

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

BÁRBARA FARINON CESA

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE
VIDA EM PACIENTES COM LÍQUEN PLANO BUCAL

Porto Alegre
2018

BÁRBARA FARINON CESA

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
EM PACIENTES COM LÍQUEN PLANO BUCAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, comorequisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Profa. Márcia Gaiger de Oliveira

Porto Alegre
2018

CIP - Catalogação na Publicação

Cesa, Bárbara Farinon

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO E PERCEPÇÃO DE
QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM LÍQUEN PLANO
BUCAL / Bárbara Farinon Cesa. -- 2018.

38 f.

Orientador: Márcia Gaiger de Oliveira.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,
BR-RS, 2018.

1. Líquen Plano Oral. 2. Ansiedade. 3. Depressão.
4. Qualidade de vida. I. Gaiger de Oliveira, Márcia,
orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família por todo apoio e compreensão durante esses sete anos de faculdade. Por sempre me incentivarem e acreditarem nos meus sonhos, sonhando junto comigo, vibrando com minhas conquistas e chorando do meu lado. Vocês são a razão de eu ser quem sou e estar onde estou. Se não fosse por todo o suporte que recebi de vocês desde o início da minha vida, eu não seria nada. A vocês, meu mais profundo e sincero obrigada.

À minha orientadora, professora Márcia Gaiger de Oliveira, pela oportunidade de participar desta pesquisa e por acreditar no meu trabalho. Pela incansável paciência e disponibilidade em me ajudar, além da constante calma e bom humor. Por todo o incentivo e compreensão durante estes anos em que trabalhamos juntas. Muito obrigada por todos os ensinamentos e apoio acadêmico e emocional.

À minhas cachorras que ficaram do meu lado, me fazendo companhia, durante as diversas noites que passei em claro realizando este trabalho.

Às minhas colegas e amigas que estiveram sempre ao meu lado, me aconselhando, me ajudando, rindo e chorando junto comigo. O apoio e a amizade de vocês foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

À Fernanda Visioli e Viviane Palmeira da Silva que iniciaram o projeto deste estudo, juntamente com minha orientadora, Márcia Gaiger de Oliveira, e à Gabriela de Luca Meyer que, além disso, me inteirou sobre o projeto quando iniciei minha participação, fornecendo material para pesquisa e se disponibilizando em me ajudar sempre que necessário. Vocês tiveram participação fundamental neste trabalho, muito obrigada.

Aos membros da clínica de Patologia Bucal da FO-UFRGS que estiveram ao meu lado durante a coleta de dados, me auxiliando sempre que possível.

À todos os participantes deste estudo, que se disponibilizaram em responder aos questionários.

À Simone Soares Echeveste que realizou a análise estatística dos resultados do meu estudo.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelos semestres de bolsa de Iniciação Científica.

*Sonhos determinam o que você quer.
Ações determinam o que você conquista.
Aldo Novak*

RESUMO

Líquen Plano Oral (LPO) é uma desordem mucocutânea crônica, de origem inflamatória, de origem não infecciosa, comum da cavidade bucal, com fatores etiológicos incertos. A forma reticular é a mais prevalente e normalmente não está associada à sintomatologia dolorosa. A manifestação erosiva é comumente sintomática, podendo comprometer a alimentação, interferindo na rotina diária e qualidade de vida (QV). Estudos têm sido realizados para identificar e quantificar os níveis de ansiedade e depressão, assim como a qualidade de vida dos pacientes portadores desta alteração. O objetivo do presente estudo foi avaliar os níveis de ansiedade e depressão e a percepção da qualidade de vida em pacientes com LPO. 35 pacientes diagnosticados clinicamente com LPO, atendidos pela clínica de Patologia Bucal, responderam a dois questionários. Um deles relativo a avaliação de grau de ansiedade e depressão (HADS) e outro para avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida do indivíduo (OHIP-14). Após um período mínimo de 30 dias, os pacientes do grupo LPO responderam novamente o questionário OHIP-14, a fim de avaliar a existência de alterações referentes à qualidade de vida. Como grupo de controle para avaliação de ansiedade e depressão, foi aplicado o mesmo questionário HADS em 31 pacientes sem lesões na cavidade oral, neste período de tempo. Observou-se que a ausência de sintomatologia está associada ao LPO reticular e a presença ao erosivo. Verificou-se que há um percentual significativo de pacientes do grupo LPO com melhora na QV após consulta inicial. Pacientes com sinais de provável depressão apresentaram uma piora significativa na percepção da QV. Pacientes que não tiveram tratamento proposto após consulta inicial não relataram alteração na percepção da QV. Não existe associação significativa entre os resultados para HADS-A e HADS-D entre os grupos LPO e Controle, mas há presença de sinais de ansiedade, principalmente, e de depressão em pacientes com LPO, ainda que não estatisticamente significativa. Com base nos resultados obtidos podemos concluir que o diagnóstico, o conhecimento do paciente sobre a doença e a terapia medicamentosa podem melhorar significativamente a percepção de QV. Além da importância da realização de avaliação e tratamento multidisciplinar desses pacientes, para uma adequada orientação e acompanhamento, a fim de melhorar o prognóstico e a QV dos mesmos.

Palavras-chave: Líquen Plano Oral. Ansiedade. Depressão. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Oral Lichen Planus (LPO) is a chronic, inflammatory, mucocutaneous disorder of noninfectious origin, common in the oral cavity, with uncertain etiological factors. The reticular form is the most prevalent and is not usually associated with painful symptoms. Erosive manifestation is commonly symptomatic, and may compromise diet, interfering with daily routine and quality of life (QoL). Studies have been conducted to identify and quantify levels of anxiety and depression, as well as the quality of life of patients with this disorder. The aim of the present study was to evaluate the levels of anxiety and depression and the perception of quality of life in patients with OLP. 35 patients diagnosed clinically with OLP, attended by the Oral Pathology clinic, answered two questionnaires. One of them related to the evaluation of the degree of anxiety and depression (HADS) and another to evaluate the impact of the oral condition on the quality of life of the individual (OHIP-14). After a minimum of 30 days, the patients in the LPO group again responded to the OHIP-14 questionnaire in order to assess the existence of alterations regarding quality of life. As a control group for evaluation of anxiety and depression, the same HADS questionnaire was applied to 31 patients with no lesions in the oral cavity during this period. It was observed that the absence of symptomatology is associated with reticular OLP and the presence with erosive OLP. It was verified that there is a significant percentage of patients in the LPO group with improvement in QoL after initial consultation. Patients with signs of probable depression had a significant worsening in the perception of QoL. Patients who did not have a proposed treatment after initial consultation did not report a change in the perception of QoL. There is no significant association between the results for HADS-A and HADS-D between the LPO and Control groups, but there are signs of anxiety mainly, and depression in patients with OLP, although not statistically significant. Based on the obtained results we can conclude that the diagnosis, the patient's knowledge about the disease and the drug therapy can significantly improve the perception of QoL. In addition to the importance of conducting multidisciplinary evaluation and treatment of these patients, for adequate guidance and follow-up, in order to improve their prognosis and QoL.

