UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

MICHELLY LIMA MORO ALVES

Perfil demográfico e epidemiológico obtidos de questionários relacionados à qualidade de vida e do sono, ansiedade e depressão, conscientização à dor, estresse e hábitos parafuncionais de militares do Exército Brasileiro

BAURU
2020

MICHELLY LIMA MORO ALVES

Perfil demográfico e epidemiológico obtidos de questionários relacionados à qualidade de vida e do sono, ansiedade e depressão, conscientização à dor, estresse e hábitos parafuncionais de militares do Exército Brasileiro

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Reabilitação Oral.

Orientador: Profa. Dra. Simone Soares

BAURU
2020

Alves, Michelly Lima Moro
Perfil demográfico e epidemiológico obtidos de questionários relacionados à qualidade de vida e do sono, ansiedade e depressão, conscientização à dor, estresse e hábitos parafuncionais de militares do Exército Brasileiro / Michelly Lima Moro Alves. -- Bauru, 2020.
126 p. : il. ; 31 cm.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, 2020.

Orientador: Profa. Dra. Simone Soares

.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
CAAE: 86784818.7.0000.5417
Data: 14/08/2018

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha família, que me deu todo o suporte para que eu conseguisse finalizá-lo e a Aisha, que foi a voz da minha consciência nos últimos 3 anos me impulsionando a defender essa tese.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu o dom da vida e me permitiu chegar até aqui.

Aos meus pais, Sueli e Sidnei, e ao meu irmão Michel, que são minha base de vida. Sem eles eu nada seria.

Ao meu esposo, Edson (Espeto), que sempre me apoiou incondicionalmente, e que me ajudou em tudo que foi preciso para que conseguisse finalizar esse trabalho, um pai e um marido exemplar, TE AMO!

Ao meu filho amado Eduardo, que chegou em meio ao turbilhão da pesquisa, mas que só fez melhorar meus dias. Eu te amo mais que tudo.

À minha família como um todo, Tia Ada, Tio Miroca, Vó Landa, Suellen, meus sogros, Dr. Edson, Dona Francine, minhas cunhadas, Carla, Flávia, que sempre me apoiaram e me deram forças para continuar.

Ao 37° Batalhão de Infantaria Leve de Lins, meu local de trabalho, que permitiu a realização dessa pesquisa com os militares ali empregados. Deixo aqui meu muito obrigada ao Sr. Coronel Vaz e ao Sr. Coronel Lira, que permitiram que eu fizesse a coleta dos dados durante os seus comandos.

Agradeço a todos os militares que se dispuseram a participar do trabalho, a todos os amigos do Batalhão que não mediram esforços em me ajudar sempre que precisei.

Em especial agradeço aos Soldados Wallifer, Prates e ao Cabo Brendo, que se dispuseram a me ajudar com os questionários mesmo no seu horário de descanso durante o serviço, meu muito obrigada!

Agradeço à minha orientadora, professora Simone, que me acolheu durante meu percurso na pós-graduação, me orientando desde o Mestrado, sempre muito paciente e compreensiva, meu muito obrigada! Já falei uma vez e volto a

repetir, se eu resolvi entrar no Doutorado foi porque você seria minha orientadora. Eu não aceitaria embarcar nessa com outra pessoa, obrigada por tudo.

Agradeço à professora Karin Hermana Neppelenbroek, que aceitou ser minha orientadora durante o período inicial, até que a professora Simone pudesse fazer parte da Pós-graduação da FOB/USP. Obrigada!

À professora Ana Lúcia Pompeia Fraga de Almeida, que nunca mediu esforços em me ajudar sempre que precisei. Acabou se tornando uma amiga. Obrigada, professora! Conte comigo para o que precisar.

Ao professor Heitor, que com sua paciência e didática me ajudou com as análises estatísticas desse trabalho, sempre pronto a ajudar independente da hora e do dia, obrigada professor!

A todos os professores do Departamento de Prótese da Faculdade, que sempre foram compreensivos com minhas dificuldades de horário por causa do trabalho, e que sempre estiveram dispostos a me ajudar. Se hoje estou finalizando esse trabalho, foi porque os senhores estiveram ao meu lado.

Por último, mas longe de ser a menos importante, eu agradeço a Aisha, sem ela esse trabalho literalmente não teria acontecido.

Aisha, você apareceu na minha vida no Batalhão pra somar de um jeito que eu nunca imaginei. Você foi a voz da minha consciência, sempre me “clicando” para que eu não deixasse as coisas pra depois, porque vai que o depois era mais complicado que o agora, não é mesmo?

Mas, se conselho fosse bom, a gente não dava, e agora você também entendeu isso e está vendendo! Aisha você foi meu socorro sempre presente. Não sei quem me escutou mais, Deus ou você, só sei que tenho certeza que foi Ele que te mandou para perto de mim.

Obrigada por ter me ajudado muito mais do que você poderia ou deveria, por ter abraçado minha causa de corpo e alma e dedicado tanto tempo em me ajudar a defender essa tese, se hoje estou aqui escrevendo esses agradecimentos, é porque você está aí, na sua casa, lendo e relendo tudo que eu já escrevi e corrigindo com o maior carinho do mundo. Obrigada! Conte comigo sempre!! E tenha certeza que depois desse trabalho você já pode se considerar dentista.

“No fim tudo dá certo, e se não deu certo é porque ainda não chegou ao fim!”

Fernando Sabino

RESUMO

O Exército Brasileiro (EB) compõe uma das forças de defesa do país, atuando na proteção do território, defesa civil, ações de socorro e assistência às vítimas de desastres naturais. A carreira militar é uma escolha singular, que gera afastamento do convívio familiar, dedicação integral, rotina que inclui exercícios físicos constantes e muitas vezes exaustivos, privação do sono, além da adaptação ao respeito e a hierarquia e disciplina que rege o sistema. **Objetivo geral:** obtenção do perfil demográfico e epidemiológico dos militares do EB. **Objetivos Específicos:** comparar, através de questionários, a qualidade de vida, qualidade subjetiva do sono, ansiedade e depressão, conscientização à dor, estresse e a prevalência/presença de hábitos parafuncionais entre Militares de Carreira (MC) e Militares Temporários (MT) do EB; e entre Militares que já participaram (MisR) ou não de alguma Missão Real (N-MisR). **Metodologia:** dados demográficos e epidemiológico da amostra com a aplicação de um questionário genérico e 6 (seis) instrumentos de avaliação: *Short Form Health Survey* - 36 (SF-36), *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), *Pain Vigilance Awareness Questionnaire* (PVAQ), *Perceived Stress Scale* (PSS) e *Oral Behavior Checklist* (OBC). O estudo foi realizado no 37º Batalhão de Infantaria Leve - Lins-SP, em uma amostra com 183 militares. Foi feita análise comparativa entre os grupos: MC x MT e MisR x N-MisR e considerou-se estatisticamente significantes resultados com $p \leq 0,05$. **Resultados:** Dos 183 participantes, 128 são MT e 55 MC, 49,7% da amostra é composta por soldados, 61,7% dos entrevistados já vivenciaram alguma experiência de combate real. Grupo MC x MT: quanto a qualidade de vida observou-se diferença estatisticamente significativa no campo “Capacidade Funcional” ($p<0,001$) com valores menores para MC, não foram encontradas diferenças entre os grupos nos índices: qualidade subjetiva do sono e ansiedade e depressão. Na avaliação da vigilância a dor houve diferença significativa ($p=0,0056$) com valores médios maiores para MC, quanto ao estresse percebido não foi encontrado diferença, já nos hábitos parafuncionais, os resultados mostraram diferença estatística no sono com médias maiores para os MCs ($p=0,0030$) e na vigília, os MTs revelaram valores significativos em mascar chiclete, cantar e bocejar ($p<0,01$) e apoiar a mandíbula ($p=0,03$), comer entre as refeições ($p=0,04$). Grupo MisR x N-

MisR: na avaliação da qualidade de vida houve diferença estatística nos domínios “Dor” (p=0,04), “Vitalidade” (p=0,01) e “Aspectos sociais” (p=0,08), todos piores para o MisR. Não houve diferença estatística na qualidade subjetiva do sono, índice de ansiedade e depressão, vigilância à dor e estresse percebido. Na avaliação dos hábitos parafuncionais, os Mis-R apresentaram diferença estatística para o sono em relação aos N-MisR (p=0,08) **Conclusão:** Na análise inter grupos MC x MT, os MCs têm qualidade de vida piorada no domínio “Capacidade Funcional” e vigilância à dor aumentada além de hábito parafuncional durante o sono e os MTs maior risco a DTM. Quando comparados os grupos MisR e N-Misr, o MisR demonstrou índices piores de qualidade de vida para os domínios “Dor”, “Vitalidade” e “Aspectos Sociais” e hábito parafuncional durante o sono.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Militares. Dor. Comportamento. Hábitos. Estresse Psicológico. Depressão. Ansiedade. Sono.

ABSTRACT

Demographic and epidemiological data obtained from questionnaires related to quality of life and sleep, anxiety and depression, awareness of pain, stress and parafunctional habits of Brazilian Army soldiers

The Brazilian Army is one of the country's defense forces, acting in the protection of the territory, civil defense, relief actions and assistance to victims of natural disasters. The military career is a singular choice, which generates distance from family life, full dedication, a routine that includes constant and often exhausting physical exercises, sleep deprivation, in addition to adapting to respect, hierarchy and discipline that rules the system. Main objective: obtaining the demographic and epidemiological profile of the military personnel of the Brazilian Army. Specific Objectives: to compare, through questionnaires, the quality of life, quality of sleep, anxiety and depression, awareness of pain, stress and the prevalence / presence of parafunctional habits among the Military Personnel (MC) and Temporary Military Personnel (MT) of the Brazilian Army (EB); and between Military personnel who experienced combat (MisR) x Military Personnel who did not experience (N-MisR). Methodology: demographic and epidemiological data of the sample with the application of a generic questionnaire and 6 (six) assessment instruments: Short Form Health Survey - 36 (SF-36), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Pain Vigilance Awareness Questionnaire (PVAQ), Perceived Stress Scale (PSS) and Oral Behavior Checklist (OBC). The study was carried out at the 37th Batalhão de Infantaria Leve - Lins-SP, in a sample of 183 soldiers. A comparative analysis was carried out between the groups: MC x MT and MisR x N-MisR and results were considered statistically significant with $p \leqq 0.05$ Results: Of the 183 participants, 128 are MT and 55 MC, 49.7% of the sample is made up of soldiers, 61.7% of the interviewees have already experienced some real combat experience. MC x MT group: regarding quality of life, a statistically significant difference was observed in the “Functional Capacity” field ($p < 0.001$) with lower values for MC, no differences were found between groups in the indices: subjective quality of sleep and anxiety and depression. In the assessment of pain vigilance and awareness, there was a significant difference ($p = 0.0056$) with higher mean values for MC, as for perceived stress, no difference was found, whereas in parafunctional

habits, the results showed a statistical difference in “sleep field” with higher means for MCs (p = 0.0030) and while “awake field”, the MTs showed significant values in “chewing gum”, “singing and yawning” (p <0.01) “supporting the jaw” (p = 0.03), “eating between meals” (p = 0 , 04). MisR x N-MisR Group: in the assessment of quality of life, there was a statistical difference in the domains “Pain” (p = 0.04), “Vitality” (p = 0.01) and “Social aspects” (p = 0.08), all worse for MisR. There was no statistical difference in the subjective quality of sleep, anxiety and depression, pain surveillance and perceived stress. In the assessment of parafunctional habits, Mis-R showed a statistical difference for sleep in relation to N-MisR (p = 0.08) Conclusion: In the MC x MT intergroup analysis, MCs have a worse quality of life in the domain “Functional Capacity”, increased pain vigilance and awareness, presence of parafunctional habit during sleep and MTs are at greater risk for TMD. When the MisR and N-Misr groups were compared, MisR showed worse quality of life rates for the domains “Pain”, “Vitality” and “Social Aspects” and parafunctional habit during sleep.

Keywords: Quality of life. Military personnel. Pain. Behavior. Habits. Stress, Psychological. Depression. Anxiety. Sleep.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Quadro de Referência Questionário SF-36..... 54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Dados demográficos.....	61
Tabela 2 -	SF36 - Comparação entre MC e MT.....	64
Tabela 3 -	Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) – Comparação entre MC e MT.....	65
Tabela 4 -	HAD – Comparação entre MC e MT	66
Tabela 5 -	Escala de Estresse Percebido – Comparação entre MC e MT.....	66
Tabela 6 -	Questionário de Consciência e Vigilância Relacionada à Dor (PVAQ) – Comparação entre MC e MT.....	67
Tabela 7 -	Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC)– Comparação entre MC e MT.....	67
Tabela 8 -	SF36 – Comparação entre MisR e N-MisR.....	70
Tabela 9 -	Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) – Comparação entre MisR e N-MisR.....	70
Tabela 10 -	Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) – Comparação entre MisR e N-MisR.....	71
Tabela 11 -	Escala de Estresse Percebido (EPP) – Comparação entre MisR e N-MisR.....	71
Tabela 12 -	Questionário de Consciência e Vigilância Relacionada a Dor (PVAQ) – Comparação entre MisR e N-MisR.....	71
Tabela 13 -	Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC)– Comparação entre MisR e N-MisR.....	72
Tabela 14 -	Análise Descritiva Geral dos Militares – Todos os questionários.....	74
Tabela 15 -	Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC) geral dos militares.....	76

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

37º BIL	37º Batalhão de Infantaria Leve
ACISOS	Ações Cívicas Sociais
AMAN	Academia Militar das Agulhas Negras
DC/TMD	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
DTMs	Disfunções Temporomandibulares
EB	Exército Brasileiro
EEP	Escala de Estresse Percebido
ESA	Escola de Sargentos das Armas
FAE	Força de Atuação Estratégica
FEB	Força Expedicionária Brasileira
FIFA	Federação Internacional de Futebol Associação
FOB-USP	Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo
GLO	Garantia da Lei e da Ordem
HAD	Escala do nível de Ansiedade e Depressão
MC	Militar de Carreira
MBI	Maslach Burnout Inventory
MINUSTAH	Missão da ONU para Estabilização do Haiti
MisR	Militares que participaram de Missão Real
MT	Militar Temporário
NIDCR	National Institute of Dental and Craniofacial Research
N-MisR	Militares que não participaram de Missão Real
OBC	Oral Checklist Behaviors
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPPERA	Orofacial Pain: Prospective Evaluation and Risk Assessment
PSQI	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh
PSQI-BR	Índice de qualidade de sono de Pittsburgh
PVAQ	Questionário de Consciência e Vigilância do Sono
RDC/TDM	Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
SAS	Escala de Ansiedade de Autoavaliação
SF-36	Short Form Health Survey 36
TAF	Teste de Aptidão Física
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCSQ	Trait Coping Style Questionnaire
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO.....**	21
2	**REVISÃO DE LITERATURA.....**	31
3	**PROPOSIÇÃO.....**	43
4	**MÉTODOS.....**	47
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	49
4.2	POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	49
4.3	COLETA DE DADOS.....	49
4.3.1	**Procedimentos éticos.....**	49
4.3.2	**Aplicação dos questionários.....**	50
4.4	FORMA DE ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS.....	51
4.4.1	**SF-36.....**	51
4.4.2	**Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI).....**	54
4.4.3	**Escala de Ansiedade e Depressão (HAD).....**	56
4.4.4	**Escala de Estresse Percebido (EEP)**	56
4.4.5	**Questionário de Consciência e Vigilância Relacionada a Dor (PVAQ).....**	57
4.4.6	**Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC).....**	57
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	58
5	**RESULTADOS.....**	59
5.1	RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS PARA OS GRUPOS MILITARES DE CARREIRA (MC) COMPARADOS AOS MILITARES TEMPORÁRIOS (MT).....	64
5.2	RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS PARA OS GRUPOS MILITARES QUE JÁ PARTICIPARAM DE MISSÃO REAL (MISR) COMPARADOS AOS MILITARES QUE NÃO PARTICIPARAM (N-MISR).....	70
5.3	RESULTADOS ABSOLUTOS PARA OS MILITARES DO EXÉRCITO BRASILEIRO.....	74
6	**DISCUSSÃO.....**	79
6.1	DADOS DEMOGRÁFICOS.....	81
6.2	QUALIDADE DE VIDA.....	84
6.3	QUALIDADE DO SONO.....	85

6.4 ANSIEDADE E DEPRESSÃO..... 86
6.5 ESTRESSE..... 87
6.6 CONSCIÊNCIA E VIGILÂNCIA RELACIONADAS À DOR..... 88
6.7 HÁBITOS PARAFUNCIONAIS..... 89
6.8 AVALIAÇÃO GERAL..... 90
7 **CONCLUSÕES**..... 95
REFERÊNCIAS..... 99
APÊNDICES..... 111
ANEXOS..... 117

1 Introdução

1 **INTRODUÇÃO**

O instrumento militar responsável pela defesa do Brasil é constituído pelas Forças Armadas, compostas pela **Marinha do Brasil**, pelo **Exército Brasileiro** e pela **Força Aérea Brasileira** (BRASIL, 2017).

São funções das instituições militares: assegurar a integridade do território nacional; defender os interesses e os recursos naturais, industriais e tecnológicos brasileiros; proteger os cidadãos e os bens do país; garantir a soberania da nação (BRASIL, 2017).

Atuando na proteção do território brasileiro, o Exército Brasileiro (EB) tem exercido papel relevante na manutenção da unidade e da integridade nacional, tem a missão condicionada pelas dimensões continentais do Brasil, caracterizadas pela variedade de ambientes geográficos e por uma faixa de fronteira com dez países que se estende por quase 17 mil quilômetros (BRASIL, 2017).

Para o cumprimento da missão constitucional de defesa da pátria, a Força Terrestre tem de manter preparados e adestrados efetivos superiores a 222 mil homens e mulheres (BRASIL, 2017).

A instituição militar atua também no apoio às atividades de Defesa Civil, participando de ações de socorro e assistência às vítimas de desastres naturais, bem como nos procedimentos de recuperação e reconstrução (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018b).

Para se tornar um militar do EB existem três formas de ingresso, duas através de concursos que envolvem não apenas testes escritos de conhecimentos gerais e específicos, como de aptidão física, e outra como parte do serviço militar obrigatório para os homens que completam 18 anos.

O indivíduo pode adentrar as fileiras do Exército e se tornar um militar de carreira (MC), ou seja, preenchidos os requisitos globais para inscrição nos concursos disponíveis no site do EB, o candidato prestará as etapas da prova,

obtendo aprovação, seguirá para a escola de formação escolhida, seja para oficiais (AMAN – Academia Militar das Agulhas Negras), seja para sargentos (ESA – Escola de Sargentos das Armas).

Concluída a formação, o agora militar, seguirá carreira, cumprindo com seus deveres com seus pares (militares do mesmo posto/graduação), superiores hierárquicos e subordinados, podendo, se apresentar durante a vida militar um bom comportamento e mantidos os valores mínimos nos testes de aptidão física, progredir nos postos/graduação e, ao findar os 35 anos de serviços prestados, gozar de sua aposentadoria.

Outra forma de se tornar um profissional do EB é através dos concursos para militar temporário (MT), que nada mais é do que uma prova que envolve conhecimentos gerais e específicos, assim como testes de aptidão física, porém, por essa via o militar irá permanecer apenas 8 (oito) anos, se durante esse período tiver um bom comportamento, relacionamento interpessoal, produção na sua área de trabalho e índices mínimos nos testes anuais de aptidão física.

