

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**LARISSA MOREIRA DE SOUZA**

**ANÁLISE DO ESTADO PSICOLÓGICO EM PACIENTES PORTADORES DA  
SÍNDROME DO ARDOR BUCAL**

**NATAL**

**2015**

LARISSA MOREIRA DE SOUZA

**ANÁLISE DO ESTADO PSICOLÓGICO EM PACIENTES PORTADORES DA  
SÍNDROME DO ARDOR BUCAL**

Monografia apresentada à disciplina de  
Trabalho de Conclusão de Curso II do  
Departamento de Odontologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte.

Orientador: PROF. DRA. Ana Miryam  
Costa de Medeiros.

NATAL

2015

Catálogo na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia  
Biblioteca Setorial de Odontologia "Profº Alberto Moreira Campos".

Souza, Larissa Moreira de.

Análise do estado psicológico em pacientes portadores da síndrome do ardor bucal  
/ Larissa Moreira de Souza. – Natal, RN, 2015.

60 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Miryam de Costa Medeiros.

Monografia (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do rio  
Grande Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia.

1. Síndrome da ardência bucal – Monografia. 2. Ansiedade – Monografia. 3.  
Depressão – Monografia. I. Medeiros, Ana Miryam Costa de. II. Título.

RN/UF/BSO

Black D62

LARISSA MOREIRA DE SOUZA

**ANÁLISE DO ESTADO PSICOLÓGICO EM PACIENTES PORTADORES DA  
SÍNDROME DO ARDOR BUCAL**

Monografia apresentada à disciplina de  
Trabalho de Conclusão de Curso II do  
Departamento de Odontologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Ana Miryam Costa de Medeiros

Orientador

UFRN

---

Profa. Dra. Patrícia Teixeira de Oliveira

Membro

UFRN

---

Profa. Dra. Ana Carolina Lyra de Albuquerque

Membro

UFCG

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para sua conclusão. Em especial, a Deus e a minha família pelo zelo com a minha vida, pelo apoio nos momentos difíceis e pelo amor que me dedicaram em todos estes anos.

## AGRADECIMENTOS

É difícil colocar num papel tudo aquilo que tenho a agradecer e citar todas as pessoas que de algum modo, nos momentos mais serenos ou apreensivos, estiveram e estão comigo desde o início desta caminhada. Por isso, primeiramente agradeço, de coração a todos no geral, aqueles aqui citados ou não.

A **Deus** que me sustentou todo o tempo e me deu forças para lutar pelo meu sonho todos os dias. Por esta vitória e outras que estão por vir, o meu obrigado.

Aos meus pais pelo amor, incentivo, apoio incondicional, investimento e, acima de tudo, por compreenderem a minha ausência em todos esses anos. Agradeço minha mãe, **Francinete Moreira de Souza**, por ser um exemplo de mãe e amiga, por ser essa guerreira e fazer de tudo para agradar toda a família, pelo seu cuidado, por toda sua preocupação e dedicação e por estar comigo no cansaço e na vitória. Ao meu pai, **Dione de Assis Souza**, que foi fundamental nesta caminhada, por ser um pai e um marido presente, por ter trabalhado todos esses anos a fim de nos dar conforto e boa educação, por todo o investimento e confiança que me depositou. A presença de vocês significou segurança e a certeza de que nunca estarei sozinha. Obrigada por lutar por nossa família todos os dias.

À minha irmã, **Franciany Moreira de Souza**, por assumir o papel de irmã mais velha e se preocupar tanto comigo, por ser uma amiga presente, por torcer por mim em todos os momentos e comemorar comigo todas as conquistas. Por ter me dado o melhor presente, o meu sobrinho **Yedro Moreira e Oliveira**. Vocês me dão forças para continuar a lutar todos os dias, trazem alegria e colore o meu viver. Obrigada por me darem ânimo e, apesar da distância e ausência, jamais se esquecerem de mim.

A **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, por permitir e incentivar o meu aprendizado, especialmente ao Departamento de Odontologia, pela equipe competente de coordenadores, docentes e funcionários, por dar condições de estudos teórico e prático na instituição e por acolherem tão bem todos os estudantes.

À minha orientadora, **Prof. Dra. Ana Miryam de Costa Medeiros**, a qual tenho muita admiração e respeito. Obrigada pelo conhecimento transmitido, por toda dedicação, conselhos e incentivo. Sou grata por sua ajuda, compreensão, paciência e amizade despertada durante esta jornada.

À minha co-orientadora, **Prof. Dra. Ericka Janine Dantas da Silveira**, pela paciência que teve nos momentos mais difíceis, pelo incentivo e por acreditar na minha capacidade. Por despertar em mim a curiosidade e me conduzir firme no objetivo deste

trabalho. Por ter sido acima de tudo, uma amiga. Obrigada também pelas críticas que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. A senhora é um exemplo de pessoa e profissional. Este trabalho, em grande parte, também é mérito de vocês, minhas orientadoras.

À **Prof. Dra. Patrícia Teixeira de Oliveira**, por ter sido a primeira professora do Departamento a qual entrei em contato, que me aceitou e me acolheu tão bem. Por ter me dado a oportunidade de trabalhar junto à senhora, por todo aprendizado, por todos os conselhos e por toda paciência, por ser um exemplo de competência e dedicação, por me apresentar ao Departamento de Diagnóstico Oral da UFRN e me fazer apaixonar por tudo o que fiz até hoje junto a este setor.

À minha primeira orientadora da faculdade, **Prof. Dra. Ana Célia Rodrigues Athayde**, por ter me proporcionado o conhecimento científico e pelo amadurecimento pessoal e profissional. Agradeço por ter se dedicado como professora, orientadora e amiga e pelo exemplo que se tornou para mim. Obrigada pela oportunidade de conviver com a senhora, pela paciência e suporte em todo o tempo. Dedico boa parte desta vitória a senhora que tanto me ajudou.

À **Prof. Dra. Amanda Maria Medeiros de Araújo** por despertar em mim a paixão pela radiologia, por ser a minha inspiração até hoje, por ter sido paciente o tempo todo, por ter me incentivado a trilhar pelo caminho do ensino e da pesquisa, por ter compartilhado tantos conhecimentos e conselhos. Agradeço pela compreensão constante e pelo exemplo de pessoa e profissional que a senhora foi e continua sendo para mim.

À minha primeira orientadora da Iniciação Científica, **Prof. Dra. Maria Carolina Bandeira Macena Guedes**, por ter acreditado na minha capacidade como aluna e pesquisadora, por toda confiança que me depositou, por ter me proporcionado a oportunidade de viver novas experiências na pesquisa e na vida, por me fazer crescer pessoal e profissionalmente e acima de tudo, por ser uma amiga e professora tão dedicada e paciente. Obrigada pelo apoio e incentivo. A senhora foi e continua sendo uma das professoras que mais admiro e respeito, por tudo o que representou e representa na minha graduação.