Keywords: Oral Lichen Planus. Anxiety. Depression. Quality of life.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	7
2	OBJETIVOS	11
2.1	OBJETIVO GERAL.....	11
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3	ARTIGO CIENTÍFICO.....	12
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO HADS	30
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO OHIP-14.....	31

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

Descrito, primeiramente, em 1869, por Erasmus Wilson, o Líquen Plano Oral (LPO) é uma desordem mucocutânea, crônica, de origem inflamatória, muito comum na cavidade oral.¹⁻⁶ De acordo com a literatura, a prevalência varia de 1 a 2% na população mundial, principalmente adulta, entre a terceira e a sexta década de vida, com predileção pelo sexo feminino.^{4,6-10}

Os fatores etiológicos relacionados à manifestação do LPO não estão totalmente esclarecidos, no entanto, é reconhecido o papel do sistema imunológico no mecanismo de desenvolvimento da doença, por se tratar de uma alteração autoimune mediada por células T.^{2,5,11-13,14} Evidências vêm discutindo a respeito da possibilidade da influência de efeitos estressantes e alterações psiquiátricas sobre esta doença,¹⁵ sugerindo, portanto o aspecto multifatorial envolvido na sua etiologia, apesar de ainda não definido.¹⁴

O LPO apresenta aspecto clínico que pode variar de linhas brancas entrelaçadas, a lesões ulceradas e/ou erosivas, podendo provocar de nenhum sintoma à simples desconforto ou episódios de dor intensa. As lesões em mucosa são, geralmente, múltiplas, bilaterais e de distribuição simétrica. Os locais mais afetados são a mucosa jugal, língua, gengiva, lábios, palato duro e assoalho bucal.^{3,5,6,16-18} Critérios diagnósticos, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que incluem características clínicas e histopatológicas, são utilizados. Os padrões de manifestação são reticular, erosivo, atrófico, bolhoso e em placa.⁶ Sendo que mais de um pode apresentar-se ao mesmo tempo e no mesmo local.³

A forma reticular é a mais prevalente. Caracteriza-se por apresentar linhas esbranquiçadas, com aspecto entrelaçado, em rede, limitadas por bordos eritematosos, ligeiramente elevados. Sua localização típica ocorre na mucosa jugal, bilateralmente.^{19,20} No entanto, outros locais podem ser acometidos como dorso e bordo lateral da língua, gengiva e palato.^{16,21} A forma erosiva caracteriza-se clinicamente por apresentar áreas atróficas, eritematosas, com diferentes graus de ulceração e frequentemente circundadas por finas estrias radiantes.^{6,15,22} A apresentação erosiva do LPO é comumente sintomática, que pode variar de leve desconforto a episódios de dor intensa,²³ além de ardência e irritação.^{24,25} Foi afirmado por Farhi e Dupin⁴ que a sintomatologia dolorosa pode comprometer a alimentação do indivíduo, interferindo na sua rotina diária.²⁶

Os achados histopatológicos clássicos incluem liquefação das células epiteliais presentes na camada basal, acompanhada de infiltrado inflamatório linfocitário disposto em banda à nível subepitelial. Além de hipergranulomatose, graus variáveis de orto ou paraqueratose, acantose e ausência de displasia epitelial. Observam-se também numerosos corpúsculos colóides eosinofílicos e homogêneos, localizados na camada basal (corpos de Civatte). Por fim, as cristas interpapilares podem estar ausentes, hiperplásicas, ou em forma de “dentes de serra”.^{5,6,15}

O tratamento do LPO é difícil, pois trata-se de uma doença crônica, sem cura. Logo, seu foco é paliativo, para pacientes sintomáticos, com o objetivo de prevenir a exacerbação, minimizar o impacto funcional e aliviar os sintomas, que podem variar de nenhum, sem a percepção da doença pelo indivíduo, a extremamente dolorosos, interferindo na alimentação e afetando significativamente a qualidade de vida (QV).^{16,27,28} As lesões reticulares, em diversas ocasiões, são diagnosticadas em exames clínicos odontológicos de rotina e, na grande maioria das vezes, por serem assintomáticas, não necessitam de tratamento.⁴ Em casos de LPO sintomático – normalmente atrófico e erosivo – o tratamento dependerá da extensão das lesões, da intensidade da dor, de considerações sobre a eficácia dos medicamentos disponíveis e de efeitos adversos.²⁹ Nos pacientes com estes tipos de LPO, a primeira escolha de tratamento, normalmente, é o uso de corticosteroide por via tópica, devido à sua capacidade de atingir infiltrado inflamatório e de modular a resposta inflamatória, que é o alvo terapêutico do tratamento.^{4,29} No entanto, em casos mais graves, pode-se optar pelo uso sistêmico. Alguns estudos já demonstram que tratamentos com drogas psicoativas, concomitantes ao tratamento tradicional, possuem uma melhora significativa da lesão.¹⁵

Conforme exposto anteriormente, estudos vêm delineando-se com o objetivo de relacionar fatores psicogênicos ao LPO. Nas últimas décadas têm sido numerosas as pesquisas que buscam identificar e quantificar os níveis de estresse, ansiedade e depressão em pacientes portadores desta alteração.^{10,18,28,30-37} A análise do estado psicológico do paciente é feita a partir de questionários psicométricos, a fim de demonstrar ou não a causalidade psicogênica. As informações são analisadas e características psicológicas e/ou comportamentais dos pacientes portadores de LPO são mensuradas. É bastante discutida a diversidade das metodologias de pesquisa utilizadas e a controvérsia existente em relação a este tema.^{10,15,28}

McCartan³¹ buscou analisar diversos fatores psicológicos em 50 pacientes com LPO, erosivo ou não, utilizando a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale- HADS), que avalia o estado emocional dos pacientes nos últimos sete dias. Este verificou que 50% dos pacientes com LPO apresentaram níveis elevados de ansiedade e, em menor grau, de depressão. Outro questionário utilizado por ele foi “Cattell 16 PF Questionnaire, Form C” (versão apenas em espanhol e inglês), que também define perfis individuais ou populacionais relacionados a fatores emocionais. Os resultados deste questionário apontaram uma leve tendência à ansiedade. Este estudo sugere altos níveis de ansiedade para a amostra estudada, no entanto, não houve associação estatisticamente significativa entre ansiedade/depressão mensurada na escala HADS nem a ansiedade mensurada no questionário “Cattell 16 PF Questionnaire, Form C” nos pacientes que apresentavam LPO erosivo.

Soto-araya, Rojas-Alcayaga e Esguep¹⁸ utilizaram os questionários denominados “Test de Experiencia Reciente” (T.E.R), que mede o grau de estresse, e HADS, que determina os níveis de ansiedade e depressão, em indivíduos não psiquiátricos, com o objetivo de aplicar em pacientes com LPO, síndrome da ardência bucal e estomatite aftosa recidivante. Concluíram que, em pacientes com LPO, o estresse e a ansiedade apresentaram diferenças importantes em relação aos indivíduos do grupo controle, enquanto que a depressão não demonstrou resultados estatisticamente significativos.

Chaudhary³⁴ realizou estudo duplo controlado (grupo experimental, com LPO; controle positivo, com outras doenças orais; controle negativo, aparentemente saudáveis). Os questionários de escolha foram “The General Health Questionnaire- version 28” (GHQ- 28) e o HADS a fim de avaliar fatores psicossociais em termos de estresse, ansiedade e depressão, respectivamente. Como resultados, pacientes portadores de LPO apresentaram altos níveis de estresse, ansiedade e depressão em relação ao grupo controle negativo. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo experimental e o grupo controle positivo. O estudo sugere que os estressores psicológicos podem desempenhar papel importante na etiologia do LPO, contribuindo para a patogênese do mesmo.

Ivanovsk et al.¹ avaliaram o perfil psicológico de pacientes com LPO. Eles apontaram a importância do estresse emocional nestes indivíduos e abordaram a psicossomatização, como um contribuinte para a iniciação e a expressão clínica de tal distúrbio. O estudo questionou sobre o possível benefício da intervenção psicológica adjuvante ao tratamento de pacientes com LPO.

