



FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

IGOR MIRANDA DA ROCHA
VERA DUEYRE DE ARAUJO PINHEIRO

**SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

RECIFE

2018

IGOR MIRANDA DA ROCHA

VERA DUEYRE DE ARAUJO PINHEIRO

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia, como requisito final para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientadora: Evelyne Pedroza de Andrade.

RECIFE

2018

AGRADECIMENTOS

Dedicamos primeiramente essa conquista ao nosso grande *Deus*, sempre presente em nossas vidas, nos guiando, iluminando nossos caminhos, e nos dando forças para enfrentar cada obstáculo, possibilitando assim a busca pela concretização dos nossos objetivos, aos nossos pais, irmãos, filhos, toda família e amigos, que não só entenderam nossa ausência, mas compartilharam conosco nossas angústias e frustrações e nos ajudaram nas dificuldades e obstáculos do caminho, pois, trilhamos conosco cada passo, vitórias e derrotas em busca dessa conquista.

A Prof^ª. Evelyne Pedroza de Andrade, por todo estímulo e ajuda, orientando-nos e incentivando-nos a concluir o tão desejado curso.

Nosso muito obrigado.

Igor e Vera.

PREFÁCIO

“O dom da fala foi concedido aos homens não para que eles enganassem uns aos outros, mas sim para que expressassem seus pensamentos uns aos outros”.

Santo Agostinho

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	8
2. ABSTRACT.....	8
3. INTRODUÇÃO.....	10
4. REVISÃO DE LITERATURA DISCUTIDA.....	13
5. CONCLUSÃO.....	25
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
7. ANEXOS.....	30
8. Diretrizes para Autores.....	31

RESUMO

Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é estabelecida como um transtorno sensitivo crônico descrito por sensações de dor, ardência ou queimação na mucosa oral, onde clinicamente não exhibe nenhuma lesão, se apresenta em sua grande maioria como: boca com dor, paladar e saliva alterada. Síndrome é um termo usado para esta circunstância devido à presença de mais de um sintoma como, por exemplo, a sensação de boca seca e ardência nos tecidos orais. Pelo fato de a ardência bucal estar correlacionada a outras doenças (que variam desde o fator psíquico a alterações sistêmicas ou locais), então entende-se que é uma desordem de ardência oral que pode ser devido a diversos agentes causais. Sendo assim essa revisão tem como objetivo dissertar sobre a síndrome da ardência bucal, suas possíveis causas e tratamento. Esta revisão utilizou como metodologia, pesquisas bibliográficas realizadas a partir de materiais publicados na literatura, como artigos científicos, monografias e livros divulgados por meio eletrônico como busca LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde), da SCIELO (ScientificElectronic Library Online), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo Catálogo on-line global (DEDALUS). A literatura mostrou, que os pacientes avaliados eram 85% do sexo feminino, 97% de cor branca e com idade média de 59,8 anos de idade, com a maior frequência de pacientes na faixa compreendida entre 51 e 70 anos. Os pacientes apresentaram sintomas de ansiedade e transtorno de sono e o uso de fármacos é frequente, onde os mais utilizados foram os anti-hipertensivos, os ansiolíticos e os antidepressivos.

Palavras chave: Estomatologia. Xerostomia. Síndrome da Ardência Bucal.

ABSTRACT

Oral Burning Syndrome (SAB) is established as a chronic sensitive disorder described by sensations of pain, burning or burning in the oral mucosa, where clinically it does not exhibit any lesion, it presents in its great majority as: mouth with pain, palate and altered saliva . Syndrome is a term used for this condition due to the presence of more than one symptom such as the sensation of dry mouth and burning in the oral tissues. Because oral burning is correlated with other diseases (ranging from the psychic factor to systemic or local changes), then it is understood that it is an oral burning disorder that may be due to several causative agents. Therefore, this review has the objective of discussing the oral burning syndrome, its possible causes and treatment. This review used as a methodology, bibliographical researches made from materials published in the literature, such as scientific articles, monographs and books published electronically as LILACS (Scientific American Library of Health Sciences), SCIELO (ScientificElectronic Library Online) Virtual Health Library (VHL) and Bibliographic Database of the University of São Paulo Global online catalog (DEDALUS). The literature showed that the patients evaluated were 85% female, 97% white and with a mean age of 59.8 years, with the highest frequency of patients in the range of 51-70 years. The patients presented symptoms of anxiety and sleep disorder and the use of drugs is frequent, where the most used were antihypertensive, anxiolytics and antidepressants.

Key words: Stomatology. Xerostomia. Burn Oral Syndrome.

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Igor Miranda¹
Vera Dueyre¹
Evelyne Andrade²

RESUMO: Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é estabelecida como um transtorno sensitivo crônico descrito por sensações de dor, ardência ou queimação na mucosa oral, onde clinicamente não exhibe nenhuma lesão, se apresenta em sua grande maioria como: boca com dor, paladar e saliva alterada. Síndrome é um termo usado para esta circunstância devido à presença de mais de um sintoma como, por exemplo, a sensação de boca seca e ardência nos tecidos orais. Pelo fato de a ardência bucal estar correlacionada a outras doenças (que variam desde o fator psíquico a alterações sistêmicas ou locais), então entende-se que é uma desordem de ardência oral que pode ser devido a diversos agentes causais. Sendo assim essa revisão tem como objetivo dissertar sobre a síndrome da ardência bucal, suas possíveis causas e tratamento. Esta revisão utilizou como metodologia, pesquisas bibliográficas realizadas a partir de materiais publicados na literatura, como artigos científicos, monografias e livros divulgados por meio eletrônico como busca LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde), da SCIELO (ScientificElectronic Library Online), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo Catálogo on-line global (DEDALUS). A literatura mostrou, que os pacientes avaliados eram 85% do sexo feminino, 97% de cor branca e com idade média de 59,8 anos de idade, com a maior frequência de pacientes na faixa compreendida entre 51 e 70 anos. Os pacientes apresentaram sintomas de ansiedade e transtorno de sono e o uso de fármacos é frequente, onde os mais utilizados foram os anti-hipertensivos, os ansiolíticos e os antidepressivos.

Palavras chave: Estomatologia. Xerostomia. Síndrome da Ardência Bucal.

ABSTRACT: Oral Burning Syndrome (SAB) is established as a chronic sensitive disorder described by sensations of pain, burning or burning in the oral mucosa, where clinically it does not exhibit any lesion, it presents in its great majority as: mouth with pain, palate and altered saliva. Syndrome is a term used for this condition due to the presence of more than one symptom such as the sensation of dry mouth and burning in the oral tissues. Because oral burning is correlated with other diseases (ranging from the psychic factor to systemic or local changes), then it is understood that it is an oral burning disorder that may be due to several causative agents.

Therefore, this review has the objective of discussing the oral burning syndrome, its possible causes and treatment. This review used as a methodology, bibliographical researches made from materials published in the literature, such as scientific articles, monographs and books published electronically as LILACS (Scientific American Library of Health Sciences), SCIELO (ScientificElectronic Library Online) Virtual Health Library (VHL) and Bibliographic Database of the University of São Paulo Global online catalog (DEDALUS). The literature showed that the patients evaluated were 85% female, 97% white and with a mean age of 59.8 years, with the highest frequency of patients in the range of 51-70 years. The patients presented symptoms of anxiety and sleep disorder and the use of drugs is frequent, where the most used were antihypertensive, anxiolytics and antidepressants.