Os pré-requisitos globais para ingresso como MT, assim como as áreas e cargos disponíveis podem ser acessados através do site do EB. As principais diferenças entre um MC e um MT são:

- MT tem seu tempo de permanência máxima no Exército de 8 anos, não tendo direito a aposentadoria, diferente do MC que se aposenta com o salário do seu último posto/graduação;
- A formação do MT dura em torno de 45 dias, uma vez que os mesmos normalmente já possuem alguma outra formação (médicos, dentistas, veterinários, farmacêuticos, enfermeiros, administradores, nutricionistas, entre outros), já o MC tem uma formação que varia entre 2 (ESA) a 5 (AMAN) anos, dependendo da Escola;
- O MT não possui estabilidade de emprego, todo ano ele tem seu contrato renovado baseado na sua produtividade, comportamento, apresentação pessoal e índices do TAF (teste de aptidão física), teste este que é realizado 3 (três) vezes ao ano, sendo que o último índice é o que vale para o

reengajamento do militar. Já o MC, após um período inicial de trabalho que varia de 8 meses para os oficiais e 10 anos para os sargentos, obtém estabilidade na carreira.

Para fins de melhor compreensão do presente estudo, faz-se necessário citar a evolução dos postos para que fique clara a cadeia de hierarquia do EB.

Na base da pirâmide temos os Soldados, grande massa do EB, que compõe as forças terrestres de combate em sua maior parte, a maioria oriunda do serviço militar obrigatório, seguidos dos Cabos, muitas vezes soldados que tinham alguma formação técnica complementar e que puderam através de provas internas subir de posto.

Logo acima, temos os Sargentos, divididos em 1°, 2° e 3° Sargentos, seguidos dos Subtenentes, Tenentes, divididos em 1° e 2° Tenentes, todos esses normalmente responsáveis pelos grupamentos de Cabos e Soldados, e por coordenarem treinamentos e missões.

Seguindo temos Capitão, Major, Tenente Coronel, Coronel e General, postos esses alcançados apenas por militares de carreira e que são os responsáveis pela coordenação geral como um todo, seja de um Batalhão, de uma parte administrativa específica, de uma Região Militar ou até mesmo do Exército como um todo – General de Exército.

Visto isso, é importante ressaltar que o país é dividido por regiões militares que têm, sobretudo, funções administrativas e logísticas. No Brasil temos 12 regiões militares, sendo, o Estado de São Paulo pertencente a 2ª Região Militar, também conhecida como Região das Bandeiras (BRASIL, 2019).

Uma das unidades do Exército, o 37º Batalhão de Infantaria Leve – Batalhão General Silvino Castor da Nóbrega (37º BIL), encontra-se sediado na cidade de Lins, interior de São Paulo (BRASIL, 2019).

O 37° BIL instalou-se em Lins em 1942 e pela Portaria do Comandante do Exército Brasileiro N° 1.222, de 14 de setembro de 2017, o 37° BIL passou a denominar-se "Batalhão General Silvino Castor da Nóbrega", em homenagem ao seu primeiro comandante, herói da Força Expedicionária Brasileira (FEB) e do Brasil.

Além dessa designação histórica, também possui a alcunha de "Sentinela do Noroeste Paulista", pela sua localização e responsabilidade territorial de proteção integrada (BRASIL, 2018a).

Possui um Estado-Maior, três Companhias de Fuzileiros Leve e uma Companhia de Comando e Apoio. Foi empregado recentemente em várias operações de Apoio a Órgãos Governamentais, como a segurança na Copa do Mundo FIFA de 2014 e nos Jogos Olímpicos Rio 2016, pacificação das favelas da Maré - Rio de Janeiro, enviou tropas a Missão da ONU para Estabilização do Haiti (MINUSTAH) em vários contingentes (BRASIL, 2018a).

A partir de 1° de janeiro de 2018, constitui a Força de Atuação Estratégica do Exército (FAE), por sua capacidade rápida de aprestar-se e deslocar-se para qualquer ponto do território nacional (BRASIL, 2018a).

A carreira militar é uma escolha singular, uma vez que os que encaram esse desafio se veem na situação de afastamento do convívio familiar e amigos, com dedicação a uma nova rotina de vida que inclui exercícios físicos constantes e muitas vezes exaustivos para o preparo do corpo, privação do sono, regime de internato durante sua formação, além da adaptação ao respeito a hierarquia e disciplina, que rege todo o sistema do EB (JANSSENS, 2017; NEVES, 2018).

Durante toda sua carreira, o militar assumirá funções diversas, sendo que em algumas situações lhe será cobrado liderança e poder de decisão frente a um combate. Portanto, ao militar não cabe apenas ter capacidade técnica, mas também são necessários os atributos da camaradagem, responsabilidade, controle, adaptabilidade, resiliência que lhe garantirá o sucesso na missão empregada (JANSSENS, 2017; NEVES, 2018).

Dentre as atividades realizadas pelo militar do EB além das já citadas, podemos destacar as operações de Garantia da Lei e da Ordem (GLO) nas comunidades do Rio de Janeiro, missões de fronteira, defendendo os limites territoriais assim como o combate as atividades ilícitas, missões de pacificação no Haiti, ações cívicas sociais (ACISOS), normalmente realizadas para retribuir as cidades que ajudam nos treinamentos dos militares, ou seja, o militar deve estar sempre de prontidão, pois não há previsão de quando poderá ocorrer o seu chamamento para uma missão (JANSSENS, 2017; NEVES, 2018; BRASIL, 2018b).

O serviço militar expõe o profissional a diversos tipos de estresse, seja pela falta de rotina e previsibilidade no trabalho, seja por trabalhar em lugares muitas vezes hostis, pela privação de sono, relações interpessoais com superiores e subordinados, ou por atuar diretamente com armamentos e equipamentos de alta periculosidade, além do fato de, atualmente, a mídia estar totalmente voltada para o militarismo (NEVES, 2007; SAREEN *et al.*, 2007; MARTINS; LOPES, 2012; CHOU *et al.*, 2014).

Portanto, saber lidar com todo esse contexto, gera situações de estresse e ansiedade nesses profissionais, interferindo muitas vezes na sua capacidade laboral. Como ao militar é exigido sempre uma rápida resposta e prontidão, pois uma decisão mal tomada pode custar muitas vezes a vida de um colega de trabalho, o estudo e melhor entendimento dos aspectos psicológicos, socioemocionais e físicos desses indivíduos é de grande importância.

Estudos apontam que a qualidade de vida dos militares é afetada negativamente pela rotina de trabalho, principalmente em locais onde há o emprego em missões de guerra como Afeganistão, Iraque, ou missões pacificadoras como Haiti, gerando muitas vezes o chamado transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) (SAREEN *et al.*, 2007; MARTINS; LOPES, 2012; MCKIBBEN *et al.*, 2013; PERIĆ *et al.,* 2013; CHOU *et al.*, 2014; Forbes *et al.*, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como sendo: “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura

e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHO, 1997).

Hoje em dia é sabido que há uma busca pelo aumento da qualidade de vida dos indivíduos em todos os campos, pois diante das crescentes demandas do mundo atual, os índices de estresse, depressão, vêm aumentando na população e isso se encontra diretamente ligado ao bem-estar como um todo, que acaba por refletir diretamente no trabalho e na vida pessoal.

Fatores psicológicos têm sido relacionados às parafunções orais, definida por Lobbezoo *et al.* (2013) como termo genérico que inclui comportamentos anormais das estruturas orais e músculos associados que diferem das necessidades funcionais fisiológicas, como mastigação, comunicação, deglutição ou respiração (LOBBEZOO *et al.*, 2013; PERROTTA *et al.*, 2019).

Esses comportamentos são geralmente inofensivos, mas, quando a frequência ou as forças excedem alguma tolerância fisiológica, podem causar efeitos prejudiciais aos músculos e articulações (HUANG *et al.*, 2018; OHRBACH; MARKIEWICZ; MCCALL JR, 2008; MICHELOTTI *et al.*, 2010; OHRBACH; MICHELOTTI, 2018).

A literatura nos mostra estudos com militares avaliando desordens psicológicas e traumáticas associadas à qualidade de vida, mas raros são os artigos que associam o estresse vivido na rotina dos militares com a presença ou não das parafunções orais (SAMPSON *et al.*, 2015; CARLOZZI *et al.*, 2016; QUEIRÓS *et al.*, 2020).

Existem diferentes questionários validados na literatura para se mensurar tanto a qualidade de vida como os hábitos parafuncionais, dentre eles podemos citar estudos que avaliam qualidade de vida geral como o WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life instrument*), WHOQOL-bref (*World Health Organization Quality of Life instrument - versão abreviada*), o SF-36 (*Short Form Health Survey 36*). (SPALJ *et al.*, 2012; SILVA *et al.* 2014; VINNIKOV *et al.*, 2017).

Como as parafunções estão relacionadas ao estresse, ansiedade, distúrbios do sono, a literatura nos permite investigá-las, além do âmbito clínico, através desses questionários que nos habilitam a indicar situações potenciais capazes de desencadear as parafunções. Dentre eles temos a Escala do nível de ansiedade e depressão (HAD), o questionário de consciência e vigilância do sono (PVAQ), Inventário de ansiedade de Beck, Inventário de depressão de Beck, Escala de Estresse Percebido (EEP), Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI-BR) (SPALJ *et al.*, 2012, VINNIKOV *et al.*, 2017).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo geral avaliar demográfica e epidemiologicamente a qualidade de vida e qualidade subjetiva do sono, ansiedade e depressão, conscientização e vigilância relacionada a dor, estresse e a presença/prevalência de hábitos parafuncionais em militares do EB.

2 Revisão de Literatura

2 **REVISÃO DE LITERATURA**

O trabalho desempenhado pelos militares das Forças Armadas de cada país, normalmente é de dedicação exclusiva, com disponibilidade de 24 horas por dia, todos os dias da semana. Esse regime de trabalho intenso, em conjunto com o constante treinamento, gera um estresse crônico que podem levar a diversos tipos de problemas físicos e/ou psicológicos tendo consequências diretas na qualidade de vida (MARÍN *et al.* ,2019).

O questionário *Short Form Health Survey 36* (SF-36), desenvolvido por Ware; Sherbourne em 1992, é um instrumento genérico multidimensional que avalia a qualidade de vida com propósito de detectar diferenças clínicas e socialmente relevantes na saúde, podendo ser usado tanto na população geral, como em grupos específicos (WARE; SHERBOURNE, 1992; LAGUARDIA *et al.*, 2013).

O SF-36 é composto por 36 questões divididas em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (sete itens), sociais (dois itens), emocionais (cinco itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens) e saúde mental (um item). O escore para cada domínio varia de zero a 100, sendo zero o pior e 100 o melhor estado de saúde (WARE; SHERBOURNE, 1992; DE SOÁREZ *et al.*,2009; OLIVEIRA; QUEMELO, 2014).

Foi traduzido e validado no Brasil por Ciconelli e colaboradores em 1999 e desde então vem sendo utilizado para as mais diversas categorias de estudos (CICONELLI *et al.*, 1999).

O estudo de Wang *et al.* (2020) investigou a qualidade do sono de militares de fronteiras remotas da China e sua relação com estratégias de enfrentamento, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde, pois segundo os autores a má qualidade do sono afeta negativamente a prontidão das operações militares e também está associada ao desenvolvimento de transtornos mentais e à diminuição da qualidade de vida. O estudo transversal foi realizado entre oficiais militares e soldados de um departamento de defesa de fronteira e um ambiente extremamente frio. Os participantes foram pesquisados por meio do Índice de

Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), do *Trait Coping Style Questionnaire* (TCSQ), da Escala de Ansiedade de Autoavaliação (SAS) e do Short Form Health Survey (SF-36). Os autores concluíram que a dificuldade de dormir é um problema prevalente e subestimado nas forças armadas que influencia negativamente a qualidade de vida, principalmente no que diz respeito as condições físicas e sociais. A avaliação e a educação sobre a dor foram recomendadas devido à dor corporal e seus impactos negativos na qualidade do sono, além de estratégias de enfrentamento, ansiedade e qualidade de vida relacionada a saúde (WANG *et al.*, 2020).

Conforme relatado acima, o Questionário índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) é um instrumento que avalia a qualidade subjetiva e perturbações do sono durante o período de um mês. É composto por 19 questões auto relatadas e cinco questões direcionadas ao cônjuge ou ao indivíduo que divide o quarto com o entrevistado, sendo que essas cinco últimas questões não contribuem para a pontuação final deste índice.

Foi desenvolvido por Buysse e colaboradores em 1989, validado no Brasil por Bertolazi *et al.* (2010), sendo um questionário padronizado simples e de fácil aceitação pelos pacientes. As 19 questões são divididas em sete domínios com escores de zero (nenhuma dificuldade) a três (dificuldade grave). Os domínios são: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, alterações do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna do sono. A somatória final dos componentes, que irá variar de 0 a 21, indicará a qualidade do sono, sendo que quanto maior a pontuação, pior é a qualidade do sono do indivíduo avaliado. Um escore global maior que 5, ou seja o indivíduo pontuou pelo menos 1 em 5 domínios, já distingue um bom “dormidor” de um mau “dormidor” (BUYSSE *et al.*, 1989; FONSECA *et al.*, 2010; ARAÚJO *et al.*, 2015).

Segundo Chaves e Shimizu (2020), os policiais militares fazem parte de um grupo distinto da população por estarem lidando, no seu cotidiano, com a violência e a criminalidade, tornando-se mais suscetíveis a desenvolverem a síndrome de *burnout*, com redução significativa da produtividade e alteração da qualidade do sono. Assim os autores objetivaram correlacionar a síndrome

de *burnout* e a qualidade do sono dos policiais. A amostra constou com 32 policiais militares pertencentes ao batalhão de polícia militar da cidade de Teresina, Piauí. A coleta de dados ocorreu por meio de um formulário contendo informações sociodemográficas e dois questionários: *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). Os autores concluíram que as dimensões exaustão emocional e des-personalização apresentam correlação significativa com a qualidade do sono (CHAVES; SHIMIZU, 2020).

No campo da ansiedade e depressão o instrumento amplamente utilizado é a Escala de Ansiedade e Depressão (HAD - *Hospital Anxiety and Depression Scale*), composto de 14 itens, pontuados de 0 a 3, desenvolvida por Zigmond e Snaith em 1983 para a avaliação de sintomas ansiosos e depressivos, em pacientes internados por condições médicas diversas (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

Essa escala tem como foco alterações subjetivas, e não sintomas físicos que poderiam ser decorrentes da condição médica, o que viabiliza seu uso em diversos grupos (PINTO; CAVESTRO; FEREIRA, 2018).

Validada no Brasil por Botega e colaboradores em 1995, contém 14 questões de múltipla escolha composta por duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala varia de 0 a 21. Com ponto de corte para cada subescala de: 0 – 8: sem ansiedade ou depressão, acima de 9: com ansiedade ou depressão (BOTEGA *et al.*, 1995; NUNES *et al.*, 2013).

A Escala de Estresse Percebido (EEP) foi inicialmente desenvolvida por Cohen, Karmack e Mermelsteinm (1983), sendo composta por 14 itens, 7 positivos e 7 negativos, é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a percepção do estresse, tendo sido validada em diversos países (COHEN; KARMACK; MERMELSTEINM, 1983; LUFT *et al.*, 2007).

Validada por Luft *et al.* (2007), a EEP possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre), possuindo questões com conotação positiva e

negativa. O total da escala é a soma das pontuações das 14 questões e os escores podem variar de zero a 56. Apresenta a grande vantagem de ser um instrumento curto, de fácil aplicação e entendimento favorecendo sua utilização em conjunto com outros questionários (LUFT *et al.*, 2007; QUEIRÓS *et al.*, 2020).

Hartley e colaboradores em 2013 realizaram um estudo com 452 policiais da cidade de Buffalo – NY, com o intuito de analisar se o fato de alguns desses policiais terem atuado no serviço militar, participando ou não de ações de combate, antes de entrarem para a polícia, teria alguma influência na capacidade de enfrentamento deles em situações de estresse físico e psicológico. Foram aplicados questionários, dentre eles o EEP, e a conclusão foi que os policiais com serviço militar prévio, tinham capacidade de lidar melhor em circunstâncias de estresse, não se deixando influenciar por agentes estressores específicos do ambiente de trabalho policial, uma vez que já estavam habituados a lidarem com tais situações nas forças armadas (HARTLEY *et al.*, 2013).

Queirós e colaboradores em 2020 realizaram um estudo no qual um dos objetivos foi fazer uma revisão de literatura para identificar quais os questionários mais utilizados para abordar o estresse ocupacional vivenciado por policiais. Dentre os instrumentos encontrados, pôde-se observar que o EEP é um questionário utilizado por vários países para abordar a questão do estresse no ambiente de trabalho, e que houve um aumento considerável de estudos relacionados a esse tema a partir de 2010 (QUEIRÓS *et al.*, 2020).

Fato esse provavelmente relacionado ao impacto do estresse na questão de saúde pública, pois influencia tanto na questão dos gastos com tratamento de depressão, ansiedade, *burnout*, quanto no aspecto psicossocial de casos de suicídio (LOGAN *et al.*, 2016; PRUITT *et al.,* 2019; QUEIRÓS *et al.*, 2020).

Martins e Lopes em 2013 em seu estudo sobre o estresse no trabalho associado ao posto/graduação do militar e a atividade física, obtiveram como principais conclusões que o estresse no trabalho estava associado com níveis mais elevados de “atividade física ocupacional” e níveis mais baixos de “atividade física em esportes/ exercícios nos tempos livres”. Os autores também observaram que o

posto de “tenente” e “cabos e soldados” foram os que tiveram a maior associação com o estresse, uma vez que os tenentes ficam em uma situação “sanduiche”, pois são o posto mais baixo entre os oficiais e o mais alto entre os graduados, o que os leva na maior parte do tempo a se reportarem a um grande número de superiores hierárquicos assim como serem responsáveis por realizar as tarefas e missões junto aos seus subordinados. Já os cabos e soldados são a força combatente de atuação direta nas missões.

Estresse, sono, ansiedade, depressão, influenciam na qualidade de vida do indivíduo como um todo, porém, outro fato observado que interfere não só no aspecto psicossocial, mas também no físico, é a dor, que muitas vezes, dependendo do grau, pode afetar no rendimento profissional das pessoas.

Em uma visão geral, o ser humano necessita estar atento para que ele possa perceber situações de risco e assim estar apto para solucioná-las. Quando há uma experiência de dor, existe um bloqueio automático da atenção e nosso sistema cognitivo se volta totalmente para a situação da “dor”. A atenção excessiva ao quadro de dor pode exacerbar a mesma, sendo esse fenômeno conhecido como “Hipervigilância” (MCWILLIAMS; ASMUNDSON, 2001; ROELOFS *et al.*, 2002; ROELOFS *et al.*, 2003).

Pacientes ansiosos possuem um medo maior de ter dor. E, como consequência, eles podem ficar mais “atentos” a quadros de possível dor, levando a uma situação de constante hipervigilância. Isso faz com que muitas vezes as pessoas evitem precocemente se envolverem em situações pelo simples “medo” de que possam vir a sentir qualquer tipo de dor, podendo resultar em casos de depressão, reclusão, tendo influência direta na vida social e profissional do indivíduo” (MCWILLIAMS; ASMUNDSON, 2001; ROELOFS *et al.*, 2002; ROELOFS *et al.*, 2003).