O LPO parece desempenhar um papel importante na QV dos indivíduos com essa alteração. A cronicidade, a apresentação clínica, as influências psicológicas, as dificuldades no tratamento da doença e os efeitos adversos das medicações utilizadas, parecem ser fatores modificadores importantes.^{38,39} No entanto, em sua grande maioria, os tratamentos baseiam-se apenas em fatores fisiológicos – como a sintomatologia – sem levar em conta todos os aspectos de saúde, como o estado emocional de pacientes com este tipo de doença crônica e sua QV.^{3,40}

De acordo com a OMS, QV se define como a percepção individual de sua posição na vida em um contexto cultural e de valores nos quais ele (a) vive em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações. Para ter-se uma representação precisa do impacto da saúde bucal na QV dos pacientes, uma série de instrumentos de medição tem sido desenvolvida ao longo da última década para avaliar as consequências físicas, sociais e psicológicas da saúde bucal e o impacto delas na QV destes indivíduos.^{37,41}

Exemplos de questionários utilizados são Chronic Oral Mucosal Diseases Questionnaire (COMDQ), Oral Health Impact Profile (OHIP) ou até mesmo concomitantes utilizados por Rajan et al.,⁴⁰ López-Jornet e Camacho-Alonso³ e Riordain e McCreary,³⁸ respectivamente.

O padrão erosivo do LPO está frequentemente associado à dor,^{42,43} o que pode levar a uma série de problemas para sua função mastigatória, relações interpessoais, aparência e autoimagem positiva, fatos que influenciam na vida cotidiana e interferem diretamente na QV.¹⁸ É necessário, portanto, que seja realizada uma avaliação e tratamento multidisciplinar destes pacientes e não apenas dos sintomas físicos. Estes cuidados são medidas recomendadas para complementar o atendimento da clínica tradicional, possibilitar melhor comunicação entre paciente-profissional e proporcionar maior compreensão das consequências da doença em sua rotina diária e a QV como um todo.^{3,37,44}

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os níveis de ansiedade e depressão, bem como a percepção de qualidade de vida em pacientes com líquen plano oral.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Relacionar os níveis de ansiedade e depressão à doença líquen plano oral;
- b) Comparar os níveis de ansiedade e depressão entre os pacientes do grupo LPO e do grupo controle, sem esta doença;
- c) Comparar a percepção de qualidade de vida dos pacientes antes e após o diagnóstico e tratamento da doença, quando necessário;
- d) Traçar um perfil dos pacientes com líquen plano oral com base em dados demográficos e comportamentais.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

Título: Avaliação da ansiedade e depressão e percepção de qualidade de vida em pacientes com líquen plano bucal.

Resumo

Objetivo: Avaliar os níveis de ansiedade e depressão e a percepção de qualidade de vida em pacientes com líquen plano oral.

Materiais e métodos: 35 pacientes diagnosticados clinicamente com LPO, atendidos pela clínica de Patologia Bucal, responderam a dois questionários. Um deles relativo a avaliação de grau de ansiedade e depressão (HADS) e outro para avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida do indivíduo (OHIP-14). Após um período mínimo de 30 dias, os pacientes do grupo LPO responderam novamente o questionário OHIP-14, a fim de avaliar a existência de alterações referentes à qualidade de vida. Como grupo de controle para avaliação de ansiedade e depressão, foi aplicado o mesmo questionário HADS em 31 pacientes sem lesões na cavidade oral, neste período de tempo. Os dados foram analisados a partir de tabelas, estatísticas descritivas e pelos testes estatísticos Teste de Associação Exato de Fisher e Teste Qui-quadrado. Os resultados foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ($p \leq 0,05$) e o software utilizado para esta análise foi o SPSS versão 22.0.

Resultados: Observou-se que a ausência de sintomatologia está associada ao LPO reticular e a presença ao erosivo. Verificou-se que há um percentual significativo de pacientes do grupo LPO com melhora na QV após consulta inicial. 78,9% dos pacientes com LPO erosivo relataram melhora na percepção da QV. Mais da metade dos pacientes com (66,7%) e sem (60%) sintomatologia dolorosa na consulta inicial e dos que realizaram terapia medicamentosa (75%), referiu melhora na percepção da QV. Pacientes com sinais de provável depressão apresentaram uma piora significativa na percepção da QV. Pacientes que não tiveram tratamento proposto após consulta inicial não relataram alteração na percepção da QV. Não existe associação significativa entre os resultados para HADS-A e HADS-D entre os grupos LPO e Controle, mas há presença de sinais de ansiedade, principalmente, e de depressão em pacientes com LPO, ainda que não estatisticamente significativa.

Conclusão: Com base nos resultados obtidos podemos concluir que o diagnóstico, o conhecimento do paciente sobre a doença e a terapia medicamentosa, podem melhorar significativamente a percepção de QV. É importante que seja realizada avaliação e tratamento multidisciplinar desses pacientes, para uma adequada orientação e acompanhamento, devido a associação entre os fatores emocionais à doença LPO, descrita pela literatura, a fim de melhorar o prognóstico e a QV dos mesmos.

Palavras-chave: Líquen Plano Oral. Ansiedade. Depressão. Qualidade de Vida.

1. Introdução

O Líquen Plano Oral (LPO) é uma desordem mucocutânea, crônica, de origem inflamatória,¹⁻⁶ com uma prevalência de 1 a 2% na população mundial e predileção por mulheres da meia idade.^{4,6,7} A etiologia é incerta, porém, é reconhecida a participação de células T no seu mecanismo de desenvolvimento.^{2,8-10} Parece haver uma interação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais na sua etiopatogenia,⁵ evidenciando, portanto, o aspecto multifatorial da etiologia da doença.¹¹

O LPO apresenta-se de diversas formas: reticular, placa, atrófico, erosivo e bolhoso.⁶ Sua manifestação oral exibe um variado espectro de características clínicas.^{6,12} Normalmente sua apresentação clínica é por meio de manchas ou placas opacas, em rede ou ramificadas, de coloração branco-acinzentada, geralmente indolores, podendo também apresentar-se como lesões ulceradas e/ou erosivas sintomáticas, variando desde simples desconforto até episódios de dor intensa. As lesões em mucosa são, geralmente, múltiplas, bilaterais e de distribuição simétrica. Localizam-se mais frequentemente na mucosa jugal, língua, vermelhão do lábio, palato e gengiva,^{3,5,12} sendo que mais de um padrão pode apresentar-se ao mesmo tempo e no mesmo local.³

O LPO é frequentemente associado à dor.^{13,14} Pacientes com doenças sintomáticas, que afetam a mucosa oral, podem ter dificuldade em ingerir certos tipos de alimentos, um fato que influencia na sua vida diária e interfere diretamente na sua qualidade de vida (QV).¹²

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como a percepção individual de sua posição na vida em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Fatores psicogênicos como ansiedade, depressão, estresse e outros, têm sido frequentemente relatados como fatores relacionados ao desenvolvimento do LPO.^{12,15-23} Seguindo essa linha de pensamento, instrumentos destinados a quantificar estes fatores são úteis para a avaliação global dos pacientes com LPO.^{22,24} Neste estudo foram utilizados os questionários HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), para avaliar o grau de ansiedade e de depressão do grupo LPO e do grupo controle, e OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-14) para avaliar a percepção de QV dos indivíduos com LPO. O questionário OHIP é estabelecido e padronizado para a avaliação da percepção da QV dos indivíduos em geral. O instrumento original foi validado em 1994 e possui 49 itens representando 7 domínios. Em 2006, foi analisada uma forma mais sucinta do questionário, com 14 itens, constituindo um instrumento adequado para avaliar a

percepção da QV em pacientes com LPO. A escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) avalia o estado emocional dos pacientes nos últimos sete dias.