.Key words: Stomatology. Xerostomia. Burn Oral Syndrome.

INTRODUÇÃO

A síndrome da ardência bucal (SAB) pode também ser denominada como síndrome da boca ardente ou síndrome dos lábios ardentes, desta forma se estabelece uma condição de etiologia multifatorial, acometendo preferencialmente a população idosa e de meia-idade e se caracteriza como uma sensação de ardor local ou difusa. A associação internacional de estudos da dor define tal condição como uma sensação intraoral de queimação, na qual nenhum relato médico ou odontológico podem ser encontrados, a queimação varia de intensidade moderada a severa, que afeta mais a língua, podendo também afetar demais locais da mucosa bucal, persistindo por um período mínimo de quatro meses, sem sinais clínicos que justifiquem esta sintomatologia (LOPEZ-JORNET et al., 2015).

É relatado também pelos pacientes uma sensação de queimação por café ou chá tendo início pela manhã e por diversos casos se estendendo com intensidade maior durante o dia (CHERUBINI et al., 2005). A SAB é caracterizada pela ardência bucal, porém nunca se apresenta como um sintoma isolado, acompanhando-se de dor, queimação, desconforto, parestesia, prurido e disgeusia, sendo os locais mais acometidos em ordem decrescente a língua, seguida de lábios, gengiva, palato e tonsilas. Sua etiologia é incerta, entretanto é conhecida como multifatorial, e suas causas: locais, sistêmicas, neurológicas e psiquiátricas (GLEBER NETTO et al., 2010).

A síndrome recebe esta nomenclatura devido ao aparecimento simultâneo de sintomas diferentes como uma sensação de que a boca está seca e/ou uma alteração em seu paladar. Devido à intensidade de dor raramente ser correspondente a sinais clínicos essa síndrome tem sido considerada uma condição enigmática (MONTANDON et al., 2011). A etiologia da SAB é desconhecida, acredita-se que seja multifatorial com envolvimento de fatores sistêmicos, locais e psicológicos. Citam-se como fatores sistêmicos, a menopausa, deficiência nutricional e diabetes; como fatores psicológicos, a ansiedade e a depressão; e como fatores locais, a disfunção de glândulas salivares e hábitos parafuncionais (CRUZ et al., 2008; SOARES et al., 2009). Essa variabilidade de dados reflete a falta de critérios diagnósticos precisos para a SAB (BARKER e SAVAGE 2005; MALTSMAN-TSEIKHIN et al., 2007). Se a ardência bucal é um sintoma de

outras doenças (local, sistêmica ou psicogênica) então este é referido como uma desordem de ardência oral (KLASSER et al., 2008).

Nota-se uma melhora da sintomatologia a partir do consumo de alimentos frios e quando estes pacientes possuem trabalho, pois conseqüentemente há distração, já as pessoas que fazem uso de alimentos picantes e quentes ou necessitam de falar muito (de acordo com a profissão), e também encontram-se em estado de muito estresse ou cansaço, foi relatado que existe um aumento de dor com uma intensidade que se agrava no decorrer do dia (CRUZ et al., 2008). A dor pode persistir por anos, e acomete as bordas laterais e a ponta da língua, principalmente palato, gengiva e mucosa jugal (ALFAYA et al., 2010). Na maioria dos casos há uma neurose de ansiedade coincidente ou outra condição psicológica/psiquiátrica, embora seja um ponto de debate quanto ao fato de que a SAB é uma resposta primária a estes ou se é meramente exacerbada (SAVAGE et al., 2006). A falta de uma distinção clara e nítida entre SAB sem uma causa conhecida e condições que são responsáveis por sintomas de ardência oral cria um dilema durante o diagnóstico (BALASUBRAMANIAM et al., 2009).

Estudos mostram relação entre síndrome da ardência bucal e estresse, sendo mais frequente no sexo feminino após a quarta década de vida, representando 5% da população, principalmente em mulheres de meia idade pós-menopausa. Trata-se de uma das mais intrigantes e complexas patologias envolvendo a cavidade bucal, uma vez que o paciente acometido não apresenta sinais clínicos (CRUZ et al., 2008). Enquanto alguns pacientes podem ter os sintomas pelo resto da vida outros podem ser passageiros, o que torna uma dificuldade, pois, o prognóstico é muito variável (ALFAYA et al., 2010).

A evidente variedade de fatores associados à SAB e a sua apresentação complexa em muitos pacientes destaca as dificuldades inerentes ao manejo das pessoas portadoras da síndrome, visto que sua etiologia é pouco compreendida. É difícil isolar as causas específicas para a apresentação clínica de cada paciente e o resultado é imprevisível, diante disso, o tratamento deve ser adaptado respeitando a individualidade do quadro sintomatológico, onde uma abordagem multidisciplinar é recomendada (BARKER e SAVAGE, 2005). Devido à variedade de

transtornos associados a esta síndrome, não existe um medicamento universal disponível neste momento para tratar a SAB, porque nenhuma terapia é universal, vários tratamentos foram testados empiricamente e experimentalmente (LÓPEZ-JORNET et al., 2015). Segundo Spanemberg relatou no ano de 2012, a administração sistêmica de catuama reduz os sintomas de SAB e pode ser uma nova estratégia terapêutica para o tratamento desta doença. Já ZORIC et al., em 2018, descreveu o papel da fluoxetina na redução da intensidade da dor, independentemente do seu efeito na depressão, portanto isto deve ser comprovado em estudos posteriores e mais aprofundado para assim se obter um resultado satisfatório com os pacientes.

Para alcançar o objetivo dessa revisão apresenta-se as principais características da SAB, indicando os procedimentos que podem ser úteis ao diagnóstico, além de modalidades terapêuticas disponíveis, ampliando o conhecimento dos profissionais da área da saúde (principalmente o cirurgião dentista), para que os pacientes acometidos possam se beneficiar do tratamento adequado, apoio e confiança de um profissional capacitado, sempre visando sua melhor qualidade de vida.

A apreciação documental foi realizada em artigos científicos publicados preferencialmente nos últimos 10 anos, salvo os mais antigos que tivessem grande relevância no assunto. A identificação das fontes bibliográficas foi realizada por meio do sistema informatizado de busca LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde), da SCIELO (ScientificElectronic Library Online), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo Catálogo online global (DEDALUS), através dos descritores síndrome da ardência bucal, doença da boca, dor e xerostomia, selecionando artigos que mais reuniram descritores. Foram inicialmente escolhidos quarenta e cinco artigos, após análise posterior, trinta e dois destes, foram selecionados e compuseram este material.

REVISÃO DE LITERATURA DISCUTIDA

A síndrome da ardência bucal (SAB) é caracterizada pela ardência bucal, embora quase nunca esteja como um sintoma isolado, acompanhando-se da dor, queimação, desconforto, parestesia, prurido e disgeusia, sendo os locais mais acometidos em ordem decrescente a língua, seguida de lábios, gengiva, palato e tonsilas (ALMEIDA e GAGO, 2004; PATTON et al., 2007).

