

**AVALIAÇÃO DE ESTRESSE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA
EM PACIENTES COM SÍNDROME DE ARDÊNCIA BUCAL**

Josiane Pawlowski

Monografia da Especialização em Psicologia Clínica – Ênfase em Avaliação Psicológica
realizada sob orientação da Dra. Denise Ruschel Bandeira

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Especialização em Psicologia Clínica – Ênfase em Avaliação Psicológica
Porto Alegre, abril de 2007.**

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	03
RESUMO.....	04
ABSTRACT.....	05
APRESENTAÇÃO.....	06
CAPÍTULO I	
INTRODUÇÃO	07
CAPÍTULO II	
MÉTODO	10
2.1 Participantes.....	10
2.2 Procedimentos.....	11
2.3 Instrumentos.....	12
2.4 Análise dos dados	13
CAPÍTULO III	
RESULTADOS	14
CAPÍTULO IV	
DISCUSSÃO	18
REFERÊNCIAS.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Característica da Amostra por Grupos	11
Tabela 2. Médias e Desvios-padrão das Medidas Emocionais e Análise de Covariância Controlada por Idade e Renda	15
Tabela 3. Frequência dos Participantes por Grupos SAB e Controle nas Fases de Estresse e nos Níveis de Ansiedade, Depressão e Desesperança	16
Tabela 4. Comparação das Médias nas Subescalas do BAI entre os Grupos SAB e Controle	17

RESUMO

Os autores avaliaram estresse, ansiedade, depressão e desesperança em pacientes com Síndrome de Ardência Bucal (SAB) e controles. Trinta pacientes com SAB foram comparados a 30 sujeitos controle residentes na região metropolitana de Porto Alegre, Brasil. Os instrumentos aplicados foram: um questionário de dados sócio-demográficos, o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) e as Escalas Beck de Ansiedade (BAI), Depressão (BDI) e Desesperança (BHS). Os dados foram analisados através do teste de Correlação de Pearson, teste ANCOVA controlado por idade e renda e teste Qui-quadrado. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto às variáveis emocionais estresse, ansiedade, depressão e desesperança. O grupo de pacientes com SAB apresentou mais sintomas físicos de estresse e neurofisiológicos de ansiedade. Na avaliação clínica dos resultados, o grupo SAB apresentou nível leve de ansiedade ($M = 12,8$; $dp = 9,8$) e o grupo controle, nível mínimo ($M = 9,73$; $dp = 7,5$). Em conclusão, os dados apresentados sugerem que, na amostra estudada, pacientes com Síndrome de Ardência Bucal ativa apresentam níveis clinicamente mais elevados de ansiedade.

Palavras-chave: Síndrome de Ardência Bucal; estresse; ansiedade; depressão; desesperança

ABSTRACT

Evaluation of stress, anxiety, depression and hopelessness in patients with Burning Mouth Syndrome

The authors evaluated stress, anxiety, depression and hopelessness in patients with Burning Mouth Syndrome (BMS) and controls. Thirty patients with BMS were compared to 30 controls in the metropolitan area of Porto Alegre, Brazil. They answered a questionnaire of demographic data, the Lipp Stress Symptoms Inventory for Adults and the Beck Scales of Anxiety (BAI), Depression (BDI) and Hopelessness (BHS). The data were analyzed by Pearson's correlation Test, ANCOVA Test controlled by age and income and Qui-square Test. According to the analysis, there were not significant differences among the groups on stress, anxiety, depression and hopelessness. The patients' group with SAB showed more physical symptoms of stress and more symptoms of neurophysiological anxiety. In the clinical evaluation of the results, the SAB group had light level of anxiety ($M = 12,8; dp = 9,8$) and the control group had minimum level of anxiety ($M = 9,73; dp = 7,5$). These data suggest that, in the studied sample, patients with Burning Mouth Syndrome showed higher levels of anxiety in the clinical analysis of results.

Keywords: Burning Mouth Syndrome; stress; anxiety; depression; hopelessness

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho foi realizado a partir da participação da autora em duas pesquisas na área odontológica, nas quais eram necessárias as aplicações de instrumentos de avaliação psicológica. Uma das pesquisas resultou na tese “Níveis de cortisol, grau de estresse e ansiedade em pacientes com Síndrome de Ardência Bucal” de autoria de José Miguel Amenábar, Doutor em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil. A outra pesquisa resultou na dissertação “Estresse, cortisol e periodontite: Achados clínicos e biológicos em uma população com 50 anos ou mais” de autoria de Juliana Balbinot Hilgert, atualmente Doutoranda em Epidemiologia pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Esse estudo contou também com a colaboração de Fernando Neves Hugo, Doutorando em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Os autores dos estudos colaboraram na elaboração do presente manuscrito, o qual objetivou investigar a relação entre a Síndrome de Ardência Bucal (SAB) e as variáveis emocionais: estresse, ansiedade, depressão e desesperança. Os participantes do grupo com a síndrome haviam composto a amostra da tese citada nessa apresentação. Para a formação da amostra controle, foram selecionados participantes do banco de dados referente à dissertação citada nessa apresentação, os quais foram pareados com os participantes do grupo clínico.

