Sanz (Maxilo-Facial) por me terem deixado assistir às suas consultas e respondido a outras tantas questões, por me tratarem sempre por e como uma colega e permitirem que este estudo fosse realizado.

Ao Dr. Bruno Silva pelo esforço hercúleo e empenho em auxiliar-me na fase final, por correr contra o tempo para que eu pudesse finalizar este estudo, e, principalmente, por me salvar na análise estatística. Também agradeço à Catarina Pacheco, amiga e parceira na aventura que é a redação da tese, por me dar aulas de estatística nos intervalos das aulas do Harrison.

Aos meus incríveis pais, Fátima e Fernando, por contribuírem desde sempre para o sonho que é Medicina e por seguirem este processo, passo a passo, com amor e apoio incondicional.

Ao Eduardo Maduro (Mestre Maduro) e à sua paciência/sapiência para me encorajar sempre, para celebrar cada passo comigo, para me ouvir chorar cada derrota, para rever o meu português e, resumidamente, por só me ouvir falar da tese durante quase um ano.

E por último, ao trio Andreia, Luís e (Inês) Salomé pela amizade e companhia no percurso académico, e por lerem/ouvirem todos os desabafos e responderem à mesma questão sempre que ela surgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merskey H. Classification of chronic pain. Seattle: IASP; 2002.
2. Duenas M, Ojeda B, Salazar A, Mico J, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*. 2016;9:457-467.
3. McCarberg B, Nicholson B, Todd K, Palmer T, Penles L. The Impact of Pain on Quality of Life and the Unmet Needs of Pain Management: Results From Pain Sufferers and Physicians Participating in an Internet Survey. *American Journal of Therapeutics*. 2008;15(4):312-320.
4. Von Korff M, Dunn K. Chronic pain reconsidered. *Pain*. 2008;138(2):267-276.
5. Sezgin M, Hasaneferendioğlu E, Sungur M, Incel N, Çimen Ö, Kanık A et al. Sleep quality in patients with chronic low back pain: A cross-sectional study assessing its relations with pain, functional status and quality of life. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. 2015;28(3):433-441.
6. Kovacs F, Abreira V, Zamora J, Teresa Gil del Real M, Llobera J, Fernández C. Correlation Between Pain, Disability, and Quality of Life in Patients With Common Low Back Pain. *Spine*. 2004;29(2):206-210.
7. Axén I. Pain-related Sleep Disturbance. *The Clinical Journal of Pain*. 2016;32(3):254-259.
8. Marty M, Rozenberg S, Duplan B, Thomas P, Duquesnoy B, Allaert F. Quality of sleep in patients with chronic low back pain: a case-control study. *European Spine Journal*. 2008;17(6):839-844.

9. Guitera V, Munoz P, Castillo J, Pascual J. Quality of life in chronic daily headache: A study in a general population. *Neurology*. 2002;58(7):1062-1065.
10. Autret A, Roux S, Rimbaux-Lepage S, Valade D, Debiais S. Psychopathology and quality of life burden in chronic daily headache: influence of migraine symptoms. *The Journal of Headache and Pain*. 2010;11(3):247-253.
11. Svensson P, Jadidi F, Arima T, Baad-Hansen L, Sessle B. Relationships between craniofacial pain and bruxism. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2008;35(7):524-547.
12. Bender S. Orofacial Pain and Headache: A Review and Look at the Commonalities. *Current Pain and Headache Reports*. 2014;18(3).
13. Kelman L, Rains J. Headache and Sleep: Examination of Sleep Patterns and Complaints in a Large Clinical Sample of Migraineurs. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2005;45(7):904-910.
14. Didier H, Marchetti A, Marchetti C, Gianni A, Tullo V, Di Fiore P et al. Study of parafunctions in patients with chronic migraine. *Neurological Sciences*. 2014;35(S1):199-202.
15. Koyano K, Tsukiyama Y, Ichiki R, Kuwata T. Assessment of bruxism in the clinic. *J Oral Rehabil* 2008; 35(7): 495-508.
16. Palinkas M, De Luca Canto G, Rodrigues L, Bataglioni C, Siéssere S, Semprini M et al. Comparative Capabilities of Clinical Assessment, Diagnostic Criteria, and Polysomnography in Detecting Sleep Bruxism. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2015;11(11):1319-1325.