A SAB, é uma patologia que acomete cerca de 2,5% a 5% da população, não possui predileção racial, podendo atingir todas as classes sociais. A Síndrome da Ardência Bucal pode ou não estar relacionada à diminuição da saliva e/ou xerostomia. A etiologia da SAB é multifatorial, fatores locais, sistêmicos e psicogênicos parecem estar envolvidos na maioria dos pacientes (GLEBER NETTO et al., 2010).

Decorrente da idade avançada, podem ocorrer a diminuição da função das glândulas salivares, acarretando quadro de xerostomia, assim como, esta sensação de boca seca pode se dar como efeito colateral do uso de medicamentos ou fazer parte do quadro clínico de outras doenças sistêmicas. Entre os fármacos possivelmente relacionados à xerostomia estão: antiespasmódicos, antidepressivos, antipsicóticos, relaxantes músculo-esqueléticos, antiparkinsonianos, antiarrítmicos, antihistamínicos, anticonvulsivantes, ansiolíticos, moderadores de apetite, diuréticos e anti-hipertensivos (CHERUBINI et al., 2005; GUARINES et al., 2017)

A SAB é considerada idiopática por alguns autores, mas em sua grande maioria são citadas como uma doença multifatorial, dentre os fatores locais destaca-se: hábitos parafuncionais, irritação mecânica, disfunção da glândula salivar, candidíase, xerostomia, doença periodontal, disfunção do paladar, língua geográfica e língua fissurada, infecções virais, dano a nervo periférico, doenças vesículo-bolhosas. (GUTIERREZ et al., 2009). Eles também citam que pode ter relação com etiologia sistêmica, nesses casos são descritas: deficiências nutricionais, menopausa, anormalidades do sistema nervoso central, diabetes mellitus e alergias. Os fatores hormonais também foram encontrados tendo em vista que as mulheres são mais acometidas que os homens, chegando a sete vezes mais, com maior frequência nos três anos que antecedem a menopausa e nos doze anos

seguintes. Além disso, destaca-se os fatores psicológicos e psiquiátricos, que por sua vez estão vinculadas à etiologia psicogênica (SHIP; PILLEMER; BAUM, 2002; BERGDAHL e BERGDAHL, 1999).

O estrogênio, que é um hormônio feminino gerado ainda na adolescência e que permanece até a menopausa, pode ou não possuir receptores na mucosa oral e estar ligado com a ardência bucal, mas ainda não houveram estudos científicos que comprovassem que o controle de dosagem hormonal fosse eficaz no tratamento (MONTEIRO et al., 2011).

Para Scala et al. (2003), a SAB é basicamente uma desordem que afeta indivíduos de meia-idade e idosos com uma faixa etária entre os 38-78 anos. A sua prevalência aumenta com a idade em ambos os sexos. Devido à falta de consenso no diagnóstico da SAB, as taxas de prevalência tendem a variar entre os estudos. PATTON et al. (2007), descreve que a prevalência da SAB é mais frequente nas mulheres de meia-idade e idosas.

Diversos estudos mostram a síndrome da ardência bucal com uma significativa propensão pelo sexo feminino quando comparada ao sexo masculino. O local da dor é relativo, muitas vezes acometem mais de um sítio. A ardência é uma sensação experimentada por alguns, que envolve a mucosa extra – oral e que inclui também a região ano genital. Em alguns casos, com o quadro de ansiedade e/ou depressão, há uma alteração, além do paciente ter perda de sono, a dor fica mais acentuada, o que proporciona uma má qualidade de vida e conseqüente diminuição do desejo de socializar (SCALA et al., 2003).

Algumas características foram apontadas para se identificar a SAB: é mais visto em mulheres geralmente em peri ou pós – menopausa; é persistente a sensação de ardência lingual e também nos tecidos moles da boca; pode se apresentar no início da manhã ou aparecer no decorrer do dia; o paladar sofre alterações que variam desde o gosto metálico ao amargo (GRUSHKA et al., 2002; GRUSHKA, 1987; FEDELE et al., 2007; cit. in SUNIL et al., 2012; KLASSER et al., 2008).

Os critérios de diagnósticos para SAB são de que os episódios de dor devem ocorrer de forma contínua durante pelo menos de 4 a 6 meses. Eles podem durar 12 anos ou mais, tendo uma duração média de 3 a 4 anos (SCALA et al., 2003). O paciente descreve a SAB como uma ardência

geralmente na língua, como se tivesse ingerido algo quente ou escaldante (SAVAGE et al., 2006).

A SAB pode ser classificada com base na etiologia ou nos sintomas. Com base nos fatores etiológicos a SAB pode ser classificada como SAB primária (quando a etiologia é desconhecida, as causas orgânicas locais ou sistêmicas não podem ser identificadas) e SAB secundária (quando se conhece a etiologia, pode resultar de condições patológicas locais ou sistêmicas suscetíveis à terapia dirigida para o fator causal) (MALTSMAN-TSEIKHIN et al., 2007; SCALA et al., 2003)

A SAB foi dividida em 3 subtipos por Lamey et al., 1996 (cit. in Aravindhan et al., 2014) de acordo com variações na intensidade da dor por mais de 24h

<p>Tipo 1 (prevalência de 35%)</p>	<p>Refere-se a queixas de dor ardente todos os dias, que não está presente ao despertar, mas que se desenvolve durante o dia, aumentando gradualmente de intensidade, sendo mais intensa à noite.</p>
<p>Tipo 2 (prevalência de 55%)</p>	<p>Dor em ardência constante está presente durante todo o dia, presente ao acordar, causa dificuldade em adormecer. Os pacientes com SAB tipo 2 tendem a ser mais resistente à terapia.</p>
<p>Tipo 3 (prevalência de 10%)</p>	<p>A dor está presente de forma intermitente em alguns dias com intervalos livres de dor e afeta locais incomuns, como a mucosa bucal, o assoalho da boca e da garganta.</p>

Quadro 1. Taxa de prevalência de acordo com a intensidade da dor classificada por Lamey et al., 1996 (cit. in Aravindhan et al., 2014; Jua et al., 2016).

Com base nos sintomas a SAB pode ser classificada em: tipo 1, tipo 2 e tipo 3.

Classificação de SAB baseada nos sintomas	
Tipo 1	Os pacientes não têm sintomas ao acordar mas os sintomas progridem durante o dia, aumentando o pico de intensidade ao fim da tarde, tornando-se mais severos durante a noite. Está relacionado com desordens sistêmicas como deficiência nutricional e distúrbios do sistema endócrino.
Tipo 2	Os pacientes têm sintomas contínuos ao longo do dia e são sintomáticos à noite resultando em noites sem dormir. Este tipo está associado a alteração de humor, hábitos alimentares e ansiedade crônica devido ao padrão de sono alterado. Está relacionado com uso de medicamentos antidepressivos, que causam hipossalivação e/ou xerostomia.
Tipo 3	Os pacientes têm sintomas intermitentes ao longo do dia com períodos livres de sintomas. Geralmente é perceptível devido à ansiedade ou reação alérgica especialmente aos alérgenos alimentares.

Quadro 2. Classificação de SAB Scala et al., 2003 modificada Savage et al., 2006; (cit. In Sunil et al., 2012; Jua et. al., 2016).

Como visto acima a SAB do tipo 2 tem sido associado aos fatores psiquiátricos especialmente a ansiedade crônica, já os tipos 1 e 3 não há relação com os fatores psiquiátricos. Os pacientes com SAB considerados psicologicamente normais são os do tipo 1 e 3. Não é considerada essencial essa classificação pois ela não é aceita universalmente para os pacientes sob tratamento da SAB (JUA et. al., 2016).