Este estudo tem o objetivo de avaliar o perfil psicológico, quanto à ansiedade e depressão, bem como a percepção da qualidade de vida de pacientes portadores de LPO.

2. Materiais e métodos

2.1 Considerações Éticas

Projeto 27513 aprovado em 13/06/2014 pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) UFRGS (CAAE 334597714.2.0000.5347).

2.2 Amostra

Nosso estudo é do tipo caso-controle. A amostra foi determinada baseada em estudos prévios. Composta por 35 pacientes, atendidos na clínica de Patologia Bucal, que apresentam lesões bucais diagnosticadas clinicamente como LPO e por 31 indivíduos que não apresentam lesões bucais compondo o grupo controle, que tiveram interesse em participar do estudo. A amostra engloba pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, fumantes ou não. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.3 Coleta de dados

Pacientes diagnosticados clinicamente com LPO, após esclarecimento sobre o estudo, responderam a uma ficha clínica e a dois questionários. Foi aplicado, inicialmente, o questionário para avaliação de grau de ansiedade e depressão a partir da escala HADS (ANEXO A). Para cada item, pode ser conferido 0, 1, 2 ou 3 pontos, em que, questões ímpares avaliam o grau de ansiedade (HADS-A) e pares o grau de depressão (HADS-D). Posteriormente, foi aplicado o questionário de avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida do indivíduo denominado OHIP-14 (ANEXO B), com respostas classificadas por meio de escala Likert com 5 opções que variam de “Nunca” (0) a “Sempre” (4). Ambos os questionários foram aplicados por dois pesquisadores devidamente calibrados, lendo as questões em voz alta e registrando as respostas fornecidas pelos pacientes.

Dados relativos ao sexo, idade, tipo de lesão (reticular ou erosivo), localização,

sintomatologia, períodos de exacerbação e tratamento proposto foram descritos. Os casos de LPO com sintomatologia e/ou áreas erosivas foram devidamente tratados com terapia medicamentosa adequada com corticosteroide, na maioria das vezes, clobetasol e nistatina. Todos os casos de LPO, independente da presença de sintomatologia, foram acompanhados em consultas regulares para reavaliação das lesões.

Após um período mínimo de 30 dias do diagnóstico clínico, esclarecimento sobre a doença e tratamento medicamentoso quando necessário, os pacientes do grupo LPO responderam novamente o questionário OHIP-14 a fim de avaliar a existência de alterações referentes à QV.

O grupo controle foi composto por pacientes sem lesões bucais. Neste grupo, foi aplicado o questionário HADS.

2.4 Análise dos dados

Foi confeccionado um banco de dados com as informações descritas nos questionários e com os dados epidemiológicos coletados da ficha de exame clínico.

Os dados foram analisados estatisticamente pelos testes: Teste de Associação Exato de Fisher e Teste Qui-quadrado. Os resultados foram considerados significativos a um nível de significância máximo de 5% ($p \leq 0,05$) e o software utilizado para esta análise foi o SPSS versão 22.0.

Para quantificar as mudanças nas respostas do questionário OHIP-14 foram utilizados os seguintes critérios:

3. A piora na percepção de QV relacionada à saúde bucal foi definida como o número de impactos relatados no seguimento que não foram relatados na entrevista inicial. Mudanças nas respostas, em, pelo menos, uma das questões do OHIP-14, de “Nunca”, “Raramente” ou “Às vezes” para “Constantemente” ou “Sempre”, representa piora;
4. A melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi definida como o número de impactos na entrevista inicial que não foram relatados no seguimento. Mudanças nas respostas, em, pelo menos, uma das questões do OHIP-14, de “Algumas Vezes” ou “Sempre” para “Nunca”, “Quase Nunca” ou “Ocasionalmente”, representa melhora.

Para quantificar as respostas dadas ao questionário HADS, foram adotados pontos de corte recomendados para ambas as situações (ansiedade e depressão) em que a soma da pontuação das questões pares (referentes à depressão) e ímpares (referentes à ansiedade) de 0-7 pontos é considerada improvável, de 8-11 pontos, possível e de 12- 21, provável que o paciente apresente ansiedade e/ou depressão.

5. Resultados

A amostra foi composta predominantemente por mulheres com mais de 60 anos (TABELA 1).

Tabela 1 - Descrição das variáveis sexo e idade para os grupos Controle e LPO

Variável	Resposta	Grupo		Grupo LPO		Total	
		Grupo Controle		n	%	N	%
Sexo	Feminino	24	77,4	22	62,9	46	69,7
	Masculino	7	22,6	13	37,1	20	30,3
	Total	31	100	35	100	66	100
Idade	20 – 40	2	6,5	5	14,3	7	10,6
	41 – 60	14	45,2	12	34,3	26	39,4
	Mais de 60	15	48,4	18	51,4	33	50
	Total	31	100	35	100	66	100

As regiões onde foram detectadas as lesões de LPO foram: mucosa jugal, língua, gengiva e palato. Mais frequentemente bilateral e, muitas vezes, em mais de um local ao mesmo tempo.

Dentre os tipos de LPO, 54% dos casos era erosivo e 46% reticular. Através dos resultados do Teste de Associação Exato de Fisher, verificou-se a existência de associação significativa entre sintomatologia e tipo de LPO ($p=0,050$). A ausência de sintomatologia foi associada ao LPO reticular (75%) e a presença ao LPO erosivo (58%).

Durante a primeira consulta realizada pelo pesquisador, 57% dos pacientes com LPO não relatou sintomatologia dolorosa enquanto 43% deles referiu. Os casos de LPO com sintomatologia e os que, mesmo sem queixa, apresentavam áreas erosivas, receberam tratamento medicamentoso, correspondendo a 57% da amostra.

A partir dos resultados descritos na Tabela 2, observamos que há associação estatisticamente significativa entre as seguintes relações:

- Pacientes com sinais de provável depressão apresentaram uma piora na percepção da QV;
- Pacientes sem tratamento medicamentoso proposto, após a primeira consulta realizada pelo pesquisador, não expuseram alteração na percepção da QV.

Tabela 2 – Relação entre sexo, idade, ansiedade (HADS-A), depressão (HADS-D), sintomatologia dolorosa, tratamento proposto com percepção de QV (OHIP-14)

Variável	Resposta	OHIP-14 – grupo LPO								p
		Melhora		Igual		Piora		Melhora e Piora		
		n	%	N	%	n	%	n		
Sexo	Feminino	15	68,2	3	42,9	2	50	2	100	0,492 ^{NS}
	Masculino	7	31,8	4	57,1	2	50	-	-	
	Total	22	100	7	100	4	100	2	100	
Idade	20 – 40	2	9	2	28,6	1	25	-	-	0,348 ^{NS}
	41 – 60	10	45,5	1	14,3	-	-	1	50	
	Mais de 60	10	45,5	4	57,1	3	75	1	50	
	Total	22	100	7	100	4	100	2	100	
HADS-A	Improvável	12	54,5	5	71,4	1	25	2	100	0,437 ^{NS}
	Possível	8	36,4	1	14,3	3	75	-	-	
	Provável	2	9,1	1	14,3	-	-	-	-	
	Total	22	100	7	100	4	100	2	100	
HADS-D	Improvável	18	81,8	5	71,4	1	25	2	100	0,009 ^{**}
	Possível	4	18,2	2	28,6	-	-	-	-	
	Provável	-	-	-	-	3	75	-	-	
	Total	22	100	7	100	4	100	2	100	
Sintomatologia dolorosa	Sim	10	45,5	1	14,3	3	75	1	50	0,218 ^{NS}
	Não	12	54,5	6	85,7	1	25	1	50	
	Total	22	100	7	100	4	100	2	100	
Tratamento proposto	Sim	15	68,2	1	14,3	2	50	2	100	0,037 [*]
	Não	7	31,8	6	85,7	2	50	-	-	
	Total	22	100	7	100	4	100	2	100	

NS – Não significativo; *significativo $p \leq 0,05$; **significativo $p \leq 0,01$ Teste Exato de Fisher.