17. De Luca Canto G, Singh V, Bigal M, Major P, Flores-Mir C. Association Between Tension-Type Headache and Migraine With Sleep Bruxism: A Systematic Review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2014;54(9):1460-1469.
18. Gupta R, Dhyani M, Goel D, Das S. Headache secondary to sleep-related bruxism: A case with polysomnographic findings. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2015;6(2):248.
19. Lavigne G, Palla S. Transient Morning Headache. *The Journal of the American Dental Association*. 2010;141(3):297-299.
20. Sargento P, Perea V, Ladera V, Lopes P, Oliveira J. The Epworth Sleepiness Scale in Portuguese adults: from classical measurement theory to Rasch model analysis. *Sleep and Breathing*. 2014;19(2):693-701.
21. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey: Manual & Interpretation Guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center. 1993.
22. Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Medica Portuguesa*. 2000;13: 55-66.
23. Severo M, Santos AC, Lopes C, Barros H. Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Medica Portuguesa*. 2006;19:281-288.
24. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-370.
25. Stern A. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occupational Medicine*. 2014;64(5):393-394.

26. Classificação Internacional de Cefaleias, 3ª edição, versão beta. Tradução portuguesa – 2014: 21-34.
27. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The Association Between Obesity and Low Back Pain: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*. 2009;171(2):135-154.
28. Bertazzo-Silveira E, Kruger C, Porto De Toledo I, Porporatti A, Dick B, Flores-Mir C et al. Association between sleep bruxism and alcohol, caffeine, tobacco, and drug abuse. *The Journal of the American Dental Association*. 2016;147(11):859-866.
29. Keeley P, Creed F, Tomenson B, Todd C, Borglin G, Dickens C. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain*. 2008;135(1):142-150.
30. Bair M, Wu J, Damush T, Sutherland J, Kroenke K. Association of Depression and Anxiety Alone and in Combination With Chronic Musculoskeletal Pain in Primary Care Patients. *Psychosomatic Medicine*. 2008;70(8):890-897.
31. Fernandes G, Franco A, Gonçalves D, Speciali J, Bigal M, Camparis C. Temporomandibular disorders, sleep bruxism, and primary headaches are mutually associated. *Journal of Orofacial Pain*. 2013;27(1):14-20.
32. Saccò, Marcella, et al. The Relationship Between Blood Pressure and Pain. *Journal of Clinical Hypertension*. 2013;15(8):600-605.

ANEXOS

Anexo I – Exemplar do documento de consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Bruxismo noturno e lombalgia crónica: comparação da qualidade de vida.

Enquadramento: estudo a ser realizado nos serviços de Neurologia e Reumatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Explicação do estudo: o objetivo principal deste trabalho é determinar a qualidade de vida dos doentes com o diagnóstico de bruxismo noturno, sendo esta uma patologia pouco estudada, usando como termo de comparação doentes com o diagnóstico de lombalgia crónica. Serão avaliados doentes, seguidos em consultas de Neurologia e Reumatologia, com os diagnósticos das patologias em estudo. Existem dois inquéritos, sob consentimento informado, adaptados à patologia em questão e os parâmetros avaliados consistem em questões sobre a frequência da dor ao longo duma semana, a escala analógica da dor, a sua relação com o sono, uma escala de sono (a escala de Epworth), o inquérito de qualidade de vida (SF-36v2) e o inquérito de ansiedade e depressão (HADS). Serão apenas registadas as respostas dos doentes, sendo os únicos dados pessoais presentes nos inquéritos a idade, somatometria e algumas questões referentes à medicação habitual. Não serão registadas respostas que permitam a identificação dos doentes. Os dados de ambos os grupos em estudo serão registados e será feita avaliação estatística em SPSS comparando ambas as patologias, verificando assim qual a que influencia mais a qualidade de vida do doente.

Confidencialidade e anonimato: fica garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. O anonimato é garantido e, em qualquer caso, a identificação do participante nunca será tornada pública.

Agradecemos a sua colaboração.

