

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

ANDRÉIA DE CÁSSIA DÁZIO DE ANDRADE DE SOUZA

**SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: UM DESAFIO PARA O
CIRURGIÃO-DENTISTA**

CAMPOS GERAIS – MG

2013

ANDRÉIA DE CÁSSIA DÁZIO DE ANDRADE DE SOUZA

**SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: UM DESAFIO PARA O
CIRURGIÃO-DENTISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Simone Dutra Lucas

CAMPOS GERAIS – MG

2013

ANDRÉIA DE CÁSSIA DÁZIO DE ANDRADE DE SOUZA

**SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: UM DESAFIO PARA O
CIRURGIÃO-DENTISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone Dutra Lucas

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Simone Dutra Lucas - Orientadora

Prof.^a Andréa Maria Duarte Vargas - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 25 / 09 / 2013.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus por ter me ofertado o dom da vida com a possibilidade de aprender e evoluir a cada dia. Ao meu marido Marcos, por ter sempre me incentivado e não me deixar desistir quando pensava que não iria conseguir e a minha pequena “roqueira”, Ana Laura, por entender meus momentos de ausência. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que permitiu que eu pudesse chegar até aqui e me deu força nos momentos mais difíceis.

A meus pais, pelo apoio e incentivo em todos os momentos e por possibilitarem a minha vida universitária.

Ao meu marido e minha filha, pelo incentivo e compreensão pelos momentos de ausência.

À minha auxiliar de saúde bucal Lucy, por me aguentar falando desse trabalho de conclusão de curso todos os dias no consultório, até sua conclusão.

E à minha orientadora que desde o primeiro momento me incentivou e mostrou o caminho a percorrer, me conduzindo com paciência e sabedoria.

A todos vocês, muito obrigada!

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.” (Theodore Roosevelt).

RESUMO

A síndrome da ardência bucal (SAB) é definida como uma patologia complexa, que se caracteriza pela manifestação de sintomas de queimação, ardência ou dor na cavidade bucal e lábios, estando a mucosa clinicamente normal. O sexo feminino é preferencialmente afetado, sendo que 86 % a 90 % das mulheres com os sintomas já passaram pela menopausa. Sua etiologia não está totalmente esclarecida e é considerada multifatorial por muitos estudos, que incluem, como agentes causais, fatores locais, psicológicos, sistêmicos e idiopáticos. Tais controvérsias tornam o diagnóstico diferencial difícil, principalmente se o cirurgião-dentista não tiver conhecimento a respeito da síndrome. O objetivo deste trabalho é apresentar, por meio de uma revisão de literatura, as principais características da SAB, indicar os procedimentos que podem ser úteis ao diagnóstico, às formas de tratamento disponíveis, ampliar o conhecimento dos profissionais da área da saúde sobre esse tema através de um plano de intervenção, com estratégias para atuação do cirurgião-dentista, juntamente com a equipe multidisciplinar para poderem ser agentes na promoção de saúde. Na revisão de literatura foram utilizados descritores de ciências da saúde: síndrome da ardência bucal; etiologia; diagnóstico; doenças da boca, nas bases Lilacs, SCIELO, Google Acadêmico com artigos publicados entre o período de 1987 a 2013 com ênfase nos mais recentes. Com esses dados foi elaborado um plano de intervenção com projeto de capacitação dos profissionais da equipe de saúde incluindo palestras desmistificando a doença para os pacientes e seus familiares, terapia cognitiva para os mesmos assim como o incentivo para atividades físicas. Essas ações foram propostas para se tratar ou ao menos amenizar o sofrimento dos pacientes portadores dessa síndrome que afeta a sua convivência familiar e social.

Palavras-chave: Síndrome da ardência bucal. Etiologia. Diagnóstico. Doenças da boca.

ABSTRACT

The burning mouth syndrome (BMS) is defined as a complex disease, which is characterized by the manifestation of symptoms of burning, burning or pain in the mouth and lips, with the normal mucosa. The female is preferentially affected, with 86% to 90% of women with symptoms have gone through menopause. Its etiology is not fully understood and is considered by many multifactorial studies, which include, as causal agents, local factors, psychological, systemic and idiopathic. Such controversies make the differential diagnosis difficult, especially if the dental surgeon does not have knowledge about the syndrome. We aimed to present, through a literature review, the main features of the BMS, indicate the procedures which may be useful for diagnosis, the forms of treatment available, increase the knowledge of health workers about this issue, through a plan intervention, with strategies for action of dental surgeon, along with the multidisciplinary team to act as agents in promoting health. In the literature review were used descriptors health sciences: burning mouth syndrome, etiology, diagnosis, diseases of the mouth, in the Lilacs, SCIELO, Google Scholar, articles published in the period between 1987 and 2013 with an emphasis on the current. With these data was elaborated an action plan with project professional training of health team including lectures demystifying the disease for patients and their families, cognitive therapy for them as well as encouragement for physical activity. These actions have been proposed to treat or at least alleviate the suffering of patients with this syndrome that affects your family and social acquaintanceship.

Keys word: Burning Mouth Syndrome. Etiology. Diagnosis. Mouth Diseases.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAL- Ácido Alfa Lipóico

ACS- Agente comunitário de saúde

CD-Cirurgião-dentista

DM-Diabete Melitus

ESF-Equipe de Saúde da Família

SAB-Síndrome da Ardência Bucal

UNIFAL-Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DA LITERATURA	14
4.1 Epidemiologia	14
4.2 Características clínicas	15
4.3 Etiologia	16
4.3.1 Fatores locais	16
4.3.2 Fatores sistêmicos	17
4.3.3 Fatores Psicogênicos	18
4.4 Diagnóstico	19
4.4.1 Diagnóstico Diferencial	19
4.5 Tratamento	20
5 PLANO DE INTERVENÇÃO	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

Com a inserção do cirurgião-dentista na Equipe de Saúde da Família (ESF) ocorreram importantes mudanças na reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde. O aprendizado de novas práticas através de cuidado mais humanizado e a aproximação dos profissionais da realidade da vida das pessoas e de suas famílias permitiu uma melhor compreensão do processo de adoecimento, a construção de vínculo e responsabilização pelo cuidado, levando os profissionais a enxergarem o indivíduo como um ser integral e não limitar-se exclusivamente a sua área de atuação, mas abordando o ser humano como um todo (COSTA, 2009).

Tendo como objetivo a prevenção e promoção em saúde, a atuação do cirurgião-dentista ultrapassou as paredes do consultório passando a trabalhar com vínculo e corresponsabilidade com os usuários da unidade de saúde e com uma equipe multidisciplinar, mesmo sendo a integração da equipe de saúde bucal com a de saúde da família, para a realização de um trabalho em conjunto, um dos maiores desafios para esses profissionais.

Uma das formas de se conhecer a realidade onde se trabalha e promover uma maior interação entre os profissionais que integram a equipe de saúde é a realização do diagnóstico situacional, onde se tem o apoio e participação ativa de todos esses profissionais. Com esse objetivo e atendendo as atividades solicitadas no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais foi realizado o diagnóstico situacional da unidade de saúde Unisaúde em Alfenas, com dados referentes ao período de Janeiro a Setembro de 2011. Esse diagnóstico revela os principais problemas enfrentados pela população de sua área adscrita.

