INÊS FUGITARO OTOBE CHEBEL

Ação do tratamento homeopático na sintomatologia da síndrome da ardência bucal em duas fases: estudo duplo cego placebo controlado e estudo aberto

São Paulo

2012

INÊS FUGITARO OTOBE CHEBEL

Ação do tratamento homeopático na sintomatologia da síndrome da ardência bucal em duas fases: estudo duplo cego placebo controlado e estudo aberto

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor e, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Diagnóstico bucal

Orientador: Prof. Dr. Fernando Ricardo Xavier da Silveira.

São Paulo

2012

Chebel OFI. Ação do tratamento homeopático na sintomatologia da síndrome da ardência bucal em duas fases: estudo duplo cego placebo controlado e estudo aberto. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Odontologia.

Aprovado em: / /2013

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, a Luz que emana no Universo e nos mantém vivos, repletos de energia Vital. A energia que mantém tudo em equilíbrio. A luz que ilumina todas as formas de conhecimento, de amor e solidariedade. A luz da cura e da graça. Gratidão profunda por minha vida.

Aos meus pais (*in memoriam*), Benedictus e Anita, pelo amor incondicional devotado à família. Pelas palavras de conforto e força, quando estava triste. Por me ensinarem a nunca desistir de um sonho e de sempre buscar a felicidade, respeitando o livre arbítrio do próximo. Ser livre, com responsabilidade, esse foi o maior presente que eles me proporcionaram. Gratidão por tudo.

Aos meus queridos irmãos, Sueli e Reinaldo. Meus eternos cúmplices na arte de viver. Ao meu amado sobrinho Reinaldo Junior, filho do coração. Aos meus cunhados Aldo e Aidamar, meus irmãos por escolha.

Ao meu querido e amado esposo, Sergio C. Chebel, pelo companheirismo, compreensão, paciência e incentivo constantes. Minha alma gêmea. Eu te amo.

Aos meus filhos do coração, Ramiro, Renato e Fabiana que preencheram a minha vida com muitas bênçãos; e principalmente, replicaram essas graças com os netos: Ana Clara, Amanda e Pedro. Beijos.

A todos os meus familiares que sempre estiveram presentes nos momentos difíceis e felizes de minha vida.

Aos meus queridos pacientes, que acreditaram em mim incondicionalmente.

Gratidão a Todos.

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr. Fernando Ricardo Xavier da Silveira, meu orientador da Tese e da Vida, meu amigo. Pelo respeito e consideração à minha pessoa, por estar sempre presente quando precisei de ajuda.

Ao prof. Dr. Dante Antonio Migliari, pelo incentivo à busca de novos conhecimentos, pela oportunidade que me concedeu de desenvolver novos conceitos de tratamento, sem preconceitos. Grata pela amizade e consideração.

Aos professores da Disciplina de Estomatologia Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, FOUSP Dr. Norberto Nobuo Sugaya, Dr.Fabio de Abreu Alves, Profa. Dra. Andréa Lusvarghi Witzel e. Dr. Celso Augusto Lemos júnior, que muito contribuíram para a minha formação.

Aos funcionários da FOUSP por toda atenção, carinho e auxilio nas atividades, especialmente Laerte, Cecília.

Em especial e com muito carinho, à Iracema Mascarenhas Pires (Nina), pela atenção, amizade e carinho que sempre demonstrou sempre pronta a me ajudar.

Á Dra. Anali Gerevini Marques, farmacêutica responsável pela randomização e manipulação dos medicamentos homeopáticos e à farmácia L'officine.

Ao Prof. Alessandro De Ana do IPEN pela realização da análise estatística

A todos os meus colegas do Programa de pós- graduação, sucesso a todos!

Tocando Em Frente

Ando devagar porque já tive pressa,
E levo esse sorriso, porque já chorei demais,
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe,
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei,
ou nada sei. Conhecer as manhas e as manhãs,
O sabor das massas e das maçãs.
É preciso amor pra poder pulsar, é preciso paz
Pra poder sorrir, é preciso a chuva para florir.

Penso que cumprir a vida, seja simplesmente
Compreender a marcha, ir tocando em frente,
Como um velho boiadeiro, levando a boiada
Eu vou tocando os dias pela longa estrada, eu vou,
Estrada eu sou. Conhecer as manhas e as manhãs,
O sabor das massas e das maçãs,
É preciso amor pra poder pulsar, é preciso paz
Pra poder sorrir, é preciso a chuva para florir.

Todo mundo ama um dia, todo mundo chora,
Um dia a gente chega, no outro vai embora.
Cada um de nós compõe a sua história, cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz, e ser feliz.
Conhecer as manhas e as manhãs,
O sabor das massas e das maçãs,
É preciso amor pra poder pulsar, é preciso paz
Pra poder sorrir, é preciso a chuva para florir.

Ando devagar porque já tive pressa,
E levo esse sorriso, porque já chorei de mais,
Cada um de nós compõe a sua história, cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz, e ser feliz.

Almir Sater

Interrupção, incoerência, surpresa são as condições comuns de nossa vida. Elas se tornaram mesmo necessidades reais para muitas pessoas, cujas mentes deixaram de ser alimentadas.....
por outra coisa que não mudanças repentinas e estímulos constantemente renovados.... Não podemos mais tolerar o que dura. Não sabemos mais fazer com que o tédio dê frutos.

Assim toda a questão se reduz a isto: pode a mente humana dominar o que a mente humana criou?

Paul Valéry

RESUMO

Chebel OFI. Ação do tratamento homeopático na sintomatologia da síndrome da ardência bucal em duas fases: estudo duplo cego placebo controlado e estudo aberto [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2012. Versão Corrigida.

A síndrome da ardência bucal (SAB) é definida como uma sensação de queimação principalmente na língua, palato e ou gengiva ou em outra região da mucosa oral, na ausência de lesão oral específica. Caracterizada por uma contínua, espontânea, e intensa sensação de queimação como se a boca ou a língua tivessem sido escaldadas. A etiologia é pobremente compreendida embora nova evidências como neurológicas, emocionais e alterações hormonais estejam relacionadas com a SAB. É mais comum entre as mulheres na pós-menopausa e causa intenso desconforto e sofrimento. Antidepressivos tricíclicos, benzodiazepínicos e drogas antipsicóticas são as opções mais indicadas no tratamento e mostraram resultados variáveis. O objetivo desse estudo foi investigar a ação do tratamento homeopático na sintomatologia da ardência bucal em duas fases: estudo duplo-cego placebo-controlado e estudo aberto. Associados à SAB, níveis de ansiedade e depressão também foram considerados. Esse estudo foi composto por 31 pacientes diagnosticados com SAB na Clinica do Departamento de Estomatologia da FOUSP, entre julho de 2011 a setembro de 2012. Estes (25 mulheres, e 6 homens média de idade de 58,93 anos, variação 34-85 anos), foram randomizados em dois grupos G1(*Arsenicum album) e* G2 (Placebo), durante 90 dias, com "*washout" de* 30 dias (FASE1). O sintoma ardor bucal e a resposta terapêutica foram avaliadas utilizando uma escala visual de sintomatologia (EVS) a cada visita. Para se avaliar o Efeito global percebido (EGP), utilizou-se uma escala de 5 pontos ao término da FASE 1. O nível de redução sobre o sintoma ardor avaliado pela EVS e o efeito Global percebido (EGP) foram estatisticamente significantes para o grupo G1(*Arsenicum album*) com redução de sintoma de 44,50% em relação ao placebo (12,65%). Na FASE 2 (estud0 aberto), 28 pacientes que participaram da FASE 1, receberam medicamento homeopático individualizado durante 7 meses, com visitas mensais e *Washout d*e 60 dias. O sintoma ardor e resposta terapêutica foram avaliados

utilizando (EVS) inicial obtido ao final da FASE 1, e no final da FASE 2. Houve redução de sintomas no final do tratamento de 64,60%. A análise dos dados nos permitiu concluir que ambos os tratamentos FASE 1 e FASE 2 tiveram efeito terapêutico com significância estatística. Houve efetividade do tratamento homeopático sobre o placebo na sintomatologia da ardência bucal. A FASE 2 apresentou melhores resultados quando comparados aos resultados obtidos na FASE 1. O Grupo Medicamento da FASE 2 foi mais eficaz quando comparado aos Grupos, Medicamento e Placebo da FASE 1, com significância estatística no intervalo de confiança estabelecido. Os melhores resultados foram observados nos pacientes com sintomas entre 6 - 36 meses.

Palavras-chave: síndrome da ardência bucal, tratamento, Homeopatia.

ABSTRACT

Chebel OFI. Action of homeopathic treatment in the Symptoms of burning mouth syndrome in two phases: double-blind placebo controlled study and open trial study [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2012. Versão Corrigida.

Burning mouth syndrome (BMS) is defined as a burning sensation mainly on the tongue, palate and/or gingival or in any other region of the oral mucosa, in the absence of specific oral lesions. BMS is typically characterized by a continuous, spontaneous, and often intense burning sensation as if the mouth or tongue were scaled or on fire. The etiology of this disorder is poorly understood even though new evidence of involvement of neurological, emotional and hormonal alterations. The correct diagnosis of BMS and the exclusion of possible local or systemic factors that can be associated with the symptoms are fundamental. It is most common among postmenopausal women and causes intense discomfort and suffering. This condition often affects the health related quality of life in patients. Tricyclic antidepressants, benzodiazepines and antipsychotic drugs are the most accepted options in treatment and show variable results. The aims of this study were to investigate the action of homeopathy treatment in the symptomatological burning mouth syndrome in two phases: double-blind placebo controlled study and open trial study. Association of BMS with level of anxiety and depression had been considered. This study comprised data from 31 patients diagnosed with BMS in the outpatients Clinic of the Department of Stomatology, FOUSP, between July, 2011 and September, 2012. Thirty-one patients (25 women, 6 men median age 58.93 years, range 34-85), were randomized in two groups G1 (A*rsenicum album)* and G2 (Placebo) during 90 days, with *washout* for 30 days (PHASE 1).The oral symptoms and the treatment response were assessed using visual analogue scale (VAS) before and after the treatment and the global perceived effect (GPE) score using 5 point scale at the end of the PHASE 1. The level of burning reduction assessed by VAS was significant (44.50% with *Arsenicum album* and 12.65% with Placebo). In the PHASE 2, twenty-eight patients that participate of the PHASE 1, received individualized homeopathic medication during 7 months, with monthly visits and *washout* for 60 days. The symptoms and therapeutic response were assessed using VAS before and after treatment and the

global perceived effect (GPE) at the end of PHASE 2. The level of burning reduction assessed by VAS was 64.60%. We concluded that both treatment PHASE1 and PHASE 2 had therapeutic effectiveness with statistical significance. The use of *arsenicum album* was better than Placebo to control the BMS symptoms. PHASE 2 showed the best results when compared to PHASE 1. The medication Group in PHASE 2 was more effective when compared to the groups, *arsenicum album* and Placebo of the PHASE 1, with statistical significance. The best results were observed in the patients between 6-36 months under treatment.

Keywords: Burning mouth syndrome. Therapeutic. Homeopathy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Distribuição dos pacientes segundo idade, gênero, etnia e hábitos.....57

Tabela 5.2 - Fatores clínicos sistêmicos associados à SAB (n=31) 58

Tabela 5.3 Características clínicas da sintomatologia da SAB N=31.....60

Tabela 5.4 - Fatores clínicos locais associados à SAB..... 61

Tabela 5.5 - Fatores psicogênicos associados à SAB 62

Tabela 5.6 - Dados biodemográficos dos pacientes com SAB na FASE 1(N=31) 63

Tabela 5.7 - Variação da Escala Visual de Sintoma (EVS) N=31 FASE 1 65

Tabela 5.8 - Efeito Global Percebido na FASE 1 65

Tabela 5.9- Característica dos pacientes em tratamento na FASE 2.....67

Tabela 5.10- Medicamentos homeopáticos mais prescritos na FASE 2 (n=28).....68

Tabela 5.11- Tabela Variantes reativas na FASE 2 (n=28) 68

Tabela 5.12- Estado geral dos pacientes com SAB pré e pós-tratamento homeopático.....70

Tabela 5.13- Efeito Global Percebido nas FASES 1 X FASE 2.....71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SAB	síndrome da ardência bucal
cH	centesimal Hahnemanniana
IDATE	Inventário Traço-Estado
CES-D	Escala de Rastreamento Populacional para Depressão
EGP	Efeito Global percebido
Ars	Arsenicum album

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14

2 REVISÃO DA LITERATURA 20

2.1 Epidemiologia 21
2.2 Classificação e subgrupos 22
2.3 Etiopatogenia 23
2.4 Critérios de diagnóstico 30
2.5 Revisões dos Tratamentos propostos na SAB 32
2.6 O medicamento homeopático 35
2.6.1 Preparo do medicamento homeopático 37
2.6.2 Efeitos adversos no tratamento homeopático 40
2.6.3 Homeopatia e a pesquisa clínica 40
2.6.4 A utilização do *arsenicum album* 41
2.6.5 Filosofas de tratamento homeopático 42
2.6.6 A importância do efeito placebo na pesquisa clínica 43

3 PROPOSIÇÃO 46

4 CASUÍSTICA-MATERIAL E MÉTODOS 47

4.1 Critérios de exclusão 47
4.2 Coleta de dados 47
4.3 Métodos 48
4.4 Avaliação da resposta terapêutica 50
4.5 Seguimento dos pacientes 51
4.6 Exames complementares 52
4.7 Análise dos dados 53
4.7.1 Análise descritiva 53
4.7.2 Análise inferencial 53
4.7.2.1 Fase 1 Intra grupos: Medicamento e Placebo estudo da EVS 54
4.7.2.2 Fase 2 Intra grupos: Medicamento e Placebo estudo da EVS 54
4.7.3 Análise intergrupos e Avaliação EGP 54

5 RESULTADOS 55

6 DISCUSSÃO 72

CONCLUSÕES 82

REFERÊNCIAS 83

APÊNDICES 97

ANEXOS 113

1 INTRODUÇÃO

1.1 Síndrome da ardência bucal

A síndrome da ardência bucal (SAB) é caracterizada por uma contínua, espontânea, frequente e intensa sensação de queimação em mucosa oral clinicamente normal, como se a boca, a língua, os lábios, gengivas e as mucosas tivessem sido escaldadas ou queimadas, (Tseikhin et al., 2007). A SAB pode também esta associada à vulvodinia, um desconforto vulvar associado a uma dor queimante, ocorrendo na ausência de relevantes achados clínicos (Petruzzi et al., 2007). A etiologia permanece desconhecida embora existam evidências para a possibilidade de uma patogênese neuropática idiopática na SAB (Granot; Nagler, al, 2005).

A síndrome recebeu varias denominações como estomatodinia, estomatopirose, e diestesia. Os sintomas incluem além da dor queimante bucal, sede, boca seca, disgeusia, persistente alteração do paladar, irritabilidade, mudanças nos hábitos alimentares, depressão, e diminuição do desejo de socialização (Grushka, 1987; Gorsky et al ., 1991; Grushka et al., 2003;). A dor é descrita como constante, não desaparecendo naturalmente. Vários locais podem ser afetados, incluindo lábios, palato, gengivas e língua. No entanto, a língua é o local mais afetado da cavidade oral (Gorsky et al., 1991; Lamey; Lamb, 1988; Vidas, 1988). A SAB não apresenta padrão histológico característico, seu diagnóstico limita-se na aparente normalidade da mucosa oral do paciente (Locker; Gruska, 1987). Caracteriza-se, no entanto, como uma doença idiopática distinta com sintomas de ardência na mucosa oral que pode potencialmente piorar por fatores locais ou sistêmicos, como nas deficiências nutricionais, alterações hormonais na menopausa, infecções locais, lesões relacionadas a próteses, xerostomia, reações de hipersensibilidade, medicamentos, e doenças sistêmicas como a diabetes mellitus (Benzon et al., 2005; Barker; Savage, 2005; Buchanan; Zakrewska, 2002; Brown et al., 1999). É importante ressaltar que o diagnóstico do SAB deverá ser estabelecido somente depois que todas as outras possíveis causas tenham sido avaliadas (Benzon et al., 2005; Barker; Savage, 2005).

A prevalência da SAB na população geral está entre 0,7% a 4,6% (Lamey; Lamb, 1988). Aproximadamente 1,3 milhões de americanos adultos, principalmente as mulheres no período pós-menopausa, sofrem com a SAB. As mulheres são 7 vezes mais afetadas do que os homens (Lamey; Lamb, 1988). A idade média dos pacientes com SAB está entre 55 e 60 anos, ocorrendo raramente na faixa dos 30 anos não existindo relatos de casos em crianças (Drage; Rogers, 1999; Drage; Rogers, 2003; Danhauer et al, 2002). A média de duração da SAB é de 2 a 3 anos (Drage; Rogers, 1999; Drage; Rogers, 2003). A permanência dos sintomas por mais de 18 anos foram citados em casos raros.

A SAB afeta pessoas de todas as etnias e condições socioeconômicas (Tseikhin et al ., 2007). No período de 1998 a 2006 foram realizadas revisões de artigos publicados na literatura descrevendo diferentes opções farmacológicas para seu tratamento. Embora, resultados satisfatórios tenham sido relatados, um tratamento eficaz para a maioria dos casos ainda precisa ser estabelecido (Serra et al ., 2007).

1.2 Homeopatia

1.2.1 As origens da Homeopatia

Hipócrates talvez tenha sido o primeiro a afirmar que também é possível curar através dos semelhantes, apesar de ter formulado igualmente o principio dos contrários, que fundamenta a assim chamada Enantiopatia (Teixeira; 1998; Vannier; 1994). Em decorrência, um dos princípios diretivos da terapêutica hipocrática é que “os semelhantes curam-se pelos semelhantes”. A doença é produzida pelos semelhantes, e pela administração do semelhante, o paciente retorna da doença á saúde (Teixeira, 1998; Dudgeon, 1994).

Em Paracelsus também reencontramos este principio hipocrático: ”o semelhante pertence ao semelhante”. Afirma-se que toda sua prática médica tenha sido fundamentada na doutrina dos similares, na idéia de que a substância que causa a doença também irá curá-la (Coulter, 1981; Teixeira, 1988; Vannier, 1994).

Christian Friedrich Samuel Hahneman (1755-1843), médico alemão de formação tradicional encontrava-se descontente com a forma de atuação da

medicina de seu tempo, onde os tratamentos utilizados tinham uma conotação um tanto radical com o uso de sangrias, cáusticos e laxantes. Em determinado momento de sua vida, decidiu desistir daquela medicina que não o convencia e se dedicou à tradução de livros, mas ainda na área médica, como profissão para seu sustento. A ideia inicial que despertou Hahnemann para a nova e particular tendência médica foi a tradução de um artigo de William Cullen (1710-1790), médico escocês, sobre a influência da casca de quinino, erva utilizada, naqueles tempos, no tratamento da malária. Curioso, isto o levou a experimentar ele próprio os efeitos de tal medicação. O que percebeu então foi que, ao ingerir tal substância, em determinada quantidade e frequencia, passava a apresentar as manifestações da febre intermitente, tão conhecida na época, e quando suspendia o uso da droga, após alguns dias, voltava à sua condição normal de saúde (Eizayaga, 1992). Concluiu que a quina era empregada no tratamento da malária porque produzia sintomas semelhantes em pessoas saudáveis (Corrêa, 1995).

Animado por esse primeiro resultado, utilizou também *beladona, digitalis, mercúrio* e outros compostos, obtendo resultados similares. Apoiado em suas evidências experimentais e no pensamento hipocrático *similia similibus curentur* (Dudgeon; 1994; Vannier, 1994; Corrêa, 1995), Hahnemann concebeu uma nova forma de tratamento, pautada na cura pelos semelhantes.

A partir desse momento, começou a investigar a “lei dos semelhantes”. Em 1796, publicou o ensaio sobre um novo princípio para averiguar os poderes curativos das substâncias medicinais, no qual fazia um apanhado a respeito de seus experimentos e descrevia alguns aspectos observados antes por outros autores.

No mesmo ano, voltou à atividade médica, passou a tratar seus clientes pela aplicação de suas novas ideias. Assim, 1796 passou a ser considerado como marco do início da homeopatia. Retomou as ideias de seus antecessores e estabeleceu um método terapêutico fundamentado na “Lei dos Semelhantes”. Nunca afirmou ter descoberto esta lei, mas sim ter sido o primeiro a ensiná-la e aplicá-la de forma consistente (Coulter, 1981).

“Hahnemann buscava como o mais alto ideal da cura, o restabelecimento rápido, suave e duradouro da saúde, ou a remoção e destruição integral da doença pelo caminho mais curto, mais seguro e menos prejudicial, seguindo fundamentos nitidamente compreensíveis” (Luz, 1996).

Hahnemann considerava que medicamentos preparados a partir de substâncias que poderiam causar algum sintoma quando administradas em grandes doses a um individuo saudável, poderiam curar os mesmos sintomas quando prescritas em doses muito pequenas para outro individuo doente, com os mesmos sintomas. Para diminuir a toxidade que algumas substâncias apresentavam, e que dificultava sua utilização, começou a diluí-las. A história não conseguiu dados para explicar esses fatos, mas, possivelmente de forma intuitiva, conforme ele diluía, passou também a agitar suas diluições. Esse método, constituído por diluição e agitação foi sendo por ele aperfeiçoado, durante o desenvolvimento de seu trabalho, e recebeu o nome de “dinamização”. Portanto, os medicamentos utilizados com critério homeopático são geralmente dinamizados (Teixeira, 1998).

A palavra dinamização vem do grego "*dynamis*" e está relacionada à ideia de força. Este conceito de que uma substância diluída - a dinamização sempre inclui uma diluição - pode apresentar uma "força", é bastante difícil de ser aceito pela farmacologia, com suas clássicas curvas de doses e respostas.

As diluições homeopáticas facilmente ultrapassam o número de Avogadro, e, portanto torna-se estatisticamente improvável encontrar uma única molécula da substância inicial nos medicamentos.

1.2.2 Leis da homeopatia

A Homeopatia Clássica, estabelecida por Hahnemann, fundamenta-se em quatro princípios: lei da Semelhança, experimentação no homem são, administração do medicamento em doses mínimas e indicação de medicamento único. Na prática afastando-nos dos princípios ideais, percebemos que a Homeopatia é um fenômeno natural, que pode ocorrer também com o uso de substâncias não experimentadas, com o uso de doses ponderais de medicamentos e ainda quando mais de uma substância medicamentosa é utilizada. O princípio da Semelhança resta sempre como o preceito essencial da Homeopatia (Adler et al.,1996; Teixeira,1998).

Outro aspecto importante a ser notado nos princípios estabelecidos por Hahnemann, para melhor utilizar o fenômeno homeopático, foi o da experimentação das substâncias a serem utilizadas como medicamentos.

Administrou substâncias a indivíduos saudáveis, em pequenas quantidades, diariamente, até que estes manifestassem uma série de sinais e sintomas específicos para aquela substância. Estes sintomas, obtidos para cada substância, a partir de uma ordem destinada a facilitar a consulta, foram listados desde a época de Hahnemann em compêndios denominados Matérias Médicas. Até sua morte, realizou a experimentação de 99 substâncias, trabalho continuado por seus seguidores até nossos dias (Luz, 1996; Nicholls, 1988).

Para facilitar a escolha do medicamento indicado para cada paciente, os mesmos sintomas foram agrupados em capítulos (por exemplo, sintomas relacionados ao quadro mental, ilusões, vertigem, cabeça, olho, visão, etc.) e em rubricas e sub-rubricas, que modalizam os sintomas classificados nos diversos capítulos. Estes livros são chamados de Repertórios. Estas duas obras, mas o livro Organon, a arte de curar, onde Hahnemann fundamenta os conceitos homeopáticos, formam a base da literatura médica homeopática.

Em vista disso, Hahnemann valorizou as particularidades da individualidade enferma, traduzidas na totalidade dos sintomas característicos, para escolher o medicamento homeopático mais adequado, instituindo uma ampla semiologia, com anamnese e exame clínico minucioso, a fim de evidenciar as peculiaridades que permitissem selecionar o medicamento individualizado perante as diversas opções terapêuticas.

Inerente ao modelo homeopático de tratamento das doenças provém à dificuldade em se encontrar um medicamento eficaz no despertar da reação homeostática do organismo num curto espaço de tempo, necessitando-se um período médio--longo de acompanhamento dos pacientes para atingir o medicamento corretamente individualizado, tanto no tratamento cotidiano quanto nos modelos de pesquisa clínica homeopática (Teixeira, 2008).

Desenhos de estudos clínicos que desprezam estas premissas não conseguiram demonstrar a eficácia e a efetividade do tratamento homeopático perante o efeito placebo (Teixeira, 2008).