Palacios-Sánchez, Jordana-Comín e García-Sívoli (2005) avaliaram as relações entre a síndrome e variantes como idade e sexo, depressão, cancerofobia, boca seca, ardência e impressão de algo estranho em uma amostra de pessoas no catalã. Foi observada entre idades de 71,2 anos, em sua grande parte ocorreu com pessoas do sexo feminino, mostrando associação com a sensação de ardor e boca seca, com vários relatos de depressão e cancerofobia. Essa relação da SAB com fatores psicológicos

define um tratamento multiprofissional, com adequado controle desses sintomas (KOMIYAMA et al., 2012).

Outra associação importante tem sido proposta entre a ocorrência de SAB e o estado de menopausa. Dutt, Chaudhary E Kumar (2013) realizaram um estudo de revisão descrevendo as principais complicações que as mulheres apresentaram nesse período e puderam concluir que o ardor tem a terceira posição em ranking, mostrando-se em 15% dos casos. Além disso, sugerem que tal condição pode dispor o aparecimento de afecções como candidíase, propondo assim um tratamento de reposição hormonal em casos como esses.

Forsell et al. (2002) buscam correlacionar e descrever a dor da síndrome da ardência bucal no estresse do dia com a intensidade da sintomatologia, propondo um tratamento baseado no comportamento da SAB durante o dia e objetivando um resultado mais eficaz. Dentre os pacientes analisados nota-se uma variação de dor em sua intensidade, em sua grande maioria eles revelam sintomas gradativos (tipo I). No decorrer do dia em geral foi mostrado que a intensidade da dor teve um aumento, mostrando que no final da tarde esteve mais intensa. Alimentos condimentados aumentam esses fatores mais intensamente, para obter um alívio significativo destaca-se o uso de bebidas frias e pastilhas sem açúcar. Os autores sugerem que diante do que foi apresentado existe uma variação nos resultados, sendo imprescindível um tratamento individualizado baseado nas características de cada paciente, tendo em vista os aspectos da sintomatologia de cada indivíduo.

Cherubini et al. (2005) realizou um estudo com 100 prontuários de pacientes portadores de síndrome da ardência bucal do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Dos pacientes investigados, 85% eram do sexo feminino e 15% do sexo masculino. Quanto à cor, 97% dos indivíduos eram brancos e 3% negros. A faixa etária apresentou uma média de 59,8 anos de idade, com a maior frequência de pacientes na faixa compreendida entre 51 e 70 anos.

Cherubini et al. (2005) observou também o uso cotidiano de fármacos nesses pacientes, onde encontrou-se alta frequência de uso de anti-hipertensivos (40%) e psicotrópicos (30%). Apenas 22% dos indivíduos investigados não faziam uso de qualquer fármaco, enquanto 78% usavam

um ou mais medicamentos. Segundo as investigações de Cherubini et al. (2005) podemos observar a distribuição dos portadores de SAB de acordo com os fármacos utilizados regularmente (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos portadores da síndrome da ardência bucal segundo os fármacos utilizados regularmente, segundo Cherubini et al., (2005).

Fármacos	Pacientes
Anti-hipertensivos	40%
Outros	32%
Psicotrópicos*	30%
Nenhum	22%
TRH**	15%
Antiácidos	9%
Anti-histamínicos	2%

Fonte: Cherubini et al., (2005); cit. in. Guarines et. al. (2017)

*** Ansiolíticos, antidepressivos ** Terapia de reposição hormonal**

Scarabelot et al. (2011) observaram hipossalivação em 54,5% dos casos, onde, no entanto apenas 31,3% queixaram-se sobre xerostomia (sensação da boca seca). As doenças crônicas estavam presentes em 77,3% dos pacientes com ardência bucal, sendo mais prevalentes os transtornos psiquiátricos e as doenças cardiovasculares. Já 86% dos pacientes faziam uso de um ou mais tipos de medicamentos. Entre os mais utilizados estavam os anti-hipertensivos, os ansiolíticos e os antidepressivos como visto na tabela 1.

Foi relatado em estudos uma correlação de dor crônica e boca seca, devido à diferentes tipos de medicamentos vistos no tratamento da dor e que excessivamente têm como resultado adverso a xerostomia. Esses medicamentos têm maior destaque com os antidepressivos pois sua atuação é no sistema noradrenérgico e serotoninérgico (SCARABELOT et al., 2011).

Tabela 2: Possibilidades Terapêuticas para síndrome da ardência bucal segundo Oliveira et al., (2013)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

Tratamento Farmacológico	Posologia	Resultado
Ácido Alpha Lipóico	200 a 300mg 3 vezes ao dia por 2 meses	Eficaz, mas parece perder efeito com o tempo
Capsaicina sistêmica	0,25%, 3 vezes ao dia, por 30 dias.	Reduz a intensidade da dor, mas não é recomendado em tratamentos prolongados
Capsaicina tópica (gel)	0,025%, 5 vezes ao dia por 10 minutos, por 60dias.	Reduz a intensidade da dor, porém com o tempo pode ficar não palatável.
Benzidamine	0,15%3 vezes ao dia, por 4semanas	Sem resultados significativos
Trazodone	200 mg por dia durante 8 semanas	Sem resultados significativos com relatos de efeitos colaterais
Amisuprida Paroxetina Sertralina	50 mg/dia por oito semanas 20 mg/dia por oito semanas 50 mg/ dia por oito semanas	Alta eficácia, sem efeitos colaterais graves
Gabapentina	300 mg a cada 2 dias até 2400 mg/ dia por 3 semanas	Sem efeito significativo
Clonazepam sistêmico	0,25 mg/dia ou 25 mg/ semana até no máximo 3 mg/dia por 30 dias	Redução da dor em doses baixas, com efeitos colaterais leves
Clonazepam tópico (Comprimidos)	0,5 mg/dia a 1 mg/dia, 2 a 3 vezes/ dia por 90 dias	Eficaz
Levosulpiride	100 mg/dia por 8 semanas	Não é eficaz em pacientes recém diagnosticados
Topiramato	50 mg a cada 12 horas; depois de 4 semanas aumenta a dose para 100 mg e 2 semanas depois para 150 mg	Melhora completa dos sintomas, sem efeitos colaterais
Tratamento não Farmacológico		Resultado
Psicoterapia: abordagem cognitiva comportamental		Remissão da dor aos pacientes tratados quando comparados ao grupo placebo
Acupuntura		Eficaz, necessitando de mais estudos para comprovação de sua eficácia.
Laserterapia		Eficaz e sem efeitos colaterais com melhora completa dos sintomas em alguns casos.
Eletroconvulsoterapia		Melhora significativa do quadro clínico após 12 sessões de aplicação

Fonte: Oliveira et al., (2013); cit, in Guarines et. al., (2017)

Por ter uma alta presença de SAB nesses pacientes, os estudos relatam dor crônica nos pacientes com xerostomia, o que pode considerar uma relação entre elas com outros tipos. Existe na literatura evidências entre fatores psicológicos, como a depressão em quadros de staff orais e dor facial crônica, como, por exemplo, na SAB (SARDELLA, 2006; GAO et al., 2009)

Apesar dos protocolos terapêuticos não estarem ainda totalmente determinados, a partir da identificação da causa, o tratamento deve ser direcionado a cada paciente especificamente. Dependendo das características envolvidas, outros profissionais devem participar da condução do caso, sempre objetivando a melhor qualidade de vida do paciente (SARDELLA, 2006; GAO et al., 2009)

Após o diagnóstico da SAB, antes de iniciar o tratamento, é necessária a classificação da doença em SAB primário ou SAB secundário. O tratamento da SAB primária é uma tarefa difícil, uma vez que a causa da alteração é desconhecida. Neste caso, é feito o tratamento da síndrome, visando tratar ou aliviar os sintomas dolorosos (GLEBER NETTO et al., 2010).