Identificação do/a investigador/a:

Nome: Mara Zilda Vieira Lima

Profissão: Estudante do 6º ano de Medicina na Universidade de Coimbra

Local de trabalho: FMUC

Endereço eletrónico: marazvlima@gmail.com

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura _____ Data: __/__/__

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se o consentir)

Nome: _____

BI/CC Nº _____ Data ou Validade: __/__/__

Grau de Parentesco ou Tipo de Representação:

Assinatura _____ Data: __/__/__

Anexo II – Inquérito: Bruxismo noturno

1. Informações Gerais e Hábitos

Sexo (M/F): Idade: Altura (m): Peso (Kg): IMC:
Nº Cafés/dia: Sedativos/Antidepressivos: Anti-hipertensivos:
Número de horas que dorme, em média, por noite:

RELAÇÃO DA CEFALÉIA COM O SONO

2. No período de uma semana, com que frequência, ocorrem as seguintes situações (0-7):

- a) Acorda com dor de cabeça ou na face?
- b) Dorme excessivamente (> 9h)?
- c) Tem dificuldade a adormecer (> 30min até adormecer)?
- d) Tem dificuldade em manter o sono (acorda muitas vezes)?
- e) Estando com dor de cabeça, opta por descansar ou dormir?
- f) Estando com dor de cabeça, vê-se forçado a ter que dormir?
- g) Acorda mais cedo do que o previsto e não consegue retomar o sono?
- h) Uma alteração de sono* desencadeia uma dor de cabeça?
- i) Adormecer tarde causa-lhe dor de cabeça?

* Considera-se alteração de sono dormir pouco, muito ou sono não reparador.

TIPO DE CEFALÉIA: disfunção ATM, bruxismo ou enxaqueca

3. Em frente a cada afirmação estão dois quadrados. Assinale com um X no quadrado esquerdo as características que melhor descrevem as suas dores de cabeça e/ou face. No quadrado direito coloque o número de dias por semana (1-7) que tem estas queixas.

- a) Associam-se a fadiga, dor muscular na mandíbula ou sensação tipo “clic” ao abrir a boca
- b) Localizam-se na região temporal
- c) Localizam-se só de um lado da cabeça
 - c1) Se sim, são sempre no mesmo lado
 - c2) Se sim, alternam-se os lados em que ocorre.
- d) Agravam com esforço físico ou movimentos da cabeça
- e) Associam-se a náuseas ou vômitos
- f) Associam-se a intolerância à luz ou ao ruído
- g) Associam-se a intolerância a cheiros específicos
- h) Associam-se a uma das seguintes: perturbações da visão, da fala ou paralisias.

INTENSIDADE DA DOR

4. Classifique as dores que costuma ter de 1 a 10, usando a escala abaixo:



5. De 0 a 10 quão incapacitantes são as suas dores de cabeça ou face no seu dia-a-dia:

REPERCUSSÃO DA CEFALEIA/ALTERAÇÕES DO SONO NO DIA-A-DIA

6. Utilize a escala de Epworth© para escolher o número mais adequado para cada situação.

0 – Nunca, 1 – Pouco Provável, 2 – Provável, 3 – Muito Provável

Situação	Probabilidade de Adormecer
Sentado e a ler.....	<input type="checkbox"/>
Vendo televisão.....	<input type="checkbox"/>
Sentado, inativamente, num espaço público (teatro p.e.).....	<input type="checkbox"/>
Viagem de carro de uma hora no lugar do passageiro.....	<input type="checkbox"/>
Deitado no sofá durante a tarde.....	<input type="checkbox"/>
Sentado e falando com alguém.....	<input type="checkbox"/>
Sentado quieto após almoço sem álcool.....	<input type="checkbox"/>
No carro enquanto parado no trânsito durante uns minutos.....	<input type="checkbox"/>

QUALIDADE DE VIDA

7. Segue-se um questionário sobre o seu estado de saúde (SF-36v2©. Versão Portuguesa 2). Leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas A e B, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde:

A – Em geral diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
5	4	3	2	1

B – Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
5	4	3	2	1

Para as perguntas C a E por favor assinale com um círculo um número em cada linha.

C – As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado	Sim, pouco limitado	Não, nada limitado
a. Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

D – Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

E – Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas F,G e H, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

F – Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

G – Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito Fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito Fortes
1	2	3	4	5	6

H – Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

I – As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

J – Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

L – Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente Falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

8. HADS – Traduzido. © Leia todas as frases que se seguem e marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como se tem sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar muito tempo a pensar em cada questão. Neste questionário são mais valorizadas as respostas espontâneas.