Desenvolvido por McCracken em 1997, o Questionário de Conscientização e Vigilância Relacionada à Dor (PVAQ - *Pain Vigilance Awareness Questionnaire*), é um instrumento desenvolvido para auxiliar a detectar quadros de hipervigilância podendo ser utilizado em conjunto com outros instrumentos de

avaliação de ansiedade, depressão, estresse, para um melhor resultado final (MCCRACKEN *et al.*, 1997).

O Questionário de Conscientização e Vigilância Relacionada a Dor é composto por 16 itens com respostas em uma escala de 6 pontos (0= nunca a 5= sempre), sendo que os participantes têm que responder baseado nas situações vividas nas últimas duas semanas. A avaliação final é feita de acordo com a somatória dos pontos, sendo que quanto maior o escore mais "consciente e atento" o indivíduo é em relação à dor (MCCRACKEN, 1997). A validação desse questionário no Brasil ocorreu em 2017 por Bonafé, Marôco e Campos (2018). Não há na literatura trabalhos que relacionem indivíduos das forças armadas ou militares e o questionário de hipervigilância a dor (BONAFÉ; MARÔCO; CAMPOS, 2018).

Roelofs em 2003 observou que pacientes que foram identificados no Questionário de Conscientização e Vigilância Relacionada a Dor como mais "conscientes e vigilantes" a dor, também relataram níveis mais elevados de intensidade de dor, sofrimento emocional, deficiência psicossocial e mais visitas médicas (ROELOFS *et al.*, 2003).

Outro fato amplamente observado nos estudos, é que indivíduos ansiosos, estressados, com hábitos de vida não saudável, podem desenvolver parafunções orais (MICHELOTTI *et al.*, 2010; VAN DER MEULEN *et al.*, 2014; MANFREDINI *et al.*, 2017; DONNARUMMA *et al.*, 2018; BARBOSA *et al.*, 2018).

Hábitos parafuncionais são observados com certa frequência na população em sua totalidade e pode gerar danos na dentição, sistema mastigatório e/ou articulações quando extrapolam os limites fisiológicos, estando ligados com as disfunções temporomandibulares (DTMs). (KAPLAN; OHRBACH, 2016; CHOW; CIOFFI, 2019; ATSÜ *et al.*, 2019).

A literatura mostra que há uma maior prevalência de hábitos parafuncionais em militares, uma vez que esses profissionais estão expostos aos mais diversos tipos de estresse que afetam qualidade do sono, saúde física, mental. Esse estresse no ambiente de trabalho tem um impacto direto no sistema

estomatognático, que pode levar a uma maior contratura dos músculos da mastigação, assim como a atritos dentários, disfunções nas articulações temporomandibulares entre outros. (CARVALHO; CURY; GARCIA, 2008; MARÍN *et al.*, 2019).

Parafunção oral é um termo coletivo que se refere a uma gama de comportamentos envolvendo os músculos faciais que ocorrem sem uma razão funcional. São atividades que vão além da função fisiológica de mastigar, engolir ou falar. Dentre as parafunções orais existentes temos o bruxismo (ranger ou apertar os dentes durante o sono ou acordado), mascar chicletes, roer unhas, situações que colocam tensão na mandíbula como tocar um instrumento de sopro, dormir de barriga para baixo, entre outros (MICHELOTTI *et al.*, 2010; VAN DER MEULEN *et al.*, 2014; MANFREDINI *et al.*, 2017; DONNARUMMA *et al.*, 2018; BARBOSA *et al.*, 2018).

Uma das consequências dessas parafunções são as DTMs, tema amplamente debatido e relatado na literatura na área da saúde/odontologia (MICHELOTTI *et al.*, 2010; VAN DER MEULEN *et al.*, 2014; MANFREDINI *et al.*, 2017; DONNARUMMA *et al.*, 2018; BARBOSA *et al.*, 2018).

Atualmente a abordagem da parafunção oral/ hábitos parafuncionais pode ser feita através do questionário "*Oral Behaviors Checklist*" (OBC). O conteúdo do OBC compõe o RDC/TMD - *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD)", desenvolvido por Dworkin e Leresche (1992). Em 2013 houve uma atualização desse projeto, por Ohrbach e colaboradores, para "*Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD)". Foi traduzido, validado e atualizado em julho/2020 no Brasil por Pereira Jr. e colaboradores (DWORKIN; LERESCHE, 1992; OHRBACH *et al.*, 2013; OHRBACH, 2016).

O principal objetivo do OBC é verificar o acesso e mensuração dos comportamentos relacionados aos hábitos parafuncionais diurnos (vigília) e noturnos (sono), ambos de potencial relevância nas desordens relacionadas à dor. O OBC é um instrumento de autorrelato que inclui uma grande variedade de comportamentos envolvendo a mandíbula, como ranger ou apertar os dentes, mascar chicletes,

alguns facilmente observáveis (ex: bocejar), outros mais difíceis de serem percebidos (ex: apoiar a mandíbula) (KAPLAN; OHRBACH, 2016; CHOW; CIOFFI, 2019).

De acordo com o manual DC/TMD de Ohrbach e Knibee (2016), o OBC foi inicialmente desenvolvido como uma lista de verificação, a fim de determinar melhor a presença de comportamentos parafuncionais; não havia expectativa para pontuação diferente de uma simples contagem do número de comportamentos. O escore do OBC é uma escala ordinal de 5 pontos, com variação de 0 a 4 ou "nunca" a "todo o tempo" e se refere as situações vivenciadas no último mês.

É um instrumento de fácil aplicabilidade, simples e acessível, tendo sido consolidado na literatura (MICHELOTTI *et al.*, 2010; VAN DER MEULEN *et al.*, 2014; DONNARUMMA *et al.*, 2018; BARBOSA *et al.*, 2018).

A maior limitação do OBC, assim como na maioria dos questionários de autorrelato, é que os comportamentos/situações alvo, geralmente ocorrem além do momento no qual o paciente está preenchendo. Como os hábitos parafuncionais podem ser discretos, ou seja, não ocorrerem com muita frequência, eles podem passar despercebidos/esquecidos durante o preenchimento, levando a uma subnotificação (OHRBACH *et al.,* 2011; KAPLAN; OHRBACH, 2016; ANTOUN *et al.,* 2016; CHOW *et al.,* 2018).

Dada a alta demanda em entender melhor o assunto e a importância de se ter estudos longitudinais controlados capazes de esclarecer sobre os fatores de riscos para o estabelecimento e persistência das DTM´s, o NIDCR - *National Institute of Dental and Craniofacial Research*, criou em 2005, tendo como Investigador Principal geral o Dr. William Maixner, o projeto Intitulado OPPERA - *Orofacial Pain: Prosepctive Evaluation and Risk Assessment* (Dor Orofacial: Avaliação Prospectiva e Fatores de Risco), um estudo clínico prospectivo no qual os principais objetivos foram identificar os fatores de risco psicológicos e fisiológicos, características clínicas associadas a mecanismos genéticos que influenciam o desenvolvimento das DTM´s (DWORKIN, 2011).

O OPPERA gerou uma série de artigos clínicos que enriqueceram a literatura sobre o tema, nos permitindo ter dados para relacionar com o presente estudo. Ohrbach *et al*. (2011), em seu estudo "Achados clínicos e sintomas de dor como fatores de risco potenciais para DTM crônica: dados descritivos e domínios do estudo de caso-controle da OPPERA", observaram na amostra estudada (n=3,263 controle e 185 pacientes com DTM - caso) que os hábitos parafuncionais, computados através do questionário OBC, foram mais frequentes em pacientes com DTM (OHRBACH *et al.*, 2011). Nesse estudo, 83% da amostra teste, ou seja, dos pacientes diagnosticados com DTM, apresentaram escores acima de 25 no OBC, estando de acordo com o Manual DC/TMD, que indica que pontuações entre 1-24 são caracterizadas com baixo risco e de 25-84 alto risco (OHRBACH *et al.*, 2011; OHRBACH e KNIBEE, 2016).

Su *et al*. (2017), em um estudo sobre a associação da má oclusão, autorrelato de bruxismo, preferência pelo lado da mastigação com a qualidade de saúde bucal em pacientes com osteoartrite, utilizando o OBC, encontrou dentre os 515 pacientes, 21% relatos de bruxismo em vigilia e 70,3% relatando bruxismo do sono. Neste estudo eles consideraram "sim" para as questões assinaladas de 1 a 4, apenas o 0 (zero) foi considerado "não" (SU *et al*., 2017).

Chow e Cioffi (2019) realizaram um trabalho sobre os efeitos da relação dos traços de ansiedade, somatização e dor no aumento da incidência do autorrelato de comportamentos orais. O estudo compreendeu 255 estudantes divididos em dois grupos, grupo caso: 47 auto relataram dor relacionada à DTM e grupo controle: 208 indivíduos sem dor. Na análise do instrumento OBC, eles encontraram diferença estatística para o grupo "Dor" (valores maiores que o controle), na análise de correlação eles confirmaram que os comportamentos orais estão relacionados com casos de dor associados às DTMs, e concluíram que tanto a somatização, quanto os traços de ansiedade possuem relação positiva com os comportamentos orais (CHOW; CIOFFI, 2019).

3 Proposição

3 **PROPOSIÇÃO**

Objetivo Geral: avaliar demográfica e epidemiologicamente os índices de qualidade de vida, qualidade subjetiva do sono, ansiedade e depressão, estresse, conscientização e vigilância relacionada a dor e a prevalência/presença de hábitos parafuncionais, através de questionários específicos em militares do EB.

Objetivos Específicos:

1. Comparar os índices de qualidade de vida, qualidade subjetiva do sono, ansiedade e depressão, estresse, conscientização e vigilância relacionada a dor e a prevalência/presença de hábitos parafuncionais em MC e MT do EB;
2. Comparar os índices de qualidade de vida, qualidade subjetiva do sono, ansiedade e depressão, estresse, conscientização e vigilância relacionada a dor e a prevalência/presença de hábitos parafuncionais em MisR e N-MisR do EB.

4 Métodos

4 **MÉTODOS**

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo observacional transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa com vistas a conhecer questões demográficas e epidemiológicas e qualidade de vida dos militares e presença de parafunções. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de 6 (seis) instrumentos e um questionário sociodemográfico para definição do perfil dos participantes. Dos 6 (seis) instrumentos, um foi aplicado para a avaliação da qualidade de vida geral e cinco para a avaliação de qualidade subjetiva do sono, ansiedade, estresse, hipervigilância e hábitos parafuncionais.

4.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

O estudo foi realizado no 37º BIL, organização militar presente na cidade de Lins-SP, que hoje é composto por 595 militares ativos e 165 inativos. Os ativos são formados por 582 homens (97,81%) e 13 mulheres (2,18%).

Os critérios de exclusão foram: pertencer ao sexo feminino, encontrar-se afastado das atividades por problemas médicos por mais de 30 dias, estar escalado para missão fora da guarnição por um período maior que 60 dias, ou simplesmente não ser voluntário.

Todos os militares da ativa do 37º BIL foram convidados durante os meses de coleta de dados a participarem da pesquisa. Do total dos 595 indivíduos, 183 aceitaram preencher os questionários.

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 Procedimentos éticos

Em obediência às resoluções propostas pelas Diretrizes e Normas em Pesquisa em Seres Humanos, esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP) – (Parecer nº 2.821.111) – e conduzido de acordo com seus princípios.

Foi emitida uma carta ao Comandante do 37º BIL, local de realização da coleta de dados, e o mesmo autorizou a aplicação dos questionários (APÊNDICE A).

Todos os participantes voluntários foram devidamente esclarecidos sobre o propósito do estudo em questão e sobre o total sigilo em relação às respectivas identidades e então assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE B).

4.3.2 Aplicação dos questionários

A coleta de dados foi realizada nos meses de março/2018 a maio/2019 através da aplicação de 7 (sete) instrumentos. Esses questionários foram administrados em uma sala com capacidade para grupos de aproximadamente 10 a 20 pessoas por vez, porém foram preenchidos individualmente, para que não houvesse constrangimento do paciente.

A aplicação em forma de grupo foi escolhida para que as questões pudessem ser projetadas, lidas e explicadas uma a uma para melhor compreensão dos participantes, uma vez que tínhamos pessoas de todo nível de escolaridade.

Alguns militares, principalmente os de seções administrativas, optaram por responderem individualmente em suas salas, para que não fosse alterada a rotina de trabalho.

Foi dado, um intervalo de 1 (uma) semana entre cada questionário para diminuir o viés, cada questionário levou em média de 5 (cinco) a 10 (dez) minutos para ser preenchido, contando com o tempo de exposição e explicação das perguntas.

Os instrumentos aplicados foram os seguintes:

Para definição do perfil da amostra, foi aplicado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE C). Trata-se de um formulário de entrevista com questões abertas e fechadas sobre/contendo idade, grau de escolaridade, estado civil, se possui filhos, número de filhos, se fuma, quantos maços por dia, se bebe, quantas vezes por semana, tipo de vínculo com o exército (carreira ou temporário), tempo de serviço no exército, posto, graduação, participação em missão real, qual missão real.

Os questionários aplicados foram:

Para a avaliação da qualidade de vida geral:

- SF-36 (ANEXO A);

Para avaliação da qualidade subjetiva do sono, ansiedade e depressão, estresse, conscientização e vigilância relacionada à dor e hábitos parafuncionais, foram utilizados os seguintes questionários:

- Índice de Qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI-BR) (ANEXO B);
- Escala HAD – nível de ansiedade e depressão (ANEXO C);
- Escala de Estresse Percebido (EEP) (ANEXO D);
- Consciência e vigilância a dor (PVAQ) (ANEXO E);
- Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC) (ANEXO F).

4.4 FORMA DE ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

4.4.1 SF-36

O SF-36 é composto por 36 questões divididas em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (sete itens), sociais (dois itens), emocionais (cinco itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens) e saúde mental (um item). O escore para cada domínio varia de zero a 100, sendo zero o pior e 100 o melhor estado de saúde

O primeiro passo é identificar qual o valor de referência para cada questão do questionário. Para isso temos algumas regras.

Aplica-se à pergunta 01**:** Se a resposta for:

1 = 5,0

2 = 4,4

3 = 3,4

4 = 2,0

5 = 1,0

Aplica-se às questões 02, 10**:** Considerar os mesmos valores.

Aplica-se às questões 03, 04 e 05**:** Somar todos os valores.

Aplica-se à pergunta 06**:** Se a resposta for:

1 = 5

2 = 4

3 = 3

4 = 2

5 = 1

Aplica-se à pergunta 07**:** Se a resposta for:

1 = 6,0

2 = 5,4

3 = 4,2

4 = 3,1

5 = 2,0

6 = 1,0

Aplica-se à pergunta 08**:** A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7.

Se 7=1 e se 8=1 o valor da questão é 6.

Se 7=2 a 6 e se 8=1 o valor da questão é 5.

Se 7=2 a 6 e se 8=2 o valor da questão é 4.

Se 7=2 a 6 e se 8=3 o valor da questão é 3.

Se 7=2 a 6 e se 8=4 o valor da questão é 2.

Se 7=2 a 6 e se 8=5 o valor da questão é 1.

Se a questão 7 não for respondida considerar se a resposta for:

1 = 6

2 = 4,75

3 = 3,5

4 = 2,25

5 = 1,0

Aplica-se à pergunta 09**:** Nesta questão basta atentar para os itens (a,d,e,h) eles deverão seguir a seguinte orientação:

1 = 6

2 = 5

3 = 4

4 = 3

5 = 2

6 = 1

Para os demais itens (b,c,f,g,i) o valor será mantido o mesmo.

Aplica-se a pergunta 11**:** Nesta questão os itens deverão ser somados, porém nos itens b e d segue a seguinte pontuação:

1 = 5

2 = 4

3 = 3

4 = 2

5 = 1

Raw score: Na segunda etapa do cálculo é necessário encontrar o *Raw Score* (termo utilizado pois o valor não representa nenhuma unidade de medida). É preciso transformar os valores das questões anteriores em notas para cada um dos 8 domínios do questionário.

Os domínios variam de 0 a 100, onde 0 é pior e 100 é melhor. Por exemplo, quanto mais perto do 100 melhor a qualidade de vida do indivíduo naquele domínio e quanto mais próximo de 0, pior.

Fórmula para cálculo do domínio:

Domínio = Valor obtido nas questões correspondes – limite inferior X 100
Variação (Score Range)

Os valores de Limite inferior e variação (Score Range) são fixos e foram apresentados no Quadro 1 abaixo.

1 – Quadro de referência questionário SF-36

Domínio	Questões	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	3	10	20
Limitação por aspectos físicos	4	4	4
Dor	07 e 08	2	10
Estado geral de saúde	01 e 11	5	20
Vitalidade	09 (somente para os itens a,e,g,i)	4	20
Aspectos sociais	06 e 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	5	3	3
Saúde mental	09 (somente para os itens b,c,d,f,h)	2	25

Para a análise dos 183 questionários, foi utilizado o link <https://www.cdof.com.br/testes13.htm>, que disponibiliza uma fórmula já pronta para cálculo dos dados, seguindo toda a descrição acima. (WARE; SHERBOURNE, 1992).

4.4.2 Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)

O Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh - PSQI é um instrumento que avalia a qualidade subjetiva e perturbações do sono durante o período de um mês. É composto por 19 questões auto relatadas e cinco questões direcionadas ao cônjuge ou ao indivíduo que divide o quarto com o entrevistado, sendo que essas cinco últimas questões não contribuem para a pontuação final deste índice.

Para o cálculo dos valores finais, tomaram-se por referência as instruções dadas por Buysse *et al.* (1989):

- 1º componente (qualidade subjetiva do sono) – Questão 6, converter as respostas em escore: muito boa (0), boa (1), ruim (2) e muito ruim (3);
- 2º componente (latência do sono) - Questão 2, converter as respostas em escore: <ou= 15min (0), 16-30min (1), 31-60min (2), >60min (3). Questão 5a, converter as respostas em escore: nenhuma vez (0), menos de 1 vez/sem (1), 1-2 vezes/sem (2), 2-3 vezes/sem (3). Para calcular o escore total, soma-se a resposta das duas questões, que podem variar de 0 a 3 pontos.
- 3º componente (duração do sono) - Questão 4, converter as respostas em escore, quanto maior o número de horas dormidas menor é o escore: >7h (0), entre 6 e 7 horas (1), entre 5 e 6 horas (2), menos que 5 horas (3).
- 4º componente (eficiência do sono) – examine a Questão 2 e atribua a pontuação da seguinte forma:
    - Escreva o número de horas dormidas (questão 4);
    - Calcule o número de horas no leito: horário de levantar (questão 3) subtraia o horário de deitar (questão 1);
    - Calcule a eficiência do sono: $\frac{\text{n° de horas dormidas}}{\text{n° de horas no leito}} \times 100$
    - Atribua a pontuação do componente 4 da seguinte maneira: >85% (0), 75-84% (1), 65-74% (2), e < 65% (3).
- 5º componente (distúrbios do sono) – Questões 5b a 5j, converter as respostas em escore: nenhuma vez (0), menos de 1 vez/sem (1), 1-2 vezes/sem (2), 2-3 vezes/sem (3). Some os valores da 5b e 5j e converta em escores: somatória igual a 0 (0), entre 1-9 indica (1), entre 10-18 (2), e entre 19-27 (3). Quanto maior o escore final, mais distúrbios foram apresentados e com maior frequência ocorrem.
- 6º componente (uso de medicação para dormir) – Questão 7, converter as respostas em escore: nenhuma vez (0), menos de 1 vez/sem (1), 1-2 vezes/sem (2), 2-3 vezes/sem (3).
- 7º componente (disfunção durante o dia) – Questões 8 e 9: converter as respostas da questão 8 em escores: nenhuma vez (0), menos de 1 vez/sem (1), 1-2 vezes/sem (2), 2-3 vezes/sem (3). Converter as respostas da questão

9 em escores: nenhuma (0), pequena (1), moderada (2), muita (3). Some a pontuação das duas questões e atribua um escore: zero (0), 1-2 (1), 3-4 (2), 5-7 (3).