Sendo assim, o tratamento da SAB é baseado na eliminação terapêutica de outras prováveis morbidez como: infecção fúngica, bacteriana e inflamatória e quadro de desnutrição. Para isso utilizamos medicamentos como antifúngicos, antihistamínicos, antibacterianos, reposição de vitaminas e mineral. Analgésicos, benzodiazepínicos e antidepressivos tricíclicos podem ser utilizados no controle da dor e em quadros de ansiedade (SCARABELOT et al., 2014; cit, in GUARINES et. al., 2017). Segundo Gleber Netto et al. (2010) existem diversas opções terapêuticas descritas na literatura, as mais comuns são: *Ácido alfa lipóico* que atua na estimulação de fatores de crescimento de nervos, possui efeito neuroprotetor e tem sido usado em estudos laboratoriais e clínicos que avaliam a reparação de danos neurais, especialmente em casos de polineuropatia diabética. A utilização do ácido alfa-lipóico via oral em pacientes com SAB primária levou a uma melhora dos sintomas em 76 % dos pacientes, embora nenhum caso apresentasse resolução completa dos sintomas.

Segundo Gleber Netto et al. (2010) a aplicação da capsaicina tópica em pacientes com neuropatias faciais é eficiente na melhora dos sintomas, entretanto, 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.

Gleber Netto et al. (2010) também citou que os benzodiazepínicos têm sido empregados no tratamento de condições dolorosas incluindo a neuralgia trigeminal e neuropatia diabética. Os principais benzodiazepínicos utilizados são: o clordiazepóxido (Librium) e o clonazepam. Estes medicamentos são agonistas do receptor GABA e se ligam centralmente ou periféricamente promovendo inibição da dor. A utilização do clonazepam 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.

Os antidepressivos foram introduzidos no tratamento da SAB devido a uma grande ocorrência de distúrbios psicológicos associados. Esses medicamentos sugerem evidências que produzem analgesia, independentemente da sua ação sobre a depressão, relatando que o efeito sobre a dor é sentido tanto com altas doses como baixas dosagens (GLEBER NETTO et. al., 2010; GUARINES et. al., 2017).

O laser de baixa potência é uma das terapias existentes e pode ser utilizado como uma das alternativas para tratamento da SAB, o mesmo possui resultado satisfatório em estudos clínicos, no qual não houve regressão do quadro na utilização de outras terapias (SCARABELOT et al., 2014). A aplicação do laser de baixa potência vem trazendo como consequência um possível acesso a normalidade devido ao laser mostrar efeitos de bioestimulação, ação anti-inflamatória, antiedema e analgesia, o que causa uma mudança metabólica funcional e energética, fornecendo um aumento de resistência e normalidade celular (CATÃO, 2004). Esse sucesso terapêutico se deve a indicação correta, dosimetria ajustada de

acordo com cada caso e de cuidados prévios na aplicação (ALFAYA et al., 2010).

A laserterapia tem sido usada por mais de trinta anos e mais de 90% da literatura disponível relata efeitos positivos. Alfaya et al. (2010) realizou uma pesquisa em paciente do sexo feminino, 87 anos, portadora da SAB, onde foi executado tratamento com o laser de baixa potência. O tratamento mostrou-se uma alternativa terapêutica eficaz no caso descrito de SAB.

O cirurgião dentista deve ter conhecimento sobre o que é a síndrome de ardência bucal e responsabilizar-se pela realização do diagnóstico e melhor plano de tratamento para o paciente, pois diante de uma queixa de ardência não se deve tratar simplesmente os sintomas, é preciso que se identifique os fatores etiológicos para posterior tratamento. É importante que o paciente seja esclarecido, em todos os momentos, a respeito do curso das ações que estão sendo tomadas e que esteja envolvido no planejamento e execução dessas ações, pois, os autores destacam que nenhum tratamento para a SAB é considerado curativo. Contudo, o papel do profissional da área da saúde no entendimento e acolhimento do paciente, com apoio e atenção durante as consultas, influenciando a regressão do quadro (ALFAYA et al., 2010).

Estudos mostram uma conexão entre a diabetes mellitus e queixas na cavidade bucal desde 1942, segundo a literatura os pacientes diabéticos revelam que a SAB está presente 2% a 10% dos casos. A diabetes também pode levar à xerostomia que predispõe a manifestação clínica da *Cândida Albicans* e concomitante ao aparecimento da SAB (MONTANDON et al., 2011).

A SAB também tem associação com deficiências nutricionais, o que pode ser a primeira indicação do problema, pois a ausência de vitaminas B1, B2, B6, B12, zinco e ácido fólico, estão presentes em 2% a 33% dos pacientes portadores de SAB. Montandon, et al. (2011) aponta que pacientes sob hemodiálise ou com restrição de dieta (vegetarianos e dietas livres de lactose), alcoólatras e idosos são os mais propensos a deficiências de vitamina B e a sensação de ardência no terço anterior da língua pode ocorrer em 40% dos mesmos. Já as alterações na dosagem de zinco podem resultar em disgeusia e glossidínea, sendo estabelecido que, tanto a

carência de vitaminas do complexo B, como o déficit de zinco possui correlação com a atrofia papilar.

Segundo Saito et al. (2012) a acupuntura e a homeopatia podem ser utilizadas como terapias alternativas no tratamento da xerostomia, os autores relataram que um estudo com pacientes que foram submetidos a acupuntura para xerostomia primária e secundária (Síndrome de Sjögren e radioterapia) apresentaram aumento significativo fluxo salivar após o tratamento com 5 a 12 sessões. Os resultados indicaram que a acupuntura teve um efeito significativo sobre xerostomia e posteriormente sobre disfagia, a pesquisa revela também que os pacientes estudados com xerostomia tiveram um aumento no fluxo salivar, melhoria na habilidade de comer, falar e na qualidade do sono.

Saito et al. (2012) fez uma observação sobre os principais resultados relatados notando que houve aumento na produção de saliva após a acupuntura, sendo de maneira gradativa e contínua, durante o período proposto do estudo. Este resultado corrobora com a possibilidade de a acupuntura ser uma possível ferramenta benéfica no tratamento da xerostomia.

Spanemberg et al. (2012) relatou em suas pesquisas que a Catuama tem um bom resultado nos pacientes portadores da síndrome da ardência bucal, possuindo ação nociceptiva, relaxante e antidepressiva. Os participantes tomaram por 56 dias um comprimido de catuama no horário da manhã e outro no horário da noite, voltando para uma nova avaliação depois de 84 dias, após o experimento foi notado que a administração sistêmica reduziu os sintomas da síndrome da ardência bucal, podendo esta ser uma nova estratégica terapêutica, sabendo-se que ainda precisa de mais estudos para sua comprovação.