A proposta desse trabalho é a abordagem terapêutica homeopática nos pacientes com SAB. Uma vez que, vários fatores etiológicos são citados na SAB, incluindo alterações de fluxo salivar, desordens sistêmicas, e alterações psicopatológicas, a homeopatia parece ser uma proposta de tratamento abrangente para as diferentes etiologias do SAB. Como na patogenesia de vários medicamentos

homeopáticos aparece como um dos sintomas a ardência bucal, isso faz crer que a SAB possa ser tratada com medicamentos homeopáticos que tenham similitude.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A Associação Internacional do Estudo da Dor define a Síndrome da ardência bucal (SAB) como uma dor de pelo menos 4-6 meses de duração localizada na língua ou outra mucosa na ausência de achados clínicos e laboratoriais.

De acordo com o sistema de classificação da Associação Internacional do Estudo da Dor, com apoio da Sociedade Internacional da Enxaqueca e da Academia Americana da Dor Orofacial, o termo síndrome da ardência bucal (SAB) é uma categoria de dor orofacial localizada, que ocorre na ausência de lesões na mucosa oral e de fatores orgânicos (Bell, 1989; Okeson, 1996; Pedersen et al., 2004; Merskey; Bogduk, 2004;. Benzon et al., 2005; Barker; Savage, 2005)

A SAB é caracterizada por uma contínua, espontânea, frequente e intensa sensação de queimação como se a boca, a língua, os lábios, gengivas e as mucosas tivessem sido escaldadas ou queimadas, em mucosa oral clinicamente normal, (Tseikhin et al., 2007 Klasser et al., 2008) e essa condição interfere muito na qualidade de vida dos pacientes.(Brufau-Redondo et al., 2008; Souza et al., 2011). A SAB pode também estar associada à vulvodinia, um desconforto vulvar associado a uma dor queimante, ocorrendo na ausência de relevantes achados clínicos (Petruzzi et al., 2007).

A língua é o sítio, mais acometido especialmente nos dois terços anteriores (71-78%), dorso e laterais, seguida pela região alveolar superior, porção anterior do palato, semimucosa labial, lábios e região alveolar inferior. Podem ocorrer em outros sítios como: mucosa jugal, assoalho de boca, palato mole e orofaringe em menos frequência (Gorsky et al.,1987; Grushka, 1987; Van Der Ploeg ey al., 1987; Svensson et al.,1993). A maioria dos pacientes com SAB relata mais do que um local afetado e, em todos os casos, a sensação de ardência é referida bilateralmente (Lamey; Lamb, 1988).

Grande parte dos pacientes com SAB descreve seus sintomas na mucosa oral utilizando os termos: dor, ardência, queimação, ardor, formigamento, calor, escaldante, irritante, entre outros (Suarez; Clark; 2006).

Com relação à duração dos sintomas, a ardência bucal ocorre continuamente durante meses ou anos, sem períodos de interrupção ou remissão; alguns relatos sugerem uma duração de 2 a 3 anos (Browing et al.,1987), outros estudos

mostraram períodos de duração média de sintoma de 9,3 anos, com variação de 6 meses a 20 anos (Cavalcanti et al., 2007).

A ocorrência de remissão parcial ou total espontânea da sintomatologia da SAB é controversa na literatura. Houve relatos de remissão parcial ou completa (com ou sem intervenção) em aproximadamente 50% dos pacientes e a remissão completa e espontânea em aproximadamente 20% dos pacientes dentro de 6 a 7 anos do inicio do sintoma. Em outros estudos, pesquisadores encontraram resultados divergentes. (Sardella et al., 2006).

Muitos pacientes apresentam queixas em outras partes do corpo, sugerindo que a SAB pertencia a outros grupos de desordens dolorosas tais como artromialgia facial, dor facial atípica, e odontalgia atípica (Feinmann; Harris, 1984).

O termo “síndrome” é especialmente pertinente uma vez que, os pacientes se queixam, além da ardência, de outros sintomas como a xerostomia e as alterações de paladar, do olfato ou da sensibilidade (parestesia) e intolerância ao uso de próteses (Zakrzewska, 1995; Zakrzewska et al., 2003).

2.1 Epidemiologia

A prevalência da SAB é difícil de ser estabelecida devido aos critérios rigorosos de diagnóstico e em muitas publicações não se consegue distinguir entre o sintoma da queimação bucal e o da síndrome propriamente dita, incluindo a SAB tão somente como um sintoma de outras doenças.

Embora apresente uma prevalência variando entre 0,7 a 4,5% (Bergdahl; Bergdahl, 1999), aproximadamente 1,3 milhões de americanos adultos, a maioria mulheres pós-menopausa, são afetadas pela SAB (Jaaskelainen et al., 1997; Scala et al., 2003; Pedersen et al., 2004; Barker; Savage, 2005). Atinge pessoas de todas as raças e condições socioeconômicas. Estudos reportam que a etnia mais prevalente nos indivíduos com SAB é a caucasiana (Cherubini et al., 2005; Cavalcanti et al., 2007).

No Brasil, embora não existam dados concretos quanto à prevalência da SAB na população geral, estimativas epidemiológicas foram reportadas em alguns

estudos encontrando taxas de aproximadamente 4,5% na população estudada (Nasri et al., 2007).

Em geral a SAB afeta mais as mulheres com uma relação de aproximadamente 7:1 a 13:1. Essa diferença entre gêneros pode talvez ser explicada pelos aspectos biológicos, psicológicos e fatores sócio culturais, entretanto tais fatores ainda não foram bem definidos (Lamey, 1996 ; Lamey et al., 2001; Femiano et al., 2006).

A média de idade mais prevalente encontrada na literatura variou de 55 a 65 anos, podendo acometer alguns adultos jovens entre 30 a 40 anos; raramente encontrada em pacientes abaixo dos 30 anos, nunca foi descrito nenhum caso em crianças ou adolescentes (Ferguson et al.,1981; Main; Basker, 1983; Lamey; Lamb,1988; Drage ; Rogers,1999; Danhauer et al.,2002; Cavalcanti et al., 2007; Nasri et al., 2007).

Nenhum estudo demonstrou uma relação com o tipo de ocupação do paciente, nível educacional ou social.

2.2 Classificação e subgrupos

Várias classificações foram propostas baseadas nas flutuações dos sintomas diários observados na SAB (Lamey; Lamb, 1988; Lamey et al., 1994; Lamey, 1996; Klasser et al., 2008).

a) **Tipo 1:** caracterizada por uma progressiva dor, o paciente acorda sem dor, e os sintomas progridem com o passar do dia, atingindo no final da tarde a sintomatologia máxima; afeta aproximadamente 35% dos pacientes. Esse tipo pode estar associado com doenças sistêmicas, tais como deficiências nutricionais.

b) **Tipo 2:** os sintomas são constantes durante todo o dia e os pacientes relatam dificuldade em dormir 55% dos pacientes. Esses pacientes normalmente apresentam distúrbios psicológicos associados, sendo mais resistentes ao tratamento.

c) **Tipo 3:** os sintomas são intermitentes, com localização e dor atípicas. Constitui 10% dos pacientes sendo estes considerados psicologicamente equilibrados e apresentam alergias a alimentos ou corantes (Lamey; Lamb, 1988; Lamb et al.,1994).

Scala et al. (2003), propuseram dividir a SAB em duas formas clinicas: SAB primaria ou essencial idiopática, na qual não se consegue identificar as causas e SAB secundária, originária de doenças sistêmicas ou de fatores locais. Esses critérios idiopáticos e secundários acabam fazendo parte de dois diferentes subgrupos da mesma patologia. Danhauer et al., (2002), em suas investigações examinando 69 pacientes (83% mulheres) com media de idade de 62 anos, não encontraram diferenças entre os pacientes com SAB primária ou secundária com relação à idade, duração, intensidade da dor ou perfil psicológico. As diferenças encontradas foram com relação ao tratamento. Pacientes com SAB secundária responderam melhor ao tratamento enquanto nos pacientes com SAB primária a resposta foi negativa. No caso da SAB secundária, a abordagem do paciente inicia-se com um diagnóstico diferencial baseado na exclusão de outras condições dolorosas crônicas orofaciais, como, de outras doenças orais dolorosas que exibem lesões nas mucosas. Entretanto, a sobreposição de doenças da mucosa oral tais como as infecciosas, pode causar dificuldades no diagnóstico. Valendo-se dessa classificação, Maltsman-Tseikhin et al., (2007), afirmaram que o tipo secundário da SAB compreende as sensações de ardência bucal associadas a alterações orgânicas e/ ou terapêuticas estabelecidas tais como, desordens na cavidade oral incluindo neuropatia oral local, desordens sistêmica, deficiências nutricionais, desordens induzidas por medicamentos e anormalidades neurológicas e psiquiátricas. Nestes casos, as sensações de ardência bucal são consideradas sintomas decorrentes dessas alterações e, portanto, não representariam um tipo distinto de SAB

2.3 Etiopatogenia

O envolvimento neurológico, emocional e as alterações hormonais são as principais proposições para a etiologia da SAB. Entretanto, os mecanismos de como

se desenvolve são complexos e ainda completamente desconhecidos (Spanemberg et al.,2012). Os pacientes apresentam interações entre sintomas locais, sistêmicos e psicológicos. Os diversos fatores coincidem, aumentando a sensibilidade dolorosa na mucosa, perceptível ou não ao observador (Rojo et al.,1993; Scala et al., 2003; Klasser et al., 2008). O aspecto mais debatido e controverso refere se a SAB deveria ser considerada definitivamente como uma “entidade nosológica distinta” ou como uma “perturbação sintomática” que tem sua origem em diversas patologias (Grinspan et al.,1995 ; Zakrzewask, 1995).

Associações importantes têm sido reportadas entre a SAB e desordens neuropáticas como dano ao nervo periférico ou distúrbios do sistema dopaminérgico (Grinspan et al.,1995; Bergdahl; Bergdahl, 1999; Scala et al., 2003). Autores afirmam que as alterações periféricas podem estar relacionadas com a densidade dos receptores de membrana presentes na mucosa oral, ou as alterações na sua capacidade reativa, amplamente influenciadas por fatores de risco para SAB tais como estresse, ansiedade, senescência e climatério (Woda; Pionchon, 1999).

Possivelmente, uma neuropatia idiopática em pequenas fibras pode levar à sensação da SAB. Alternativamente, uma disfunção salivar primária pode causar uma alteração sensorial nos receptores modificando o equilíbrio do meio bucal (Granot; Nagler, 2005; Nagler; Hershkovich, 2005).

Biópsia de tecidos acometidos pela ardência mostrou diminuição na densidade de fibras nervosas epiteliais e subpapilares, sugerindo uma degeneração axonal e caracterizando neuropatia sensorial nas ramificações menores do nervo trigêmeo (Lauria et al., 2005).

O envolvimento de mecanismos neuropáticos centrais também tem sido demonstrado em pacientes com SAB através do mapeamento de áreas de ativação cerebral por meio de exames de imagem de ressonância magnética funcional, após estimulação térmica do nervo trigêmeo. Os autores observaram que pacientes com SAB apresentam atividade cerebral semelhantes às encontradas em outras desordens de dor neuropática, e que o estimulo térmico doloroso do nervo trigêmeo foi processado de forma qualitativa e quantitativamente diferente comparado a indivíduos normais, sugerindo que a hipoatividade cerebral pode ser um fator importante na patogênese da SAB. Uma hipoatividade no lóbulo parietal e tálamo poderiam ser incluídos entre os potenciais fatores da SAB, justificando as alterações

psíquicas observadas nesses pacientes com ansiedade, depressão, transtorno obsessivo compulsivo (Albuquerque et al., 2006).

Outra hipótese sugere que os sintomas da SAB seriam representados por uma dor fantasma causados por dano ao sistema sensorial gustatório e perda da percepção do morno em pacientes suscetíveis. É possível que exista uma malformação na detecção do morno que leva a sensação de dor e, quando essa sensação se torna crônica, induz a sensações somáticas sensoriais como distúrbios gustativos e olfatórios através de mecanismos centrais, incluindo neuroplasticidade de áreas corticais responsáveis pelas interações sensoriais. Anormalidade no paladar tem sido descrita como uma consequência da perda da percepção do morno. Nesse sentido, a SAB pode ser descrita como uma sensação fantasma de queimação na língua. (Siviero et al.,2011).

Associação de fatores clínicos na SAB

Com relação aos fatores locais, consideramos aqueles que comumente agem diretamente na mucosa oral causando um efeito irritante, que podem ser físicos, químicos ou biológicos (bactérias ou fungos), e são capazes de desencadear os sintomas de ardência (Klasser et al., 2008; López –Jornet et al., 2010) Entre os fatores locais mais citados, a xerostomia, que é a sensação subjetiva de boca seca, é a queixa frequente em aproximadamente 25 % dos pacientes com SAB (Main; Basker, 1983; Lamey; Lamb, 1988; Drage; Rogers, 1999). A Hiposalivação denota objetivamente redução do fluxo salivar mensurada através da sialometria (Lamey; Lamb, 1988; Gorsky et al., 1991; Grushka; Sessle, 1991). Klasser et al., (2008), relatam em seus estudos uma prevalência de xerostomia na SAB, entre 34 a 39%, enquanto Grushka et al., (2003) encontraram 60%, em seu grupo de estudo.

Outros fatores incluem distúrbios do paladar (Grushka, 1987; Formaker; Frank, 2000). Alterações na percepção do paladar e a tolerância à dor são possíveis causas para a sensação de queimação. O paladar apresenta receptores localizados fundamentalmente nas papilas fungiformes, sendo estas, encontradas em número mais elevado em certos pacientes com SAB, principalmente em mulheres, que são, por isso, denominados indivíduos com super-paladar ou paladar aguçado. Essa teoria pressupõe que certas pessoas, apresentam um paladar apurado devido à presença de alta densidade de papilas fungiformes na parte anterior da língua,

portanto, mais susceptíveis a desenvolver dor ardente (Scala; et al., 2003; Camacho-Alonso et al., 2012).

A observação clinica em mucosa, de glossite migratória benigna (língua geográfica), língua festonada e língua fissurada tem sido considerada como fator etiológico local da SAB (Gorsky et al., 1987; Powell, 1987; Drage; Rogers, 1999). Outro fator como a queixa oral secundaria de lábios ressecados foi relatada em 26 (83,8%) dos 31 pacientes avaliados nos estudos de Cavalcanti et al.(2007).

Dentre as diversas reações alérgicas locais citadas na literatura que estão relacionadas com a SAB, a mais relatada é devida a altos níveis de monômeros residuais polimetacrilato de resinas acrílicas, usadas na confecção das próteses dentárias. Outras substâncias são referidas como nylon, ácido ascórbico, peróxido benzóico, dietanolamina 4-tolil, toluidina N-dimetil, sulfato de níquel, entre outros, além de determinados aditivos ou corantes alimentares (Lamey; Lamb, 1988; Lamey et al,. 1994; Svensson; Kaaber, 1995).

Infecção por *Candida albicans* pode ser considerada um dos mais frequentes fatores na produção da SAB, embora alguns autores questionem essa importância. Outras infecções orais causada por bactérias tais como *Enterobacter, Klebsiella e S. Aureus* foram encontradas em pacientes com SAB. No entanto, o tratamento dos portadores de *candidíase* com terapia antifúngica não beneficiou os pacientes com SAB. Apenas um estudo demonstrou que 5% dos pacientes perceberam uma melhora da ardência bucal com o uso de antifúngicos e erradicação de *Candida* (Lamey; Lamb, 1988; Cavalcanti et al., 2007).

Helicobacter pilori também já foi isolado da cavidade oral através de biopsia e técnicas de biologia molecular em 86% dos pacientes que apresentavam sensação de queimação e hiperplasia na língua e halitose, enquanto apenas 2% dos pacientes não apresentaram sintomas orais (Adler et al., 2005; López-Jornet et al., 2010). Braio et al. (2006), evidenciaram a presenca de infecção por *Helicobacter pilori* em 19 (12,7%) dos 150 pacientes com sintomas de ardência envolvidos no estudo.

Diversos fatores sistêmicos têm sido associados com fatores etiológicos da SAB. Algumas dessas desordens são as autoimunes, gastrointestinais e endócrinas tais como, doenças do tecido conjuntivo, doença gastro-esofágica diabete e distúrbios da tireoide (Brody et al., 1971; Basker et al.,1978; Grushka; Sessle,1991). Entretanto, o significado e a relevância destas associações ainda não estão claros. Para Grushka (1987), pacientes com SAB não apresentam maior prevalência de

condições sistêmicas como diabete, artrite, ou distúrbios cardiovasculares e gastrointestinais, quando comparados com indivíduos controles saudáveis.

Associação entre diabetes mellitus e queixa oral foi relatada (Sheppard, 1942). Quando estudada essa relação entre SAB e diabetes mellitus, foi encontrada em 2% a 10% dos pacientes (Basker et al., 1978; Zegarelli, 1984; Lamey; Lamb, 1988; Lamey , 1996). Os mecanismos envolvidos entre os pacientes com SAB e diabetes mellitus estão relacionados a alterações metabólicas na mucosa oral, neuropatia diabética, e angiopatia. Controle da diabetes mellitus pode levar a uma melhora ou cura da SAB.

As deficiências nutricionais e algumas doenças carências também são consideradas fatores associados à SAB principalmente as do complexo B (B6, B12, acido fólico), vitamina C e anemias. Além disso, alguns estudos sugerem que a SAB está associada a baixos níveis séricos de ferro e zinco (Lamey et al., 1996; Hugoson; Thorstensson, 1991).

Várias comorbidades são relacionadas à SAB, entre as quais: hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia, alterações hormonais, hipercolesteremia, doenças neurológicas, entre outras. Nasri et al., (2007), evidenciaram em seus estudos diversas comorbidades; 6 (20%) hipertensos, 6 (11%) cardiopatas, 4 (7%) fibromialgia, hipotireoidismo e artrite reumatóide em 3 (5%). Doença de Parkinson e acidente vascular encefálico foram evidenciados em somente 5 (3,3%) dos 150 pacientes com SAB nos estudos avaliados (Brailo et al., 2006).

Braga (2010) dentre a amostra de 95 pacientes investigados quanto a historia médica atual e pregressa, uma prevalência significativa representada por 73 (76,84%) indivíduos que apresentavam algum fator sistêmico associado à SAB, representados por comorbidades ou alterações sistêmicas.

O uso crônico de muitos medicamentos está intimamente relacionado com a SAB, entre os quais os anti-histamínicos, neurolépticos, alguns anti-hipertensivos, antiarrítmicos e benzodiazepínicos. Os anti-hipertensivos estão entre os medicamentos, mas envolvidos na SAB, principalmente aqueles que atuam no sistema renina-angiotensina (captopril, enalapril e lisinopril) (Scala et al., 2003).

A associação entre os distúrbios do sono e o padrão de sintomas de ardência bucal diários, é frequente, com aproximadamente um terço dos pacientes sentindo o sintoma tanto de dia como de noite. A maioria relata sintomas mínimos ao acordar, e que aumentam gradativamente ao longo do dia para culminar à noite (Grushka,

1987; Grinspan et al., 1995). Cerca de um terço dos pacientes tem dificuldades no inicio do sono e alguns podem acordar durante a noite devido à dor e a queimação (Van Der Ploeg et al., 1987, Grushka et al., 2002).O distúrbio de sono e a presença de dor contínua podem explicar a maior incidência de alterações e irritabilidade entre os pacientes com SAB (Grushka et al.,1987; Grinspan et al., 1995).

Distúrbio do sono durante a menopausa é a queixa mais comum entre as mulheres. Muitos são os fatores envolvidos nesses problemas, como sintomas vasomotores e mudanças de níveis hormonais, anormalidades no ritmo circadiano, exacerbação da insônia primária, alterações de humor associados à coexistência de sintomas clínicos bem como fatores associados ao estilo de vida dessas mulheres (Ameratunga et al., 2012).

Dores de cabeça, pescoço e costas, tonturas, doenças dermatológicas, síndrome do intestino irritável, são relatados com mais frequência nos pacientes com SAB embora, não esteja esclarecido se esses sintomas são fatores de risco para a SAB ou uma consequência da síndrome (Feinmaann et al., 1984; Van Der Ploeg et al., 1987; Jerlang, 1997). Aproximadamente 17% a 33% dos pacientes com SAB atribuíram o início dos sintomas a uma doença prévia como, por exemplo, infecção do trato respiratório superior, procedimento dentário prévio ou o uso de medicamento, incluindo antibioticoterapia (Hammarén; Hugoson, 1989; Tammiala-Salonen et al.,1993). Autores sugerem a possibilidade de alterações neurológicas precederem o início da ardência em alguns pacientes (Sandstedt, Sorensen, 1995; Formaker et al.,1998). Para outros autores, muitos pacientes com a síndrome afirmam que o aparecimento dos sintomas refere-se a estressores traumáticos (Van Der Ploeg et al.,1987; Grushka ;Sessle,1991).

Fatores psicogênicos

Fatores psicopatológicos estão associados à SAB, suportando a etiologia multifatorial, nas quais as mudanças físicas podem interagir como fatores psicológicos (Rojo et al.,1993; Grushka et al., 2006; Klasser et al., 2008).

Muitos desses pacientes apresentam sintomas de ansiedade, depressão e desordens de personalidade e ainda grande tendência à somatização e outros sintomas psiquiátricos. Segundo Drage e Rogers (1999), o diagnóstico de algum sintoma psiquiátrico de base pode incidir em pelo menos um terço dos pacientes.

Depressão e insônia são significativamente mais prevalentes em mulheres do que em homens (Kornstein, 2001).

Cancerofobia pode estar presente em 20 a 30% dos pacientes e está relacionada com a manifestação de repetidos autoexames pelos pacientes (Lamey, 1996). Apresentam baixos níveis de socialização e altos níveis de ansiedade, bem como, tensão muscular, alta tendência a se aborrecer e grande tristeza. Kenchadze et al. (2011) identificaram mudanças psicológicas ou psiquiátricas entre 39 pacientes estudados com SAB, que resultaram: depressão, insônia, cancerofobia, desordens neurológicas severas e síndromes fóbicas. Os pesquisadores concluiram que os pacientes com SAB apresentam mais problemas psicossomáticos do que desordens psiquiátricas.

Pekiner et al (2008), em um estudo controlado com 30 portadores de SAB com ansiedade e depressão, mensuraram os níveis séricos de citocinas. Estas estão intimamente associadas com os neurotransmissores centrais e a citocina reguladora é afetada diretamente pelo stress. Demonstraram existir uma possível relação entre os níveis de citocinas aos problemas psiquiátricos e a uma relação no desenvolvimento da SAB (Grushka et al.,1987, Sardela et al., 2006, Simcic et al., 2006).

Castro e Daltro (2009) observaram que no distúrbio do sono os sintomas de ansiedade e depressão estão relacionados à perpetuação da dor crônica. Os autores avaliaram quatrocentos pacientes com dor miofascial seguida de dor neuropática. A prevalência de sintomas de ansiedade foi de 72,8%, de depressão foi de 61,5% e de alteração do sono 93%. A prevalência de mulheres na amostra confirma outros relatos na literatura (Turner et al., 2006).

Schiavone et al. (2012) estudaram a relação entre dor, depressão, e ansiedade nos pacientes com SAB comparados com um grupo saudável e concluíram que a ansiedade pode determinar secundariamente perda de auto estima nos pacientes com SAB e, sintomas depressivos podem contribuir para a dor. Portanto a dor pode ser uma característica somática da depressão.

Um fator relevante é que muitos dos medicamentos usados para tratar estas condições psicológicas podem também causar efeitos adversos como xerostomia, hipossalivação e alterações do paladar, que por sua vez, podem exacerbar ou até mesmo induzir os sintomas da SAB (Grushka et al., 1987).

Inúmeras razões foram relacionadas pelos pacientes com SAB, como responsáveis pelo isolamento social, aumento da ansiedade e depressão dentro de casa: cuidados especiais com parentes inválidos e deficientes e circunstâncias sociais extremamente adversas. Em alguns casos, sintomas de depressão surgiram de maneira reativa, geralmente devido a um recente luto familiar e em outros. Não houve motivo aparente para a depressão, o que poderia ser considerado endógeno (Lamey, 1988).

Com relação à qualidade de vida dos pacientes com SAB Souza et al. (2011) em seus estudos, concluíram que os pacientes com SAB apresentaram impacto negativo na qualidade de vida, que pode ser demonstrado através de instrumentos tais como (The Short Form-36 Health Survey) e (oral health impact profile-49). A condição da qualidade de vida dos pacientes pode ser mais uma informação importante para avaliar a natureza e a severidade da SAB.

2.4 Critérios de diagnóstico

Diversos critérios diagnósticos para SAB têm sido propostos na literatura, porém, nenhum deles ainda foi validado ou aceito integralmente entre a maioria dos profissionais que lidam com essa síndrome (HM, NB, 1994; Woda; Pionchon, 1999; Olesen; Steiner, 2004)

A exclusão de fatores locais ou sistêmicos que possam estar associados aos sintomas, é de fundamental importância, bem como avaliar a qualidade de vida desses pacientes e reconhecer o potencial de impacto da SAB em suas vidas (Paterson et al.,1995; Spanemberg et al., 2012) .

Segundo Patton et al. (2007) a abordagem inicial ao diagnostico da SAB é identificar, gerenciar e tratar os possíveis fatores desencadeante.