Essa unidade de saúde atende a uma população de 4165 pessoas divididas em sete micro áreas onde 11% da população é idosa (acima de 60 anos) e 48% é do sexo feminino. O maior problema de morbidade referida se encontra nas condições crônicas como diabete e doenças cardiovasculares. Possui moradias com baixa infraestrutura com muitas casas parcialmente demolidas e que servem como pontos de venda de drogas. A violência está relacionada principalmente ao tráfico de drogas, alcoolismo e ao desemprego. Possui muitos lotes vagos com acúmulo de lixo e falta de urbanização nos bairros. Há um alto índice de cárie e doença periodontal, essa afetando principalmente os pacientes diabéticos. O transporte em saúde é deficiente assim como a segurança pública. Não há opções de lazer favorecendo a ociosidade dos idosos e principalmente dos jovens.

Através do diagnóstico situacional pôde-se avaliar a qualidade da assistência em saúde oferecida aos usuários e também a deficiência da política em saúde em relação aos determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da comunidade.

A área de abrangência da ESF onde atuo não difere muito das demais encontradas pelo Brasil em suas dimensões continentais. Formada por áreas com características sociais semelhantes como alto índice de criminalidade, tráfico de drogas, violência doméstica, prostituição, nível socioeconômico baixo e se sobressai como a área que possui um grande número de pacientes idosos e acamados.

Devido a essas características, o número de mulheres que procuram a ESF com queixas de dor e ardência bucal me chamou a atenção. Durante a realização da anamnese, na consulta odontológica, elas revelaram o uso de certos medicamentos e em conversa informal, relatavam que tinham depressão por problemas familiares como o envolvimento do filho com drogas ou encarcerados, traição do marido, baixa autoestima e sempre em consulta com outros profissionais que tratavam de forma isolada cada sintoma relatado por elas. Diziam que quando procuravam o cirurgião-dentista esse também, pela falta de conhecimento, encaminhava novamente para tratamento médico. Segundo Nasri (2002) a persistência das queixas aliada à insatisfação dos pacientes, decorrente dos tratamentos recebidos, e a dificuldade encontrada pelo profissional de saúde para avaliar o caso, contribuem para a cronicidade da patologia.

O interesse pelo tema surgiu pela dificuldade de diagnóstico do problema relatado pelas pacientes, pela formação universitária focada não no indivíduo, mas em uma especialidade e a falta de conhecimento sobre o assunto.

Este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica sobre a Síndrome da Ardência Bucal (SAB), propor um plano de intervenção para a capacitação do cirurgião-dentista que trabalha em ESF e envolver toda a equipe no sentido de tratar ou ao menos amenizar o sofrimento dos pacientes portadores dessa síndrome que afeta a convivência familiar e social.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Revisar os conceitos relacionados às manifestações clínicas, diagnóstico diferencial, possível tratamento da SAB e elaborar uma proposta de intervenção.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Realizar revisão bibliográfica;
- b) Instrumentalizar os profissionais para diagnosticarem corretamente a SAB;
- c) Propor tratamento da SAB com o intuito de melhorar a autoestima do paciente e o seu convívio social e familiar;
- d) Elaborar um plano de intervenção com estratégias para atuação do cirurgião dentista juntamente com a equipe multidisciplinar para atuarem na promoção de saúde.

3 METODOLOGIA

Para o presente trabalho, foi desenvolvido o estudo por meio de revisão bibliográfica em bases de dados científicas e seguras como textos – módulos do CEABSF; livros textos; Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando descritores de ciências da saúde: síndrome da ardência bucal; etiologia; diagnóstico e doenças da boca, nas bases Lilacs, SCIELO, Google Acadêmico entre outras fontes afins. Foram selecionados artigos publicados no período de 1987 a 2013 com ênfase nos mais recentes.

A partir desse referencial teórico foi feita a sistematização das informações, permitindo a elaboração de um plano de intervenção seguindo o que foi discutido na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, para capacitação dos cirurgiões-dentistas e demais profissionais da equipe no diagnóstico e tratamento da síndrome da ardência bucal dos pacientes das áreas das unidades de saúde da família.

4 REVISÃO DA LITERATURA

A SAB é definida como uma doença complexa, que se caracteriza pela manifestação de sintomas de queimação, ardência, ou dor na cavidade bucal e lábios, estando a mucosa clinicamente normal (LAMEY; LAMB, 1994; BERGDHAL; ANNEROTH; ANNEROTH, 1994; BERGDAHL; BERGDAHL, 1999). A SAB é descrita pelos sintomas e como consequência, é referida com diferentes termos, como: glossodinia, glossopirose, estomatodinia, estomatopirose, disestesia bucal, língua ardente e ardência bucal, segundo a localização, o tipo de sensação e a extensão da mesma na mucosa bucal (LAMEY; LEWIS, 1989; TOURNE; FRICTON, 1992; TAMMIALA-SALONEN; HIIDENKARI; PARVINEN, 1993; ZAKRZEWSKA, 1995; HAKEBERG *et al.*, 1997). O termo síndrome é adotado para essa condição devido à presença simultânea de diversos sintomas subjetivos, como a sensação de boca seca, paladar alterado e ardência nos tecidos orais (GRUSHKA *et al.*, 2002).

A SAB frequentemente é idiopática, e a sua etiologia é desconhecida. Entretanto, múltiplos fatores locais, sistêmicos e psicológicos são sugeridos como possíveis agentes etiológicos. Mesmo assim, a interação destes fatores é complexa e não se sabe se estes originam os sintomas, ou se os sintomas são os que determinam o distúrbio (TOURNE; FRICTON, 1992; TAMMIALA-SALONEN; HIIDENKARI; PARVINEN, 1993; VELASCO *et al.*, 1998; PINTO *et al.*, 2003). Sua patogênese e tratamento continuam pouco esclarecidos, bem como o seu conhecimento pelos profissionais de odontologia (LOPEZ *et al.*, 2010).

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 (LAURIA *et al.*, 2004). Quadros psicológicos compatíveis com pacientes com dor crônica, como a depressão e a ansiedade, não são incomuns em casos de ardência bucal, embora existam dúvidas sobre o papel etiológico dessas condições psicológicas no estabelecimento das queixas (BOGETTO *et al.*, 1998).

Veloso e Cutrim (2000) constataram que os portadores da síndrome caracterizam-se por serem indivíduos ansiosos, desconfiados, deprimidos, preocupados, socialmente isolados e com suas funções corporais e emocionais abaladas. Têm tendência a se cansarem com facilidade, sofrem de tensão muscular, têm a voz monótona e são facilmente acometidos por palpitações e indigestão. Geralmente, são pessoas hipocondríacas, cancero fóbicas e que estão vivenciando ou já vivenciaram experiências estressantes. Podem, ainda, apresentar vários graus de desordem mental e tendências neuróticas.

4.1 Epidemiologia

A prevalência da SAB na literatura é variável, com taxas entre 3,7 % e 5,4 %, provavelmente devido à divergência de critérios utilizados para o diagnóstico da alteração. O sexo feminino é preferencialmente afetado, sendo que 86 % a 90 % das mulheres com os sintomas já passaram pela menopausa. Apesar de pessoas de meia idade e idosos serem alvos preferenciais da SAB, uma ampla faixa etária pode ser acometida. As variações de idade vão de 25 a 97 anos, e a idade média de acometimento encontra-se entre 54 a 71,2 anos (AGUIAR *et al.*, 2010). É de ocorrência rara abaixo de 30 anos (DANHAEUER *et al.*, 2002) e nunca foi reportada em crianças (MAHSMAN-TSEIKHIN *et al.*, 2007).

Para Bergdahl e Anneroth (1993) a SAB afeta sete vezes mais as mulheres que homens, entre a 4ª e 5ª décadas de vida. Essa variabilidade nos números de prevalência reflete a dificuldade de se estabelecer um critério para o diagnóstico da SAB (BORELLI *et al.*, 2010) indicando a necessidade de maior divulgação sobre as características clínicas e etiológicas dessa síndrome. Atualmente, não há nenhuma evidência de diferenças étnicas ou raciais na prevalência da SAB (PIGATTO; GUZZI, 2012).

4.2 Características Clínicas

O seu sintoma principal, e o que caracteriza a SAB, é a sensação de ardência em uma mucosa sem lesões, no entanto, alguns pacientes podem relatar também calor, fígadas, tremor, coceira, dor, inchaço, sensação de corpo estranho ou sensação de queimadura com líquido quente (SARDELLA *et al.*, 2006; SOARES *et al.*, 2005). A queimação ocorre frequentemente em mais de uma área, sendo os dois terços anteriores da língua, a metade anterior do palato duro e a mucosa do lábio superior os locais mais afetados (LOPEZ-JORNET *et al.*, 2008), mas qualquer local da cavidade oral pode ser envolvido. Tal sensação pode ser acompanhada de dormência, perda ou alteração de paladar, boca seca, dores de cabeça ou dores na musculatura mastigatória (MONTANDON *et al.*, 2011). Há piora da intensidade dolorosa no decorrer do dia, nos estados de tensão, fadiga, ao falar muito, à ingestão de alimentos picantes e quentes, e ocorre melhora com alimentos frios, trabalho e distração (GARCIA, 1994; BENSLAMA, 2002).

As alterações relacionadas ao paladar são relatadas entre 11 % até 69 % dos pacientes, em duas formas de apresentação: presença de um sabor persistente, amargo ou metálico; ou alteração na percepção do sabor com aumento da percepção para o sabor amargo e para o sabor ácido, e diminuição da percepção para o doce. Para o sabor salgado, metade dos pacientes relata aumento da percepção e a outra metade relata diminuição (SARDELLA *et al.*, 2006; LOPEZ *et al.*, 2010; RIVINIUS, 2009).

Maltsman-Tseikhin *et al.* (2007) relatam que a SAB tem sido dividida em três subtipos com base na variação diária dos sintomas. O tipo 1 refere-se a queixas de ardência todos os dias, que não está presente ao acordar, mas que se desenvolve ao longo do dia, se tornando máxima ao entardecer (frequência relativa: 35%). No tipo 2 a sensação de queimação é presente

durante o dia todo, todos os dias; ocorre em 55% dos pacientes, os quais tendem a ser mais resistentes à terapia. No tipo 3, a dor está presente de forma intermitente em alguns dias, com intervalos de ausência de dor; afeta sítios não usuais tais como a garganta, a mucosa e o soalho bucal (frequência relativa: 10%).

4.3 Etiologia

Apesar de não totalmente esclarecida a etiopatogenia da SAB, envolve conceitos recentes que têm mudado a abordagem no que se refere à avaliação e ao tratamento do paciente com queixa de ardência bucal, sendo o maior desafio atual a determinação de seus fatores causais (MONTANDON *et al.* 2011). A etiologia da SBA é de difícil diagnóstico, podendo haver mais de um fator etiológico. Os pacientes procuram auxílio de diversos especialistas, dentre eles o odontologista, otorrinolaringologista, dermatologista e fazem uso devidos tipos de medicamentos, sendo os mais usados os corticoides, analgésicos antibióticos, estrogênios, retinóides e psicotrópicos (CHERCHIARI *et al.* ,2006). Gruska, Epstein e Gorshy (2002) sugeriram o uso de ansiolíticos e antidepressivos como opção terapêutica para a SAB, ao invés de apontá-los como causa da síndrome.

A SAB pode ser classificada tendo em conta a etiologia associada e o tipo de dor. Quanto ao fator causal pode ser dividida em primária e secundária (MALTSMAN-TSEIKHIN, *et al.*, 2007). O tipo primário constitui a SAB idiopática, sem causa aparente. A SAB do tipo secundário está associada a etiologias iatrogênicas relacionadas com terapêuticas e drogas (MALTSMAN-TSEIKHIN *et al.*,2007;CAVALCANTI *et al.*,2007), e a fatores psicogênicos(HAKEBERG *et al.*, 1997; SARDELLA *et al.* 2006;BERGDAHL;ANNEROOTH,1993;BERGDAHL;ANNEROOTH;ANNEROOTH,1994; BERGDAHL; BERGDAHL, 1999; SARDELLA *et al.*, 2006).

Quanto ao grau de severidade a SBA classifica-se em suave, moderada e grave (BERGDAHL; ANNEROOTH, 1993; LAMEY; LEWIS, 1989). Para um melhor entendimento da sua origem, os fatores causais foram divididos em: locais, sistêmicos, psicológicos e idiopáticos.

4.3.1 Fatores Locais

A candidíase atinge indivíduos idosos, pacientes com algum tipo de deficiência imunológica, em uso prolongado de antibióticos, imunossupressores, antirretrovirais ou corticoides. A infecção pode aparecer com ou sem sinais inflamatórios na mucosa e os pacientes referem sensação de queimação na boca, o que leva a fadiga e sialorréia, o uso de prótese dentária também contribui para o aumento do número de colônias de fungos. Nos

casos mais avançados, a dor e a halitose são intensas. A dor oral pode aparecer pelo uso incorreto de aparelhos ortodônticos, prótese dentária mal posicionada, em longo tempo de uso sem revisão ou em estado de corrosão, deixando gosto metálico na boca. A reação local causada pelo contato da mucosa com o metal leva ao aparecimento de eritema e sensação de queimação (CHERCHIARI *et al.*, 2006).

Nos casos em que a prótese se encontra mal adaptada, seja alterando a dimensão vertical de oclusão ou comprometendo o espaço lingual, as más-adaptações induzirão alterações musculares e hábitos para funcionais, que podem culminar com alterações neuropáticas dolorosas na cavidade oral (NASRI *et al.*, 2007).

A alergia a corantes, conservantes e aditivos alimentares foi constatada em alguns pacientes com SAB tipo 3. As substâncias mais identificadas como causadoras de dor na boca foram: canela, ácido ascórbico, ácido benzoico, propilenoglicol e mentol. Alimentos como camarão, nozes, peixe e chocolate podem causar alergia de início súbito, ocorrendo edema e prurido, mais comumente em língua. Casos mais graves, geralmente, são causados por medicamentos como sulfa, antibióticos, anti-inflamatórios não hormonais e analgésicos (ZAKRZEWSKA, 2004).

Além destes fatores locais, o fumo, o álcool e o refluxo esofágico também atuam como agentes irritantes sobre a mucosa bucal, ressecando-a e causando sensação de desconforto (SANTOS *et al.* 2011; CAVALCANTI, 2003).

4.3.2 Fatores Sistêmicos

Apesar da SAB não estar diretamente relacionada a nenhuma alteração sistêmica específica, mantém associação com uma ampla variedade de doenças (GRUSKA *et al.*, 2002). Segundo Cherchiari *et al.* (2006), dentre os pacientes com deficiência de vitaminas do complexo B, 40% podem causar com queimação na língua. Ocorre dor na língua, principalmente na ponta, e atrofia de papilas. A deficiência de zinco pode causar alterações orgânicas como atrofia das papilas linguais, o que leva a disgeusia e glossodinia.

A disfunção das glândulas salivares também pode influenciar na SAB, por levar a um quadro de xerostomia, ressecando a mucosa bucal causando dor e desconforto (LAMEY; LAMB, 1994).

Vários pacientes com alterações tireoidianas apresentam sintomas semelhantes aos da SAB. Os hormônios tireoidianos atuam na maturação das papilas gustativas, assim em pacientes com hipofunção ou disfunção tireoidiana o paladar fica comprometido. Nas alterações tireoidianas, a inibição das fibras nervosas aferentes do paladar pode desencadear um aumento da sensibilidade dos tecidos orais ao tato, a estímulos térmicos e a estímulos dolorosos, tendo como resultado final a dor, queimação e inchaço na mucosa oral (MOORE *et al.*, 2007; FELICE *et al.*, 2006).

A relação entre SAB e diabetes mellitus (DM) ainda está por se confirmar, embora a sensação de ardor bucal ocorra em certas diabetes não insulino-dependentes. A avaliação de pacientes com DM e SAB em comparação à pacientes com DM que não apresentavam a SAB, mostrou que os primeiros, além de serem preferencialmente do sexo feminino, apresentavam uma neuropatia periférica relacionada ao diabetes. Esta neuropatia denominada poli neuropatia simétrica distal, foi considerada a causa da SAB nesses pacientes (MOORE *et al.*,2007).

A síndrome de Sjögren é outra doença autoimune, que afeta mais mulheres entre os 40-60 anos. Está associada à ceratoconjuntivite, xerostomia e alterações do tecido conjuntivo (CHERCHIARI *et al.*,2006).

Pajukoski *et al.* (2001) investigaram a prevalência de sintomas de ardência bucal e sua associação com xerostomia e consumo de medicamentos em pessoas maiores de 70 anos. Observaram que a sensação de ardência bucal apresentou forte associação com algumas categorias de medicamentos consumidos. Os anticoagulantes e psicotrópicos tipo ansiolíticos, sedativos e hipnóticos foram determinados como fatores de risco para o surgimento de ardência bucal, enquanto que o consumo de analgésicos pareceu proteger o paciente deste sintoma.

As alterações hormonais são listadas como possíveis agentes etiológicos da SAB. Sabe-se que a maioria dos pacientes com a síndrome são mulheres pós-menopausa. O início da síndrome geralmente ocorre num período de 3 a 12 anos após a menopausa sendo mais frequente em mulheres que apresentam mais doenças sistêmicas (SUAREZ; CLARK, 2006). Entretanto, há controvérsias na literatura do papel do estrogênio como fator protetor da mucosa oral. Rojo *et al.* (1993) sugerem que a falta de estrogênio produz mudanças atroficas no epitélio bucal, as quais causam os sintomas da SAB. As divergências permanecem sob investigação, uma vez que nem sempre a terapia de reposição hormonal alivia ou cura a síndrome.

4.3.3 Fatores Psicogênicos

Apesar da correlação de fatores psicogênicos com a SAB ainda seja debatida, vários estudos sugerem que os fatores psicopatológicos podem desempenhar um papel importante na etiopatogenia da SAB, e apoiam a etiologia multifatorial, em que as mudanças físicas podem interagir com fatores psicológicos (ROJO *et al.*,1994;GRUSHKA *et al.*,2006;KLASSER *et al.*,2008).

Dentre as alterações psicológicas encontradas em pacientes portadores da SAB podemos destacar a ansiedade, depressão, obsessão, somatização e hostilidade (ROJO *et al.*,1994). Essas alterações psicológicas podem ser decorrentes da situação crônica de dor provocada pela SAB, pelas dificuldades no tratamento ou até mesmo pela incerteza do diagnóstico (ABETZ; SAVAGE, 2009).

Bergdahl, Anneroth e Perris (1995) estudaram as características de 32 pacientes com SAB. Os resultados demonstraram que os pacientes com a síndrome apresentavam significativamente maior tendência a padecer de ansiedade e desejo de isolar-se, quando comparados com o grupo controle.

Outro fator importante é que muitos dos medicamentos usados para tratar essas alterações psicológicas podem também causar efeitos adversos como xerostomia, hipossalivação e alterações no paladar, que por sua vez, podem exacerbar ou até mesmo induzir os sintomas da SAB (GRUSHKA, *et al.*1987).

A SAB pode ter um impacto negativo no bem-estar geral e psicológico dos pacientes, afetando adversamente a sua qualidade de vida (LOPEZ; JORNET *et al.*, 2008).

4.4 Diagnóstico

O diagnóstico de SAB deve ser dado após uma avaliação de todos os fatores precipitantes conhecidos. O sintoma principal, caracterizado pela sensação de ardência (ou outra sensação dolorosa), deve ter as seguintes características: a sensação deve ser sentida profundamente na mucosa; deve estar presente há mais de 4-6 meses enquadrando-se em algum padrão de manifestação (LAMEY; LEWIS, 1989). Na presença de quaisquer alterações na mucosa que possam estar relacionadas aos sintomas o diagnóstico de SAB é adiado até que se realize o tratamento da lesão de mucosa e se observe a remissão ou não dos sintomas (AGUIAR *et al.*, 2010).

Ship *et al.* (1995) acreditam que se deve diagnosticar a SAB quando o paciente se queixa de queimação na mucosa bucal, na ausência de qualquer lesão ou anormalidade clínica.

Outros critérios a serem considerados são a ocorrência de sintomas bucais, tais como a xerostomia e/ou a alteração do paladar; e mudanças de humor. Após a verificação destes critérios de diagnóstico, o estado clínico da mucosa bucal ser examinado e realizar exames complementares que incluam hemograma completo, glicemia em jejum, complexo vitamínico B e ferro sérico (AMENABAR, 2006). Se resultados positivos forem encontrados nessa fase, um tratamento específico deverá ser realizado. Perante os resultados laboratoriais normais, direcionar o tratamento para a eliminação de irritantes orais, com a suspensão do uso de medicamentos que causem xerostomia e prescrição (se necessário) de drogas para reposição hormonal e nutricional; considerar ainda a terapia para dor crônica, com uso de antidepressivos, benzodiazepínicos, capsaicina tópica e clonazepan (MONTANDON *et al.*, 2011).

4.4.1 Diagnóstico Diferencial

Os sintomas de ardência ou queimação na mucosa bucal não são específicos da SAB. Frequentemente, podem estar associados a entidades patológicas, como o líquen plano erosivo, pênfigo, penfigóide, candidíase e língua geográfica; e por estes motivos, a condição requer diagnóstico diferencial com estas entidades (VAN DER WAAL, 1990). Outras doenças a serem consideradas como diagnósticos diferenciais são: a síndrome de Sjögren, a neuropatia diabética, o lúpus eritematoso e as deficiências nutricionais graves (PERNO, 2001).

4.5 Tratamento

As propostas atuais de tratamento ainda são empíricas, sendo empregadas terapêuticas indicadas para o controle de dores neuropáticas (SCALA *et al.*, 2003).

Antes de determinar o tratamento, que pode ser prolongado e nem sempre satisfatório, os pacientes devem ser esclarecidos sobre a natureza e as dificuldades de obtenção de resultados, visto que os sintomas nem sempre desaparecem, embora possam ser amenizados (MONTANDON *et al.*, 2011). Para Kignel e Sugaya (2006) é preciso que o paciente seja informado de que se conhece a realidade de sua queixa, que esta não é imaginária, que o tratamento é longo e sujeito a modificações de estratégia e, apesar do desconforto, não se trata de doença maligna.

Para os casos de SAB secundária o tratamento deverá ser feito por uma equipe multiprofissional, considerando que fatores locais e sistêmicos podem atuar conjuntamente e problemas psicológicos decorrentes dos sintomas crônicos podem estar presentes. Algumas vezes, o tratamento específico para a alteração indutora da SAB secundária, pode não resultar em cura dos sintomas sugerindo que o fator predisponente pode ter induzido alterações neuropáticas irreversíveis, e requerendo que o paciente receba uma terapia específica que atue na resolução de danos neuropáticos (SCALA *et al.*, 2003).

O tratamento da SAB primária é uma tarefa mais difícil, uma vez que a causa da alteração é desconhecida. Neste caso, é feito o tratamento sintomático da síndrome, visando tratar ou aliviar os sintomas dolorosos (AGUIAR *et al.*, 2010).

Na literatura há várias opções terapêuticas, apresentaremos aqui os mais utilizados. O Ácido Alfa Lipóico (AAL) é um importante antioxidante que impede danos oxidativos ao sistema nervoso. Supõe-se que esse antioxidante aumente os níveis intracelulares de glutathione e elimina os radicais livres liberados em situações de estresse, ou seja, atua como um neuroprotetor. Com esse tratamento, há uma melhora sintomática significativa após dois meses, quando comparado ao uso de placebo, havendo manutenção da ausência de sintomatologia em mais de 70% dos pacientes após um ano de acompanhamento (FEMIANO; SCULLY, 2002).

Pacientes com SAB e com distúrbios psicológicos previamente submetidos a tratamento com tranquilizantes não obtiveram melhora satisfatória de seus sintomas como tratamento com AAL podendo ser necessária a associação com a terapia cognitiva (FEMIANO; SCULLY, 2004). Em 2009, Cavalcanti e da Silveira, utilizaram o AAL em estudo duplo cego, controlado e randomizado em pacientes com SAB e seus resultados não compactuaram com os primeiros citados, não havendo diferenças significantes entre os grupos estudados (AAL e placebo).

A Capsaicina é um analgésico tópico indicado para nevralgia, artrose, artrite reumatoide, neuropatia diabética e prurido (SOUSA, 2006), que apesar de não totalmente estudada, parece reduzir a sintomatologia de forma variável quando é aplicada diariamente de três a quatro vezes sobre as áreas envolvidas pelo sintoma de ardência (KINGNEL ; SUGAYA, 2006). A administração desse extrato de pimenta reduz e/ou elimina o acúmulo de substância P e outros neurotransmissores, e dessensibiliza os nociceptores do tipo C, aliviando a sensação de queimação em aproximadamente 31,6% dos pacientes (EPSTEIN; MARCOE, 1994).

O uso do creme de capsaicina pode ter limitações quando usado na cavidade oral, devido às dificuldades inerentes à aplicação, manutenção da medicação no local e a presença do sabor amargo da capsaicina tópica. Com o uso da capsaicina sistêmica (0,25 % via oral por 1 mês) em pacientes com SAB primária houve redução significativa dos sintomas. Os efeitos adversos da capsaicina se apresentaram na forma de desconforto gástrico que aumentava progressivamente com o decorrer do tratamento (AGUIAR *et al.*, 2010).

Colutórios orais com cloridrato de benzydamina (0.15 %) ou colutórios orais picantes, como um colutório á base de molho de tabasco ou com pimenta, são alternativas ainda não estudadas, mas com algumas melhorias na sintomatologia da SAB (BRUFAU *et al.*, 2008).

Em estudo realizado por Spanemberg (2011) concluiu-se que a administração sistêmica da Catuama®, que possui ação analgésica e antidepressiva, reduz os sintomas da SAB e pode ser uma alternativa terapêutica, com custo inferior e menos efeitos adversos quando comparada às drogas comumente utilizadas no tratamento dessa doença. Novas pesquisas são necessárias para esclarecer os mecanismos de ação da Catuama® e desenvolver protocolos quanto à dosagem e duração do tratamento em pacientes com a síndrome da ardência bucal.

Os benzodiazepínicos principais utilizados no tratamento de sintomatologia dolorosa como a SAB são o clordiazepóxido (Librium) e o clonazepan. Esses medicamentos promovem a inibição da dor (GRUSHKA *et al.*, 1998). A utilização do clonazepan no tratamento de pacientes com SAB levou a uma redução dos sintomas dolorosos em 70 % dos pacientes, e surpreendentemente houve redução na queixa de distúrbios do paladar. A medicação foi mais eficaz quando empregada em baixas doses, principalmente em indivíduos jovens e em pacientes que apresentavam os sintomas há pouco tempo. Efeitos colaterais caracterizados por sonolência e alterações de humor influenciaram a interrupção do tratamento em alguns pacientes. Esses efeitos colaterais eram mais sentidos quando altas doses do medicamento eram requeridas para reduzir a queimação oral (GRUSHKA *et al.*, 1998).

Apesar da eficácia dos benzodiazepínicos no tratamento da dor, o seu uso durante longos períodos de tempo é questionável devido aos seus efeitos colaterais, entre eles a dependência química e a indução ou agravamento de estados depressivos. Portanto, ansiolíticos só devem ser usados em pacientes que respondem bem ao tratamento, não devem ser prescritos em grandes quantidades, impedindo assim o abuso no uso da droga e o profissional deve avaliar constantemente o surgimento de efeitos colaterais, diminuindo ou descontinuando o tratamento nesses casos (SHIP *et al.*, 1995).

Os antidepressivos foram introduzidos no tratamento da SAB devido a constante ocorrência de distúrbios psicológicos associados. Evidências sugerem que esses medicamentos produzem analgesia independentemente da sua ação sobre a depressão. O efeito sobre a dor é sentido tanto com altas quanto com baixas doses do medicamento (AGUIAR *et al.*, 2010). Os antidepressivos, os tricíclicos, como a amitriptilina, parecem ser os mais eficazes no tratamento da SAB. Baixas doses de amitriptilina (25 a 75 mg por dia) podem ser administradas inicialmente em pacientes não deprimidos. Entretanto, a quantidade administrada deve ser ajustada de acordo com a resposta de cada paciente (SCALA *et al.*, 2003).

Dentre os tratamentos, Miglioratti *et al.* (2005) e Mezzarane (2007) afirmaram que os lasers de baixa potência possuem finalidade terapêutica, ou seja, atuam como anti-inflamatório, analgésico e biomodulador, e tem igualmente aplicação em algumas condições patológicas peculiares que afetam a mucosa oral. Portanto, faz-se indicativo para pacientes com SAB, pois, com a terapia com laser de baixa potência, a energia fótons absorvidos não é transformada em calor, mas sim, nos efeitos fotoquímicos, foto físicos e/ou fotobiológicos nas células e no tecido (PASSARELLI, 2010).

Em estudo realizados com pacientes portadores de SAB, Passarelli (2010) concluiu que o laser de baixa potência utilizado isoladamente ou associado à prescrição de medicação antifúngica, pode ser comprovadamente um método terapêutico alternativo no alívio da ardência bucal.

A acupuntura também tem sido utilizada como medida terapêutica para o tratamento da SAB. Para Kignel e Sugaya (2006) apesar da dificuldade de padronização da metodologia em função de tratar-se de uma técnica da medicina oriental, a acupuntura pode fornecer bons resultados, entretanto, são necessárias várias sessões durante o tratamento e muitos pacientes tendem a tornarem-se dependentes da terapia, o que agrega um componente psicoterápico importante.

Braga (2010) realizou um estudo e avaliou a eficácia da acupuntura como modalidade terapêutica na redução da sintomatologia em 54 pacientes com SAB. Foi verificado que uma melhora significativa dos sintomas da SAB no período estudado.

A terapia comportamental cognitiva é uma terapia ativa, dirigida, estruturada, e tempo limitante utilizada para tratar diversas desordens psicológicas como depressão, ansiedade e fobias e outras desordens dolorosas como as disfunções temporomandibulares, e é aceita

como um componente de tratamento multidisciplinar de dor crônica (PITHER; NICOLAS, 1991; ECCLESTON, 2001; MORISHIGE *et al.*, 2006).

Para Bergdahl *et al.* (1995) a teoria fundamental da terapia comportamental cognitiva é baseada no pressuposto que as emoções e o comportamento das pessoas são determinados pelo modo no qual ele/ela estrutura o mundo.

O objetivo desta técnica é permitir a cada paciente compreender as causas dos seus sintomas. Assim, os pacientes são encorajados a refletir sobre a possibilidade de que esses sintomas sejam uma forma de se protegerem contra os seus problemas emocionais. (SCALA *et al.*, 2003).

Um estudo mostrou alguma melhora resultante da psicoterapia durante dois meses, com melhora significativa quando combinada com terapia de AAL (FEMILIANO *et al.*, 2004).

Certos autores acreditam que nos casos em que as terapias convencionais não tenham surtido efeito, o profissional pode lançar mão dessa opção terapêutica, entretanto, essa não deve ser a primeira opção no tratamento (BERGDAHL *et al.*, 1995).

O tratamento depende de um bom exame clínico, alicerçado nas causas relatadas e focado na melhora dos sintomas da queixa do paciente. Esses sintomas devem ser valorizados pelo cirurgião-dentista e demais profissionais de saúde, sendo essencial incentivar e apoiar o paciente, fazendo com que o mesmo entenda a complexidade da síndrome e que a abordagem terapêutica pode sofrer alterações ao longo do tratamento da SAB. O entendimento da doença pelo paciente o auxilia a conviver com sua sintomatologia (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para se enfrentar um problema é necessário conhecer sua causa, conhecer seu “nó crítico”. O “nó crítico” na SAB é a falta de conhecimento sobre a doença dos profissionais de saúde e a dificuldade do diagnóstico e tratamento. O plano de intervenção tem como objetivo a capacitação do cirurgião-dentista que trabalha nas ESF em fazer o diagnóstico correto da SAB e oferecer tratamento em conjunto com a equipe de multiprofissionais que atuam na ESF.

Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

Problema	Nós críticos
Síndrome da Ardência Bucal	Falta de conhecimento sobre a SAB pelo CD e outros profissionais de saúde
	Dificuldade no diagnóstico e tratamento
	Baixa autoestima do portador da SAB

A seguir será demonstrado o plano de intervenção com suas propostas, atores e definindo os prazos para as ações:

Proposta	Público Alvo	Recursos Necessários	Responsável	Resultados Esperados	Prazo
Capacitação dos profissionais da ESF	Médicos, cirurgiões-dentistas (CD) e equipe do NASF.	Material áudio-visual; estrutura física; recursos humanos	Professor de estomatologia da UNIFAL	Profissionais habilitados em fazer correto diagnóstico e tratamento da SAB	2 meses
Capacitação dos ACS	ACS	Material áudio-visual; estrutura física; recursos humanos	CD e médico da ESF	Profissionais capacitados em orientar os pacientes e familiares sobre SAB	3 meses
Realização de palestras para esclarecimentos	População da área da ESF	Recursos humanos; material	Enfermeiro, médico e CD.	Conscientização da população sobre o tema	3 meses

sobre a SAB		didático e estrutura física.		abordado, discutido e esclarecimento de dúvidas.	
Triagem dos pacientes	Pacientes com sintomas da SAB	Recursos humanos e estrutura física	Médico, CD e ACS.	Fazer um levantamento dos pacientes com sintomatologia da SAB	4 meses
Realização de palestras dialogadas sobre SAB	Familiars dos pacientes diagnosticados com a SAB	Recursos humanos; estrutura física e material didático.	Psicólogo e CD	Conscientizar os familiares sobre a doença e como lhe dar com o paciente	4 meses
Identificação dos pacientes que necessitam de assistência individualizada	Pacientes portadores da SAB	Recursos humanos e estrutura física	Psicólogo	Conscientizar o paciente sobre a doença, cooperar no tratamento e melhorar sua autoestima.	5 meses
Estimular a participação em grupos operativos para controle da depressão	Pacientes diagnosticados com SAB e com depressão	Recursos humanos; estrutura física e material didático.	Médico, ACS e psicólogo.	Conscientizar o paciente sobre a doença e diminuir o uso da medicação contra a depressão.	5 meses
Participação em grupos de caminhada e alongamento	Pacientes diagnosticados com SAB e seus familiares	Recursos humanos e estrutura física	Fisioterapeuta e ACS	Melhorar a condição física e psíquica dos pacientes promovendo distração, relaxamento, divertimento e melhora da sua autoestima.	5 meses
Oficinas com trabalhos artesanais	Pacientes diagnosticados com SAB e seus familiares	Recursos humanos; estrutura física e material didático.	Terapeuta ocupacional e ACS	Possibilitar relacionamentos interpessoais onde se pode buscar apoio no combate a depressão e ansiedade.	6 meses

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SAB é um grande desafio não só para o cirurgião-dentista como também para muitos outros profissionais devido à complexidade de diagnóstico e por consequência, o seu tratamento. Mas o cirurgião-dentista deve ter o conhecimento sobre o que é a SAB e se responsabilizar pelo diagnóstico e tratamento do paciente, pois ela altera o estado psicológico e o bem-estar do mesmo, afetando a qualidade de vida, o convívio familiar e social.

Com a revisão de literatura conclui-se que a SAB afeta principalmente as mulheres e existe o fator psicológico associado à sintomatologia assim como a ansiedade e depressão. Algumas pesquisas confirmam que mesmo com o emprego da terapia de reposição hormonal, não há alívio dos sintomas ou a cura da síndrome. Esses achados na revisão só vieram confirmar os relatos das pacientes no consultório, de onde veio o interesse pelo tema.

As opções de tratamento estão ao alcance de todos, mesmo as mais modernas como acupuntura e o uso do laser. Mas novos estudos ainda serão necessários para a pesquisa da etiologia, patogênese e tratamento da SAB.

A proposta do plano de intervenção é difundir os conhecimentos sobre a SAB e a interação dos profissionais em tratar o paciente como um todo e envolvendo também a família no tratamento. Assim, após o correto diagnóstico da SAB, a paciente conta com o apoio dos profissionais de saúde, sendo esclarecido sobre sua doença e as possíveis formas de tratamento. É incentivado a participar de atividades físicas e de terapia ocupacional para interagir com outras pessoas, se distraindo e divertindo, buscando apoio para combater a depressão e a ansiedade, aumentando sua autoestima e tentando combater os sintomas da SAB.

REFERÊNCIAS

- ABETZ, L.M.; SAVAGE, N.W. Burning mouth syndrome and psychological disorders. **Aust Dent J**.v.54, p.84-93, 2009.
- AGUIAR, M.C.F.; DINIZ, I.M.A.;GROSSMANN,S.M.C.;NETTO,F.O.G.;Síndrome da Ardência Bucal: uma revisão sobre aspectos clínicos,etiopatogenia e manejo. **Revista Cubana de Estomatologia**,v.47,n.4,p.417-427,2010.
- AMENABAR,J.M.**Níveis de cortisol salivar ,grau de estresse e de ansiedade em indivíduos com síndrome da ardência bucal.** 2006.94f.Dissertação(Doutorado em Odontologia)-Faculdade de Odontologia Pontifícia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,2006.
- BERGDHAL, J.; ANNEROTH, G.; burning mouth syndrome: literature review and model for research and mamegament.**Jornal Pathol.Med.** v.22,n.10, p.433-438, 1993.
- BERGDHAL, J.; ANNEROTH, G.; ANNEROTH, I. Clinical study of patients with burning mouth. **Scand J Dent Res**, v.102, p.299-305, 1994.
- BERGDAHL, J.; ANNEROTH, G.; PERRIS, H. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study. **J Oral Pathol Med**, v.24, p.213-215, 1995.
- BERGDAHL, M.; BERGDAHL, J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. **J Oral Pathol Med**, v.28,n.8, p.350-354,set, 1999.
- BENSLAMA,L.Douleures bucales.**Revist.Prat.**,v.52,p.400-403,2002.
- BOGETTO, F.; MAINA, G.; FERRO, G.; CARBONE, M.; GANDOLFO, S. Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. **Psychosom Med**, v.60, n.3, p.378-385, 1998.
- BORELLI,V.;MARCHIOLI.A.;DITARANTO,R.;ROMANO,M.;CHIANDUSSI,S.;DILEONARDA, R.;et.ali.Neuropeptides in saliva of subjets with burning mouth syndrome:a pilot study.**Oral Dist**.v.26,p.365-374,2010.
- BRAGA, F.P.F.**Síndrome da ardência bucal:** estudo de fatores clínicos associados ao diagnóstico e avaliação da acupuntura como modalidade terapêutica.2010.150f.Tese (Doutorado em Odontologia) -Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo,2010..
- BRUFAU,R. C.; MARTIN,B.R.; CORBALAN,V. R.; CONCEPCION,S. A. “Burning Mouth Syndrome”. **Actas Dermosifiliogr**.v. 99,p.431-440,2008.
- CAVALCANTI,D.R.;BIRMAN,E.G.;MIGLIARI,D.A.Burning Mouth Syndrome : Clinical Profile of Brazilian Patients and oral Carriage of Candida Species. **Braz Dent J**, v.18, n.4, p. 341-345,2007.

CAVALCANTI, D. **Síndrome de ardência bucal**: perfil clínico de pacientes e prevalência de leveduras gênero *Cândida*. 2003. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CAVALCANTI, D.R.; DA SILVEIRA, F.R.X. Alpha lipoic acid in burning mouth syndrome—a randomized double-blind placebo controlled trial. **J. Oral Pathol. Med.** v.38, n.3, p.254-256, 2009.

CHERCHIARI, D. P. et al. Síndrome da boca ardente: etiologia. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 419-424, 2006.

COSTA, R.M. **Caracterização do processo de trabalho do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família no município de Parnamirim-RN**. 2009. 84f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2009.

DANHAUER, S.C.; MILLER, C.S., RHODUS, N.L.; CARLSON, C.R. Impact of criteria-based diagnosis of burning mouth syndrome on treatment outcome. **J Orofac Pain**, v.16, n.4, p.305-311, 2002.

ECCLESTON, C. Role of psychology in pain management. **Br J Anaesth.** v.87, n.1, p.144-152, jul, 2001.

EPSTEIN, J.B.; MARCOE, J.H. Topical application of capsaicin for treatment of oral neuropathic pain and trigeminal neuralgia. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** v.77, n.2, p.135-140, fev, 1994.

FEMIANO, F.; SCULLY, C. Burning mouth syndrome (BMS): double blind controlled study of alpha-lipoic acid (thioctic acid) therapy. **J Oral Pathol Med** v.31, n.5, p.267-269, may, 2002.

FEMIANO, F.; GOMBOS, F.; SCULLY, C. Burning mouth syndrome: the efficacy of lipoic acid on subgroups. **JEAVD.** v.18, p.676-678, 2004.

FELICE, F.; GOMBOS, F.; ESPOSITO, V.; NUNZIATA, M.; SCULLY, C. Burning mouth syndrome (BMS): evaluation of thyroid and taste. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.11, p.22-5, 2006.

GARCIA-MEDINA M.R. Síndrome de la boca que arde. **Rev. Asoc Odontol.** Argentina, v.82, n.2, p.140-145, 1994.

GRUSHKA, M. Clinical features of Burning mouth syndrome. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** v.63, n.1, p.30-6, jan, 1987.

GRUSHKA, M.; EPSTEIN, J.B.; 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.** v.86, n.5, p.557-561, 1998.

GRUSHKA, M.; EPSTEIN, J.B.; GORSKY, M. Burning mouth syndrome **Am. Fam. Physician.** v.65, n.4, p.615-620, Fev, 2002.

GRUSHKA, M.; CHING, V.; EPSTEIN, J. B. Burning mouth syndrome. **Adv. Otorhinolaryngol.** v. 63, p. 278-287, 2006.

HAKEBERG, M.; BERGGREN, U.; HÄGGLIN, C.; AHLQWIST, M. Reported burning mouth symptoms among middle-aged and elderly women. **Eur J Oral Sci**, v. 105, n. 6, p. 539-543, 1997.

KIGNEL, S., SUGAYA, N. **Síndrome da ardência bucal: atualização clínica em odontologia.** São Paulo: Artes Médicas; 2006.

KLASSER, G.; FISCHER, D.; EPSTEIN, J. Burning mouth syndrome: recognition, understanding, and management. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am.** v. 20, n. 2, p. 255-271, may, 2008.

LAMEY, P. J.; LAMB, A. B. Lip component of burning mouth syndrome. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral**, v. 78, n. 5, p. 590-593, 1994.

LAMEY, P. J.; LAMB, A. B. Lip component of BMS. **Oral Surg.** v. 78, p. 290-93, 1994.

LAMEY, P. J.; LEWIS, M. A. O. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. **Br Dent J**, v. 23, p. 187-200, 1989.

LAURIA, R. A.; NEY, F. S.; OLIVEIRA, M. G. A. R. Avaliação da ansiedade e depressão em pacientes da terceira idade e sua relação com a Síndrome da Ardência bucal. **Revista Ci. méd. biol.**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 20-29, jan./jun. 2004.

LOPEZ, J. P.; CAMACHO, A. F., ANDUJAR, M. P., SANCHEZ, S. M.; GOMEZ, G. F. Burning mouth syndrome: **Update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 15, n. 4, p. 562-568, 2010.