Também foi visto por Zoric et al. (2018) em estudo realizado pela universidade de Belgrado na Sérvia com pacientes em sua grande parte mulheres, com queixa de ardor bucal e na língua, como a parte comumente afetada, mostrando a Fluoxetina como uma boa resposta terapêutica ao tratamento da SAB.

A Fluoxetina tem característica de longa meia-vida que a distingue de outros inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS). A maioria dos ISRS tem uma meia-vida de aproximadamente 1 dia, enquanto a

fluoxetina tem uma meia-vida de 2 a 4 dias (De SOUZA et al., 2012). Os estudos demonstraram uma boa eficácia de ISRS e vários deles indicam alta prevalência de sucesso em pacientes com SAB, exibindo boa resposta em baixa dose de terapia antidepressiva (ZORIC et al., 2018).

Zoric et al. (2018) relata a importância dos achados pois mostra que a depressão e a ansiedade têm uma alta prevalência em pacientes com SAB e que os sintomas, como dor e ardor bucal, podem ser reduzidos com a medicação. Os resultados apontam para o papel da serotonina na etiopatogenia da síndrome, bem como em outras condições de dor crônica. Os participantes que utilizaram a fluoxetina, apresentaram redução da dor durante 6 meses de tratamento, e esses achados corroboram com eficácia deste medicamento no tratamento de SAB, tendo um papel primordial na redução da intensidade da dor, independentemente do seu efeito na depressão.

CONCLUSÃO

A síndrome a ardência bucal (SAB) acomete principalmente as mulheres de raça branca, no período de meia-idade e pós-menopausa, apresentando dor de intensidade moderada a elevada. Com um bom exame clínico o cirurgião dentista pode realizar uma abordagem terapêutica e estabelecer um plano de tratamento focado na melhoria dos sintomas.

O profissional da área de saúde deve apoiar o paciente, explicando claramente a complexidade desta patologia, pois o entendimento da doença ajuda a conviver melhor com os sintomas. Diversas são as linhas de tratamento, pois muitos dos portadores da SAB apresentam distúrbio emocional e uso de diversos fármacos no cotidiano, porém, mesmo que desafiador é necessário que se estabeleça o agente causal e conseqüentemente o tratamento, trazendo com isso uma melhor qualidade de vida para o indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA A; GAGO, M.T. **Síndrome do ardor bucal: Controvérsias e realidades** Rev port estomtol cir maxilofac, v45, p85-103. 2004

ALFAYA, T. A; TANNUERE. P. N; BARCELOS, R; CANTISANO, M, H; GOUVEIA, C, V, D; **Laser de Baixa Potência no Tratamento da síndrome da Ardência Bucal : Relato Caso Clínico**. Stomatos, v16, n31, Dezembro de 2010.

ARAVINDHAN, R., ET AL. (2014). **Burning mouth syndrome: A review on its diagnostic and therapeutic approach**. J Pharm Bioall Sci. 6, pp. 21-25.

BALASUBRAMANIAM, R. KLASSER, GD. DELCANHO, R. (2009). **Separating oral burning from burning mouth syndrome: unravelling a diagnostic enigma**. Aust Dent J. 54(4), pp. 293-299.

BARKER, KE. SAVAGE, NW. (2005). **Burning mouth syndrome: na update on recente findings**. Aust Dent J. 50(4), pp. 220-223.

BERGDAHL, M; BERGDAHL, J. **Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors**. J. Oral Pathol. Med., Copenhagen, v.28, p.350-354, 1999

CATÃO, M.A. **Os benefícios do laser de baixa intensidade na clínica odontológica na estomatologia**. Revista Brasileira de Patologia Oral, v. 3, n. 4, p. 214-8, 2004.

CHEBEL, INÊS FUGITARO OTOBE. **Ação do tratamento homeopático na sintomatologia da síndrome da ardência bucal em duas fases: estudo duplo cego placebo controlado e estudo aberto**. 2012. **Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo**.

CHERUBINI, K.; MAIDANA, J.D.; WEIGERT, K.L.; FIGUEIREDO, M.A. **Síndrome de ardência bucal: revisão de cem casos**. Revista Odontológica Ciência, v. 20, n. 48, p. 109-13, 2005.

CRUZ, M.C.F.N. D.; BRAGA, V.A.S.; GARCIA, J.G.F.; LOPES, F.F.; MAIA, E.D.C. S. **Condições bucais relacionadas com o estresse: uma revisão dos achados atuais**. Revista da Faculdade de Odontologia Porto Alegre, v. 49, n.1, p. 8-11, 2008.

DE SOUZA FTA, TEIXEIRA AL, AMARAL TMP, ET AL. **Psychiatric disorders in burning mouth syndrome**. J Psychosom Res. 2012;72:142-146.

DOS SANTOS LDE F, CARVALHO ADE A, LEÃO JC, ET AL. **Effect of low-level laser therapy in the treatment of burning mouth syndrome: a case series**. Photomed Laser Surg. 2011 Dec;29(12):793-6. doi: 10.1089/pho.2011.3016.

FEDELE S; FRICCHIONE G; POTER S; MIGNOGNA M; **Burning mouth syndrome** (stomatodynia) QJM. 2007 aug 100(8): 527-30

FORSSELL H, JAASKELAINEN S, TENOVUO O, HINKKA S. **Sensory dysfunction in burning mouth syndrome.** Pain 2002 Sep;99(1-2):41-7.

GAO, J.; CHEN, L.; ZHOU, J; PENG, J, **A case control study on etiological factors involved in patients with burning mouth syndrome,** J Oral Pathol and medicine, v38 (1), p 24-8. 2009

GLEBER NETTO, F. O.; DINIZ, I. M. A.; GROSSMANN, S. D. M. C.; DO CARMO, M. A. V.; DE AGUIAR, M. C. F. **Síndrome da ardência bucal: uma revisão sobre aspectos clínicos, etiopatogenia e manejo.** Revista Cubana de Estomatología. v.47, n.4, p. 417-427, 2010.

DUTT, P.; CHAUDHARY, S.; KUMAR, P. **Oral Health and Menopause: A Comprehensive Review on Current Knowledge and Associated Dental Management.**Ann Med. Health Sci. Res., v. 3, n. 3, p. 320-3, 2013.

GRUSHKA M. **Clinical features of burning mouth syndrome.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987 Jan;63(1):30-6.

GRUSHKA M, EPSTEIN JB, GORSKY M. **Burning mouth syndrome.** Am Fam Physician 2002 Feb 15;65(4):615-20.

GUARINES, ZENAIDE PEREIRA; CAVALCANTE, REGINA COELLI; ARAGÃO NETO, ADELMO; **Síndrome da Ardência Bucal: Uma Revisão;** Repositório Institucional Tiradentes, Grupo Tiradentes Open Rit. 24-07-2017

GUTIERREZ, LUIZ MAKITO OSAWA **Avaliação de fatores associados ao diagnóstico da xerostomia e/ou queimação bucal um estudo preliminar** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Curso de Odontologia, 2009.

JUA, GISELA YANNY SOARES TEN, **Síndrome da Boca Ardente,** Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa 28-07-2016 Mestrado Integrado em Medicina Dentária

KLASSER, GD. FISCHER, DJ. EPSTEIN, JB. (2008). **Burning mouth syndrome: recognition, understanding, and management.** Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 20, pp. 255-271.