Esse manuscrito será encaminhado para publicação na forma de artigo, tendo como autores as psicólogas Josiane Pawlowski e Denise Ruschel Bandeira, bem como os profissionais da área odontológica José Miguel Amenábar, Juliana Balbinot Hilgert e Fernando Neves Hugo. Ressalta-se a importância da associação desses profissionais em razão da necessidade de uma avaliação interdisciplinar da Síndrome de Ardência Bucal, a qual ainda não possui uma etiologia bem caracterizada. Nesse sentido, os sintomas psicológicos apresentados por esses pacientes podem ser tanto causa como consequência da manifestação da Síndrome. Por esse motivo, entende-se a relevância de avaliar quais sintomas psicológicos e em que proporção estão relacionados à Síndrome de Ardência Bucal, a fim de serem planejadas intervenções focadas na redução daqueles com prevalência entre esses pacientes.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Ardência Bucal (SAB) é uma desordem caracterizada por uma sensação de ardência da cavidade oral na ausência de anormalidades sistêmicas ou locais. Ocasionalmente, a SAB pode ser acompanhada por xerostomia, disgeusia ou ageusia. Outros nomes dados à essa síndrome são: glossodinia, glossopirose, estomatodinia, estomatopirose e disestesia bucal (Woda, Navez, Picard, Gremeau, & Pichard-Leandri, 1998; Brown, Krakow, Douglas, & Choksi, 1997). A SAB afeta predominantemente as mulheres de 40 a 50 anos de idade, na razão de sete mulheres para cada homem, na maioria dos estudos, embora alguns autores já tenham indicado uma relação de 12:1 (Third European Congress of Oral Medicine, 1997; Huang, Rothe, & Grant-Kels, 1996). A prevalência da síndrome é de 0,7% na população norte-americana e de 7,0% na população européia, sendo a média comum entre 2,5 e 5,1% (Third European Congress of Oral Medicine, 1997).

As causas de SAB são multifatoriais e ainda pouco conhecidas. Os pacientes que sofrem dessa síndrome são avaliados freqüentemente por vários clínicos, entre eles, médico clínico geral, otorrinolaringologista, cirurgião-dentista, cirurgião bucomaxilofacial, estomatologistas e especialistas em dor. Por essa razão, é importante que uma ampla variedade de especialistas seja capaz de reconhecer os sinais e as várias causas da Síndrome de Ardência Bucal, particularmente aqueles que não pertencem a essas especialidades.

Há muitos sintomas associados à SAB que geralmente não seguem as regras dos limites anatômicos. A ponta da língua é o local mais comum (71%), seguido pelos lábios (50%), bordas laterais da língua (46%), dorso da língua (46%) e palato (46%) (van der Ploeg, van der Wal, Eijkman, & van der Waal, 1987). Várias queixas orais associadas têm sido observadas concomitantemente ao início da SAB, por exemplo, boca seca, mudanças hormonais, micoses, anemia crônica, diabete e hábitos orais, tais como protrusão da língua durante a deglutição e bruxismo (Zakrzewska, 1997; Field, Speechley, Rugman, Varga, & Tyldesley, 1995).

Além disso, como a síndrome não apresenta uma etiologia clara, causas psiquiátricas subjacentes também são investigadas freqüentemente. Dentre as variáveis emocionais, ansiedade e depressão têm sido identificadas como componentes importantes na etiologia da SAB. Freqüentemente, os pacientes relatam terem passado por um período de estresse, que é relacionado ao início dos sintomas da síndrome (Carlson, Miller, & Reid, 2000; Bogetto, Maina, Ferro, Carbone, & Gandolfo, 1998). Alguns estudos também

descrevem uma relação temporária entre a ocorrência de eventos de mudança de vida e o começo dos episódios de sensação de ardência bucal (Bergdahl, Anneroth, & Perris, 1995).

A severidade dos eventos de mudança de vida tem uma forte relação com o começo e tipo de SAB (Trikkas, 1998). Existem três tipos de SAB, cujas categorias estão baseadas na variação do curso dos sintomas (Lamb, Lamey, & Reeve, 1988). A SAB Tipo I é definida pela ausência de sintomas ao despertar, com aumento gradual na severidade ao longo do dia. Na SAB Tipo II, a queimação é descrita como presente dia e noite, e a SAB Tipo III é caracterizada por dias de remissão, sem seguir um padrão específico.

A alexitimia, uma expressão somática de um fenômeno afetivo, tem sido relacionada ao aparecimento de sintomas de ardência seguidos a eventos difíceis de vida, tais como a morte de um ente querido, uma crise financeira, ou uma doença de longa duração (Jerlang, 1997). Vários estudos psiquiátricos examinaram os pacientes de SAB, comparando a qualidade de seus sintomas com seus níveis de ansiedade e depressão (Zakrzewska, 1997; Trikkas, 1998; Carlson et al., 2000; Bogetto et al., 1998; Muzyka, 2000). A presença de sintomas variáveis também foi relacionada à existência prévia de um transtorno psiquiátrico estabelecido (van der Bijl, 1995; Muzyka, 2000). A SAB parece estar mais associada à ansiedade que à depressão e pode ser explicada pela presença de hábitos orais que são secundários à ansiedade, tais como protrusão da língua durante a deglutição ou bruxismo. De acordo com teorias relacionadas à percepção de dor e a perspectiva bio-comportamental dos que sofrem dor crônica e aguda, pacientes que relatam ardência oral também têm uma incidência mais alta de cancerofobia, de até 20%, quando comparados a sujeitos controle (Third European Congress of Oral Medicine, 1997; Okeson, 1996).