[A] Sinto-me tenso ou contraído:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

[D] Consigo rir e divertir-me quando vejo coisas engraçadas:

0 () Da mesma maneira que antes

1 () Atualmente um pouco menos

2 () Atualmente bem menos

3 () Já não consigo

[D] Ainda gosto de fazer as mesmas coisas que costumava fazer:

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

[A] Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

[A] Sinto medo, como se algo de mau estivesse para acontecer:

3 () Sim, e é um medo muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

[D] Sinto-me alegre:

3 () Nunca

2 () Poucas vezes

1 () Muitas vezes

0 () A maior parte do tempo

[A] Consigo ficar sentado à vontade e sentir-me relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

[D] Sinto-me lento a pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

[A] Tenho uma sensação de temor ou mau presságio, como calafrios ou apertos no estômago (“borboletas”)

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

[D] Perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Já não me cuido como devia
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Cuido-me do mesmo jeito que antes

[A] Sinto-me inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

[D] Fico à espera e animado com as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

[A] De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo o momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

[D] Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

Anexo III – Inquérito: Lombalgia crónica

1. Informações Gerais e Hábitos

Sexo (M/F): Idade: Altura (m): Peso (Kg): IMC:
 N° Cafés/dia: Sedativos/Antidepressivos: Anti-hipertensivos:
 Número de horas que dorme, em média, por noite:

RELAÇÃO DA DOR LOMBAR COM O SONO

2. No período de uma semana, com que frequência ocorrem as seguintes situações (0-7):

- a) Acorda com dor de costas?
- b) Dorme excessivamente (> 9h)?
- c) Tem dificuldade a adormecer (> 30min até adormecer)?
- d) Tem dificuldade em manter o sono (acorda muitas vezes)?
- e) Estando com dor de costas, opta por descansar ou dormir?
- f) Estando com dor de costas, vê-se forçado a ter que dormir?
- g) Acorda mais cedo do que o previsto e não consegue retomar o sono?

INTENSIDADE DA DOR

3. Classifique as dores que costuma ter de 1 a 10, usando a escala abaixo:



4. De 0 a 10 quão incapacitantes são as suas dores de costas no seu dia-a-dia:

REPERCUSSÃO DA DOR LOMBAR/ALTERAÇÕES DO SONO NO DIA-A-DIA

5. Utilize a escala de Epworth© para escolher o número mais adequado para cada situação.

0 – Nunca, 1 – Pouco Provável, 2 – Provável, 3 – Muito Provável

Situação	Probabilidade de Adormecer
Sentado e a ler.....	<input type="checkbox"/>
Vendo televisão.....	<input type="checkbox"/>
Sentado, inativamente, num espaço público (teatro p.e.).....	<input type="checkbox"/>
Viagem de carro de uma hora no lugar do passageiro.....	<input type="checkbox"/>
Deitado no sofá durante a tarde.....	<input type="checkbox"/>
Sentado e falando com alguém.....	<input type="checkbox"/>
Sentado quieto após almoço sem álcool.....	<input type="checkbox"/>
No carro enquanto parado no trânsito durante uns minutos.....	<input type="checkbox"/>

QUALIDADE DE VIDA

6. Segue-se um questionário sobre o seu estado de saúde (SF-36v2©. Versão Portuguesa 2). Leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas A e B, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde:

A – Em geral diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
5	4	3	2	1

B – Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
5	4	3	2	1

Para as perguntas C a E por favor assinale com um círculo um número em cada linha.

C – As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado	Sim, pouco limitado	Não, nada limitado
a. Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros .	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

D – Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

E – Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas F,G e H, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

F – Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

G – Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito Fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito Fortes
1	2	3	4	5	6

H – Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

I – As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

J – Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

L – Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente Falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

7. HADS – Traduzido. © Leia todas as frases que se seguem e marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como se tem sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar muito tempo a pensar em cada questão. Neste questionário são mais valorizadas as respostas espontâneas.