Especial atenção deve ser dada às condições do aparecimento da SAB. A revisão das queixas do paciente deve focar o início, a duração, a localização anatômica, associação com tipos de alimentos, interferências com as atividades diárias tais como o trabalho, sono, e alimentação. É importante arguir a respeito dos hábitos para-funcionais tais como, sugar a língua ou morder as bochechas (Tseikhin et al., 2007).

Exame físico criterioso, buscando qualquer lesão na mucosa oral, ferimentos ou sinais de irritação. A observação da função salivatória e adaptação das próteses, com relação à super extensão, restrição do espaço para a língua, bem como perdas do espaço livre, também é pontuada (Tseikhin et al., 2007).

Em alguns pacientes é importante a mensuração do fluxo salivar da parótida estimulada por ácido cítrico. Fluxo menor que 0,7mL/min justifica o uso de um substituto para a saliva. A xerostomia pode causar sensação de ardência bucal. Algumas medicações podem levar à xerostomia como efeito colateral e nesses casos, existe a possibilidade da substituição da medicação por outra similar que os diminua (Bergdahl et al., 1999).

Recentemente Mignogna et al. (2011) observaram uma alta prevalência de inexplicáveis sintomas extra orais em 124 pacientes com SAB comparando-os com um grupo de 112 pacientes com Líquen e outro grupo com 102 pacientes saudáveis. Todos os pacientes foram submetidos a exames de laboratório (hemograma completo, glicemia, níveis séricos de ferro, ferritina, folatos, vitamina B12 e testes imunológicos). Pacientes com doenças orgânicas que pudessem ser relacionadas como fator causal tais como diabetes, anemias, alergias, doenças psiquiátricas tratadas com medicamentos antidepressivos, anticonvulsivantes ou drogas antipsicóticas foram excluídos. Uma alta porcentagem dos pacientes com SAB (96,1%) apresentou uma ou múltiplas comorbidades associadas quando comparado com os outros grupos. Entre os sintomas encontrados no grupo SAB, 87,9% foi de queixas otorrinolaringológicas, 86,3% gastrointestinais, sintomas neurológicos 79%, urogenitais 64,5%, sintomas oftalmológicos 50,8% e cardiopulmonares 25,8% %. A maioria (96,1%) dos pacientes relatou dor em várias regiões do corpo e apenas 3,9% relatou somente sintomas de ardência bucal. Os portadores de SAB apresentaram severos sintomas gerais sem que houvesse comprovação clinica e laboratorial que justificasse tais queixas, demonstrando a necessidade de um atendimento multidisciplinar no processo de diagnóstico. Resultados sugeriram que a SAB pode ser classificada como sendo uma complexa desordem somática mais do que uma dor neuropática.

Femiano et al. (2008) em seus estudos com 123 pacientes inicialmente diagnosticados com SAB, seguindo um protocolo preliminar verificou que pacientes que apresentam alterações da tireoide são frequentemente considerados pacientes com SAB uma vez que no hipotireoidismo pode haver queixa de sensação de

queimação oral ou disgeusia. Portanto, o estudo da função da tireoide deve ser inserido no processo de diagnóstico diferencial nos pacientes suspeitos de serem portadores de SAB.

2.5 Revisões dos Tratamentos propostos na SAB

Nos últimos 20 anos, foram realizados revisões na literatura descrevendo diferentes opções farmacológicas para o tratamento da SAB. O tratamento ainda empírico pode ser sistêmico ou tópico, utilizado nas condições neurológicas crônicas. Até o momento, não existe um tratamento efetivo aplicável para a maioria dos pacientes com SAB (Serra et al., 2007).

Problemas como a depressão e a ansiedade apresentam um importante fator na modulação da percepção da dor, e são capazes de aumentar ou diminuir a transmissão nervosa originada de receptores periféricos e então modificar a percepção individual da dor. Consequentemente, tratamentos com antidepressivos foram propostos aos portadores de SAB (Low; Dotson, 1998; Vida et al., 2004).

Por outro lado, a identificação de alterações sensoriais nos pacientes com SAB também sugere a existência de bases biológicas envolvidas nas alterações no sistema nervoso periférico e central (Jaaskelainen et al., 1997). As alterações no sistema nervoso periférico podem estar relacionadas à densidade dos receptores de membrana presentes na mucosa oral, ou a alteração nas suas capacidades reativas, largamente influenciadas pelos fatores de risco encontrados nos pacientes com SAB tais como, estresse, ansiedade, sexo feminino, climatério e a idade avançada (Woda; Pionchon, 1999). Essa teoria está reforçada pela aparente ação tópica do clonazepan no tratamento da SAB (Woda et al., 1999, Heckmann et al., 2012).

A disfunção do sistema dopaminérgico poderia justificar a administração sistêmica dos tratamentos com antidepressivos como a gabapentina e clonazepan, os quais agem no sistema gabaérgico melhorando a atividade para tentar conter a disfunção do sistema dopaminérgico; ou ainda um antagonista seletivo de dopamina como o amisulprida, um antipsicótico atípico que apresenta baixos efeitos extrapiramidais (Cerdeira; Blanco, 2012; Abbas et al., 2009).

Por outro lado, observou-se que paciente com SAB se assemelha, em uma serie de características, aos portadores de outras síndromes de dor crônica. Esse conceito levou à aplicação de drogas como a capsaicina (Petruzzi et al., 2004; Spica; Hagen, 2004; Fréo, 2008) e benzidamina (Sardella et al., 1999), que se mostraram úteis nas síndromes de dor crônica.

Em um estudo duplo cego placebo controlado, tratando pacientes com injurias em inervação periférica, os autores concluíram que a irradiação com laser de baixa intensidade pode notadamente regenerar esta inervação, o que leva a uma significativa recuperação destes pacientes (Rochkind et al.,2007).

Santos et al. (2011), Observaram os efeitos da terapia com laser de baixa potencia (LLLT) em 10 pacientes com SAB. Todos os pacientes foram submetidos a sessões semanais durante 10 semanas. Os pacientes relataram melhora na sintomatologia em todas as sessões, e houve uma significativa redução dos escores de EVS. Os autores concluíram que o Laser pode ser uma alternativa de tratamento.

Pellegrini (2010) estudou a eficácia do laser de baixa intensidade em 21 pacientes com SAB que foram divididos em dois grupos experimentais que receberam quatro irradiações, duas por semana de laser de baixa intensidade-grupo laser e grupo placebo com falsa irradiação. Os pacientes foram avaliados no início do tratamento e em cada quatro tempos de irradiação aos, 7, 14, 30,60 e 90 dias. A pesquisadora concluiu que a terapia com laser de baixa intensidade, segundo o protocolo utilizado neste estudo, produziu benefícios aos pacientes com SAB, sem apresentar qualquer efeito colateral indesejável, sugerindo um aprofundamento da pesquisa nesse campo.

Braga (2010) estudou a eficácia da acupuntura como modalidade terapêutica na redução da sintomatologia da SAB em 54 pacientes, de acordo com as respostas mensuradas através da escala visual analógicas (EVA), intensidade, natureza e efeito global percebido. Evidencias quanto à eficácia da acupuntura no tratamento da SAB foi observada através da constatação que houve diminuição estatisticamente significativa ($p<0,01$) nos escores EVA inicial em comparação com o final. Foi verificada melhora significativa dos sintomas da SAB no período estudado.

López D'Alessandro e Escovich (2010) publicaram estudo duplo cego randomizado, placebo controlado em um grupo com 120 pacientes, para verificar a eficácia do acido alfa lipóico 300mg/dia (ALA) e gabapentina 200mg/dia (GABA),

usados individualmente e em conjunto. O acido alfa-lipóico é um componente produzido no organismo em pequenas quantidades, estando presente em muitos alimentos como no espinafre, brócolis e carnes. Essa substância age como uma coenzima em varias reações, agindo na glicólise, responsável em parte pela conversão do açúcar no sangue em energia e na regeneração de danos nos tecidos hepáticos. Exerce também uma ação neuro regenerativa nas barreiras hematoencefálicas com uma ação protetora do cérebro e do tecido nervoso (Lauritano, et al.,1998, Femiano et al., 2000). Vários estudos demonstraram que o uso de ALA não produziu grandes benefícios no tratamento da SAB quando comparados com o placebo (Steele et al., 2008, Cavalcanti; Silveira, 2009).

A gabapentina é um anticonvulsivante que age como inibidor do neurotransmissor GABA de atividade central e esse é facilmente transferido para o sistema nervoso central por possuir alta solubilidade lipídica. O mecanismo de ação do medicamento ainda é desconhecido (White et al., 2004).

As melhores respostas obtidas nesse estudo foram a terapia conjugada, ALA e GABA, com 70% dos casos com redução da SAB; 13,2 vezes maior quando comparados ao grupo controle. A combinação das medicações age em diferentes níveis do sistema nociceptivo e pode ser útil no tratamento da SAB (López D'Alessandro; Escovich, 2010).

Yamasaki et al.(2009), avaliaram 71 pacientes, medicando-os com cloridrato de paroxetina. Nesse estudo prospectivo, sem grupo controle, após 12 semanas de tratamento 70,4% dos pacientes tiveram remissão completa da sintomatologia.

Uma possível relação entre as instabilidades dos hormônios principalmente o estrógeno, observados nas mulheres menopausadas, e as alterações sensoriais caracterizando a SAB foram postuladas, levando a um debate generalizado devido às divergências nos resultados obtidos em diferentes estudos realizados com a terapia de reposição hormonal (Hakerberg et al., 1997, Vittek et al., 1982).

Spanemberg et al. (2012), em um estudo randomizado,duplo cego placebo controlado, avaliou os efeitos de um composto de ervas (Catuama, 2 capsulas ao dia por 12 semanas) no tratamento dos sintomas da SAB. Embora ambos os grupos demonstrassem redução dos sintomas, o grupo teste apresentou uma redução significativa que foi mantida após 12 semanas de tratamento. Os autores concluíram que a Catuama reduz os sintomas da SAB e pode ser uma opção terapêutica.

Forssell et al (2012), avaliaram a dor relatada em 52 pacientes com SAB primária em termos de intensidade, interferência, e estresse causado pela dor, bem como os fatores que a influenciaram no período de duas semanas, com base em dados diários. Concluíram que a maioria dos pacientes experimentou dor intermitente. A intensidade aumenta da manhã para o entardecer. Intercorrências entre a intensidade da dor, estresse e alteração do humor obtiveram altos índices. Alimentos condimentados e quentes, estresse e tristeza foram os mais citados pelos pacientes e responsabilizados pela amplificação da dor. Existem consideráveis diferenças na dor, nos fatores que influenciam a dor, e no comportamento frente à dor entre os pacientes com SAB. Isso indica que as informações bem como o tratamento da SAB devem ser individualizados.

De acordo com alguns autores a psicoterapia tem se mostrado igualmente eficaz no tratamento da dor crônica tanto em sessões de terapias individuais quanto em grupo, quando comparado ao placebo, sugerindo que sessões de psicoterapia ou terapia cognitiva de 1 hora por semana durante 12 a 15 semanas reduziram a intensidade dolorosa da SAB por até 6 meses (Turner-Stokes et al., 2003).

2.6 O medicamento homeopático

A utilização de substâncias em doses infinitesimais (medicamentos dinamizados) surgiu para evitar as agravações e as intoxicações observadas no emprego de doses ponderais dos medicamentos segundo o principio da cura pela semelhança (Teixeira, 1995; Teixeira, 2008 a).

Hahnemann embasado no estudo das propriedades farmacológicas de sua época observou uma reação secundária (efeito indireto) do organismo após a ação primaria (efeito direto) de drogas das mais diversas classes, enunciou um aforismo para a ação dos medicamentos na constituição humana:

> “Toda força que atua sobre a vida, todo medicamento afeta, em maior ou menor escala a força vital, causando certa alteração no estado de saúde do homem por um período de tempo maior ou menor. A isso se chama ação primária (.....) a essa ação, nossa força vital se esforça para opor sua própria energia. Tal ação oposta faz parte de nossa força de conservação, constituindo uma atividade automática da mesma, chamada ação secundária ou reação (Hahnemann, 2001).

O principio da similitude terapêutica tem como objetivo estimular uma reação homeostática curativa contra a enfermidade, induzindo o organismo a reagir contra os seus próprios distúrbios.

O termo “homeostase” foi descrito em 1929 pelo fisiologista de Harvard, Walter Brafford Cannon, onde descreve a tendência ou habilidade dos organismos vivos em manter a constância do seu meio interno, através de auto ajustes nos processos fisiológicos.

Ao longo da história da medicina, o principio da similitude (reação vital ou homeostática) encontra fundamentação cientifica no efeito rebote das drogas ou reação paradoxal do organismo, sendo descrito após a suspensão ou a alteração das doses de inúmeras classes de fármacos modernos que atuam de forma contraria (antagonista, antipática, oposta, paliativa ou enantiopática) aos sintomas das doenças, confirmando a farmacologia experimental (Teixeira, 1999).

Podemos citar como exemplo, medicamentos utilizados classicamente para o tratamento da *angina pectoris* (beta-bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, nitratos, entre outros que promovem a melhora da angina como efeito primário, mas, podem despertar exacerbações na frequência e intensidade da dor torácica como efeito secundário do organismo após a suspensão ou a descontinuidade das doses, em alguns casos não responsivos a qualquer terapêutica.

No emprego de drogas psiquiátricas como os ansiolíticos (barbitúricos, benzodiazepínicos, carbonatos), sedativo-hipnóticos (barbitúricos, morfina, prometazina, zopiclone, entre outros, estimulantes do SNC (anfetaminas, cafeína, cocaína, metilfenidato), antidepressivos (tricíclicos, inibidores da MAO, Inibidores da recaptação de serotonina) ou antipsicóticos (clozapina, fenotiazinicos, haloperidol, pimozida) pode-se observar uma reação paradoxal do organismo no sentido de manter a homeostase orgânica, promovendo sintomas contrários aos esperados na sua utilização terapêutica primaria, agravando ainda mais o quadro inicial.

Apesar do caráter idiossincrásico do efeito rebote, que se manifesta em uma pequena porção dos indivíduos, evidências científicas atuais alertam para a ocorrência de eventos iatrogênicos graves e fatais em decorrência dessa reação paradoxal do organismo, após a administração de algumas classes de drogas modernas (Teixeira, 2006).

Entendendo-se que o tratamento homeopático tem como prerrogativa essencial a utilização de substâncias que causem sintomas semelhantes aos da doença que se deseja tratar, ele pode ser aplicado com qualquer substância, natural ou sintética, em doses ponderais ou infinitesimais, desde que o princípio da semelhança seja observado. Assim sendo, as drogas “alopáticas” podem ser empregadas segundo o princípio da similitude terapêutica, desde que causem efeitos de ação primária (efeitos terapêuticos, adversos e colaterais) semelhantes aos do indivíduo doente. Dessa forma, estaríamos utilizando o efeito rebote das drogas modernas no sentido curativo (Teixeira, 2006).

.

2.6.1- Preparo do medicamento Homeopático

Para o preparo de medicamentos homeopáticos são elaboradas tinturas de partes específicas de plantas, minerais e venenos animais, que são diluídas e agitadas, gerando as dinamizações. Por este motivo, na Homeopatia as tinturas recebem o nome de "Tinturas-Mãe". As Tinturas são preparações hidroalcoólicas que têm como resultado a extração dos princípios ativos de vegetais ou animais.

Glóbulos são tradicionalmente utilizados para dispersão de medicamentos homeopáticos. Trata-se de uma forma farmacêutica preparada a partir de sacarose, por drageamento. As farmácias adquirem estes glóbulos na forma inerte, e sobre eles adicionam soluções medicamentosas dinamizadas.

O método farmacotécnico de dinamização (centesimal Hahnemanniana ou cH) consiste em diluições centesimais e sucessivas da substância matriz, ou tintura-mãe acompanhadas de 100 agitações vigorosas (sucussões) por passagem. Na clínica homeopática estas preparações infinitesimais são administradas frequentemente, em potencias 6cH, 30 cH, 200 cH e 1000cH em doses mínimas de 1-5 glóbulos (impregnados nos glóbulos) ou em gotas da solução sub-linguais para uma rápida absorção.

Mecanismo de ação do medicamento homeopático

Principal alvo das críticas do pensamento cartesiano ao modelo homeopático, o emprego de substâncias ultra-diluídas, em concentrações inferiores ao número de Avogadro (10^{-24M}), contraria o modelo farmacológico bioquímico e dose-dependente, despertando ceticismo no meio científico a hipótese de que estas doses infinitesimais possam causar efeitos em sistemas biológicos ou seres vivos.

Hahnemann propôs um método farmacotécnico para a preparação dos medicamentos homeopáticos denominados dinamização*,* no qual as substâncias eram diluídas e agitadas sucessivamente (medicamento dinamizado).

A informação contida nessa substância ultra-diluída em promover alterações nos sistemas orgânicos, de forma análoga às doses ponderais, tem sido evidenciada em modelos físico-químicos ou biológicos de pesquisa experimental.

Algumas hipóteses fundamentadas em modelos experimentais físico-químicos buscam uma explicação científica para o fenômeno de transmissão da informação dos efeitos primários das substâncias através destas doses infinitesimais.

Dentre elas, citamos as pesquisas que estudam as modificações de natureza eletromagnética da água segundo a eletrodinâmica quântica, na qual a matéria não representaria um aglomerado inerte de moléculas e sim um meio dinâmico, capaz de selecionar e catalisar as reações moleculares de acordo com os diversos campos eletromagnéticos que ocorrem em seu interior. Através de modelos matemáticos e experimentais, especula-se que o campo eletromagnético de um soluto pode gerar certos domínios de coerência estável no solvente (com estruturas e vibrações específicas), produzindo aglomerados ou *clusters* de moléculas de água (com tamanhos e geometrias próprios), como uma assinatura eletromagnética da substância na água*.* Desta forma, a organização da água seria um processo coerente, reprodutível e associado a interações eletromagnéticas de longo alcance e baixíssima intensidade, transmitindo a informação do soluto inicialmente diluído e agitado pelo processo da dinamização (Del Giudice.et al., 1988; Milgrom, 2007).

Numa outra linha de pesquisa, as ultradiluições são testadas em modelos biológicos (cultura de células, animais, vegetais etc.), constatando-se que as substâncias dinamizadas despertam efeitos semelhantes aos das substâncias ponderais em diversos sistemas fisiológicos (Youbicier-Simo et al., 1993; Belon et al.,2004; Teixeira, 2008 b).

Doenças Locais e tratamentos Locais

As diversas partes do corpo estão intimamente entrelaçadas umas com as outras formando um todo indivisível quanto a sua forma de sentir e reagir. Não é possível sobrevir uma erupção nos lábios ou um panarício, sem que anteriormente haja algum desarranjo no interior do organismo (Hahnemann, 2001).

O verdadeiro tratamento de uma doença, que surgiu nas partes externas do corpo deve ter como objetivo a extinção e a cura da doença geral que atinge o organismo inteiro se quiserem usar um tratamento racional, seguro, eficaz e radical. É evidente que a força vital, atacada por uma doença crônica da qual não pode livrar-se por sua própria energia instintiva, desenvolve uma afecção local em alguma parte externa. Objetiva com isso manter essa parte (não indispensável à vida) doente, silenciando a doença interna, que ameaça atacar órgãos vitais (ameaçando a vida do doente).

A existência de uma afecção local silencia, assim, por algum tempo, a doença interna, ainda que sem poder curá-la ou diminuí-la materialmente. A afecção local, não obstante, nada mais é que uma parte da doença geral, totalmente direcionada pela energia vital, para o local menos perigoso do organismo (externo), a fim de aliviar o sofrimento interno. Porém, por meio desse sintoma local que silencia a doença interna, a força vital não pode diminuir ou curar toda a doença. Esta ao contrário, prossegue aumentando gradativamente, sendo a Natureza obrigada a agravar cada vez mais o sintoma local, para que possa prosseguir como substituto suficiente da doença interna aumentada, e assim, mantê-la sob controle (Hahnemann, 2001).

2.6.2 Variantes reativas no tratamento homeopático

Podemos observar como variantes reativas do tratamento homeopático a piora inicial dos sintomas da enfermidade (agravação primária ou homeopática propriamente dita), o surgimento posterior de sintomas acessórios nos órgãos ou sistemas afetados (agravação secundária ou cura), o retorno de sintomas antigos e o surgimento de sintomas novos.

Todos essas reações deverão ser anotados pelos pacientes num diário e relatados a cada visita mensal, pois orienta o pesquisador na conduta terapêutica segundo o prognóstico homeopático (Teixeira, 2008 a).

Como principal variante reativa, a agravação homeopática fruto da administração inadequada das doses ou das potências homeopáticas, produzindo um efeito primário muito forte, indicará uma reavaliação da conduta frente à posologia empregada. Tanto o retorno a sintomas antigos quando a agravação de cura indicará um bom prognóstico, trazendo ao investigador o indício de que o medicamento esta sendo efetivo e que uma melhora evidente ocorrerá. No caso de sintomas novos que evidencia uma evolução indesejável, o medicamento deverá ser suspenso e antidotado e outro melhor selecionado (Teixeira, 2008 a).

2.6.3 Homeopatia e a pesquisa clínica

Kleijnen et al. (1991) analisaram a qualidade metodológica de 107 ensaios clínicos homeopáticos placebos-controlados, concluindo que apenas 22 trabalhos (20%) foram considerados de qualidade metodológica satisfatória . Dentre estes 22 trabalhos, 15 (68%) mostraram eficácia do tratamento homeopático frente ao placebo. Em vista desses resultados, concluíram haver evidência positiva, mas não suficiente para se tirarem conclusões definitivas.

Linde, Melchart. (1998) realizaram uma revisão sistemática de 89 ensaios clínicos homeopáticos placebos-controlados, concluindo que os resultados observados no tratamento homeopático não eram efeitos- placebo (resultado 2,45 vezes superior da homeopatia frente ao placebo). Devido à quantidade insuficiente de ensaios clínicos de uma mesma entidade nosológica para que metanálises específicas fossem realizadas, os autores agruparam todos os tipos de trabalhos homeopáticos em sua revisão, sendo criticados por terem adotado esta metodologia.

2.6.4 A utilização do *Arsenicum album* ou Anidro arsenioso. Ácido arsênico ou Arsênico branco (As_2O_3)

Poucas substâncias possuem uma historia médica tão rica quanto o arsênico (Ars). Seu uso terapêutico data de 400 a.C. Foi utilizado por Hipócrates, Aristóteles, Plínio. Os romanos tinham conhecimento do arsênico, assim como as civilizações Chinesa e Indiana. Popularizou-se na Idade média como veneno em parte por suas características químicas: aspecto inofensivo, insipidez ou sabor levemente doce podendo ser facilmente misturados a alimentos e fácil obtenção. Na medicina esteve presente por um longo tempo, no tratamento de diversas doenças como sífilis, doença do sono, psoríase, dentre outras. O arsênico em doses pequenas não produz sintomas e não afeta a saúde. O elemento químico está presente em várias águas minerais nas quais são reputadas como possuindo efeitos tônicos.

O Arsênico é classificado como carcinogênico químico e é comumente sabido que aqueles que trabalham em indústrias e estão expostos a esse elemento correm o risco de desenvolver essa doença. Curiosamente, existem estudos que demonstraram que em algumas partes do mundo (Dinamarca), indivíduos expostos baixos níveis de arsênico não estavam associados com o desenvolvimento de malignidade, pelo contrário, observaram a diminuição da incidência de câncer de pele. (Baastrup et al., 2008).

O *Arsenicum album* foi recentemente aprovado nos Estados Unidos, para uso no tratamento de leucemia promielocítica. Esse composto age estimulando a produção de células sanguíneas normais. Em experimentos relatados em 1996, uma dose de 10mg por dia durante 45 dias provocou a remissão da doença (Cuperschmid; Silva, 2007).

Na homeopatia é utilizado de forma diluída infinitesimal. Obtêm-se as três primeiras dinamizações por trituração e as restantes por diluição em solução hidroalcoólica (e solúvel em 82 partes de água fria, 140 partes de álcool a 95° e em 5 partes de glicerina). Agente terapêutico de grande potência e difusão, sua esfera de ação é grande e engloba todas as partes do organismo.

O paciente que apresenta a indicação de uso do *Arsenicum album* homeopático apresenta certas características, como ansiedade vaga, indeterminada, ou sensação de que é inútil tomar remédios, por que padece de algo incurável e vai

morrer. Tem verdadeiras crises de ansiedade que o tiram da cama; mesmo sem dor tem necessidade de mudar de lugar. A única razão dessa agitação é o fato dele não poder ficar tranquilo. O que caracteriza o temperamento dos indivíduos que precisam do *Arsenicum album* é a alternância entre a excitação e a depressão. Melancolia, tristeza, medo do escuro, da solidão. Piora a noite, principalmente após à meia noite a partir da 1 ou 2 horas da manhã. As dores apresentadas por esse tipo de paciente são queimantes e podem ser observadas em várias partes do corpo. As secreções mucosas são ácidas e escoriantes. Apresenta a boca seca como pergaminho, dores nevrálgicas, língua seca com papilas elevadas e dores queimantes. A faringe está seca assim como a boca (Lathoud, 2004).