Por fim os escores dos sete componentes são somados para conferir uma pontuação global do Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), a qual varia de 0 a 21: 0-4 “boa”, 5-10 “ruim”, maior que 10 – presença de distúrbio do sono. (BUYSSE, 1989)

Para auxiliar no cálculo e análise dos questionários, utilizou-se como base, além da referência supracitada, os seguintes links: <https://julianadentista.files.wordpress.com/2011/07/escore-do-questionc3a1rio-de-pittsburg.pdf> <https://onedrive.live.com/view.aspx?resid=58FAD02986928E8F!6876&ithint=file%2cxlsx&authkey=!AHfTt7_1K620Ojo>

4.4.3 Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)

A Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) é composta por 14 questões de múltipla escolha divididas em duas subescalas: Ansiedade: questões 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, e Depressão: questões 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14. A pontuação global em cada subescala varia de 0 a 21. A análise final é feita pela somatória simples dos escores de cada questão (0-3).

O resultado é interpretado da seguinte maneira para cada subescala: 0 – 8: sem ansiedade ou depressão, acima de 9: com ansiedade ou depressão (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

4.4.4 Escala de Estresse Percebido (EEP)

A Escala do Estresse Percebido (EEP) mede o grau em que as situações na vida de uma pessoa são avaliadas como estressantes. Apresenta 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre).

As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) tiveram sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas (1, 2, 3, 8, 11 e 12) e foram somadas diretamente.

O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56. Sendo que quanto maior a pontuação maior a percepção de estresse do indivíduo (COHEN; KARMACK; MERMELSTEINM, 1983).

4.4.5 Questionário de Consciência e Vigilância Relacionada a Dor (PVAQ)

O Questionário de Consciência e Vigilância Relacionada à Dor (PVAQ) é composto por 16 itens com respostas em uma escala de 6 pontos (0= nunca a 5= sempre), sendo baseado nas situações vividas nas últimas duas semanas.

A avaliação final escolhida foi a somatória simples dos escores de cada questão, sendo que as questões 8 e 16 devem ter seus escores invertidos, conforme proposto por McCracken em 1997. Ao interpretar devemos atentar que quanto maior o escore mais “consciente e atento” o indivíduo é em relação à dor – hipervigilante (MCCRACKEN, 1997).

4.4.6 Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC)

A Lista de Checagem de Comportamentos Orais – *Oral Behaviors Checklist* (OBC), é um instrumento composto por 21 questões, sendo as questões 1 e 2 relacionadas ao “sono” e as demais (3 - 21), relacionadas a “vigília”.

As questões possuem escores que variam de 0 a 4, podendo chegar a uma pontuação máxima de 84. A pontuação pode ser calculada como a soma do número de itens com resposta diferente de zero ou como uma soma ponderada (média dos respectivos itens). Ainda não foram estabelecidas normas para este instrumento.

O Manual DC/TMD, no qual o OBC pertence, sugere como interpretação dos dados a somatória dos escores, sendo que um escore final de zero indica situação de normalidade, 1-24 baixo risco de apresentar DTM, 25-84 alto risco de apresentar DTM (OHRBACH; KNIBBE, 2016).

Essa interpretação foi realizada com base na comparação de indivíduos com DTM crônica comparados com aqueles sem DTM, uma pontuação média final do OBC entre 0-16 representa uma situação de normalidade ou baixo risco, já uma pontuação entre 17-24 ocorre duas vezes mais em pacientes com DTM, enquanto uma pontuação acima de 25 ocorre 17 vezes mais na presenca de DTM, logo esse índice é considerado como fator de risco para as disfunções temporomandibulares (OHRBACH, KNIBEE, 2016).

No presente estudo optamos por realizar tanto a soma total dos escores, como as médias de cada questão, para que pudéssemos ter mais dados comparativos.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados em banco de dados eletrônicos por meio de digitação em planilha do aplicativo Microsoft Excel. Após essa organização prévia, foram exportados para o programa SigmaPlot 12.0.

A amostra foi dividida em grupos para realizar comparações dos dados utilizando-se o teste t de Student. Foram comparados os resultados entre MC x MT e entre MisR x N-MisR. Foram considerados estatisticamente significantes aqueles resultados que apresentaram $p \leq 0,05$.

Para descrever o perfil da amostra (n=183) segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas com valores de frequência absoluta e percentual, e estatísticas descritivas com medidas de posição – média, desvio-padrão e valor de *p*.

5 Resultados

5 RESULTADOS

Dentro da população estudada e de acordo com os critérios de exclusão, 183 indivíduos voluntários fizeram parte do presente estudo.

Baseado no levantamento de dados proposto pelo questionário geral “A” pode-se traçar o perfil demográfico dos participantes conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados demográficos

(continua)

Características	MC		MT		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de Vínculo	**55**	30,1%	128	69,9%	183	100,0%
Missão Real						
Não	14	25,5%	56	43,8%	70	38,3%
Sim	41	74,5%	72	56,3%	113	61,7%
Total Geral	**55**	**100,0%**	**128**	**100,0%**	**183**	**100,0%**
Posto						
Soldado	0	0,0%	91	71,1%	91	49,7%
Cabo	0	0,0%	25	19,5%	25	13,7%
Sargento	38	69,1%	6	4,7%	44	24,0%
Subtenente	3	5,5%	0	0,0%	3	1,6%
Tenente	5	9,1%	6	4,7%	11	6,0%
Capitão	5	9,1%	0	0,0%	5	2,7%
Major	4	7,3%	0	0,0%	4	2,2%
Total Geral	**55**	**100,0%**	**128**	**100,0%**	**183**	**100,0%**
Tempo de serviço em anos						
1-5	12	21,8%	121	94,5%	133	72,7%
6-10	11	20,0%	7	5,5%	18	9,8%
11-15	7	12,7%	0	0,0%	7	3,8%
16-20	7	12,7%	0	0,0%	7	3,8%
21-25	11	20,0%	0	0,0%	11	6,0%
26-30	5	9,1%	0	0,0%	5	2,7%
31-35	2	3,6%	0	0,0%	2	1,1%
Total Geral	**55**	**100,0%**	**128**	**100,0%**	**183**	**100,0%**

Tabela 1 – Dados demográficos

(continuação)

Características	MC		MT		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
10-19	0	0,0%	35	27,3%	35	19,1%
20-29	19	34,5%	89	69,5%	108	59,0%
30-39	18	32,7%	4	3,1%	22	12,0%
40-49	17	30,9%	0	0,0%	17	9,3%
50-60	1	1,8%	0	0,0%	1	0,5%
Total Geral	**55**	**100,0%**	**128**	**100,0%**	**183**	**100,0%**
Escolaridade						
médio incompleto	0	0,0%	12	9,4%	12	6,6%
médio completo	27	49,1%	97	75,8%	124	67,8%
superior incompleto	8	14,5%	16	12,5%	24	13,1%
superior completo	19	34,5%	3	2,3%	22	12,0%
pós-graduação	1	1,8%	0	0,0%	1	0,5%
Total Geral	**55**	**100,0%**	**128**	**100,0%**	**183**	**100,0%**
Estado Civil						
Casado	37	67,3%	19	14,8%	56	30,6%
Divorciado	2	3,6%	0	0,0%	2	1,1%
Solteiro	15	27,3%	108	84,4%	123	67,2%
união estável	0	0,0%	1	0,8%	1	0,5%
Viúvo	1	1,8%	0	0,0%	1	0,5%
Total Geral	**55**	**100,0%**	**128**	**100,0%**	**183**	**100,0%**
Quantidade de filhos						
0	25	45,5%	112	87,5%	137	74,9%
1	12	21,8%	12	9,4%	24	13,1%
2	16	29,1%	4	3,1%	20	10,9%
3	2	3,6%	0	0,0%	2	1,1%
Total Geral	**55**	**100,0%**	**128**	**100,0%**	**183**	**100,0%**
Bebe						
não bebe	28	50,9%	65	50,8%	93	50,8%
Bebe	27	49,1%	63	49,2%	90	49,2%
Total Geral	**55**	**100,0%**	**128**	**100,0%**	**183**	**100,0%**

Tabela 1 – Dados demográficos

(conclusão)

Características	MC		MT		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bebe quantas vezes por semana						
0	28	50,9%	65	50,8%	93	50,8%
1	11	20,0%	26	20,3%	37	20,2%
2	14	25,5%	36	28,1%	50	27,3%
3 ou mais	2	3,6%	1	0,8%	3	1,6%
Total Geral	**55**	**100,0%**	**128**	**100,0%**	**183**	**100,0%**
Fuma						
Fuma	5	9,1%	17	13,3%	22	12,0%
não fuma	50	90,9%	111	86,7%	161	88,0%
Total Geral	**55**	**100,0%**	**128**	**100,0%**	**183**	**100,0%**
Quantidade de maços por dia						
0	0	0%	0	0,0%	0	0,0%
1	5	100%	17	100,0%	22	100,0%
Total Geral	**5**	**100%**	**17**	**100,0%**	**22**	**100,0%**

A tabela 1 mostra que dos 183 participantes do estudo, 128 são MT e 55 MC. Quando analisados dentro dos seus postos/graduações foi visto que 49,7% da amostra é composta por soldados, como dito anteriormente, a grande massa dentro do EB.

Esse dado vem diretamente ligado ao número de militares presentes no estudo que já participaram de algum tipo de missão real. Pode-se observar que 61,7% dos entrevistados já vivenciaram alguma experiência de combate real.

No campo “tempo de serviço em anos” ainda na Tabela 1, novamente o dado vem ao encontro de maior número de MT da amostra, uma vez que 72,7% dos participantes possuem entre 1-5 anos de serviço, ou seja, estão dentro dos 8 (oito) anos previstos para o MT.

Quando analisados os campos “idade”, “escolaridade”, “estado civil” e “quantidade de filhos”, observa-se uma relação de concordância entre o fato de 78,1% da amostra ter entre 18-29 anos e 67,8% possuir ensino médio completo. Quando vistos os dados relativos ao estado civil e filhos, vemos novamente uma relação positiva, uma vez que 67,2% dos participantes são solteiros e 74,9 % não possuem filhos.

Em relação aos hábitos de beber e fumar observa-se um equilíbrio entre os que bebem (49,2%) com os que não bebem (50,8%) e uma grande diferença em quem fuma, com 88% de indivíduos não fumantes no estudo.

Para melhor compreensão iremos dividir os resultados conforme os grupamentos estudados.

5.1 – RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS PARA OS GRUPOS MILITARES DE CARREIRA (MC) COMPARADOS AOS MILITARES TEMPORÁRIOS (MT)

Sendo assim, a Tabela 2 nos mostra o resultado do SF-36:

Tabela 2 – SF-36 - Comparação entre MC e MT

Questionário	MC (n=55)		MT (n=128)		p
	Média	DP	Média	DP	
SF36					
Capacidade funcional	85,91	15,96	93,71	9,01	**0,000042**
Limitação por aspectos físicos	70,91	35,60	78,91	56,60	0,334337
Dor	60,85	20,98	65,50	18,96	0,142917
Estado geral de saúde	58,29	18,26	60,38	14,22	0,406606
Vitalidade	57,00	19,85	55,43	18,97	0,613261
Aspectos sociais	79,36	12,43	76,52	18,46	0,297604
Aspectos emocionais	67,27	39,80	67,19	39,01	0,989269
Saúde mental	69,09	20,40	64,72	18,52	0,157433

Foi observada diferença estatisticamente significante no campo “Capacidade Funcional” entre os MC e MT. Esse domínio avalia a presença e a extensão das limitações relacionadas à capacidade física por meio de três níveis de resposta: muita limitação/dificuldade, pouca limitação/dificuldade, sem limitação/dificuldade.

As questões relacionadas a esse domínio (questão 3 e seus subitens) diz respeito as atividades simples diárias como, por exemplo, curvar-se, ajoelhar-se, carregar mantimentos.

Em relação a todos os outros domínios não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos.

A Tabela 3 mostra o resultado obtido da análise do questionário de Pittsburgh – qualidade do sono.

Tabela 3 – Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-BR) – Comparação entre MC e MT

Questionário	MC (n=55)		MT (n=128)		
	Média	DP	Média	DP	p
PITTSBURGH	6,44	3,52	7,34	3,14	0,0884

Apesar do estudo não ter demonstrado diferença significativa entre MC e MT no quesito qualidade do sono, pode-se observar que ambos os grupos obtiveram média geral acima de 5, o que é considerado pela literatura como “maus dormidores”.

A Tabela 4 discorre sobre a Escala de Ansiedade e Depressão (HAD), que avalia os índices de ansiedade e depressão, tendo sido dividida em 3 escores: o HAD total, o HA (ansiedade) e o HD (depressão).

Tabela 4 – HAD – Comparação entre MC e MT

Questionário	MC (n=55)		MT (n=128)		p
	Média	DP	Média	DP	
HAD TOTAL	12,60	6,68	13,98	6,15	0,1777
HÁ	6,44	3,46	7,47	3,36	0,0604
HD	6,16	3,76	6,51	3,77	0,5717

Não se observou diferença estatística entre os grupos estudados, assim como a média dos subitens “ansiedade” e “depressão” ficaram abaixo de 8, o que é considerado pela literatura “sem ansiedade ou depressão”.

Passando para a análise de outra variável presente na vida militar, o estresse, temos a Tabela 5 que nos apresenta o resultado do questionário EEP – Escala do Estresse Percebido.

Tabela 5 - Escala de Estresse Percebido – Comparação entre MC e MT

Questionário	MC (n=55)		MT (n=128)		p
	Média	DP	Média	DP	
EEP	28,62	6,31	28,92	4,46	0,7114

Pode-se observar que não houve diferença estatística na percepção do estresse entre os dois grupos.

A Tabela 6 nos traz o resultado do questionário PVAQ, que avalia a consciência e vigilância relacionadas à dor, o qual demonstrou diferença estatística entre os grupos, sendo os MC com um índice mais alto nesse aspecto.

Tabela 6 - **Questionário de Consciência e Vigilância Relacionada à Dor (PVAQ) – Comparação entre MC e MT**

Questionário	MC (n=55)		MT (n=128)		p
	Média	DP	Média	DP	
PVAQ	45,37	12,81	39,27	14,94	**0,0056**

A Tabela 7 apresenta os resultados do OBC, separados em colunas pela: quantidade/porcentagem de indivíduos que assinalaram como respostas as alternativas “a maior parte do tempo (3)” ou “todo o tempo (4)”, e a média encontrada em cada questão seguida do desvio padrão e valor de p.

Houve diferença estatisticamente significante na questão 1 (relacionada ao domínio “sono”) tendo o grupamento MC apresentado maiores valores de média, ou seja, uma maior chance de ter hábitos parafuncionais durante o período da noite.

Já nas perguntas relacionadas ao campo “vigília”, houve diferença estatisticamente significante nas questões de número: 13, 15, 17, 19, sendo o grupo MT apresentado as piores médias.

Em valores médios absolutos, as pontuações totais foram as seguintes: MC (21,37) e MT (26,87).

Tabela 7 –Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC)– Comparação entre MC e MT

(Continua)

Questionário	Prevalência: Nº de militares que marcaram a maior parte do tempo/o tempo todo (%)		Média OBC (DP)		
	MC (n=55)	MT (n=128)	MC (n=55)	MT (n=128)	p
CHECKLIST SONO					
1. Ranger ou apertar os dentes durante o sono, baseado em qualquer informação que você possa ter	12 (21,8%)	13 (10,2%)	1,18 (1,43)	0,61 (1,06)	**0,0030**

Tabela 7 –Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC)– Comparação entre MC e MT (continuação)

Questionário	Prevalência: Nº de militares que marcaram a maior parte do tempo/o tempo todo (%)		Média OBC (DP)		
	MC (n=55)	MT (n=128)	MC (n=55)	MT (n=128)	p
CHECKLIST SONO					
2. Dormir em uma posição que coloque pressão sobre a mandíbula (por exemplo, de bruços ou de lado)	29 (52,7%)	80 (62,5%)	2,22 (1,60)	2,70 (1,67)	0,0697
CHECKLIST VIGÍLIA					-
3. Ranger os dentes quando **acordado**	1 (1,8%)	9 (7%)	0,64 (0,91)	0,68 (1,03)	0,7870
4. Apertar os dentes quando **acordado**	7 (12,7%)	23 (18%)	1,00 (1,22)	1,28 (1,23)	0,1563
5. Pressionar, tocar ou segurar os dentes juntos, sem estar mastigando (isto é, contato entre os dentes superiores e inferiores)	9 (16,4%)	34 (26,6%)	1,18 (1,26)	1,59 (1,34)	0,0543
6. Segurar, apertar ou tensionar os músculos sem estar mastigando ou encostando os dentes	7 (12,7%)	23 (18%)	1,13 (1,22)	1,41 (1,19)	0,1388
7. Manter ou movimentar a mandíbula para frente ou para o lado	6 (10,9%)	16 (12,5%)	0,87 (1,09)	0,98 (1,16)	0,5433
8. Pressionar a língua com força contra os dentes	3 (5,5%)	12 (9,4%)	0,64 (0,99)	0,79 (1,12)	0,3827
9. Colocar a língua entre os dentes	4 (7,3%)	16 (12,5%)	0,8 (1,04)	0,85 (1,16)	0,7764
10. Morder, mordiscar ou ficar mexendo com a língua, as bochechas, ou os lábios	7 (12,7%)	33 (25,8%)	1,20 (1,18)	1,52 (1,35)	0,1331
11. Segurar a mandíbula em uma posição rígida ou tensa, como se estivesse escorando ou protegendo a mandíbula	6 (10,9%)	16 (12,5%)	0,71 (1,13)	0,93 (1,12)	0,2241

Tabela 7 –Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC)– Comparação entre MC e MT (conclusão)

Questionário	Prevalência: Nº de militares que marcaram a maior parte do tempo/o tempo todo (%)		Média OBC (DP)		
	MC (n=55)	MT (n=128)	MC (n=55)	MT (n=128)	p
CHECKLIST SONO					
12. Segurar entre os dentes ou morder objetos tais como cabelo, cachimbo, lápis, canetas, dedos, unhas, etc.	6 (10,9%)	28 (21,9%)	1,05 (1,15)	1,30 (1,31)	0,2202
13. Mascar chicletes	3 (5,5%)	21 (16,4%)	0,8 (0,89)	1,38 (1,13)	**0,0009**
14. Tocar instrumentos musicais que envolvam o uso da boca ou mandíbula (como instrumentos de sopro ou violino)	3 (5,5%)	8 (6,3%)	0,33 (0,92)	0,37 (1,03)	0,8051
15. Apoiar a mandíbula na mão, como se estivesse descansando o queixo na mão	5 (9,1%)	21 (16,4%)	0,08 (1,03)	1,21 (1,24)	**0,0321**
16. Mastigar a comida de um lado só			1,44 (1,29)	1,61 (1,20)	0,3825
17. Comer entre as refeições (alimentos que precisam ser mastigados)	18(32,7%)	48 (37,5%)	1,82 (1,119)	2,20 (1,19)	**0,0457**
18. Falar demasiadamente (por exemplo, dar aulas, trabalhar com vendas, trabalhar com atendimento ao consumidor)	10 (18,2%)	30 (23,4%)	1,33 (1,19)	1,35 (1,36)	0,9086
19. Cantar	1 (1,8%)	24 (18,8%)	0,69 (0,79)	1,19 (1,29)	**0,0088**
20. Bocejar	13 (23,6%)	56 (43,8%)	1,73 (0,95)	2,28 (1,06)	**0,0009**
21. Segurar o telefone entre a cabeça e os ombros (com apoio dos ombros)	2 (3,6%)	3 (2,3%)	0,53 (0,77)	0,64 (0,84)	0,3913

5.2 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS PARA OS GRUPOS MILITARES QUE JÁ PARTICIPARAM DE MISSÃO REAL (MISR) COMPARADOS AOS MILITARES QUE NÃO PARTICIPARAM (N-MISR)

A Tabela 8 descreve os resultados do SF36 para estes grupos:

Tabela 8: SF36 – Comparação entre MisR e N-MisR

Questionário	MisR (n=113)		N- MisR (n=70)		
	Média	DP	Média	DP	p
SF36					
Capacidade funcional	90,57	12,23	91,86	11,96	0,4839
Limitação por aspectos físicos	71,43	33,86	79,65	59,44	0,2929
Dor	60,47	18,28	66,35	20,20	**0,0487**
Estado geral de saúde	60,24	15,68	59,44	15,49	0,7356
Vitalidade	51,64	20,07	58,54	18,23	**0,0177**
Aspectos sociais	73,23	22,43	79,94	11,68	**0,0086**
Aspectos emocionais	60,48	42,20	71,39	36,70	0,0667
Saúde mental	64,80	20,32	66,80	18,45	0,4947

Foi observado diferença estatística nos campos “Dor”, “Vitalidade” e “Aspectos sociais”, todos com resultados piores para o grupo MisR.

