

Avaliação da ansiedade e depressão em pacientes da terceira idade e sua relação com a Síndrome da Ardência Bucal

Fernanda Sampaio Nery*

Roberta Andrade Lauria*

Viviane Almeida Sarmiento**

Maria das Graças Alonso Oliveira**

Resumo

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma condição caracterizada pela sensação de queimação da mucosa bucal, sem que uma causa física possa ser detectada. Afeta principalmente mulheres na pós-menopausa, com mais de 50 anos. Diversos fatores são apontados como possíveis desencadeadores desta patologia, e muito se discute sobre a importância de fatores psicogênicos, como ansiedade e depressão, na sua etiologia. Este trabalho teve como objetivo avaliar a prevalência da SAB e sua relação com o grau de ansiedade e depressão, segundo a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) (SNAITH; ZIGMOND, 1994 apud PATERSON et al., 1995), em indivíduos do gênero feminino de terceira idade institucionalizados em asilos da cidade do Salvador-BA. Foram avaliadas sessenta mulheres pós-menopausadas, com mais de 60 anos de idade. Destas, 57 responderam ao questionário HADS. Em relação à ansiedade, a grande maioria (54,4%) demonstrou grau moderado; já no quesito depressão, a maioria (54,4%) apresentou grau discreto. Três pacientes (5,26%) relataram queixa de ardência na boca, das quais 83,3% demonstraram grau moderado a severo de ansiedade. A maioria (66,6%) das pacientes deste grupo, entretanto, apresentou discreta tendência à depressão. Com base nestes resultados, pode-se sugerir que a ansiedade pode ser um fator que contribui para o desencadeamento da SAB, na amostra avaliada. As características da SAB, assim como possíveis causas que possam explicar o quadro epidemiológico encontrado são discutidas.

Palavras-chave: Síndrome da Ardência Bucal. Glossopirose. Ansiedade.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma condição caracterizada pela sensação de queimação da mucosa bucal, sem que uma causa física possa ser detectada. São cogitados diversos fatores potencialmente desencadeantes desta patologia, porém sua etiologia não é ainda completamente entendida. Muitos profissionais da área de saúde acreditam que as emoções desempenham um importante papel na

maioria das doenças e que, na SAB, quando fatores locais ou sistêmicos não podem ser responsabilizados por esta queixa, fatores psicogênicos, como ansiedade e depressão, podem ser os responsáveis pela sintomatologia.

Apesar das referências na literatura de que essa síndrome seja uma queixa comum na clínica odontológica, esta não é uma condição frequentemente relatada pelos pacientes que pro-

* Aluna da Faculdade de Odontologia.UFBA.

** Professora Adjunto do Departamento de Diagnóstico e Terapêutica. Faculdade de Odontologia.UFBA.
Faculdade de Odontologia. UFBA.
Av.Araújo Pinho, 62 Canela
Salvador Bahia Brasil
E-mail: viviane.sarmiento@terra.com.br

curam atendimento ambulatorial na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA). Mesmo na disciplina de Clínica Integrada que mantém há quatro anos uma atividade de extensão para prevenção, diagnóstico e tratamento de enfermidades bucais em pacientes da terceira idade, faixa etária mais prevalente para a SAB, tal enfermidade é raramente diagnosticada. Resta saber se esta é uma condição não detectada ou se a comunidade assistida por esta instituição apresenta baixos índices de prevalência da SAB.

O presente trabalho tem como objetivo avaliar a prevalência da SAB em indivíduos do gênero feminino, da terceira idade, institucionalizados em asilos da cidade do Salvador-BA, e aplicar o questionário preconizado por Snaith e Zigmond (1994 apud PATERSON et al., 1995) para determinar o grau de depressão e ansiedade da amostra.

REVISÃO DA LITERATURA

A SAB é uma condição na qual os pacientes apresentam uma sensação de queimação ou desconforto generalizado na boca, sem que exista qualquer anormalidade na mucosa bucal que possa justificar esses relatos (HUMPHRIS; LONGMAN; FIELD, 1996; NASRI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2000; IDIOPATHIC BURNING MOUTH SYNDROME HOMEPAGE, 2001). Às vezes, testes de rotina demonstram uma doença sistêmica, hipofunção das glândulas salivares ou candidíase bucal. Em poucos casos, detecta-se alergia e hábitos parafuncionais. A maioria dos casos, porém, parece ser idiopática (HUMPHRIS; LONGMAN; FIELD, 1996).