KOMIYAMA O, NISHIMURA H, MAKIYAMA Y, ET AL. **Group cognitive-behavioral intervention for patients with burning mouth syndrome.** Journal of oral science. Mar 2013;55(1):17-22.

LAMEY, PJ. LAMB, AB. (1988). **Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome.** Br Med J Clin Res Ed. 296, pp. 1243-1246.

LOPEZ-JORNET, P., ET AL. **Circadian rhythms variation of pain in burning mouth syndrome.** Geriatr Gerontol Int. 15, pp. 490–495. 2015.

MALTSMAN-TSEIKHIN, A. MORICCA, P. NIV, D. (2007). **Burning Mouth Syndrome: Will Better Understanding Yield Better Management.** W Inst Pain. 7 (2), pp. 151- 162.

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, p. 59-69, 2011.

MONTEIRO, A. D.; SOUSA, A. C. V. D.; MATOS, F. Z.; CARVALHOSA, A. A. D., FRANÇA, D. C. C.; AGUIAR, S. M. H. C. Á. **Síndrome da ardência bucal, correlações fisiopatológicas, medicamentosas: revisão de literatura.** Revista Odontológica de Araçatuba, p. 33-37, 2011.

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

NASRI-HEIR C, GOMES J, HEIR GM, ET AL. **The role of sensory input of the chorda tympani nerve and the number of fungiform papillae in burning mouth syndrome.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011 Jul;112(1):65-72. doi: 10.1016/j. Tripleo. 2011.02.035

OLIVEIRA, G. M. R.; SILVA-JÚNIOR, G. O.; PICCIANI, B. L. S.; RAMOS, R. T.; PESTANA, S. G.; CANTISANO, M. H. **Síndrome da ardência bucal: aspectos clínicos e tratamento.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 12, n. 1, 2013.

PALACIOS-SÁNCHEZ M, JORDANA-COMÍN X, GARCÍA-SÍVOLI C. **Burning mouth syndrome: a retrospective study of 140 cases in a sample of catalan population.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005 Nov-Dec;10(5):388-93.

PATTON, LL., ET AL. (2007). **Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 103, pp. 1-13.

SAITO, L. T.; SILVÉRIO-LOPES, S.; PONTES, S. R. B.; SULIANO, L. C. **Acupuntura sistêmica no tratamento de xerostomia decorrente do uso de anti- hipertensivos: estudo de casos.** Rev. Bras. Terap.e Saúde, v. 3, n. 1, p. 9-13, 2012.

SARDELLA, A. (2006). **Causative or precipitating aspects of burning mouth syndrome: a case-control study.** J Oral Pathol Med. 35, pp. 466-471.

SCALA, A., ET AL. (2003). **Update on burning mouth syndrome: overview and patient management.** Crit Rev Oral Biol Med. 14(4), pp. 275-291

SCARABELOT, V. L.; MUNERATO, M. C.; MEDEIROS, L. F.; OLIVEIRA, M. G. D.; CHAVES, A. C. M.; SOUZA, A. D.;VERCELINO, R.; CAUMO, W.; TORRES, SOARES, M.S.M.; LIMA, J. M. C.; PEREIRA, S.C.C. **Avaliação do fluxo salivar, xerostomia e condição psicológica em mulheres com Síndrome da Ardência Bucal**. Revista de Odontologia da UNESP, v. 37, n. 4, p. 315-319, 2008.

SCARABELOT, V.L.; GUTIERREZ, L.M.O.; SOUZA, A.D.; OLIVEIRA, M.G.D.; CHAVES, A.C.M.; MUNERATO, M.C.; HIDALGO, M.P.; CAUMO, W.; TORRES, I.L. **Avaliação de fatores associados ao diagnóstico de queimação bucal: um estudo preliminar**. Revista HCPA, v. 31, n. 3, p. 318-25, 2011.

SCARABELOT, VANESSA LEAL ET AL . **Factors associated to salivary flow alterations in dry mouth female patients**.Rev. dor, São Paulo , v. 15,n. 3,p. 186-190, Sept. 2014.

SHIP, J.A; PILLEMER, S.R; BAUM, B.J; **Xerostomia and the geriatric patient**. J Am Geriatr Soc, v 50, n.3, p-535-43, 2002

SPANEMBERG, JC., ET AL. . **Aetiology and therapeutics of burning mouth syndrome: an update**. Gerodontol. 29, pp. 84-89, 2011

SAVAGE, NW. BORAS, VV. BARKER, K. (2006). **Burning mouth syndrome: clinical presentation, diagnosis and treatment**. Aust J Dermatol. 47(2), pp. 77-81

ZORIC B, JANKOVIC L, KUZMANOVIC PFICER J, ZIDVERC-TRAJKOVIC J, MIJAJLOVIC M, STANIMIROVIC D. **The efficacy of fluoxetine in BMS—A cross-over study**. Gerodontology. 2018;00:1–6.

ANEXOS

Quadro 1. Taxa de prevalência de acordo com a intensidade da dor

Quadro 2. Classificação de SAB modificada

Tabela 1. Distribuição dos portadores da síndrome da ardência bucal segundo os fármacos utilizados regularmente.

Tabela 2. Possibilidades Terapêuticas para síndrome da ardência bucal.

Diretrizes para Autores

NORMAS DE SUBMISSÃO

A apreciação de diferentes modalidades de texto com vistas à publicação nos Cadernos de Graduação fica condicionada aos seguintes critérios:

- autorização documentada do professor orientador para que o aluno-autor possa submeter o trabalho à apreciação do Conselho Editorial do Caderno de Graduação;
- assinatura do termo de responsabilidade pelos alunos, sobre a autenticidade do trabalho submetido a parecer com vistas à publicação;
- enquadramento do trabalho que será submetido à publicação em relação às normas que seguem abaixo.

Os trabalhos devem ser redigidos em português e corresponder a uma das seguintes categorias e volume de texto.

Modalidades de texto	Nº de palavras
Artigos: tornam pública parte de um trabalho de pesquisa, produzida segundo referencial teórico e metodologia científica.	de três mil a sete mil palavras
Comunicações temáticas: textos relativos a comunicações em eventos temáticos	até duas mil palavras
Revisão de literatura: revisão retrospectiva de literatura já publicada	até cinco mil palavras
Resenhas: apresentação e análise crítica de obras publicadas	até mil palavras
Documentos históricos: resgate, recuperação, reprodução e edição crítica de textos de valor histórico.	até cinco mil palavras
Relatos de pesquisa: relato parcial ou total de pesquisa	até quatro mil palavras
Conferências, debates e entrevistas	de três mil a cinco mil palavras

O texto proposto deverá ser enviado pelo(s) autor (es) para o endereço: <http://periodicos.set.edu.br>; com a finalidade de apreciação do Conselho Editorial do Caderno de Graduação. Após a avaliação, o Conselho Editorial emitirá parecer técnico Registro de Aceite de Trabalho Científico) pontuando por escrito as alterações necessárias (se houver), definindo prazo para que estas sejam realizadas (se for o caso). O atendimento integral ao que é descrito no parecer técnico é condição para submissão à nova apreciação do trabalho, respeitando as datas informadas pelo Conselho Editorial.

OBS.: Informamos que não aceitaremos artigos de outras instituições e nem artigos onde não configure entre os autores professores e alunos da Faculdade Integrada de Pernambuco - FACIPE.

NORMAS DE SUBMISSÃO

A apreciação de diferentes modalidades de texto com vistas à publicação nos Cadernos de Graduação fica condicionada aos seguintes critérios:

- autorização documentada do professor orientador para que o aluno-autor possa submeter o trabalho à apreciação do Conselho Editorial do Caderno de Graduação;
- assinatura do termo de responsabilidade pelos alunos, sobre a autenticidade do trabalho submetido a parecer com vistas à publicação;
- enquadramento do trabalho que será submetido à publicação em relação às normas que seguem abaixo.

Os trabalhos devem ser redigidos em português e corresponder a uma das seguintes categorias e volume de texto.

Artigos: tornam pública parte de um trabalho de pesquisa, produzida segundo referencial teórico e metodologia científica (de três mil a sete mil palavras).

Comunicações temáticas: textos relativos a comunicações em eventos temáticos (até duas mil palavras). Revisão de literatura: revisão retrospectiva de literatura já publicada (até cinco mil palavras).

Resenhas: apresentação e análise crítica de obras publicadas (até mil palavras).

Documentos históricos: resgate, recuperação, reprodução e edição crítica de textos de valor histórico (até cinco mil palavras).

Relatos de pesquisa: relato parcial ou total de pesquisa (até quatro mil palavras).

Conferências, debates e entrevistas (de três mil a cinco mil palavras).

NORMAS PARA FORMATAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho deverá ser digitado exclusivamente em fonte Arial, tamanho 12, em espaçamento 1,5 entrelinhas, em parágrafo justificado, inclusive quando se tratar de elementos não textuais (ilustrações, quadros e tabelas), na digitação de legenda e na indicação de fontes referenciais. A marca de parágrafo deverá contemplar apenas com um espaço vertical de <enter> entre os parágrafos, sem nenhum espaço horizontal entre a margem esquerda e a primeira palavra do parágrafo.

Exemplo:

Maslow defende as primeiras necessidades como as fisiológicas e as de segurança (GADE, 1998). Após a realização das mesmas, surgem as necessidades de afeto e as de *status* e, assim que satisfeitas, o indivíduo chegaria ao seu último nível, o da autorrealização. Segundo Gade (1998), as necessidades fisiológicas são as básicas para sobrevivência, como alimentação, água, sono, entre outras, e é a partir delas que o indivíduo passa a se preocupar com o nível seguinte. [...]

Os elementos não textuais (ilustrações, quadros e tabelas) e quaisquer outros elementos não textuais terão sua reprodutibilidade garantida na publicação após avaliação e orientação do núcleo técnico de edição. Além disso, imagens (fotografia, infográficos, imagem eletrônica a partir de escaneamento, fotografias de amostras microscópicas) deverão/poderão ser apresentadas em cor; ressalta-se, entretanto, que no suporte impresso não há publicação em cor; somente no suporte web. Assim, os elementos não textuais do trabalho terão que ser produzidos considerando que na versão impressa as cores serão alteradas para escalas de cinza e/ou texturas. A posição do título e da fonte dos elementos não textuais deverá ser padronizada conforme exemplos abaixo. Recomenda-se atenção para inclusão de fotografias e/ou imagens, uma vez que as mesmas só podem ser publicadas com autorização da utilização da imagem.

TABELA (ABERTA): Título em fonte 12, em negrito, na mesma linha, espaçamento simples nas entrelinhas.

Fonte:(tamanho 12) tudo em negrito

QUADRO (FECHADO): Título em fonte 12, em negrito, na mesma linha, espaçamento simples nas entrelinhas.

Fonte: (tamanho 12) tudo em negrito

Para fotos/desenhos ou quaisquer outros recursos não textuais que não sejam tabela, quadro e gráfico: nomear o tipo de recurso, numerando-o também com 1, 2 (sequencial), com os mesmos critérios indicados para tabela e quadro.

Qualquer que seja o trabalho proposto, o título deve vir em caixa alta e negrito justificado à esquerda. Citar apenas o nome e sobrenome do autor e coautores, seguido do nome do curso, com a indicação de até oito autores, e considera-se como autor principal o primeiro a constar na relação. Para o caso do artigo científico, utilizar resumo na língua vernácula e traduzido para o idioma inglês, entre 150 e 200 palavras, ambos seguidos de palavras-chave nos idiomas que as precedem, respeitando-se os limites mínimo e máximo do número de palavras. As palavras-chave devem ser grafadas em espaço simples e sem negrito; apenas a primeira palavra com inicial maiúscula, as demais em minúsculas, a não ser em nomes próprios, separados por vírgula e com ponto final. Se aceita até cinco palavras-chave, postadas na linha seguinte após o término de cada resumo.

No texto do artigo, utilizar texto sem a quebra de página, observando: Introdução (maiúsculas e negrito); seções de divisão primária (maiúsculas e negrito); seções de divisão secundária (maiúsculas sem negrito); Seções de divisão terciária (em negrito, com maiúscula apenas na primeira letra do título da seção, à exceção de nomes próprios) e conclusões (maiúsculas e negrito).

Logo em seguida, apresentar o item: sobre o trabalho (maiúsculas e negrito) em que deve ser contextualizada a produção do trabalho no âmbito da academia (origem do trabalho, bolsa, financiamento, parcerias), indicando apenas um e-mail para contato. Quando for o caso, informar o nome completo do orientador do trabalho, bem como titulação e e-mail, até o máximo de 100 palavras.

Finalizar o trabalho com a indicação das referências e quando for o caso, acrescentar apêndice(s) (matérias de própria autoria) e anexo(s) (materiais de autoria de terceiros). Na numeração das seções, usar números arábicos, deixando apenas um espaço de caractere entre o número final da seção e a primeira palavra que nomeia a seção. Não há nem ponto nem traço entre o número e a primeira palavra.

Os textos enviados em Língua Portuguesa devem estar escritos conforme o Novo Acordo Ortográfico que passou a vigorar em janeiro de 2009.

NORMAS ABNT

ABNT. **NBR 6022:** informação e documentação – artigo em publicação periódica científica impressa – apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ABNT. **NBR 6023:** informação e documentação (referências –

Elaboração) ABNT. **NBR 6028:** resumos. Rio de Janeiro, 1990.

ABNT. **NBR 14724:** informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.(informações pré-textuais, informações textuais e informações pós-textuais)

ABNT. **NBR 10520:** informações e documentação – citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

9. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
10. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.
11. URLs para as referências foram informadas quando possível.
12. O texto está em fonte Arial, tamanho 12, em espaçamento 1,5 entrelinhas, em parágrafo justificado, inclusive quando se tratar de elementos não textuais (ilustrações, quadros e tabelas), na digitação de legenda e na indicação de fontes referenciais.
13. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
14. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

Declaração de Direito Autoral

Oferece acesso livre e imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico contribui para a democratização do saber. Assume-se que, ao submeter os originais os autores cedem os direitos de publicação para a revista. O autor(a) reconhece esta como detentor(a) do direito autoral e ele autoriza seu livre uso pelos leitores, podendo ser, além de lido, baixado, copiado, distribuído e impresso, desde quando citada a fonte.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.