À **Prof. Dra. Carolina Bezerra Nóbrega** pelo carinho, dedicação, paciência e, acima de tudo, pela oportunidade que me foi concedida de viver experiências fora da universidade, por transmitir tantos conhecimentos científicos, por todos os conselhos e pela confiança a mim dedicada.

À **prof. Dra. Ana Carolina Lyra de Albuquerque** pelo incentivo, pela humildade em compartilhar seus conhecimentos dentro e fora da sala de aula, pela dedicação como professora e amiga e pela simplicidade com a qual lida com seus alunos. Sua experiência, dedicação e segurança foram fundamentais para a minha formação.

A todos os **professores**, que mesmo não citados, levo no coração. Obrigada por se fazerem presentes neste caminho, pelo aprendizado, pela dedicação, por motivarem os seus alunos e mostrarem que o futuro construído através do estudo é sólido e sempre nos traz recompensas.

À mestranda **Amanda Katarinny Goes Gonzaga** e à Doutoranda **Natália Guimarães Barbosa** pelo incentivo, pela amizade, pela ajuda e orientação. Vocês foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa e o mérito desta conquista também é de vocês.

Às minhas amigas de Natal, **Fernanda Advíncola**, por ter estado ao meu lado o tempo todo, nas horas de agonias e também de felicidade, por ter trocado tantas experiências comigo, por me compreender e me aconselhar como ninguém, por colorir os meus dias e se preocupar tanto comigo. Natal me deu não só uma amiga, mas uma irmã que vou levar para sempre no coração; E o meu agradecimento à **Patrícia Parente** pela amizade, pelo carinho e dedicação.

Ao meu namorado pelo incentivo, pela dedicação, por ter aturado os meus desesperos e comemorado comigo as minhas vitórias. Obrigada por ter estado ao meu lado todos os dias, por ter me motivado e me dado forças para continuar nesta luta, independente de qualquer circunstância física que viesse a nos separar. Obrigada por acreditar na minha capacidade de superar os meus limites e saiba que você foi fundamental para que eu enfrentasse as lutas diárias da graduação e da vida.

A minha dupla, **Cleice Luiz Silva**, por construir comigo um laço de amizade que levarei para a vida toda. Obrigada por ser, acima de tudo, minha amiga e confidente e por me ajudar tanto, quebrar tantos obstáculos para mim e me ensinar a ser uma aluna e uma pessoa melhor a cada dia.

Aos meus colegas de turma, em nome da minha amiga **Gabriella Bezerra Pinheiro Moreno** e **Mario Ruy Maia**, que foram fundamentais nesta jornada, obrigada pelo carinho, pelos conselhos, pela amizade e por terem estado ao meu lado todo o tempo, desde as madrugadas de estudo até os dias em que comemoramos as notas e aprovações juntos. Desejo sucesso a todos vocês.



A minha família de Natal, **Karyna de Melo Menezes, Clara de Almeida Moura, Tiago João da Silva Filho, Isabelle de Sousa Dantas e Ivana Maria Zacara**, que mesmo eu, sendo tão distante, se fizeram presentes na minha graduação, coloriram os meus dias (e por que não as minhas madrugadas). Vocês tornaram a minha vida bem mais leve e cheia de luz. Obrigada pela amizade e pelo apoio de vocês. Vou levando cada um no meu coração.

A família que primeiro me acolheu em Natal, em nome de **Dannylo Oliveira de Sousa**, pelo incentivo que me deu durante toda a graduação, por me fazer perceber que sem o seu apoio talvez eu não estivesse graduando em uma das melhores faculdades de odontologia do Brasil. Dedico parte desta vitória a você. Obrigada pela dedicação, pelo apoio e pelo cuidado que todos vocês tiveram comigo durante tanto tempo e agradeço por ter feito parte desta família e usufruído de momentos únicos com vocês.

A todos os **funcionários** da instituição pela dedicação, pelo esforço e por nos proporcionarem um bom ambiente de trabalho e socialização.

Ao grupo **Odontocrentes** por ter alimentado a minha fé, trazendo a palavra de Deus para a minha vida, por ter servido de combustível para os meus dias e ter me feito uma pessoa melhor a cada reunião.

Ao **CNPq**, por ter possibilitado e financiado esta pesquisa.

*"O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis."*

(José de Alencar)

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>17</b>
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>19</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

## **ANÁLISE DO ESTADO PSICOLÓGICO EM PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DO ARDOR BUCAL**

*Souza Larissa Moreira de, graduanda, UFRN, Medeiros Ana Myriam de Costa, doutora, UFRN.*

Correspondência:

Larissa Moreira de Souza

Rua Damião José Rodrigues, 734 ó Bodocongó

Campina Grande / Paraíba ó 58109-190

Telefones: (83) 3333-1254

(84) 9902-6276

e-mail: [larissamoreira\\_s@hotmail.com](mailto:larissamoreira_s@hotmail.com)

Conflito de interesse: não houve conflito de interesse para este trabalho.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico /

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

### **RESUMO**

**Objetivo:** Investigar a existência de uma possível associação entre os sintomas da Síndrome do Ardor Bucal (SAB) e condições psicológicas como depressão, estresse e ansiedade. **Métodos:** O estudo foi do tipo longitudinal prospectivo e a amostra foi constituída por pacientes atendidos pelo Serviço de Diagnóstico Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de 2014 à 2015. A amostra foi dividida em dois grupos: (1) SAB e (2) Ardor Bucal Secundário (ABS), de acordo com anamnese, exame clínico e exames laboratoriais realizados. Foram aplicados inventários validados de depressão, ansiedade e estresse, antes e após os tratamentos para o ardor. O estudo foi

composto por 30 pacientes (10 portadores da SAB e 20 da ABS), os grupos exibiram média de idade superior a 55 anos, sendo a maioria do sexo feminino (90% em ambos os grupos) no período de menopausa. **Resultados:** Ardência foi o sintoma mais relatado pelo grupo SAB (90%) e a língua, o local mais referido (80%). Quanto ao aspecto psicológico com relação à SAB, o nível de estresse do grupo, antes do tratamento, foi igualmente distribuído entre sem estresse (40,0%) e estresse físico (40,0%), a maioria dos pacientes apresentou ausência de depressão (70%) e ansiedade mínima (60%). Após tratamento, maior parte do grupo SAB apresentou-se sem estresse (63,6%), sem depressão (60,0%) e também com grau de ansiedade mínima (70,0%). **Discussão:** Foi observado que, independente da condição clínica do indivíduo, o grau de estresse, depressão e ansiedade não interferiram estatisticamente na diminuição dos sintomas da SAB.