Dos 15 pacientes que relataram sintomatologia dolorosa, 10 tiveram melhora na percepção da QV (66,5%) e dos 20 sem sintomatologia dolorosa, 12 (60%) também relataram melhora.

Dos 20 pacientes que tiveram tratamento proposto, 15 melhoraram a percepção da QV (75%).

A análise das respostas dadas ao questionário OHIP-14 está descrita na tabela abaixo (TABELA 3). Verificou-se que há um percentual significativo (62,9%) de pacientes do grupo LPO com melhora na QV após consulta inicial.

Tabela 3 - Avaliação OHIP-14 – Grupo LPO

OHIP-14	LPO	%	p
Melhora	22	62,9	0,000 ^{**}
Igual	7	20	
Piora	4	11,4	
Indeterminado	2	5,7	
Total	35	100	

**significativo $p \leq 0,01$, Teste Qui-quadrado.

Ao separar LPO erosivo e LPO reticular, as respostas dadas ao questionário OHIP-14 estão descritas na tabela abaixo (TABELA 4).

Tabela 4 - Tipo de LPO X QV (OHIP-14).

OHIP Comparações	Tipo de LPO				p
	Reticular		Erosivo		
	N	%	n	%	
Melhora	7	43,8	15	78,9	0,173 ^{NS}
Igual	5	31,3	2	10,5	
Piora	3	18,8	1	5,3	
Indeterminado	1	6,3	1	5,3	
Total	16	100	19	100	

NS – não significativo ($p \leq 0,05$); Teste Exato de Fisher.

Verificou-se que não existe associação significativa entre os resultados para HADS-A e HADS-D entre os grupos LPO e Controle (TABELA 5).

Tabela 5 - Comparação HADS-A e HADS-D entre os grupos Controle e LPO

Variável	Resposta	Grupo						p
		Grupo Controle		Grupo LPO		Total		
		N	%	n	%	n	%	
HADS-A	Improvável	17	54,8	20	57,1	37	56,1	0,876 ^{NS}
	Possível	10	32,3	12	34,3	22	33,3	
	Provável	4	12,9	3	8,6	7	10,6	
	Total	31	100	35	100	66	100	
HADS-D	Improvável	22	71	26	74,3	48	72,7	0,917 ^{NS}
	Possível	7	22,5	6	17,1	13	19,7	
	Provável	2	6,5	3	8,6	5	7,6	
	Total	31	100	35	100	66	100	

NS – não significativo ($p \leq 0,05$); Teste Exato de Fisher.

15 pacientes (42,9%) do grupo LPO apresentaram sinais de ansiedade e 9 (25,9%), de depressão.

Discussão

Nosso estudo teve por objetivo avaliar os níveis de ansiedade e depressão, bem como a percepção de qualidade de vida em pacientes com líquen plano oral.

Diversos artigos na literatura relatam que o LPO afeta a QV dos pacientes. Porém, nenhum deles faz a comparação da percepção desta QV na primeira consulta, em que é feito o diagnóstico, esclarecimento sobre a doença e/ou prescrição de tratamento medicamentoso, e após o período mínimo de um mês, como o realizado em nosso estudo. Este é um dos fatores que o torna de grande relevância.

Nossos resultados constataram que há melhora significativa na percepção de QV dos pacientes com LPO. Além disso, apesar de não estatisticamente significativo, observou-se que a maioria dos pacientes com LPO erosivo apresentou uma melhora na percepção da QV. Também foi verificado que mais da metade dos pacientes, que relataram sintomatologia dolorosa na consulta inicial, e dos que não relataram nenhum desconforto, assim como dos que realizaram tratamento medicamentoso, referiram uma melhora na percepção da QV. Estes dados demonstram a importância de o cirurgião dentista ter ciência sobre como a doença LPO afeta a vida dos indivíduos, para saber tratar e orientar os pacientes. Muitas vezes, independentemente da sintomatologia dolorosa, o paciente sente-se preocupado e ansioso, devido à falta de conhecimento e informação sobre a doença. Por este motivo é muito importante que, além da prescrição de terapia medicamentosa quando necessária, ocorra a explicação e a orientação ao paciente sobre a doença. O estudo em questão constatou que o diagnóstico, o conhecimento do paciente e a terapia medicamentosa podem melhorar a percepção de QV.

O perfil da amostra estudada foi composto predominantemente por mulheres com mais de 60 anos, o que está de acordo com a literatura.^{4,6,7,23,25,26} As regiões onde foram detectadas as lesões de LPO foram: mucosa jugal, língua, gengiva e palato. Frequentemente bilateralmente e, muitas vezes, em mais de um local ao mesmo tempo, o que também está condizente com estudos anteriores.^{3,5,12,27,28}

Segundo a literatura, a forma reticular é a mais prevalente dentre os tipos de LPO.^{6,29-31} Neste estudo, a maioria dos casos foi do tipo erosivo. Isto talvez se deva ao fato de os indivíduos participantes da pesquisa terem sido atendidos na clínica de Patologia Bucal, centro de referência de estomatologia, em que, muitas vezes, o paciente é encaminhado devido à dor, que está, geralmente, relacionada ao LPO erosivo, enquanto o LPO reticular, normalmente sem manifestação dolorosa, muitas vezes é diagnosticado em consulta de rotina no consultório odontológico.

Indivíduos com LPO têm relatado períodos de estresse psicológico e ansiedade.^{28,32,33} Diversos estudos utilizam testes psicométricos buscando quantificar a doença.^{12,15-23,34} A escolha da utilização dos questionários HADS e OHIP neste estudo deve-se ao fato de eles serem validados no Brasil e de terem sido utilizados em estudos de referência.^{3,12,15,18,35-38} Além disso, tanto o questionário OHIP-14 quanto o HADS são de fácil aplicação e não necessariamente por profissionais da área de psicologia/psiquiatria.

O tratamento do LPO é difícil, pois trata-se de uma doença crônica, sem cura, caracterizada por períodos de remissão e exacerbação. Os pacientes podem apresentar desde lesões assintomáticas a lesões dolorosas, que podem interferir na alimentação e

afetar significativamente a qualidade de vida^{27,39}. Os indivíduos que não apresentam sintomas devem ser monitorados e esclarecidos sobre a doença, possíveis fatores associados e necessidade de acompanhamento regular. Os pacientes sintomáticos devem, adicionalmente, receber tratamento medicamentoso adequado.²⁷

Nosso estudo mostra que a maioria dos pacientes que não realizou tratamento medicamentoso após consulta inicial, não obteve alteração na percepção da QV. Isto pode dever-se ao fato de a maioria desses pacientes serem portadores do LPO reticular e não apresentarem sintomatologia dolorosa, não interferindo, portanto, na sua vida diária, ou por já terem sido informados previamente do diagnóstico e terem sido esclarecidos quanto à doença.