LOPEZ-JORNET, P.; CAMACHO-ALONSO, F.; LUCERO-BERDUGO, M. Quality of life in patients with burning mouth syndrome. **J Oral Pathol Med.** v. 37, n. 7, p. 389-394, aug, 2008.

MALTSMAN-TSEIKHIN, A.; MORICCA, P.; NIV, D. Burning mouth syndrome: will better understanding yield better management? **Pain Pract** v. 7, n. 2, p. 151-62, jun, 2007.

MEZZARANE, L. A. **Proposta de protocolo clínico para utilização do laser de baixa potência em estomatite proteica associada a candidose atrófica.** 2007. 59f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-Faculdade de Odontologia da Universidade São Paulo, São Paulo, 2007.

MIGLIORATTI, C. A. ; LLOYD, C. M. E. Hipersensibilidade dentinária tratada com laser de baixa intensidade. **Journal of Oral Laser Applications**, v. 5, p. 237-243, 2005.

MONTANDON, A. A. B.; PINELLI, L. A. P.; ROSELL, F. L.; FAIS, L. M. G. Síndrome da ardência bucal: avaliação e tratamento. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.** v. 23, n. 1, p. 59-69, jan./abr., 2011.

MOORE, P.A., GUGGENHEIMER, J.; ORCHARD, T. Burning mouth syndrome and peripheral neuropathy in patients with type 1 diabetes mellitus. **J Diabetes Complications.** v.21,p.297-402,2007.

MORISHIGE,E.;ISHIGAKI,S;YATANI,H.;HIROKAWA,M.Clinical effectiveness of cognitive behavior therapy in the management of tmd.**Int J Prosthodont.**v.19,n.1,p.31-33,Fev.,2006.

NASRI, C.; TEIXEIRA, M.J.; SIQUEIRA, J.T.T. de. Estudo clínico sobre as características gerais dos pacientes com queixas de ardência bucal. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial, Curitiba,** v.2, n.8, p.278-284, out./dez, 2002.

NASRI, C.; TEIXEIRA, M.J; OKADA, M., FORMIGONI, G.; HEIR, G.; de SIQUEIRA, J.T.T. Burning mouth complaints: clinical characteristics of a brazilian sample. **Clinics.** v.62, n.5, p.561-566, 2007.

OLIVEIRA,G.M.R.; PEREIRA, H.S.C.; SILVA-JUNIOR, G.O; PICCIANI, B.L.S.; RAMOS, R.T.; PESTANA,S.G., et al. Síndrome da Ardência Bucal: aspectos clínicos e tratamento. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.**v.12,n.1,p.21-29,2013.

PASSARELLI, D.H.C. **Utilização do laser de baixa potência como método alternativo para diminuição da sintomatologia em pacientes com síndrome de ardência bucal.** 2010.65f.Dissertação (Mestrado em Odontologia)- Universidade Cruzeiro do Sul.São Paulo.2010.

PERNO, M. Burning mouth syndrome. **J Dent Hyg,** v.75, p.245-252, 2001.

PIGATTO, P.D.; GUZZI, G.Burning mouth syndrome. **Skin Med.,** v.10, n.3, p.134-135, 2012.

PINTO, A.; STOOPLER, E.T.; DEROSI, S.S.; SOLLECITO, T.P.; POPOVIC, R. Burning mouth syndrome: a guide for the general practitioner. **Gen Dent.**v.51, n.5, p.458-461, 2003.

PAJUKOSKI, H.; MEURMAN, J.; HALONEN, P.; SULKAVA, R. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication, and systemic diseases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod,** v.92, p.641-649, 2001.

PITHER,C.;NICHOLAS,M.Psychological approaches in chronic pain management.Br Med. BULL.v.47,n.3,p.746-761,Jul.,1991.

RIVINIUS C. Burning mouth syndrome: Identification, diagnosis and treatment. **J Am Acad Nurse Pract.**v.21, p.423-429, 2009.

ROJO, L.; SILVESTRE, F.J.; BAGAN, J.V.; DE VICENT, T. Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Psychiatric interview versus depression and anxiety scales. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**v.75, n.3, p.308-311, mar.1993.

ROJO, L.; SILVESTRE, F.J.; BAGAN, J.V.; DE VICENT, T. Prevalence of psychopathology in burning mouth syndrome .A comparative study among patients with and without psychiatric disorders and control. **Surg Oral Med Oral Pathol**.v.78, n.3, p.306-312, sep.1994.

SANTOS, L.F.C.; CARVALHO, A.A.T.; LEÃO, J.C.; PEREZ, D.E.C.; CASTRO, J.F.L. Effect of low level laser therapy in the treatment of the Burning Mouth Syndrome: a case series. **Photomedicine. Laser Surgery**, v.29, n.12, p. 793-796, 2011.

SARDELLA, A.; LODI, G.; DEMAROSI, F.; UGLIETTI, D.; CARRASSI, A. Causative or precipitating aspects of burning mouth syndrome: a case-control study. **J Oral Pathol Med**.v.35, n.8, p.466-471, 2006.

SCALA, A.; CHECCHI, L.; MONTEVECCHI, M.; MARINI, I. Update on burning month syndrome: overview and patient management. **Crit Ver Oral Biol Med**.v.14, n.4, p.275-291, 2003.

SHIP, J.A.; GRUSHKA, M.; LIPTON, J.A.; MOTT, A.E.; SESSLE, B.J.; DIONNE R.A. Burning mouth syndrome: An update. **J Am Dent Assoc**, v.126, n.7, p.843-853, 1995.

SOARES, M.S.M.; KÜSTNER, E.C.; PIFARRÉ, C.S.; CAMPILLO, M.; LÓPEZ, J.P. Association of burning mouth syndrome with xerostomia and medicines. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.10, n.4, p.301-308, 2005.

SOUSA, L. **ITG Índice terapêutico genérico: medicamento genérico, como usar?** Petrópolis: EPUC; 2006.

SPANEMBERG, J.C. **Efeito da catuama® na sintomatologia da síndrome da ardência bucal: ensaio clínico, randomizado, duplo-cego, placebo-controlado.** 2011. 88f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SUAREZ, P.; CLARK, G.T. Burning mouth syndrome: an update on diagnosis and treatment methods. **J Calif Dent Assoc**.v.34, n.8, p.611-622, aug, 2006.

TAMMIALA-SALONEN, T.; HIIDENKARI, T.; PARVINEN, T. Burning mouth in a Finnish adult population. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.21, n.2, p.67-71, 1993.

TOURNE, L.P.M.; FRICTON, J.R. Burning mouth syndrome. Critical review and proposed clinical management. **Oral Surg**, v.74, n.2, p.158-167, 1992.

VAN DER WAAL, I. **The Burning Mouth Syndrome.** Copenhagen: Munksgaard, 1990.

VELASCO, E.; VALENCIA, S.; BLANCO, A.; VELASCO, C. El síndrome de ardor bucal en el anciano. La identificación de los trastornos psíquicos en su etiopatogenia. **Rev Esp Geriatr Gerodontol**, v.33, p.19-24, 1998.

VELOSO, K.M.; CUTRIN, M.N. Síndrome da ardência bucal.
<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp>

ZAKRZEWSKA, J.M. The burning mouth syndrome remains an enigma. **Pain**, v.62,n.3, p.253-257, 1995.

ZAKRZEWSKA, J.M. The management of oral facial pain. **The practitioner**, v.248, p. 508-16, 2004.