**Palavras-chave:** síndrome da ardência bucal, etiologia, ansiedade, depressão, estresse.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To investigate a possible association between Burning Mouth Syndrome (BMS) and psychological factors such as depression, stress and anxiety. **Methods:** The study was a prospective longitudinal type and the sample consisted of patients of Oral Diagnosis Service of the Federal University of Rio Grande do Norte, from 2014 to 2015. The sample was divided into two groups: (1) BMS and (2) Secondary Burning Mouth (SBM), according to medical history, clinical examination and laboratory examinations. Inventories were applied validated depression, anxiety and stress before and after the treatments for burning. The study consisted of 30 patients (10 patients with BMS and 20 with SBM), the group exhibited an average age over 55 years, mostly female (90% in both groups) in menopausal period. **Results:** Burning was the most reported symptom by BMS group (90%) and the site, was the tongue (80%). As for the

psychological aspect regarding the BMS the stress level of the group, before treatment, was equally distributed between no stress (40.0%) and physical stress (40.0%); most of the patients had no depression (70%) and minimal anxiety (60%). After treatment, most of the BMS group performed without stress (63.6%), no depression (60.0%) and with a minimum degree of anxiety (70.0%). **Discussion:** We found that, regardless of the clinical condition of the individual, the degree of stress, depression and anxiety not statistically interfered in decreasing the symptoms of BMS.

**Key-words:** burning mouth syndrome, etiology, anxiety, depression, stress.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome do Ardor Bucal (SAB), atualmente, é considerada uma desordem multifatorial com bases psicológicas<sup>1</sup>. É, tipicamente, caracterizada pela sensação de queimação, ardência e/ou prurido que acomete toda a boca e que ao exame físico não há sinais de causa orgânica<sup>2</sup>. Geralmente, a sintomatologia é caracterizada como contínua e sua intensidade vai de moderada a grave. Pode apresentar picos de exacerbação durante o dia e ao entardecer<sup>3</sup>, podendo estar associada também distúrbios de sono<sup>4</sup>.

A etiologia da SAB ainda é desconhecida<sup>5</sup> e, embora classificações etiológicas tenham sido publicadas, ainda não há clareza quanto à verdadeira causa da síndrome<sup>6</sup>, portanto, não há um entendimento de que condições sistêmicas ou locais possam estar causando essa sintomatologia<sup>7</sup>.

Algumas pesquisas sugerem que essa síndrome seja uma condição neuropática, associada à presença de alterações psicológicas<sup>8</sup>. Problemas como depressão e ansiedade desempenhariam importante papel na modulação da dor, sendo capazes de aumentar ou diminuir a transmissão nervosa dos receptores de dor periféricos e desse modo, modificar a percepção individual da dor<sup>6</sup>.

A observação clínica de pacientes com SAB tem mostrado que o desenvolvimento da síndrome pode estar relacionado com o perfil psicológico e/ou psiquiátrico do indivíduo<sup>9</sup>. A baixa qualidade de vida, quadros de ansiedade, depressão e somatização são, frequentemente, associadas a esta desordem<sup>1</sup>. O que ainda não está esclarecido é se as condições psicológicas poderiam levar ao quadro da SAB ou se são apenas consequências da doença<sup>7</sup> e, além disso, ainda faltam evidências científicas que comprovem, de fato, uma relação causa-efeito entre os fatores psicológicos e o surgimento da SAB, o que torna a síndrome um verdadeiro desafio diagnóstico e terapêutico para a odontologia<sup>10, 11</sup>.

A SAB acomete mais o sexo feminino<sup>12</sup>, com prevalência estimada de 2,5 a 5,1% das mulheres<sup>13</sup> e atinge, em sua maioria, mulheres na pós-menopausa com idade acima dos 55 anos<sup>14</sup>. A sensação de ardor é distribuída bilateralmente<sup>7</sup> e não segue limites anatômicos, porém alguns locais são mais relativamente afetados, como a língua (ápice, dorso e borda lateral), os lábios e o palato, respectivamente<sup>5</sup>.

Ainda não existem padrões para os critérios de diagnóstico e estudos com abordagens diferentes já tentaram formar uma definição consistente para esta doença crônica<sup>7</sup>. Porém, apesar das pesquisas sobre a SAB estarem progredindo, ainda não é possível o estabelecimento de uma base de literatura abrangente<sup>5</sup>.

O seu diagnóstico, atualmente, é feito por exclusão<sup>1</sup>. Portanto, caso um indivíduo não apresente doenças locais ou sistêmicas, o diagnóstico da SAB ou do Ardor Bucal Primário pode ser confirmado, desde que sua sintomatologia esteja ligada a fatores idiopáticos<sup>14</sup>. Caso contrário, o paciente é acometido por um Ardor Bucal Secundário (ABS), o qual a ardência se dá em decorrência a condições patológicas sistêmicas ou locais<sup>7, 16</sup>.

A SAB tem um impacto negativo sobre o bem-estar dos pacientes e influencia a qualidade de vida dos indivíduos portadores. É diante destes desafios que a SAB deve ser tratada como um transtorno num contexto amplo, e devido à falta de clareza em vários aspectos da doença, devem ser oferecidas alternativas para atenuar os sintomas da SAB em seus pacientes<sup>15</sup>.

Algumas terapias incluem o laser diodo de baixo nível de energia, o qual demonstrou a eficácia no tratamento da SAB com resultados satisfatórios<sup>17</sup>, o cloridrato de benzidamina, extrato de capsaicina, benzodiazepínicos e antioxidantes com o ácido alfa-lipóico<sup>18, 19, 20</sup> e o chá de camomila, que tem efeito analgésico<sup>21</sup> e auxilia na redução dos efeitos da queimação em parte dos pacientes.



Diante disso, esta pesquisa objetivou investigar a existência de associação entre os sintomas da SAB e fatores psicológicos como depressão, estresse e ansiedade.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob protocolo de número 053.259.122.000.5537. Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os objetivos da pesquisa foram explicados aos envolvidos no estudo, sendo solicitadas suas assinaturas ao concordarem em participar do trabalho. Após assinado o TCLE, a coleta de dados foi então realizada na clínica de Diagnóstico Oral da UFRN, em local reservado, visando o respeito e a privacidade do paciente.

O estudo foi do tipo longitudinal prospectivo, uma vez que os dados do estudo foram coletados em dois momentos e a população foi constituída por todos os pacientes com queixa de ardor bucal, registrados e atendidos no Serviço de Diagnóstico Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), durante os anos de 2014 e 2015. No primeiro momento, a amostra foi composta por apenas um grupo. Para cada paciente, foi realizada a anamnese, preenchimento de ficha de coleta de dados, exame clínico extra e intra-oral, bem como a solicitação dos seguintes exames laboratoriais: hemograma completo; glicemia; colesterol total e frações; triglicérides; ferritina; vitamina B12; ácido fólico; zinco; níveis séricos de transaminase glutâmica oxalacética (TGO) e de transaminase glutâmica pirúvica (TGP); gamaglutamil transderase (GGT); anticorpos antinucleares (ANA); ureia; creatinina; dosagens dos níveis séricos de cortisol e DHEA; e avaliação das alterações hormonais indicativas de menopausa em mulheres. Os exames solicitados foram realizados em parceria com a Faculdade de

Farmácia da UFRN, seguindo protocolo padrão para todos os pacientes a fim de evitar vieses nos resultados dos mesmos.