Essa condição afeta principalmente mulheres na pós-menopausa, com mais de 50 anos (IDIOPATHIC BURNING MOUTH SYNDROME HOMEPAGE, 2001). A prevalência no gênero masculino é menor, porém a idade média, encontrada por Bergdahl e Bergdahl (1999), é aproximadamente a mesma, em relação ao gênero feminino. Num estudo conduzido no Hospital das Clínicas da Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo, avaliando-se dezessete pacientes com queixas de SAB, constatou-se que a idade mediana dos pacientes foi de 58 anos e que 88% eram mulheres. A localização mais freqüente foi a língua (63%). Dez pacientes apresentaram doenças sistêmicas: hipertensão arterial (6), lupus eritematoso (2), *diabetes mellitus* (1) e artrite reumatóide (1). Essas morbidades sistêmicas foram consideradas como capazes de influenciar e atuar como fatores de risco, que, sendo repetitivos e atuando junto à própria idade, concorrem para instalação da SAB, ou para evoluir para uma síndrome neuropática, envolvendo vias de condução nervosa periféricas ou centrais. Relatos subjetivos de alergias ocorreram em dez pacientes e de xerostomia, em oito. Os autores acreditam na importância de investigações sobre a influência de desequilíbrios hormonais, metabólicos ou fisiológicos no desencadeamento dessa síndrome (NASRI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2000).

Os sintomas primários mais comuns nos pacientes com SAB, por ordem de freqüência, são: xerostomia, paladar alterado, sede, sensação de queimação na língua e sensação de queimação nos lábios. As localizações mais relatadas são ponta, bordas e dorso da língua, lábios e mucosa bucal (IDIOPATHIC BURNING MOUTH SYNDROME HOMEPAGE, 2001).

Muito se tem pesquisado a respeito de possíveis fatores causais da SAB. Esses fatores são divididos em locais, sistêmicos e psicogênicos (IDIOPATHIC BURNING MOUTH SYNDROME HOMEPAGE, 2001). Cibirka, Nelson e Lafebvre (1997) e Veloso e Cutrim (2002) sugerem que a etiologia da SAB é multifatorial e que, geralmente, essa aparência normal da mucosa, aliada a uma variedade de sintomas dolorosos, requer uma análise detalhada em busca de um diagnóstico definitivo. Uma vez diagnosticada a SAB, anormalidades metabólicas, psicológicas ou emocionais devem existir (NASRI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2000).

Para que o diagnóstico definitivo da SAB seja alcançado, é sugerida a identificação do grupo etiológico, local, sistêmico ou psicogênico responsável, promovendo-se, assim, o direcionamento para o tratamento. Partindo deste prin-

cípico, tem-se que fatores locais, tais como problemas de origem infecciosa ou dentária, requerem uma intervenção do clínico. Pode-se também, desse modo, estabelecer um controle de atividade parafuncional, identificar desequilíbrios salivares, ajustar próteses e atribuir terapêutica medicamentosa, seja para o controle de agentes infecciosos, seja como paliativo para manifestações sintomáticas da síndrome. Ocasionalmente, a avaliação de um otorrinolaringologista e de um gastroenterologista pode ser requerida diante de problemas faringianos, esofágicos ou de refluxo gástrico. Com relação aos fatores sistêmicos, o clínico deve estar capacitado para identificar relações entre os sintomas bucais e a condição médica do paciente. A abordagem médica do paciente é feita mediante exames laboratoriais, como testes sorológicos, imunológicos e endócrinos. Em relação à etiologia psicogênica da SAB, esta apresenta espectros de análise complexos. Consultas neurológicas ou suporte psicológico, quando necessário, podem ajudar no diagnóstico de pacientes com SAB (CIBIRKA; NELSON; LEFEBVRE, 1997; VELOSO; CUTRIM, 2002).

Uma minuciosa avaliação dentária, médica, psicológica e da história familiar é crucial para o diagnóstico e o tratamento dessa síndrome. Tal avaliação poderá incluir, além do já relatado, algumas escalas e questionários psicológicos objetivos, os quais são aplicados em uma consulta inicial e em intervalos regulares ao longo do tratamento, para obtenção e análise dos resultados. O exame da cavidade bucal com iluminação adequada é essencial para excluir outras causas tratáveis da SAB. Exames são frequentemente recomendados, como exames hematológicos, de nível de ferro, folato e vitamina B12 (ZAKRZEWSKA, 1995). Field e colaboradores (1995) constataram que, da sua amostra com deficiência de vitamina B12, 35,7% apresentavam como principal sintoma a ardência bucal.