[A] Sinto-me tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

[D] Ainda gosto de fazer as mesmas coisas que costumava fazer:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

[A] Sinto medo, como se algo de mau estivesse para acontecer:

- 3 () Sim, e é um medo muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

[D] Consigo rir e divertir-me quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Da mesma maneira que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Já não consigo

[A] Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

[D] Sinto-me alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

[A] Consigo ficar sentado à vontade e sentir-me relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

[D] Sinto-me lento a pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

[A] Tenho uma sensação de temor ou mau presságio, como calafrios ou apertos no estômago (“borboletas”)

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

[D] Perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Já não me cuido como devia
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Cuido-me do mesmo jeito que antes

[A] Sinto-me inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

[D] Fico à espera e animado com as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

[A] De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo o momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

[D] Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

Anexo IV – Aprovação da Comissão de Ética do CHUC



SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.
para difusão

11/9/2017
Dr. Francisco Parente
Diretor Clínico
C.H.U.C. - EPE

Exmo. Senhor
Dr. Francisco Parente
Digmoº Director Clínico do CHUC

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 0148/CES	08-09-2017
		Proc. N.º CHUC-066-17	

ASSUNTO: *Estudo Observacional "Bruxismo nocturno e lombalgia crónica: comparação da qualidade de vida."* – Dra. Isabel Maria Santos Luzeiro - Médica do Serviço de Neurologia do CHUC (estudo a ser realizado no Serviço de Neurologia do CHUC).
(Entrada do processo na CES a 14.06.2017)

Cumprir informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 25 de Agosto de 2017, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.


Dr. Mário Branco
Vice-Presidente da CES do CHUC

LP/CES

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

Anexo V – Estudo estatístico

Estadísticas de teste ^a

	Sexo	Idade	Altura	Peso	IMC	Cafés/Dia	Horas de sono diárias
U de Mann-Whitney	176,000	173,000	151,000	168,000	159,000	170,500	128,500
Wilcoxon W	347,000	344,000	361,000	339,000	330,000	380,500	338,500
Z	-,149	-,205	-,850	-,351	-,614	-,289	-1,537
Significância Assint. (Bilateral)	,882	,838	,395	,726	,539	,772	,124
Sig exata [2*(Sig. de unilateral)]	,919 ^b	,851 ^b	,409 ^b	,740 ^b	,553 ^b	,784 ^b	,133 ^b

a. Variável de Agrupamento: Diagnóstico

b. Não corrigido para empates.

Estadísticas de teste ^a

	Sedativos/Anti depressivos	Antihipertensivos
U de Mann-Whitney	156,000	159,000
Wilcoxon W	366,000	369,000
Z	-,792	-,725
Significância Assint. (Bilateral)	,428	,469
Sig exata [2*(Sig. de unilateral)]	,496 ^b	,553 ^b

a. Variável de Agrupamento: Diagnóstico

b. Não corrigido para empates.

Estadísticas de teste ^a

	Intensidade Dor	Incapacidade Dor	Qualidade de Vida
U de Mann-Whitney	147,500	109,500	141,000
Wilcoxon W	318,500	280,500	351,000
Z	-,963	-2,081	-1,140
Significância Assint. (Bilateral)	,335	,037	,254
Sig exata [2*(Sig. de unilateral)]	,346 ^b	,038 ^b	,264 ^b

a. Variável de Agrupamento: Diagnóstico

b. Não corrigido para empates.

Estadísticas de teste ^a

	Escala Epworth - Sonolência Diurna	Acordar com dores	Dormir excessivamente	Insônia Inicial	Insônia Intermedia	Insônia Terminal	Dormir alivia as dores	Precisa de dormir
U de Mann-Whitney	166,000	167,000	173,000	164,500	162,000	127,000	167,500	154,500
Z	-,556	-,385	-,322	-,474	-,546	-1,592	-,370	-,819
Significância Assint. (Bilateral)	,578	,700	,747	,635	,585	,111	,711	,413
Sig exata [2*(Sig. de unilateral)]	,696 ^b	,718 ^b	,851 ^b	,654 ^b	,613 ^b	,126 ^b	,718 ^b	,460 ^b

a. Variável de Agrupamento: Diagnóstico

b. Não corrigido para empates.