No segundo momento, após resultados dos exames, a amostra foi dividida em dois grupos, respeitando o diagnóstico dos pacientes: Grupo SAB ó Pacientes com diagnóstico de Síndrome do Ardor Bucal; Grupo ABS ó Pacientes com diagnóstico de Ardor Bucal Secundário.

Os pacientes incluídos na pesquisa responderam a inventários validados para avaliação dos níveis de depressão (Beck Depression Inventory ó BDI)<sup>22</sup>; estresse (Inventário de Sintomas de Stress do Lipp - ISSL)<sup>23</sup> e ansiedade (Becky Anxiety Inventory - BAI)<sup>24</sup>, sendo o avaliador calibrado por um psicólogo.

Para avaliar a eficácia dos tratamentos que seriam utilizados para alívio dos sintomas da SAB, foi aplicada uma Escala Visual Analógica (EVA), antes e após quatro semanas de tratamento. A EVA é um instrumento importante na aferição da intensidade da dor, sendo útil também para mostrar quais tratamentos têm obtido os melhores resultados, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor (Figura 1). O pesquisador questionava ao paciente quanto a intensidade do sintoma, sendo que 0 era a nota mínima (ausência de dor) e 10, o nível de dor máxima suportada pelo paciente.

Após a primeira aplicação dos questionários e da EVA, a terapêutica foi instituída (bochecho com chá de camomila ó T1 ou aplicação de laser de baixa potência ó T2). A escolha do tratamento para cada paciente se deu por conveniência, visando a possibilidade do sujeito se deslocar até a Faculdade de Odontologia durante 4 semanas. Caso o paciente pudesse comparecer aos retornos na Clínica de Diagnóstico Oral da UFRN era realizada uma aplicação de laser a cada semana, totalizando 4 sessões e, caso não, era prescrito o chá de camomila para que o próprio sujeito pudesse usar o medicamento sem que precisasse sair de sua residência. O quadro 1 mostra o protocolo de utilização do chá de camomila e o quadro 2, o protocolo de aplicação do laser.

O pesquisador prescrevia o chá de camomila em receituário simples, recomendando que o paciente fizesse 1 litro de chá e armazenasse na geladeira, fazendo o bochecho de um copo 3 vezes ao dia durante 1 mês.

Quanto ao uso do laser de baixa intensidade, o aparelho utilizado foi o modelo BioWave de Classe 3B (KONDORTECH Equipamentos Odontológicos Ltda., São Carlos, São Paulo, Brasil) no modo contínuo. O sistema oferece uma potência de 30mw, emitindo um comprimento de onda de 660nm, fluência de 3J/cm<sup>2</sup> e tamanho de spot de 3mm (Quadro 2). Todos os cuidados de biossegurança recomendados para a aplicação de laserterapia, como óculos de proteção para paciente e profissional e irradiações em locais apropriados foram adotados neste estudo.

Ao final do tratamento, os pacientes responderam novamente a escala de dor analógica (para comparar com a primeira escala e observar a melhora ou não do paciente) e os inventários de avaliação psicológica foram aplicados novamente, os mesmos aplicados no início, para comparação do estado psicológico do paciente quando antes e depois do tratamento.

Para a análise dos dados, foi realizada uma estatística descritiva para a caracterização da amostra e, para de verificar se as condições psicológicas estavam associadas aos sintomas, realizou-se o teste de Mann-Whitney com nível de significância de 5%.

## **RESULTADOS**

A amostra foi composta por 30 pacientes com queixa de ardor bucal, sendo estes divididos em dois grupos (tabela 1): grupo SAB (pacientes portadores da Síndrome do Ardor Bucal) composto por 10 pacientes (33,3%), e grupo ABS (pacientes

diagnosticados com Ardor Bucal Secundário) composto por 20 pacientes (66,7%), segundo classificação após os exames clínico-laboratoriais mencionados.

Quanto às características sócio-demográficas da amostra (tabela 1), a média de idade dos pacientes foi de 56,2 ( $\pm 13,49$ ) para SAB e 57,8 ( $\pm 14,8$ ) para ABS. A maior parte da amostra, tanto do grupo SAB quanto do grupo ABS, foi composta 90% pelo sexo feminino, estando todas as portadoras de SAB em estado de menopausa (100%) e a maioria das pacientes do grupo ABS também no mesmo estado (83,3%).

Conforme mostra a tabela 2, quanto a sintomatologia mais referida pelos pacientes do grupo SAB, a ardência foi o sintoma mais citado (90,0%), e a localização mais acometida foi a língua (80,0%), seguida pelo palato (30,0%).

Conforme a tabela 3, no grupo ABS, parte dos pacientes (45%) apresentou algum tipo de doença associada ao ardor, estando a queilite actínica, a candidíase e a estomatite nicotínica presentes nesse grupo. Outra parte (55%) não apresentou doença local ou sistêmica, porém, pode ter apresentado alguma anormalidade nos exames laboratoriais ou fazer uso de medicamento de forma continuada. A maioria dos pacientes, que apresentou ou não alguma enfermidade, fazia uso de algum tipo de medicação (80,0%), como anti-hipertensivos, ansiolítico, benzodiazepínicos ou protetores gástricos, sendo estes os medicamentos relatados.

Segundo a tabela 4, a maior parte dos pacientes com SAB foi tratado com chá de camomila (70%), seguido do tratamento com laserterapia (30%).

Foram analisadas as médias de escalas de dor antes e após os tratamentos dos pacientes com SAB e, de acordo com a tabela 5, a média da intensidade de dor antes do tratamento foi de 7,5 e depois foi de 5,2.

Quanto aos inventários aplicados antes e após os tratamentos, a tabela 6 mostra os seguintes resultados: a maior parte dos pacientes do grupo SAB apresentou estresse (60%) antes do tratamento e após o mesmo, a maioria dos pacientes do grupo SAB

apresentou-se sem estresse (63,6%). Com relação ao grupo ABS, na primeira aplicação do questionário, o número foi equilibrado, estando 50% dos pacientes sem estresse e outros 50% com estresse. Na segunda aplicação ou seja, após o tratamento a maior parte do grupo apresentou estresse (61,9%).

Quanto à depressão, a maioria dos pacientes do grupo SAB e do grupo ABS não apresentou grau de depressão (70,0% e 65,0%, respectivamente) antes do tratamento e o quadro se repetiu, estando os pacientes sem depressão (60,0% e 55,0%) também, após o tratamento.