Os pacientes que, segundo respostas ao questionário HADS, apresentam sinais de provável depressão, relataram uma piora significativa na percepção da QV após consulta inicial. Podemos atribuir esta ocorrência ao fato de, talvez, estes indivíduos serem, realmente, portadores de depressão ou terem tendência ao seu desenvolvimento e que, após diagnóstico do LPO, pioraram seu estado emocional, prejudicando, também, sua percepção de QV.

Em relação aos resultados obtidos referentes ao questionário HADS, assim como descrito por McCartan,¹⁵ neste estudo também foram verificados níveis mais elevados de sinais de ansiedade do que de depressão nos pacientes com LPO, mas não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o LPO e o estado de ansiedade ou de depressão.

Também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para ansiedade e depressão entre os grupos LPO e controle. Estes achados estão de acordo com os achados dos autores Girardi et al.,²⁰ Allen et al.,⁴⁰ e Rodstrom et al.³² Rojo- Moreno et al.,¹⁶ que apesar de terem encontrado maiores escores de ansiedade em pacientes com LPO, não conseguiram estabelecer que as alterações psicológicas observadas constituem um fator etiológico direto do LPO ou que tais alterações são consequência do LPO e suas lesões.

Por outro lado, os autores Soto Araya et al.,¹² Chaudhary,¹⁸ Lundqvist et al.¹⁹ e Vallejo et al.,¹⁷ após realizarem avaliação psicométrica, obtiveram resultados que constataram que os pacientes com LPO têm, estatisticamente significativos níveis mais elevados de ansiedade e de depressão do que os indivíduos sem a doença.

Assim sendo, resultados conflitantes estão presentes na literatura. Isto pode dever-se ao fato do uso de diferentes testes psicométricos pelos autores, a subjetividade das respostas, o tamanho da amostra e a dificuldade de padronização metodológica, levando à obtenção de resultados controversos no que se refere à associação entre as alterações

comportamentais e a ocorrência do LPO.³³ Pelo menos 20 diferentes métodos de avaliação do perfil psicológico foram utilizados pelos vários estudos. Essa discrepância é, provavelmente, uma razão importante para divergências.²³

Este estudo demonstrou a presença de sinais de ansiedade e de depressão em pacientes com LPO, ainda que não estatisticamente significativa, e um impacto positivo na qualidade de vida após tratamento medicamentoso e/ou diagnóstico e esclarecimento sobre a doença. Isso indica que o tratamento psicológico associado pode ser importante no acompanhamento desses pacientes e que o conhecimento sobre a relação entre ansiedade e depressão com o LPO bem como a percepção da QV são relevantes para estratégias de tratamentos e desempenham um papel acentuado na prevenção do agravamento da doença.³⁶ Portanto, faz-se necessário o reconhecimento de tais estados emocionais na prática clínica do profissional. Deve ser realizada avaliação e tratamento multidisciplinar desses pacientes, para uma adequada orientação e acompanhamento dos indivíduos, a fim de melhorar o prognóstico e a QV.

Referências

- 1 Ivanovski K, Nakova M, Warburton G, Pesevska S, Filipovska A, Nares S et al. Psychological profile in oral lichen planus. *J Clin Periodontol*. 2005 Oct;32(10):1034–40.
- 2 Scully C, Carrozzo M. Oral mucosal disease: Lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Jan;46(1):15–21.
- 3 López-Jornet P, Camacho-Alonso F. Quality of life in patients with oral lichen planus. *J Eval Clin Pract*. 2010 Feb;16(1):111-3.
- 4 Farhi D, Dupin N. Pathophysiology, etiologic factors and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2010 Jan-Feb;28(1):100-8.
- 5 Roopashree MR, Gondhalekar RV, Shashikanth MC, George J, Thippeswamy SH, Shukla A. Pathogenesis of oral lichen planus – a review. *J Oral Pathol Med*. 2010 Nov;39(10):729-34.
- 6 Munde AD, Karle RR, Wankhede PK, Shaikh SS, Kulkurni M. Demographic and clinical profile of oral lichen planus: A retrospective study. *Contemp Clin Dent*. 2013 Apr;4(2):181-5.
- 7 Rana M, Kanatas A, Herzberg PY, Gellrich NC, Rana M. Relevance of psychosocial factors to quality of life in oral cancer and oral lichen planus: a prospective comparative study. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2015 Sep;53(7):621-6.
- 8 Carbone M, Arduino PG, Carrozzo M, Gandolfo S, Argiolas MR, Bertolusso G et al. Course of oral lichen planus: a retrospective study of 808 northern Italian patients. *Oral Dis*. 2009 Apr;15(3):235-43.
- 9 Wu Y, Zhou G, Zeng H, Xiong CR, Lin M, Zhou HM. A randomized double-blind, positive-control trial of topical thalidomide in erosive oral lichen planus. *Oral Medicine*. 2010 Aug;110(2):188-95.
- 10 Ergun S, Troşala SC, Warnakulasuriya S, Özel S, Önal AE, Ofluoğlu D et al. Evaluation of oxidative stress and antioxidant profile in patients with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med*. 2011 Apr;40(4):286-93.
- 11 Hasel KM, Besharat MA, Abdolhoseini A, Nasab SA, Niknam S. Relationships of personality factors to perceived stress, depression, and oral lichen planus severity. *Int J Behav Med*. 2013 Jun;20(2):286-92.
- 12 Soto-Araya M, Rojas-Alcayaga G, Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de liquen plano oral, síndrome boca urente y estomatitis aftosa recidivante. *Med Oral*. 2004;9:1-7.

- 13 Anuradha Ch, Reddy BV, Nandan SR, Kumar SR. Oral lichen planus. A review. *N Y State Dent J*. 2008 Jun/Jul;74(4):66-8.
- 14 Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci*. 2007 Jun;49(2):89-106.
- 15 McCartan BE. Psychological factors associated with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med*. 1995 Jul;24(6):273-5.
- 16 Rojo-Moreno JL, Bagán JV, Rojo-Moreno J, Donat JS, Milián MA, Jiménez Y. Psychologic factors and oral lichen planus. A psychometric evaluation of 100 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998 Dec;86(6):687-91.
- 17 Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, Seoane JM. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. *Dermatology*. 2001;203(4):303-7.
- 18 Chaudhary S. Psychosocial stressors in oral lichen planus. *Aust Dent J*. 2004 Dec;49(4):192-5.
- 19 Lundqvist EN, Wahlin YB, Bergdahl M, Bergdahl J. Psychological health in patients with genital and oral erosive lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006 Jul;20(6):661-6.
- 20 Girardi C, Luz C, Cherubini K, de Figueiredo MA, Nunes ML, Salum FG. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus. *Arch Oral Biol*. 2011 Sep;56(9):864-8.
- 21 Gavic L, Cigic L, Lukenda DB, Gruden V, Pokupec JSG. The role of anxiety, depression, and psychological stress on the clinical status of recurrent aphthous stomatitis and oral lichen planus. *J Oral Pathol Med*. 2014 Jul;43(6):410-7.
- 22 Alves MG, Carvalho BF, Balducci I, Cabral LA, Nicodemo D, Almeida JD. Emotional assessment of patients with oral lichen planus. *Int J Dermatol*. 2015 Jan;54(1):29-32.
- 23 Pippi R, Romeo U, Santoro M, Del Vecchio A, Scully C, Petti S. Psychological disorders and oral lichen planus: matched case-control study and literature review. *Oral Dis*. 2016 Apr;22(3):226-34.
- 24 Tabolli S, Bergamo F, Alessandrini L, Di Pietro C, Sampogna F, Abeni D. Quality of Life and Psychological Problems of Patients with Oral Mucosal Disease in Dermatological Practice. *Dermatology*. 2009;218(4):314-20.
- 25 Gorsky M, Epstein JB, Hasson-Kanfi H, Kaufman E. Smoking habits among patients diagnosed with oral lichen planus. *Tob Induc Dis*. 2004 Jun;2(2):103-8
- 26 Sousa FACG, Rosa LEB. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da disciplina de patologia bucal da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP. *Rev. Ciênc Odontol Bras*. 2005;8(4):96-100.