Alguns estudos discutem a possibilidade de que o comprometimento psiquiátrico de pacientes com SAB pode ser conseqüência da ardência oral e não um fator causal da síndrome. Outros propõem que a SAB é um transtorno psiquiátrico específico, distinto da hipocondria (Bogetto et al., 1998; Ship et al., 1995; Graham, Macleod, & Hamilton, 1996). Alguns tipos de SAB podem ter relação mais próxima a doenças comportamentais, por exemplo, o Tipo I tem sido relacionado a transtornos de ansiedade leve a moderada, enquanto o Tipo II relaciona-se mais a comprometimento psiquiátrico severo e cancerofobia (van der Bijl, 1995; Paterson, Lamb, Clifford, & Lamey, 1995).

Em geral, até 50% de pacientes com SAB exibem desordens psiquiátricas (Ship et al., 1995). Em um estudo, um transtorno psiquiátrico foi apresentado em mais que 50% de pacientes com SAB, sendo a depressão o mais comum (Rojo, Silvestre, Bagan, & De

Vicente, 1993). Em outro, a ansiedade foi relatada ser mais comum que a depressão como uma característica da síndrome (Lamey & Lamb, 1989).

A SAB pode ser ativada pela composição salivar significativamente alterada como consequência da ativação simpática resultante do estresse psicológico (Grushka, 1987). Porém, apesar de pacientes com SAB poderem apresentar estresse psicológico elevado, o aparecimento de sintomas dessa síndrome não tem sido relacionado a eventos de vida estressores (Eli, Kleinhauz, Baht, & Littner, 1994). van der Waal (1990) sugere que é mais provável sintomas crônicos intensos de ardência bucal afetarem o estado psicológico de um paciente do que o contrário. Portanto, apesar de o estresse e a ansiedade poderem exacerbar o problema, não é provado que sejam a causa definitiva.

Considerando a relação entre fatores emocionais e a Síndrome de Ardência Bucal, o objetivo do presente estudo foi avaliar ansiedade, depressão, desesperança e sintomas de estresse em pacientes com SAB. Apesar de os estudos apontarem a prevalência de ansiedade e depressão entre pacientes com a Síndrome, foi realizada a avaliação de estresse através de um inventário que investiga qual tipo de sintoma de estresse (físico ou psicológico) se associa mais à SAB. Além disso, a relação da síndrome aos sentimentos de desesperança apresentados pelos pacientes, não relatada anteriormente na literatura, foi avaliada no presente estudo.

MÉTODO

2.1 Participantes

Foram avaliados 30 pacientes com diagnóstico de SAB (24 mulheres e 6 homens) no Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. De 167 pacientes com SAB cadastrados entre o mês de janeiro de 1997 e o mês de dezembro de 2005 nesse Serviço do hospital, 96 residiam na região metropolitana de Porto Alegre, dos quais 45 foram excluídos devido ao uso de antidepressivos e/ou ansiolíticos. Foram contatados por telefone os 51 pacientes restantes a fim de ser confirmada a persistência dos sintomas da SAB. Desses, 30 pacientes ainda permaneciam com os sintomas e aceitaram participar da pesquisa.

O grupo controle foi composto de 30 participantes do banco de dados com uma amostra de mais de 150 participantes, selecionada em grupos de convivência no município de Porto Alegre (RS) para uma pesquisa em odontologia realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Hilgert, Hugo, Bandeira, & Bozzetti, 2006). Os participantes do grupo controle não apresentavam sintomas relacionados à ardência ou queimação bucal e foram emparelhados por sexo e raça com o grupo de pacientes com SAB. Também foram controlados por idade, estado civil e renda familiar mensal, mediante média e desvio padrão semelhantes aos pacientes do grupo SAB. Com relação à escolaridade, não foi possível manter o pareamento entre os grupos em razão da utilização de um banco de dados de controles e da necessidade de aproximação entre os grupos com relação a diversas características. A caracterização da amostra por grupos é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1

Características da Amostra por Grupos

	SAB (N = 30)	Controles (N = 30)
Idade		
<i>M (dp)</i>	61,63 (10,77)	63,20 (9,69)
Sexo		
Feminino	80% (24)	80% (24)
Masculino	20% (6)	20% (6)
Nível de escolarização		
Fundamental	60% (19)	36,7% (11)
Médio	13,3% (4)	33,3% (10)
Superior	23,3% (7)	30% (9)
Renda familiar (em R\$)		
<i>M (dp)</i>	2.117,93 (2.230,94)	2.206,00 (1.701,18)

2.2 Procedimentos

Quanto aos participantes do grupo controle, as avaliações odontológica e psicológica, realizada através da aplicação dos mesmos instrumentos que no grupo clínico, já haviam sido realizadas na outra pesquisa, da qual haviam consentido participar.