A Tabela 9 mostra os resultados do questionário de PITTSBURGH para os grupos em questão, sendo que não foi observada diferença estatística entre eles.

Tabela 9: Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) – Comparação entre MisR e N-MisR

Questionário	MisR (n=113)		N-MisR (n=70)		
	Média	DP	Média	DP	p
PITTSBURGH	6,96	3,42	7,23	3,04	0,5974

Na Tabela 10 pode-se observar através do questionário HAD, que também não houve diferença estatística entre os grupos MisR e N-MisR, tanto no valor absoluto, quanto nos valores analisados nos campos Ansiedade e Depressão, separados.

Tabela 10: Escala de Ansiedade e Depressão (HAD) – Comparação entre MisR e N-MisR

Questionário	MisR (n=113)		N-MisR (n=70)		
	Média	DP	Média	DP	p
HAD TOTAL	13,79	6,23	13,20	6,51	0,5428
HÁ	7,34	3,29	6,87	3,62	0,3720
HD	6,45	3,79	6,33	3,74	0,8307

Tabela 11 discorre sobre a Escala de Estresse Percebido (EPP), que não apresentou diferença estatística entre os grupos MisR e N-MisR.

Tabela 11: Escala de Estresse Percebido (EPP) – Comparação entre MisR e N-MisR

Questionário	MisR (n=113)		N-MisR (n=70)		
	Média	DP	Média	DP	p
EEP	28,81	5,39	28,87	4,56	0,9319

A Tabela 12 descreve o resultado comparativo do questionário de Consciência e Vigilância relacionada a dor (PVAQ), onde não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos MisR e N-MisR.

Tabela 12: Questionário de Consciência e Vigilância Relacionada a Dor (PVAQ) – Comparação entre MisR e N-MisR

Questionário	MisR (n=113)		N-MisR (n=70)		
	Média	DP	Média	DP	p
PVAQ	42,95	14,34	44,49	12,74	0,4628

Já na Tabela 13 temos o resultado do questionário OBC, novamente separados em colunas pela: quantidade/porcentagem de indivíduos que assinalaram como respostas as alternativas “a maior parte do tempo (3)” ou “todo o tempo (4)”, e a média encontrada em cada questão seguida do desvio padrão e valor de p.

Observou-se diferença estatística na questão 1 do campo “Sono” entre os grupos MisR e N-MisR, sendo pior o resultado do grupamento que já participou de missão real.

Nas questões relacionadas ao campo “vigília” não foram encontradas diferenças entre os grupos.

Em valores de escore médio total tivemos: MisR (26,17) e N-MisR (24,42)

Tabela 13:Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC)– Comparação entre MisR e N-MisR

(continua)

Questionário	Prevalência: Nº de militares que marcaram a maior parte do tempo/o tempo todo (%)		Média OBC (DP)		
	MisR (n=113)	N-MisR (n=70)	MisR (n=113)	N-MisR(n=70)	p
CHECKLIST SONO					
1. Ranger ou apertar os dentes durante o sono, baseado em qualquer informação que você possa ter	20 (17,7%)	5 (7,1%)	**0,96 (1,30)**	**0,49 (0,99)**	**0,0087**
2. Dormir em uma posição que coloque pressão sobre a mandíbula (por exemplo, de bruços ou de lado)	71 (62,8%)	38 (54,3%)	2,63 (1,52)	2,44 (1,86)	0,4639
CHECKLIST VIGÍLIA					
3. Ranger os dentes quando **acordado**	8 (7,1%)	2 (2,9%)	0,73 (1,04)	0,57 (0,91)	0,3074
4. Apertar os dentes quando **acordado**	20 (17,7%)	10 (14,3%)	1,29 (1,24)	1,04 (1,20)	0,1832
5. Pressionar, tocar ou segurar os dentes juntos, sem estar mastigando (isto é, contato entre os dentes superiores e inferiores)	28 (24,8%)	15 (21,4%)	1,51 (1,26)	1,40 (1,44)	0,5767
6. Segurar, apertar ou tensionar os músculos sem estar mastigando ou encostando os dentes	19 (16,8%)	11 (15,7%)	1,35 (1,19)	1,29 (1,23)	0,7096
7. Manter ou movimentar a mandíbula para frente ou para o lado	13 (11,5%)	9 (12,9%)	0,95 (1,09)	0,96 (1,21)	0,9529

Tabela 13:Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC)– Comparação entre MisR e N-MisR

(continuação)

Questionário	Prevalência: Nº de militares que marcaram a maior parte do tempo/o tempo todo (%)		Média OBC (DP)		
	MisR (n=113)	N-MisR (n=70)	MisR (n=113)	N-MisR(n=70)	p
CHECKLIST VIGÍLIA					
8. Pressionar a língua com força contra os dentes	9 (8%)	6 (8,6%)	0,79 (1,09)	0,67 (1,07)	0,4815
9. Colocar a língua entre os dentes	14 (12,4%)	6 (8,6%)	0,92 (1,17)	0,70 (1,04)	0,1974
10. Morder, mordiscar ou ficar mexendo com a língua, as bochechas, ou os lábios	23 (20,4%)	17 (24,3%)	1,42 (1,25)	1,41 (1,39)	0,9579
11. Segurar a mandíbula em uma posição rígida ou tensa, como se estivesse escorando ou protegendo a mandíbula	15 (13,3%)	7 (10%)	0,91 (1,17)	0,79 (1,05)	0,4630
12. Segurar entre os dentes ou morder objetos tais como cabelo, cachimbo, lápis, canetas, dedos, unhas, etc.	21 (18,6%	13 (18,6%)	1,21 (1,28)	1,26 (1,25)	0,8165
13. Mascar chicletes	15 (13,3%)	9 (12,9%)	1,17 (1,12)	1,26 (1,06)	0,5938
14. Tocar instrumentos musicais que envolvam o uso da boca ou mandíbula (como instrumentos de sopro ou violino)	6 (5,3%)	5 (7,1%)	0,36 (0,99)	0,34 (1,02)	0,8959
15. Apoiar a mandíbula na mão, como se estivesse descansando o queixo na mão	14 (12,4%)	12 (17,1%)	1,02 (1,11)	1,20 (1,31)	0,3159
16. Mastigar a comida de um lado só	26 (23%)	16 (22,9%)	1,47 (1,17)	1,70 (1,31)	0,2160
17. Comer entre as refeições (alimentos que precisam ser mastigados)	40 (35,4%)	26 (37,1%)	2,20 (1,19)	2,07 (1,21)	0,8872

Tabela 13:Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC)– Comparação entre MisR e N-MisR

(conclusão)

Questionário	Prevalência: Nº de militares que marcaram a maior parte do tempo/o tempo todo (%)		Média OBC (DP)		
	MisR (n=113)	N-MisR (n=70)	MisR (n=113)	N-MisR(n=70)	p
CHECKLIST VIGÍLIA					
18. Falar demasiadamente (por exemplo, dar aulas, trabalhar com vendas, trabalhar com atendimento ao consumidor)	28 (24,8%)	12 (17,1%)	1,47 (1,30)	1,14 (1,30)	0,1012
19. Cantar	16 (14,2%)	9 (12,9%)	1,12 (1,21)	0,91 (1,14)	0,2657
20. Bocejar	39 (34,5%)	30 (42,9%)	2,04 (1,01)	2,24 (1,12)	0,1969
21. Segurar o telefone entre a cabeça e os ombros (com apoio dos ombros)	5 (4,4%)	0 (0%)	0,65 (0,90)	0,54 (0,67)	0,4083

5.3 – RESULTADOS ABSOLUTOS PARA OS MILITARES DO EXÉRCITO BRASILEIRO

Finalizado a compilação dos dados, temos a Tabela 14 que traz um panorama geral sobre os militares estudados, uma análise descritiva dos questionários propostos, com exceção da Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC), que está separado na Tabela 15.

Tabela 14 – Análise Descritiva Geral dos Militares – Todos os questionários

(continua)

Dados Gerais (N=183)	Média
Idade	25,37

Tabela 14 – Análise Descritiva Geral dos Militares – Todos os questionários

(conclusão)

Dados Gerais (N=183)	Média
SF-36	
Capacidade funcional	91,36
Limitação por aspectos físicos	76,50
Dor	64,10
Estado geral de saúde	59,74
Vitalidade	55,90
Aspectos sociais	77,37
Aspectos emocionais	67,21
Saúde mental	66,03
PITTSBURGH	7,06
HAD Total	13,56
HA	7,15
HD	6,40
PVAQ	43,53
EEP	28,83

A Tabela 15 mostra os resultados absolutos para a Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC) dos militares estudados, divididos pela média encontrada em cada questão, assim como a quantidade/porcentagem de indivíduos que assinalaram como respostas as alternativas “a maior parte do tempo (3)” ou “todo o tempo (4)”.

Para fins didáticos e posteriores comparações foi calculado o escore médio total geral do OBC= 25,45.

De acordo com o manual do DC/TMD obtivemos as seguintes pontuações dentre os 183 participantes: 1 indivíduo com escore 0, 90 indivíduos com escore entre 1-24 e 92 participantes com escore entre 25-84.

Tabela 15: Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC) geral dos militares

(continua)

Questionário	**Prevalência: Nº de militares que marcaram a maior parte do tempo (3) /o tempo todo (4)**	**Média**	**DP**
CHECKLIST SONO			
1. Ranger ou apertar os dentes durante o sono, baseado em qualquer informação que você possa ter	25 (13,7%)	0,78	1,21
2. Dormir em uma posição que coloque pressão sobre a mandíbula (por exemplo, de bruços ou de lado)	109 (59,6%)	2,56	1,66
CHECKLIST VIGÍLIA			
3. Ranger os dentes quando **acordado**	10 (5,5%)	0,67	0,99
4. Apertar os dentes quando **acordado**	30 (16,4%)	1,20	1,23
5. Pressionar, tocar ou segurar os dentes juntos, sem estar mastigando (isto é, contato entre os dentes superiores e inferiores)	43 (23,5%)	1,47	1,33
6. Segurar, apertar ou tensionar os músculos sem estar mastigando ou encostando os dentes	30 (16,4%)	1,33	1,20
7. Manter ou movimentar a mandíbula para frente ou para o lado	22 (12,0%)	0,95	1,14
8. Pressionar a língua com força contra os dentes	15 (8,2%)	0,74	1,08
9. Colocar a língua entre os dentes	20 (10,9%)	0,84	1,12
10. Morder, mordiscar ou ficar mexendo com a língua, as bochechas, ou os lábios	40 (21,9%)	1,42	1,30
11. Segurar a mandíbula em uma posição rígida ou tensa, como se estivesse escorando ou protegendo a mandíbula	22 (12,0%)	0,86	1,12
12. Segurar entre os dentes ou morder objetos tais como cabelo, cachimbo, lápis, canetas, dedos, unhas, etc.	34 (18,6%)	1,23	1,26
13. Mascar chicletes	24 (13,1%)	1,20	1,09
14. Tocar instrumentos musicais que envolvam o uso da boca ou mandíbula (como instrumentos de sopro ou violino)	11 (6,0%)	0,36	1,00
15. Apoiar a mandíbula na mão, como se estivesse descansando o queixo na mão	26 (14,2%)	1,09	1,19
16. Mastigar a comida de um lado só	42 (23,0%)	1,56	1,23
17. Comer entre as refeições (alimentos que precisam ser mastigados)	66 (36,1%)	2,09	1,20

Tabela 15: Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC) geral dos militares

(conclusão)

Questionário	**Prevalência: Nº de militares que marcaram a maior parte do tempo (3) /o tempo todo (4)**	**Média**	**DP**
CHECKLIST VIGÍLIA			
18. Falar demasiadamente (por exemplo, dar aulas, trabalhar com vendas, trabalhar com atendimento ao consumidor)	40 (21,9%)	1,34	1,31
19. Cantar	25 (13,7%)	1,04	1,18
20. Bocejar	69 (37,7%)	2,11	1,06
21. Segurar o telefone entre a cabeça e os ombros (com apoio dos ombros)	5 (2,7%)	0,61	0,82

6 Discussão

6. **DISCUSSÃO**

O EB tem sua fundamentação baseada em dois pilares: Hierarquia e Disciplina. A hierarquia impõe um ordenamento da autoridade legal, que é outorgada a todos os integrantes da Força em posição de comando, desde Oficiais Generais (patentes mais altas: Marechal, Generais: de Divisão, de Brigada e Exército), até graduados (subtenentes, sargentos, cabos e soldados), passando por patentes que os militares ascendem por meritocracia e antiguidade.

Sendo assim, a Disciplina, livremente aceita quando do ingresso na Força, impõe a obediência àquele ordenamento hierárquico, a qual é mantida seguindo-se uma cadeia de comando, a qual o militar precisa mostrar respeito ao seu superior hierárquico e o mesmo tem que tratar com zelo seu subordinado.

Essa relação superior hierárquico-subordinado rege todas as ações previstas dentro do EB, por isso a Ordem, a Disciplina e a constante Fiscalização se fazem presentes na rotina dos militares. Uma vez que, para obter sucesso, o comandante depende, fundamentalmente, do sucesso de seus subordinados.

O presente estudo avaliou a qualidade de vida geral, de militares de carreira (MC) e temporários (MT) que compõem o EB de uma população de voluntários de um quartel (37º. BIL). Cento e oitenta e três homens foram avaliados no que diz respeito a qualidade do sono, ansiedade e depressão, estresse, consciência e vigilância a dor e presença de parafunções orais. Avaliou-se ainda os militares que participaram ou não de missões reais.

6. 1 DADOS DEMOGRÁFICOS

Podemos traçar o perfil demográfico dos participantes (Tabela 1) e inferir que há uma relação de concordância entre os dados de “escolaridade”, “posto”, “estado civil” e “quantidade de filhos”, uma vez que dos 183 participantes 78,14% possuem idade de até 29 anos, 63,38% são cabos ou soldados, 67,75% possuem ensino médio completo, 67,21% são solteiros e 74,86% não possuem filhos.

Os dados demográficos obtidos no presente estudo estão de acordo com os encontrados por Martins e Lopes (2013) em um estudo sobre estresse e atividade física com militares do EB, pois dos 506 participantes (todos do sexo masculino) 49,8% eram solteiros, 66.2% não tinham filhos e a média de idade foi 29 anos.

Ainda nossos resultados foram corroborados pelos de Perez e Benseñor (2015) que realizaram um estudo com militares da academia da Polícia de São Paulo sobre consumo de cigarro, álcool, comportamentos sexuais e transtornos mentais, e em sua análise demográfica encontraram entre os 429 entrevistados, 89,51% sendo homens, 77,9% solteiros.

Os achados do presente estudo também vêm ao encontro do trabalho de Seelig *et al.* (2016) que fizeram um estudo sobre resiliência em uma população de militares dos Estados Unidos, e na análise demográfica da amostra eles encontraram, dentre os 29,247 militares da ativa, 76,1% sendo homens, 69,8% com a educação equivalente ao nosso ensino médio. Vale ressaltar que neste estudo eles incluíram militares de todas as forças, não apenas do Exército, porém dos militares do serviço ativo, 39,9% eram do Exército Americano.

Brown *et al.* (2018), em um estudo sobre riscos socioecológicos e fatores protetivos em fumantes do serviço militar ativo dos Estados Unidos, também encontraram nos dados demográficos de sua amostra: 89,8% dos indivíduos sendo do sexo masculino, 30,2 % pertencentes ao Exército Americano, 42,4 % tendo escolaridade nível ensino médio completo, índice esse abaixo do encontrado no presente estudo

Isso nos faz pensar que a grande massa dos entrevistados está no início de sua vida ativa, com perspectivas ainda de melhora na questão de estudos, de formação de família e progressão de vida profissional, seja continuando como militar respeitando os tempos previstos, ou quando deixar as fileiras do Exército para seguir com a vida civil.

O fumo é a maior causa de morte precoce, pois está associado a problemas cardíacos, pulmonares, câncer, entre outros. O consumo de cigarro entre

militares é algo comum e muito estudado, principalmente nos Estados Unidos, porém ainda é escassa a literatura que aborda esse campo entre os militares brasileiros (PEREZ e BENSEÑOR, 2015; SEELIG *et al.*, 2016; ULANDAY *et al.*, 2017; BROWN *et al.*, 2018).

Consumo excessivo de álcool é uma área bastante explorada na literatura, principalmente com militares, e também está associado a diversos problemas de saúde assim como problemas sociais (PEREZ e BENSEÑOR, 2015; SEELIG *et al.*, 2016; SHIRVANI; REED; CLINGAN, 2017).

No presente estudo foi encontrado um equilíbrio entre o número de indivíduos que fazem ou não uso de bebida alcoólica (50,81% não bebem e 49,18% bebem), porém encontrou-se uma grande diferença no número absoluto dos fumantes com os não fumantes, sendo que dos 183 entrevistados, 87,97% não fazem uso do cigarro.

O estudo de Brown e colaboradores de 2018, em sua análise demográfica dos índices de indivíduos fumantes e com problemas com bebida, encontraram uma porcentagem de 83,4% de militares da ativa não fumante, estando de acordo com o encontrado no nosso estudo, e 90,4% de militares sem problemas com bebida alcoólica, o que nos permite verificar discordância em relação aos nossos resultados (BROWN *et al*., 2018).

Ulanday *et al*. (2017) realizaram um estudo sobre a percepção da dissuasão do uso de cigarro entre os militares americanos da ativa. Do total de 39,877 participantes, 58,6% nunca fumaram e 17,3% eram ex-fumantes. Fato esse que está de acordo com os achados do presente trabalho, onde a maioria (87,87%) dos entrevistados não fazia uso de cigarro (ULANDAY *et al*., 2017).

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, nosso estudo diferiu consideravelmente do estudo feito por Shirvani, Reed e Clingan (2017) sobre o aumento do consumo de álcool e o alistamento militar, onde dos 782 militares, 19,8% não bebiam e 80,2% bebiam com frequências que variavam de 1 vez ao mês a todo dia, porém nas conclusões deste trabalho eles afirmam que os achados

demonstram suporte limitado para uma relação entre consumo de álcool e serviço militar, sugerindo mais estudos a respeito e práticas de conscientização quanto ao consumo de álcool dentre os adultos jovens (SHIRVANI; REED; CLINGAN, 2017).

Estudos apontam que o uso do cigarro afeta diretamente a capacidade pulmonar, o que influencia no rendimento físico de quem pratica esportes ou necessita do preparo físico no serviço, que é a situação vivida pelo militar (BERNAARDS *et al.*, 2003; PAPATHANASIOU *et al.*, 2013).

Martins e Lopes em seu estudo em 2013 com militares do EB relataram a rotina das atividades físicas que compõem a vida militar e incluíram o teste de aptidão física (TAF) que é realizado 3 (três) vezes ao ano, sendo composto de uma avaliação cardiorrespiratória (corrida), exercício de barra e abdominal, sendo que o resultado obtido conta para a promoção da carreira e para o reengajamento do temporário. Fato esse que pode estar relacionado ao baixo índice de fumantes encontrados no presente estudo (MARTINS; LOPES, 2013).

6. 2 QUALIDADE DE VIDA

Na análise do SF-36 (Tabela 2), os MC apresentaram diferença estatística no campo “Capacidade funcional”, que analisa a presença de limitações relacionadas à realização de atividades simples diárias como, por exemplo, curvar-se, ajoelhar-se, carregar mantimentos que são atividades do cotidiano dos militares.

É sabido que o MC possui um treinamento físico durante sua formação muito mais intenso do que o MT, com poucos períodos de descanso o que influencia diretamente na capacidade regenerativa do corpo, além do stress emocional agregado ao momento (NEVES, 2018).

Xie e colaboradores em 2018 em um estudo com 1,200 militares chineses da marinha sobre qualidade de vida, encontrou para o campo “capacidade funcional” o valor médio de 85,91, a mesma média encontrada no presente estudo para os militares de carreira, corroborando com nosso resultado de que em comparação com os temporários, os MC estão em uma situação agravada (XIE *et al.,* 2018).

Hoopsick e colaboradores em 2018 estudando a qualidade de vida em militares do Exército americano através do SF-36 encontraram uma média de 88.1 no campo “capacidade funcional”, corroborando com nosso estudo onde foi encontrada uma média de 85,91. Diante disso, podemos inferir que apesar do condicionamento físico do MC ser de um nível elevado, o corpo acaba por lidar mais cedo com problemas nas articulações, coluna, o que justifica o fato da capacidade funcional se mostrar afetada em relação ao MT. (LEOLATTO *et al.*, 2013; HOOPSICK *et al.,* 2018)

Quando comparados os resultados do SF-36 para os militares que já participaram (MisR) ou não (N-MisrR) de alguma missão real (Tabela 8), encontrou-se diferença estatística nos domínios “Dor”, “Vitalidade” e “Aspectos sociais”, todos com médias menores para o grupo MisR. O estudo de Hoopsick e colaboradores de 2018, também avaliou a associação entre a qualidade de vida em militares com o fato de já terem sido expostos a algum tipo de combate e concluíram que o fato de participar de missões reais deixa o militar mais disposto a ter piores índices de qualidade de vida, assim como uma diminuição da saúde física, mental, social e emocional, corroborando com os resultados do presente trabalho onde obtivemos resultados piorados no campo “aspecto social” para o grupo MisR (HOOPSICK *et al.,* 2018).

6.3 QUALIDADE DO SONO

No presente estudo a qualidade do sono foi avaliada (Tabelas 3 e 9), e observou-se que não houve diferença estatística entre os grupos (MC x MT e MisR e N-MisR), porém ambos pontuaram acima de 5, o que considera os participantes, segundo a literatura, “maus dormidores”. (BUYSSE *et al.*, 1989; BERTOLAZI *et al.*, 2011; INSANA *et al.*, 2014)

As médias para o PSQI, tanto gerais (Tabela 14) quanto nos grupos comparados estudados (Tabela 3, Tabela 9), foram acima de 5 e abaixo de 8, estando de acordo com o trabalho de Insana e colaboradores em 2014, que estudando uma população de militares americanos veteranos (n= 119), encontrou uma média geral de 9.39, uma média de 8.94 para o grupamento sem transtorno de

stress pós traumático, e 10.31 para o grupo com transtorno de stress pós traumático, nos levando a crer que mesmo considerados maus dormidores, nossos resultados estão abaixo dos encontrados em grupamentos com algum tipo de transtorno.

6.4 ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Não só a privação de sono é algo constante na vida do militar como condições adversas que expõe o indivíduo a situações de stress, ansiedade e muitas das vezes quadros de depressão. (MARTINS; LOPES, 2013)

Nesse contexto sentimentos de ansiedade e depressão são aspectos proeminentes de muitas condições médicas, uma vez que são respostas esperadas ao estresse e podem ser um estímulo necessário ao enfrentamento de situações inesperadas. (NUNES *et al.*, 2013)

Os resultados observados nas tabelas 4 e 10 mostraram não haver diferença estatística entre os grupos, e tal resultado pode ser explicado devido a não demonstração de fragilidade dos militares que participaram da presente pesquisa, pois segundo suas crenças tais atitudes não condizem com o esperado de um militar.

Os resultados de Raphaela Campos de Souza em 2018 que avaliou as condições emocionais dos policiais militares do interior de Minas Gerais (n=148) foram concordes com os resultados do presente estudo quanto aos aspectos ansiedade e depressão. Os índices apresentados foram: classificação normal para depressão (59,90%), ansiedade (76,10%), stress (72,50%), Síndrome de *Burnout* (80,20%) e 76,70% eram resilientes (SOUZA, 2018).

A literatura mostra que uma das funções da ansiedade é detectar situações com maior potencial de risco, fazendo com que as pessoas direcionem mais a atenção para fatores que possam causar danos a elas mesmas, entrando em um estado de “hipervigilância”- que nada mais é do que um nível elevado de consciência e vigilância sobre um determinado assunto. A hipervigilância pode aumentar à percepção a dor levando o indivíduo a adquirir um comportamento de

“evitamento”, reclusão e até mesmo casos de depressão. (MCCRACKEN 1997; ROELOFS *et al.*, 2003)

6.5 ESTRESSE

O estresse é uma reação, frente a alguma situação ou ameaça direta, seja por meios físicos ou emocionais (HARTLEY *et al.*, 2013; QUEIRÓS *et al.*, 2020).

Cada pessoa reage de forma diferente ao estresse, e dependendo da forma como a situação for conduzida o estresse pode contribuir para a ocorrência de alterações fisiológicas, desencadeando vários tipos de problemas, sejam eles físicos ou mentais (HARTLEY *et al.*, 2013; QUEIRÓS *et al.*, 2020)

Há evidências de que a atividade física é um fator positivo no auxílio da redução do estresse. Mesmo com resultados nem sempre significativos, os estudos apontam que os níveis de estresse em pessoas que praticam atividade física é inferior ao dos que são considerados inativos (VIANA *et al*, 2010).

No presente estudo, não foram encontradas diferenças estatísticas entre os grupos estudados na análise da Escala do Estresse Percebido (Tabelas 5 e 11), fato que pode ser esclarecido devido à prática de atividade física vigorosa diária proposta a todos.

Entretanto, os resultados obtidos (MC= 28,92 e MT= 28,62) (MisR= 28,81 e N-MisR= 28,87) encontram-se acima da média dos escores da tabela normativa para a população geral de Reis (2005), na qual a média para o sexo masculino foi de 16,18, ou seja, a rotina do militar gera um estresse de vida maior que o da população comum (REIS, 2005).

Em um estudo sobre o estresse percebido em policiais militares brasileiros, conduzido por Liz e colaboradores em 2014, composto por 86 homens com idade média de 35 anos, a média encontrada para o questionário EEP foi de 27,8, estando de acordo com os valores obtidos em nossa amostra (LIZ *et al*., 2014).

Esses valores mais altos vem ao encontro do observado no estudo de Tuch e colaboradores de 2017, que, ao analisarem o nível de atividade física e o stress crônico, em militares da Suíça no ano inicial de treinamento (recrutas), observaram uma relação positiva com o aumento do estresse durante os treinos, e concluíram que "seria aconselhável fornecer aos recrutas um programa específico de treinamento de resistência antes do TMB (treinamento militar básico) por razões de prevenção de estresse" (TUCH *et al*., 2017).

O estudo de Barros e colaboradores em 2018 que comparou grupos que participaram ou não de missões, obteve os valores médios de 19,36 e 19,76, respectivamente. Dadas as devidas proporções da amostra, é possível inferir que os militares do presente estudo apresentam um índice agravado em relação ao estresse percebido, se comparado ao trabalho de Barros e colaboradores (BARROS *et al.,* 2018).

É importante ressaltar as consequências do estresse em profissionais que atuam em combate, principalmente em países que vivenciam guerras, uma vez que essas condições podem levar a uma série de problemas de saúde, desempenho profissional, assim como desenvolver desordens psicológicas como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão e até suicídio (COTIAN *et al.*, 2014; KESSLER *et al.*, 2015; BARROS *et al*., 2018).

6. 6 CONSCIÊNCIA E VIGILÂNCIA RELACIONADAS À DOR

Como a vida do militar é cercada de situações de perigo e estresse, os níveis de consciência e vigilância a dor foram avaliados, uma vez que não foram encontrados estudos na literatura que trouxessem resultados dessa análise em grupamentos de militares.

Quando observado os resultados das Tabelas 6 e 12 (PVAQ), que discorre sobre os níveis de vigilância e consciência relacionados à dor, foi encontrado diferença entre os grupos (MC x MT), tendo os MC apresentado média maior (45,37) que os MT (39,27), ou seja, apresentam maior consciência e vigilância

a dor, porém não foram encontradas diferenças entre os grupos MisR (42,95) e N-MisR (44,49).

McWilliams e Asmundson (2001), em um estudo com pacientes livres de dor, encontraram um valor absoluto médio de 34,7 para os homens. Já, Roelofs e colaboradores em 2002, também em um estudo com pacientes livres de dor, obtiveram valores médios absolutos para o PVAQ na população masculina de 33,8 (MCWILLIAMS; ASMUNDSON, 2001; ROELOFS *et al.,* 2002).

Como já discutido anteriormente, os MC possuem uma formação mais completa no âmbito militar, fazendo com que no decorrer de suas vidas eles passem por mais situações de risco, medo, dor, autoconhecimento, justificando a diferença estatística encontrada nesse grupo, nos permitindo inferir que os mesmos são mais “hipervigilantes”. (NEVES, 2018)

Portanto, compete ao militar, para uma boa execução de suas tarefas, uma boa adaptabilidade comportamental, assim como um bom desenvolvimento de suas competências sócio emocionais, como a resiliência, auto eficácia, auto percepção, que, em conjunto irão fazer com que esses profissionais administrem, entre muitas coisas, o estresse percebido no ambiente de trabalho. (NEVES, 2018)

6.7 HÁBITOS PARAFUNCIONAIS

Como ainda não há um consenso sobre a maneira de se analisar os dados obtidos no OBC (escore absoluto, escores individuais de cada questão, apenas qualitativo (presença/ausência)), e devido à escassez na literatura de estudos que tivessem utilizado o instrumento OBC em militares, principalmente do EB, o presente estudo optou por discorrer sobre os dados absolutos do OBC e compará-los aos preconizados pelo manual DC/TMD, deixando as demais análises para comparações com futuros trabalhos na área (OHRBACH e KNIBEE, 2016; CÂMARA-SOUZA *et al.*, 2020).

Portanto, nos valores médios absolutos encontrados nos grupos MC (21,37) e MT (26,87), podemos dizer que, segundo o manual DC/TMD, os MT apresentam alto risco para desenvolvimento de DTM, devido à presença de parafunção, já os MC apresentam risco intermediário.

Passando para o grupo das missões reais, o MisR apresentou escore médio de 26,17 e o N-MisR de 24,42. Novamente, de acordo com o preconizado pelo manual, os militares que já vivenciaram algum tipo de missão real têm 17 vezes mais chances de desenvolverem DTM, sendo considerados de alto risco. Já os que não participaram de missão possuem risco intermediário.

Os resultados acima discutidos veem ao encontro de estudos como o de MARÍN e colaboradores em 2019, que avaliando militares das forças aéreas do Peru, encontraram associação positiva entre o estresse no trabalho militar com a presença do bruxismo (MARÍN *et al*., 2019).

Já Nota e colaboradores em 2019, também em um estudo com pilotos aéreos italianos, concluíram que os pilotos militares são uma categoria particularmente afetada pelo bruxismo (NOTA *et al*., 2019).

6.8 AVALIAÇÃO GERAL

A Tabela 14 nos mostra um panorama geral, dos militares estudados. Pode-se observar que, em índices absolutos, o SF-36 se mostrou dentro do esperado, em todos os campos, tomando como base os dados encontrados por Ciconelli e colaboradores em 1999 no estudo de validação e adaptação cultural deste instrumento para a população brasileira (CICONELLI *et al*., 1999).

Em linhas gerais podemos observar um valor mais alto para os militares no campo “Capacidade funcional” (66,5 / 91,3) e “Limitação física” (59,5/ 76,5). Nos outros domínios as diferenças não foram tão grandes: “Dor” (63,9 / 64,1), “Estado geral de saúde” (68,2 / 59,7), “Vitalidade” (66,3 / 55,9), “Aspectos sociais” (87,0/ 77,3), “Aspectos emocionais” (66,6 / 67,2) e “Saúde Mental” (70,3 / 66,0) (CICONELLI *et al*., 1999).

Porém, quando comparados aos dados encontrados por Laguardia *et al*. (2013) em seu estudo sobre os valores normativos para a população brasileira, observa-se que em índices absolutos, o SF-36 dos militares se mostrou abaixo do esperado, em todos os campos, para a faixa etária masculina de 25-34 anos, que é onde se encontra a maioria da nossa população estudada, ou seja, esses profissionais possuem qualidade de vida inferior a população comum do Brasil.

Bertolazi *et al.* 2011 validaram o questionário de Pittsburgh no Brasil (PSQI-BR) e nos permitiram ter dados para compararmos com os do presente estudo. Em normas gerais, dos 83 pacientes que eles estudaram a média encontrada para o grupo controle foi de 2.5, para os indivíduos com insônia foi 12.8, para os com depressão 14.5, sendo que todos os pacientes com depressão ou insônia pontuaram mais do que 5 (BERTOLAZI *et al*., 2011). Fato este que está de acordo com o resultado encontrado no presente estudo, o qual o PSQI absoluto foi de 7.06, caracterizando nossa amostra como “maus dormidores” de acordo com a literatura.

A análise da Escala de Ansiedade e Depressão (HAD), em parâmetros gerais nos mostra que de acordo com o previsto por Zigmond em 1983, ambas subescalas (ansiedade e depressão) obtiveram índices menores que 8, considerados como ausência de ansiedade e/ou depressão (ZIGMOND *et al*., 1983). Validado no Brasil por Botega e colaboradores em 1995, os valores médios encontrados no campo “Ansiedade” foram de: 6,2 (sem sintoma), 7,6 (subclínico), 11,6 (leve) e 13,9 (grave). Já para o campo “Depressão”: 4,3 (sem sintoma), 6,5 (subclínico), 11,9 (leve) e 12,4 (moderada), reafirmando o fato de os militares estudados serem considerados sem ansiedade (7,1) ou depressão (6,4) (BOTEGA *et al*., 1995).

Em relação aos valores gerais da Escala do Estresse Percebido, pode-se observar que a média encontrada nos militares do presente estudo foi de 28,83.

Os escores médios da tabela normativa proposta pelo estudo de Reis (2005) para a população geral do sexo masculino, na mesma faixa etária do

presente estudo é da ordem de 16,18, ou seja, de acordo com esses valores podemos inferir que a rotina do militar gera um estresse de vida maior que o da população comum (REIS, 2005).

Luft e colaboradores em 2017 no trabalho de tradução da versão brasileira do EEP encontraram uma média geral de 21,37, novamente nos levando a crer que os militares apresentam maiores níveis de estresse (LUFT *et al*., 2017).

Seguindo na análise da Tabela 14, temos os resultados absolutos do questionário de Consciência e Vigilância relacionada a Dor (PVAQ), onde foi encontrado um valor médio total de 43,5.

Bonafé, Marôco e Campos (2018) realizaram a validação cultural deste instrumento no Brasil, e para o grupo controle: sem dor – encontraram o valor médio de 45,57, estando muito próximo dos achados do presente estudo, nos permitindo inferir que em âmbitos gerais os níveis de conscientização e vigilância relacionadas á dor dos militares encontram-se dentro da normalidade (BONAFÉ; MARÔCO; CAMPOS, 2018).

Finalizando a análise geral qualitativa da Lista de Checagem de Comportamentos Orais (OBC) para os militares como um todo, foi encontrado um valor médio total de 25,45, sendo que 92 indivíduos pontuaram entre 25-84, ou seja, segundo os dados do Manual DC/TMD, 50,27% da nossa amostra apresenta alto risco para DTM.

Analisados separadamente, foram considerados positivos os indivíduos que assinalaram “a maior parte do tempo” ou “o tempo todo” como respostas. No campo “sono” – representado pela pergunta número 1 – encontrou-se uma prevalência de 13,7% na nossa amostra. No campo “vigília”, 37% positivaram na questão 20 (“bocejar”), e 36,1% na questão 17 (“comer entre as refeições”), nos levando a crer que existe uma maior prevalência dos hábitos parafuncionais diurnos/ vigília nos militares estudados.

Câmara-Souza *et al.* (2020) realizaram um estudo sobre o bruxismo de vigília e fatores psicossociais, para tanto, dentre os instrumentos utilizados, estavam o OBC, Escala HAD e o EEP. A média dos resultados encontrados para a amostra masculina foi de: OBC (26,84), HAD-A (9,37), HAD-D (6,11), HAD total (15,48), Estresse (22,53), tendo sido encontrada correlação positiva entre os fatores psicológicos e a presença de parafunção diurna ou de vigília (CÂMARA-SOUZA *et al*., 2020).

O presente trabalho não avaliou correlação entre os fatores estudados, porém em índices absolutos é possível fazer uma comparação com o estudo de Câmara-Souza *et al.* (2020) e dizer que os índices encontrados foram similares ao deles, sugerindo uma possível correlação positiva entre os fatores psicológicos na população de militares, nos levando a propor maiores estudos na área para melhor definição e compreensão da vida militar como um todo.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

Baseado nos dados apresentados e respeitando as limitações do estudo, conclui-se que:

- Os índices de qualidade de vida dos militares são agravados em relação à população em geral, bem como o estresse e os hábitos parafuncionais, pois os militares apresentaram alto risco de desenvolverem DTM.