Sobre os quadros de ansiedade, a maior parte tanto do grupo SAB quanto do grupo ABS, apresentou uma ansiedade de grau mínimo (60,0% e 50,0%, respectivamente) na primeira aplicação do inventário e o mesmo grau de ansiedade (mínimo a 70,0% e 40,0%, respectivamente), quando no segundo momento de aplicação do questionário.

Ao analisarmos a diferença da intensidade da dor (antes e depois) observamos que, independente da condição clínica do indivíduo, o estresse, fase do estresse, depressão e ansiedade não interferiram na diminuição do sintoma relatado pelo paciente (Tabelas 7 e 8).

## **DISCUSSÃO**

A SAB é considerada uma enfermidade crônica<sup>25</sup>, de origem multifatorial<sup>26</sup>, representada por uma sensação de queimação e/ou ardência na boca na ausência de alterações locais ou sistêmicas que pudessem justificar esta sintomatologia<sup>25,27,29</sup>.

Para auxiliar no diagnóstico da síndrome, sugere-se uma separação dos indivíduos em: 1) pacientes portadores da SAB, quando não há lesões ou doenças, locais ou sistêmicas, que estejam causando o ardor; e 2) pacientes com ABS, quando a

sintomatologia decorre de alguma anormalidade clínica<sup>29</sup> diagnosticada durante anamnese, exame clínico e/ou laboratorial.

Em 2013, apesar de o termo SAB ser o mais utilizado, Fortuna, Lorenzo e Pollio<sup>29</sup> citaram outros sinônimos para a mesma síndrome, são eles: condição da boca ardente, síndrome da boca escaldada, síndrome da ardência labial, glossodínia, estomatodínia, glossalgia, glossopirose, estomatopirose e disestesia oral. Além disso, os autores propuseram um novo termo: "Complexa Desordem de Sensibilidade Oral (CDSO)"; e enfatizaram a importância de uma investigação mais aprofundada sobre a natureza da SAB e suas manifestações clínicas. No presente trabalho, o diagnóstico da SAB se deu por exclusão, considerando o critério proposto por Mock et al. (2010)<sup>1</sup> e Gleber et al. (2010)<sup>25</sup>, portanto, o paciente apenas era considerado portador da síndrome caso não houvesse qualquer anormalidade nos exames clínico e laboratorial.

No presente estudo, poucos pacientes foram diagnosticados com SAB. Isso deve, em grande parte, ao grande número de doenças e lesões que podem acometer a boca e/ou o corpo humano e que podem desencadear o ardor na mucosa oral, como as enfermidades mencionadas acima. Apenas 33,3% da amostra foi considerada portadora da SAB e essa prevalência varia bastante na literatura<sup>31,32,29</sup>, o que pode ser justificado pelo fato de não existir um critério único para o diagnóstico desta síndrome, o que torna difícil a comparação entre os estudos<sup>25</sup>. Segundo Ducasse, Courtet e Olie (2013)<sup>26</sup>, ainda não há consenso na comunidade científica acerca dos critérios para o diagnóstico da SAB e esta síndrome precisa ser melhor elucidada<sup>2</sup>. Diferentes abordagens são aplicadas sem que haja uma padronização na metodologia e isso chama atenção para a necessidade de implantar uma diretriz universal, onde os critérios de diagnóstico sejam, enfim, estabelecidos e que possibilitem classificar, de forma clara, os pacientes portadores da SAB e aqueles portadores do ABS.

A SAB comumente afeta as mulheres, em período de pós-menopausa<sup>26,33</sup> e, em geral, acomete pacientes acima dos 50 anos de idade<sup>34,35</sup>. A média de idade para os dois grupos também nessa faixa (56,2 para SAB e 57,8 para ABS). O presente trabalho identificou que tanto a SAB quanto o ABS acomete mais o sexo feminino e que, de fato, a maior parcela das pacientes estava em período de menopausa. Esta observação sugere que a menopausa pode estar relacionada à síndrome e que mais estudos levando em consideração este fator devem ser aprofundados.

Muitos pacientes portadores da SAB relatam a sensação de ardência em várias regiões da cavidade oral e até perioral, porém não são observados sinais clínicos e laboratoriais que a justifiquem<sup>27</sup>. Nesta amostra estudada, a grande maioria dos pacientes relatou a ardência (90%). A área, geralmente, mais acometida pelo ardor é a língua, seguida pelos lábios e o palato<sup>15,36</sup>, porém este sintoma pode não seguir limites anatômicos<sup>15</sup>. O presente estudo também observou que a área mais afetada foi a língua (80%), e o palato foi a segunda região mais referida pelos pacientes.

Como ainda não há um consenso sobre a origem da SAB e nem sobre os critérios quem devem ser adotados para o diagnóstico correto desta síndrome, fica difícil estabelecer um tratamento que seja padrão-ouro. O planejamento terapêutico deve ser feito de forma individual<sup>37</sup> e deve se basear naquilo que o profissional coletou durante uma anamnese bem detalhada e através da interpretação criteriosa dos dados obtidos no exame clínico e laboratorial. Esta atitude tem uma grande probabilidade de resultar em um sucesso terapêutico e pode trazer, para o paciente, efeitos benéficos em longo prazo<sup>38</sup>.

Entre os tratamentos utilizados para o controle da SAB destacam-se: o cloridrato de benzidamina, o extrato de capsaicina tópico ou sistêmico, os benzodiazepínicos tópicos ou sistêmicos, os antioxidantes como o ácido alfa-lipóico, laserterapia, entre outros<sup>39,19,21</sup>.

O uso popular da camomila (*Matricaria recutita*) vem sendo amplamente utilizada como anti-inflamatório. Segundo McKay e Blumberg (2006)<sup>40</sup>, além desse efeito, a erva ainda tem propriedade antioxidante, antimicrobiana, hipocolesterêmica, antígenotóxica, antiagregante plaquetária, as quais foram comprovadas em testes *in vitro*, *in vivo* e em avaliações clínicas.

Singh et al. (2008)<sup>41</sup>, afirmaram que o chá de camomila tem sido recomendado, como bochecho, para pacientes com mucosite devido a tratamentos que envolvem a radioterapia, assim os autores desenvolveram um gel de uso tópico à base de camomila para uso na cavidade oral.

Em concordância com os achados anteriores, Cardoso et al.<sup>42</sup>, em 2005, observaram que o uso do chá de camomila parece ter contribuído para minimizar desconfortos devido a hipossalivação. Nesse sentido, o presente estudo utilizou o chá de camomila como tratamento dos sintomas da SAB por ser um agente terapêutico acessível e de baixo custo, visto que a maior parte dos pacientes atendidos pelo Serviço de Diagnóstico Oral da UFRN são referenciados pelo SUS e trata-se de um público diverso, com condições sócio-econômicas também distintas. O chá de camomila foi o tratamento mais utilizado (70%), seguido pelo laser de baixa intensidade (30%) aplicado em 4 sessões.