Como diagnóstico diferencial da SAB, deve-se considerar alergias raras a agentes locais, que podem provocar sensações de ardência. Entretanto estas alterações são acompanhadas por sinais clínicos na boca, como, por exemplo, nos casos de líquen plano e língua geográfica, em

que pode haver relatos de ardência. Testes de sensibilidade podem ser solicitados em pacientes cuja história clínica e exames mostrem evidências de possível alergia. Pacientes que tiveram o nervo lingual lesionado frequentemente relatam a sensação de formigamento que pode ser confundida com sintomas da SAB, porém, no primeiro caso, o distúrbio da dor é anatômico (ZAKRZEWSKA, 1995).

Tem-se direcionado esforços também para a avaliação da concentração de proteínas salivares em pacientes que apresentam queixas, principalmente em mulheres em período de menopausa. Vale ressaltar que a detecção de altas taxas de proteínas na saliva, no período de menopausa, pode indicar uma alta atividade simpática em períodos de estresse psicológico (BEN ARYEH et al., 1996). Lundy e colaboradores (1997) não puderam, porém, comprovar o papel das glicoproteínas das glândulas parótidas na SAB.

Graham, McLeod e Hamilton (1996), através de um caso clínico, mostraram que alterações na secreção hormonal podem resultar em sintomas da SAB. Nasri, Teixeira e Siqueira (2000) confirmaram este fato ao verificar a influência de desequilíbrios metabólicos ou fisiológicos no desencadeamento dessa síndrome, pela presença de uma paciente jovem (22 anos) com amenorréia e queixas de ardência bucal na sua amostra.

Muitos autores têm estudado a relação entre o diabetes e a SAB. Zakrzewska (1995) referiu que pacientes com diabetes são mais acometidos por candidíase bucal, que pode promover sensação de ardência. Os autores relataram ainda que o diabetes provoca mudanças em pequenos vasos que podem também acometer a boca, promovendo alterações no limiar da dor.

Bergdahl, Anneroth e Perris (1995) avaliaram as características de personalidade de trinta e dois pacientes com SAB resistente após tratamento de distúrbios sistêmicos e odontológicas detectadas. Foram aplicados os testes Karolinska Scales of Personality, Personality Scale, Psychological Functioning Scale e Quality of Life Scale. Os resultados mostraram que, comparativamente, os pacientes com SAB apresentaram

menores índices de socialização, indicando experiências negativas na infância, além de um ajustamento social e familiar debilitados. Apresentaram ainda altas taxas de ansiedade, tensão muscular e psicoastenia. Além disso, eles cansavam-se mais facilmente, eram mais sensíveis e mostraram uma tendência de ser mais preocupados com a sua saúde. Isso sugere que as sensações na SAB são sintomas psicossomáticos, e que esses pacientes precisam ser submetidos à investigação psicológica e receber tratamento adequado.

Paterson e colaboradores (1995) aplicaram o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) em oitenta e quatro pacientes com SAB e avaliaram a presença de hábitos parafuncionais e desgaste das superfícies oclusais dos dentes naturais ou de próteses. Os resultados revelaram existir uma significativa relação entre a presença de hábitos parafuncionais e ansiedade, mas não com a depressão.

Seguindo ainda uma abordagem psicossomática da SAB, Nicholson e colaboradores (2000) sugeriram que a prevalência de morbidade psicológica é alta na SAB. Baseados nos resultados obtidos através da aplicação do HADS e através de entrevistas a partir do programa de Avaliação Clínica Neuropsiquiátrica (Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry - SCAN), os autores identificaram alta prevalência de neuroses nos pacientes avaliados. Os autores sugerem a realização de pesquisas futuras que permitam uma avaliação segura das desordens mentais envolvidas na síndrome e a confirmação da necessidade da terapia de mudança comportamental cognitiva em alguns casos.

A história familiar e social pode revelar uma variedade de aspectos psicossociais que participam dessa síndrome. Pacientes que apresentam a síndrome podem revelar uma infância conturbada, relação familiar inadequada, dificuldade de adaptação na escola e no trabalho, situação conjugal e financeira conflituosa e outros eventos adversos. Em alguns pacientes, um fator psicológico comumente manifestado é a cancerofobia. Esses pacientes geralmente relatam história de câncer familiar (ZAKRZEWSKA, 1995). Nos pacientes cancerofóbi-

cos, provar-lhes a ausência de malignidade melhora sensivelmente seu quadro emocional (VELOSO; CUTRIM, 2002).

Diante da etiopatologia enigmática dessa síndrome, Jaaskelainen, Forssell e Tenovuo (1997) sugeriram a hipótese da relação de um distúrbio autônomo de inervação com a SAB. Eles reportaram o reflexo anormal de piscar os olhos nos pacientes com a síndrome, sugerindo o envolvimento patológico do sistema nervoso e, em particular, o sistema trigêmeo-facial. Com base neste estudo, os autores sugerem o uso de testes eletrofisiológicos para estudo da etiologia neuropática da SAB.

Sustentando a questão da SAB como uma forma de neuropatia, Femiano e colaboradores (2000), através de estudo cruzado, demonstraram a eficácia do ácido alfa-lipóico no tratamento parcial dos sintomas da SAB. Por ser um fármaco antioxidante indicado para a polineuropatia diabética, os autores relatam que os resultados do estudo sugerem a natureza neuropática da síndrome.

Lamey, Hobson e Orchardson (1996), baseados na hipótese de que os pacientes portadores da Síndrome da Ardência Bucal teriam uma percepção a estímulos nociceptivos mais exagerados, investigaram essa amostra e concluíram que não havia diferenças significativas entre o grupo teste e o controle.

O tratamento da SAB varia a depender da possível causa orgânica presente. Para os casos idiopáticos, o tratamento é paliativo e os pacientes podem tornar-se frustrados quando se depararem com a realidade de que os profissionais de saúde não têm respostas plausíveis para seu problema (IDIOPATHIC BURNING MOUTH SYNDROME HOMEPAGE, 2001).

O uso de antidepressivos tricíclicos tem sido relatado na literatura para o tratamento da SAB. Com base neste fato, Grushka, Epstein e Mott (1998) analisaram o uso dos benzodiazepínicos (clonazepam) em pacientes que apresentavam ardência bucal sintomática. O resultado do estudo sugere que o clonazepam pode ser eficaz no tratamento da SAB, visto que 70% dos pacientes apresentaram redução da dor sob efeito de baixas doses. Os autores atribuem os

resultados satisfatórios ao efeito ansiolítico que a terapia apresenta. O estudo também sugere que o clonazepam é efetivo em doses baixas, em indivíduos jovens e em pacientes que apresentem os sintomas de ardência por poucos anos. Quando altas doses do fármaco são requeridas, a redução da ardência aparece associada a efeitos colaterais intoleráveis, sendo necessário a descontinuação da terapia.

Humphris, Longman e Field (1996) mostraram a importância de abordagens psicológicas em pacientes com SAB, propondo uma terapia de natureza cognitiva. Esses autores recomendam que os pacientes sejam cuidadosamente investigados, a fim de se detectar eventos recentes e causas crônicas de estresse, além de se determinar a disposição do paciente em discutir possíveis fatores psicológicos que influenciam a dor e, então, introduzir o tratamento psicológico. Os autores acreditam que esta terapia é alternativa eficaz para o tratamento da SAB, em casos indicados.

A abordagem holística da SAB é bem referida por Bergdahl, Anneroth e Perris (1995). Os autores concluíram que a SAB parece ser parte de um complexo padrão de sintomas somáticos e psicológicos, apresentando fatores causais físicos e psicológicos, provavelmente havendo uma interação entre estes. Baseados nesta análise, os autores sugeriram que os efeitos do tratamento das doenças odontológicas e médicas possivelmente envolvidas na SAB devem ser avaliados. Pacientes que apresentem SAB resistente devem ser submetidos à investigação de causas psicológicas e, sendo diagnosticados distúrbios dessa natureza, a terapia deve ser iniciada e, posteriormente, avaliados seus efeitos. Velloso e Cutrim (2002) relatam a importância de o paciente admitir a presença da síndrome e aceitar o acompanhamento psicológico, caso seja indicado.

OBJETIVOS

Avaliar a prevalência da SAB em mulheres pós-menopausadas institucionalizadas em asilos da cidade do Salvador-BA, relacionando-a ao seu grau de ansiedade e depressão, segundo

a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) (SNAITH; ZIGMOND, 1994 apud PATERSON et al., 1995).

METODOLOGIA

População da amostra

Do universo de indivíduos institucionalizados em asilos da cidade do Salvador-BA, participaram sessenta mulheres pós-menopausadas, com idade superior a 60 anos, que concordaram em fazer parte desta pesquisa, assinando o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado para este fim.

Coleta e instrumentos de coleta de dados

Uma equipe de acadêmicos da FOUFBA, sob supervisão de um professor, realizou exame clínico (anamnese e exame físico simplificado) nos participantes da pesquisa, e aplicou o HADS. Os dados foram anotados em fichas específicas e, em seguida, avaliados.

O exame bucal pesquisou a presença de patologias mucosas ou dentárias, hábitos para-funcionais e desgastes das superfícies dentárias oclusais. Os pacientes portadores de alterações na mucosa bucal foram encaminhados para o Serviço de Estomatologia da FOUFBA, e aqueles com problemas de origem dentária, para a disciplina de Clínica Integrada da FOUFBA, para tratamento apropriado.

Análise dos dados

A prevalência da SAB foi estimada, relacionando-a com a idade e o grau de ansiedade e depressão. Para tanto, foi aplicado o teste do Qui-quadrado, para uma probabilidade de erro de 5%.

RESULTADOS

Constituíram a amostra 57 mulheres com mais de 60 anos de idade, institucionalizadas

em asilos da cidade do Salvador-BA. A faixa etária mais prevalente foi a de 80 a 89 anos (57,89%), como mostra a Figura 1, com média de idade de 78,54 anos. A maioria das pacientes era faioderma (77,19%) (FIGURA 2).

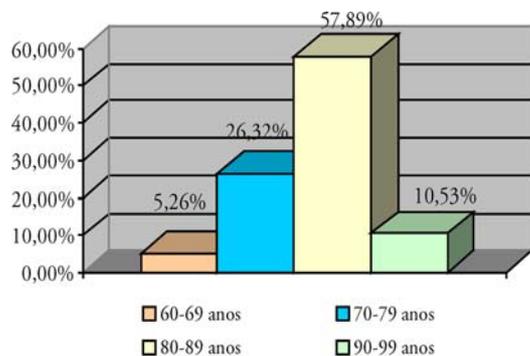


Figura 1 - Distribuição da amostra por faixa etária

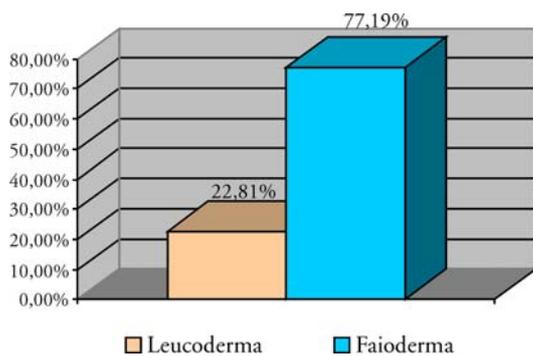


Figura 2 - Distribuição da amostra em relação à cor do paciente

Analisando os questionários de HADS, pode-se observar que a maior parte da amostra tinha um grau moderado de ansiedade (54,39%) e grau discreto de depressão (54,39%), como pode ser visto nas Figuras 3 e 4.

Das 57 pacientes que fizeram parte da amostra, apenas 3 (5,26%) tinham queixa de SAB. Destas, duas (66,66%) tinham idade entre 80 e 89 anos e uma entre 90 e 99 anos. As três pacientes com queixa de SAB eram faiodermas.

De acordo com os resultados da HADS, duas pacientes (66,60%) apresentaram grau severo de ansiedade e uma apresentou grau

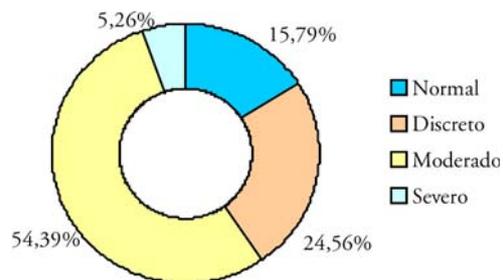


Figura 3 - Distribuição da amostra em relação ao grau de ansiedade, segundo HADS

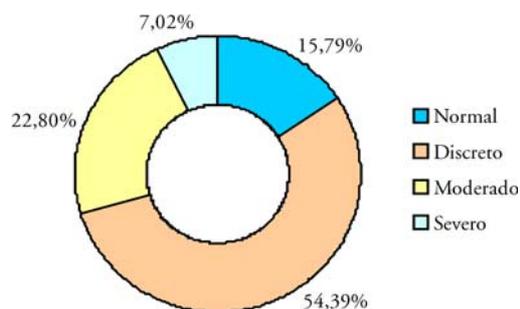


Figura 4 - Distribuição da amostra em relação ao grau de depressão, segundo HADS

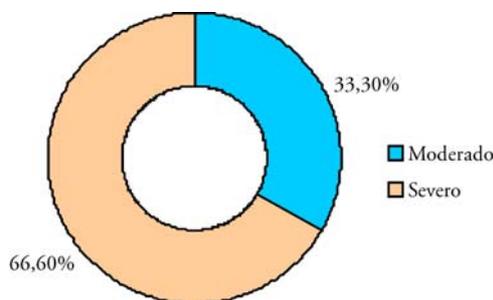


Figura 5 - Distribuição da amostra com SAB em relação ao grau de ansiedade segundo HADS

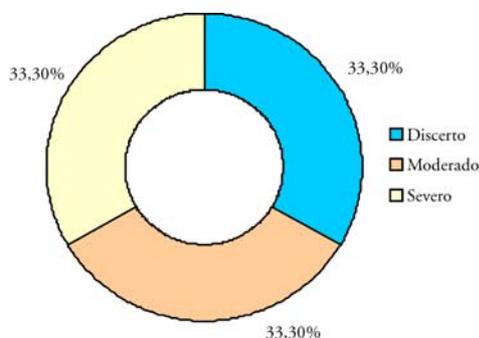


Figura 6 - Distribuição da amostra com SAB em relação ao grau de depressão segundo HADS

moderado. Com relação à depressão, foi observado que uma paciente (33,30%) apresentou grau discreto, uma apresentou grau moderado e uma apresentou grau severo de depressão, conforme pode ser observado nas Figuras 5 e 6.

Todas as pacientes eram usuárias de prótese total superior, sendo que apenas duas utilizavam, além desta, a inferior. No exame intrabucal, foi observado que, duas das pacientes exibiam candidíase no palato e próteses mal higienizadas, sendo que estas apresentaram grau severo de ansiedade. Todas as pacientes que manifestaram SAB exibiam condições sistêmicas associadas (hipertensão, diabetes).

DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo constituiu-se de 57 mulheres, com mais de 60 anos, pós-menopausadas. Sabendo-se que a Síndrome da Ardência Bucal afeta principalmente mulheres na pós-menopausa, com mais de 50 anos (IDIOPATHIC BURNING MOUTH SYNDROME HOMEPAGE, 2001), a presente pesquisa tentou avaliar um grupo que potencialmente pode demonstrar queixa de SAB. No entanto apenas três mulheres (5,26%) apresentaram queixa de ardência bucal. Apesar de pequena, essa prevalência é compatível com aquela encontrada no ambulatório na FOUFBA, sendo também condizente com os trabalhos de Bergdahl e Bergdahl (1999), onde a prevalência foi de 3,7%.

A faixa etária mais prevalente da amostra foi de 80-89 anos (57,89%), com média de 78,54 anos; a maioria (77,19%) era faioderma. Das três pacientes que manifestaram queixas de SAB, duas (66,66%) tinham idade entre 80-89 anos e uma entre 90-99 anos, sendo a média de 85,7 anos. Não existiu associação estatística ($p>0,05$) entre a faixa etária da amostra e presença de SAB. Esta média é superior à de outros estudos, como o de Paterson e colaboradores (1995), no qual foi referida uma média de 62 anos, o de Grushka, Epstein e Mott (1998), cuja média de idade foi de 65 anos, o de Bergdahl e Bergdahl (1999), com média de 56,9

anos, e o de Nasri, Teixeira e Siqueira (2000), com média de 58 anos de idade.

A localização apontada por 100% das pacientes afetadas neste estudo foram os lábios, diferentemente dos achados de Nasri, Teixeira e Siqueira (2000) e de Bergdahl e Bergdahl (1999), em que apenas 11,7% e 5,7%, respectivamente, dos pacientes com a síndrome apresentaram queixa de ardência neste local; segundo revista de literatura, a língua é o sítio mais prevalente (NASRI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2000; BERGDAHL, M.; BERGDAHL, J., 1999); nesses estudos são citados percentuais de 67,9% e 63% de pacientes com queixas nesta localização.

No presente trabalho, as pacientes afetadas pela SAB queixaram-se de queimação (25%) e desconforto (75%). Além desses sintomas, distúrbios gustativos (GRUSHKA; EPSTEIN; MOTT, 1998; BERGDAHL, M.; BERGDAHL, J., 1999), xerostomia (GRUSHKA; EPSTEIN; MOTT, 1998; BERGDAHL, M.; BERGDAHL, J., 1999; NASRI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2000) e alteração de textura (BERGDAHL; ANNEROTH; PERRIS, 1995) são listados na literatura.

Na presente pesquisa, a duração da sensação de ardência bucal foi intermitente em todos os casos, sendo que as pacientes não se recordavam o período do dia em que se iniciava, não apresentando alteração de intensidade ao longo do dia quando manifestada. Essa característica difere do relatado nos trabalhos de Bergdahl e Bergdahl (1999), em que a maior prevalência foi de casos em que os pacientes apresentam a sintomatologia durante todo o dia, mas não ao acordar e de casos em que a sintomatologia era manifestada ao longo de todo o dia, todos os dias.

Das pacientes com SAB, duas apresentaram frequência semanal dos sintomas, enquanto uma relatou a sintomatologia de vez em quando. Bergdahl e Bergdahl (1999) encontraram 50,9% da sua amostra com SAB com sintomas durante a noite e o dia, enquanto Bergdahl, Anneroth e Perris (1995) obtiveram uma amostra de SAB com sensações diárias e permanentes.

Correlacionando os dados obtidos neste trabalho, as pacientes com baixa frequência de ardência bucal (apenas de vez em quando) apresentaram um grau moderado de ansiedade, enquanto as que apresentavam uma frequência maior da SAB (semanalmente) apresentavam um grau severo de ansiedade.

Todas as pacientes eram usuárias de prótese total superior, e duas utilizavam, além desta, a inferior. Estudos prévios constataram que 65% (PATERSON et al., 1995) e 53% (NASRI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2000) dos pacientes com próteses totais superiores e inferiores queixavam-se de ardência bucal. Duas das pacientes que apresentavam, no exame intrabucal, candidíase no palato e próteses mal higienizadas apresentaram grau severo de ansiedade. Todas as pacientes que manifestaram SAB exibiam condições sistêmicas associadas (hipertensão, diabetes), condições também manifestadas no estudo de Nasri, Teixeira e Siqueira (2000).

Os resultados de ansiedade e depressão obtidos com o HADS e referidos nas Figuras 3 e 4, revelam que, do total da amostra, 54,39% incluíam-se no grau moderado de ansiedade e 54,39% no grau discreto de depressão. Em relação às pacientes com queixa de ardência, foi observado que das três pacientes que apresentaram grau severo de ansiedade, duas relataram queixas de SAB e, das quatro que apresentaram grau severo de depressão, uma relatou queixa de SAB. Bergdahl, Anneroth e Perris (1995), em sua amostra com SAB, também obteve altos escores na escala de ansiedade. Tais resultados sugerem que a ansiedade foi mais prevalente do que a depressão no grupo que apresentou queixas de SAB, conforme estudo de Paterson e co-

laboradores (1995). No presente estudo, a análise estatística revelou existir uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a presença de SAB e o grau de ansiedade, segundo HADS. Em relação à depressão, essa associação não foi significativa ($p > 0,05$).

Uma vez que fatores psicossociais e psicossomáticos são relacionados com a (BERGDAHL; ANNEROTH; PERRIS, 1995; ZAKRZEWSKA, 1995), é importante relatar que, das pacientes com SAB, duas eram viúvas e uma solteira; além disso, suas atividades laborais restringiam-se a trabalhos caseiros (donas de casa e costureira), o que as distancia de um convívio social, fato comprovado em estudo prévio (BERGDAHL; ANNEROTH; PERRIS, 1995), e que a amostra com SAB obteve baixos índices de socialização.

CONCLUSÕES

O estudo permite as seguintes conclusões:

O HADS revelou baixos índices de ansiedade e depressão na amostra avaliada.

A prevalência da SAB foi pequena (5,26%) na amostra.

Não existiu associação entre a idade dos indivíduos e a presença de SAB.

Existiu uma associação estatisticamente significativa entre a presença de SAB e o grau de ansiedade, mas não em relação ao grau de depressão, segundo o HADS.

Assessment of anxiety and depression at third age patients and its relationship with the Burn Mouth Syndrome

Abstract

The Burning Mouth Syndrome (BMS) is a condition characterized by burning sensation on the oral tissues without a physical cause. This condition affects especially mild menopausal woman over 50 years old. Many factors have been suggested as possible etiology of this condition. The importance of psychological factors such as anxiety and depression on the development of this condition It has been extensively discussed.

This paper aim to evaluate the prevalence of BMS and its relation to the degree of anxiety and depression in females over 60 years old living in hostels in the city of Salvador, Bahia, Brazil using the Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS. Fifty-Seven of 60 mild menopausal women over sixty years old answered the HADS questionnaire and entered the study. The results showed that the majority (54.4%) demonstrated a moderate level of anxiety and a low level of the depression. Three patients (5.26%) out of 57 women complained of burning feeling in the mouth and 83,3% of them showed moderate to severe degree of anxiety. The majority (66.6%) of the patients of this sample presented small tendency to depression. The results of the present study may allow concluding that anxiety may be one of the factors influencing the development of the BMS. Characteristics of the BMS and other possible etiologic factors observed on this sample are also discussed.

Keywords: Burning Mouth Syndrome. Glossopirose. Anxiety.

REFERÊNCIAS

- BEN ARYEH, H. B. et al. Oral complaints related to menopause. *Maturitas*, Limerick, v.24, n.3, p.185-189, 1996.
- BERGDAHL, J. B.; ANNEROTH, G.; PER-RIS, H. Personality characteristics of patients with resistant burning mouth syndrome. *Acta Odontol. Scand.*, Oslo, v.53, p.7-11, 1995.
- BERGDAHL, M; BERGDAHL, J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J. Oral Pathol. Med.*, Copenhagen, v.28, p.350-354, 1999.
- CIBIRKA, R. M.; NELSON, S .K.; LEFEBVRE, C. A. Burning mouth syndrome: a review of etiologies. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v.78, p.93-97, 1997.
- FEMIANO, F et al. Burning mouth syndrome (BMS): controlled open trial of efficacy of alfa-lipoic acid (thioctic acid) on symptomatology. *Oral Dis.*, Copenhagen, v.6, p.274-277, 2000.
- FIELD, E. A. et al. Oral sings and symptoms in patients with undiagnosed vitamin B12 deficiency. *J. Oral Pathol. Med.*, Copenhagen, v.24, p.468-470, 1995.
- GRAHAM, R. M.; MACLEOD, S. P. R; HAMILTON, M. P. R. Burning mouth syndrome. *Br. Dent. J.*, London, v.180, n.11, p.407, 1996.
- GRUSHKA, M.; EPSTEIN, J.; MOTT, A. An open-label, dose escalation pilot study of the effect of clonazepam in burning mouth syndrome. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, St. Louis, v.86, n.5, p.557-561, 1998.
- HUMPHRIS, G. M.; LONGMAN, L. P; FIELD, E. A. Cognitive-behavioural therapy for idiopathic burning mouth syndrome: a report of two cases. *Br. Dent. J.*, London, v.181, n.6, p.204-208, Sept. 1996.
- IDIOPATHIC BURNING MOUTH SYNDROME HOMEPAGE. 2001. Disponível em: http://www.nurs.utah.edu/Faculty_Staff_-_Students/students/jroskos/practice.html. Acesso em: 26 ago. 2001.
- JAASKELAINEN, S. K.; FORSELL, H.; TENOVUO, O. Abnormalities of blink reflex in burning mouth syndrome. *Pain*, Amsterdam, v.73, n.3, p.455-460, Dec. 1997.
- LAMEY, P.; HOBSON, R. S.; ORCHARDSON, R. Perception of stimulus size in patients with burning mouth syndrome. *J. Oral Pathol. Med.*, Copenhagen, v.25, p.420-423, 1996.
- LUNDY, F. T. et al. Evaluation of major paratid glycoproteins in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg. Oral Méd. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, St. Louis, v.83, n.2, p.252-258, Feb. 1997.
- NASRI, C.; TEIXEIRA, M. J.; SIQUEIRA, J. T. T. Ardência bucal: avaliação de uma amostra clínica. *R. Simbodor*, São Paulo, v.1, n.2, p.75-82, 2000.

NICHOLSON, M. et al. Stability of psychiatric diagnoses over 6 months in burning mouth syndrome. *J. Psychosom. Res.*, Oxford, v.46, n.1, p.1-2, 2000.

PATERSON, A. J. et al. Burning mouth syndrome: the relationship between the HAD scale and parafunctional habits. *J. Oral Pathol. Med.*, Copenhagen, v.24, p.289-292, 1995.

VELOSO, K. M. M.; CUTRIM, M. C. F. N. *Síndrome da ardência bucal*. 2002. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br> Acesso em: 7 jun. 2002.

ZAKRZEWSKA, J. M. The burning mouth syndrome remains an enigma. *Pain*, Amsterdam, v.62, p.253-257, 1995.