Estadísticas de teste ^a

	Função Física	Desempenho Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de Saúde
U de Mann-Whitney	133,500	104,000	151,000	149,500	157,500	117,000	138,000	162,000	122,500
Wilcoxon W	343,500	314,000	361,000	359,500	367,500	288,000	348,000	333,000	332,500
Z	-1,365	-2,235	-,857	-,897	-,660	-1,865	-1,235	-,530	-1,743
Significância Assint. (Bilateral)	,172	,025	,391	,370	,509	,062	,217	,596	,081
Sig exata [2*(Sig. de unilateral)]	,176 ^b	,026 ^b	,409 ^b	,377 ^b	,515 ^b	,067 ^b	,228 ^b	,613 ^b	,093 ^b

a. Variável de Agrupamento: Diagnóstico

b. Não corrigido para empates.

Estatísticas de teste ^a

	HADS - Ansiedade	HADS - Depressão
U de Mann-Whitney	177,500	176,500
Wilcoxon W	387,500	386,500
Z	-,073	-,104
Significância Assint. (Bilateral)	,942	,918
Sig exata [2*(Sig. de unilateral)]	,942 ^b	,919 ^b

a. Variável de Agrupamento: Diagnóstico

b. Não corrigido para empates.

Estatísticas de teste ^a

	Intensidade Dor	Incapacidade Dor
U de Mann-Whitney	20,500	29,500
Wilcoxon W	48,500	57,500
Z	-1,649	-,829
Significância Assint. (Bilateral)	,099	,407
Sig exata [2*(Sig. de unilateral)]	,104 ^b	,425 ^b

a. Variável de Agrupamento: Diagnóstico BN

b. Não corrigido para empates.

Estatísticas de teste ^a

	Função Física	Desempenho Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de Saúde	Qualidade de Vida
U de Mann-Whitney	29,500	36,500	8,000	37,500	26,000	11,000	37,000	29,000	21,500	26,000
Wilcoxon W	95,500	102,500	74,000	65,500	54,000	77,000	103,000	57,000	49,500	92,000
Z	-,821	-,183	-2,793	-,091	-1,136	-2,519	-,138	-,875	-1,645	-1,132
Significância Assint. (Bilateral)	,412	,855	,005	,927	,256	,012	,891	,382	,100	,258
Sig exata [2*(Sig. de unilateral)]	,425 ^b	,860 ^b	,004 ^b	,930 ^b	,285 ^b	,011 ^b	,930 ^b	,425 ^b	,126 ^b	,285 ^b

a. Variável de Agrupamento: Diagnóstico BN

b. Não corrigido para empates.

Estatísticas de teste ^a

	HADS - Ansiedade	HADS - Depressão
U de Mann-Whitney	26,500	27,500
Wilcoxon W	54,500	55,500
Z	-1,093	-1,017
Significância Assint. (Bilateral)	,274	,309
Sig exata [2*(Sig. de unilateral)]	,285 ^b	,328 ^b

a. Variável de Agrupamento: Diagnóstico BN

b. Não corrigido para empates.

Tabulação cruzada Sedativos/Antidepressivos * Intensidade Dor

Contagem

	Intensidade Dor										Total
	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	
AA ou AD Antidepressivos	0	0	0	0	0	1	2	2	0	1	6
Ansiolíticos	1	1	0	1	0	2	0	4	1	0	10
Sem medicação	1	0	2	5	2	4	4	3	1	0	22
Total	2	1	2	6	2	7	6	9	2	1	38