A laserterapia é indicada para o controle da dor, biomodulação da inflamação, redução do edema, estimulação da cicatrização e regeneração de tecidos e da inervação<sup>43</sup>. Tanto o efeito analgésico do chá de camomila<sup>44</sup> quanto do laser<sup>45</sup> são bem documentados para terapia de mucosites. Entretanto, vale ressaltar que, apesar da existência de estudos mostrando os efeitos positivos destas duas modalidades de tratamento, suas evidências ainda são controversas e seus mecanismos bioquímicos precisam ser melhor avaliados<sup>43,46</sup>. De acordo com a escala de dor analógica utilizada



neste trabalho, os pacientes responderam positivamente aos tratamentos instituídos, indo de uma média de nota em torno de 7,5 para 5,2.

Muitos autores defendem a participação de distúrbios psicológicos no desenvolvimento da SAB<sup>15,9,47</sup>, embora não seja detectada correlação estatisticamente significativa em muitos estudos<sup>9</sup>.

Pode-se observar que, com a amostra estudada nesta pesquisa, 60%, ou seja, a maioria dos pacientes do grupo da síndrome apresentou estresse e depois do tratamento instituído, grande parcela desse grupo apresentou a ausência do estresse (63,6%). Vale salientar que, de acordo com a escala de dor analógica, os pacientes responderam positivamente aos tratamentos, havendo melhora no quadro da doença e melhora no quadro de estresse, no geral. Pode-se perceber que, alguns pacientes tiveram o ardor amenizado e o nível de estresse também, porém são necessários estudos controlados e com amostras maiores para comprovar se há, realmente, alguma associação entre a SAB e o estresse.

Ao contrário, no grupo ABS, a maioria dos pacientes, antes do tratamento, apresentou ausência de estresse (50%) e ao final, obteve-se igual quantidade de pacientes, entretanto, com estresse (50%). De acordo com a escala de dor, os pacientes responderam de forma positiva aos tratamentos, obtendo-se melhora com relação ao ardor, porém o quadro de estresse, no geral, obteve piora.

Quanto aos quadros de depressão e ansiedade, a maioria dos pacientes de ambos os grupos (SAB e ABS), não apresentou mudança relevante do quadro, antes e após os tratamentos. Os dois grupos foram compostos, em grande parte, por pacientes sem depressão e ansiedade mínima nas duas etapas desse trabalho.

Vale salientar que, apesar de não ter apresentado diferença estatística entre o estado psicológico do paciente e a síndrome (tabela 7), no presente trabalho, uma condição psicológica alterada pode afetar as subjetividades de dor dos portadores da

SAB<sup>48</sup>. Soares, Lima e Pereira<sup>48</sup>, em 2008, traçaram um perfil psicológico para os pacientes com SAB, utilizando o mesmo inventário de depressão utilizado no presente trabalho. Os autores observaram que, ao contrário dos resultados apresentados aqui, o grupo com SAB apresentou maior prevalência de sintomas de depressão do que grupo controle. Isto pode ser devido à metodologia, diferente nos dois trabalhos. A presente pesquisa aplicou os questionários antes e após o tratamento, para observação do comportamento psicológico dos pacientes, e o trabalho citado aplicou em apenas uma etapa de forma a traçar, simplesmente, o perfil do grupo SAB.

Embora a literatura mostre alguns estudos, sugerindo que a SAB pode ser consequência de distúrbios psicológicos<sup>6,8</sup>, pensar que o contrário também é possível, torna a síndrome, talvez, a causadora das alterações psicológicas também, devido até a situação crônica de dor decorrida pela SAB. Quando o paciente não tem explicação para a causa do ardor, quando apresenta dificuldades no tratamento ou até mesmo pela incerteza do diagnóstico, o paciente pode vir a ter alguma alteração no nível de estresse, depressão ou ansiedade. Em algumas alterações neuropáticas crônicas os achados de alterações psicológicas são comuns, e estes são considerados efeitos da dor<sup>6</sup>.

Ao analisarmos a intensidade da dor (antes e após os tratamentos) observamos que, independente do grupo (SAB ou ABS), não houve diferença estatística entre a condição psicológica (estresse, ansiedade e depressão) e o sintoma relatado pelos pacientes. Sugere-se que sejam realizados mais estudos do tipo longitudinal e, se possível, com amostras maiores para se chegar a uma conclusão definitiva.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a fonte financiadora deste projeto, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, por proporcionar a viabilidade do mesmo e

à Universidade Federal do Rio Grande do Norte pelo incentivo e pela estrutura oferecidos.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. MOCK D, CHUGH D. Burning Mouth Syndrome. *Int J Oral Sci* 2010; 2:1-4.
2. GURVITS GE, TAN A. Burning Mouth Syndrome. *World J Gastroenterol* 2013; 19:665-672.
3. JÄÄSKELÄINEN SK. Pathophysiology of Primary Burning Mouth Syndrome. *Clin Neurophysiol* 2012;123:71-77.
4. ADAMO D, SCHIAVONE V, ARIA M et al. Sleep disturbance in patients with burning mouth syndrome: a case-control study. *J Orofac Pain* 2013;27:305-313.
5. TORGERSON RR. Burning mouth syndrome. *Dermatol Ther* 2010;23:291-8.
6. MINGUEZ-SANZ MP, SALORT-LLORCA C, SILVESTRE-DONAT FJ. Etiology of burning mouth syndrome: A review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011;16:144-8.
7. CROW HC, GONZALEZ Y. Burning Mouth Syndrome. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2013;25:67-76.
8. MUBEEN K, NEERA OHRI BDS. Burning Mouth Syndrome: An Enigma. *Int J Odontostomatol* 2011;5:23-7.
9. DE SOUZA FTA, TEXEIRA AL, AMARAL TMP, et al. Psychiatric disorders in burning mouth syndrome. *J Psychosom Res* 2012A;72:142-146.
10. DAHIYA P, KAMAL R, KUMAR M, et al. Burning Mouth Syndrome and Menopause. *Int J Prev Med* 2013;4:15-20.
11. JIMSON S, RAJESH E, KRUPAA RJ, KASTHURI M. Burning mouth syndrome. *J Pharm Bioall Sci* 2015;7:194-6.
12. TOKURAA T, KIMURAA H, ITOB M, et al. Temperament and character profiles of patients with burning mouth syndrome. *J Psychosom Res* 2015; 78:495-498.