- Quando comparados os MC com os MT nos índices de qualidade de vida apenas um domínio foi pior aos MC (capacidade funcional). Ainda os MC são mais hipervigilantes a dor e apresentam bruxismo do sono. Para os MT conclui-se que estes apresentam alto risco para DTM.

- Entre os grupos MisR e N-Misr, os índices de qualidade de vida mostraram aspectos negativos aos MisR (dor, vitalidade e aspectos sociais), com hábitos parafuncionais noturnos em MisR, e que em índices absolutos esses militares foram classificados com de alto risco para desenvolverem DTMs.

Referências

REFERÊNCIAS

ALVES-REZENDE, M.C.R. *et al.* Frequência de hábitos parafuncionais. Estudo transversal em acadêmicos de odontologia. **Rev. Odontol. Araçatuba**, Araçatuba, v.30, n.1, p. 59-62, jan./jun. 2009. Disponível em: https://www.apcdaracatuba.com.br/revista/Volume_30_01_2009/PDF'S/11.pdf

ANTOUN, J. S. *et al*. Self-reported oral behaviour habits in hyperdivergent and normodivergent facial types. **J Oral Rehabil,** Oxford, v. 44, n. 1, p. 16–21, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1111/joor.12452

ARAUJO, P. A. B. *et al.* ÍNDICE DA QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH PARA USO NA REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR E METABÓLICA. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 21, n. 6, p. 472-475, nov./dez. 2015. DOI 10.1590/1517-869220152106147561. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220152106147561. Acesso em: 03 mai. 2020.

ATSÜ, S. S. *et al.* Oral parafunctions, personality traits, anxiety and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in the adolescents. **Afr Health Sci**, Kampala, v. 19, n.1, p. 1801–1810, Mar. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.4314/ahs.v19i1.57

BARBOSA, *et al*. Cultural equivalence, reliability and utility of the Portuguese version of the Oral Behaviours Checklist. **J Oral Rehabil,** Oxford, v. 45, n. 12, p. 924–931, 2018. Disponível: https://doi.org/10.1111/joor.12716

BARROS, J. R. A. *et al.* Percepção de estresse e resiliência em militares em missão no Haiti. **REVISTA SILVA**, v. 2, n. 1, p. 18-30, 2018. Disponível em: http://www.revistasilva.cep.eb.mil.br/images/revista/revistasilva_v2_n1/2_Juliana_Albuquerque_et_al_Vol_2_n1.pdf

BERNAARDS, C. M. A. *et al.* Longitudinal Study on Smoking in Relationship to Fitness and Heart Rate Response. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 35, n. 5, p. 793-800, June 2003. DOI 10.1249/01.MSS.0000064955.31005.E0

BERTOLAZI, A. N., *et al*. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Med**, Amsterdam, v. 12, n. 1, p. 70–75, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020.

BONAFÉ, F. S. S.; MARÔCO, J.; CAMPOS, J. A. D. B. Cross-Cultural Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Pain Vigilance and Awareness Questionnaire. **J Oral Facial Pain Headache**, v. 32, n. 2, p. e1-e12, Nov. 2017. DOI 10.11607/ofph.1853. Disponível em: https://doi.org/10.11607/ofph.1853.

BOTEGA, N. J. *et al.* Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 359-363, out. 1995. DOI 10.1590/S0034-89101995000500004. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004. Acesso em: 03 mai. 2020.

BRASIL. **2ª Região Militar.** Comando Militar do Sudeste. São Paulo, SP, 2019. Disponível em: http://www.2rm.eb.mil.br/2rm/. Acesso em 29 jan. 2019.

BRASIL. Exército Brasileiro. 11ª Brigada de Infantaria Leve. **37° Batalhão de Infantaria Leve**. Lins, SP, 2018 a. Disponível em: http://www.37bil.eb.mil.br/index.php.

BRASIL. **Ministério da Defesa**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://defesa.gov.br/. Acesso em 10 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Defesa. **Exército Brasileiro**. Brasília, DF, 2018 b. Disponível em:
http://www.eb.mil.br/. Acesso em 15 jan. 2018.

BROWN, J. M. *et al.* Socioecological Risk and Protective Factors for Smoking Among Active Duty U.S. Military Personnel. **Mil Med**, Bethesda, v. 183, n. 7-8, p. e231-e239, jul./aug. 2018. DOI 10.1093/milmed/usx021. Disponível em: https://doi.org/10.1093/milmed/usx021.

BUYSSE, D. J. *et al.* The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res**, Amsterdan, v. 28, n. 2, p. 193-213, may 1989. DOI 10.1016/0165-1781(89)90047-4. Disponível em: https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4.

CÂMARA-SOUZA, M. B. *et al*. Awake bruxism frequency and psychosocial factors in college preparatory students, **CRANIO®**, p. 1-7, Oct. 2020. DOI 10.1080/08869634.2020.1829289. Disponível em: https://doi.org/10.1080/08869634.2020.1829289

CARLOZZI, N. E. *et al.* Caring for our wounded warriors: A qualitative examination of health-related quality of life in caregivers of individuals with military- related traumatic brain injury. **J Rehabil Res Dev,** Washington, v. 53, n. 6, p. 669-680, 2016. DOI 10.1682/JRRD.2015.07.0136. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2015.07.0136.

CARVALHO, A. L. A.; CURY, A. D. B.; GARCIA, R. C. M. R. Prevalence of bruxism and emotional stress and the association between them in Brazilian police officers. **Braz. oral res**., São Paulo, v. 22, n. 1, p. 31-35, Mar. 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1806-83242008000100006.

CHAVES, M. S. R. S.; SHIMIZU, I. S. Burnout syndrome and sleep quality among military police officers in Piaui. **Rev. bras. med. trab.,** São Paulo, v. 16, n. 4, p. 436-441, Apr. 2020. DOI 10.5327/Z1679443520180286. Disponível em: https://doi.org/10.5327/Z1679443520180286.

CHIFFMAN, E.; OHRBACH, R. Executive summary of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders for clinical and research applications. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 147, n. 6, p. 438-45. DOI 10.1016/j.adaj.2016.01.007. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.01.007.

CHOU, H. W. *et al.* Psychological morbidity, quality of life, and self-rated health in the military personnel. **Neuropsychiatr Dis Treat**, Auckland, v. 17, n. 10, p. 329-338, feb. 2014. DOI 10.2147/NDT.S57531. Disponível em: https://doi.org/10.2147/NDT.S57531.

CHOW, J. C.; CIOFFI, I. Effects of trait anxiety, somatosensory amplification, and facial pain on self-reported oral behaviors. **Clin Oral Investig,** Berlin, v. 23, n. 4, p. 1653–1661, Apr. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00784-018-2600-1

CICONELLI, R. M. *et al.* Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. **Rev. bras. reumatol.,** Campinas, v. 39, n.3, p. 143-150, mai./jun. 1999.

COHEN, S.; KARMACK, T.; MERMELSTEINM, R. A global measure of perceived stress. ***J Health Soc Behav***., Washington, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.

COTIAN, *et al*. Revisão sistemática dos aspectos psicossociais, neurobiológicos, preditores e promotores de resiliência em militares. **J. bras. psiquiatr**., Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 72-85, mar. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0047-2085000000009.

DE SOÁREZ, P. C. *et al.* Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 25, n.1, p: 69-76, 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v25n1/69-76.

DONNARUMMA, V. *et al.* Analysis of the reliability of the Italian version of the Oral Behaviours Checklist and the relationship between oral behaviours and trait anxiety in healthy individuals. **J Oral Rehabil,** Oxford, v. 45, n. 4, p. 317–322, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1111/joor.12614

DWORKIN S. F. The OPPERA study: Act One. **J Pain**, Philadelphia, v. 12, p. t1-t3. Nov. 2011. Supl 11. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.08.004

DWORKIN, S. F.; LERESCHE, L. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **J Craniomandib Disord.**, Lombar, v.6, n.4, p. 301–355, 1992.

FONSECA, D.C. *et al.* Avaliação da qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em mulheres idosas com incontinência urinária. **Rev. neurocienc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 294-299, 2010.

FORBES, D. *et al.* Treatment of military-related post-traumatic stress disorder: challenges, innovations, and the way forward. **Int Rev Psychiatry**, Abingdom, v. 31, n. 1, p. 95-110, Feb. 2019. DOI: 10.1080/09540261.2019.1595545. Disponível em: https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1595545

HARTLEY, T. A. *et al.* Military experience and levels of stress and coping in police officers. **Int J Emerg Ment Health**, Ellicott City, v. 15, n. 4, p. 229-239, 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4734366/.

HOOPSICK, R. A. *et al.* Combat exposure, emotional and physical role limitations, and substance use among male United States Army Reserve and National Guard soldiers. **Qual Life Res**, Oxford, v. 27, n. 1, p. 137-147, jan. 2018. DOI: 10.1007/s11136-017-1706-2. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11136-017-1706-2.

HUANG, G. J. *et al.* Risk factors for diagnostic subgroups of painful temporomandibular disorders (TMD). **J Dent Res,** Chicago, v. 81, n 4, p. 284-288, apr. 2018. DOI: 10.1177/154405910208100412. Disponível em: https://doi.org/10.1177/154405910208100412.

INSANA, S. P. *et al*. Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for posttraumatic stress disorder (PSQI-A) in U.S. male military veterans. **J Trauma Stress**, New York, v. 26, n. 2, p. 192-200, Apr. 2013. DOI: 10.1002/jts.21793. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jts.21793.

JANSSENS, BCS. **Satisfação com Vida, Satisfação com Trabalho e Engajamento em Cadetes da Academia Militar das Agulhas Negras**. 2017. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Departamento de Pós-Graduação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2016. Disponível em: https://tede.ufrrj.br/jspui/handle/jspui/2652

KAPLAN, S. E.; OHRBACH, R. Self-Report of Waking-State Oral Parafunctional Behaviors in the Natural Environment. **J Oral Facial Pain Headache**, Hanover Park, v. 30, n. 2, p. 107–119, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.11607/ofph.1592.

KESSLER, R. C. *et al*. Predicting U.S. Army suicides after hospitalizations with psychiatric diagnoses in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 72, n. 1, p. 49-57, Jan, 2015. Disponivel em: doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1754.

LAGUARDIA, J. *et al*. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2**. Rev. bras. epidemiol**., São Paulo, v. 16, n. 4, p. 889-897, Dec. 2013. DOI: 10.1590/S1415-790X2013000400009. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400009.

LEOLATTO, C. L.; BREHMER, L. C. F.; MIRANDA, F. A. C. As várias faces das lesões por esforço repetitivo e das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho. **Rev. APS.**, v. 16, n. 1, p. 66-74, Juiz de Fora, jan./mar. 2013.

LIZ, C. M. *et al.* Occupational and sociodemographic characteristics in relation to the perception of stress in military policemen. **Rev Cuba Med Mil,** Habana, v. 43, n. 4, p. 467-480, 2014.

LOBBEZOO, F. *et al.* Bruxism defined and graded: an international consensus. **J Oral Rehabil,** Oxford, v. 40, n. 1, p. 2-4, 2013. DOI: 10.1111/joor.12011. Disponível em: https://doi.org/10.1111/joor.12011.

LOGAN, J. E. *et al.* Suicide Among Military Personnel and Veterans Aged 18–35 Years by County—16 States. **Am J Prev Med**, New York, v. 51, n. 5, p. s197-s208, Nov. 2016. Supl. 3. DOI 10.1016/j.amepre.2016.06.001. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.06.001.

LUFT, C. D. B. *et al.* Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-615, ago. 2007. DOI 10.1590/S0034-89102007000400015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015.

MANFREDINI, D. *et al*. Current Concepts of Bruxism. **Int J Prosthodont, Lombard**, v. 30, n. 5, p. 437–438, Sep./Oct. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.11607/ijp.5210

MARÍN, M. *et al.* Level of work stress and factors associated with bruxism in the military crew of the Peruvian Air Force. **Med J Armed Forces India**, New Delhi, v. 75, n. 3, p. 297-302, July 2019. DOI 10.1016/j.mjafi.2019.01.001. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2019.01.001

MARTINS, L. C.; LOPES, C. S. Military hierarchy, job stress and mental health in peacetime. **Occup Med (Lond)**, London, v. 63, n. 3, p. 182-187, apr. 2012. DOI 10.1093/occmed/kqs006. Disponível em: https://doi.org/10.1093/occmed/kqs006.

MCCRACKEN, L. M. 'Attention' to pain in persons with chronic pain: a behavioural approach. **Behav Ther**, London, v. 20, n. 1, p. 271-284, 1997. DOI 10.1016/S0005-7894(97)80047-0. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0005-7894(97)80047-0.

MCKIBBEN, J. B. A. *et al.* Mental health service utilization in the U.S. Army. **Psychiatr Serv**, Washington, v.64, n. 4, p. 347-353, apr. 2013. DOI 10.1176/appi.ps.000602012. Disponível em: https://doi.org/10.1176/appi.ps.000602012.

MICHELOTTI, A. *et al.* Oral parafunctions as risk factors for diagnostic TMD subgroups. **J Oral Rehabil,** Oxford, v. 37, n. 3, p. 157-162, fev. 2010. DOI 10.1111/j.1365-2842.2009.02033.x. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2009.02033.x.

MCWILLIAMS L. A.; ASMUNDSON G.J.G. Assessing individual differences in attention to pain: psychometric properties of the Pain Vigilance and Awareness Questionnaire modified for a non-clinical pain sample. **Pers. individ. dif**., Oxford, v. 31, n. 2, p. 239-246, July 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00132-X.

NEVES, E. B. Gerenciamento do risco ocupacional no Exército Brasileiro: aspectos normativos e práticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2127-

2133, set. 2007. DOI /10.1590/S0102-311X2007000900020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900020.

NEVES, T. C. L. **Resiliência, autoeficácia e o estresse percebido: um estudo no contexto da formação do oficial do exército brasileiro.** 2018. 137 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2018.

NOTA, A. *et al.* Occlusion time analysis in military pilots affected by bruxism. **Sci Rep,** London, v. 9, n. 1, p. 1408, Feb 2019. DOI 10.1038/s41598-018-38166-2. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41598-018-38166-2.

NUNES, S. *et al*. Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. **Psicol. saúde doenças**, Lisboa, v. 14, n. 3, p. 382-388, 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300002&lng=pt.

OHRBACH, R., (ed.). **Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016.** [Critérios de Diagnóstico para Desordens Temporomandibulares: Protocolo Clínico e Instrumentos de Avaliação: Brazilian Portuguese Version 25May2016]. Tradução: Pereira Jr., F. J.; Gonçalves, D. A. G. 2016. Disponível em: www.rdc-tmdinternational.org. Acesso em: 11 out. 2020.

OHRBACH, R.; KNIBBE, W. **Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Scoring Manual for Self-Report. Version: 29May2016**. 2016. Disponível em: www.rdc-tmdinternational.org.

OHRBACH, R., *et al*. Clinical findings and pain symptoms as potential risk factors for chronic TMD: descriptive data and empirically identified domains from the OPPERA case-control study. **J Pain**, Philadelphia, v. 12, p. t27–t45. Nov. 2011. Supl 11. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.09.001

OHRBACH, R *et al*. **Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version: 02June2013**. 2013. Disponível em: www.rdc-tmdinternational.org.

OHRBACH, R.; MARKIEWICZ, M. R.; MCCALL JR, W. D. Waking-state oral parafunctional behaviors: specificity and validity as assessed by electromyography. **Eur J Oral Sci**, Copenhagen, v. 116, n. 5, p. 438-444, Oct. 2008. DOI 10.1111/j.1600-0722.2008.00560.x. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2008.00560.x.

OHRBACH, R.; MICHELOTTI, A. The Role of Stress in the Etiology of Oral Parafunction and Myofascial Pain. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am**, Philadelphia, v. 30, n. 3, p. 369-379, aug. 2018. DOI 10.1016/j.coms.2018.04.011. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.04.011.

OLIVEIRA, L. C. N.; QUEMELO, P. R. V. Qualidade de vida de policiais militares. **Arq Ciên Saúde**, São José do Rio Preto, v. 21, n. 3, p. 72-75, 2014. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-3/v21-3.htm

OZNUR, T. *el al.* Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Military Personnel Deployed Abroad. **Isr J Psychiatry Relat Sci**, Jerusalem, v. 52, n. 3, p. 60-64, 2015.

PAPATHANASIOU, G. *et al.* Effects of smoking on heart rate at rest and during exercise, and on heart rate recovery, in young adults. **Hellenic J Cardiol**, Athens, v. *54, n.* 3, p. 168–177, May-June 2013.

PEREZ, A. M.; BENSEÑOR, I. M. Tobacco and alcohol use, sexual behavior and common mental disorders among military students at the Police Academy, São Paulo, Brazil. A cross-sectional study. **Sao Paulo med j.**, São Paulo, v. 133, n. 3, p. 235-244, mai./jun. 2015. DOI 10.1590/1516-3180.2014.9102711. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1516-3180.2014.9102711.

PERIĆ, D. *et al.* Health-related quality of life in soldiers in Croatia: relationship with combat readiness and psychological dimensions. **Cent Eur J Public Health**, Prague, v. 21, n. 4, p. 207-12, Dec. 2013.

PERROTTA, S. *et al.* Prevalence of malocclusion, oral parafunctions and temporomandibular disorder-pain in Italian schoolchildren: An epidemiological study. **J Oral Rehabil,** Oxford, v. 46, n. 7, p. 611-616, July 2019. DOI 10.1111/joor.12794. Disponível em: https://doi.org/10.1111/joor.12794

PINTO, N. A. J.; CAVESTRO, J. M.; FEREIRA W. Prevalência de transtorno de ansiedade generalizada em estudantes de medicina **Rev. Interdisciplinar ciências médicas**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 36-43, 2018. Disponível em: http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/111.

PRUITT, L. D. *et al.* Suicide in the Military: Understanding Rates and Risk Factors Across the United States' Armed Forces. **Mil Med**, Bethesda, v. 184, p. 432-437, Mar./Apr. 2019. Supl. 1. DOI: 10.1093/milmed/usy296 /usy296. Disponível em: https://doi.org/10.1093/milmed/usy296 /usy296

QUEIRÓS, *et al*. Burnout and Stress Measurement in Police Officers: Literature Review and a Study With the Operational Police Stress Questionnaire. **Front Psychol**, Pully, v. 11, n. 587, 2020. DOI 10.3389/fpsyg.2020.00587. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00587

REIS, R. S. **Comportamentos de risco à saúde e percepção de estresse em professores universitários das IFES do sul do Brasil.** 2005. 139 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROELOFS, J. *et al.* Dutch version of the Pain Vigilance and Awareness Questionnaire: validity and reliability in a pain-free population. **Behav Res Ther**,

Oxford, v. *40, n.* 9, p. 1081–1090, 2002. disponível em: https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00008-6.

ROELOFS, J. *et al*. The pain vigilance and awareness questionnaire (PVAQ): further psychometric evaluation in fibromyalgia and other chronic pain syndromes. **Pain**, Amsterdam, v. 101, n. 3, p. 299–306, 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1016/s0304-3959(02)00338-x.

SAMPSON, L. *et al.* Mental Health Over Time in a Military Sample: The Impact of Alcohol Use Disorder on Trajectories of Psychopathology After Deployment. **J Trauma Stress**, New York, v. 28, n. 6, p. 547-555, Dec. 2015. DOI 10.1002/jts.22055. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jts.22055.