Os participantes do grupo clínico assinaram um termo de consentimento de sua participação na pesquisa, realizaram exame clínico odontológico e responderam aos instrumentos de avaliação das medidas emocionais. O diagnóstico da SAB foi realizado de acordo com critérios estabelecidos por Scala, Checchi, Montevecchi, Marini e Giamberardino (2003). Segundo esses autores, o diagnóstico da SAB depende da análise cuidadosa do padrão dos sintomas e das características da dor manifestados pelo paciente. A dor deve ser experimentada na mucosa bucal durante pelo menos 4 a 6 meses sem regredir e precisa ser contínua durante todos os dias ou quase todos os dias, raramente interferindo no sono e sendo aliviada através da ingestão de alimento ou bebida. Além disso, deve ser considerada a ocorrência de sintomas bucais, tais como a xerostomia e/ou a alteração do paladar, bem como mudanças de humor. Após essas constatações, é necessário ser examinado o estado clínico da mucosa bucal e realizados exames complementares que incluam hemograma completo, glicemia em jejum, complexo vitamínico B e ferro sérico.

2.3 Instrumentos

Os participantes responderam aos instrumentos:

1) *Questionário de dados sócio-demográficos* para mensuração das variáveis: idade, sexo, escolaridade e condições de saúde bucal, tais como boca seca e, apenas para o grupo de pacientes, alteração no paladar, localização dos sintomas bucais (ponta, dorso ou borda da língua, lábios, mucosa bucal e palato) e horários de elevação dos sintomas (manhã, meio-dia, tarde e noite);

2) *Inventários Beck de Ansiedade (BAI), Depressão (BDI) e Desesperança (BHS)* (Beck & Stees, 1993, adaptadas e validadas para o Brasil por Cunha, 2001). Na validação brasileira, todos os inventários demonstraram excelentes níveis de fidedignidade, acima de 0,90 na amostra psiquiátrica. Cada inventário tem um escore único, que pode ser classificado nos níveis mínimo, médio, moderado e grave, de acordo com os sintomas percebidos pelo sujeito durante a semana que precede a avaliação. Os escores conforme os níveis das medidas emocionais são assim distribuídos: (1) ansiedade: escore de 0 a 10 = nível mínimo, escore de 11 a 19 = nível leve, escore de 20 a 30 = nível moderado e escore de 31 a 63 = nível grave; (2) depressão: escore de 0 a 11 = nível mínimo, escore de 12 a 19 = nível leve, escore de 20 a 35 = nível moderado e escore de 36 a 63 = nível grave; e (3) desesperança: escore de 0 a 4 = nível mínimo, escore de 5 a 8 = nível leve, escore de 9 a 13 = nível moderado e escore de 14 a 20 = nível grave;

3) *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*, desenvolvido e validado para uso no Brasil, com adequada consistência interna ($\alpha = 0,91$) (Lipp, 2000). O ISSL apresenta três totais que correspondem, respectivamente, à soma dos sintomas de estresse percebidos pelo participante nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. Os resultados obtidos para a “última semana” podem ser classificados em dois níveis distintos, resistência ou quase-exaustão, dependendo da quantidade de sintomas percebidos pelo participante. O ISSL permite uma classificação em quatro diferentes fases de estresse: (1) alerta, uma fase considerada positiva pelo sujeito, que se sente mais produtivo e com mais energia e vigor em função da produção de adrenalina eliciada pelo estressor; (2) resistência, na qual o organismo tenta resistir diante do acúmulo de estressores com o passar do tempo; (3) quase-exaustão, em que uma situação estressante se estende por longo tempo e o organismo tende a procurar uma adaptação; e (4) exaustão, que é considerada uma fase de estresse patológico. Além dessa classificação, o ISSL permite avaliar a porcentagem de sintomas físicos ou psicológicos em cada um dos períodos examinados: últimas 24 horas, última semana e último mês. O ponto de corte para cada tipo de sintoma (físico ou psicológico) depende da quantidade de cada um desses sintomas apontados pelo

sujeito, sendo indicado, através de comparações de percentil, aquele com maior prevalência.

2.4 Análise dos dados

Foram realizadas análises descritivas para caracterização da amostra e os testes de Correlação de Pearson, de Covariância para comparação das medidas emocionais entre os grupos e Qui-quadrado para comparar a frequência de indivíduos em cada uma das diferentes fases de estresse e níveis de ansiedade, depressão e desesperança entre os grupos clínico e controle.

RESULTADOS

No que se refere às características da Síndrome de Ardência Bucal apresentada pelos pacientes, a maioria possuía SAB Tipo I (36,7%) e Tipo II (40%), sendo a ardência (73,3%) o tipo de sintoma mais freqüente. O tempo de manifestação dos sintomas variou entre 7 meses até 8 anos, sendo o mais freqüente entre 1 e 2 anos (25%). Os locais de maior manifestação dos sintomas foram o ápice da língua, o dorso da língua e o lábio inferior.

Os escores das Escalas Beck (BAI, BDI e BHS) e do ISSL foram somados, sendo obtido um total para cada escala. Todos os instrumentos apresentaram adequada consistência interna (ISSL: $\alpha = 0,83$; BAI: $\alpha = 0,88$; BDI: $\alpha = 0,76$ e BHS: $\alpha = 0,78$).

Não foi encontrada correlação significativa entre renda, idade e os escores de depressão e das diferentes fases de estresse (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) para toda a amostra. Correlação de Pearson com significância estatística foi observada entre renda e o escore de desesperança ($r = - 0,27$; $p < 0,05$) e entre idade e o escore de ansiedade ($r = - 0,36$; $p < 0,01$).

Em razão das correlações entre algumas medidas emocionais e as variáveis idade e renda, foi realizado o teste ANCOVA, controlado por essas duas variáveis, a fim de comparar as médias dos grupos nos escores totais para cada medida emocional. Através dessas análises, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos quanto às medidas emocionais: estresse (alerta, resistência/quase-exaustão e exaustão), ansiedade, depressão e desesperança (Ver Tabela 2). A análise clínica dos resultados indicou que ambos os grupos apresentavam-se na fase de estresse de resistência (médias acima de 4 pontos), e no nível mínimo de depressão e desesperança. Contudo, a avaliação clínica da ansiedade indicou que o grupo SAB, em média, encontrava-se no nível leve ($M = 12,8$; $dp = 9,8$), enquanto o grupo controle estava no nível mínimo ($M = 9,73$; $dp = 7,5$).

Tabela 2

Médias e Desvios-padrão das Medidas Emocionais e Análise de Covariância Controlada por Idade e Renda

	SAB (N=30)		Controle (N=30)		F	p
	M	dp	M	dp		
Estresse de Alerta	4,27	2,54	3,63	1,83	1,02	0,32
Estresse de Resistência/ Quase-Exaustão	4,67	2,62	4,07	2,64	0,54	0,47
Estresse de Exaustão	4,37	2,83	4,00	3,13	0,10	0,75
BAI ¹	12,80	9,80	9,73	7,50	1,37	0,25
BDI ²	9,50	5,02	9,63	7,00	0,11	0,74
BHS ³	4,00	3,12	3,27	3,22	0,88	0,35

Para ¹ Escala Beck de Ansiedade, ² Escala Beck de Depressão e ³ Escala Beck de Desesperança

Para avaliar a distribuição dos participantes em cada fase de estresse e nível de ansiedade, depressão e desesperança, de acordo com as normas brasileiras, foram realizadas análises de frequência e percentis, conforme apresentado na Tabela 3. Essa análise indicou um aumento do nível dos sintomas, em termos clínicos, para o grupo com SAB, embora não tenha sido encontrada diferença significativa entre os grupos através da análise pelo teste Qui-quadrado, quando agrupadas as caselas com menos que cinco participantes.

Na avaliação do tipo de estresse (físico ou psicológico), 63,15% (12) dos pacientes com SAB e com estresse (N = 19), apresentaram prevalência de sintomas físicos. Já entre os controles que revelaram estresse (N = 14), não foi encontrada prevalência de sintoma físico ou psicológico, cuja distribuição resultou de forma igual entre os participantes.

Tabela 3

*Frequência dos Participantes por Grupos SAB e Controle nas Fases de Estresse e nos Níveis de Ansiedade, Depressão e Desesperança**

	SAB	Controle
Fase de estresse		
Sem estresse	11 (36,7)	16 (53,3%)
Alerta	3 (10%)	1 (3,3%)
Resistência	15 (50%)	12 (40%)
Quase-exaustão	1 (3,3%)	1 (3,3%)
Exaustão	0	0
Nível de ansiedade		
Mínimo	15 (50%)	21 (70%)
Leve	9 (30%)	6 (20%)
Moderado	2 (6,7%)	3 (10%)
Grave	4 (13,3%)	0
Nível de Depressão		
Mínimo	20 (66,7%)	20 (66,7%)
Leve	9 (30%)	7 (23,3%)
Moderado	1 (3,3%)	3 (10%)
Grave	0	0
Nível de desesperança		
Mínimo	22 (73,3%)	22 (73,3%)
Leve	6 (20%)	6 (20%)
Moderado	1 (3,3%)	2 (6,7%)
Grave	1 (3,3%)	0

* $p > 0,05$ no teste Qui-quadrado quando agrupadas as caselas com menos de 5

Especificamente quanto ao Inventário Beck de Ansiedade (BAI), no qual o grupo SAB apresentou diferença clínica do grupo controle, foram avaliados os resultados nas subescalas formadas pelo agrupamento de sintomas do BAI. Esse inventário pode ser decomposto em quatro subescalas: neurofisiológica, subjetiva, de pânico e autonômica. A análise de comparação entre grupo clínico e controle indicou uma tendência ao maior número de sintomas na subescala neurofisiológica pelos pacientes com SAB (ver Tabela 4). Essa subescala inclui os itens que avaliam: dormência ou formigamento, tremores

(corpo, pernas e mãos), tontura, falta de equilíbrio e indigestão ou desconforto no abdômen. Nas demais subescalas, os grupos foram bastante semelhantes.

Tabela 4

Comparação das Médias nas Subescalas do BAI entre os Grupos SAB e Controle

Subescala	SAB (N=30)		Controle (N=30)		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>			
Neurofisiológica	3,63	3,75	2,13	2,58	-1,803	51,4	0,077
Pânico	2,17	2,91	1,63	1,88	-0,842	58	0,403
Autonômica	3,20	2,82	2,70	2,35	-0,746	58	0,459
Subjetivo	3,80	2,82	3,27	2,75	-0,741	58	0,462

DISCUSSÃO

A partir dos resultados, foi evidenciada uma tendência à elevação dos sintomas de ansiedade entre pacientes com SAB. Ressalta-se que essa diferença não foi estatisticamente significativa, mas clínica, o que pode ter ocorrido em razão do tamanho reduzido da amostra. A elevação dos sintomas de ansiedade entre pacientes com SAB pode ser em função de ela ser um dos fatores emocionais que apresenta uma relação estreita com a dor. De acordo com Muzyka e De Rossi (1999), a ansiedade pode diminuir o limiar da dor ou agir desencadeando a percepção a estímulos que normalmente não provocam dor.

No que se refere às demais medidas psicológicas, os pacientes com SAB não apresentaram mais estresse, depressão e desesperança que os controles. Especificamente quanto à depressão, esses resultados divergiram de estudos prévios, que indicaram a predominância de sintomas depressivos entre pacientes com SAB (Bogetto et al., 1988; Rojo et al., 1993).

Destaca-se, ainda, que os pacientes com SAB dessa amostra tenderam a apresentar mais sintomas físicos de estresse e neurofisiológicos de ansiedade (dormência ou formigamento, tremores, tontura, falta de equilíbrio e indigestão ou desconforto no abdômen) se comparados aos controles. É importante considerar que os sintomas neurofisiológicos da ansiedade assemelham-se aos sintomas apresentados por pacientes com SAB. De acordo com Lewis (1979), fazem parte das manifestações corporais involuntárias relacionados à ansiedade: secura da boca, sudorese, palpitações, vômitos, arrepios, tremor, dores abdominais e outras alterações biológicas e bioquímicas, dentre as quais algumas também são características de pacientes com SAB.

Também é importante mencionar como diferencial desse estudo a inclusão da avaliação de desesperança em pacientes com SAB, a qual é caracterizada pela expectativa negativa frente a um futuro próximo e remoto (Beck & Steer, 1993). Os resultados a partir dessa avaliação, que não indicou a presença de desesperança entre pacientes com SAB, pode ser mais um indicativo de que fatores psicológicos sejam menos predominantes na síndrome ou que estejam relacionados a algum determinado tipo de SAB ou com um período específico em que ela é manifestada, por exemplo, no início da síndrome.

Considerando os resultados do presente estudo, entende-se que os pacientes com SAB da amostra estudada apresentam as características físicas dos sintomas psiquiátricos avaliados, mas não necessariamente fecham os critérios diagnósticos para transtornos relacionados a estresse, depressão e ansiedade em razão de apresentarem menos sintomas psicológicos. Dessa forma, entende-se a menor relação com os sintomas de depressão e

desesperança, os quais incluem mais itens de avaliação de fatores psicológicos se comparado aos inventários de estresse e ansiedade utilizados nesse estudo. Ainda, pode-se pensar que pacientes com SAB apresentem sintomas psicológicos, mas direcionem o foco de seu problema para um sintoma físico, seja ele a Síndrome de Ardência Bucal ou outras queixas somáticas, o que indica a somatização como método utilizado pelo organismo para lidar com fatores negativos em um nível mental. De acordo com Bombana (2000), a somatização é manifestada pela tendência a experimentar e expressar sintomas somáticos que não são explicados por condições patológicas. Esses sintomas são atribuídos pelo indivíduo como uma doença física, em razão da qual é procurado auxílio médico. Pode ocorrer como resposta a estresse psicossocial e sua prevalência se dá entre pessoas do sexo feminino.

No que diz respeito à somatização, De Jongh (2003) avaliou 309 pacientes odontológicos, dos quais 8,9% preencheram um ou mais critérios para comportamentos de somatização, sendo a maioria deles mulheres (73%). Na avaliação específica de indivíduos com SAB, Hakeberg, Hallberg e Berggren (2003) indicaram a possibilidade da presença de transtornos psicológicos e somatização de ansiedade e depressão entre esses pacientes. Por esse motivo, os autores ressaltam a necessidade de avaliar a história psicossocial em adição ao detalhamento da história odontológica e médica para a realização de um diagnóstico adequado. Na avaliação de transtornos de personalidade em 70 pacientes com Síndrome de Ardência Bucal comparados a uma amostra não-psiquiátrica, Maina, Albert, Gandolfo, Vitalucci e Bogetto (2005) encontraram que, além das altas taxas de comorbidade com transtornos do Eixo I já avaliados por outros estudos, segundo esses autores, a SAB também pode estar associada a um padrão específico de comorbidade do Eixo II.

Quanto às divergências dos resultados do presente estudo aos que apontaram presença de depressão e ansiedade entre pacientes com SAB, é importante também considerar algumas características da amostra estudada e das escalas utilizadas, o que pode ter sido a causa dessas discrepâncias. No que se refere à amostra, não foi possível parear os grupos quanto à escolaridade, sendo que o grupo com SAB foi composto por indivíduos com menos tempo de estudo. Portanto, é possível que esse grupo tenha encontrado dificuldade para compreender os itens de avaliação dos instrumentos, afetando os seus resultados. Além disso, o tempo de duração dos sintomas foi bastante variado. Contudo, uma análise mais aprofundada da influência dessa variável exigiria um número maior de participantes. Segundo van der Waal (1990), os sintomas da síndrome se iniciam de modo espontâneo e podem permanecer por anos, desaparecendo de forma espontânea. Já Sardella

et al. (2006) avaliaram pessoas com SAB que manifestam os sintomas durante aproximadamente 5 anos, após o qual aconteceu uma remissão espontânea em 3% dos casos. Pacientes com mais tempo de SAB podem ter se habituado à doença e terem dificuldade de relacionar a síndrome aos fatores psicológicos. Ou em razão de estarem convivendo mais tempo com a doença, podem ter desenvolvido estratégias para enfrentar o problema, e, conseqüentemente, não diferirem significativamente dos controles no que se refere às medidas de estresse, depressão e desesperança. Portanto, é possível que um grupo mais homogêneo com relação ao tempo dos sintomas revelasse resultados psicológicos também mais similares.

Além disso, os instrumentos utilizados na presente pesquisa podem não ter mensurado adequadamente os sintomas psicológicos apresentados pelos pacientes. No estudo de Hilgert et al. (2006), que também utilizou o ISSL para avaliar o estresse em pacientes com periodontite, não foi encontrada relação entre os resultados do inventário e o sintoma odontológico avaliado, o que sugere que o instrumento não foi capaz de capturar os sintomas de estresse dos participantes. Entretanto, a população examinada vivia efetivamente uma condição estressante, por serem cuidadores de portadores de Alzheimer, bem como apresentavam pior higiene bucal (Bandeira et al., 2007; Hugo et al., 2006). Portanto, para avaliar a relação entre periodontite e estresse psicológico, os autores indicaram a necessidade de uma outra forma de avaliação do estresse. O mesmo pode ser necessário no estudo sobre a relação estresse e SAB, o que poderia trazer resultados diferentes dos encontrados na presente pesquisa.

No que se refere às pesquisas futuras, sugere-se o estudo da relação entre o tempo de manifestação do sintoma e as variáveis emocionais, sendo utilizados uma amostra maior e instrumentos capazes de capturar os sintomas psicológicos que estejam relacionados aos problemas de saúde estudados. Também poderia ser incluída uma avaliação psiquiátrica, de acordo com critérios do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2004), visto que os estudos prévios apontam a existência de casos de SAB associados a transtornos psiquiátricos. Além disso, um estudo longitudinal poderia avaliar a evolução ou remissão de sintomas tanto físicos quanto psicológicos, sendo melhor investigadas as causas iniciais e o curso da Síndrome de Ardência Bucal.

Apesar de algumas divergências com outros estudos no que se refere principalmente à manifestação de depressão por pacientes com SAB, os resultados desse estudo indicaram tendência desses pacientes a apresentarem maior número de sintomas de ansiedade em termos clínicos, com destaque a sintomas neurofisiológicos. Dessa forma, indica-se a relevância clínica dos resultados do estudo, no qual os pacientes com SAB

manifestaram mais ansiedade do que estresse ou depressão. Ainda não se tem conhecimento consolidado sobre a etiologia da SAB, bem como se a ansiedade é causa ou consequência da doença. Apesar disso, os resultados reforçam o entendimento de que o profissional deve estar atento não apenas aos sintomas clínicos da síndrome, mas também à presença de ansiedade, podendo o paciente ser beneficiado por uma intervenção psicológica que vise ao controle desse sintoma.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2004). *DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition, Text Revision). Washington, FC: Autor.
- Bandeira, D. R., Pawlowski, J., Gonçalves, T. R., Hilgert, J. B., Bozzetti, M. C., & Hugo, F. N. (2007). Psychological distress in Brazilian caregivers of relatives with dementia. *Aging & Mental Health, 11*(1), 14-19.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *BDI, Beck depression inventory: Manual*. San Antonio, Tex: Psychological Corp.
- Bergdahl, J., Anneroth, G., & Perris, H. (1995). Personality characteristics of patients with resistant burning mouth syndrome. *Acta Odontologica Scandinavica, 53*(1), 7-11.
- Bogetto, F., Maina, G., Ferro, G., Carbone, M., & Gandolfo, S. (1998). Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. *Psychosomatic Medicine, 60*(3), 378-385.
- Bombana, J. A. (2000). Somatização e conceitos limítrofes: Delimitação de campos. *Psiquiatria na Prática Médica, 33*(1), 17-19.
- Brown, R. S., Krakow, A. M., Douglas, T., & Choksi, S. K. (1997). "Scalded mouth syndrome" caused by angiotensin converting enzyme inhibitors: Two case reports. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics, 83*(6), 252-258.
- Carlson, C. R., Miller, C. S., & Reid, K. I. (2000). Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome. *Journal of Orofacial Pain, 14*(1), 59-64.
- Cunha, J. A. (2001). *Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De Jongh, A. (2003). Clinical characteristics of somatization in dental practice. *British Dental Journal, 195*(3), 151-154.
- Maina, G., Albert, U., Gandolfo, S., Vitalucci, A., & Bogetto, F. (2005). Personality Disorders in Patients with Burning Mouth Syndrome. *Journal of Personality Disorders, 19*(1), 84-93. Abstract retrieved in March 14, 2007 from PubMed Database.
- Hakeberg, M., Hallberg, L. R-M., & Berggren, U. (2003). Burning mouth syndrome: Experiences from the perspective of female patients. *European Journal of Oral Sciences, 111*(4), 305-311.
- Eli, I., Kleinhauz, M., Baht, R., & Littner, M. (1994). Antecedents of burning mouth syndrome (glossodynia) – recent life events vs psychopathologic aspects. *Journal of Dental Research, 73*(2), 567-572.

- Field, E. A., Speechley, J. A., Rugman, F. R., Varga, E., & Tyldesley, W.R. (1995). Oral signs and symptoms in patients with undiagnosed vitamin B12 deficiency. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 24(10):468-470.
- Graham, R. M., Macleod, S. P., & Hamilton, M. P. (1996). Burning mouth syndrome. *British Dental Journal*, 180(11), 407.
- Grushka, M. (1987). Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 63(1), 30-36.
- Hilgert, J. B., Hugo, F. N., Bandeira, D. R., & Bozzetti, M. C. (2006). Stress, cortisol and periodontitis in a population aged 50 years and over. *Journal of Dental Research*, 85(4), 324-328.
- Huang, W., Rothe, M. J., & Grant-Kels, J. M. (1996). The burning mouth syndrome. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 91-98.
- Hugo, F. N., Hilgert, J. B., Bozzetti, M. C., Bandeira, D. R., Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., & Sousa, M. L. R. (2006). Chronic stress, depression and cortisol levels as risk indicators of elevated levels of plaque and gingivitis in individuals aged 50 years and over. *Journal of Periodontology*, 77(6), 1008-1014.
- Jerlang, B. B. (1997). Burning mouth syndrome (BMS) and the concept of alexithymia - A preliminary study. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 26(6), 249-253.
- Lamb, A. B., Lamey, P.-J., & Reeve, P. E. (1988). Burning mouth syndrome: Psychological aspects. *British Dental Journal*, 165(7), 256-260.
- Lamey, P. J., & Lamb, A. B. (1989). The usefulness of the HAD scale in assessing anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 67(4), 390-392.
- Lewis, A. J. (1979). *The later papers of Sir Aubrey Lewis*. [Maudsley monographs]. Oxford: Oxford University Press.
- Lipp, M. N. (2000). *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (Lipp's Inventory of Stress Symptoms for Adults)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Muzyka, B. C. (2000). Diagnosis and treatment of burning mouth syndrome. *Practical Periodontics and Aesthetic Dentistry*, 12(6), 568.
- Muzyka, B. C., & De Rossi, S. S. (1999). A review of burning mouth syndrome. *Cutis*, 64(1), 29-35.
- Okeson, J. P. (1996). Introduction to orofacial pain. In J. P. Okeson (Ed.), *Orofacial pain: Guidelines for assessment, diagnosis, and management* (pp. 11-13). Carol Stream, IL: Quintessence Publishing.

- Paterson, A. J., Lamb, A. B., Clifford, T. J., & Lamey, P. J. (1995). Burning mouth syndrome: The relationship between the HAD scale and parafunctional habits. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 24(7), 289-292.
- Rojo, L., Silvestre, F. J., Bagan, J. V., & De Vicente, T. (1993). Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Psychiatric interview versus depression and anxiety scales. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 75(3), 308-311.
- Sardella, A., Lodi, G., Demarosi, F., Bez, C., Cassano, S., & Carrassi, A. (2006). Burning mouth syndrome: a retrospective study investigating spontaneous remission and response to treatments. *Oral Diseases*, 12(2), 152-155.
- Scala, A., Checchi, L., Montevicchi, M., Marini, I., & Giamberardino, M. (2003). Update on Burning Mouth Syndrome: Overview and patient management. *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, 14(4), 275-291.
- Ship, J. A., Grushka, M., Lipton, J. A., Mott, A. E., Sessle, B. J., & Dionne, R.A. (1995). Burning mouth syndrome: An update. *Journal of the American Dental Association*, 126(7), 842-853.
- Third European Congress of Oral Medicine (1997). *Oral Disease*, 3, 43-48.
- Trikkas, G. (1998). Further psychiatric considerations of glossodynia. *Psychosomatics*, 39(1), 85-87.
- van der Bijl, P. (1995). Psychogenic pain in dentistry. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, 16(1), 46-53.
- van der Ploeg, H. M., van der Wal, N., Eijkman, M. A. J., & van der Waal, I. (1987). Psychological aspects of patients with burning mouth syndrome. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 63(6), 664-668.
- van der Waal, I. (1990). *The burning mouth syndrome*. Copenhagen: Munksgaard.
- Woda, A., Navez, M. L., Picard, P., Gremeau, C., & Pichard-Leandri, E. (1998). A possible therapeutic solution for stomatodynia (burning mouth syndrome). *Journal of Orofacial Pain*, 12(4), 272-278.
- Zakrzewska, J. M. (1995). The burning mouth syndrome remains an enigma. *Pain*, 62(3), 253-257.