13. LAMEY PJ, MURRAY BM, EDDIE SA, et al. The secretion of parotid saliva as stimulated by 10% citric acid is not related to precipitating factors in burning mouth syndrome. *J Oral pathol Med* 2001;30:121-4.
14. BRUFAU-REDONDO C, MARTIN-BRUFAU R, CORBALAN-VELEZ R, et al. Síndrome de boca urente. *Actas Sifiliog* 2008;99:431-40.
15. SPANEMBERG, JC, CHERUBINI K, FIGUEIREDO MAZ, et al. Aetiology and therapeutics of burning mouth syndrome: an update. *Gerodontol* 2012;29:84-89.
16. FORTUNA G, DI LORENZO M, POLLIO A. Complex oral sensitivity disorder: a reappraisal of current classification of burning mouth syndrome. *Oral Dis* 2013;19:730-2,.
17. YANG H, HUANG YF. Treatment of burning mouth syndrome with a low-level energy diode laser. *Photomed Laser Surg* 2011;29:123-125.
18. KO J, KIM M, LEE S, et al. Outcome predictors affecting the efficacy of clonazepam therapy for the management of burning mouth syndrome (BMS). *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55:755-761.
19. NAGASHIMA W, HIROYUKI K, MIKIKO I, et al. Effectiveness of Duloxetine for the Treatment of Chronic Nonorganic Orofacial Pain. *Clin Neuropharm* 2012;35:273-277.
20. TATULLO M, MARRELLI M, SCACCO S, et al. Relationship between oxidative stress and "burning mouth syndrome" in female patients: a scientific hypothesis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012;12:1218-1221.
21. RAMOS-E-SILVA M, FERREIRA AF, BIBAS R. Clinical evaluation of fluid extract of Chamomila recutita for oral aphthae. *J Drugs Dermatol* 2006;5:612-617.
22. BECK AT, WARD CH, MENDELSON, M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961;4:561-571.

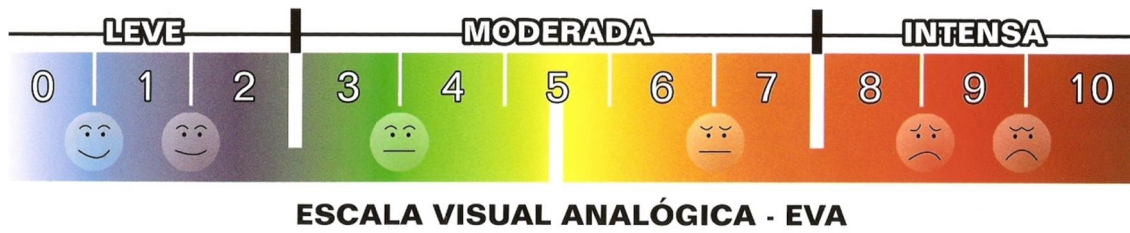
23. LIPP MNE. *Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
24. BECK A, EPSTEIN N, BROWN G, et al. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric Properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897.
25. GLEBER NETTO FO, DINIZ IMA, GROSSMANN SMC, et al. Síndrome da ardência bucal: uma revisão sobre aspectos clínicos, etiopatogenia e manejo. *Rev Cubana Estomatol* 2010;47:417-27.
26. DUCASSE D, COURTET P, OLIE E. Burning mouth syndrome: current clinical, physiopathologic, and therapeutic data. *Reg Anesth Pain Med* 2013;38:380-90, .
27. SUN A, WU KM, WANG YP, et al. Burning mouth syndrome: a review and update. *J Oral Pathol Med* 2013;42:649-655.
28. DONAT FJS, RANGIL JS, JORNET PL. Síndrome de boca ardiente. *Rev neurol* 2015;60:457-463.
29. THOPPAY JR, DE ROSSI SS, CIARROCCA KN. Burning mouth syndrome. *Dent Clin North Am* 2013;57:497-512.
30. FORTUNA, G.; DI LORENZO, M.; POLLIO, A. Complex oral sensitivity disorder: a reappraisal of current classification of burning mouth syndrome. *Oral Dis* 2013;19:730-2, 2013.
31. ALMEIDA A, GAGO MT. Síndrome de ardor bucal: controvérsias e realidades. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 2004;45:85-103.
32. VAIDYA R. Burning mouth syndrome at menopause: Elusive etiology. *J Midlife Health* 2013;3:3-4.
33. 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* 2013;3:320-3.

34. ZUR E. Burning mouth syndrome: a discussion of a complex pathology. *Int J Pharm Compd* 2012;16:196-205.
35. CHARLESTON IV L. Burning Mouth Syndrome: A Review of Recent Literature. *Curr Pain Headache Rep* 2013;17:336.
36. BRUCE A, TORGERSON RR, WRISTON CC. et al. Burning Mouth Syndrome. In: Bewley A, Taylor RE, Reichenberg JS, Magid M, eds. *Practical Psychodermatology*. Oxford: John Wiley & Sons, 2014:21c.
37. FORSSELL H, TEERIJOKI-OKSA T, KOTIRANTA U, et al. Pain and pain behavior in burning mouth syndrome: a pain diary study. *J Orofac Pain* 2012;26:117-125.
38. ARAVINDHAN R, VIDYALAKSHMI S, KUMAR MS, et al. Burning mouth syndrome: A review on its diagnostic and therapeutic approach. *J Pharm Bioallied Sci* 2014;6:S216S25.
39. PETRUZZI M, LAURITANO D, DE BENEDITTIS M, et al. Systemic capsaicin for burning mouth syndrome: short-term results of a pilot study. *J Oral Pathol Med* 2004;33:111-114.
40. MCKAY DL, BLUMBERG JB. A review of the bioactivity and potential health benefits of chamomile tea (*Matricaria recutita* L.). *Phytotherapy Research* 2006;20:519-530.
41. SINGH MV, DIAS LO, BALDINI NLF. Desenvolvimento farmacotécnico e avaliação da estabilidade de gel com extrato aquoso de camomila para uso bucal. *Rev Bras Farm* 2008;89:134-138.
42. CARDOSO MFA, NOVIKOFF S, TRESSO A. Prevenção e controle de sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. *Radiol Bras* 2005;38:107-115.

43. HUANG YY, CHEN AC, CARROLL JD, et al. Biphasic dose response in low level light therapy. *Dose-Response* 2009;7:358-383.
44. PEZELJ-RIBARI S, KQIKU L, BRUMINI G, et al. Proinflammatory cytokine levels in saliva in patients with burning mouth syndrome before and after treatment with low-level laser therapy. *Lasers Med Sci* 2013;28:297-301.
45. GIACOMOLLI C, FRIEDRICH HC, UNFER B. Prevalência e medidas empregadas para o controle da mucosite oral induzida pelo uso de antineoplásicos em Centro de Transplante de Medula Óssea. *J Health Sci Inst* 2014;32:74-77.
46. KOMIYAMA O, NISHIMURA H, MAKIYAMA Y, et al. Group cognitive-behavioral intervention for patients with burning mouth syndrome. *J Oral Sci* 2013;55:17-22.
47. MOURA SAB, MEDEIROS AMC, LEITE JF, et al. Aspectos Psicogênicos da Síndrome do Ardor Bucal. *R Bras Ci Saúde* 2008;12:217-228.
48. SOARES MSM, LIMA JMC, PEREIRA SCC. Avaliação do fluxo salivar, xerostomia e condição psicológica em mulheres com Síndrome da Ardência Bucal. *Rev Odontol UNESP* 2008;37: 315-319.