SAREEN, J. *et al.* Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: findings from a large representative sample of military personnel. **Arch Gen Psychiatry,** Chicago, v. 64, n. 7, p. 843-852, July 2007. DOI 10.1001/archpsyc.64.7.843. Disponível: https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.843.

SCHIFFMAN, E. *et al.* Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. **J oral facial pain headache**, v. 28, n. 1, p. 6-27, 2014. DOI 10.11607/jop.1151. Disponível em: https://doi.org/10.11607/jop.1151.

SEELIG, A. D. *et al.* Sleep and Health Resilience Metrics in a Large Military Cohort. **Sleep**, New York, v. 39, n. 5, p. 1111-1120. May 2016. DOI 10.5665/sleep.5766. Disponível em: https://doi.org/10.5665/sleep.5766.

SHIRVANI, M.; REED, M. B.; CLINGAN, S. The Relationship Between Emerging Adult Alcohol Consumption and Military Enlistment. **Mil Med**, Bethesda, v. 182, n. 9, p. e1731-e1737, Sep. 2017. DOI 10.7205/MILMED-D-16-00312. Disponível em: https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00312.

SILVA, F. C. *et al.* Health-related quality of life and related factors of military police officers. **Health Qual Life Outcomes,** London, v. 27, p. 12-60, apr. 2014.

SOUSA, R. C. **Condições Emocionais de Policiais Militares do Interior de Minas Gerais**. 2018. 150 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018. Disponível em: http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/821.

SOUZA, W. A. **Ansiedade, depressão e sintomas de DTM em policiais militares da 27ª Companhia Independente da Polícia Militar- Cruz das Almas – Bahia**. 2019. 53 f. 2019. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, BA. Disponível em: http://131.0.244.66:8082/jspui/123456789/1673.

SPALJ, S. *et al.* Predictive value of dental readiness and psychological dimensions for oral health-related quality of life in Croatian soldiers: a cross-sectional study.

Croat Med J, Zagreb, v. 53, n. 5, p. 461-469, Oct. 2012. DOI 10.3325/cmj.2012.53.461. Disponível em: https://doi.org/10.3325/cmj.2012.53.461.

SU, N. *et al.* Association of malocclusion, self-reported bruxism and chewing-side preference with oral health-related quality of life in patients with temporomandibular joint osteoarthritis. **Int Dent J**, London, v. 68, n. 2, p. 97–104, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1111/idj.12344

TUCH, C. *et al.* Physical fitness level affects perception of chronic stress in military trainees. **Stress Health**, Chichester, v. 33, n. 5, p. 490- 497, Dec. 2017. DOI 10.1002/smi.2732. Disponível em: https://doi.org/10.1002/smi.2732.

ULANDAY, K. T. *et al.* Perceived Deterrence of Cigarette Use and Smoking Status Among Active Duty Military Personnel. **Mil Med**, Bethesda, v. 182, n. 5-6, p. e1733-e1741. May 2017. DOI 10.7205/MILMED-D-16-00201. Disponível em: https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00201.

VAN DER MEULEN, M. J. *et al*. Validity of the Oral Behaviours Checklist: correlations between OBC scores and intensity of facial pain. **J Oral Rehabil***,* Oxford, v. 41, n. 2, p. 115–121, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1111/joor.12114

VIANA, M. S. *et a*. Nível de atividade física, estresse e saúde em. **Motricidade**, Santa Maria da Feira, v. 6 n. 1, p. 19–32, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.6063/motricidade.6(1).156

VINNIKOV, D. *et al.* Fatigue and sleepiness determine respiratory quality of life among veterans evaluated for sleep apnea. **Health Qual Life Outcomes,** London, v. 15, n. 1, Mar. 2017. DOI 10.1186/s12955-017-0624-x. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12955-017-0624-x.

WANG, Z. *et al.* Sleep quality and its impacts on quality of life among military personnel in remote frontier areas and extreme cold environments. **Health Qual Life Outcomes,** London, v. 18, n. 1, July 2020. DOI 10.1186/s12955-020-01460-7. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12955-020-01460-7.

WARE JR, J.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. **Medical Care**, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, June 1992.

WHO - World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse**. WHOQOL: Measuring Quality of Life**. Geneva: WHO, 1997. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482.

XIE, S. *et al*. Analysis and determinants of Chinese navy personnel health status: a cross-sectional study. **Health Qual Life Outcomes,** London, v. 16, n. 138, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12955-018-0961-4.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatr Scand**, Copenhagen, v. 67, p. 361-370, 1983. DOI 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Apêndices

APÊNDICE A

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Bauru, 12 de Setembro de 2017

Prezado Senhor Major Rodolfo **Parra** – Subcomandante do 37º Batalhão de Infantaria Leve,

Gostaríamos de pedir a autorização do senhor para a realização da pesquisa da aluna Michelly Lima Moro Alves, regularmente matriculada nesta faculdade – RA 8197655 – no curso de pós graduação Strictu Sensu – Doutorado – área de concentração: Reabilitação Oral.

O projeto em questão visa avaliar a correlação da qualidade de vida de militares com o aumento ou não das parafunções orais. Para tanto, serão aplicados questionários específicos, já consolidados na literatura, de forma que consigamos os dados de forma rápida e efetiva.

Os questionários serão aplicados de maneira que não atrapalhe a rotina dos militares, sendo assim, a cada semana será entregue um questionário e o militar será orientado sobre como preenchê-lo podendo levá-lo para casa. Ao todo serão 6 (seis) questionários e um formulário de levantamento epidemiológico.

Todos militares da unidade terão livre autonomia para aceitar ou não participar da pesquisa, os que aceitarem, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para apresentação no Comitê de Ética da Faculdade.

Desde já agradecemos a atenção e disponibilidade do senhor e nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas.
Atenciosamente,

Profª Drª Karin Hermana Neppelenbroek
Orientadora

Prof. Dra. Simone Soares
Co-Orientadora

Michelly Lima Moro Alves
Doutoranda – pesquisadora

Maj Rodolfo **Parra**
Subcomandante do 37º BIL

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73
e-mail: **dep-prot@fob.usp.br** – Fone/FAX (0xx14) **3235-8277**
http://www.fob.usp.br

APÊNDICE B

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Prótese

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Solicito a autorização de _____para participar da pesquisa **"Prevalência e fatores associados aos hábitos parafuncionais em militares do Exército Brasileiro"**

Hábitos parafuncionais orais são toda atividade não funcional, resultante de um ato repetitivo, geralmente desagradável para o indivíduo, que pode trazer conseqüências não muito boas, estando diretamente ligado a qualidade de vida do paciente.

Sua participação consistirá em responder a 6 (seis) questionários, sendo estes o: **SF-36** para avaliação da qualidade de vida geral, e os seguintes questionários para avaliação de ansiedade, stress e sonolência: **Índice de Qualidade de sono de Pittsburgh** (PSQI-BR), **Escala HAD** – nível de ansiedade e depressão, **Consciência e vigilância do sono** (PVAQ), **Escala de Stress percebido** e o **Oral Behavior Checklist.**

Os dados serão coletados no 37° Batalhão de Infantaria Leve, na cidade de Lins-SP, onde os questionários serão administrados em uma sala, com capacidade para grupos de aproximadamente 50 pessoas por vez, porém serão preenchidos individualmente, sem que haja constrangimento do paciente.

A aplicação em forma de grupo foi escolhida para que as questões pudessem ser projetadas, lidas e explicadas uma a uma para melhor compreensão dos participantes, uma vez que teremos pessoas de todo nível de escolaridade.

Será dado um intervalo de 1 (uma) semana entre cada questionário para diminuir o viés, cada questionário levará em média de 5 (cinco) a 10 (dez) minutos para serem preenchidos, contando com o tempo de exposição e explicação das perguntas.

A presente pesquisa não apresenta risco, mas fica assegurado aos indivíduos participantes o direito a indenização caso algum dano dela decorra. O benefício será a possibilidade de traçar um perfil sobre a rotina militar e suas possíveis conseqüências na qualidade de vida, podendo assim propor melhorias na área de trabalho.

O participante da pesquisa receberá uma via deste documento, assinado e rubricado por ele próprio e pelo pesquisador responsável. Para o desenvolvimento dessa pesquisa, sua participação é fundamental, mas não obrigatória. Além disso, sua participação é absolutamente gratuita e todas as informações serão **CONFIDENCIAIS**, podendo ser publicadas apenas para fins científicos, portanto sem a identificação dos participantes. A qualquer momento poderá ser pedido mais informações ou até mesmo negar-se a continuar participando da pesquisa sem qualquer penalidade.

Desde já agradecemos a colaboração e nos colocamos à disposição para mais esclarecimentos que se fizerem necessários. Se restarem dúvidas, o participante poderá entrar em contato com o responsável pelo estudo (Michelly Lima Moro Alves), pelo telefone (14) 3235-8277, pelo e-mail michellylima@usp.br ou pelo endereço: Departamento de Prótese, da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP, Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75.

Para denúncias e/ou reclamações, entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa-FOB/USP, à Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária, ou pelo telefone (14)3235-8356, e-mail: cep@fob.usp.br.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Prótese

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____ _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA E FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica).

Por fim, como pesquisador responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em **DUAS VIAS** igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão **rubricadas em todas as suas páginas** e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Lins, SP, _____ de _____ de _____.

_____ Assinatura do Participante da pesquisa

Michelly Lima Moro Alves
Michelly Lima Moro Alves - Pesquisadora

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 **(Portaria GD/0698/FOB)**, previsto no item VII da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:
Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das 13h30 às 17 horas, em dias úteis.
Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75
Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901
Telefone/FAX(14)3235-8356
e-mail: cep@fob.usp.br

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO GLOBAL:

A

Idade:_____

Grau de Escolaridade:_____

_

Estado civil:_____

Possui filhos? _____ Quantos? _____

Fuma? _____ Quantos maços ao dia? _____

Bebe? _____ Quantas vezes na semana? _____

É Militar de: Carreira_____ Temporário _____

Tempo de serviço no Exército? _____

Posto / Graduação:_____

__

Já participou de alguma missão real? _____

Qual/ Quando?

_

Anexos

ANEXO A

Questionário de Qualidade de Vida SF-36

1 - Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	**2**	**3**	**4**	**5**

2 - Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	**2**	**3**	**4**	**5**

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	**1**	**2**	**3**
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	**1**	**2**	**3**
c) Levantar ou carregar mantimentos	**1**	**2**	**3**
d) Subir vários lances de escada	**1**	**2**	**3**
e) Subir um lance de escada	**1**	**2**	**3**
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	**1**	**2**	**3**
g) Andar mais de 1 quilômetro	**1**	**2**	**3**
h) Andar vários quarteirões	**1**	**2**	**3**
i) Andar um quarteirão	**1**	**2**	**3**
j) Tomar banho ou vestir-se	**1**	**2**	**3**

4 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	SIM	**NÃO**
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	**1**	**2**
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	**1**	**2**
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	**1**	**2**
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)	**1**	**2**

5 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	SIM	**NÃO**
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	**1**	**2**
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	**1**	**2**
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	**1**	**2**

6 - Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	**2**	**3**	**4**	**5**

7 - Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

8 - Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	**2**	**3**	**4**	**5**

9 - Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

Atividades	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 - Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde fisica ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 - O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B

Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-BR)

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 à 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 de dormir** porque você...	Nenhuma no último mês (0)	Menos de 1 vez por semana (1)	1 ou 2 vezes por semana (2)	3 ou mais vezes por semana (3)
5.a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos				
5.b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo				
5.c) Precisou levantar para ir ao banheiro				
5.d) Não conseguiu respirar confortavelmente				
5.e) Tossiu ou roncou forte				
5.f) Sentiu muito frio				
5.g) Sentiu muito calor				
5.h) Teve sonhos ruins				
5.i) Teve dor				
5.j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva: _____ Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?				
7 - Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou "por conta própria") para lhe ajudar a dormir?				
8 - No último mês, com que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?				
	Muito boa (0)	Boa (1)	Ruim (2)	Muito ruim (3)
6 - Durante o último mês como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral:				
	Nenhuma dificuldade (0)	Um problema muito leve (1)	Um problema razoável (2)	Um problema muito grande (3)
9 - Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?				

ANEXO C

Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um **"X"** a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA**.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta

1. Eu me sinto tenso(a) ou contraído(a):			
( ) A maior parte do tempo (3)	( ) Boa parte do tempo (2)	( ) De vez em quando (1)	( ) Nunca (0)
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
( )Sim, do mesmo jeito que antes (0)	( ) Não tanto quanto antes (1)	( ) Só um pouco (2)	( ) Já não consigo ter prazer em nada (3)
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:			
( ) Sim, de um jeito muito forte (3)	( ) Sim, mas não tão forte (2)	( ) Um pouco, mas isso não me preocupa (1)	( ) Não sinto nada disso(0)
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:			
( ) Do mesmo jeito que antes (0)	( ) Atualmente um pouco menos (1)	( )Atualmente bem menos (2)	( ) Não consigo mais (3)
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:			
( ) A maior parte do tempo (3)	( ) Boa parte do tempo (2)	( ) De vez em quando (1)	( ) Raramente (0)
6. Eu me sinto alegre:			
( ) Nunca (3)	( ) Poucas vezes (2)	( ) Muitas vezes (1)	( ) A maior parte do tempo (0)
7. Consigo sentar a vontade e me sentir relaxado:			
( ) Sim, quase sempre (0)	( ) Muitas vezes (1)	( ) Poucas vezes (2)	( ) Nunca (3)
8. Eu estou lento(a) para pensar e fazer as coisas:			
( ) Quase sempre (3)	( ) Muitas vezes (2)	( ) Poucas vezes (1)	( ) Nunca (0)
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
( ) Nunca (0)	( ) De vez em quando (1)	( ) Muitas vezes (2)	( ) Quase sempre (3)
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
( ) Completamente (3)	( ) Não estou mais me cuidando como deveria (2)	( ) Talvez não tanto quanto antes (1)	( ) Me cuido do mesmo jeito que antes (0)
11. Eu me sinto inquieto(a), como se eu não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhuma:			
( ) Sim, demais (3)	( ) Bastante (2)	( ) Um pouco (1)	( ) Não me sinto assim (0)
12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:			
( ) Do mesmo jeito que antes (0)	( ) Um pouco menos do que antes (1)	( )Bem menos do que antes (2)	( ) Quase nunca (3)
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
( ) A quase todo momento (3)	( ) Várias vezes (2)	( ) De vez em quando(1)	( ) Não sinto isso (0)
14. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:			
( ) Quase sempre (0)	( ) Várias vezes (1)	( ) Poucas vezes (2)	( ) Quase nunca (3)
		Resultado do teste	

ANEXO D

Questionário Escala de Estresse Percebido (PSS)

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0 = nunca 1 = quase nunca 2 = às vezes 3 = quase sempre 4 = sempre

Neste último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3	Você tem se sentido nervoso e "estressado"?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

ANEXO E

Questionário de Vigilância e Consciência Relacionada a Dor (PVAQ)

Assinale em cada afirmação entre **0 (nunca)** e **5 (sempre)** de acordo com sua experiência de dor.

Item	Descrição						
1	Eu sou muito sensível à dor.	0	1	2	3	4	5
2	Estou atento(a) a qualquer mudança súbita/repentina ou temporária da dor.	0	1	2	3	4	5
3	Eu sou rápido(a) para detectar alterações na intensidade da dor.	0	1	2	3	4	5
4	Sou rápido(a) para notar efeitos da medicação sobre a dor.	0	1	2	3	4	5
5	Eu sou rápido(a) para notar alterações na localização ou na extensão da dor.	0	1	2	3	4	5
6	Eu me concentro nas sensações de dor.	0	1	2	3	4	5
7	Eu noto a dor mesmo se eu estou ocupado(a) com outra atividade.	0	1	2	3	4	5
8	Eu acho fácil ignorar a dor.	0	1	2	3	4	5
9	Eu sei imediatamente quando a dor começa ou aumenta.	0	1	2	3	4	5
10	Quando eu faço algo que aumenta a dor, a primeira coisa que faço é verificar o quanto a dor aumentou.	0	1	2	3	4	5
11	Eu sei imediatamente quando a dor diminui.	0	1	2	3	4	5
12	Eu pareço ser mais consciente da dor do que outros	0	1	2	3	4	5
13	Eu presto muita atenção à dor	0	1	2	3	4	5
14	Eu registro/acompanho o nível da minha dor.	0	1	2	3	4	5
15	Eu fico preocupado(a) com a dor.	0	1	2	3	4	5
16	Eu não me debruço/fixo sobre a dor.	0	1	2	3	4	5

ANEXO F

Lista de Checagem de Comportamentos Orais

Com que frequência você realiza cada um dos comportamentos descritos abaixo, baseado no **último mês (últimos 30 dias)?**
Se a frequência do comportamento variar, escolha a opção maior.

	Comportamentos durante **o SONO**	**Nunca**	**Menos de 1 noite por mês**	**1 a 3 noites por mês**	**1 a 3 noites por semana**	**4 a 7 noites por semana**
1	Ranger ou apertar os dentes **durante o sono**, baseado em qualquer informação que você possa ter	0	1	2	3	4
2	Dormir em uma posição que coloque pressão sobre a mandíbula (por exemplo, de bruços ou de lado)	0	1	2	3	4
	Comportamentos durante as horas de **VIGÍLIA**	**Nunca**	**Uma pequena parte do tempo**	**Alguma parte do tempo**	**A maior parte do tempo**	**Todo o tempo**
3	Ranger os dentes quando **acordado**	0	1	2	3	4
4	Apertar os dentes quando **acordado**	0	1	2	3	4
5	Pressionar, tocar ou segurar os dentes juntos, sem estar mastigando (isto é, contato entre os dentes superiores e inferiores)	0	1	2	3	4
6	Segurar, apertar ou tensionar os músculos sem estar mastigando ou encostando os dentes	0	1	2	3	4
7	Manter ou movimentar a mandíbula para frente ou para o lado	0	1	2	3	4
8	Pressionar a língua com força contra os dentes	0	1	2	3	4
9	Colocar a língua entre os dentes	0	1	2	3	4
10	Morder, mordiscar ou ficar mexendo com a língua, as bochechas, ou os lábios	0	1	2	3	4
11	Segurar a mandíbula em uma posição rígida ou tensa, como se estivesse escorando ou protegendo a mandíbula	0	1	2	3	4
12	Segurar entre os dentes ou morder objetos tais como cabelo, cachimbo, lápis, canetas, dedos, unhas, etc.	0	1	2	3	4
13	Mascar chicletes	0	1	2	3	4
14	Tocar instrumentos musicais que envolvam o uso da boca ou mandíbula (como instrumentos de sopro ou violino)	0	1	2	3	4
15	Apoiar a mandíbula na mão, como se estivesse descansando o queixo na mão	0	1	2	3	4
16	Mastigar a comida de um lado só	0	1	2	3	4
17	Comer entre as refeições (alimentos que precisam ser mastigados)	0	1	2	3	4
18	Falar demasiadamente (por exemplo, dar aulas, trabalhar com vendas, trabalhar com atendimento ao consumidor)	0	1	2	3	4
19	Cantar	0	1	2	3	4
20	Bocejar	0	1	2	3	4
21	Segurar o telefone entre a cabeça e os ombros (com apoio dos ombros)	0	1	2	3	4