Correlações

			HADS - Ansiedade	HADS - Depressão	Intensidade Dor	Incapacidade Dor
Spearman	Função Física	Coeficiente de Correlação	-,179	-,573	-,159	-,338
		Sig. (bilateral)	,283	,000	,341	,038
		N	38	38	38	38
	Desempenho Físico	Coeficiente de Correlação	-,247	-,346	-,173	-,311
		Sig. (bilateral)	,135	,033	,299	,057
		N	38	38	38	38
	Dor Corporal	Coeficiente de Correlação	-,558	-,411	-,614	-,565
		Sig. (bilateral)	,000	,010	,000	,000
		N	38	38	38	38
	Saúde Geral	Coeficiente de Correlação	-,315	-,409	-,247	-,355
		Sig. (bilateral)	,054	,011	,135	,029
		N	38	38	38	38
	Vitalidade	Coeficiente de Correlação	-,202	-,421	-,089	-,075
		Sig. (bilateral)	,223	,009	,596	,653
		N	38	38	38	38
	Função Social	Coeficiente de Correlação	-,557	-,279	-,400	-,242
		Sig. (bilateral)	,000	,090	,013	,143
		N	38	38	38	38
	Desempenho Emocional	Coeficiente de Correlação	-,330	-,471	-,123	-,317
		Sig. (bilateral)	,043	,003	,464	,052
		N	38	38	38	38
	Saúde Mental	Coeficiente de Correlação	-,400	-,118	-,112	-,027
		Sig. (bilateral)	,013	,481	,503	,874
		N	38	38	38	38
	Mudança de Saúde	Coeficiente de Correlação	-,083	-,269	-,222	-,210
		Sig. (bilateral)	,619	,103	,180	,206
		N	38	38	38	38
	Qualidade de Vida	Coeficiente de Correlação	-,534	-,643	-,449	-,492
		Sig. (bilateral)	,001	,000	,005	,002
		N	38	38	38	38
	HADS - Ansiedade	Coeficiente de Correlação	1,000	,255	,415	,278
		Sig. (bilateral)	.	,122	,010	,090
		N	38	38	38	38
	HADS - Depressão	Coeficiente de Correlação	,255	1,000	,280	,154
		Sig. (bilateral)	,122	.	,089	,357
		N	38	38	38	38
	Intensidade Dor	Coeficiente de Correlação	,415	,280	1,000	,660
		Sig. (bilateral)	,010	,089	.	,000
		N	38	38	38	38
	Incapacidade Dor	Coeficiente de Correlação	,278	,154	,660	1,000
		Sig. (bilateral)	,090	,357	,000	.
		N	38	38	38	38

Correlações

			Qualidade de Vida	HADS - Ansiedade	HADS - Depressão	Intensidade Dor	Incapacidade Dor
Spearman	Qualidade de Vida	Coeficiente de Correlação	1,000	-,534 **	-,643 **	-,449 **	-,492 **
		Sig. (bilateral)	.	,001	,000	,005	,002
		N	38	38	38	38	38
	HADS - Ansiedade	Coeficiente de Correlação	-,534 **	1,000	,255	,415 **	,278
		Sig. (bilateral)	,001	.	,122	,010	,090
		N	38	38	38	38	38
	HADS - Depressão	Coeficiente de Correlação	-,643 **	,255	1,000	,280	,154
		Sig. (bilateral)	,000	,122	.	,089	,357
		N	38	38	38	38	38
	Intensidade Dor	Coeficiente de Correlação	-,449 **	,415 **	,280	1,000	,660 **
		Sig. (bilateral)	,005	,010	,089	.	,000
		N	38	38	38	38	38
	Incapacidade Dor	Coeficiente de Correlação	-,492 **	,278	,154	,660 **	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	,090	,357	,000	.
		N	38	38	38	38	38
	Sedativos/Anti depressivos	Coeficiente de Correlação	,271	-,284	-,153	-,333	-,122
		Sig. (bilateral)	,100	,084	,359	,041	,467
		N	38	38	38	38	38
	Anti-hipertensores	Coeficiente de Correlação	,336	-,010	-,353	-,169	-,126
		Sig. (bilateral)	,039	,953	,030	,310	,450
		N	38	38	38	38	38

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Correlações

			Qualidade de Vida	IMC	Intensidade Dor	Incapacidade Dor
Spearman	Qualidade de Vida	Coeficiente de Correlação	1,000	-,145	-,449 **	-,492 **
		Sig. (bilateral)	.	,384	,005	,002
		N	38	38	38	38
	IMC	Coeficiente de Correlação	-,145	1,000	,147	,123
		Sig. (bilateral)	,384	.	,378	,463
		N	38	38	38	38
	Intensidade Dor	Coeficiente de Correlação	-,449 **	,147	1,000	,660 **
		Sig. (bilateral)	,005	,378	.	,000
		N	38	38	38	38
	Incapacidade Dor	Coeficiente de Correlação	-,492 **	,123	,660 **	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	,463	,000	.
		N	38	38	38	38

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).