2.6.5 Filosofias de tratamento homeopático

Tradicionalmente as escolas médicas homeopáticas são classificadas em Unicistas, quando seus seguidores prescrevem apenas um medicamento, em dose única ou repetida; através de uma única substância, procuram curar a doença do seu paciente.

Pluralista, quando prescrevem vários medicamentos, administrados juntos em uma formulação (complexo), ou de forma alternada, geralmente em potências mais baixas.

Complexistas, quando prescrevem vários medicamentos preparados em uma só formulação ou ainda Alternistas, quando alternam estes diversos medicamentos.

Podemos considerar ainda a divisão entre os médicos que prescrevem baixas potências e altas potências, estes últimos influenciados principalmente por Kent (1979).

Além da fundamentação teórica das diferentes escolas variarem em relação à ideia básica de Hahnemann, temos uma consequência direta na prescrição do medicamento, que pode ser único (única substância, em dose única ou repetida), diversos alternados, ou diversas substâncias preparadas em conjunto (Coulter; 1981). As divergências entre unicistas e pluralistas/alternistas/complexistas têm levado a separações entre os homeopatas.

2.6.6 A importância do efeito Placebo na pesquisa clinica

Etimologicamente o termo placebo se origina do latim *placeo, placere*, que significa agradar, enquanto o termo *nocebo* se origina do latim *nocere,* que significa infligir dano. Como um dos precursores dos estudos científicos na área, Shapiro (1964) define placebo como “qualquer procedimento terapêutico que desperta um efeito em um paciente, sintoma, síndrome ou doença, mas que é objetivamente isento de atividade especifica para a condição que esta sendo tratada”

Apesar dos termos; reposta placebo e efeito placebo serem usadas indistintamente, alguns autores insistem na diferenciação existente entre eles enquanto o efeito placebo é atribuído a qualquer melhoria significativa na condição de um grupo de sujeitos que recebeu determinado tratamento placebo (comparativamente a ausência de tratamento), a resposta placebo relaciona-se a mudança individual causada pela intervenção placebo (Hoffmann et al.,2005).

De forma generalizada, entende-se o efeito placebo ou resposta placebo como a melhoria dos sintomas e ou funções fisiológicas do organismo em resposta a fatores supostamente inespecíficos e aparentemente inertes (sugestão verbal ou visual, comprimidos de lactose, injeção de soro fisiológico, etc), sendo atribuído ao significado simbólico que o tratamento exerce na expectativa positiva do paciente (Brody, 2000).

Efeito ou resposta *nocebo* é um fenômeno oposto ao placebo, em que a antecipação e a expectativa por um resultado negativo podem conduzir a agravação de um sintoma ou doença.

Alguns estudos evidenciam que a magnitude da resposta relaciona-se ao tipo de intervenção placebo, por afetar a expectativa do paciente. Em virtude da magnitude dos efeitos colaterais que apresentam placebos “ativos” (drogas clássicas sem atuação no sistema fisiológico em estudo) são mais eficazes que os “inertes” (pílulas de açúcar), enquanto a resposta placebo é proporcional a conhecida eficácia do fármaco com a qual esta sendo comparado (KIirsch; Sapirstein, 1998). Pacientes submetidos a cirurgias placebo, que acreditavam estar recebendo intervenções ativas, apresentaram melhoras semelhantes aos submetidos a cirurgias reais (McRae et al ., 2004). Deste fato, poderíamos inferir que a terapia pluralista (polifarmácia) estimularia efeito placebo mais poderoso do que a monoterapia, assim como o um tratamento não convencional, considerado popularmente como “fraco” e

de “longo prazo”, deveria estimular um efeito placebo menos intenso do que um tratamento alopático “forte” e “rápido”.

Empregando grupos controlados, diversos estudos encontraram que a magnitude média do efeito placebo analgésica para indivíduos está em torno de 2/10 unidades na escala analógica de sintomas (EVS), ou seja, 20% de variação de melhora do placebo (Gracely et al.,1983; Amanzio et al., 2001, Price, 2001).

A sensação de estar colaborando em um projeto de importância coletiva parece ter efeito positivo sobre as reações do paciente. A reação do paciente a um dado tratamento está relacionada ao fato de estar recebendo algo que é considerado por ele como necessário para sua melhora ou cura (Nina, 1996).

Um fato interessante é que alguns pacientes apresentam reações adversas observadas por Wolf (1945) em pacientes tratados por drogas e placebo incluíram anorexia, sonolência, náusea, fraqueza e eritema cutâneo.

Segundo De Craen et al. (1999), desde a realização do primeiro ensaio clinico placebo controlado em 1799, o efeito placebo já trazia importantes ensinamentos para a ciência médica, demonstrando “a maravilhosa e poderosa influencia das paixões da mente humana sobre o estado e os distúrbios do corpo”. Com a introdução sistemática dos ensaios clínicos randomizados duplo-cegos e placebos-controlados, considerados padrão ouro para avaliar a eficácia dos diversos tratamentos, os relatos frequentes de mudanças clinicas significativas nos grupos placebos conduziram a difusão de que a intervenção placebo pode apresentar efeitos poderosos em diversas condições clinicas (Kaptchuck, 1998; Quitkin,1999).

Dentre os aspectos psicológicos, sociais, ambientais e metodológicos que interagem em um ensaio clinico, outros fatores inespecíficos de confusão na estimativa do efeito placebo devem ser considerados tais como: efeito *hawthorne* (melhoria que deriva do simples fato do indivíduo ser submetido à observação clinica); efeitos benéficos de tratamento adicional ou da atenção médica aumentada durante o estudo; respostas de delicadeza ou subordinação experimental (sabendo a resposta desejada pelo avaliador, o participante pode reportar benefícios quando estes não ocorrem); viés na escala na medição de resultados subjetivos (escalas diferentes para melhoria ou piora da condição). Estes mesmos fatores, quando atuam em sentindo oposto, podem induzir o efeito *nocebo* (Benedetti et al., 2007).

3 PROPOSIÇÃO

Este estudo teve como principal objetivo avaliar a ação do tratamento homeopático no controle da sintomatologia associada à Síndrome de Ardência Bucal, em duas fases. FASE 1, estudo duplo cego placebo controlado e FASE 2, estudo aberto.

4 CASUÍSTICA-MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado no período de julho de 2011 a setembro de 2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Anexo A).

Participaram desse estudo 31 pacientes do ambulatório do Centro Diagnostico Oral da FOUSP. Os pacientes receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e forneceram consentimento por escrito (Apêndice A). Estes pacientes apresentavam sensação de ardência em mucosa bucal superior a 6 meses e ausência de alterações locais clinicamente detectáveis.

4.1 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo pacientes com ardor de duração inferior a 6 meses, portadores de condições locais ou sistêmicas que pudessem se relacionar ao sintoma de ardor, como próteses inadequadas, diabetes, anemias, alterações gástricas comprovadas por exames, pacientes psiquiátricos e com citologia esfoliativa positiva para presença de fungos ou leveduras e com índice de fluxo salivar total não estimulado inferior a 0,1mL/min.

4.2 Coleta de dados

Um único pesquisador verificou a elegibilidade dos sujeitos, dispensando os indivíduos que não preencheram os requisitos preestabelecidos ou os critérios de inclusão. O mesmo pesquisador realizou a avaliação clínica de todos os pacientes, aplicação de protocolo relacionado à doença (Anexo B) (Cavalcanti, 2007),

Os exames complementares foram realizados na primeira consulta clínica (fluxo salivar, citológico), aplicação de questionários IDADE e CES-D, verificação da

aderência ao tratamento e orientação quanto à posologia, coleta de dados referentes ao efeito terapêutico e efeitos colaterais (Anexo C e Anexo D)

4.3 MÉTODOS

Descrição geral do estudo

Esta pesquisa foi elaborada em duas Fases (FASE 1 e FASE 2) e adotou um desenho de estudo clinico randomizado, duplo cego, placebo controlado (FASE 1) para avaliar a eficácia e a efetividade do tratamento homeopático na síndrome da ardência bucal (SAB). Na FASE 2 foi aplicado um ensaio clínico aberto.

FASE 1

Composta por um estudo clínico randomizado, duplo cego placebo controlado com duração de 90 dias em um grupo de 31 pacientes com SAB. Os nomes dos 31 pacientes aceitos na pesquisa foram enviados para um único farmacêutico, responsável pela randomização dos pacientes na sequência: Medicamento/Placebo. Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: um que recebeu medicamento homeopático (G1) e outro que recebeu placebo (G2). O medicamento utilizado no ensaio foi preparado em uma única farmácia de manipulação homeopática; e por um único farmacêutico. Apenas esse profissional pôde identificar qual dos pacientes estava recebendo medicamento ou placebo. Essas informações foram fornecidas ao pesquisador somente no término do estudo.

Os frascos dos medicamentos homeopáticos e placebos eram idênticos, tendo a capacidade de 30 ml. Caso ocorresse algum acidente com o medicamento, o paciente deveria notificar imediatamente o pesquisador, para que novo frasco fosse providenciado, evitando-se a descontinuação do tratamento.

Os medicamentos foram fornecidos gratuitamente, pela farmácia L’officine Rua presidente Campos Salles, 939-Centro Mogi das Cruzes-São Paulo- Brasil, que foi enviada em caixa selada para o pesquisador. Os frascos foram identificados com etiquetas com o nome de cada paciente.

Os pacientes iniciaram o tratamento tomando *Arsenicum album* 6 cH, 6 gotas à noite; ou com placebo (solução hidroalcoólica a 10%), 6 gotas a noite e receberam um anexo com instruções de uso da medicação (Anexo E). Os pacientes foram acompanhados mensalmente durante a utilização dos medicamentos. Além disso, foram questionados sobre a ocorrência de efeitos adverso-colaterais durante o tratamento. Após o período de observação de 90 dias, a medicação foi suspensa por um período de 30 dias (*washout*) e os pacientes reavaliados.

FASE 2.

Composta por um Estudo Aberto propôs, avaliar a efetividade da terapêutica homeopática individualizada no médio-longo prazo nos pacientes submetidos à FASE 1. Aspecto importante para o ajuste de medicação homeopática e a complexidade da individualidade do doente. Foram adotados parâmetros de sintomatologia recolhidos no final da FASE 1.

Após o termino da primeira fase, todos os pacientes foram convidados a participar da segunda fase, correspondente ao estudo aberto por um período de mais 7 meses, com visitas mensais.

No início dessa segunda fase, a randomização foi revelada e avaliada a resposta terapêutica do medicamento anteriormente prescrito na FASE 1.

Na FASE 2 foi realizada a semiologia clinica homeopática com o objetivo de selecionar os medicamentos homeopáticos individualizados mais indicados para cada paciente. Para alcançar esses objetivos foi utilizada a Repertorização mecânica (sem escolha de sintoma diretor) computadorizada (Ribeiro, 1998) dos sintomas homeopáticos mentais, gerais e particulares identificados. Foi utilizada para analise diferencial das hipóteses medicamentosas a Matéria Médica Homeopática (Vijnovsky, 2003; Lathoud, 2004).

Os pacientes receberam consultas mensais, com as medicações homeopáticas sendo avaliadas e ajustadas de acordo com a evolução clínica e global observada no período, adequadamente relatados na ficha clínica homeopática (Anexo F). Os medicamentos constitucionais foram utilizados nas potencias 6cH, 12 cH, 30cH e 200cH (6 gotas à noite); a posologia (doses e potências) e medicamentos foram alteradas ao longo do estudo, sendo aumentadas em situações de resposta ineficiente (melhora pequena, curta ou interrompida) ou diminuída nos

casos de eventos adversos (agravação homeopática). Após o período de tratamento de 7 meses, novo *washout* de 60 dias foi solicitado.

4.4 Avaliação da resposta terapêutica

A resposta terapêutica foi determinada considerando-se os seguintes parâmetros:

1. Nível de redução dos sintomas baseado em escala visual de sintomatologia (EVS): a quantidade de ardor foi avaliada pela EVS, variando de 0 (ausência de ardor) a 10 (pior ardor possível) na primeira consulta e a cada retorno (30 dias). Esta escala foi representada por uma régua graduada, de 10 pontos, medindo 100 mm. Os pacientes foram orientados a situar seu sintoma dentro desta escala, marcando com um "X" a intensidade de seu sintoma a cada retorno na consulta.
2. Efeito Global Percebido - EPG (*Global Perceived Effect-GPE*) adaptado de Femiano et al.(2000): foi determinado pelo julgamento pessoal do paciente sobre o tratamento que recebeu, no final da FASE 1; utilizando uma escala de 5 pontos, com as seguintes possibilidades: -1 (piora), 0 (sem alterações),+1(melhora discreta),+2 (melhora evidente), +3 (resolução total do sintoma)
3- Avaliação dos aspectos clínicos gerais (doenças concomitantes, eventos adversos) e clinica homeopática (avaliação dos aspectos: mental, geral e local).
4- Avaliação qualitativa- O nível de estresse emocional foi investigado por meio do inventário Traço-Estado (IDATE) (Anexo C), questionário utilizado para avaliar ansiedade. Trata-se de uma escala de autorretrato que depende da reflexão consciente do paciente. A escala mede Ansiedade-traço, que se refere às diferenças individuais e da maneira de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, com elevação no estado de ansiedade. (Spielberger, 1970). O teste consta de 20 itens que requerem que o paciente descreva como geralmente se sente. Para mensuração do

questionário, valores abaixo de 33 foram considerados como baixo, 34-49 médios e a partir de 50 nível alto. Essa avaliação foi realizada no inicio e final da FASE 1 e final da FASE 2. A Escala de Rastreamento Populacional para Depressão CES-D (Silveira; Jorge, 1998) (Anexo D), foi escolhida por sua prática aplicação. O instrumento é constituído por 20 itens. Essas avaliações foram realizadas no inicio e no final da FASE 1 e no Final da FASE 2. A resposta a cada uma das questões é dada segundo a frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do teste: ”raramente ou nunca” corresponde à pontuação zero; “durante pouco ou algum tempo” pontuação um; “ocasionalmente ou durante um tempo moderado” pontuação dois; e durante a maior parte do tempo” pontuação três. A pontuação pode variar entre zero e sessenta pontos. Para CES-D o ponto de corte ficou em 15pontos, acima de 16 foram tidos como sugestivos de depressão. Essa avaliação foi realizada no inicio e final da FASE1 e no final da FASE 2.

4.5 Seguimento dos Pacientes (*follow-up*)

Os pacientes que apresentaram alguma melhora EGP (+1, +2, +3) no final da Fase 2, foram reavaliados após 60 dias. Estes pacientes foram questionados sobre a manutenção ou não das melhoras obtidas escolhendo uma das possibilidades:

1. A melhora obtida com o tratamento foi parcialmente perdida
2. A melhora obtida foi totalmente perdida
3. A melhora obtida foi mantida sem alterações

4.6 Exames Complementares

Os pacientes foram submetidos à avaliação hematológica (hemograma completo, glicemia de jejum). Pacientes com níveis séricos de glicose em jejum superior a 100mg/dl foram considerados diabéticos. A presença de anemia foi considerada em níveis de hematócritos inferiores a 36% para mulheres e 39% para homens; hemoglobina inferior a 12g/dL para mulheres e 13 g/dL para homens (Hove et al., 2000), também foi verificado o fluxo de saliva não estimulada. Estes parâmetros foram obtidos antes (FASE 1) e no final do tratamento homeopático (FASE 2). Citologia esfoliativa foi realizada no inicio da Fase 1 e as amostras foram enviadas ao laboratório de Patologia Bucal da FOUSP.

Coleta de material para identificação de espécies do gênero *Candida*, uma alíquota de saliva, obtida diretamente com inserção do swab estéril no tubo contendo a saliva depositada pelo paciente, foi semeada em placa de 90x15 mm, contendo um meio pré-fabricado e são adquiridas prontas para uso CHROMAgar *Candida* (CC) (PlastLabor, Rio de Janeiro/RJ . Após a coleta, as placas foram incubadas a 37° C por 24-48 horas em estufa microbiológica. De acordo com as instruções do fabricante, as colônias de coloração esverdeada foram consideradas da espécie *Candida albicans*, as colônias de coloração azul com halo rosa foram consideradas da espécie *Candida tropicallis* e as colônias de coloração rósea pálido e aspecto rugoso foram consideradas da espécie *Candida krusei.*

O critério de avaliação das placas foi visual, as que apresentaram crescimento de colônias de qualquer espécie ou quantidade de colônias foram eleitas para tratamento.

Os pacientes que apresentaram crescimento de colônias (*candida albicans*, *candida tropicallis e candida krusei*) foram tratados com Nistatina solução na forma de bochechos (5 ml durante 1 minuto, 3x por dia) durante 21 dias. Após esse período nova coleta foi realizada. Os pacientes que após tratamento apresentaram ausência de colonização e de sintomatologia foram excluídos do tratamento homeopático para SAB.

Foram diagnosticados com *Candidíase* quando houve concordância entre as achados clínicos e os resultados dos exames de semeadura e citológico (Scully, El-Kabir e Samaranayake, 1994; Naglik et al., 2008; Abaci et al.,2011).

Avaliação do fluxo salivar

O fluxo salivar foi determinado pela coleta de saliva total não estimulada, no inicio do tratamento (FASE 1) e final da (FASE 2). A coleta foi realizada no período da manhã. O paciente foi colocado sentado em cadeira comum e orientado a ficar tranquilo, evitando movimentos de língua, lábios e bochechas durante a coleta. A saliva foi coletada em um tubo graduado por 10 minutos e a taxa de fluxo expressa em mL/min. Fluxos inferiores a 0,1mL/min foram considerados como hipossalivação (Sreebny, 2000).

4.7 Análise dos dados

4.7.1 Análise descritiva

Para a análise descritiva, na Fase 1 e na Fase 2 para a variável EGP, tanto para o grupo Medicamento, quanto para o Grupo Placebo, foram calculados os valores da Média, Desvio-padrão, Erro-padrão, Mediana, 1º e 3º Quartís.

O valor de p Shapiro-Wilk foi calculado para verificação da distribuição dos grupos da amostra e em função de seus resultados, foram utilizados estimadores paramétricos ou não paramétricos.

4.7.2 Análise inferencial

Em decorrência de que os grupos não seguiam uma distribuição, pelo menos aproximada da Distribuição Normal, foram utilizados estimadores estatísticos não-paramétricos.

4.7.2.1 Fase 1 Intra-grupo: Medicamento e Placebo – Estudo da EVS

Utilizou-se o estimador estatístico Friedman ANOVA e quando este retornou um valor de p <0, 0001, (ao nível de significância p=0,05), foi rejeitada a hipótese

nula e aceita a alternativa. Para determinar a localização da(s) diferença(s) foram feitos testes comparativos entre todos os grupos desta parte do experimento:

4.7.2.2 Fase 2 Intra-grupo: Medicamento e Placebo – Estudo da EVS

Utilizou-se o estimador estatístico Friedman ANOVA e quando este retornou um valor de p <0, 0001, (ao nível de significância p=0,05), foi rejeitada a hipótese nula e aceita a alternativa. Para determinar a localização da(s) diferença(s) foram feitos testes comparativos entre todos os grupos desta parte do experimento:

4.7.3 Análise intergrupos e Avaliação do Efeito Global Percebido (EGP)

Nesta parte do estudo estatístico, os grupos foram considerados independentes e não paramétricos, portanto foi utilizado o estimador estatístico teste U de Mann-Whitney para comparar 2 a 2 os grupos “placebo” e “medicamento” em todos os períodos do estudo. A hipótese nula foi assumida como $\mu_1 \neq \mu_2$, ou seja, foi utilizado um teste bicaudal.

5 RESULTADOS

5.1 Casuística

Cinquenta pacientes elegíveis para este estudo foram examinados na Disciplina de Estomatologia Clinica da FOUSP com queixa de ardência bucal no período de julho de 2011 a setembro de 2012 (Figura 5.1, diagrama de fluxo-*Consort flowchart* 2010). Treze pacientes foram excluídos porque a sensação de ardência possivelmente estaria relacionada a doenças locais ou sistêmicas (quatro casos apresentavam associação com doença psiquiátrica grave, três casos com diagnostico de síndrome de Sjogreen, três pacientes diabéticos insulina dependentes e três pacientes com doença gástrica comprovada com indicação cirúrgica). Seis pacientes não quiseram participar do estudo. Os pacientes excluídos (19) do estudo foram encaminhados a outros departamentos para tratamento especializado.

Trinta e um pacientes com diagnóstico de SAB foram incluídos neste estudo 25 (80,65%) indivíduos eram do gênero feminino (com variação de idade entre 34 e 85 anos e média de idade de 58,20 anos), e 6 (19,35%) indivíduos do gênero masculino (com variação de idade entre 48 e 76 anos e média de idade de 62,83 anos). Os pacientes foram divididos aleatoriamente para iniciar o tratamento com *Arsenicum album* ou com placebo, constituindo a FASE 1 de tratamento.

Quanto à etnia, 25 (80,66%) eram leucoderma sendo 20 mulheres e 5 homens, 3 (9,67%) melanoderma (3 mulheres) e 3 (9,67%) xantoderma (2 mulheres e 1 homem).

Com relação ao consumo de tabaco, apenas 1 (3,22%) mulher fumava cachimbo, 3 (9,67%) eram ex-tabagistas (1 homem e 2 mulheres) e nenhum dos pacientes relatou consumo de álcool. Os dados epidemiológicos quanto à idade, gênero, etnia e hábitos estão sumarizados na Tabela 5.1.

Os fatores sistêmicos associados à SAB analisados nesse estudo estão na Tabela 5.1.2. Dentre a amostra total de 31 pacientes investigados quanto à história médica atual e pregressa, uma parcela significativa representada por 28 (90,32%) indivíduos apresentou algum fator sistêmico associado à SAB, representado por comorbidades devido a doenças ou alterações sistêmicas.

Figura 5.1- Diagrama de fluxo de Pacientes (Consort flowchart)

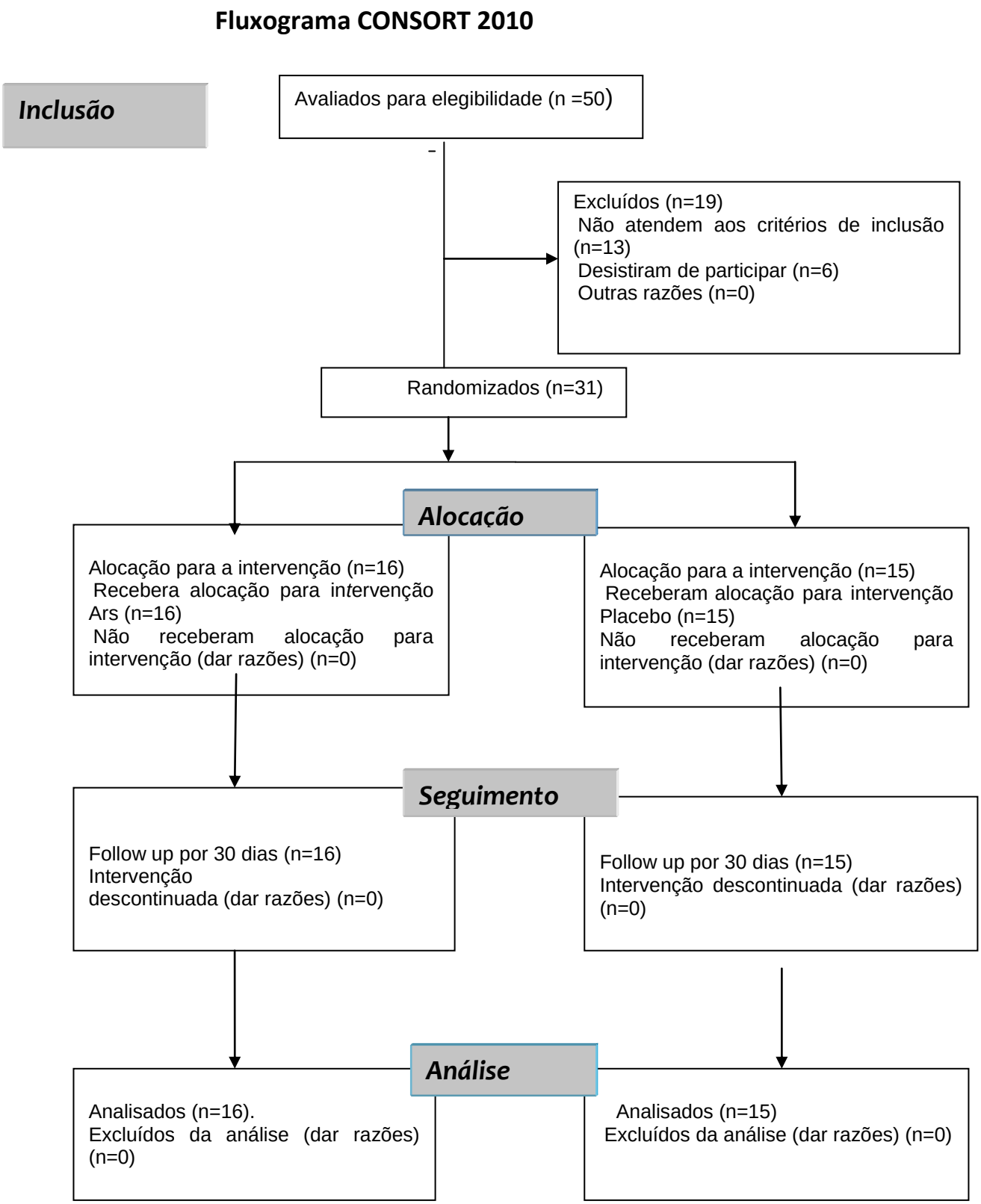

Tabela 5.1 - Distribuição dos pacientes segundo idade, gênero, etnia e hábitos

Dados epidemiológicos		Pacientes n (%)
	Média (variação) Total = (34 e 85)	
Idade (anos)	Faixa etária 31-50	7 (22,58%)
	Faixa etária 51-70	18 (58,07%)
	Faixa etária 71-90	6 (19,35%)
Gênero	Masculino	6 (19,35%)
	Feminino	25 (80,65%)
Etnia	Leucoderma	25 (80,66%)
	Melanoderma	3 (9,67%)
	Xantoderma	3 (9,67%)
Hábitos	Tabagista	1 (3,22%)
	Ex- Tabagista	3 (9,67%)
	Etilismo	-

As doenças ou alterações sistêmicas mais prevalentes entre os pacientes foram: hipertensão arterial sistêmica presente em 9 (29,03%) pacientes; cardiopatia em 4 (12,90%); gastrite em 13 (41,93%); hipercolesterolemia em 6 (19,35%); hipotireoidismo em 3 (9,67%); alteração hormonal em 2 (6,45%); labirintite em 4 (12,90%); cefaleia em 10 (32,25%); obstipação intestinal em 21 (75%) distúrbios do sono em 26 (83,87%); dores em várias partes do corpo em 20 (64,51%); dores articulares em 9 (29,03%); Osteoporose em 2 (6,45%) e 8 (25,80%) indivíduos com queixas otorrinolaringológicas. Apenas 3 (9,68%) pacientes do sexo feminino, não apresentaram nenhuma comorbidade associada à SAB e não usavam medicamento.

Vinte e duas pacientes (78,57%) relataram estar no período de menopausa ou pós- menopausa.

O número de pacientes com SAB que faziam uso de medicação sistêmica foi extremamente elevado, representada por 28 (90,32%) indivíduos. Os medicamentos mais utilizados pelos pacientes e com maior relevância na correlação da SAB estão representados na Tabela 5.2.

Tabela 5.2 - Fatores clínicos sistêmicos associados à SAB (n=31)

Comorbidade	n(%)	Medicamento	n (%)
Total	**28 (90,32%)**	**Total 28 (90,32%)**	
Hipertensão arterial	9 (29,03%)	Anti-hipertensivo	9 (29,03%)
Gastrite	13 (41,93%)	Ansiolítico	12 (38,70%)
Cardiopatia-	4 (12,90%)	Antidepressivo	4 (12,90%)
Hipercolesterolemia	6 (19,35%)	Antiácido/Antiulceroso	10 (32,25)
Hipotireoidismo	3 (9,67%)	Reposição hormonal	2 (6,45%)
Alteração hormonal	2 (6,45%)	cardiovasculares	3 (11,53%)
Labirintite	4 (12,90%)	Antiespasmódico	1 (3,84%)
Anemia		Hipotireoidismo	3 (9,67%)
Cefaleia	10 (32,25%)	Polivitaminicos	1 (3,84%)
Menopausa	22 (78,57%)	Suplemento Cálcio	7 (22,58%)
Obstipação intestinal	21 (75%)	Vit.complexo B	-
Distúrbios do sono	26 (83,87%)	Analgésicos	2 (7,69%)
Dores em várias		Antinflamatório	2 (7,69%)
partes do corpo	20 (64,51%)	Corticóides	-
Dores articulares	9 (29,03%)	Anticolesterolemiante	6 (19,35%)
Osteoporose	2 (6,45%)		
Otorrinolaringológicas	10 (32,25%)		

As características clínicas da sintomatologia quanto à classificação, localização, duração, intensidade, natureza e escore EVS estão representadas na Tabela 5.3

Na primeira consulta, 31 pacientes foram examinados e classificados quanto as variações diárias do sintoma de ardência, sendo que 10 (32,26%) indivíduos apresentaram sintomas do Tipo 1, 17 (54,84%) pacientes apresentaram o Tipo 2, e 4 (12,90%) pacientes do Tipo 3.

Com relação aos sítios bucais acometidos pela SAB, dos 31 pacientes avaliados, 12 (38,70%) referiram sintoma em um único lugar, 5 (16,12%) indivíduos referiram sintoma em dois lugares e 8 (25,80%) em três ou mais lugares. A língua foi o local mais comumente afetado em todos os 31 indivíduos (100%), sendo que a presença do sintoma exclusivamente em língua foi relatado por 12 (38,70%);

seguidos por associação 10 (32,25%) com lábio inferior e 5 (16,12%) com queixa de ardor em lábio superior, palato, 4 (12,90%) e em toda a cavidade oral em 2 (6,45%) da amostra. Outros locais incluíram mucosa jugal, comissura labial, assoalho bucal, gengiva e orofaringe.

A duração dos sintomas de ardência, queimação, desde o início da percepção do paciente até o momento da consulta inicial aferida em meses, apresentou variação de 6 a 300, com média de 40,83.

A intensidade da sintomatologia registrada na primeira consulta foi classificada em suave, moderada e intensa, sendo que 3 (9,68%) indivíduos apresentavam uma ardência suave, 9 (29,03%) moderada e 19 (61,29%) a forma mais intensa. Quanto à natureza contínua ou intermitente dos sintomas, 27 (87,10%) indivíduos apresentaram a forma continua e 4 (12,90%), a forma intermitente.

A análise sobre a intensidade de ardência referida pelos pacientes foi avaliada através da escala visual sintomática ou analógica EVS (0-100), obtendo o escore médio de 92,58, com variação entre 60 e 100.

Tabela 5.3 - Características clínicas da sintomatologia da SAB FASE 1 (N=31)

Fator (amostra)		Paciente n (%)
Classificação	**Tipo 1**	10 (32,26%)
(n=31)	**Tipo 2**	17 (54,84%)
	Tipo 3	4 (12,90%)
	01 local	12 (38,70%)
	02 locais	5 (16,12%)
	03 ou + locais	8 (25,80%)
Localização	**Língua**	31 (100%)
	Lábio inferior	10 (32,25%)
	Lábio Superior	5 (16,12%)
	Palato	4 (12,90%)
	Cavidade oral	2 (6,45%)
Duração	**≤ 11 meses**	10 (32,26%)
(n=31)	**12 a 23 meses**	7 (22,58%)
	24 a 35 meses	6 (19,35%)
Média (variação)	**36 a 47 meses**	2 (6,46%)
40,83 (6-300) meses	**48 a 59 meses**	--------
	60 a 71 meses	--------
	≥ 72 meses	6 (19,35%)
Intensidade	**Suave**	3 (9,68%)
(n=31)	**Moderada**	9 (29,03%)
	Intensa	19 (61,29%)
Natureza	**Continua**	27 (87,10%)
	Intermitente	4 (12,90%)
Escala Visual Sintomática	**Escore EVS (0-100)**	92,58 (60-100)
(n=31)		

Com relação aos fatores predisponentes da SAB relacionados ao uso de próteses, 18 (58,07%) usavam, mas, não relacionaram o uso ou a troca das mesmas com a ardência. Durante a realização da anamnese, queixa subjetiva de xerostomia e hipossalivação foi relatada por 16 (51,61%) pacientes, embora o exame intraoral não apresentasse sinais preditivos de fluxo salivar reduzido. Exame complementar de sialometria foi realizado nos 31 pacientes, e não evidenciou redução dos índices de fluxo salivares, inferiores a 0,1ml/min em repouso. A média do fluxo salivar mensurado no inicio do tratamento foi de 0, 289 ml/min e no final do tratamento 0,376ml/min.

O diagnóstico de *candidíase* bucal a partir de exame clínico e exame complementar foi estabelecido em 7 (22,58%) pacientes. Esses casos não foram excluídos do estudo uma vez que, depois de tratados adequadamente, os sintomas de ardência não desapareceram. Outros fatores clínicos associados à SAB foram: disgeusia referida por 1 (3,22%) paciente, gosto metálico 1 (3,22%) paciente e gosto amargo na boca por 3 (9,67%) pacientes (Tabela 5.4).

Tabela 5.4 - Fatores clínicos locais associados à SAB

Fatores locais		**n(%) ou média variação**
Xerostomia	**Queixa subjetiva (n=31)**	16 (51,61%)
Fluxo salivar total	**Inicial**	0, 289
Não estimulado	**Final**	0, 376
Condição bucal	**Dentados**	13 (41,93%)
	Usuários de próteses	18 (58,07%)
***Candidíase* bucal**	**Citológico/ Cultura**	7 (22,58%)
Outros fatores	**disgeusia**	1 (3,22%)
	Gosto metálico	1 (3,22%)
	Gosto amargo	3 (9,67%)

Além dos sintomas supracitados, os pacientes também relataram secura em lábios, olhos, garganta e genitais em 8 (25,80%) indivíduos.

Durante a anamnese homeopática, antecedentes psicogênicos foram registrados e 25 (80,64%) reportaram algum desses fatores, dentre os quais, transtornos por ansiedade de alta intensidade em 19 (61,29%), de média intensidade em 12 (38,70%), depressão em 25 (80,64%), estresse em 8 (25,80%) e cancerofobia associada à SAB em 9 (29,03%) dos pacientes. Destes últimos, 2 mulheres tiveram câncer e removeram parte do intestino, estando sob controle há mais de cinco anos e 7 pacientes apresentavam parentes próximos com câncer. Depressão e ansiedade foram avaliadas através de questionários respondidos pelos próprios pacientes (IDATE e CES-D) Anexo C e Anexo D.

Apenas 6 (19,36%) pacientes não relataram sofrer depressão, mas referiram transtorno de ansiedade.

Tabela 5.5 - Fatores psicogênicos associados à SAB

Fatores psicogênicos	**n (%)**
Total	N= 31
Ansiedade	
Média	12 (38,70%)
Alta	19 (61,29%)
Depressão	25 (80,64%)
Sem depressão	6 (19,36%)
Estresse	8 (25,80%)
Cancerofobia	9 (29,03%)

Entre os 31 pacientes com SAB, 3 (9,67%) relataram ter participado de protocolos de tratamento, 2 com uso de capsaícina tópica e 1 com laserterapia. Uma diversidade de tratamentos foi relatada pelos pacientes especialmente com referência ao uso tópico e sistêmico, no entanto, a resposta terapêutica ou a remissão dos sintomas da ardência não se mostrou eficaz.

5.2 FASE 1 estudo duplo cego placebo-controlado

Os 31 pacientes com SAB que foram avaliados nessa casuística, concluíram a FASE 1 estudo duplo cego placebo controlado. Os resultados obtidos estão sumarizados nas Tabelas 5.6.

Tabela 5.6 - Dados biodemográficos dos pacientes com SAB na FASE 1(N=31)

Características	**Grupo Total**	**G1 ars**	**G2 placebo**
	N=31 n (%)	**N=16**	**N=15**
Homens	6	4	2
Mulheres	25	12	13
Média de idade em anos (variação)	58,93 (34-85)	59,37 (39-74)	58,46 (34-85)
Hábitos (tabaco/álcool)	1 (3,22)		
Condição bucal			
Dentados	13 (41,93)		
Usuários de próteses	18 (58,07)		
Localização dos sintomas			
Língua	31 (100)		
Lábio inferior	10 (32,25)		
Lábio Superior	5 (16,12)		
Palato	4 (12,90)		
Cavidade oral	2 (6,45)		
Medicamentos de uso contínuo			
Antidepressivo	4 (12,90)	2 (12,50)	2 (13,33)
Ansiolítico	12 (38,70)	7 (43,75)	5 (33,33)
Anti-hipertensivo	9 (29,03)	4 (25)	5 (33,33)
Reposição hormonal	2 (6,45)	2 (12,50)	-
Suplemento cálcio	7 (22,58)	4 (25)	3 (20)
Hormônio tireoidiano	3 (9,67)	2 (12,50)	1 (6,66)
Antiácidos /protetor gástricos	10 (32,25)	6 (37,50)	4 (26,66)
Anti-colesterolemiante	6 (19,35)	5 (16,12)	1 (6,66)

5.3 Resposta terapêutica na FASE 1

Na FASE 1 considerando-se os 31 pacientes que foram analisados nesse estudo, formados por 16 pacientes que iniciaram o tratamento com *Arsenicum album* 6cH (G1) e 15 pacientes que tomaram placebo (G2). Avaliados durante 30, 60 e 90 dias.

O nível de redução do sintoma avaliado pela escala visual sintomática ou analógica EVS para o grupo G1 escore médio inicial de 95,6 com variação entre 70 e 100, para média de 53,1 no final do tratamento, uma redução de 44,50%.

O grupo placebo (G2) com média inicial de 89,3 e variação de 60 e 100, no final do tratamento obteve escore médio de 78,0, redução de 12,65% (Tabela 5.7).

Não houve mudanças significativas na intensidade da ardência nos primeiros 30 dias comparando os grupos G1 (EVS-65,6) e G 2 (EVS-61,3).

Diminuição na intensidade da ardência começa a apresentar significância a partir de 60 dias de tratamento G1(EVS-55,6) e G2 (EVS-80,6) de tratamento.

Tanto o grupo G1 quanto o grupo G2 apresentaram melhora na redução do sintoma em média a partir dos 60 e 90 dias de terapêutica ($p<0,05$).

Na FASE 1, a EVS do Grupo Medicamento foi mais efetiva que a do Grupo Placebo, com significância no intervalo de confiança estabelecido (95%).

Com relação ao Efeito Global percebido (EGP) relatado pelos pacientes no final da FASE 1, houve pelo menos um alívio do sintoma (+1 e +2) em 12 (75%) pacientes com uso de medicamento. Não houve modificação de sintoma em 3 (18,75%) pacientes e, apenas 1 (6,25%) paciente relatou piora do sintoma.

No grupo Placebo (G2), o Efeito Global Percebido foi relatado como melhora discreta em 3 (20%) dos pacientes, 9 (60%) pacientes relataram não sentir modificação de sintoma e 3 (20%) pacientes relataram piora no sintoma.

Em ambos os grupos (G1 e G2) durante a FASE 1, não houve resolução total do sintoma. Nenhum outro efeito colateral foi relatado nesse período.

O grupo G1 (*Arsenicum album*) apresentou um Efeito global percebido significante (**p**<0,05) quando comparado ao grupo placebo (G2).

Após o período de *washout* de 30 dias, os pacientes foram reavaliados pela EVS, e não foi relatada mudança de escore ou efeito global percebido.

O Efeito global percebido pelos pacientes no final da Fase 1 está sumarizado na Tabela 5.8

Tabela 5.7 - Variação da Escala Visual de Sintoma (EVS) N=31 FASE 1

Período de tratamento	**Ars (G1) n=16**	**Placebo (G2) n=15**	**p<0, 001 (G1) Friedman ANOVA**	**p = 0, 5439 (G2) Friedman ANOVA**
EVS média inicial	**95,6**	**89,3**	**-**	**-**
EVS média 30 dias	**65,6**	**61,3**	**ns**	**ns**
EVS média 60 dias	**55,6**	**80,6**	**p<0,05**	**ns**
EVS média 90 dias	**53,1**	**78,0**	**p<0,05**	**ns**

G1- grupo medicamento (*Arsenicum album*)

G2-grupo placebo

Período de tratamento 90 dias

Tabela 5.8 Efeito Global Percebido na FASE 1

EGP	**G1 (ars)**	**G2 (Placebo)**	**U** Mann-Whitney
	N=16	**N=15**	**p = 0,0010**
	n (%)	**n (%)**	
+**1**	8 (50%)	3 (20%)	-
+2	4 (25%)	-	-
+3	-	-	-
0	3 (18,75%)	9 (60%)	-
-1	1 (6,25%)	3 (20%)	-
			p <0,05

EGP (Efeito global percebido) = +1 (melhora discreta), +2 (melhora evidente), +3 (resolução total do sintoma), 0 (sem modificações no sintoma),-1 (piora).

5.4 Resposta Terapêutica na FASE 2

Desistiram de participar da segunda fase 3 pacientes (2 mulheres que receberam placebo na FASE1 e 1 homem que recebeu medicamento na FASE1).

Dos 28 pacientes (23 mulheres e 5 homens), com média de 58,71(34-85 anos) participaram do estudo aberto e cumpriram o protocolo estabelecido, recebendo medicação homeopática individualizada como possibilidade terapêutica na redução da sintomatologia referida (Tabela 5.9).

A análise sobre a intensidade de ardência referida pelos pacientes foi avaliada através da escala visual sintomática ou analógica EVS (0-100), obtendo o escore médio de 63,57 com variação entre 60 e 100, mensurada no final da FASE 1 e utilizada como parâmetro inicial da FASE 2, uma vez que os pacientes receberam tratamento (medicamento ou placebo) interferindo na sintomatologia relatada na primeira consulta.

No final do tratamento (FASE 2), a intensidade de ardência teve média de 22,50 com variação de 0 e 100. A redução foi de 64,60%

Na FASE 2 a EVS dos Grupos, que tomaram Medicamento (FASE 1) e Placebo (FASE 1) foi igualmente eficaz, com significância no intervalo de confiança estabelecido (95%).

Com relação ao Efeito Global Percebido mensurado no final da FASE 1, apresentaram algum alívio no sintoma (EGP=+1,+2), 14 (50%) pacientes, sendo que 7 (25%) pacientes relataram melhora discreta, 7 (25%) melhora evidente. Não houve relato de resolução total de sintoma. Onze pacientes (39,28%) relataram nenhuma modificação de sintoma e 4 (10,72%) pacientes apresentaram piora no sintoma.

Após o tratamento homeopático individualizado (FASE 2), 25 (89,28%) relataram alívio no sintoma (EGP=+1,+2,+3). Destes, 2 (7,14%) pacientes relataram melhora discreta, 14 (50%) melhora evidente e 9 (32,14%) resolução total do sintoma e 3 (10,72%) sem modificação de sintoma. Nenhum paciente relatou piora da sintomatologia. Todos os pacientes mantiveram os mesmos escores após de *washout* 60 dias. (Tabela 5.9).

Tabela 5.9 - Característica dos pacientes em tratamento na FASE 2

Características	Início do tratamento FASE 2 N=28	Final de tratamento FASE 2 N=28
Mulheres	23	23
Homens	5	5
Média idade em anos	58,71 (34-85 anos)	58,71 (34-85)
Escala Visual Sintomática		
Escore EVS (0-100)	63,57(10-100)	22,50 (0-100)
Efeito Global Percebido		
+1	7 (25%)	2 (7,14%)
+2	7 (25%)	14 (50%)
+3	-	9 (32,14%)
0	11 (39,28%	3 (10,72%)
-1	3 (10,72%)	-
Manteve EGP +3	-	9 (32,14%)
Medicamento na FASE 1	15	
Placebo na FASE 1	13	

EGP (Efeito global percebido) = +1 (melhora discreta), +2 (melhora evidente), +3 (resolução total do sintoma), 0 (sem modificações no sintoma),-1 (piora)

Foram prescritos durante esse período de tratamento, 24 medicamentos homeopáticos diferentes. Os mais prescritos foram *Kali bichromicum* 17 (60,7%), *Hydrastis canadenses* 16 (57,1%), *Nux vômica* 14 (50%), *Arsenicum album* 12 (42,8%) e *Bryonia alba* 11(39,2 %) entre outros, nas potências: 6cH, 12cH ,30 cH e 200 cH. Os melhores resultados foram encontrados nas potências mais baixas, até 30cH (Tabela 5.10).

Com relação as variantes reativas relatados pelos pacientes, a disúria foi mais presente em 8 (28,5%), crise sinusal em 7 (25%), sonolência em 2 (7,1%) e 1 (7,1%) crise de asma (Tabela 5.11).

Exames de urina foram solicitados aos 8 pacientes com disúria, todos com os resultados normais. Os sintomas desapareceram com a medicação homeopática.

Uma paciente apresentou crise de asma durante o tratamento por alguns dias, não apresentava crises há mais de 10 anos. O medicamento foi suspenso por duas semanas, houve o desaparecimento do sintoma. Reinício do tratamento homeopático tendo como referencia a repertorização da paciente.

Tabela 5.10 - Medicamentos homeopáticos mais prescritos na FASE 2 (n=28)

Substância	n (%)
Kali *bichromicum*	17 (60,7)
Hydrastis	16 (57,1)
Nux vomica	14 (50)
Arsenicum album	12 (42,8)
Bryonia alba	11 (39,2)
Phosphurus	4 (14,2)
Berberis	4 (14,2)
Natrium muriaticum	4 (14,2)
Gelsemium	4 (14,2)
Sulphur	3 (14,2)
Arnica Montana	2 (7,1)
Cantharis	2 (7,1)
Cactus	2 (7,1)
Nitricum acidum	2 (7,1)
Natrium phosphoricum	2 (7,1)
Lycopodium	1 (3,5)
Aconitum	1 (3,5)
Belladonna	1 (3,5)
Casticum	1 (3,5)
Natrium suplhuricum	1 (3,5)
Ignatia	1 (3,5)
Glonoinium	1 (3,5)
Chelidonium	1 (3,5)
Lachesis	1 (3,5)

Tabela 5.11 - Variantes reativas na FASE 2 (n=28)

Efeito reportado	**n=28**	**(%)**
Sonolência	2	7,1 (%)
Crise de asma	1	3,5 (%)
Disúria	8	28,5 (%)
Crise sinusal	7	25 (%)

Foram solicitados a todos os pacientes no final da FASE 2, exames laboratoriais Os resultados quando comparados aos inicias, se mantiveram dentro do padrão de normalidade.

As comorbidades relatadas pelos pacientes com SAB foram sumarizadas na Tabela 5.12.

No final do tratamento 11 (39,28%) dos 28 pacientes tratados com medicamento homeopático individualizado, relataram qualidade de sono satisfatória, sem interrupções, após tratamento. Dos 18 (64,28%) pacientes com queixa de obstipação intestinal, após tratamento, 9 (32,14%) relataram retorno as funções normais.

Sintomas otorrinolaringológicos 10 (35,71%) relatados pelos pacientes foram sinusite e secreções retrofaríngeas e espessamento de saliva. Após tratamento 6 (21,42%) relataram a remissão dos sintomas. Dores em várias partes do corpo foram queixas constantes em 18 (64,28%) dos pacientes com SAB. Após tratamento, 11 (39,28%) pacientes relataram alívio na sintomatologia.

Queixas de xerostomia subjetiva foram estimadas em 13 (46,42%) pacientes com SAB. Após tratamento, 9 (32,14%) pacientes relataram desaparecimento da sensação de boca seca.

Com relação aos transtornos por ansiedade e depressão associados à SAB, todos os pacientes responderam os questionários IDATE e CES-D, respectivamente.

Altos índices de ansiedade foram encontrados em 16 (57,14%) dos pacientes e 12 (42,86%) com níveis médios, no início do tratamento. Após o tratamento, observamos um deslocamento de 3 (10,72%) pacientes que apresentavam índice alto de ansiedade para o nível médio de ansiedade. Com relação à depressão, 21 (75%) dos pacientes apresentaram escores sugestivos de depressão no início do tratamento. Após tratamento homeopático, 18 (64,29%) pacientes apresentavam escore sugestivo de depressão e 3 (10,71%) pacientes passaram a escore normal.

Tabela 5.12 - Estado geral dos pacientes com SAB pré e pós-tratamento homeopático

Comorbidades	Pacientes N (%) n=28	FASE 2 (quadro clínico após tratamento) N=28
Distúrbios do sono	23 (82,14%)	12 (42,86%)
Obstipação intestinal	18 (64,28%)	9 (32,14%)
Otorrinolaringológicas	10 (35,71%)	4 (14,28%)
Dor em diversas		
Partes do corpo	18 (64,28%)	7 (25%)
Xerostomia		
Queixa subjetiva (n=28)	13 (46,42%)	4 (14,28%)
Ansiedade		
Baixa (até 33) pontos	-	-
Média (de 34 até 49)	12 (42,86%)	15 (53,57%)
Alta (acima de 49)	16 (57,14%)	13 (46,43%)
Depressão		
De 0 até 15	-	3 (10,71%)
A partir de 16	21 (75%)	18 (64,29%)

Ansiedade- Baixa (até 33) pontos**,** Médio (de 34 até 49) Alto (acima de 49)
Depressão - De 0 até 15 - normal, A partir de 16- sugestivo de depressão

5.5 Efeito Global Percebido entre FASE 1 X FASE 2

O efeito Global percebido (EGP) na FASE 1 nos pacientes que tomaram medicamento (*Arsenicum album)* foi de melhora discreta e melhora evidente em 12 (75%) dos pacientes, 3 (18,75 %) não observaram mudanças de sintomas e houve 1 (6,25%) que relatou piora do sintoma. Não houve remissão do sintoma.

Na FASE 2, observou-se que o grupo que recebeu medicamento na FASE 1 G1 (*Arsenicum album*) e que foram repertorizados e receberam medicamento homeopático individualizado, 5 (33,33%) pacientes relataram remissão total do sintoma que foi mantido após *washout* de 60 dias. Obteve uma melhora discreta

1(6,6%) paciente e melhora evidente 5 (33,33%) pacientes. Não houve relato de piora do sintoma.

No grupo que recebeu placebo na FASE 1, o Efeito Global Percebido (EGP) foi de melhora discreta em 3 (20%) pacientes, 9 (60%) não relataram mudança no sintoma e em 3 (20%) pacientes houve relato de piora do sintoma. Não houve remissão total do sintoma. No entanto, quando tratados com medicamento homeopático individualizado (FASE 2), o grupo que recebeu placebo, apresentou 9 (69,23%) pacientes com melhora evidente e 4(30,77%) pacientes com remissão total do sintoma que foi mantido após *washout* de 60 dias. Não houve piora do sintoma.

Portanto, no final da FASE 2, 9 (32,14%) pacientes relataram remissão total do sintoma (+3), 14 (50%) relataram melhora evidente (+2), 1 (3,58%) melhora discreta e 4 (14,28%) relataram não sentir modificação do sintoma. Os resultados foram mantidos após *washout d*e 60 dias.

O Grupo Medicamento da FASE 2 foi mais eficaz quando comparado aos Grupos, Medicamento e Placebo da FASE 1, com significância estatística no intervalo de confiança estabelecido.

Tabela 5.13 - Efeito Global Percebido nas FASES 1 X FASE 2

EGP	**FASE 1 (n=31)**		**FASE 2 (n=28)**		**U Mann-Whitney**
	G1 (n=16)	**G2 (n=15)**	**G1 (n=15)**	**G2 (n=13)**	**p = 0, 0010**
+1	8 (50%)	3 (20%)	1 (6,7%)	-	
+2	4 (25%)	-	5 (33,33%)	9 (69,23%)	
+3	-	-	5 (33,33%)	4 (30,77%)	
0	3 (18,75%)	9 (60%)	4 (26,64%)	-	
-1	1 (6,25%)	3 (20%)	-	-	
+3			5 (33,34%)	4 (30,77%)	
Início (FASE1)					(ns)
30 dias					(ns)
60 dias					0, 0181 - **p** <0,05
90 dias					0, 0219 - **p** <0,05
Início (FASE 2)					0, 0238 - **p** <0,05
30 a 210 dias (FASE 2)					(ns)

G1- grupo medicamento- FASE 1 n=16; **G2-** grupo placebo - FASE 1 n=15; **G1 e G2 -** Tratados individualmente na FASE 2 . (ns) = não significante; * = Mantiveram EGP +3 ao fim da FASE 2.

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo principal avaliar a ação do tratamento homeopático na sintomatologia da SAB em estudo de duas Fases.

A primeira fase denominada FASE 1, um estudo duplo cego placebo controlado utilizando um único medicamento homeopático (*Arsenicum album* 6cH) para todos os pacientes, enfatizando a doença e não o doente, seguindo como norma todos os trabalhos científicos considerados padrão ouro, onde são testados os medicamentos para determinada doença sem levar em consideração as características individuais do doente.

Na segunda etapa de tratamento, a FASE 2, estudo aberto, onde os conceitos homeopáticos foram colocados em prática, considerando as peculiaridades sintomáticas do doente em detrimento da doença.

Seguindo essas premissas, na FASE 2, medicamentos homeopáticos diferentes são prescritos para a mesma doença, com o objetivo de “buscar como o mais alto ideal da cura, o restabelecimento rápido, suave e duradouro da saúde, ou a remoção e destruição integral da doença pelo caminho mais curto, mais seguro e menos prejudicial, seguindo fundamentos nitidamente compreensíveis” (Luz, 1996).

O grupo de 31 pacientes que foram tratados na FASE 1 foi composto predominantemente por mulheres 25 (80,65%) com variação de idade entre 34 e 85 anos e média de idade de 58,20 anos) e 6 (19,35%) indivíduos do gênero masculino (com variação de idade entre 48 e 76 anos e média de idade de 62,83). Vinte e duas pacientes (78,57%) relataram estar no período de menopausa ou pós-menopausa, e os principais sítios dos sintomas foram a língua e a semimucosa labial. Estes dados são concordantes com o resultado da maioria dos outros estudos (Lamey, 1988; Bergdahl; Bergdahl, 1999; Cavalcanti et al., 2007; Braga, 2010).

Os resultados observados em nossa casuística quanto à etnia, 25 (80,66%) eram leucoderma, corroboram com os estudos de Cherubini et al. (2005); Cavalcanti et al. (2007) evidenciando que indivíduos leucodermas foram a maioria da população estudada com 82,10% dos pacientes avaliados.

De acordo com a classificação proposta por Lamey e Lewis (1989) e Lamey (1996), quanto à variação diária do sintoma ardência bucal, observamos em nosso estudo, a prevalência dos Tipos 1, e 2, ou seja, a presença de sintoma ocorrendo

diariamente, de forma continua e 9 (29 %) não havendo dias livres de sintomas. Resultados semelhantes foram encontrados nos por Bergdahl e Bergdahl. (1999) e por Braga. (2010).

Quanto aos diferentes graus de intensidade da ardência: suave, moderado e grave; quanto a sua natureza continua ou intermitente, encontramos no grupo estudado: intensidade suave em 3 (9,68%) pacientes, moderada em, 3% e intensa em 19 (61,29%). Natureza contínua da ardência foi verificada em 27 (87,10%) e intermitente em 4 (12,90%) indivíduos.

O número de pacientes com SAB que fazia uso de medicação sistêmica foi extremamente elevado, representado por 28 (90,32%) indivíduos. No entanto, observamos que apesar do uso diário de ansiolítico 2 (38,70%) e ou antidepressivos 4 (12,90%) os pacientes continuavam com a queixa de ardência e a buscar terapias que pudessem aliviar os sintomas. Essa constatação nos leva a questionar a eficiência desses medicamentos no controle sobre a SAB reportado pelos pacientes. Os efeitos colaterais desses medicamentos utilizados a longo prazo são graves e muitos deles levam a dependência química. Dentre os efeitos colaterais mais comuns, boca seca, obstipação intestinal, gastrite, enxaqueca, perda da memória e efeito rebote como mais irritabilidade e distúrbio do sono. As principais causas da xerostomia ou hipossalivação estão relacionadas à ingestão de certos medicamentos, segundo Lamey et al. (2001) e Braio et al. (2006), seria o fator etiológico mais comum e, pelo fato dos pacientes com SAB fazerem uso de maior quantidade desses medicamentos relacionados a depressão e ansiedade, afirmam que parece razoável a associação de queixa de boca seca nesses indivíduos.

É muito provável que a receptividade e a aderência (100%) ao tratamento homeopático devam-se ao fato do paciente perceber e temer o uso crônico dos antidepressivos e ansiolíticos sem sentirem alívio ao seu sofrimento. A possibilidade de encontrar uma terapia como a homeopatia que produz poucos efeitos colaterais e que pudesse melhorar o sintoma da ardência foi muito positiva.

Em nosso estudo, observamos uma redução do sintoma avaliado pela escala visual sintomática nos dois grupos G1(medicamento) e G2(Placebo) sumarizada na Tabela 5.7.

Não observamos mudanças significativas na intensidade da ardência nos primeiros 30 dias comparando os grupos G1 e G 2. A diminuição na intensidade da ardência passa a ser significante a partir de 60 dias de tratamento. Ambos os grupos

(G1 e G2) apresentaram melhora na redução do sintoma em média a partir dos 60 e 90 dias de terapêutica ($p<0,05$).

Em todo ensaio clínico, normalmente consideramos um efeito Placebo de até 20% em média na escala visual sintomática (EVS). (Gracely et al.,1983, Amanzio et al., 2001, Price, 2001).

Na FASE 1, a escala visual sintomática (EVS) do Grupo G1(medicamento) foi mais efetiva que a do Grupo G2 (Placebo), com significância no intervalo de confiança estabelecido (95%).

Os dados comprovam a prática clínica homeopática que observa a melhora do sintoma após 60 a 90 dias. A afecção local, ou o sintoma local, não obstante, nada mais é que uma parte da doença geral, totalmente direcionada pela energia vital, para o local menos perigoso do organismo (externo), a fim de aliviar o sofrimento interno (Hahnemann, 2001). Portanto, partindo dessa premissa, a redução do sintoma, acontece gradativamente, à medida que o sistema como um todo busca o equilíbrio ou a cura da doença crônica, sendo estimulado pela frequência da medicação homeopática individualizada, ou seja, a que apresenta mais similitude com os sintomas capaz de levar o organismo a uma homeostase. No tratamento homeopático consideramos o desaparecimento dos sintomas locais como a última etapa do tratamento.

Comparando-se os usuários de *Arsenicum album* e *placebo* (FASE 1*)* em termos de efeito global percebido (EGP), houve pelo menos algum alívio do sintoma (EGP=+1,+2,) em 12 (75%) pacientes com medicamento, e apenas uma melhora discreta (EGP=+1) em 3 (20%) pacientes do grupo placebo. Não houve remissão total do sintoma (EGP=+3) em nenhum dos grupos. Em 3 (18,75%) pacientes que tomaram o *Arsenicum album* relataram não sentir modificações no sintoma e apenas 1 (6,25%) relatou piora do sintoma. Enquanto que no grupo Placebo, 9 (60%) pacientes relataram não sentirem modificação do sintoma e 3 (20%) pacientes relataram piora do sintoma.

Na FASE 1 o efeito terapêutico da medicação (*Arsenicum album*) foi significativamente superior ao placebo, apesar da medicação não estar dentro dos conceitos de individualidade na escolha da medicação.

No entanto, na escolha do *Arsenicum album,* foram considerados aspectos importantes quanto à ação do medicamento. Considerado um medicamento que

apresenta ampla ação sistêmica (mental, geral e local) e por se tratar a SAB, uma síndrome onde podem estar presentes um espectro variável de sintomas sistêmicos ou comorbidades, a ação dele se mostrou superior ao placebo, mesmo sendo inespecífica para alguns pacientes. Os pacientes com SAB apresentam muitas características e sintomas nos quais o medicamento se encaixa, como a inquietude e agitação intensa relatada pelos pacientes, não só subjetiva, interna, com grande desassossego e ansiedade, como externa, fazendo com que mude de posição e lugar constantemente, principalmente à noite na cama, interrompendo o sono. A ansiedade é marcadíssima e está sempre associada à inquietude e o medo. Manifesta-se como uma expressão ansiosa e medrosa que se acentua a noite, com o máximo de intensidade às 3 horas da manhã. Apresentam transtornos por antecipação. Terrível medo de morrer, principalmente à noite. Tem um grande desejo de companhia. Não tolera coisas fora do lugar. E excessivamente asseado, escrupuloso, rigoroso ou minucioso, mesmo com aspectos insignificantes da vida. Apresenta grande prostração, muitas vezes desproporcional em relação a sua doença. Dores queimantes, ardentes. Secreções mucosas ardentes. Língua fendida seca, com ardor ou sensação de queimação. Língua lisa, polida com papilas eretas ou grandes na ponta. Gastralgias queimantes, ansiedade no epigástrico. Asma como quadro mental clássico entre outras (Vijnovsky, 2003).

O que observamos durante o tratamento foi que os sintomas coexistentes relatados pelos pacientes têm sido ignorados pela maioria dos especialistas que focam o atendimento apenas em suas áreas competentes e usualmente interpretam a SAB como uma manifestação isolada. Uma avaliação mais apurada pode revelar que esses sintomas que acompanham a SAB não estão sendo tratados. O fato dos exames laboratoriais se apresentarem sem alteração, não significa que o paciente não possa estar sentindo alterações no seu bem estar e que, portanto, necessite de um tratamento multidisciplinar. Nossa observação foi de encontro aos estudos de Mignogna et al. (2011) que observaram uma alta prevalência de inexplicáveis sintomas extra orais em 124 pacientes com SAB , sem que houvesse comprovação clínica e laboratorial que justificasse tais queixas. Resultados sugeriram que a SAB pode ser classificada como sendo uma complexa desordem somática mais do que uma dor neuropática.

Braga (2010) em uma amostra de 95 pacientes investigados encontrou uma prevalência significativa representada por 73 (76,84%) indivíduos que apresentavam

algum fator sistêmico associado à SAB, representados por comorbidades ou alterações sistêmicas.

No presente estudo, os fatores sistêmicos representados por comorbidades foram observados em 28 (90,32%) pacientes, dentre os mais prevalentes, 26 (83,87%) distúrbio no padrão de sono, 21 (75%) obstipação intestinal, 22 (78,57%) menopausa, 20 (64,51%) dores em várias partes do corpo, 10 (32,25%) cefaleia e 10 (32,25%) queixas otorrinolaringológicas, entre outros.

A melhora na sintomatologia da ardência bucal foi observada após algum período de uso da medicação homeopática, à medida que o paciente melhorou do sistema gastrointestinal e no padrão do sono, a ardência diminuiu. Consequentemente, o medo e a ansiedade e a irritabilidade se estabilizaram.

A homeopatia valoriza os sintomas mentais, gerais e locais relatados pelo indivíduo com detalhes. O paciente submetido a tratamento homeopático aprende a ter mais consciência das suas sensações corporais e emocionais que, na maioria das vezes, estão adormecidas devido à cultura de tratamento incorporado pela alopatia, que não esta preocupada com detalhes. Infelizmente, a falta de ouvir o paciente, acaba mascarando o diagnóstico. Hahneman nos ensina a ouvir o paciente na primeira consulta, sem interrompê-lo. Após a exposição do paciente, retornamos aos pontos que achamos importante explorar para esclarecer as nossas dúvidas. Só então, poderemos pensar em como tratar.

Assim como as demais modalidades terapêuticas, a homeopatia não é isenta de variantes reativas, desconfortáveis ao paciente, embora quando esses ocorrem, na maioria dos casos são transitórios e suaves. As variantes reativas relatados foram a disúria 8 (28,5%), crise sinusal 7 (25%), sonolência 2 (7,1%) e 1 (7,1%) crise de asma, que foram sanados com o ajuste da medicação específica a cada queixa na FASE 2.

Na visão homeopática, a piora inicial dos sintomas da enfermidade (agravação primária ou homeopática propriamente dita), o surgimento posterior de sintomas acessórios nos órgãos ou sistemas afetados (agravação secundária ou cura), o retorno de sintomas antigos e o surgimento de sintomas novos. Tanto o retorno a sintomas antigos quando a agravação de cura indicará um bom prognóstico, trazendo ao investigador o indício de que o medicamento esta sendo efetivo e que uma melhora evidente ocorrerá (Teixeira, 1997; Teixeira, 2009).

Com relação aos aspectos psicoemocionais, todos os pacientes nesse estudo relataram ter passado ou estar passando por problemas pessoais que acreditavam não ter solução. Inúmeras razões foram relacionadas pelos pacientes com SAB, como responsáveis pelo isolamento social, aumento da ansiedade e depressão dentro de casa: cuidados especiais com parentes inválidos e deficientes e circunstâncias sociais extremamente adversas (Lamey; Lamb, 1988). Em nosso estudo, dos 31 pacientes pesquisados, 7 (22,58%) estavam cuidando de pessoas doentes, 5 (16,12%) viviam em total isolamento social e 20 (64,51%) passando por circunstâncias adversas. Os sintomas psicoemocionais relatados em sequência foram preocupações excessivas, transtornos por ansiedade, tristeza, depressão, e ardência em ponta da língua. Alguns autores sugerem a possibilidade de alterações neurológicas precederem o início da ardência em alguns pacientes (Sandstedt, Sorensen, 1995; Formaker et al.,1998). Para outros autores, muitos pacientes com a síndrome afirmam que o aparecimento dos sintomas refere-se a estressores traumáticos (Van Der Ploeg et al.,1987; Grushka ;Sessle,1991).

Não podemos deixar de enfatizar os aspectos psicoemocionais encontrados em nossa amostra. Os questionários IDATE e CES-D, na nossa observação não foram suficientes para analisar ou calibrar com exatidão a ansiedade ou depressão na nossa amostra, uma vez que, a maioria dos indivíduos encontraram dificuldades em responder com entendimento as questões propostas

As angústias e as dificuldades relatadas pelos pacientes corroboram para a manutenção da ansiedade e depressão, e consequentemente as comorbidades, se apresentam em altos índices, relatados por diversos autores e pelas observações em nossa amostra. Os pacientes relatam em sua maioria, o agravamento do sintoma ardência quando se sentem angustiados, irritados, nervosos ou simplesmente preocupados. E a literatura não conseguiu confirmação do que acontece primeiro, se a ardência leva a ansiedade ou se a ansiedade leva a ardência. Portanto, a ardência bucal em si, se assemelha a ponta de um iceberg e normalmente avaliamos os fatos pela superfície.

Analisando por esse ponto de vista, a repertorização do paciente visa não apenas os sintomas locais, mas, os mentais e gerais. Na escolha do medicamento individualizado homeopático procuramos encontrar a medicação mais específica para aquele momento de vida pela qual esta passando o paciente. Não apenas na suas dores locais, mas também emocionais.

Na FASE 2, os pacientes foram repertorizados e medicamentos individualizados foram prescritos durante o período de tratamento previsto. Foram prescritos durante esse período de tratamento, 24 medicamentos homeopáticos diferentes. Os mais prescritos foram *Kali bichromicum* 17 (60,7%), *Hydrastis canadenses* 16 (57,1%), *Nux vômica* 14 (50%), *Arsenicum album* 12 (42,8%) e *Bryonia alba* 11(39,2 %), Phosphurus 4 (14,2%), *Sulphur* 3 (14,2) entre outros, nas potências: 6cH, 12cH ,30 cH e 200 cH. Os melhores resultados foram encontrados nas potências mais baixas, até 30cH. Abaixo seguem as descrições resumidas dos medicamentos mais prescritos.

***Kali bichromicum* 17(60,7%)**, sua grande indicação nas afecções das mucosas olhos, nariz, boca, garganta, brônquios, gastrointestinais, sensação de ardor e queimação, boca seca. Cefaleia frontal, muitas vezes sobre os olhos. Mentalmente, são taciturnos, mal-humorados, deprimidos. Ansiedade que aperta o peito, entre outras.

***Hydrastis canadenses* 16 (57,1%) -** sua grande indicação são as secreções mucosas, espessas, viscosas e filamentosas. Sensação de vazio no estomago, constante que não melhora comendo; acompanha a maioria dos sintomas de *Hydrastis*. Sinusite frontal ou maxilar. Gosto amargo. Língua como se estivesse queimada ou escaldada. Constipação sem nenhum desejo de evacuar ou com desejos ineficazes, principalmente pelo abuso de laxantes. Sono inquieto. Ondas de calor. Cansaço e dor nos membros, joelhos e pernas. Dores erráticas. Aspectos mentais; esquecido, triste, sombrio, melancólico, deprimido. Irritado e rancoroso. Desagradável.

***Nux vômica* 14 (50%)-** Efeitos agudos ou crônicos de intoxicações ou drogas de todo tipo, inclusive medicamentoso ou qualquer quantidade excessiva de café, bebidas alcoólicas. Um dos melhores remédios para começar o tratamento dos casos que tenham utilizado remédios alopáticos por longo tempo. É frequentemente indicado a pessoas de temperamento sanguíneos, nervoso, com tendência a indigestão, constipação e hemorroidas. Boca seca, gosto amargo, salgado, metálico ou adocicado, sensação de escoriação em toda a boca. O estomago é um dos pontos débeis. Gastralgias. Mentalmente, são pessoas de exagerada sensibilidade a fatores de todos os tipos, sentimental, afetuoso. É sumariamente irritado, irascível, colérico e violento. Transtornos mentais ou físicos por ansiedade, antecipação,

preocupações, fracassos nos negócios, decepções, frustrações, indignação, honra ferida, entre outras.

***Arsenicum album* 12 (42,8%)** - características principais do medicamento descritos no início desta página, medicamento utilizado na FASE 1. Na Fase 2, 12 (42,8%) pacientes tomaram o *Arsenicum* album com bons resultados.

***Bryonia alba* 11(39,2 %)-** piora com o movimento de áreas afetadas, por outro lado, melhora com tudo que diminua ou supra o movimento.Afeta as membranas serosas, especialmente no período exsudativo, assim como as mucosas ficam predominantemente secas. Cefaleias violentas pela manhã. Boca seca e dura, com fendas profundas. Gosto amargo na boca com todos os alimentos. Gastralgia após comer pão. Constipação com fezes difíceis. Às vezes diarreia pela manhã.

***Phosphorus* 4 (14,2%)-** medicamento com ação poderosa no sistema nervoso central. Afeta os dois centros, o cerebral e a medula. Sensação de queimação em várias regiões, ansiedade, sobretudo ao cair da tarde e hiperexcitabilidade de todos os sentidos. Triste e deprimido, sua fadiga mental é semelhante à física. Tudo lhe parece triste e sombrio, chora sem parar. Medo que algo lhe aconteça, medo pela sua doença. Dorme tarde à noite e pela manhã sente que não dormiu direito. Cefaleias congestivas. Lábios secos e sagram facilmente. Salivação abundante. Gosto ácido na boca ou salgado. Secura e ardor na boca. Constipação intestinal. Espirros frequentes com secura nasal, obstrução que se alterna com secreção aquosa e abundante, entre outros.

***Sulphur*- 3 (14,2)** – É o maior policresto, significa que é um remédio tão completo, que é difícil descrevê-lo por completo. Parece ter semelhança com todas as doenças. Em Sulphur as características gerais são mais abundantes e importantes do que as mentais. Muito usado quando o remédio escolhido não atua, nos casos em que o paciente descreve poucos sintomas. Sensação de ardor ou queimação em todas as partes, acompanhando a maioria dos sintomas, especialmente as dores, secreções, inflamações, erupções, entre outras. Sempre muito cansado ou fatigado às 11 horas da manhã e depois do meio dia. Lábios secos ardentes podem estar edemaciados. Calor e ardor na face. Secura e ardor na boca, palato com muita sede. Gosto ácido, metálico, amargo ou salgado. Secura na garganta que piora a noite. Secura na laringe com dor e sensação de escoriação. Disfagia. Dor no lado direito da garganta. Pirose, soluços, náuseas. Distensão abdominal. Constipação com fezes muito difíceis de evacuar, com esforços ineficazes e evacuação

insuficiente, ou por êxtase portal. Mentais- alternância de alegria com depressão e fraqueza; ou irritabilidade extrema. Incoerência, apatia.

Comparando-se em termos de Efeito Global Percebido (EGP) no início do tratamento na FASE 2 com os resultados obtidos no final do tratamento, houve alívio do sintoma (EGP= +1,+2) em 15 pacientes que tomaram medicação homeopática individualizada (53,57%), 9 (32,14%) pacientes relataram resolução total no sintoma (EGP= +3). Quatro pacientes relataram no final do tratamento, nenhuma modificação do sintoma (EGP= O) e nenhum paciente relatou piora do quadro sintomático.

Observamos que os pacientes que perceberam um Efeito Global percebido (EGP=+1,+2,+3), 21 pacientes apresentaram duração de sintoma de 6 meses a 36 meses e 4 pacientes com duração de 84 meses a 120 meses. Enquanto que, os pacientes que não sentiram modificação do sintoma, 2 com duração de 192 meses e 300 meses, e 2 pacientes com duração de sintoma de 6 meses e 12 meses. Considerando os dados acima, percebemos que o diagnóstico precoce é de fundamental importância para o sucesso do tratamento. Os melhores resultados obtidos com o tratamento homeopático foram nos pacientes com duração de 6 a 36 meses. Embora, também tenha sido eficiente para 4 pacientes com duração de sintomas de 84 a 120 meses.

Esses dados nos remetem ao amplo espectro de sintomas estudados durante os últimos 20 anos, e as sucessivas tentativas de tratamento com variáveis respostas terapêuticas. A homeopatia a partir desse trabalho, também contribuirá com uma nova visão de terapia capaz de tratar o paciente priorizando todas as suas nuances. A proposta do tratamento homeopático está sendo apresentada a literatura como uma promissora alternativa para o controle da sintomatologia da SAB.

Esse trabalho é o primeiro na literatura (salvo melhor juízo) a abordar a terapêutica homeopática para tratar a sintomatologia na Síndrome da ardência bucal.

Portanto, novas pesquisas deverão ser realizadas para reproduzir esses dados, respeitando os princípios homeopáticos básicos da individualização da medicação que se mostrou significativamente superior ao estudo duplo cego, placebo-controlado.

7 CONCLUSÃO

A análise dos resultados obtidos, dentro dos objetivos propostos por este estudo nos permitiu concluir que:

1- Ambos os tratamentos FASE 1 e FASE 2 tiveram efeito terapêutico com significância estatística.

2- Este estudo conseguiu demonstrar a efetividade do tratamento homeopático sobre o placebo no tratamento de sintomatologia da ardência bucal.

3- A FASE 2 – estudo aberto apresentou significativamente melhores resultados quando comparados aos resultados obtidos na FASE 1

4- O Grupo Medicamento da FASE 2 foi mais eficaz quando comparado aos Grupos, Medicamento e Placebo da FASE 1, com significância estatística no intervalo de confiança estabelecido.

5- Os resultados foram mais eficientes no grupo de pacientes com sintomatologia de duração entre 6 meses e 36 meses.

6- Os questionários IDATE e CES-D, na nossa observação não foram suficientes para analisar ou calibrar com exatidão a ansiedade ou depressão na nossa amostra, uma vez que, a maioria dos indivíduos encontraram dificuldades em responder com entendimento as questões propostas.

7- No presente estudo, comorbidades associados à SAB foram observados em 28 (90,32%) pacientes.

REFERÊNCIAS[1]

Abaci O, Haliki-Uztan A, Ozturk B, Toksavul S, Ulusoy M, Boyacioglu H. Molecular typing of Candida albicans strains isolated from denture wearers by repetitive sequence-based PCR. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2011 Feb; 30(2):141-9.

Abbas AI, Hedlund PB, Huang XP, Tran TB, Meltzer HY, Roth BL. Amisulpride is a potent 5-HT7 antagonist: relevance for antidepressant actions in vivo. Psychopharmacology (Berl). 2009 Jul; 205(1): 119-28.

Adler UC, Ambrosio E, Aneli IM, Cappelo E et al. A strict definition of homeopathy according to Hahnemann. Brit Homeop J 1996; 96:79-82.

Adler I, Denninghoft V, Alvarez M, Avagnina A, Yoshida R,Elsner B. Helicobacter pylori associated with glossitis and halitosis. Helicobacter 2005 Aug; 10(4):312-7.

Albuquerque R,De Leeuw R, Carlson C, Okeson J, Miller C, Andersen A. Cerebral activation during thermal stimulation of patients Who have burning mouth disorder: na fMR study.Pain.2006.jun.122(3):223-34.

Amanzio M, Pollo A ,Maggi G, Benedetti F. Response variability to analgesic : a role a non –specific activation of endogenus opioids .Pain 2001;90: 205-15.

Ameratunga D, Goldin J, Hickey M. Sleep disturbance in menopause. Intern Med J. 2012 Jul; 42(7):742-7.

Baastrup R, Sorensen M, Balstron T, Frederikesen K, Larsen CL, Ijonneland A, Overvad K, Raaschou-Nielson O. Arsenic in drinking water and risk for cancer in Denmark. Environ Heath Perspect .2008 Fev; 116(2):231-7.

Barker KE, Savage NW. Burning mouth syndrome an update on recent findings. Aust Dent J 2005; 50; 220-3.

Basker R, Sturdee D, Davenport J. Patients with burning mouths: a clinical investigation of causative factors, including the climacteric and diabetes. Br Dent J.1978, 145 (1): 9-16.

[1] De acordo com Estilo Vancouver.

Benedetti F, Lanotte M, Colloca L. When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. .Neuroscience. 2007; 147:260-71.

Benzon HT, Raja SN, Molly RE, et al. Cervicogenic headache and orafacial pain. In;Phero JC, Bonzon H. Essencial of Pain Medicine and Regional Anesthesia 2nd ed. Philadelphia; Elsevier; 2005.301-10.

Bell WE. Orofacial Pains: Classification, diagnosis, management. 4th ed. Chicago; year Book; 1989.

Belon P, Cumps J, Ennis M, Mannaioni PF, Roberfroid M, Sainte-Laudy J, et al. Histamine dilutions modulate basophil activation. Inflamm Res .2004; 53:181-8.

Bergdhal M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. J Oral Pathol Med .1999; Sep; 28(8):350-4.

Buchanan J, Zakrzewska J. Burning mouth syndrome. Clin Evid. 2002 Jun ;(7):1239-43.

Braio V, Vuéiaeeviae-Boras V, Alajbeg I, Alajbeg I, Lukenda J, Aeurkovlae M. Oral burning mouth syndrome significance od different variables in 150 patients. Med oral Patol Oral Cir Bucal. 2006 May; 11(3): E 252-5.

Braga FPF. Síndrome da ardência Bucal: estudo dos fatores clínicos associados ao diagnóstico e avaliação da acupuntura como modalidade terapêutica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

Brody H, Prendergast J, Silverman SJ. The relationship between oral symptoms, insulin release, and glucose intolerance.Oral Surg Oral Med Oral Pathol.1971 Jun: 31(6):777-82.

Brody H. The placebo response: recent research and implications for family medicine. J Fam Pract. 2000; 49:649-54.

Brown R, Krakow A, Douglas T, Choksi S. Scaled mouth syndrome caused by angiotensin converting enzyme inhibitiors: two case reports. Oral Surg oral med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997 jun; 83(6): 665-7.

Browning S, Hislop S, Scully C,et al. The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. Oral Surg Oral Pathol Radiol Endod.1987; 64:171-174.

Brufau-Redondo C, Martin-Brufau R, Corbalán-Velez R, de Concepción-Salesa A. [Burning mouth syndrome]. Actas Dermosifiliogr. 2008; Julh-Aug; 99(6): 431-40.

Camacho-Alonso F, López-Jornet P, Molino-Pagán D. Fungiform papillae density in patients with burning mouth syndrome and xerostomia. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2012 May 1; 17(3):e362-6.

Castro MM, Daltro C. Sleep patterns and symptons of anxiety and depression in the patients with chronic pain. Arq Neuropsiquiatri. 2009 Mar; 67(1): 25-8.

Cavalcanti DR; Birman EG; Migliari DA; da Silveira FR. Burning mouth syndrome: clinical profile of Brazilian patients and oral carriage of cândida species.Braz Dent J. 2007; 18(4):341-5.

Cavalcanti DR, da Silveira FR. Alpha lipoic acid in burning mouth syndrome-a randomized Double-blind placebo-controlled trial. J Oral Pathol Med.2009; 38:254-61.

Cerdeira CR; Blanco SE. Treatment of burning mouth syndrome with amisulpride. J Clin Med Res. 2012 Jun; 4(3):167-71.

Coulter HL. Homoeopathic Science & Modern Medicine**.** Berkeley: North Atlantic.; 1981.

Corrêa AD. Samuel Hahnemann. Scientia Medica, 1995; 1(1): 68-70.

Cherubini K, Maidana Jd, Weigert Kl, Figueiredo MA. Síndrome da ardência bucal: revisão de cem casos. Rev Odonto Ciênc. 2005; 20(48): 109-13.

Cuperschmid EM; Silva KM; Campos TPR. Arsênico na Pratica Médica. -Passado e Aplicações Futuras. 21º Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica; 2007.511-4.

Danhauer S, Miller C, Rhodus N, Carlson C. Impact of criteria-based diagnosis of burning mouth syndrome on treatment outcome. J.Oralfac Pain. 2002; 16: (4); 305-11.

de Craen AJ, Kaptchuk TJ, Tijssen JG, Kleijnen J. Placebos and placebo effects in medicine: historical overview. J R Soc Med. 1999 Oct; 92(10):511-5.

Del Giudice E, Preparata G, Vitiello G. Water as a free electric dipole laser. Phys Rev Lett 1988; 61:1085-8.

Dudgeon DJ. Physician nursing roles and perspectives in relationship to delivery of palliative care. Ann Acad Med Singapore.1994; 23(2):249-51.

Drage L, Rogers RR. Clinical assessment and outcome in 70 patients with complaints of burning or sore mouth symptoms. Mayo Clin Proc. 1999; Mar; 74(3); 223-8.

Drage LA, Rogers RS III. Burning mouth syndrome. Dermat Clin .2003; 21; 135-45.

Eizayaga, F. X. Tratado de Medicina Homeopática. 3. Ed. Buenos Aires: Marecel.; 1992.

Feinmann C, Harris M, Cawley R. Psychogenic facial pain: presentation and treatment. Br Med J (Clin Res Ed).1984. Feb; 288 (6415): 436-8.

Femiano F, Gombos F, Scully C, Busciolano M, De Luca P. Burning mouth syndrome (bms); evaluation of tyroid and taste. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006 Jan; 11(1): E22-5.

Femiano F, Combos F, Scully C, Busciolano M, De Luca P. Burning mouth syndrome (bms): controlled open trial of the efficacy of alpha-lipoic acid (thioctic acid) on symptomatology.Oral Dis. 2000 Sep ;6(5):274-7.

Femiano F. Lanza A, Buonauto C, Gombos F, Cirillo N. Burning mouth disorder (BMD) and taste: a hypothesis. Pathol Oral Radiol Endod 2008 Jan; 105(1):22-7.

Ferguson MM, Carter J,Boyle P, Hart D, Lindsay R. Oral complaints related to climacteric symptoms in oophorectomized women. J Royal Soc med.1981; 74:492-498.

Formaker B, Frank M. Taste function in patients with oral burning. Chem Senses .2000 Oct; 25 (5):575-81.

Formaker B, Mott A, Frank M. The effects of topical anesthesia on oral burning in burning mouth syndrome. Ann NY Acad Sci. 1998 Nov; 855:776-80.

Forssell H, Jaaskelainen S, Tenovuo O, Hinkka S. Sensory dysfunction in b urning mouth syndrome. Pain 2002. Sep; 99(1-2): 44-7.

Fréo B. Estudo clinic da atividade da capsaicina em portadores da síndrome da ardência bucal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2008.

Gorsky M, Silverman SJ, Chinn H. Burning mouth syndrome: a review of 98 cases. J Oral Med. 1987 Jan-Mar; 42(1):7-9.

Gorsky M, Silvemlan S, Chinn H. Clinical Characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. An open study of 130 patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol.1991 72 ,192-95.

Granot M, Nagler RM. Association between regional idiopathic neuropathy and salivary involvement as possible mechanism for oral sensory complaints. J.Pain 2005; 6: 581-7..

Gracely RH, Dubner R, Wolskee PJ, Deeter WR. Placebo and naxolone can alter post –surgical pain by separate mechanisms. Nature .1983; 306: 264-5.

Grinspan D, Fernandez BG, Allevato MA, et al. Burning mouth syndrome.Int Dermatol,1995; 34; 483-7.

Grushka M. Clinical features of burning mouth syndrome. Oral Surg oral Med Oral Pathol. 1987; 63; 30-6.

Grushka M, Sessle B, Miller R. Pain and personality profile in burning mouth syndrome. Pain 1987; 44; 155-67.

Grushka M; Sessle B. Burning mouth syndrome. Dent Clin North Am. 1991 Jan; 35(1):171-84.

Grushka M, Epstein J, Gorsky M. Burning mouth syndrome. Am Fam Physician. 2002 Feb; 65(4):615-20.

Grushka M, Epstein J, Gorsky M. Burning mouth syndrome and other oral sensory disorders: a unifying hypothesis.Pain Res Manag. 2003; 8(3): 133-5.

Grushka M, Ching V, Epstein J. Burning mouth syndrome. Adv Otornhinolaryngol. 2006; 63:278-87.

Hakeberg M, Berggren U, Hagglin C,Ahlqwist M. Reported burning mouth symptoms among middle-aged and elderly women. Eur J Oral Sci. 1997; Dec; 105(6): 539-43.

Hammarén M, Hugoson A. Clinic psychiatric assessment of patients with burning mouth syndrome resistant oral treatment. Swed Dent J. 1989; 13(3): 77-88.

Hahnemann S. O moderno Organon da arte de curar. Tradução Marcelo Pustiglione. 6ª ed. Alemã. São Paulo: Typus; 2001. 320 p.

Hove VL, Schisano T, Brace L. Anemia Diagnosis, Classification and Monitoring using Cell-Dyn technology reviewes for the new millennium. Labor Hematology 2000; 6:93-108.

Hugoson A, Thorstensson B. Vitamin b status and response to replacement therapy in patients with burning mouth syndrome. Acta Odontol Scand. 1991 Dec; 49(6): 367-75.

HM, NB. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms: task force on taxonomy of the international association for the study of pain. 2nd.ed. Seattle: Iasp 1994.

Heckmann SM, Kirchner E, Grushka M, Wichmann MG, Hummel T. A double-blind study on clonazepam in patients with burning mouth syndrome. Laryngoscope. 2012 Apr; 122(4):813-6.

Hoffmann GA, Harrington A, Fields HL. Pain and placebo. Perspect Biol Med. 2005; 48:248-65.

Jaaskelainen SK, Forssell H, Tenovuo O. Abnormalities of the blink reflex in burning mouth syndrome. Pain.1997; 73: 455--60.

Jerlang B. Burning mouth syndrome (bms) and the concept of alexithymia a preliminary study. J Oral Pathol Med. Jul; 1997; 26(6):249-53.

Klasser G, Fischer D, Epstein J. Burning mouth syndrome: recognition, understanding, and man. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2008 May; 20(2): 255-71, VII.

Kaptchuk TJ, Kelly JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE et al. Components of placebo effect: randomized controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. BMJ. 2008; 336:999-1003.

Kenchadze R, Iverieli M, Okribelashvili N, Geladze N, khachapuridze N. The psychological aspect of burning mouth syndrome. Georgian Med News. 2011 May (194):24-8.

Kent JT. Lectures on Homeopathic Philosophy. North Atlantic: Books; 1979.

Kleijnen J, Knipschild P, ter Riet G. Clinical trials of homeopaty. BMJ.1991; 302:316-23.

Klirsch I, Sapirstein G. Listening to prozac but hearing placebo: meta analysis of antidepressant medication.Prevention & Treatment. 1998, 1 Article 0002a. disponivel em: http// journals.apa.org/prevention/volume1/toc-junh26-98.htlm.

Kornstein SG. The evaluation and management of depression in women across the life span. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 24:11-7.

Lauria G, Majorana A, Borgna m, et al. Trigeminal small-fiber sensory neuropathy causes burning mouth syndrome.Pain. 2005; 115,332-7.

Lauritano D, Spadari F, Formaglio F, Zambellini Artini M, Salvato A. Etiopathogenic, clinical-diagnostic and therapeutic aspects of the burning mouth syndrome. Research and treatment protocols in a patient group. Minerva Stomatol. 1998; 47:239-51.

Lamey P, Hammond A, Allam B, Mcintosh W. Vitamin status of patients with burning mouth syndrome and the response to replacement therapy. Br Dent J. 1986 Feb; 160 (3): 81-4.

Lamey PJ, Lamb AB, Hughes A, Milligan K, Forsyth A. Type 3 burning mouth syndrome psychological and allergic aspects. J Oral Pathol Med 1994; 23; 216-219.

Lamey PJ. Burning mouth syndrome. Dermatol Clin. 1996; 14; 339-54.

Lamey PJ, Lamb AB. Prospective study of aetiological factor in burning mouth syndrome BMJ 1988; 296; 1243-1246.

Lamey P, Murray B, Eddie S, Freeman R. 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 Feb; 30(2):121-4.

Lathoud, JA. Estudos da Matéria Medica Homeopática. 2ªedicao. Editora Organon; 2004.

López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sánches-Siles M, Gómez-Garcia F. Burning mouth syndrome: na update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Jul; 15(4): e562-8.

López D'alessandro E, Escovich L. Combination of alpha lipoic acid and gabapentin, its efficacy in the treatment of Burning Mouth Syndrome: A randomized, double-blind, placebo controlled trial. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Aug 1:16 (5) e 635-40.

Luz MT. A arte de curar versus a ciência das doenças:historia social da Homeopatia no Brasil. São Paulo. Dynamis;1996.

Locker D; Gruska M. The impact of dental and facial pain. J Dent Res. 1987 Sep; 66(9):1414-7.

Low P, Dotson R. Symptomatic treatment of painfull neuropathy. JAMA. 1998 Dec; 280 (21):1863-4.

Linde K, Melchart D. Randomized controlled trials of individualized homeopathy: a state -of-the- art review. J Altern Complement Med. 1998; 4:371-88.

Main D,Basker R. Patients complaining of a burning mouth. Further experience in clinical assessment and management. Br Dent J. 1983 Apr; 154(7): 206-11.

Maltsman-Tseikhin A, Moricca P, Niva D. Burning mouth syndrome: will better Understanting yield better management? Pain Pract. 2007 Jun; 7(2):151-62.

McrRae C, Cherin E, Yamazaki TG, Diem G, Vo AH, Russel D, et al. Effects of perceived treatment on quality of life and medical outcomes in a double –blind placebo surgery trial. Arch Gen Psychiatric .2004; 61:412-20.

Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. 2nd ed.Seattle, WA: International Association for the Study of Pain; 2004.

Mignogna MD, PollioA, FortunaG, LeuciS, RuoppoE, AdamoD, ZarrelliC.Unexplained somatic comorbidities in patients with burning mouth syndrome:a controlled clinical study. J Orafac Pain. 2011; 25(2):131-40.

Milgrom LR. Homeopathy, Fundamentalism, and the memory of water. Curr oncol. 2007 Dec: 14(6): 221-2

Nagler R, Hershkovich O. Relationships between age, drugs, oral sensorial complaints and salivary profile. Arch Oral Biol. 2005 Jan; 50(1):7-16.

Naglik JR, Moyes D, Makiwana J, Kanzaria P, Tsichlaki E Weenl G et al. Quantitaive expression of the Candida albicans secreted aspartyl proteinase gene family in human oral and vaginal candidiasis. Microbiology. 2008 Nov; 154 (Pt 11): 3266-80.

Nasri C, Teixeira M, Okada M, Formigoni G, Heir G, Siqueira J. Burning mouth syndrome complaints: clinical characteristics of Brazilian sample. Clinics (São Paulo). 2007 Oct; 62(5):561-6.

Nicholls PA. Homeopathy and medical profession. London: Croom Helm; 1988.

Nina LG. Uso do placebo na pesquisa clinica: uma analise critica. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Medicas da Santa Casa de São Paulo; 1996.

Okeson JP, .Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Classification, and Management. Carol stream, IL: Quintessence; 1996.

Olesen J, Steiner T. The International Classification of Headache Disorder, 2nd Edn (Icdh). J Neurol Neurosurg Psychiatric. 2004 Jun; 75(6):808-11.

Paterson AJ, Lamb AB, Clifford TJ, Lamey P. Burning mouth syndrome the relationship between the HAD scale and parafunctional habits. J Oral Pathol Med.1995; 24:289-292.

Patton L, Siegel M, Benoliel R, De Laat A. Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007 Mar; 103 Suppl: S39.E1-13.

Pedersen AM, Smidt D, Nauntofte B, Christini CJ, Jerlang BB. Burning mouth syndrome: etiopathogenic mechanisms, symptomatology, diagnosis and therapeutic approaches.Oral Biol Sci Med 2004; 1:3-19.

Pekiner FN, Demirel GY, Gumru B, Ozbayrak S. Serum cytocine and T regulatory cell levels in patients with burning mouth syndrome. J Oral Pathol Med. 2008; 37(9):528-34.

Petruzzi M, Lauritano DA, De Benedittis M,Baldoni M, Serpico R. Systemic capsaicin for burning mouth syndrome:short-term results of a pilot study.J Oral Pathol Méd 2004;33:111-4.

Petruzzi M, Benedittis de M, Pastore L, Serpico R. Vulvostomatodynia. Maturitas The European Menopause Journal 2007; 58; 102-106.

Pellegrini VD. Terapia laser de baixa intensidade em pacientes portadores da Síndrome da ardência bucal: estudo randomizado e controlado [dissertação].São Paulo:Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2010.

Powell F. Glossodynia and other disorders of tongue. Dermatol Clin. 1987 Oct; 5(4):687-93.

Pustiglione M. Organon da arte de curar de Samuel Hahnemann para o século XXI. 2010. 1ª edição. São Paulo. Editora Organon.

Price DD. Assessing placebo effects without placebo groups: an untapped possibility? Pain 2001; 90:201-3.

Quitkin FM. Placebos, drug effects, and study design: a clinician's guide. Am J Psychiatry 1999 Jun; 156(6):829-36.

Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, et al. Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Psychiatric interview versus depression and anxiety scales. Oral Surg Oral Med Oral Pathol.1993; 75:308-11.

Ribeiro FA. Repertorio Homeopático Digital II (Edição Eletrônica). São Paulo: Organon; 1998.

Rochkind S, Drory V, Alon M, Nissan M,Ouaknine GE. Laser Phototherapy (780nm), a New Modality in Treatment of Long-Term Incomplete Peripheral Nerve Injury: A Randomized Douple –Blind Placebo- Controlled Study. Photomed Laser Surg 2007; 25 (5):137-43.

Sardella A, Uglietti D, Demarosi F, Lodi G,Bez C, Carrassi A. Benzydamine hydrochloride oral rinse in management of burning mouth syndrome. A clinical trial. Oral Surg Oral Maed Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999; 88:683-6.

Sardella A, Lodi G, Demarosi F, Bez C, Cassano S, Carrassi A. Burning mouth suyndrome: a retrospective study investigating spontaneous remission and response to treatments . Oral Dis 2006 Mar; 12(2):152-5.

Sandstedt P, Sorensen S. Neurosensory disturbances of the trigeminal nerve: a long term follow up of traumatic injuries. J Oral Maxillofac Surg .1995 May;53(5):498-505.

Santos L de F, Carvalho A de A, Leão JC, Cruz Perez DE, Castro JF. 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.

Serra MPM, Llorca CS, Donat FJS. Pharmacological treatment of burning syndrome: A review and update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12 E299-304.

Scala A, Checchi L, Montevecchi M , Marini I , Giamberardino M. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. Crit Rev Oral Biol Med. 2003; 14(4):275-91.

Schiavone V, Adamo D, Ventrella G, Morlino M, De Notaris EB, Ravel MG, Kusmann F, Piantadosi M, Pollio A, Fortuna G, Mignogna MD. Anxiety, depression, and pain in burning mouth syndrome: first chicken or egg? Headache.2012 Jun;52(6):1019-25.

Scully C, el-Kabir M, Samaranayake LP. Candida and oral Candidosis: a review. Crit Rev Oral Biol Med. 1994; 5 (2); 125-57.

Shapiro AK. Placebogenics and Iatroplacebogenics.Med Times 1964 Oct; 92:1037-43.

Sheppard IM. Oral manifestation of diabetes mellitus: a study of one hundred cases. J Am Dent Assoc 1942; 29:1188-1192.

Simcic D, Pezelj-Ribaric S, Grzic R, Horvat J.Brumini G, Muhvic-Urek M. Detection of salivary interleukin 2 and interleukin 6 in patients with burning mouth syndrome. Mediators Inflamm. 2006 (1):54632.

Siviero M, Teixeira MJ, Siqueira JT, Siqueira SR. Central mechanisms in burning mouth syndrome involving the olfactory nerve: a preliminary study. Clinics (São Paulo) 2011; 66(3):509-12.

Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas de escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínicas de adolescentes e adultos jovens. (1998) disponível em URL HTTP:// www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r 255/depre 255 c.[2008jun21].

Souza FTA, Santos PMT, Bernardes V, Teixeira LA. Kummer MA. Silva AT, Breu HNGM. The impact of burning mouth syndrome on health-related quality of life. Health Qual life Outcomes. 2011 Jul; 9:57.

Suarez P, Clarck GT. Burning mouth syndrome: an update on diagnosis and treatment methods. J Calif Dent Assoc 2006; 34:611-22.

Spice R, Hagen NA. Capsaicin in burning mouth syndrome: titration strategies. J Otolaryngol 2004; 33: 53-4.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologist Press Palo Alto; 1970

Spanemberg JC, Cherubini K, de Figueiredo MA, Gomes AP, Campos MM, Salum FG. Effect of an herbal compound for treatment of burning mouth syndrome: randomized, controlled, double-blind clinical trial.Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012 Mar;113 (3):373-7.

Sreebny LM. Saliva in heath and disease: an appraisal and update. Int Den 2000; 50: 140-61.

Steele JC, Bruce AJ, Drage LA, Rogers RS 3rd. Alpha-lipoic acid treatment of 31 patients with sore, burning mouth. Oral Dis. 2008; 14:529-32.

Svensson P, Bjerring P, Arendt –Nielson L, kaaber S. Sensory and pain thresholds to oralfacial argon laser stimulation in patients with chronic burning mouth syndrome . Clin J Pain. 1993 Sep; 9(3):207-15.

Svensson P, Kaaber S .General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects. J Oral Rehabil.1995 Dec; 22(12):887-95.

Tammiala-Salonen T, Hiidenkari T, Parvinen T. Burning mouth in a Finnish adult population.Community Dent Oral Epidemiol. 1993 Apr; 21(2):67-71.

Tammiala-Salonen T, Söderling E. Protein composition, adhesion, and agglutination properties of saliva in burning mouth syndrome. Scand J Dent Res. 1993 Aug; 101(4): 215-8.

Tseikhin AM, Moricca P, Niv D. Burning mouth Syndrome Will better understanting yield better management. Pain Practice 2007; 7; 151-62.

Teixeira MZ. Estudo sobre doses e potências homeopáticas. Rev Homeopatia. 1995; 60:3-23.

Teixeira MZ. Agravação e prognóstico em homeopatia uma sistematização de conceitos. Ver Homeopatia. 1997; 62:27-68.

Teixeira MZ. Semelhante cura semelhante: o princípio de cura homeopático fundamentado pela racionalidade médica científica. São Paulo: Petrus; 1998.

Teixeira MZ. Similitude in modern pharmacology. Bristh Homeopathic Journal 1999; 88: 112-20.

Teixeira MZ. Evidence of the principle of similitude in modern fatal iatrogenic events. Homeopathy 2006; 95:229-36.

Teixeira MZ. O princípio homeopático de cura ao longo da História da medicina. Rev de Homeopatia-APH 2007; 70: 55-78.

Teixeira MZ. Ensaio clinic quali-quantitativo para avaliar a eficácia e a efetividade do tratamento homeopático individualizado na rinite alérgica perene [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008 a.

Teixeira MZ. Tratamento homeopático dos distúrbios emocionais e comportamentais da infância e da adolescência Pediatria (São Paulo) 2008 b; 29(4): 286-96.

Teixeira MZ. Antidepressants, suicidality and rebound effect; is a new evidence of the similitude natural Law? Homeopathy. 2009 Apr;98 (2): 114-21.

Turner-Stokes L, Erkeller-Yuksel F, Miles A, Pincus T, Shipley M, Pearce S. Outpatient cognitive behavior pain management programs: a randomized comparison of a group –based multidisciplinary versus and individual therapy model. Arch Phys Med Rehabil. 2003 Jun; 84(6):781-8.

Turner JA, Mancl L, Aaron LA. Short-and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized, controlled trial. Pain. 2006; 121:181-94.

Vannier L. A idéia da Homeopatia na Historia. Rev da Homeopatia. São Paulo. 1994; 59(1): 9-15.

Van Der Ploeg H, Van Der Wal N, Eijkman M, Van Der Waal I. Psychological aspects of patients with burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol.1987 Jun; 63(6):664-8.

Vida MA, Martínez-Fernández E, Martinez-Vásquez de Castro J,Torres LM. Diabetic neuropathy. Effectiveness of amitriptyline and gabapentin. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11:490-504.

Vidas I. A histological basis of stomatopyrosis in the postmenopausal period. Acta Stomatol Croat.1988; 22; 31-7.

Vijnovsky B. Tratado de Matéria Médica homeopática. São Paulo: Editora Organon, 2003.

Vittek J, Rappaport SC, Gordon GG, Hagedoorn J, Southren AL. Metabolism of androgens by human periodontal ligament. J Dent Res. 1982 Oct; 61(10):1153-7.

Yamazaki Y, Hata H, Kitamori S, Onodera M, Kitagawa Y. An open-label, no comparative, dose escalation pilot study of the effect of paroxetine in treatment of burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009 Jan; 107(1):e6-11.

Youbicier-Simo BJ, Boudard F, Mekaouche M, Bastide M, Baylé JD. Effects of embryonic bursectomy and in ovo administraction of highly diluted bursin on adrenocorticotropic and immune response of chickens. Int J Immunotherapy 1993; 9: 169-80.

Zakrzewska J. The burning mouth syndrome remains an enigma. Pain. 1995 Sep; 62(3):253-7.

Zakrzewska J, Forssell H, Glenny A. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome: systematic review. J Orafac Pain. 2003; 17(4):293-300.

Zegarelli DJ. Burning mouth: an analysis of 57 patients. Oral Surg Oral Med oral Pathol.1984; 58:34-3

Woda A, Pionchon P. A unified concept of idipathic orofacial pain: clinical features. J Oral Pain 1999; 13:173-95.

Wolf .S. Effects of placebo administration and occurrence of toxic reactions. J AM Med Assoc .1945; 155: 339-41.

White TL, Kent PF, Kurtz DB, Emko P. Effectiveness of gabapentin for treatment of burning mouth syndrome. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2004; 130:786-8.

William Cullen (1710-1790). J Am Med Assoc.1964 Apr 27; 188:388-9.

Ficha clínica desenvolvida pela equipe de Homeopatia do Hospital do servidor público municipal- São Paulo- (H.S.P. M) do centro de Estudos, pesquisa e aperfeiçoamento em Homeopatia.

APÊNDICE A - Consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA - DISCIPLINA DE SEMIOLOGIA

TERMO DE INFORMAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICA

TÍTULO DA PESQUISA

AÇÃO DO TRATAMENTO HOMEOPÁTICO NA SINTOMATOLOGIA DA SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL EM DUAS FASES: ESTUDO DUPLO CEGO PLACEBO CONTROLADO E ESTUDO ABERTO

I-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome:_____

Identidade no.: _____ Sexo: ( ) M ( ) F

Data de Nascimento: ____/_____/_____

Endereço: _____

Bairro:_____Cidade:_____CEP:_____

Telefone: _____

II-INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

Este documento contém informações sobre esta pesquisa da qual você poderá participar. Por favor, leia atentamente e, em caso de dúvida, estaremos à disposição para esclarecimentos.

III-REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e objetivos da pesquisa; **2**. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; **3**. desconfortos e riscos esperados; **4**. Benefícios que poderão ser obtidos; **5**. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

1. Justificativa e objetivos da pesquisa

Este estudo pretende mostrar se a terapêutica homeopática é capaz de tratar a sindrome da ardência bucal que o Sr(a) tem. A síndrome da ardência bucal é caracterizada por dor na cavidade oral, queimação de intensidade moderada e

severa, sendo a língua a local mais acometida. Acomete geralmente mulheres na faixa entre 40 e 60 anos. O periodo de tratamento e acompanhamento desse estudo tera a previsao aproximada de 14 meses.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos

Será feita uma avaliação minuciosa (Anamnese homeopática, Exame clínico e Repertorização homeopática (é o índice alfabético dos sintomas, que foram relatados pelo Sr(a), utilizados para a escolha do medicamento homeopático). No livro a Matéria Médica Homeopática(tipo de uma bula que descreve ação de cada medicamento),selecionamos o medicamento mais especifico, individualizado para cada paciente. Serão realizados exames para saber se o senhor apresenta candidíase (coleta de material de sua boca com citobrush, que é uma pequena escova que será girada suavemente em movimentos de vai-e-vem e aplicado em lâmina de vidro para coloração e exame microscópico) e avaliação do fluxo salivar. A coleta da saliva será realizada no período da manhã, entre 9h e 11h, após duas horas de desjejum. O senhor(a) deverá estar sentado, com o rosto inclinado para frente e cuspir a saliva, por 15 minutos, em uma proveta plástica de 10 ml e graduada a 0,1ml. A taxa do fluxo salivar será estimada pelo volume da saliva coletada, expresso em ml/min.

3. Desconforto e riscos esperados

A utilização dos medicamentos homeopáticos em doses acima das recomendadas pode causar prejuízos à saúde, agravando ainda mais os sintomas da doença (que desaparecem assim que a medicação for interrompida); sendo assim, é importante que o medicamento seja utilizado de maneira correta.

Os riscos são pequenos, o Sr (a) poderá sentir que a ardência piorou, ou que a boca ficou mais seca ou ainda irritabilidade. Para o controle desses possíveis efeitos colaterais, o paciente deve ser avaliado periodicamente.

4. Benefícios que poderão ser obtidos

Desaparecimento total ou parcial dos sintomas: “Ardência e Dor” nas mucosas, principalmente na língua e lábios, diminuindo o desconforto, melhora das condições de saúde geral.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

Se o Sr(a) não obtiver benefícios com o tratamento homeopático, existe ainda a possibilidade do uso do LASER de baixa intensidade ou tratamento com acupuntura. Isto se o Sr (a) concordar.

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Declaro que, tendo lido o termo de informação e consentimento para a pesquisa clínica, concordo em participar deste estudo. Sei que minha participação é voluntária e que posso interrompê-la a qualquer momento sem penalidades. Autorizo a utilização dos dados obtidos pelos pesquisadores para a publicação em revistas científicas e apresentações em Congressos sabendo que será mantido sigilo absoluto sobre minha identidade..

Recebi uma cópia do termo de informação e autorização para participar da pesquisa.

Se necessário, entrar em contato com:

Dra.Inês F. Otobe (11) 4722-8915 ou 99902-0488

Dr. Fernando Ricardo Xavier da Silveira (11) 3091 79 01.

São Paulo, _____de_____de 2011

Assinatura do paciente

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FOUSP 110 anos

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER DE APROVAÇÃO
Protocolo 18/11
CAAE 0017.0.017.000-11

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa **"Ação do tratamento homeopático na sintomatologia da Síndrome da Ardência Bucal, em duas fases: estudo duplo cego placebo controlado e estudo aberto",** de responsabilidade do(a) Pesquisador (a) Inês Fugitaro Otobe, sob orientação do(a) Prof.(a) Dr.(a) Fernando Ricardo Xavier da Silveira.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 29 de junho de 2011.

Profa. Dra. Marcia Turolla Wanderley
Coordenadora do CEP-FOUSP

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 - Cidade Universitária "Armando de Salles Oliveira".
São Paulo - SP - CEP 05508-900 –Tel. (0XX11) 3091-7960

ANEXO B - Ficha de Protocolo Clinico

PROTOCOLO DE ARDENCIA BUCAL (**Cavalcanti e Migliari,2003)**

Identificação:
Nome_____
Endereco_____
Tel_____CEP_____
Estado civil_____Profissão_____
Naturalidade_____Nacionalidade_____
GRAU DE INSTRUCAO_____

1- Caracterização dos sintomas:

Queixa principal: ( ) ardor ( ) queimacao ( ) Dor ( ) outros

Tempo de duração_____(anos)_____(meses)

Localização inicial dos sintomas

Língua: ( ) borda D ( ) borda E ( )ápice ( ) dorso ( ) ventre

Mucosas: ( ) jugal D ( ) jugal E ( )labial inf ( )labial sup.

Semi-mucosa labial ( ) inf ( ) sup.

( ) palato duro ( ) palato mole ( ) orofaringe ( ) soalho

Rebordo alveolar: ( ) sup. ( ) inf.

Localização atual dos sintomas: _____

Padrão de sintomatologia (Lamey,1996):

( ) Tipo I (ardência ausente ao levantar-se, surgindo e piorando com o decorrer do dia)

( ) Tipo II (ardência presente ao levantar-se e sem modificações durante o dia e a noite)

( ) Tipo III (dias livres de sintomas)

2. Características gerais do quadro:

Fatores associados ao inicio dos sintomas:

( ) locais_____

( ) sistêmicos _____

( ) emocionais_____

( ) outros_____

- Fatores agravantes:

_____

_____

- Fatores atenuantes:

_____

_____

- Interferência nas funções bucais e sociais:

_____

_____

- Tratamentos utilizados para resolução do sintoma:

( ) acupuntura duração :_____sessoes :_____anos_____meses

( ) medicação topica: _____

_____

( ) medicação sistêmica _____

_____

( ) outros:_____

3. Doenças sistêmicas atuais:

_____

_____

Pregressas_____

_____

Historia atual ou pregressa de tratamento de depressão

_____

Uso de medicação sistêmica (especificar droga, concentração, posologia e tempo de utilização)

( ) anti-hipertensivos:_____

_____tempo_____

( ) hipoglicemiantes:_____tempo_____

( ) ansioliticos/antidepressivos:_____

_____tempo_____

( ) reposição hormonal:_____tempo_____

( ) suplementos:_____tempo_____

( ) outras:_____

4.Menopausa: ( ) sim, desde_____ ( ) não

5. Hábitos (especificar tipo, quantidade e tempo de uso)

( ) tabagismo:_____

( )etilismo:_____

( ) outros_____

6. Outras queixas bucais:

( ) boca seca (prosseguir avaliação de queixa subjetiva)

( ) alteração do paladar

( ) gosto amargo

( ) outras (especificar)_____

Analise da queixa de boca seca (Guy, 1976)

Score ( )

0. Sem queixa de boca seca
1. Sintomas leves de boca seca ao levantar-se ou a noite
2. Queixa de boca seca varias vezes ao dia, mas sem comprometimento da função, (deglutição e fala);
3. Queixas moderadas com certo grau de comprometimento funcional, mas sem percepção de prejuízo a saúde,dificuldade para deglutir alimentos secos ou para falar;
4. Prejuízo severo do bem estar, disfunção severa ou incapacitacao , dificuldade em deglutir qualquer tipo de alimento,carrega agua e ingere varias vezes ao dia ou dor na boca.

7. Alimentação :

Numero de refeições/dia:_____tipo de alimento: ( ) arroz ( ) feijão ( ) frutas ( ) verduras: ( ) cruas ( ) cozidas ( ) carne : ( ) vermelha ( )branca

8. Condição bucal:

Ausência dentaria: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

Condição dentaria ( ) boa ( ) regular ( ) ruim

Uso de prótese: Tipo_____

tempo de uso_____frequencia_____

Retenção :_____estabilidade:_____integridade_____

Indicações terapêuticas: ( ) prótese total ( ) prótese removível

( ) periodontia ( )dentistica ( ) cirurgia ( ) outras_____

Higiene bucal e da prótese: ( ) adequada ( ) inadequada

Hábitos parafuncionais (especificar):_____

Sinais de disfunção temporo mandibulares: _____

Exame da mucosa: N= Normal A=alteração

Língua: ( ) borda D ( ) borda E ( )ápice ( ) dorso ( ) ventre

Mucosas: ( ) jugal D ( ) jugal E ( )labial inf ( )labial sup.

Semi-mucosa labial ( ) inf ( ) sup.

( ) palato duro ( ) palato mole ( ) orofaringe ( ) soalho

Rebordo alveolar: ( ) sup. ( ) inf.

Língua ( ) geográfica ( ) fissurada

9. Exames complementares:

Locais:

-Pesquisa de fungos (lavado bucal Samaranayake,1989):

- Contagem (UFC/ml):_____identificação_____

Saliva: Fluxo salivar Total Não Estimulado (mL/min)_____

Sistemicos (Lamey,1996):

-Hemoglobina serica :_____Hematocrito:_____

-Glicemia de jejum

ANEXO C - Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

IDATE-T Inventario de Ansiedade Traço –Estado- Stata Trait Anxiety Inventory (Spilberger et al.,1970) versao traduzida e validada Biaggio e Natalício (1979)

AVALIACAO

Quase sempre... 4 Frequentemente... 3 As vezes .....2 Quase nunca....1

Leia com atenção e faca um circulo ao redor do numero a direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo em uma única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você geralmente se sente.

Item	Descrição	
1	Sinto-me bem	1 2 3 4
2	Canso-me facilmente	1 2 3 4
3	Tenho vontade de chorar	1 2 3 4
4	Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1 2 3 4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rápidas	1 2 3 4
6	Sinto-me descansado	1 2 3 4
7	Sinto-me calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1 2 3 4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1 2 3 4
9	Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1 2 3 4
10	Sou feliz	1 2 3 4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1 2 3 4
12	Não tenho confiança em mim mesmo	1 2 3 4
13	Sinto-me seguro	1 2 3 4
14	Evito ter que enfrentar crises e problemas	1 2 3 4
15	Sinto me deprimido	1 2 3 4
16	Estou satisfeito	1 2 3 4
17	Às vezes idéias sem importnci entram na cabeça e ficam-me preocupando	1 2 3 4
18	Leva os desapontamentos tão a serio que não consigo tirá-lo da Cabeça.	1 2 3 4
19	Sou uma pessoa estável	1 2 3 4
20	Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1 2 3 4

ANEXO D - Escala de rastreamento Populacional para Depressão CES-D

Escala de Rastreamento Populacional para Depressão
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-CED-D (Radloff, 1977)
Tradução e retrotraducao por E. Doering

Instruções:
Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos.
Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentindo
Dessa maneira durante a semana passada.

Durante a ultima semana:	Raramente (menos de 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias).	Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)
01. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam				
02. Não tive vontade de comer, pouco apetite.				
03. Senti não conseguir melhorar meu estado de amimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos				
04. Senti, comparando-as outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas.				
05. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo				
06. Senti-me deprimido				
07. Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais				
08. Senti-me otimista com relação ao futuro				
09. Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso				
10. Senti-me amedrontado				
11. Meu sono não foi repousante				
12. Estive feliz				
13. Falei menos que o habitual				
14. Senti-me sozinho				
15. As pessoas não foram amistosas comigo				
16.Aproveitei minha vida				
17.Tive crises de choro				
18. Senti-me triste				
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim				
20. Não consegui levar adiante minhas coisas				

ANEXO- E - Utilização do medicamento- Instrução ao paciente

I. Utilização do medicamento homeopático

A utilização dos medicamentos homeopáticos em doses acima das recomendadas pode causar prejuízos à saúde, agravando ainda mais os sintomas da doença; sendo assim, é importante que o medicamento seja utilizado de maneira correta.
Preste atenção nas orientações e siga corretamente os procedimentos abaixo, e em caso de duvidas, entre sempre em contato com o responsável pela pesquisa.

1. Agite o frasco antes de cada ingesta.
2. Pingue 6 gotas debaixo da língua, à noite antes de dormir, aguardando um período de 1 hora de intervalo com a última refeição ou outro medicamento .

Armazenamento do medicamento homeopático

O medicamento homeopático deve ser guardado em ambiente fresco, seco, afastado do sol, do calor de aparelhos eletrodomésticos (computador, televisão, microondas, etc). Mantenha longe do acesso de crianças.
RETORNE COM O (S) FRASCOS EM TODAS AS CONSULTAS

III. Contato com o pesquisador

Dra. Inês Fugitaro Otobe
Fone (011) 4722-8915- Consultório
Fone Cel-99902-0488

ANEXO F - Ficha de avaliação Homeopática

FICHA HOMEOPÁTICA

PRIMEIRO ATENDIMENTO	
EQUIPE MÉDICA	DATA
	___ / ___/ _____

I - IDENTIFICAÇÃO

NOME				SEXO
				Masc Femin ☐
DATA NASCIMENTO	IDADE	COR	NATURALIDADE	
_____/_____/_____	____ ANOS ____ MESES			
ESTADO CIVIL		PROFISSÃO		
ENDEREÇO				
BAIRRO	MUNICÍPIO	CEP	TELEFONE	
CONTEXTO FAMILIAR				

I I - QUEIXA E DURAÇÃO

I I I - H P M A

modalizações, sintomas concomitantes, alternantes e causalidades; exames complementares; prescrições anteriores

I I I - H P M A **(continuação)** modalizações, sintomas concomitantes, alternantes e causalidades; exames complementares; prescrições anteriores

I V - INTERROGATÓRIO SOBRE OS DIVERSOS APARELHOS

V – BIOPATOGRAFIA **(antecedentes biopsicossociais em ordem cronológica)**

GESTAÇÃO			PARTO		
☐ de termo	☐ prematuro	☐ pós-termo	☐ normal	☐ fórceps	☐ cesariana

PESO	ALTURA	ICT NEONAT	CR LÁCTEA	LM EXCLUSIVO	REAÇÕES A VACINAS

BIOPATOLOGIA

V I – ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

MENSTRUAIS

MENARCA	MENACME	MENOPAUSA	CICLOS
DURAÇÃO	**VOLUME**	**INTERVALOS**	**DATA ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO**

ALTERAÇÕES DO CICLO MENSTRUAL
SINTOMAS NO PRÉ
SINTOMAS NO INTRA
SINTOMAS NO PÓS
CLIMATÉRIO

OBSTÉTRICOS

Nº GESTAÇÕES	Nº DE PARTOS	Nº DE ABORTOS (expontâneos e provocados)	DATA ÚLTIMO PARTO

PUERPÉRIO
AMAMENTAÇÃO
MÉTODOS ANTI-CONCEPCIONAIS
INTERCORRÊNCIAS

SEXUAIS			
INÍCIO DA VIDA SEXUAL	VIDA SEXUAL ATIVA?	NÚMERO DE PARCEIROS	D.S.T
DISPAREUNIA	SINUSORRAGIA	LIBIDO	ORGASMO
QUEIXA DO PARCEIRO			
PREVENÇÃO – MULHER (Papanicolau / Mama)		PARCEIRO (próstata)	

V I I – ANTECEDENTES FAMILIARES

(hipertensão, diabetes, dislipidemias, hiperuricemia, infartos, reumatismos, rinites, asma,alergias, neoplasias, colagenoses, Tbc, hiper/hipotireoidismo, sífilis, Chagas, doenças mentais, suicídios, epilepsia, alcoolismo (com cirrose); **biotipos predominantes**, etc)

MATERNOS

PATERNOS

FRATERNOS

V I I I – INFORMAÇÕES DE ORDEM GERAL

CALOR VITAL	SENSIBILIDADE
☐ calorento ☐ friorento	☐ luz som ☐ tato ☐ odor ☐

PERIODICIDADE

ALTERNÂNCIA

SENSAÇÕES [Visuais (escotomas, moscas volantes, etc) / Olfativas (cacosmia,) / Gustativas (amargor, doçura, etc) / Auditivas (vozes, músicas) / Tácteis (teia de aranha, inseto caminhando no corpo, etc)

ASTENICIDADE (dos sistemas nervoso, cárdio-circulatório, respiratório, gênito-urinário, digestivo, hematopoiético, músculo-esquelético, pele, endócrino)

FEBRE (características do estado febril: agitado, sonolento, com/sem transpiração, sede, etc)

DORES (tipo, irradiação, fatores de melhora e agravamento, lateralidade, etc)

HÁBITOS

MODALIDADES GERAIS (horário, lateralidade, vestuário, posições, sazonalidade, aferências situacionais, etc)

V I I I – INFORMAÇÕES DE ORDEM GERAL
(continuação)

TRANSPIRAÇÃO (odor, intensidade, aspecto, local, horário, se mancha as vestes, etc)

EMUNCTÓRIOS

EVACUAÇÕES	ASPECTO DAS FEZES / DOR / SANGRAMENTO
☐ _____ vezes / dia ☐ a cada _____ dias	

MICÇÃO	QUANTIDADE	ASPECTO DA URINA
_____ vezes / dia	☐ pouca ☐ normal ☐ muita	

SONO / SONHOS

SEDE

APETITE

DESEJOS ALIMENTARES

AVERSÕES ALIMENTARES

INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES

I X - SINTOMAS PSÍQUICOS

[INTELECTUAIS: memória, inteligência, concentração, abstração, intuição] [VOLITIVAS: vontade, ação, projeção, apatia, indolência, ditatorial, impulsividade, audácia, timidez, pusilaminidade, etc] [REATIVIDADE: equilíbrio, explosivo, amorfo, tolerância, compulsão, etc] [INTELIGÊNCIA e JUÍZO: conhecimento, percepção, concentração, embotamento, clarividência, loucura, ilusão, delírio, etc] [DOMINANTES AFETIVOS: emoção, paixão, ternura, compassividade, ciúme, inveja, ressentimento, ódio, medo, angústia, ansiedade, pesar, etc]

X - EXAME FÍSICO

PESO	ALTURA	PA	FC	TEMP	LINFONODOS
_____ kg	_____ cn	_____ X _____	_____ / min	_____.ºC	

ÂNGULOS			I.M.C
Charpy _____ o	Cotovelo _____ o	Joelho _____ o	

Proporções antropométricas, distância da última costela à crista ilíaca, tipos de crânio, palato, arcadas, dentes, mordidas, transpiração, etc

OUTROS DADOS RELEVANTES DO EXAME FÍSICO

X I - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO CONSTITUCIONAL

biotipo

temperamento

diáteses

X I I - DISTÚRBIOS DE SAÚDE (**diagnósticos clínicos e outros transtornos, distribuídos segundo as diáteses**)

- ❑ Psora:
- ❑ Sicose:
- ❑ Sifilinismo:
- ❑ Tuberculinismo:
- ❑ Doença Medicamentosa

❑ Indefinido:

CAUSALIDADES INTRÍNSECAS (pessoal)	
CAUSALIDADES INTRÍNSECAS (familiares)	
CAUSALIDADES EXTRÍNSECAS	
ESTADO DO ORGANISMO – L.O.R	ESTADO DO ORGANISMO – B.E.

X I I I - PROCESSO DE AGUDIZAÇÃO

X I V - PROCESSO CRÔNICO

X V - CRITÉRIO DE PRESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO SISTÊMICO				
INCOMPATIBILIDADE	CAUSALIDADE	INSTALAÇÃO	GRAVIDADE	MARCAÇÃO GENÉTICA

X V I - DEFINIÇÃO DOS MEDICAMENTOS			
IMAGEM REPERTORIAL			
IMAGEM PATOGENÉTICA			
IMAGEM SISTÊMICA			
MEDIC SISTÊMICO	EQUALIZADOR(ES)	DRENADOR(ES)	CIRCUNSTANCIAL(IS)