- 27 Mollaoglu N. Oral lichen planus: a review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000 Oct;38(5):370-77.
- 28 Sugerma PB, Savage NW. Oral lichen planus: causes, diagnosis and management. *Aust Dent J.* 2002 Dec;47(4):290-7.
- 29 Silva M, Iwaki LC, Pieralisi N, Silgueiro RS, Candido GC. Epidemiologia, diagnóstico e tratamento do líquen plano no projeto de lesões bucais da Universidade Estadual de Maringá. *Arq Bras de Odontol.* 2007;3(2):87-94.
- 30 Fernández-González F, Vázquez-Álvarez R, Reboiras-López D, Gándara-Vila P, García-García A, Gándara-Rey JM. Histopathological findings in oral lichen planus and their correlation with the clinical manifestations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011 Aug;16(5):641-6.
- 31 Fraga HF, Cerqueira NS, Ribeiro LSF, Souza SE, Paraguassú GM, Pinto Filho JM. A importância do diagnóstico do líquen plano bucal. *J Health Sci Inst.* 2011; 29:27-30.
- 32 Rödström PO, Jontell M, Hakeberg M, Berggren U, Lindstedt G. Erosive oral lichen planus and salivary cortisol. *J Oral Pathol Med.* 2001 May;30(5):257-63.
- 33 Payeras MR, Cherubini K, Figueiredo MA, Salum FG. Oral lichen planus: focus on etiopathogenesis. *Arch Oral Biol.* 2013 Sep;58(9):1057-69.
- 34 Bergdahl J, Ostman PO, Anneroth G, Perris H, Skoglund A. Psychologic aspects of patients with oral lichenoid reactions. *Acta Odontol Scand.* 1995 Aug;53(4):236-41.
- 35 Radwan-Oczko M, Zwyrtek E, Owczarek JE, Szcześniak D. Psychopathological profile and quality of life of patients with oral lichen planus. *J Appl Oral Sci.* 2018 Jan;26.
- 36 Karbach J, Al-Nawas B, Moergel M, Daubländer M. J Oral Maxillofac Surg. Oral health-related quality of life of patients with oral lichen planus, oral leukoplakia, or oralsquamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Aug;72(8):1517-22.
- 37 Brennan DS, Spencer AJ. Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14. *Health Qual Life Outcomes.* 2004 Jul;2:35.
- 38 Riordain RN, McCreary C. Validity and reliability of a newly developed quality of life questionnaire for patients with chronic oral mucosal diseases. *J Oral Pathol Med.* 2011 Sep;40(8):604-9.
- 39 Chainani-Wu N, Silverman S Jr, Lozada-Nur F, Mayer P, Watson JJ. Oral lichen planus: patient profile, disease progression and treatment responses. *J Am Dent Assoc.* 2001 Jul;132(7):901-9.
- 40 Allen CM, Beck FM, Rossie KM, Kaul TJ. Relation of stress and anxiety to oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1986 Jan;61(1):44-6.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos, constatamos que pacientes com LPO obtiveram melhora significativa na percepção da QV após consulta inicial, evidenciando a necessidade do conhecimento sobre a doença e sobre como ela afeta a vida dos indivíduos, para saber tratá-los e orientá-los.

Também pudemos observar que há resultados conflitantes na literatura sobre a associação entre ansiedade e depressão com o LPO, mas que, apesar disso, há um consenso geral de que estes fatores psicogênicos podem ter um papel importante no desenvolvimento desta doença.

Com base nos resultados obtidos, podemos concluir que o diagnóstico, o conhecimento do paciente sobre a doença e a terapia medicamentosa podem melhorar significativamente a percepção de QV, e que estes pacientes tendem a ter distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão, indicando a importância do reconhecimento destes estados emocionais na prática clínica dos profissionais para uma adequada orientação, tratamento e acompanhamento dos indivíduos, além da associação ao tratamento psicológico, quando necessário, desempenhando um papel relevante na prevenção do agravamento da doença.

REFERÊNCIAS

- 1 Ivanovski K, Nakova M, Warburton G, Pesevska S, Filipovska A, Nares S et al. Psychological profile in oral lichen planus. *J Clin Periodontol*. 2005 Oct;32(10):1034–40.
- 2 Scully C, Carrozzo M. Oral mucosal disease: Lichen planus. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Jan;46(1):15–21.
- 3 López-Jornet P, Camacho-Alonso F. Quality of life in patients with oral lichen planus. *J Eval Clin Pract*. 2010 Feb;16(1):111-3.
- 4 Farhi D, Dupin N. Pathophysiology, etiologic factors and clinical management of oral lichen planus, part I: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2010 Jan-Feb;28(1):100-8.
- 5 Roopashree MR, Gondhalekar RV, Shashikanth MC, George J, Thippeswamy SH, Shukla A. Pathogenesis of oral lichen planus: a review. *J Oral Pathol Med*. 2010 Nov;39(10):729-34.
- 6 Munde AD, Karle RR, Wankhede PK, Shaikh SS, Kulkurni M. Demographic and clinical profile of oral lichen planus: A retrospective study. *Contemp Clin Dent*. 2013 Apr;4(2):181-5.
- 7 Gorsky M, Epstein JB, Hasson-Kanfi H, Kaufman E. Smoking habits among patients diagnosed with oral lichen planus. *Tob Induc Dis*. 2004 Jun;2(2):103-8
- 8 Sousa FACG, Rosa LEB. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da disciplina de patologia bucal da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP. *Rev Ciênc Odontol Bras*. 2005;8(4):96-100.
- 9 Rana M, Kanatas A, Herzberg PY, Gellrich NC, Rana M. Relevance of psychosocial factors to quality of life in oral cancer and oral lichen planus: a prospective comparative study. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2015 Sep;53(7):621-6.
- 10 Pippi R, Romeo U, Santoro M, Del Vecchio A, Scully C, Petti S. Psychological disorders and oral lichen planus: matched case–control study and literature review. *Oral Dis*. 2016 Apr;22(3):226-34.
- 11 Carbone M, Arduino PG, Carrozzo M, Gandolfo S, Argiolas MR, Bertolusso G et al. Course of oral lichen planus: a retrospective study of 808 northern Italian patients. *Oral Dis*. 2009 Apr;15(3):235-43.
- 12 Wu Y, Zhou G, Zeng H, Xiong CR, Lin M, Zhou HM. A randomized double-blind, positive-control trial of topical thalidomide in erosive oral lichen planus. *Oral Medicine*. 2010 Aug;110(2):188-95.
- 13 Ergun S, Troşala SC, Warnakulasuriya S, Özel S, Önal AE, Ofluoğlu D et al. Evolution of oxidative stress and antioxidant profile in patients with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med*. 2011 Apr;40(4):286-93.