Figura 1 6 Escala Visual Analógica utilizada no trabalho. Natal/RN. 2015.



Quadro 1 ó Protocolo do uso do chá de camomila. Natal/RN. 2015.


Quadro 2 Protocolo de aplicação do laser de baixa potência ó Biowave de Classe 3B.

<b>Equipamento</b>	Laser de baixa potência ó BioWave de Classe 3B
<b>Potência</b>	30mW
<b>Comprimento de onda</b>	660nm
<b>Área do feixe</b>	3mm
<b>Densidade de energia, dose, fluência ou exposição radiante</b>	3J/cm <sup>2</sup>
<b>Número total de pontos</b>	Varia em função da área irradiada
<b>Distância entre os pontos</b>	1cm
<b>Tempo de aplicação por ponto</b>	10s
<b>Tempo total</b>	Varia em função da área irradiada
<b>Frequência</b>	Modo contínuo
<b>Número de sessões</b>	4
<b>Modo de aplicação</b>	Contato

Tabela 1 ó Caracterização da amostra dos grupos da Síndrome do Ardor Bucal (SAB) e do Ardor Bucal Secundário (ABS). Natal/RN. 2015.

	<b>SAB</b>	<b>ABS</b>
	<b>Média(DP)</b>	<b>Média (DP)</b>
<b>Idade (anos)</b>	56,2 ( $\pm$ 13,49)	57,8 ( $\pm$ 14,8)
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Diagnóstico</b>		
Grupo	10 (33,3)	20 (66,7)
<b>Sexo</b>		
Masculino	1 (10)	2 (10)
Feminino	9 (90)	18 (90)
<b>Menopausa</b>		
Sim	9 (100)	3 (16,6)
Não	-	15 (83,3)
<b>Estado civil</b>		
Casado	9 (90)	16 (80)
Solteiro/Divorciado/Viúvo	1 (10)	4 (20)
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	-	2 (10)
Ensino fundamental completo/incompleto	6 (60)	15 (75)
Ensino médio completo/incompleto	2 (20)	3 (15)
Ensino superior completo/incompleto	2 (20)	-

Fonte: Autora, 2015.

Tabela 2 ó Distribuição dos pacientes segundo os sintomas apresentados pelos pacientes com Síndrome do Ardor Bucal (SAB) e sua localização. Natal/RN. 2015.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sintomas</b>		
<b>Ardência</b>	9	90,0
<b>Parestesia</b>	-	-
<b>Queimação</b>	1	10,0
<b>Local dos sintomas</b>		
<b>Boca toda</b>	1	10,0
<b>Lábio</b>	1	10,0
<b>Língua</b>	8	80,0
<b>Palato</b>	3	30,0

Fonte: Autora, 2015.

Tabela 3 - Distribuição dos casos de Ardor Bucal Secundário (ABS) quanto à presença de doença associada ao ardor ou medicamento utilizado de forma contínua. Natal/RN, 2015.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Doença associada</b>		
Sim	9	45,0
Não	11	55,0
<b>Medicamento</b>		
Sim	16	80,0
Não	4	20,0

Fonte: Autora, 2015.

Tabela 4 ó Tratamentos instituídos para os pacientes portadores da SAB. Natal/RN. 2015.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tratamento</b>		
Chá de camomila	7	70
Laser	3	30

Fonte: A autora, 2015.

Tabela 5 - Caracterização da amostra quanto as variáveis quantitativas de intensidade de dor.  
Natal/RN. 2015.

	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Md</b>	<b>Mín-Máx</b>	<b>Q<sub>25</sub>-Q<sub>75</sub></b>
<b>Intensidade da dor (1ª aplicação)</b>	7,5	±2,72	8,5	3-10	5-10
<b>Intensidade da dor (2ª aplicação)</b>	5,2	±2,66	5	2-10	3-8

Fonte: A autora, 2015.



Tabela 6 ó Comparação do estresse, depressão e ansiedade antes e após o tratamento de acordo com o diagnóstico. Natal/RN. 2015.

	<b>SAB</b>	<b>ABS</b>
	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>
<b>ESTRESSE (antes do tratamento)</b>		
Sem Estresse	4(40)	10(50)
Com estresse	6(60)	10(50)
<b>ESTRESSE (após o tratamento)</b>		
Sem Estresse	7(63,6)	8(38,1)
Com Estresse	4(36,4)	13(61,9)
<b>DEPRESSÃO (antes do tratamento)</b>		
Sem depressão	7(70)	13(65)
Depressão leve a moderada	3(30)	3(15)
Depressão moderada a severa	0(0)	4(20)
<b>DEPRESSÃO (após o tratamento)</b>		
Sem depressão	6(60)	11(55)
Depressão leve a moderada	2(20)	6(30)
Depressão moderada a severa	2(20)	3(15)
<b>ANSIEDADE (antes do tratamento)</b>		
Mínima	6(60)	10(50)
Leve	2(20)	8(40)
Moderada	2(20)	0(0)
Severa	0(0)	2(10)
<b>ANSIEDADE (após tratamento)</b>		
Mínima	7(70)	8(40)
Leve	2(20)	6(30)
Moderada	1(10)	5(25)
Severa	0(0)	1(5)

Fonte: Autora, 2015.

Tabela 7 ó Comparação da diferença da intensidade da dor (antes e depois) de acordo com as condições psicológicas para Síndrome do Ardor Bucal (SAB). Natal/RN. 2015.

	<b>Intensidade da dor</b>	<b>P</b>
	<b>Md</b>	
<b>Estresse</b>		
<b>Ausente</b>	0	0,352
<b>Presente</b>	2	
<b>Fase</b>		
<b>Resistência</b>	1,5	-
<b>Exaustão</b>	-	
<b>Depressão</b>		
<b>Ausente</b>	2	0,102
<b>Presente</b>	0	
<b>Ansiedade</b>		
<b>Mínima a leve</b>	2	0,213
<b>Moderada a severa</b>	1	

Fonte: Autora, 2015.

Tabela 8 ó Comparação da diferença da intensidade da dor (antes e depois) de acordo com as condições psicológicas para o Ardor Bucal Secundário (ABS). Natal/RN. 2015.

	<b>Intensidade da dor</b>	<b>P</b>
	<b>Md</b>	
<b>Estresse</b>		
<b>Ausente</b>	3,5	0,843
<b>Presente</b>	3,5	
<b>Fase</b>		
<b>Resistência</b>	3,5	0,735
<b>Exaustão</b>	3,5	
<b>Depressão</b>		
<b>Ausente</b>	5	0,459
<b>Presente</b>	2	
<b>Ansiedade</b>		
<b>Mínima a leve</b>	4,5	0,800
<b>Moderada a severa</b>	2	

Fonte: Autora, 2015.