- 14 Hasel KM, Besharat MA, Abdolhoseini A, Nasab SA, Niknam S. Relationships of personality factors to perceived stress, depression, and oral lichen planus severity. *Int J Behav Med.* 2013 Jun;20(2):286-92.
- 15 Fraga HF, Cerqueira NS, Ribeiro LSF, Souza SE, Paraguassú GM, Pinto Filho JM. A importância do diagnóstico do líquen plano bucal. *J Health Sci Inst.* 2011; 29:27-30.
- 16 Mollaoglu N. Oral lichen planus: a review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000 Oct;38(5):370-77.
- 17 Sugerman PB, Savage NW. Oral lichen planus: causes, diagnosis and management. *Aust Dent J.* 2002 Dec;47(4):290-7.
- 18 Soto-Araya M, Rojas-Alcayaga G, Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de líquen plano oral, síndrome boca urente y estomatitis aftosa recidivante. *Med Oral.* 2004;9:1-7.
- 19 Silva M, Iwaki LC, Pieralisi N, Silgueiro RS, Candido GC. Epidemiologia, diagnóstico e tratamento do líquen plano no projeto de lesões bucais da Universidade Estadual de Maringá. *Arq Bras de Odontol.* 2007;3(2):87-94.
- 20 Fernández-González F, Vázquez-Álvarez R, Reboiras-López D, Gándara-Vila P, García-García A, Gándara-Rey JM. Histopathological findings in oral lichen planus and their correlation with the clinical manifestations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011 Aug;16(5):641-6.
- 21 Edwards PC, Kelsch R. Oral lichen planus: clinical presentation and management. *J Can Dent Assoc.* 2002 Sep;68(8):494-9.
- 22 Canto AM, Muller H, Freitas RR, Santos PSS. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *Anais Bras de Dermatol.* 2010;85(5):669-75.
- 23 Sousa FACG, Rosa LEB. Líquen plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. *Rev. Bras de Otorrinolaring.* 2008;74(2):284-92.
- 24 Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2002 Feb;46(2):207-14.
- 25 Epstein JB, Wan LS, Gorsky M, Zhang L. Oral lichen planus: progress in understanding its malignant potential and implications for clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003 Jul;96(1):32-7.
- 26 Scattarella A, Petruzzi M, Ballini A, Grassi F, Nardi G. Oral lichen planus and dental hygiene: a case report. *Int J Dent Hyg.* 2011 May;9(2):163-6.

- 27 Chainani-Wu N, Silverman S Jr, Lozada-Nur F, Mayer P, Watson JJ. Oral lichen planus: patient profile, disease progression and treatment responses. *J Am Dent Assoc.* 2001 Jul;132(7):901-9.
- 28 Gavic L, Cigic L, Lukenda DB, Gruden V, Pokupec JSG. The role of anxiety, depression, and psychological stress on the clinical status of recurrent aphthous stomatitis and oral lichen planus. *J Oral Pathol Med.* 2014 Jul;43(6):410-7.
- 29 Manousaridis I, Manousaridis K, Peitsch WK, Schneider SW. Individualizing treatment and choice of medication in lichen planus: a step by step approach. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2013 Oct;11(10):981-91.
- 30 Bergdahl J, Ostman PO, Anneroth G, Perris H, Skoglund A. Psychologic aspects of patients with oral lichenoid reactions. *Acta Odontol Scand.* 1995 Aug;53(4):236-41.
- 31 McCartan BE. Psychological factors associated with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med.* 1995 Jul;24(6):273-5.
- 32 Rojo-Moreno JL, Bagán JV, Rojo-Moreno J, Donat JS, Milián MA, Jiménez Y. Psychologic factors and oral lichen planus. A psychometric evaluation of 100 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998 Dec;86(6):687-91.
- 33 Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, Seoane JM. Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. *Dermatology.* 2001;203(4):303-7.
- 34 Chaudhary S. Psychosocial stressors in oral lichen planus. *Aust Dent J.* 2004 Dec;49(4):192-5.
- 35 Lundqvist EN, Wahlin YB, Bergdahl M, Bergdahl J. Psychological health in patients with genital and oral erosive lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006 Jul;20(6):661-6.
- 36 Girardi C, Luz C, Cherubini K, de Figueiredo MA, Nunes ML, Salum FG. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) levels, psychological factors in patients with oral lichen planus. *Arch Oral Biol.* 2011 Sep;56(9):864-8.
- 37 Alves MG, Carvalho BF, Balducci I, Cabral LA, Nicodemo D, Almeida JD. Emotional assessment of patients with oral lichen planus. *Int J Dermatol.* 2015 Jan;54(1):29-32.
- 38 Riordain RN, McCreary C. Validity and reliability of a newly developed quality of life questionnaire for patients with chronic oral mucosal diseases. *J Oral Pathol Med.* 2011 Sep;40(8):604-9.
- 39 Karbach J, Al-Nawas B, Moergel M, Daubländer M. J Oral Maxillofac Surg. Oral health-related quality of life of patients with oral lichen planus, oral leukoplakia, or oralsquamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Aug;72(8):1517-22.
- 40 Rajan B, Ahmed J, Shenoy N, Denny C, Ongole R, Binnal A. Assessment of quality of life in patients with chronic oral mucosal diseases: a questionnaire-based study. *Perm J.* 2014 Winter;18(1):e123-7.

- 41 Tabolli S, Bergamo F, Alessandroni L, Di Pietro C, Sampogna F, Abeni D. Quality of Life and Psychological Problems of Patients with Oral Mucosal Disease in Dermatological Practice. *Dermatology*. 2009;218(4):314-20.
- 42 Anuradha Ch, Reddy BV, Nandan SR, Kumar SR. Oral lichen planus. A review. *N Y State Dent J*. 2008 Jun/Jul;74(4):66-8.
- 43 Ismail SB, Kumar SK, Zain RB. Oral lichen planus and lichenoid reactions: etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *J Oral Sci*. 2007 Jun;49(2):89-106.
- 44 Radwan-Oczko M, Zwyrtek E, Owczarek JE, Szcześniak D. Psychopathological profile and quality of life of patients with oral lichen planus. *J Appl Oral Sci*. 2018 Jan;26.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO HADS - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

QUESTIONÁRIO HADS

Para cada questão deve ser dada uma única resposta. Não se preocupe, pois nenhuma resposta é mais certa do que a outra. Responda aquilo que você realmente pensa.

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos[1]	<input type="checkbox"/> atualmente bem menos[2]	<input type="checkbox"/> não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
<input type="checkbox"/> nunca[3]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[3]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[1]	<input type="checkbox"/> nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
<input type="checkbox"/> nunca[0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
<input type="checkbox"/> completamente[3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes[1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
<input type="checkbox"/> sim, demais[3]	<input type="checkbox"/> bastante[2]	<input type="checkbox"/> um pouco[1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes[1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
<input type="checkbox"/> a quase todo momento[3]	<input type="checkbox"/> várias vezes[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> várias vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]

NOME:

ANEXO B – QUESTIONÁRIO OHIP-14

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

QUESTIONÁRIO OHIP-14

Abaixo faremos perguntas a respeito de como a saúde de sua boca e dentes afetam o seu dia-a-dia. Responda cada uma das questões de acordo com a frequência com que elas interferem na sua vida, ou seja, nunca (0), raramente (1), às vezes (2), constantemente (3) ou sempre (4), em relação ao último mês. Para cada questão deve ser dada uma única resposta. Não se preocupe, pois nenhuma resposta é mais certa do que a outra. Responda aquilo que você realmente pensa.

Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Perguntas	Respostas				
	0	1	2	3	4
1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
2.Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
3.Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4.Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
5.Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
6.Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
7.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
9.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
10.Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
11.Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
12.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
13.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
14.Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					

NOME: