

Maria de Sousa Antunes

O Impacto das Úlceras Orais Recorrentes na Qualidade de Vida

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Maria de Sousa Antunes

O Impacto das Úlceras Orais Recorrentes na Qualidade de Vida

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Maria de Sousa Antunes

O Impacto das Úlceras Orais Recorrentes na Qualidade de Vida

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestrado Integrado em Medicina Dentária”

Dedicatória

Ao meu pai,

que é o meu exemplo de vida e o meu “porto seguro” nas horas mais difíceis.

À minha mãe,

que ao longo destes cinco anos me deu a força necessária para ultrapassar cada obstáculo e me ensinou que o sucesso depende, apenas, de nós mesmos. Basta acreditar, trabalhar, investir e persistir.

*“Pelo sonho é que vamos,
comovidos e mudos.
Chegamos? Não chegamos?
Haja ou não haja frutos,
pelo sonho é que vamos.
Basta a fé no que temos,
basta a esperança naquilo
que talvez não teremos.
Basta que a alma demos,
com a mesma alegria
ao que desconhecemos
e ao que é do dia a dia.
Chegamos? Não chegamos?
— Partimos. Vamos. Somos.”*

Sebastião da Gama

Agradecimentos

Um muito obrigado ao meu orientador, Dr. Pedro Trancoso, pela sua dedicação e por todo o tempo disponibilizado para a orientação deste trabalho.

Índice

Introdução.....	1
Desenvolvimento	2
I. Materiais e Métodos	2
II. Úlceras Orais Recorrentes	3
III. Etiologia das Úlceras Orais Recorrentes	4
IV. Classificação das Úlceras Orais Recorrentes	8
1. Úlceras minor.....	8
2. Úlceras major	10
3. Úlceras herpetiformes.....	11
V. Patologia que Cursa com Úlceras da Cavidade Oral	12
1. Etiologia microbiana	13
2. Fatores genéticos.....	14
3. Fatores sistémicos predisponentes	15
i. Síndrome de Behçet	15
ii. Neutropenia cíclica	15
iii. Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)	16
iv. Deficiência hematológica.....	16
v. Doença celíaca e intolerância ao glúten	17
vi. Doença de Crohn e colite ulcerosa	17
vii. Hipersensibilidade a determinados alimentos	18
viii. Ciclo menstrual.....	18
ix. Stress	19
4. Fatores locais	20
5. Fatores imunológicos	20
VI. Tratamento das Úlceras Orais Recorrentes	22
1. Tratamento laser.....	25
2. Tratamento cirúrgico	26
3. Tratamento farmacológico.....	26
i. Tratamento local.....	27
ii. Tratamento sistémico	28
4. Tratamento com produtos naturais.....	29
5. Alimentação correta e higiene oral	31
6. Evitar o stress e a ansiedade	31
VII. Principais Doenças que Cursam com as Úlceras Orais Recorrentes	33
VIII. Prevalência das Úlceras Orais Recorrentes na População Portuguesa.....	34
IX. Qualidade de Vida e Saúde: Aspetos Conceituais e Metodológicos	38
1. Conceito de qualidade de vida	38
2. Conceito de saúde	41
3. Qualidade de vida e saúde	43
4. Qualidade de vida: aspetos metodológicos.....	44

X. O Impacto das Úlceras Orais Recorrentes na Qualidade de Vida	46
Conclusão	50
Bibliografia.....	53

Índice de figuras

Figura 1: úlcera minor	9
Figura 2: úlcera major.....	10
Figura 3: úlcera herpetiforme.....	11

Índice de Siglas

OMS - Organização Mundial de Saúde

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

UOR - Úlceras Orais Recorrentes

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Resumo

As úlceras orais recorrentes (UOR) são uma doença benigna da cavidade oral que afeta uma parte significativa da população humana. Clinicamente, esta doença apresenta três formas: úlceras orais recorrentes minor, úlceras orais recorrentes major e úlceras orais recorrentes herpetiformes.

Apesar dos inúmeros estudos realizados sobre esta doença, a sua etiologia permanece desconhecida e, ainda, não se descobriu uma terapêutica curativa eficaz.

Múltiplos fatores poderão estar na sua origem, mas ainda não é possível afirmar com exatidão as causas que as desencadeiam. Se as causas fossem conhecidas seria possível indicar os cuidados a ter ou as ações preventivas de modo a evitá-las. Se assim fosse, seria possível diminuir o impacto negativo na qualidade de vida de quem sofre desta doença.

Entretanto, indicar-se-ão alguns tratamentos e cuidados que poderão ajudar a controlar os sintomas das úlceras orais recorrentes e ajudar, ainda, a diminuir a frequência das recorrências de modo a permitir que todos aqueles que sofrem desta patologia possam ter uma melhor qualidade de vida.

Como já foi referido, sem terapêutica de cura objetiva, estes recursos são apenas paliativos e visam aliviar o mal-estar e a dor, encurtar o tempo de cicatrização e aumentar intervalos entre episódios, facultando uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

Palavras chave: aftas, úlceras orais recorrentes, qualidade de vida

Abstract

Recurrent aphthous oral ulcers are a benign condition and one of the most common oral lesions amongst the general population. Clinically, the three main types are as follows: Minor recurrent aphthous ulcers, Major recurrent aphthous ulcers and Herpetiform recurrent aphthous ulcers.

Despite the numerous studies carried out over the years, its etiology remains unknown and an effective curative treatment has yet to be developed.

These manifestations are multifactorial in its origins, though it is not yet possible to accurately point out its triggers. Would the causes be known, preventive measures could be taken in order to avoid these manifestations and it would be possible to reduce the negative impact on the quality of life of those suffering from this condition.

There are, nonetheless, some preventive measures and treatments which may help control the symptomatology of recurrent aphthous oral ulcers and also decrease the recurrences in order to provide a better quality of life to all those who suffer from this pathology.

As previously stated, without an effective curative therapy, these treatments are only palliative and aim to relieve the discomfort and pain, shorten the healing time and reduce the frequency of episodes of ulceration.

Keywords: Aphthous, recurrent aphthous oral ulcers, quality of life.

Introdução

O objeto do trabalho

A escolha do tema “O impacto das úlceras orais recorrentes na qualidade de vida” deveu-se ao facto de ser uma patologia que prevalece elevada e com impacto relevante na qualidade de vida dos doentes.

As úlceras orais recorrentes são causadoras de um mal-estar frequente e doloroso. Limitam, entre outras, as nossas opções gastronómicas, a comunicação e até os nossos afetos, na medida em que podem limitar os atos de comer, falar e beijar.

É comum quando surgem úlceras orais recorrentes minor, o paciente procurar tratá-las sem recorrer a um médico dentista ou a outro profissional de saúde. Contudo, no caso das úlceras orais recorrentes major e herpetiformes que são mais dolorosas ou duradouras ou quando as recorrências são frequentes o doente tende a recorrer ao médico dentista/médico para um diagnóstico e posterior tratamento.

Os tratamentos disponíveis visam minimizar o impacto das úlceras orais recorrentes na qualidade de vida, ou seja, visam reduzir o tempo de cada episódio, minimizar a dor e reduzir o número de episódios.

O objetivo deste trabalho é responder, entre outras, às seguintes questões: o que é uma úlcera oral recorrente? Quais as suas causas? Há tratamento para as úlceras orais recorrentes? Qual o melhor tratamento? Quando nos devemos preocupar com uma úlcera oral recorrente? De que forma afetam a qualidade de vida?

Desenvolvimento

I. Materiais e Métodos

A pesquisa bibliográfica foi realizada, por um lado, manualmente recorrendo a livros e revistas disponíveis na Biblioteca de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, na Biblioteca de Medicina da Universidade do Minho e na Biblioteca Municipal Lúcio Craveiro (Braga) e, ainda, na Biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Por outro lado, a pesquisa bibliográfica também foi realizada via online recorrendo às bases de dados Medline/PubMed, SciELO, LILACS, B-on e Science Direct. Esta pesquisa decorreu do dia 15 de novembro de 2013 ao dia 14 de março de 2014. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: úlceras orais recorrentes (recurrent oral ulcers, ulcères buccaux récurrents e úlceras recorrentes orales), classificação das úlceras orais (classification of oral ulcers, classification des ulcères buccaux e clasificación de las úlceras orales), estomatite aftosa recorrente (recurrent aphthous stomatitis, stomatite aphteuse récurrente e la estomatitis aftosa recidivante), aftas (aphthas, aphtes), saúde e qualidade de vida (health and quality of life, la santé et la qualité de vie e salud y calidad de vida).

Os critérios de seleção dos artigos foram os que apresentavam informação científica relevante sobre o tema em questão, artigos em português, inglês, francês e espanhol. Foram usados 43 artigos.

Procurei fazer uma revisão crítica da literatura disponível baseando-me em critérios metodológicos, a fim de escolher a bibliografia válida para o estudo em questão. Para tal, fiz um levantamento exaustivo da bibliografia disponível de modo a que me permitisse cruzar informação e explorar o tema “Úlceras Orais Recorrentes e o Impacto destas na Qualidade de Vida”.

II. Úlceras Orais Recorrentes

As úlceras orais recorrentes (UOR) são lesões que aparecem na mucosa de revestimento essencialmente não queratinizada da cavidade oral: mucosa jugal e mucosa labial, no ventre da língua e no palato mole. Sempre que estas lesões se repetem três ou mais vezes por ano designam-se como recorrentes. Com etiologia ainda desconhecida, as UOR dividem-se, clinicamente, em três tipos: minor (as mais frequentes), major e herpetiformes. Segundo Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002), apesar das UOR se apresentarem de maneiras diferentes, há algumas características que lhes são comuns: o formato, a profundidade, o edema e a dor.

O diagnóstico das UOR é obtido por meio de exame clínico da cavidade oral e pela realização de exames complementares.

Por serem lesões de caráter multifatorial e de etiologia desconhecida, o seu tratamento é bastante controverso e, em geral, paliativo, consistindo no uso de analgésicos, corticóides, antimicrobianos e imunomoduladores, entre outros.

III. Etiologia das Úlceras Orais Recorrentes

Acerca das variadas hipóteses existentes sobre a etiologia das úlceras orais recorrentes (UOR), observa-se uma grande dificuldade em determinar com exatidão uma causa isolada que possa explicar, cabalmente, a sua origem o que levanta constrangimentos para um tratamento curativo adequado.

Segundo Giacomini, A., *et alii* (2010), as constantes investigações realizadas ainda não permitiram identificar a etiologia das UOR e, por isso, ainda não existe uma abordagem terapêutica curativa.

Para Laskaris, G. (2005), as UOR são as lesões mais frequentes da mucosa oral e afetam de 10% a 30% da população. Considera que a causa exata continua a ser desconhecida e que podem ser vários os fatores etiológicos que estão na sua origem, nomeadamente a deficiência de ferro, de vitamina B12 ou de ácido fólico, assim como infeções víricas ou bacterianas, em especial da espécie estreptococos.

Assim a UOR é uma doença ulcerativa comum, idiopática e que afeta uma parte significativa da população. Esta lesão que afeta a mucosa oral não é contagiosa e afeta o palato mole, mucosa labial, mucosa jugal, o ventre da língua, pavimento e raramente a gengiva e o palato duro.

Usualmente, as UOR costumam ser precedidas de uma sensação de ardor ou formigueiro ou picadelas ao longo da língua, mucosa jugal ou gengivas.

As UOR caracterizam-se por áreas de ulceração (com rompimento do tecido epitelial e exposição do tecido conjuntivo) ocasionando reações inflamatórias de intensidade leve ou moderada associada a dor.

A dor pode ser persistente ou transitória causando desconforto no paciente independentemente do tamanho das úlceras orais.

As UOR raramente desencadeiam febre e podem ser acompanhadas de adenopatias, especialmente cervicais.

A etiopatogenia das UOR é muito controversa e, provavelmente, múltiplos fatores podem ser causadores desta doença. A investigação tem procurado relacionar o aparecimento das UOR com distúrbios hematológicos, transtornos nervosos (ansiedade e stress), infecções, traumas, xerostomia, predisposição genética, hipersensibilidade, condições autoimunes, doenças sistêmicas, síndrome de Behçet, síndrome de Reiter, estomatite aftosa enteropática sensível ao glúten, entre outros. Alguns estudos têm demonstrado que as deficiências de ferro, de ácido fólico e/ou de vitamina B12 são mais comuns em pacientes com UOR do que naqueles sem a doença. (Giacomini, A., *et alii* 2010)

Pouco se conhece sobre a etiologia das UOR. Há quem as defina como uma manifestação comum a diversas doenças, causada por mecanismos distintos, geralmente de natureza imunológica. Regra geral, a lesão diminui depois de uma a duas semanas. Contudo, pode persistir por um período incerto.

Segundo Curvelo, R. *et alii* (2008), apesar de ser controverso afirmar que o stress está na etiologia das UOR, parece evidente a associação destas lesões com alterações do sistema imunológico e também a relação dessas alterações imunológicas com o mecanismo de stress. É provável que a existência de uma desregulação do sistema imunológico originada por stress possa levar ao aparecimento de UOR.

Araújo, C. e Coelho, K. (2006) sustentam que os principais fatores associados ao desencadeamento das UOR são as alterações hormonais, trauma, stress, alergia a certos alimentos, deficiências nutricionais (ferro, vitamina B12 e ácido fólico), alterações hematológicas, fatores genéticos e agentes microbianos.

Para além destes fatores, a alimentação também poderá ajudar, eventualmente, a explicar a sua origem. Alimentos e frutas ácidas como o ananás e o limão, assim como temperos picantes, podem funcionar como possíveis indutores da formação de UOR. No entanto, há outros fatores que também podem causar ou contribuir para o aparecimento

das úlceras orais, tais como: aparelhos ortodônticos, doenças sistêmicas, imunopatias, deficiências nutricionais, alergias, e reações a determinados tipos de medicamentos.

Crespo, J. e Patrício, I. (2012) apontam alimentos tais como o chocolate, o queijo, o ananás, os citrinos, as nozes e os frutos secos como podendo originar UOR.

O trauma também tem sido apontado por pacientes, clínicos e investigadores como um fator que pode desencadear o desenvolvimento de úlceras. Os pacientes, nomeadamente, indicam como causas mais comuns do traumatismo: escovagem dentária, fio dentário, pastilha elástica, má oclusão dentária, injeções e tratamentos dentários. (Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. 2002)

Para Consolaro, A. e Consolaro, M. (2009), a instalação de aparelhos ortodônticos também pode estar relacionada com o aparecimento de uma ou mais úlceras orais na mucosa oral, que são quase sempre lesões do tipo menor, mas que incomodam muito os pacientes, principalmente quando não estes não eram afetados por este problema antes da instalação dos aparelhos ortodônticos.

A deficiência de algumas vitaminas e minerais, como vitamina B12, vitamina C, zinco, ferro ou ácido fólico pode estar na origem de UOR. Giacomini, A., et alii (2010) afirmam que alguns estudos têm demonstrado que as deficiências de ferro, de ácido fólico e/ou de vitamina B12 são mais comuns em pacientes com UOR do que naqueles que não as têm.

A literatura e nomeadamente Murray, J., Nunn, J. e Steele, J. (2005) consideram que a etilogia das UOR não é clara, mas pode haver uma base genética ou infeção que estejam na sua origem assim como outros fatores, nomeadamente traumatismos, stress, fatores microbianos, bactérias, alimentos, reação a medicamentos, reações imunes, desequilíbrio hormonal, deficiência hematótica, doenças gastrointestinais e doença intestinal inflamatória.

As pessoas com a doença de refluxo gastroesofágico ou esofagite de refluxo que têm o costume de se deitar logo após a última refeição, podem apresentar úlceras orais. Os

resultados do estudo realizado por Corrêa, M., Lerco, M. e Henry, M. (2008) concluiu que os pacientes com refluxo gastroesofágico apresentam maior incidência de erosões dentárias, úlceras orais, ardor oral, sensibilidade dentária e gosto azedo. O refluxo ao atingir a cavidade oral pode causar lesões nos tecidos moles (úlceras orais) ou mesmo nos dentes, levando à desmineralização, fenómeno conhecido por perimólise. Este facto está relacionado com o refluxo gastroesofágico que leva ao aumento da acidez da cavidade oral.

IV. Classificação das Úlceras Orais Recorrentes

Terá sido Hipócrates o primeiro a usar o termo "aphtae" para descrever as lesões presentes na mucosa oral. Em 1888, Mikulicz e Kümmel foram os primeiros autores a publicar uma descrição clínica sobre as UOR. Em 1899, Sibley descreveu a úlcera minor e atribuiu a sua causa ao stress e a estados psíquicos, chamando-lhe "úlcera neurótica". Em 1911, Sutton fez uma primeira tentativa para descrever a úlcera major denominando-a "peradenite mucosa necrótica recorrente", mas esta denominação não foi aceite. Em 1960, Cooke descreveu pela primeira vez as úlceras do tipo herpetiforme. (Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. 2002)

Ainda segundo Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002), as UOR, com etiologia multifatorial, caracterizam-se pelo aparecimento recorrente de úlceras em qualquer parte da mucosa oral e podem variar em tamanho, quantidade e localização.

As UOR apresentam três variações clínicas: as minor, as major e herpetiformes.

1. Úlceras minor

Em regra, as úlceras orais minor têm maior taxa de recorrência e menor tempo de duração e desenvolvem-se quase exclusivamente na mucosa jugal e labial.

As úlceras orais minor correspondem à forma mais comum de UOR, ocorrem em 90% de UOR e têm uma prevalência geral de 5-25% na população geral. São lesões recorrentes que se apresentam como úlceras circulares rasas, de contorno nítido com bordo em geral não elevado, exsudado acinzentado ou amarelado no centro e halo eritematoso ao redor, a dor é uma constantes e a dimensão varia de 5 a 10 mm. São lesões geralmente únicas ou em número reduzido, atingindo a mucosa oral não queratinizada, desaparecendo entre 7 a 14 dias. A sua recorrência média é de 2 a 3 vezes por ano. (Araújo, C. e Coelho, K. 2006)

As lesões podem ser precedidas pelos sintomas seguintes: queimadura, prurido, pontadas e o aparecimento de máculas eritematosas.



Figura 1: úlcera minor, (adaptado de Castro, J. e Costa G., 2013).

Estas raramente deixam cicatrizes e afetam mais pacientes do sexo feminino do que do sexo masculino e surgem, geralmente, durante a infância ou na adolescência.

Sciubba, R. (2000) descreve as úlceras minor como sendo as que se observam com maior frequência e cuja resolução cursa com a inexistência de cicatriz. As recorrências variam de um paciente para outro e os períodos de recorrência podem variar entre semanas e até anos.

De facto, as úlceras minor são a forma mais frequente de UOR (90%). Aparecem na mucosa labial, fundos do vestíbulo, ventre e bordos laterais da língua e no pavimento da boca. Muito raramente podem surgir na mucosa queratinizada (palato duro, dorso da língua e gengiva). Os surtos são normalmente espaçados de 3 a 4 meses.

2. Úlceras major

As úlceras major são uma variante mais grave das UOR em que as úlceras são de maior tamanho (> 1cm).

Sciubba, R. (2000) afirma que no passado as úlceras major foram consideradas separadamente das UOR e que durante muito tempo se denominaram periadenite mucosa necrótica recorrente ou doença de Sutton. Atualmente, consideram-se como a expressão mais grave das UOR. Mais extensas do que as minor porque apresentam maior tamanho (>1 cm) e com episódios de maior duração, as lesões provocadas pelas úlceras major são mais dolorosas considerando-se uma variante clínica de UOR.

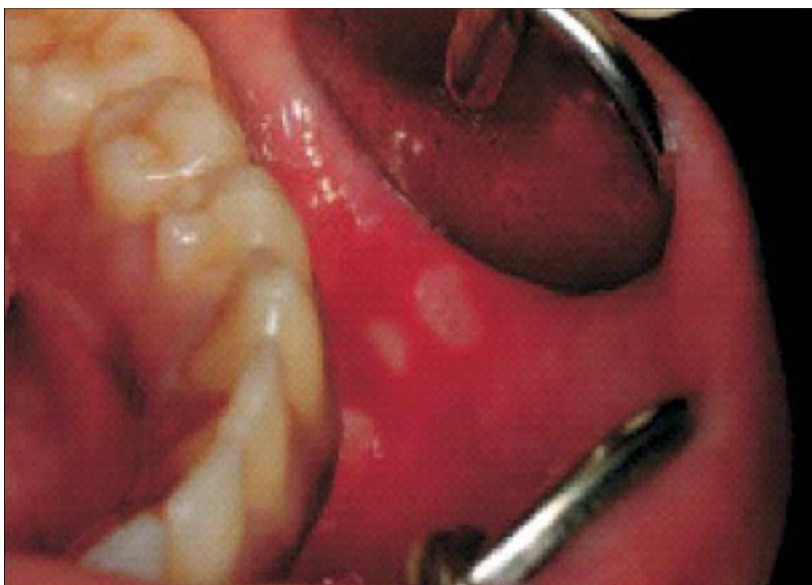


Figura 2: úlcera major (adaptado de Castro, J. e Costa G., 2013).

Os episódios são de maior duração, normalmente, de 20 a 30 dias. Estas lesões são mais profundas do que as minor, medem, geralmente, cerca de 1 a 3 cm de diâmetro. A resolver podem demorar semanas e podem, ainda, deixar cicatriz.

As úlceras major surgem, preferencialmente, em locais como os lábios, a mucosa jugal, língua e palato mole. Podem persistir de 1 a 3 semanas e diferem das minor por poderem deixar cicatriz. Tal como as anteriores tendem a recorrer. Têm maior incidência na mucosa jugal, língua e palato mole sendo estes os locais mais habituais.

Geralmente, iniciam-se na puberdade e podem aparecer durante mais de vinte anos. (Azul, A. et alii, 1992)

De salientar que as dores das úlceras orais major são muito intensas e que estas são a expressão mais grave das UOR.

3. Úlceras herpetiformes

Segundo Laskaris, G. (2005), as úlceras herpetiformes foram descritas pela primeira vez por Cook em 1960. Cook afirmou que há semelhanças clínicas entre esta doença e as lesões do herpes simples. Estas UOR apresentam-se em pequenas úlceras superficiais de 1-2 mm de diâmetro, com uma auréola vermelha fina que podem causar lesões irregulares maiores. Estas lesões são recorrentes, muito dolorosas e podem ocorrer em qualquer lugar da mucosa oral.

As lesões podem medir de 1 a 2 mm de diâmetro, devido ao pequeno tamanho e a alta quantidade, as lesões podem ser semelhantes à infecção primária do herpes vírus e, por isso, são denominadas de herpetiformes.

Com lesões muito pequenas (de 1 a 2 mm) mas numerosas (10–100), tendem a unir-se formando úlceras maiores e irregulares o que dificulta o seu diagnóstico diferencial.

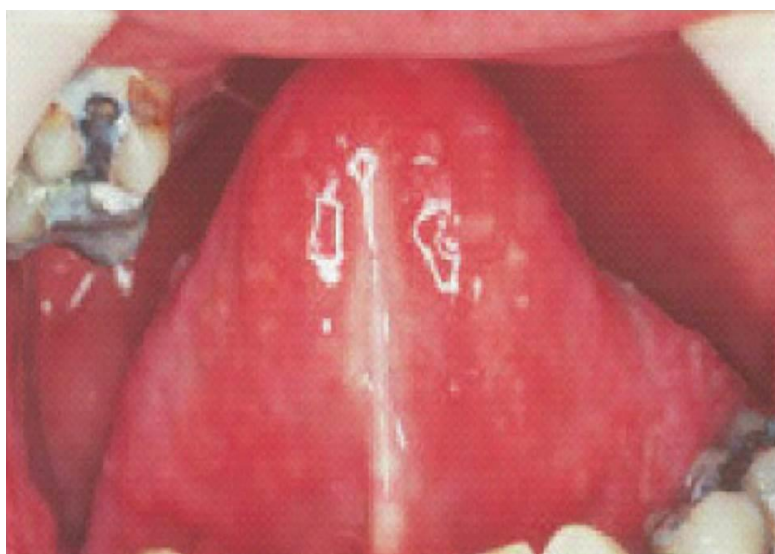


Figura 3: úlcera herpetiforme (adaptado de Castro, J. e Costa G., 2013).

Podem surgir em qualquer localização da cavidade oral, porém a porção anterior da língua e a mucosa labial são particularmente mais envolvidas.

Bastante mais frequentes no sexo feminino estas podem cicatrizar ao fim de 15 dias e, normalmente, não deixam cicatriz.

V. Patologia que Cursa com Úlceras da Cavidade Oral

O que é que provoca as UOR? Serão problemas genéticos? Serão fatores locais? Estarão na origem das UOR os fatores imunológicos ou os fatores sistémicos predisponentes?

É muito difícil responder com exatidão a estas questões.

Muitos consideram os fatores imunitários como responsáveis diretos ou indiretos pelo aparecimento das UOR.

Mas por que razão surgem as UOR?

Para explicar o aparecimento das UOR, os estudos científicos costumam indicar como causas mais prováveis o stress emocional e os distúrbios do foro psicológico causados pelo estado de ansiedade. De acordo com Curvelo, R. *et alii* (2008), é provável que a existência de uma desregulação do sistema imunológico originada por stress possa levar ao surgimento de UOR.

Outra causa indicada é a possível relação das UOR com o ciclo menstrual. Nas mulheres, as UOR surgem mais frequentemente na segunda fase do ciclo menstrual, associando-se, neste caso, as UOR a alterações hormonais. (Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. 2002)

Determinados alimentos poderão ser possíveis fatores desencadeadores de UOR. Estudos comprovam que há associação entre o surgimento de UOR coma ingestão de alimentos como tomates, morangos, nozes, chocolate, glúten, mentolados, melão, agrião, alimentos ácidos ou condimentados. (Araújo, C. e Coelho, K. 2006)

Giacomini, A., *et alii* (2010) apontam, também, a carência de vitaminas complexo B, zinco, ácido fólico e ferro.

Segundo Pereira, K. *et alii* (2006), também a bactéria helicobater pylori pode estar associada à manifestação das UOR.

Estudos realizados a pequenos grupos de pacientes também identificaram alguns alimentos como responsáveis pelo aparecimento de UOR, nomeadamente a intolerância ao glúten, o ácido benzoico e o ácido sórbico. (Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. 2002)

Finalmente, alguns estudos referem também a possibilidade de existirem fatores genéticos que relacionam a prevalência de UOR com a história familiar. Concretamente, a presença do marcador genético HLA-B12 parece estar associado a essa hipótese. A associação de HLA2, B12, B51, Cw7, DR2, DR4, A28, DR7, entre outros, em sido sugerida, mas há dificuldades em estabelecer-se uma correlação entre genes e UOR dado os resultados controversos. (Pereira, K. *et alii* 2006)

1. Etiologia microbiana

Normalmente, as UOR causadas por doenças sistémicas, são múltiplas e recorrentes. Podem ter algumas características diferentes das úlceras comuns e podem ser acompanhadas por outros sintomas

De acordo com Araújo, A. e Souza, K., (2005), durante muitos anos a etiologia das UOR apareceu associada a infeções virais. Pedersen, A. em 1993 realizou um estudo onde analisou a presença de DNA viral em lesões de pacientes com UOR, tendo observado a presença do vírus Varicela Zoster, da família do herpes vírus humano (HHV) nessas lesões.

As bactérias streptococcus fazem parte da microbiótica normal da cavidade oral e podem causar doenças nos seres humanos. Contudo, de acordo com Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002), não há estudos que comprovem um aumento dos anticorpos nos

doentes não sendo possível estabelecer com segurança uma relação causal com as UOR.

Muitos investigadores indicam alguns agentes virais como causadores da UOR. Entre eles estão o vírus herpes simples (HSV), o vírus varicela zoster, o vírus epstein-barr, o citomegalovírus e o adenovírus. Contudo, são necessários mais estudos para esclarecer o possível papel destes vírus com o aparecimento das UOR. (Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. 2002)

2. Fatores genéticos

Castro, J. e Costa G. (2013) consideram que em alguns pacientes as UOR podem ser de origem familiar. Apesar da sua etiologia ser incerta, há estudos científicos que associam as UOR com fatores imunológicos e genéticos. Os doentes com história familiar positiva podem desenvolver UOR mais precocemente e apresentar sintomas mais graves.

Ship, J. (1996) afirmou que as UOR poderiam ter uma base familiar. Mais de 40% dos pacientes com UOR têm história familiar de ulceração oral, desenvolvem úlceras orais mais jovens e têm sintomas mais graves do que aqueles que não apresentam antecedentes. Porém não há associação consistente entre UOR e uma serologia particular determinada pelo antígeno HLA ou haplótipo. Consideram, ainda, haver uma grande incidência de UOR em gémeos idênticos. (Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. 2002)

Também segundo Pereira, K. *et alii* (2006) há uma forte influência de fatores genéticos que estão na origem de UOR. Estas podem ter uma base familiar porque mais de 40% dos pacientes com úlceras orais têm uma história familiar de ulceração oral, desenvolvem úlceras orais mais jovens e apresentam sintomas mais graves do que aqueles que não têm antecedentes familiares. Há estudos que também revelam uma significativa correlação de incidência de UOR em gémeos idênticos.

3. Fatores sistêmicos predisponentes

As lesões da mucosa oral podem representar manifestação de doença dermatológica, sistêmica, lesões reacionais ou neoplasmas ocultos. Um tratamento de UOR bem sucedido depende de um diagnóstico preciso, classificação da doença e reconhecimento de possíveis fatores ou doenças associadas. (Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. 2002).

i. Síndrome de Behçet

A Síndrome de Behçet (SB) é uma afeção inflamatória multissistêmica de causa ainda desconhecida e que basicamente se caracteriza por úlceras orais e genitais recorrentes, uveíte e lesões cutâneas. (Neves, F., Moraes, J. e Gonçalves, C., 2006).

No que concerne ao Síndrome de Behçet, as úlceras orais são normalmente mais numerosas, localizam-se preferencialmente no palato e orofaringe e apresentam uma morfologia mais irregular, contrariamente às UOR que podem aparecer noutros locais da boca.

ii. Neutropenia cíclica

A neutropenia cíclica é uma doença hematológica rara, caracterizada pela redução na contagem de neutrófilos e cujos sintomas mais frequentes são febre e úlceras orais.

No Departamento de Otorrinolaringologia da Santa Casa de São Paulo, Bianca, M., Filho, I. e Rita C. (1999) realizaram um estudo em pacientes em que demonstraram haver uma correlação entre a neutropenia cíclica e as UOR.

iii. Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)

A SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença causada pelo vírus Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) que causa imunossupressão.

O aparecimento das lesões, principalmente as do tipo major, está diretamente relacionado ao estado imunitário do paciente seropositivo, acarretando déficits nutricionais que pioram a sua qualidade de vida. (Miziara, I., Filho, B. e Weber, R., 2005).

Nestes doentes, os que apresentam úlceras major têm níveis mais baixos de linfócitos CD4 e CD8. Miziara, I., Filho, B. e Weber, R., (2005) consideram que a associação das úlceras major com o grau de imunossupressão é uma evidência porque foi verificado que os pacientes com este tipo de úlcera CD4⁺ e CD8⁺ e maior inversão da relação CD4⁺/CD8⁺ do que aqueles com úlceras minor e herpetiforme.

Nestes doentes, as úlceras orais representam uma alteração local da imunorregulação. No doente com SIDA, a alteração sistêmica existente pode tornar maior o problema local, originando úlceras maiores e mais graves.

iv. Deficiência hematológica

Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002) referem que vários estudos realizados nos EUA, Inglaterra e Espanha têm demonstrado que a deficiência hematológica de ferro, ácido fólico ou vitamina B12 é duas vezes mais comum em pacientes com UOR do que naqueles sem UOR. Referem, ainda, que os pacientes com deficiência vitamínica melhoraram significativamente a recorrência das úlceras orais, após a reposição terapêutica com as vitaminas B1, B2, B6 e B12.

Também Giacomini, A., et alii (2010) sustentam que alguns estudos têm demonstrado que as deficiências de ferro, de ácido fólico e/ou de vitamina B12 são mais comuns em

pacientes com UOR do que naqueles que não têm esta doença.

Alguns estudos indicam haver uma franca melhoria quando estas deficiências são corrigidas.

v. Doença celíaca e intolerância ao glúten

A doença celíaca corresponde a uma desordem crónica do sistema imune induzida pelas proteínas do glúten ingerido, levando à lesão da mucosa do intestino delgado.

O glúten presente no trigo, centeio, cevada e aveia e deve ser excluído da alimentação para o resto da vida. Cumprir uma dieta sem glúten não é tarefa fácil. Contudo, há doentes com UOR e sem evidências clínicas ou histológicas de doença celíaca que respondem bem a dietas sem glúten.

Cassol, C., et alii (2007) realizaram um estudo para conhecer o perfil clínico dos membros da Associação dos Celíacos do Brasil – Regional de Santa Catarina. Este estudo abrangeu 506 membros desta associação. Verificaram que nos sintomas que apresentavam antes de lhes ser diagnosticada a doença celíaca, predominaram as úlceras orais, obstipação e anemia, principalmente no sexo feminino.

vi. Doença de Crohn e colite ulcerosa

Na doença de Crohn, a inflamação pode ocorrer ao longo do tubo digestivo, em qualquer parte, da boca ao ânus provocando hemorragia gastrointestinal, artralgias, náuseas e vômitos.

A colite ulcerosa é uma inflamação que afeta principalmente o revestimento do intestino grosso (cólon) e o reto.

Pereira, F. (2012) afirma que a colite ulcerosa envolve apenas a mucosa e submucosa do colon de forma total ou parcialmente.

Na doença de Crohn poderão surgir úlceras orais, mas as suas características clínicas diferem das UOR.

vii. Hipersensibilidade a determinados alimentos

A sensibilidade a alguns alimentos assim como a alergia a algumas substâncias devem ser consideradas como fatores etiológicos em doentes com UOR hematologicamente normais.

Segundo Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002), alguns pacientes correlacionam o aparecimento de úlceras orais com a ingestão de certo tipo de alimentos. Há estudos realizados em pequenos grupos de pacientes que identificaram alguns alimentos como responsáveis pelo aparecimento da UOR, nomeadamente o glúten, o ácido benzoico, o ácido sórbico e cinamaldeído. São raros os casos em que a dieta alimentar melhora a UOR.

Também segundo Araújo, C. e Coelho, K. (2006) há estudos que comprovam haver associação entre o aparecimento de UOR e a ingestão de alimentos como tomates, morangos, nozes, chocolate, glúten, mentolados, melão, agrião, alimentos ácidos e condimentados.

viii. Ciclo menstrual

Alterações endócrinas, como o período pré-menstrual, em que a concentração sanguínea de progesterona é reduzida, podem ocasionar o aparecimento de UOR. Alguns dias antes da menstruação a diminuição dos níveis da hormona pode originar uma diminuição da queratinização do epitélio oral, favorecendo o desenvolvimento de úlceras.

Sobre esta problemática Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002) consideram que apenas uma minoria de pacientes com úlceras orais relacionam as UOR com a última fase do ciclo menstrual. Ainda segundo Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002), Bishop, S. (1992) identificou uma melhoria das úlceras em 30 mulheres de

33 estudadas nas quais as aftas foram induzidas na última fase do ciclo menstrual e tratadas com estrogênio terapia em doses suficientes para suprimir a ovulação. Porém, uma revisão minuciosa da literatura feita por McCartan, B. e Sullivan, A. (1992) não encontrou associação entre as UOR e as hormonas sexuais femininas.

Como não há consenso e não está provada esta correlação são necessários estudos que confirmem a relação causa-efeito entre o ciclo menstrual e o aparecimento de UOR.

ix. Stress

O stress resulta de um conjunto de reações fisiológicas que quando são exageradas na sua intensidade ou duração podem levar a um desequilíbrio do organismo. O stress pode afetar o organismo de diversas formas e os seus sintomas variam de pessoa para pessoa. Tal, como outros distúrbios de comportamento, pode aumentar a vulnerabilidade às doenças associadas a mecanismos imunológicos, como infeções e doenças autoimunes.

Crespo, J. e Patrício, I. (2012), consideram que na atualidade as UOR parecem apresentar-se como uma entidade mais comum na população com condições socioeconómicas mais elevadas, podendo relacionar-se as UOR com o aumento do stress associado aos novos empregos e estilos de vida.

Com base na literatura pesquisada, é de considerar hipoteticamente que os aspetos psicossociais e, em particular o stress, possam estar na etiologia das UOR, mas ainda não há evidências que sustentem que o stress possa estar associado à sua origem. Contudo, sempre que se suspeite que o problema do paciente pode estar associado ao stress, este deve ser encaminhado para os profissionais especializados para que a terapia que vier a ser feita possa ajudar a melhorar o resultado do tratamento odontológico. (Cruz, M. et alii, 2008)

É provável que a desregulação do sistema imunológico originada pelo stress possa estar na origem das UOR. No entanto, apesar do número elevado de estudos realizados, ainda não foi provada essa correlação. (Curvelo, R. *et alii*, 2008)

4. Fatores locais

Muitas das úlceras orais são provocadas por traumatismos dentários e por fatores externos não podendo ser classificadas como UOR. Estas podem ser causadas por:

- um dente com arestas vivas ou fraturado;
- próteses removíveis mal ajustadas;
- um ato cirúrgico;
- tratamentos dentários;
- mordida da mucosa jugal, língua ou do lábio;
- alimentos ácidos, como o ananás, que diminuem a proteção da mucosa oral;
- queimadura da boca com comidas ou bebidas quentes.

Na etiologia destas úlceras orais estão “agressões externas” e, por isso, não podem ser classificadas como UOR porque não se verifica a recorrência.

5. Fatores imunológicos

Scully e Porter (1989) referem a existência de um fator imunológico de base provavelmente um fenómeno de citotoxicidade celular mediada por anticorpos, o qual em pessoas geneticamente predispostas e sob a ação de fatores predisponentes desencadearia as úlceras orais.

Independentemente dos fatores que as desencadeiam, são as interações do sistema imunitário que contribuem maioritariamente para o aparecimento e progressão das úlceras orais.

Estudo hematológico de pessoas aparentemente saudáveis com UOR mostrou alterações no sistema imunológico, tais como: depressão ou inversão CD4:CD8 (especialmente em pessoas com UOR severas), aumento dos recetores gd+ das células T e aumento da produção do fator de necrose tumoral - A. Outros estudos sugerem um distúrbio da imunidade celular que envolvem linfócitos T como um fator predisponente. Embora o dano imunológico das células epiteliais seja o resultado final comum no desenvolvimento das lesões da UOR, o antígeno responsável para iniciação do processo permanece desconhecido. A imunodeficiência humoral pode causar ulceração semelhante às “aftas”, porém, na maioria dos pacientes com UOR, os níveis das imunoglobulinas séricas estão dentro da normalidade. (Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R., 2002)

VI. Tratamento das Úlceras Orais Recorrentes

Castro, J. 2013, afirma que devido à falta de precisão no estabelecimento das suas causas, a terapêutica no tratamento das UOR não pode ser específica, sendo utilizados, normalmente, de forma paliativa, anti-inflamatórios, antibióticos e anestésicos, além de medicamentos com propriedades naturais e homeopáticos, para alívio da dor, redução da duração e frequência de aparecimento das úlceras e o restabelecimento das funções orais normais.

Os medicamentos para tratamento das UOR têm, apenas, eficácia momentânea porque permitem ajudar a curar as úlceras melhorando o mal-estar e a dor do paciente, mas não eliminam as causas que estão na sua origem. E, por isso, as UOR recidivam sendo recorrentes.

Os principais recursos terapêuticos que podem ser usados para tratamento da UOR, podem ser aplicados de forma sistêmica ou tópica. No entanto, a forma tópica de tratamento é a mais eficiente e segura para o paciente, com a ocorrência de menor quantidade de efeitos colaterais. A forma tópica é a primeira opção de tratamento para as UOR. (Araújo, C. e Coelho, K. 2006)

Também Castro, J. e Costa G. (2013) consideram que o uso dos diferentes recursos terapêuticos pode ser feito de forma sistêmica ou de forma tópica. No entanto, aconselha-se a forma tópica de tratamento por ser mais eficiente e segura para o paciente. A forma tópica evita a ocorrência de menor quantidade de efeitos colaterais e deve ser a primeira opção no tratamento das UOR.

Castro, J. e Costa G. (2013) aconselham como recursos tópicos utilizados para redução e controle da dor das UOR as soluções orais para bochecho.

Contudo, qualquer tratamento só pode ser bem sucedido quando o médico dentista consegue fazer um diagnóstico que lhe permita identificar e controlar os fatores que estão na origem da doença e contribuem para o seu aparecimento.

De facto, o médico dentista pode identificar as UOR pelas suas características clínicas e pela dor que provocam no paciente, mas confronta-se sempre com o problema de saber qual é a sua origem.

Regra geral e, na maior parte dos casos, as úlceras orais são benignas, mas o paciente pode correr alguns riscos quando as lesões são graves e as confunde com as UOR.

Berkow, R. et alii (2006) alertam que se deve estar atento a toda a úlcera que dure mais de duas semanas. Se assim acontecer, esta tem de ser examinada por um por um médico dentista. Ainda de acordo com Berkow, R. et alii (2006) são menos preocupantes as úlceras dolorosas do lábio ou mucosa jugal porque estas podem surgir na sequência de uma mordida acidental.

Aconselha-se que o paciente esteja atento à duração das lesões, principalmente quando verificar haver ausência de dor. Assim, sempre que as úlceras orais forem excepcionalmente grandes e apresentarem sinais de infeção ou sempre que surgirem úlceras novas logo após a cicatrização das primeiras ou quando estas demorarem mais do que duas semanas para cicatrizarem ou, ainda, se houver sintomas sistémicos, tais como: febre, perda de peso, perda do apetite, poderá dar-se o caso de não se estar perante uma UOR. E quando assim for, aconselha-se, de imediato, a consulta do médico dentista para diagnosticar e avaliar a situação. (Berkow, R. et alii, 2006)

Um agente terapêutico utilizado no processo de cura de pequenas aftas, assim como no tratamento de colites e úlceras gástricas, consiste na quercetina, a qual foi tida como uma droga natural segura, bem tolerada e altamente eficaz. Do mesmo modo, o ácido hialurônico 0,2% reduz imediatamente a dor após aplicação a aplicação tópica. (Castro, J. e Costa G., 2013)

Contudo, a maioria dos pacientes com UOR não necessita de tratamento. Quando necessário, apenas necessita de tratamento tópico com corticosteroides, para minimizar a frequência, a intensidade dos surtos e das dores. Pelo facto das UOR estarem mais provavelmente relacionadas com um problema imunológico, o tratamento incluiu frequentemente o uso racional de medicamentos que possam comandar ou regular as

repostas imunológicas. Por isso, o uso de corticosteroides representa a melhor forma de controlar as UOR. Contudo, nos pacientes muito afetados podem ser usados esteroides sistêmicos. No entanto, nos pacientes com manifestações de UOR leves ou moderadas justifica-se apenas o tratamento tópico. (Pereira, K. *et alii*, 2006)

É difícil encontrar uma substância que cure uma UOR de um dia para o outro. Como esta pode durar até duas semanas, os tratamentos visam acelerar o processo de cicatrização da lesão e terminar com o mal-estar do paciente.

Contudo, no tratamento tópico é importante distinguir as pomadas que contenham apenas anestésicos e que servem apenas para alívio sintomático das que têm corticóides e anti-inflamatórios na sua constituição e que, efetivamente, podem acelerar a cicatrização.

No entanto, antes de se fazer qualquer terapêutica, devemos fazer um estudo exaustivo das possíveis etiologias que estão na origem das UOR. Mesmo quando se presume que se padece de úlceras minor deve recorrer-se ao médico dentista.

Araújo, A. e Souza, K. (2005) consideram que devido às várias hipóteses sobre a etiologia da UOR, é difícil identificar uma causa isolada que possa explicar, adequadamente, a maioria dos casos encontrados, o que dificulta um tratamento curativo eficaz.

Guimarães, G. *et alii* (2005) consideram que não há tratamento específico para as UOR e as estratégias terapêuticas a utilizar dependem dos seus sintomas, duração e severidade. O tratamento deve ter como objetivos principais promover a regressão da lesão, diminuir a dor que gera morbidade e melhorar a função local, auxiliando na ingestão de alimentos e líquidos. O tratamento a utilizar deve também prevenir e controlar a doença.

1. Tratamento laser

Por um lado, este tratamento ainda não é muito conhecido e, por outro, os médicos dentistas reconhecem que poucos pacientes vão ao consultório especificamente para tratar uma UOR, nomeadamente com laser de baixa intensidade.

O laser de baixa intensidade usado para tratar herpes, acelerar a cicatrização de cirurgias orais e implantes e até para suavizar a dor de ATM (disfunção da articulação da mandíbula) também pode ser usado para aliviar o incómodo causado pelas UOR, obrigando-as a regredir, curando mais rapidamente o paciente.

Conforme a potência e a capacidade de interação com os tecidos, Catão, M. (2004) classifica os lasers em duas categorias: laser de baixa intensidade de energia (LILT – *Low Intensity Level Treatment*) e laser de alta intensidade de energia (HILT – *Hight Intensity Laser Treatment*). Refere que os lasers de baixa intensidade mais utilizados são os de Hélio-Neônio (He-Ne) e os de Arseneto de Gálio-Alumínio (Ga-Al-As).

Ainda de acordo com Catão, M. (2004), muitos estudos têm demonstrado as vantagens da utilização do laser de baixa intensidade no tratamento de UOR. Devido à baixa densidade de energia utilizada e ao comprimento de onda, a radiação laser de baixa intensidade aumenta significativamente o desenvolvimento da circulação sanguínea, regenera o tecido lesado, ativando a cicatrização. O efeito da luz laser ativa o estímulo da proliferação de fibroblastos, com produção de fibras de elastina e colágenas. Este tratamento reduz os sintomas dolorosos acelerando a rápida reparação dos tecidos.

Contudo, Catão, M. (2004) salienta que para esta terapia ser bem sucedida deve seguir os seguintes parâmetros: a escolha do comprimento de onda, densidade de energia, densidade de potência, número de sessões, características óticas do tecido, como os coeficientes de absorção e espalhamento, entre outros.

Para Pereira, K. *et alii* (2006), o uso do laser de baixa intensidade nas UOR providencia o alívio da dor e também pode reduzir o período de cicatrização evitando que as lesões recorram no mesmo local.

Também segundo Araújo, C. e Coelho, K. (2006) a terapia com laser de baixa intensidade permite que as UOR estacionem o seu ciclo inicial e regridam, possibilitando que ocorra uma recuperação mais rápida e menos dolorosa. Ainda segundo Araújo, C. e Coelho, K. (2006) a sua irradiação proporciona um estímulo ao nível dos fibroblastos, com produção de fibras colágenas mais ordenadas, verificando-se clinicamente uma aceleração na cicatrização. Afirmam, também, que logo após a primeira aplicação o paciente confessa que a dor terminou. Relativamente ao laser a utilizar, consideram que a sua seleção deve atender ao comprimento de onda e à potência do aparelho, bem como à extensão da área da lesão. Entre os lasers de baixa intensidade os mais utilizados para uso terapêutico são os de Hélio-Neônio (He-Ne), cujo comprimento de onda de emissão é 632nm e o de Arseneto de Gálio-Alumínio (Ga-Al-As), cujo comprimento de onda se situa entre 650 ou 950nm. Finalmente, alertam que sob o ponto de vista físico a utilização dos lasers de baixa intensidade não apresenta efeitos térmicos. Admitem a possibilidade do tratamento com o laser de alta intensidade que apresenta uma variedade de modelos, exemplo Neomídio (Nd:YAG). Entretanto, consideram que o seu custo é mais elevado e sob o ponto de vista físico a sua ação proporciona efeitos térmicos, podendo deste modo lesar os tecidos da mucosa oral.

2. Tratamento cirúrgico

Não aceitável.

3. Tratamento farmacológico

Para controlar a dor e as lesões provocadas pelas UOR há a necessidade de recorrer a fármacos.

Quando se recorre a medicamentos, deve iniciar-se o tratamento de forma simples, com agentes tópicos, exceto nas situações muito graves, onde haverá a necessidade de aumentar a intensidade do tratamento.

i. Tratamento local

Na maior parte dos países, segundo Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002), o tratamento local é um dos recursos mais utilizados para tratar UOR. A seleção do medicamento tópico a utilizar, deve basear-se em critérios práticos tais como o número, a localização e a gravidade das UOR.

Castro, J. e Costa G. (2013) consideram que de entre os recursos tópicos utilizados com eficiência para redução e controle da dor das UOR estão as soluções orais para bochecho, muito usadas pelos pacientes.

Em geral, os agentes tópicos são preferíveis a outros porque são mais seguros e não provocam tantos efeitos colaterais, tanto pela quantidade administrada como ainda por apresentarem interação medicamentosa muito reduzida.

Normalmente, o tratamento local é feito à base de anti-inflamatórios da classe dos corticoides. Entre os mais utilizados estão a triamcinolona, que se pode encontrar na forma de adesivos de aplicação tópica, aplicada diretamente sobre a úlcera e o spray de beclometasona. Outra alternativa eficaz é o elixir de dexametasona. Este corticosteroide líquido é útil quando há presença de múltiplas úlceras ou quando as mesmas se localizam nomeadamente no palato mole. O aerosol spray de dipropionato de beclometasona é outro tipo de corticoide e pode ser útil para úlceras de difícil alcance, principalmente para as que estão localizadas no palato mole e pilares amígdalianos. (Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. 2002)

De salientar que os corticoides tópicos são os principais medicamentos indicados por se considerar que as UOR estão, provavelmente, relacionadas com os defeitos imunológicos (Araújo, C. e Coelho, K. 2006)

Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002) recomendam o acetonido de triamcinolona e consideram o elixir de dexametasona útil principalmente quando há a presença de múltiplas úlceras.

Araújo, C. e Coelho, K. (2006) sugerem para tratar as UOR:

- Corticóides tópicos como o acetato de triancinolona a 0,05%, aplicados nos primeiros sintomas, quatro a seis vezes ao dia ou o gel de fluocinonida a 0,05%, propionato de clobetasol a 0,05% ou halbetasol por ter uma ação mais segura. O elixir de dexametasona a 0,01% é uma outra alternativa utilizada através de bochechos no caso de UOR menor;

- Antissépticos locais como a clorhexidina a 0,2% para bochechos ou gel a 1% vantajoso para reduzir os episódios e as recorrências;

- Analgésicos tópicos como o ocloridrato de benzidamina ou gel de lidocaína que aplicados no local da lesão aliviam momentaneamente a dor. É utilizado principalmente antes das refeições para diminuir a dor;

- Antibióticos locais como a tetraciclina em solução aquosa que acelera a cicatrização e diminui as recorrências.

ii. Tratamento sistémico

Para Araújo, C. e Coelho, K. (2006), o tratamento sistémico é indicado para casos de úlceras major e hipertiformes, principalmente quando ocorre a coalescência das úlceras. Nestes casos, podem usar-se os seguintes corticoides:

- a Prednisolona que pode ser utilizada por um período de 4 a 5 dias, numa dose máxima de 60-80mg/dia. Deve-se diminuir gradualmente a dose a fim de evitar efeitos colaterais, nomeadamente euforia, fraqueza muscular, desconforto gástrico entre outros;

- a Talidomida – 100 mg/dia recomendada é considerado o medicamento mais efetivo no tratamento das UOR. É um anti-inflamatório, age também como supressor da resposta imunológica e não deve ser ministrado a grávidas pelo seu efeito teratogénico.

Ainda segundo Araújo, C. e Coelho, K. (2006), a aplicação intravenosa de doses de 1 a

2g de vitamina C, de 24 em 24 horas, durante 15 dias, tem sido um excelente auxiliar no tratamento das UOR por reduzir principalmente as recorrências.

A Pentoxifilina 400 mg reduz significativamente o número de úlceras durante um período que pode chegar até 9 meses. Não tem efeitos colaterais sendo um agente terapêutico promissor. (Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. 2002).

Contudo, para Ormeño, C. *et alli* (2008), a Pentoxifilina pode ter efeitos benéficos, mas são muito limitados.

4. Tratamento com produtos naturais

Não é difícil encontrar inúmeras receitas caseiras para tratar as UOR. Contudo, deve-se ter muito cuidado com o que se aplica na lesão ulcerativa para não aumentar a inflamação e piorar o quadro clínico. Deve-se evitar, por exemplo, o contacto direto com substâncias abrasivas puras, como álcool ou bicarbonato em pó. Isto pode irritar a lesão e piorar o quadro clínico.

Segundo Castro, J. e Costa G. (2013) os produtos naturais são cada vez mais usados no tratamento tópico das úlceras orais. Os extratos aquosos da casca do mangue vermelho (*Rizophora mangle*) também conhecido como sapateiro e do extrato de alcaçuz (planta da família das leguminosas), além da própolis, mostram-se eficazes na redução dos sinais e sintomas de UOR.

Relativamente aos produtos naturais que se podem usar para tratar as UOR, pode-se utilizar o propólis de abelha. Este produto natural ajuda a firmar os nutrientes e a humidade de forma que os tecidos afetados possam reconstituir-se rapidamente.

O própolis é constituído por várias substâncias resinosas, gomas e balsâmicas, de consistência viscosa, recolhido pelas abelhas dos rebentos das plantas, das cascas das árvores ou de outros vegetais. As abelhas modificam a sua composição por meio da adição de secreções, resultando em um aroma característico, dependendo da origem das plantas, com cor variável amarelada esverdeada ou parda escuro.

Pensin, N, *et alli* (2009), realizaram um estudo com alunos da Universidade de Paraná que tinham um histórico de UOR, com uma frequência mínima de quatro recorrências por ano e já tinham sido submetidos a diferentes tipos de tratamento, mas sem resultados satisfatórios. Durante três meses os pacientes usaram uma pomada de própolis de orabase a 5%, elaborada a partir de extrato de própolis.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, a pomada de própolis acelerou o processo de cicatrização das UOR, também se observou uma significativa diminuição da dor e aumentou o tempo entre as recorrências das úlceras. Contudo, novos estudos devem ser realizados para corroborar estes resultados.

Fernandes, F., Oppi, E. e Wehba, C. (2008) avaliaram 32 pacientes, de ambos os sexos, com mais de dez anos de idade, portadores de UOR e que tinham aplicado uma pomada à base de extrato fluído de camomila.

Verificaram que este produto com uma ação anti-inflamatória e antibacteriana detém propriedades que auxiliam no processo de cicatrização das lesões da mucosa oral, nomeadamente das UOR.

A aplicação deste produto demonstrou excelente eficácia na diminuição de dor logo no início do tratamento. De salientar que as UOR no início da aplicação do extrato de camomila encontravam-se na fase mais aguda da sua evolução e que, após uma semana da sua aplicação tópica, 88% dos pacientes apresentaram alívio praticamente total da dor.

Segundo Fernandes, F., Oppi, E. e Wehba, C. (2008), há algumas substâncias naturais que podem apresentar-se como boas alternativas por aliviarem a dor e entre elas a camomila que apresenta reconhecida atividade analgésica e anti-inflamatória. A grande vantagem dos extratos de camomila é a de ser um produto natural, sem contraindicações. Relativamente à textura, paladar e facilidade de aplicação este produto demonstrou vantagens em relação aos demais com as mesmas indicações. Por conseguinte, a administração do produto à base de extrato de camomila mostrou-se muito útil nos casos das UOR, uma vez que apresentou um excelente efeito analgésico,

um gosto agradável e com fácil aplicação.

5. Alimentação correta e higiene oral

A dor provocada pelas UOR pode ser agravada com uma alimentação inadequada e pelo aumento da acidez gástrica devido a alimentos ácidos ou condimentados, por isso, deve-se evitar alimentos e bebidas que exacerbam a dor, tais como alimentos ácidos e duros, crustáceos, comidas salgadas e condimentadas, líquidos de frutas cítricas e bebidas alcoólicas. Além disso, os pacientes devem ser encorajados para a manutenção de uma boa higiene diária. (Pereira, K. *et alii* 2006)

Para Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002), alguns pacientes relacionam o aparecimento de úlceras orais com a ingestão de certo tipo de alimentos e identificaram em pequenos grupos de pacientes alguns alimentos como responsáveis pelo aparecimento das UOR, nomeadamente o glúten, ácido benzoico, ácido sórbico, cinamaldeído e corantes azo.

De sublinhar que as lesões são muito dolorosas durante os primeiros três a quatro dias e, por isso, os alimentos quentes ou condimentados devem ser evitados, pois provocam desconforto e dor.

De salientar que há alimentos como as especiarias fortes, frutos cítricos, nozes, café, tomates, ananás, cereja, chocolate e alimentos muito quentes que podem agravar ainda mais as úlceras.

6. Evitar o stress e a ansiedade

Uma das formas preconizadas de reduzir a recorrência das UOR pode ser reduzir os níveis de stress.

Guimarães, G. *et alii* (2005) observaram na prática clínica diária a relação entre UOR e stress. No entanto, consideram ser muito difícil mensurar os níveis de stress e correlacioná-los com o quadro das lesões orais. Segundo Guimarães, G. *et alii* (2005),

Axell e Henricsson verificaram o aumento da recorrência de úlceras orais em estudantes quando estes se encontravam em período avaliativo e também verificaram a sua diminuição durante o período de férias e concluíram que a preocupação e o stress provocam o aumento de UOR.

VII. Principais Doenças que Cursam com as Úlceras Orais Recorrentes

Normalmente as úlceras orais causadas por doenças sistêmicas são múltiplas e recorrentes. Costumam ter algumas características semelhantes às UOR comuns, mas são acompanhadas por outros sintomas.

Segundo Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002), as principais doenças associadas às UOR são a úlcera aguda da vulva, Doença de Behçet, Síndrome MAGIC (úlceras orais e genitais com inflamação de cartilagem), síndrome FAPA (febre, aftose, faringite e adenite), síndrome Sweet, neutropenia cíclica, ulceração aftosa-like da SIDA, deficiências hemáticas, enteropatia glúten-sensível (doença celíaca), doença inflamatória intestinal e síndrome de Reiter.

VIII. Prevalência das Úlceras Orais Recorrentes na População Portuguesa

Crespo, J. e Patrício, I. (2012) avaliaram um grupo de 600 indivíduos da região do Centro de Portugal que se deslocaram ao Hospital da Universidade de Coimbra e ao Hospital Geral do Centro Hospitalar também de Coimbra na qualidade de acompanhantes de doentes nas consultas e, ainda, na qualidade de visitantes a doentes internados. Nenhum dos inquiridos se deslocou por motivos de saúde pessoal.

Foi elaborado um questionário onde foram identificados os indivíduos com queixas de UOR, distinguindo o sexo, a idade atual e a idade do início da UOR, o local de residência (rural ou citadino), as causas precipitantes (stress, trauma, alimentos, medicamentos, menstruação, febre e cessação tabágica), o tratamento habitualmente efetuado e a sua presença em familiares até ao primeiro grau. Neste estudo, houve o cuidado de acautelar situações que pudessem ser confundidas com UOR (como o herpes simplex) e as queixas relacionadas com patologias que eventualmente pudessem estar relacionadas com o aparecimento de úlceras orais (por exemplo, febre, diminuição de peso, artrite, trombose venosa/arterial, exantema, eritema nodoso, foliculite, lesões oculares inflamatórias, diarreia com sangue, úlceras genitais). Houve, ainda, o cuidado de identificar os antecedentes patológicos relevantes dos 600 indivíduos estudados.

Neste estudo, Crespo, J. e Patrício, I. (2012) chegaram às seguintes conclusões:

- Das 600 pessoas inquiridas, 114 apresentavam UOR (19,4%);
- Esta patologia ocorre mais nas mulheres (22,7% de mulheres afetadas e 14,0% de homens);
- O local de residência não revela discrepância entre quem vive no campo (19%) e quem vive na cidade (19,2%);
- 39,5% dos afetados eram crianças com idade inferior a 13 anos, seguindo-se com 34,2% os adultos (com idade superior a 20 anos) e, finalmente, com 26,3% os jovens

com idade entre os 13 e os 19 anos;

- 74,6% de indivíduos com UOR identificaram os alimentos como os principais fatores que estavam na origem das suas UOR, nomeadamente o chocolate, o queijo, o ananás, os citrinos, as nozes e os frutos secos;

- No que concerne ao tratamento das UOR, 61,4% dos inquiridos não realizou qualquer tratamento. Dos tratamentos que realizaram, foram indicados os seguintes medicamentos: a colchicina, a hexetidina, a triamcinolona e a benzidamina. Outros afirmaram que utilizavam produtos naturais e tradicionais, nomeadamente mel, açúcar, água com sal, cerveja e até chocolate;

- De salientar que dos 114 indivíduos afetados, 54,6% afirmaram ter familiares até 1.º grau com UOR;

- Nos indivíduos com UOR, foi realizado um despiste de sintomas e sinais de outras doenças muito semelhantes às UOR. Desta análise, verificou-se que o herpes simplex está concomitantemente presente em 39,5% dos portadores das UOR.

Segundo Crespo, J. e Patrício, I. (2012), para além de haver alguma dificuldade e imprecisão em lidar com o conceito de “afta oral”, os inquiridos revelam pouco rigor na quantificação do número de lesões por ano e, ainda, na idade em que se iniciou a afeção.

De realçar, ainda, que segundo Crespo, J. e Patrício, I. (2012), em Portugal este estudo constitui-se como um trabalho original, não havendo ainda qualquer publicação de um estudo semelhante.

Principais conclusões a que chegaram neste estudo Crespo, J. e Patrício, I. (2012):

- A prevalência situa-se nos 20% que alguns artigos de revisão estimam para a população geral;

- As UOR têm uma maior prevalência nas mulheres, o que está de acordo com a literatura internacional;
- A idade de instalação das UOR encontra-se uma maior prevalência nas idades inferiores aos 20 anos;
- Não foi encontrada nenhuma relação entre o local de residência (campo ou cidade);
- 74,6% dos inquiridos relacionam o aparecimento das UOR com determinados alimentos, nomeadamente chocolate, frutos secos citrinos e queijo;
- 37,7% dos inquiridos confirmam o trauma como fator desencadeante das UOR;
- 28,9% confirmam o stress e a ansiedade como fator desencadeante das UOR;
- 6,1% confirmam que medicamentos como os beta-bloqueantes, anti-inflamatórios não esteroides, captopril, sais de ouro, fenobarbital são apontados como causadores de UOR;
- Os fumadores sofrem menos de UOR. Alguns fumadores apresentam o primeiro episódio de ulceração oral depois de deixar definitivamente de fumar. Não há uma correlação entre as UOR e o consumo de tabaco;
- Os tratamentos para as UOR, apesar de não terem capacidade de cura, visam o alívio dos sintomas através da redução da duração das lesões e da diminuição da recidiva. Os medicamentos identificados contemplam os desinfetantes, anti-inflamatórios e analgésicos de ação tópica recomendados pelas farmácias;
- Este estudo confirma os resultados da literatura, pois quase metade (45,6%) dos portadores das UOR apresenta história familiar de idêntica condição;
- Em qualquer doente com UOR deve proceder-se ao diagnóstico diferencial e não deve

ser considerado um doente com “apenas uma afta”;

- A presença de úlceras orais nem sempre corresponde ao diagnóstico de UOR. Por vezes, surgem como efeito secundário à toma de determinados medicamentos e podem cursar noutras doenças sistémicas e mais graves.

Este estudo confirma: a prevalência das UOR nos 20% na população geral, a maior prevalência nas mulheres, o seu surgimento antes dos 20 anos, a alimentação, o trauma, o stress, a ansiedade, alguns medicamentos e antecedentes familiares como fatores que podem estar na origem das UOR.

IX. Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos

Os conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e das coletividades são o resultado da construção humana e tudo o que a humanidade produz ou produziu em termos materiais, artísticos, filosóficos, científicos e literários designamos, normalmente, por cultura. Neste sentido, a cultura é uma construção social, feita pelo homem e que se foi fazendo em variadas épocas, espaços e contextos diversos.

Como todas as culturas têm um sistema de valores que condicionam os indivíduos norteando a conduta em sociedade, cada ser humano age seguindo os valores humanos e humanizadores em que a igualdade, a justiça, a dignidade da pessoa, a democracia, a solidariedade, o desenvolvimento integral de cada um é respeitado e garantido de forma plena e eficaz, o que permite formação de uma sociedade mais equilibrada, justa e com cada vez maior qualidade de vida.

1. Conceito de qualidade de vida

O termo qualidade de vida é um conceito relativamente recente. Só passou a ser usado a partir da década de cinquenta, logo a seguir à segunda guerra mundial. Sobre este conceito, que surgiu associado primariamente à economia dos países desenvolvidos, deparamo-nos com muitas definições, muitas formas de o operacionalizar e de o medir.

Para Minayo, M. (2000), a qualidade de vida abrange muitos significados sendo por isso uma noção polissémica que reflete conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes. Minayo, M. (2000) considera que o conceito de qualidade de vida é portanto uma construção social e com a marca da relatividade cultural.

Na perspetiva do professor Abreu, W., *et alii* (2009), coordenador da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, o conceito de qualidade de vida é muito amplo e pode ser definido de diversas formas. Este conceito envolve na sua definição a dimensão objetiva e subjetiva, podendo ambas ser percebidas pela pessoa de forma mais ou menos consciente. As ciências humanas assumem esta

complexidade, colocando em evidência que, sob a perspectiva do sujeito, a percepção da qualidade de vida é condicionada por fatores de natureza biológica, social, psicológica e ambiental.

No que concerne ao conceito de qualidade de vida, por se considerar que a ideia de qualidade de vida está ligada ao bem-estar subjetivo e ao conforto e cada um, há quem considere a qualidade de vida um conceito equívoco, por ser subjetivo e variar de indivíduo para indivíduo.

De facto, há valores relativos como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal que compõem e condicionam este conceito.

Para além da relatividade dos valores que sustentam este conceito e da subjetividade de cada um que lhe está subjacente, há quem defenda que a qualidade de vida por ter um campo semântico polissémico se pode relacionar com modos de vida, com democracia, desenvolvimento, direitos humanos e sociais, desenvolvimento humano e ecologia humana. Neste sentido, o conceito de qualidade de vida antes de ser percecionado como um objetivo individual, passou a ser percebido como um objetivo social relevante, o que se tem vindo a refletir nos estudos epidemiológicos (que descrevem a saúde subjetivamente percebida a nível social de uma dada população), nos ensaios clínicos (que comparam intervenções tendo em conta a qualidade de vida) e estudos da economia da saúde (que avaliam os benefícios do tratamento em termos de qualidade de vida. (Poweer et alli., 1999)

Mas afinal o que se entende por qualidade de vida?

Couvreur, C. (1999) considera que a qualidade de vida está ligada ao nosso humor e à nossa psicologia e que um problema físico, quer se trate de uma doença ou de uma deficiência, pode alterar a qualidade de vida. Couvreur, C. (1999) questiona, ainda, se a qualidade de vida de alguns doentes não poderá ser melhor ou pior do que aqueles que presumem encontrar-se de plena saúde física.

Haverá condições indispensáveis para se atingir uma boa qualidade de vida?

O que poderá influenciar ou condicionar a qualidade de vida de cada um de nós?

Será que os critérios de qualidade de vida serão os mesmos para todas as pessoas?

Será que, por exemplo, um diretor executivo, um sem-abrigo, um doente, um atleta profissional, um operário, por exemplo, terão a mesma conceção de qualidade de vida?

Será que se pode relacionar o grau de satisfação de cada ser humano com a vida familiar, amorosa, social e ambiental com a qualidade de vida?

Será que se pode relacionar qualidade de vida com felicidade?

O Rei Midas supunha que se fosse imensamente rico teria a felicidade assegurada. Assim, fez um pacto com os deuses que consistia em transformar em ouro tudo o que ele tocasse. Com este negócio passou a considerar-se o homem mais rico do mundo e, portanto, o mais feliz. Mas o rei Midas arrependeu-se deste negócio porque os alimentos que comia e o vinho que bebia se transformavam em ouro antes de os engolir e assim morreu, rodeado de pratos e de taças de ouro. (Csikszentmihayi, M. 2002)

De facto, a riqueza poderá ser irrelevante para a felicidade do ser humano.

É comumente aceite que é difícil responder com rigor e objetividade às questões supra referidas porque a qualidade de vida é uma noção polissémica e que varia de indivíduo para indivíduo, de época para época, de cultura para cultura.

Couvreur, C. (1999), no Congresso de Sociologia de Toronto, em 1974, debruçou-se sobre o problema de se definir qualidade de vida, mas não foi possível chegar a um consenso sobre a sua definição porque uns consideravam que a qualidade de vida é a alegria de viver enquanto que outros tinham mais em conta a satisfação nas atividades quotidianas.

Tal como Canavarro, M. e Serra, A. (2010), apesar de não haver uma definição

universalmente aceite sobre o conceito de qualidade de vida, há o consenso de que é um constructo multidimensional importante que procura atender a uma perspetiva holística sobre a natureza biopsicossocial do ser humano.

A qualidade de vida no âmbito da medicina dentro do referencial clínico, designa a ação para, a partir de lesões físicas, se operarem indicações técnicas de melhoria das condições de vida dos pacientes. (Minayo, M. 2000)

Assim, a qualidade de vida procura relacionar o grau de satisfação encontrado pelo ser humano no seu bem-estar físico, na sua vida familiar, amorosa, social e ambiental, incluindo até a própria estética existencial.

2. Conceito de saúde

Sendo a saúde um valor sem preço Barros, P. (2009), disponibilizar o melhor estado de saúde constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, de credo político, de condição económica ou social e é um dos preceitos instituídos na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Da mesma forma, a OMS estabelece que os Governos tenham responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida por estabelecimentos de medidas sanitárias e sociais adequadas. A OMS define o termo saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças.

Neste sentido, a OMS propôs que se encarasse a saúde pela positiva, deixando esta de ser vista como uma simples ausência de doença ou disfunção física para passar a ser entendida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social. (Ferraz, F. e Segre, M.1997). Esta proposta vai ser muito importante para a construção do conceito da qualidade de vida que passa a ser entendido mais pela vertente social do que pela vertente individual.

Será fácil medir e definir com precisão o conceito de saúde?

A saúde, como qualidade de vida ou estado pessoal, tem sido muito valorizada e procurada ao longo da história da humanidade. Por esta razão muitos são aqueles que têm tentado defini-la e medi-la com precisão, envolvendo-se numa tarefa de difícil conclusão. No entanto, pode-se considerar a saúde como bem-estar. O conceito de bem-estar é um conceito subjetivo e pode ser definido por comparação com o mal-estar. Para a definição do conceito de saúde teremos de considerar que este é influenciado pelos nossos padrões e pelos padrões de bem-estar da comunidade onde cada um de nós está inserido. (Carvalho, A. e Carvalho G. 2006)

Para Barros, P. (2009), há várias propostas para uma definição do conceito de saúde, no entanto a mais consensual é a da OMS: *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*

A definição da OMS é bastante mais abrangente porque envolve aspetos socioeconómicos, para além da saúde física e mental. Nesta perspetiva, a saúde não se limita a ser apenas o bem-estar físico e mental, mas incluiu também a componente de bem-estar social.

De salientar que o conceito de saúde e de bem-estar interpessoal e intrapessoal também variam de pessoa para pessoa, assim como varia o conceito de bem-estar na mesma pessoa de acordo com as circunstâncias.

No entanto, deve entender-se a saúde como a procura de bem-estar físico e social porque o homem é um todo e não se pode separar o físico do psíquico, do social e do mental. (Carvalho, A. e Carvalho G. 2006)

Carvalho, A. e Carvalho G. (2006) referem que o paciente ao assumir um papel ativo no seu processo de saúde adota estilos de vida e comportamentos saudáveis e torna-se responsável pela sua saúde.

Assim, quando descobrimos, por exemplo, que pode haver uma correlação entre a alimentação e o aparecimento das UOR teremos necessariamente de fazer opções alimentares corretas para ultrapassarmos este constrangimento. Neste contexto, ter

saúde exige ter conhecimento.

Carvalho, A. e Carvalho G. (2006) salientam que a Educação para a Saúde postula ter conhecimentos. Assim, educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem para que conheçam o porquê das coisas, mostrando-lhes o que elas necessitam aprender e também sensibilizá-las para a importância desses conhecimentos.

Ter saúde postula a mudança de comportamentos, a aprendizagem, a função pedagógica do técnico de saúde e, em particular, do médico dentista que deve “formar/educar o seu paciente”.

3. Qualidade de vida e saúde

Por que razão será tão importante a relação entre qualidade de vida e saúde?

O conceito de qualidade de vida postula que o doente passe a ser considerado numa perspetiva holística. Assim, os profissionais de saúde passaram a ter em conta não só aquilo de que sofre o paciente e de que se queixa, mas passaram igualmente a ponderar em que medida o seu sofrimento se repercute a nível físico, mental e social. Nesta perspetiva, o doente deixou de ser considerado como um simples “armazém de doença” e no seu processo de cura deixou de ser suficiente aspirar apenas à remoção dos sintomas. Passou a ter importância o bem-estar físico, mental e social do paciente. (Canavarro, M. e Serra, A., 2010)

Numa perspetiva holística da saúde, o médico dentista deve ter em conta o bem-estar físico, mental e social do indivíduo que sofre de UOR. Assim, quando um paciente vem a uma consulta, não vem, apenas, porque tem UOR, mas vem porque as úlceras orais alteraram a sua qualidade de vida afetando-a. O paciente pretende que o médico dentista o ajude a repor o equilíbrio inicial, ou seja, a sua qualidade de vida.

Na perspetiva holística, o médico dentista pode influenciar positivamente a qualidade de vida, isto é, pode aliviar a dor e o mal-estar atuando sobre as UOR, minorando as suas consequências, tratando-as.

Assim, o conceito de qualidade de vida relacionado com saúde, para além de pressupor a ausência de doença ou de enfermidade, postula, ainda, o estado de completo bem-estar físico, mental, e social.

De acordo com Couvreur, C. (1999), a OMS considera que a saúde vai além do domínio físico e compreende, também, o domínio psicológico e social.

Por isso, o paciente portador de UOR que procura o médico dentista não pode ser visto apenas como alguém que vem ao consultório na expectativa de encontrar uma cura ou a minimização dos sintomas. Numa perspetiva holística, o paciente deve ser visto como alguém que, para além do seu bem-estar físico, procura o seu bem-estar mental e social.

Numa perspetiva holística de qualidade de vida e saúde não se pode medir a qualidade de vida apenas pela ausência ou não de saúde. Ao considerar-se, também, o bem-estar mental e social o doente este deixou de ser unicamente “um armazém de doença”.

Couvreur, C. (1999) considera que há muitas pessoas com doenças graves, mas que mesmo assim estão felizes por viver e, por isso, têm boa qualidade de vida. Nesta perspetiva, pode-se considerar que quanto maior for a qualidade de vida maior será também a saúde física e mental.

4. Qualidade de vida: aspetos metodológicos

Será que é fácil avaliar medindo com rigor e objetividade a qualidade de vida de cada um?

Não é fácil avaliar com objetividade a qualidade de vida porque esta, normalmente, não faz parte da prática clínica do médico dentista. De fato, os profissionais da saúde não incluem sempre a avaliação da qualidade de vida no atendimento que fazem aos seus pacientes.

A análise da literatura revela que os instrumentos comumente usados para avaliar a qualidade de vida são os questionários aplicados em entrevista e que colocam em

questão a maior ou a menor objetividade ou subjetividade desta avaliação.

Para Seidl, Eliana e Zannon, C. (2004), a partir do início da década de 90 consolidaram-se dois aspetos relevantes do conceito de qualidade de vida: a subjetividade e a multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos não-médicos do seu contexto de vida. Por isso, há autores que defendem que a qualidade de vida pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências que defendem que a avaliação tem ser realizada por um observador que deve ser um profissional de saúde. Neste sentido, têm-se desenvolvido métodos de avaliação e instrumentos que consideram a perspetiva dos pacientes e não a perspetiva dos cientistas e dos profissionais de saúde.

Independentemente de haver autores que enfatizam que a qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa e de haver outros que consideram que a pessoa ao fazer a sua própria avaliação torna a medição muito subjetiva, os instrumentos de recolha de dados visam estabelecer, normalmente, o carácter multidimensional da qualidade de vida e também a sua validade.

X. O Impacto das Úlceras Orais Recorrentes na Qualidade de Vida

Apesar de não se conhecer a etiologia das UOR existe a percepção que causam um grande mal-estar, dor e desconforto a quem delas padece, sobretudo nos atos de mastigação e fonação.

Independentemente da conceção de qualidade de vida que cada um de nós possa ter, considero que as UOR têm impacto negativo na qualidade de vida porque afetam a nossa saúde, o nosso bem-estar e até a nossa autoestima. Entende-se por autoestima o bem-estar físico e psicológico que cada pessoa deve sentir por si própria.

Para Carré, R., e Schmit, R. e Valls-Llobet, C. (1997) afirmam que ter autoestima significa aceitar e amar o nosso corpo, cuidando tanto da nossa saúde física como da nossa saúde mental.

Na realidade, não se pode considerar separadamente o bem-estar do corpo do bem-estar da mental porque ambos constituem um todo.

Assim, ter autoestima pressupõe o bem-estar do corpo e do espírito que são realidades duais distintas, mas em correlação constante uma com a outra. Ambas são interdependentes formando um todo que é cada um de nós. De facto, nós não somos só carne e não somos só mente e é no justo equilíbrio harmonioso de ambas as realidades que nós nos sentimos bem e nos realizamos.

Por isso, para não termos a nossa qualidade de vida afetada, se sofremos de UOR, a primeira coisa que devemos fazer é controlar as dores e os sintomas que possam perturbar o nosso dia a dia. Ao fazê-lo estamos a garantir a nossa dignidade humana, a nossa saúde e a nossa qualidade de vida.

De facto, todo o paciente que sofre com as úlceras orais, a primeira coisa que pretende é controlar os seus sintomas, nomeadamente as dores e todo o mal-estar para que estas não possam condicionar a sua alimentação, a sua vida familiar, o seu relacionamento

interpessoal e até o seu relacionamento amoroso.

A nossa vida social faz-se em interação constante com os outros, mas se não tivermos bem-estar físico a nossa empatia, a cordialidade e a boa disposição, nomeadamente no trabalho e em casa serão, necessariamente, afetados porque o mal-estar afeta o nosso humor e também a nossa vida social.

Considerando que o bem-estar subjetivo, físico e psicológico está intimamente ligado à felicidade, as UOR não afetarão também a nossa felicidade?

Sendo a felicidade um conjunto de emoções agradáveis, nomeadamente de alegria e de prazer, as UOR não condicionam a felicidade?

Será que podemos considerar que as UOR podem afetar a nossa felicidade porque nos ocasionam mal-estar e dor, o que se opõe à alegria e ao prazer?

Segundo Canavarro, M. e Serra, A. (2010), o conceito de bem-estar subjetivo tem suscitado amplo interesse na literatura. Como não é acessível a critérios de avaliação externos, este conceito assenta na opinião do indivíduo sobre o modo como se sente. Tratando-se portanto de um autorregisto, torna-se inevitável a dúvida sobre a sua validade, uma vez que os autorregistos são potencialmente voláteis porque dependem das circunstâncias e revestem-se de um carácter transitório e subjetivo. Contudo, não é possível compreendermos a felicidade e o bem-estar das pessoas sem ouvirmos as suas opiniões.

Para Canavarro, M. e Serra, A. (2010), a felicidade aparece associada à satisfação de cada um. Afirmam, ainda, que as pessoas felizes têm sistemas imunitários mais eficientes, são mais sociais, altruístas, ativas e gostam mais de si próprias e dos outros.

De facto, a felicidade é um sentimento muito importante para o relacionamento interpessoal (em casa, em família, no trabalho), torna as pessoas muito mais altruístas e ativas e, ainda, potencia o amor-próprio e o amor aos outros.

Mas quais serão os principais determinantes da felicidade e do bem-estar subjetivo?

Para Canavarro, M. e Serra, A. (2010), os índices de felicidade dependem em média de um *set point* biológico (50%), das circunstâncias ou situações de vida (10%) e das atividades ou estratégias intencionais do indivíduo (40%).

Ainda de acordo com Canavarro, M. e Serra, A. (2010), a felicidade apenas depende 10% da variação dos nossos contextos de vida. Assim, nesta perspetiva estar doente ou saudável, ser rico ou pobre, ser bonito ou feio não são os principais fatores que condicionam a felicidade de cada um.

Qualidade de vida não é sinónimo de felicidade. A felicidade parece «obrigar» as pessoas a uma corrida incessante em direção a um horizonte que se dissolve, invariavelmente, à medida que fica mais próximo. (Canavarro, M. e Serra, A., 2010).

Seguindo a perspetiva de Canavarro, M. e Serra, A. (2010) as condições de vida não são determinantes para a felicidade ou para o bem-estar subjetivo. A qualidade de vida não é sinónimo de felicidade porque a felicidade de uma pessoa está dentro de si própria e depende muito da sua personalidade.

Segundo Csikszentmihalyi, M. (2002) a saúde, o estatuto e o poder tornam-se símbolos demasiado poderosos de felicidade. Assim, quando se vê gente rica, famosa ou bonita tende-se a considerar que têm vidas fantásticas e pensa-se que se conseguíssemos alguns desses símbolos seríamos muito mais felizes.

De facto, os bens materiais podem não trazer a felicidade, apesar de nos empenharmos numa luta infundável para os obter, na esperança de uma vida melhor.

Será que ao considerar-se a saúde como um símbolo de felicidade não poderemos considerar as UOR como condicionadoras da felicidade de um indivíduo e, por consequência, como tendo um impacto muito negativo na nossa qualidade de vida?

Se considerarmos que o sofrimento crónico, causado por uma intensa dor ou mal-estar, altera o convívio familiar e social e pode favorecer a instalação da ansiedade e do desespero, agravando o estado psicológico, então nesta perspetiva, considero que as UOR condicionam e muito a nossa qualidade de vida.

Conclusão

Nesta revisão bibliográfica não se encontraram estudos que nos permitissem relacionar as UOR com o número de consultas médicas, o que não permite fazer juízos objetivos sobre os possíveis custos envolvidos no seu tratamento. Também não se encontraram estudos que permitissem relacionar as UOR com o possível absentismo do paciente ao trabalho bem como o impacto das UOR no rendimento do trabalho. Por isso, faz sentido realizar estes estudos nestas áreas, mas estes só serão possíveis em articulação com os médicos dentistas.

Relativamente às possíveis alterações comportamentais dos hábitos alimentares dos pacientes que são afetados por UOR, não se obteve resposta o que não possibilita relacioná-las objetivamente com a alimentação. Contudo, alguns alimentos podem agravá-las, o que se recomenda evitar na dieta alimentar, por exemplo, alimentos condimentados.

Se a dor e o mal estar provocados pelas UOR obsta à deglutição, estas devem ser tratadas para evitar uma possível perda de peso, que em última instância pode levar a uma anemia.

As inúmeras investigações clínicas, imunológicas, hematológicas e microbiológicas permitiram verificar que ainda não há respostas objetivas para a etiologia das UOR, o que não permite um diagnóstico e uma cura eficaz.

Não podemos afirmar que exista um agente etiológico (causador) específico porque são vários os fatores que podem precipitar as UOR. Por isso, a etiologia das UOR é multifatorial abrangendo causas locais e sistémicas, postulando uma investigação criteriosa que envolve, muitas vezes, várias especialidades médicas.

As UOR, principalmente as de carácter doloroso e agudo, são uma patologia em que a prevenção primária é impossível de se conseguir realizar, o que obriga muitos pacientes a viver permanentemente com este desconforto e mal-estar.

Contudo, apesar das UOR não serem uma doença infecciosa, estas continuam a ser um dilema para o médico dentista, no que concerne às suas causas, prevenção e ao seu tratamento.

Os tratamentos das UOR visam o alívio sintomático e muitos deles ao serem aplicados, por exemplo, antes das refeições ajudam o paciente a comer. Também visam aumentar o tempo entre episódios e a redução de cada um destes episódios. Os principais tratamentos podem ser aplicados de forma tópica ou sistémica. Contudo, os tratamentos não podem ser específicos. No entanto, recomendam-se os tratamentos de forma tópica, que para além de ser mais eficientes e seguros para o paciente, têm reduzidos efeitos colaterais.

Os tratamentos devem ter como principais objetivos promover a regressão da lesão, diminuir a dor ou o seu alívio e auxiliar a ingestão de alimentos e líquidos. No entanto, não evitam a recorrência de novos surtos de UOR.

As medicações de uso sistémico, como os imunossuppressores, são mais efetivas na redução dos sintomas, mas possuem efeitos colaterais exigindo o acompanhamento do médico dentista. Para os indivíduos com quadros clínicos mais leves, o melhor tratamento é a aplicação tópica de antissépticos, antiinflamatórios, anestésicos ou protetores da mucosa, naturais ou sintéticos. No entanto, aconselha-se a ida à consulta do médico dentista para um adequado diagnóstico e orientação terapêutica.

De todos os tratamentos para as UOR, o uso do laser de baixa intensidade parece ser o mais indicado porque não tem efeitos colaterais, alivia a dor e pode reduzir o período de cicatrização. No entanto, apresenta como principal desvantagem o seu custo que, certamente, não está ao alcance de muitos pacientes que, muitas vezes, negligenciam a ida à consulta do médico dentista.

Entretanto, aconselha-se que o paciente esteja atento à duração das lesões, principalmente quando estas não são acompanhadas por dor. Quando forem excepcionalmente grandes e apresentarem sinais de infeção ou sempre que surjam úlceras novas logo após a cicatrização das primeiras ou quando demoram mais do que duas

semanas para cicatrizarem ou, ainda, se houver outros sintomas sistêmicos, aconselha-se, de imediato, a consulta do médico dentista para diagnosticar e avaliar a situação.

Diretamente ligada à saúde geral, as UOR têm influência predominante na qualidade de vida das pessoas porque afetam um elevado número de pacientes influenciando o seu bem-estar. Como estas são causadoras de mal estar, desconforto e dor física têm um impacto negativo na qualidade de vida de quem as sofre.

A avaliação da qualidade de vida em pacientes que sofrem de UOR é um trabalho científico que necessita de ser realizado para, entre outros aspetos, conhecer o impacto desta doença e do seu tratamento em diversas áreas de vida do doente, poder avaliar a eficácia dos tratamentos, conhecer a evolução e adaptação do doente às UOR, melhorar o conhecimento acerca dos efeitos secundários dos tratamentos.

As UOR ocasionam sofrimento e dor opondo-se à alegria e à satisfação, o que prejudica a nossa qualidade de vida. As suas repercussões no nosso quotidiano são especialmente importantes porque limitam, nomeadamente a capacidade mastigatória/deglutinadora e podem condicionar as escolhas alimentares.

De facto, a centralidade da qualidade de vida assenta na capacidade de se viver sem doença, com bem estar, alegria e auto estima.

Entretanto, quem vive com UOR vive com uma doença de origem desconhecida e que afeta a sua qualidade de vida.

Bibliografia

- Abranches, D. *et alii* (2010). Ulceração aftosa recorrente no Ambulatório de Estomatologia da UNIFESP. *Revista Brasileira de Medicina*, 67(1), janeiro, pp. 125-131.
- Abreu, W., *et alii* (2009). Saúde e Qualidade de Vida em análise. *IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida: Livro de Atas*. Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Albuquerque, C. e Matos, A. (2006). Estilo de Vida, Percepção e Estado de Saúde em Estudantes do Instituto Politécnico de Viseu: Influência da Área de Formação. *Revista Educação, Ciências e Tecnologia*, pp. 184-200.
- Albuquerque, P. *et alii* (2002). Doença de Behçet na Infância. *Jornal de Pediatria*, 78(2), março/abril, pp. 128-132.
- Alves, J., Lúcio, L. e Martinez, K. (2007). Imunoglobulina - A secretora, proteínas totais e fluxo de saliva nas ulcerações aftosas recorrentes. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia*, 73(3), maio/junho, pp. 323-328.
- Alves, P., *et alii* (2008). Fatores de risco da ulceração aftosa recorrente – uma revisão dos achados atuais. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 7(1), pp. 76-84.
- Araújo, C. e Coelho, K. (2006). Tratamento de Ulcerações Aftosas Recorrentes: Uma Revisão Bibliográfica. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 11(3), setembro/dezembro, pp. 39-45.
- Azul, A. *et alii* (1992). *Atlas da Patologia da Mucosa Oral*. Porto, Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.
- Babae, N. *et alii* (2012). Evaluation of the therapeutic effects of Aloe vera gel on minor recurrent aphthous stomatitis. *Dental Research Journal*, 9(4), julho/agosto, pp. 381–385.

- Barrons, R. (2001). Treatment strategies for recurrent oral aphthous ulcers. *Clinical Review*, 58(1), janeiro, pp. 41-50.
- Barros, P. (2003). Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, pp. 7-17.
- Barros, P. (2009). *Economia da Saúde - Conceitos e comportamentos*. Coimbra, Editora Almedina.
- Bathi, R., Chaudhari, S. e Patil, P. (2013). Prevalence of oral mucosal lesions in dental patients with tobacco smoking, chewing, and mixed habits: A cross-sectional study in South India. *Journal of Family Community Medicine*, 20(2), May-Aug, pp. 130–135.
- Berkow, R. *et alii* (2006). *Enciclopédia médica: doenças da boca e dos dentes e perturbações gastrointestinais*. Matosinhos, Quidnovi.
- Bianca, M., Filho, I. e Rita C. (1999). Lesões Aftosas em Associação com Neutropenia Cíclica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 65(5), setembro-outubro, pp.431-434.
- Bica, I. *et alii* (2011). Percepção e Satisfação Corporal em Adolescentes e a Relação com a sua Saúde Oral. *Millenium*, 40, pp. 115-131.
- Bouferrache, K. *et alii* (2010). Aphtes récidivants: comment faire face? *Revue Médicale Suisse*, octobre, pp. 1871-1877.
- Bruce, A., *et alii* (2011). Urban Legends Series: Recurrent Aphthous Stomatitis. *Oral Diseases*, 17(8), novembre, pp. 755–770.
- Canavarro, M. e Serra, A. (2010). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. pp. 3-121.
- Carvalho, A. e Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures, Editora Lusociência.
- Cassol, C., *et alii* (2007). Perfil clínico dos membros da Associação dos Celíacos do

Brasil – Regional de Santa Catarina (ACELBRA-SC). *Arq. Gastroenterol*, 44(3), julho/setembro, pp. 257-265.

Castro, J. e Costa G. (2013). Etiologia e tratamento da estomatite aftosa recorrente – revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP*, 46(1), janeiro/março, pp. 1-7.

Catão, M. (2004). Os benefícios do laser de baixa intensidade na clínica odontológica na estomatologia – Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Patologia Oral*, 3(4), p. 214-218.

Chen, Ruiyang *et alii* (2009). A clinical evaluation of amlexanox oral adhesive pellicles in the treatment of recurrent aphthous stomatitis and comparison with amlexanox oral tablets: a randomized, placebo controlled, blinded, multicenter clinical trial. *Bio Med Central*, pp. 10-30.

Consolaro, A. e Consolaro, M. (2009). Aftas após instalação de aparelhos ortodônticos: porque isso ocorre e protocolo de orientações e condutas. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 14(1), janeiro/fevereiro, pp. 18-24.

Corrêa, M., Lerco, M. e Henry, M. (2008). Estudo de alterações na cavidade oral em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico. *Arquivos de Gastroenterologia*, 45(2), abril-junho, pp.132-136.

Couvreur, C. (1999). *A qualidade de vida: Arte para viver no século XXI*. Loures, Lusociência.

Crespo, J. e Patrício, I. (2012). Prevalência da aftose oral recidivante na população geral portuguesa. Medicina do Centro Hospitalar de Coimbra e Serviço de Medicina Interna do Hospital da Universidade de Coimbra, EPE. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 19(3), julho/setembro, pp. 121-129.

Cruz, M. *et alii* (2008). Condições bucais relacionadas com o estresse: uma revisão dos achados atuais. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 49(1), janeiro/abril, pp. 8-11.

- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Fluir: a psicologia da experiência ótima: medidas para melhorar a qualidade de vida*. Lisboa, Relógio d'Água Editores.
- Curvelo, R. *et alii* (2008). Úlceras aftosas recorrentes e sua possível associação ao estresse. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 7(1), janeiro/abril, p. 67-75.
- EPPE, P. Mouton, G. (2005). Aphthes et aptose chronique. *Le Monde Dentaire*, 131, pp. 10-11.
- Fávaro, D. e Martins, G. (2005). Ulceração Aftosa Recorrente em Crianças: Revisão - II. Diagnóstico diferencial, fatores sistêmicos e tratamento. *Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica*, 1(3), pp. 43-45.
- Fernandes, F., Oppi, E. e Wehba, C. (2008). Aplicação de pomada a base de extrato de camomila como coadjuvante na redução de sintomatologia dolorosa das lesões ulceradas de mucosa oral. *Revista Brasileira de Medicina*, 65(5), junho, pp. 129 à 132.
- Ferraz, F. e Segre, M. (1997). O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), outubro, p. 538-42.
- Fraiha, M., Bittencourt, G. e Celestino, R. (2002). Estomatite aftosa recorrente: revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(4), julho/agosto, pp. 571-578.
- Freitas, A. *et alii* (2006). Ulceração aftosa recorrente: revisão dos conceitos atuais / Recurrent aphthous ulceration: a review of the present aspects. *Revista de Odontologia da UNESP*, 35(1), janeiro/março, pp. 61-67.
- Galinha, I. e Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), novembro, pp. 203-214.
- Giacomini, A., *et alii* (2010). Perfil hematológico e níveis de vitamina B12, ferro e ácido fólico de pacientes com ulceração aftosa recorrente. *Rev@odonto*, RFO, 15(1), abril, pp. 7-10.
- Gomes, A. *et alii* (2013). Estomatite aftosa recorrente – a propósito de um caso

clínico. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 54(1), pp.55-56.

Guimarães, G. *et alii* (2005). Ulcerações aftosas recorrentes (UARs): revisão de literatura. *ConScientiae Saúde*, 4, p. 87-95.

Knolle, G., StraBurg, M. (1979). *Atlas de Enfermedades da Mucosa Oral*. Berlin, Buch-und zeitschriften – Verlag “Die Quintessenz”.

Langlais, R. e Miller, G. (2002). *Atlas Colorido de Doenças Comuns da Boca*. Rio de Janeiro, Editora Guarabara Koogan S.A.

Laskaris, G (2005). *Atlas de Enfermedades Orales*. Barcelona, Masson S.A.

Lee, E., Kim, B. e Rhee, S. (2005). Comparison of Behçet's Disease and Recurrent Aphthous Ulcer According to Characteristics of Gastrointestinal Symptoms. *Journal of Korean Medical Science*, 20(6), december, pp. 971-976.

Magesh, K., *et alii* (2011). Recurrent aphthous stomatitis. *Journal Oral Maxillofacial Pathology*, 15(3), Sep-Dec, pp. 252–256.

Mernissi, F. *et alii* (2012). Aphotose buccale récidivante, et si c’était une maladie coeliaque. *Pan African Medical Journal*, juil, pp. 1-6.

Miziara, I. (2009). O tratamento da estomatite aftóide recorrente ainda intriga. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(2), p. 96.

Miziara, I., Filho, B. e Weber, R. (2005) Aids e estomatite aftóide recidivante. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(4), julho/agosto pp. 517-520.

Miziara, I., Wilhelmsen, N. e Weber, R. (2008). O papel da imunofluorescência direta na fisiopatologia e no diagnóstico diferencial da estomatite aftóide recorrente. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 74(3), maio/junho, pp. 331-336.

Murray, J., Nunn, J. e Steele, J. (2005). *Doenças Orais – Medidas Preventivas*. Rio de Janeiro, Editora Guarabara Koogan S.A.

- Navarro, L. *et alii* (2004). *Atlas de Patología Dental*. Valencia, Universidad Cardenal Herrera.
- Neves, F., Moraes, J. e Gonçalves, C. (2006). Síndrome de Behçet: à Procura de Evidências. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(1), junho, pp. 21-29.
- Ormeño, C. *et alii* (2008). Revisión bibliográfica de las publicaciones más relevantes aparecidas en la literatura en los 12 últimos meses sobre la estomatitis aftosa recidivante. *Facultad de Ciencias de la Salud*, pp. 1-5.
- Pensin, N. *et alii* (2009). Efeito de pomada de própolis em orabase para tratamento de ulcerações aftosas recorrentes – um estudo piloto. *Arquivo de Ciências Saúde*, 13(3), setembro/dezembro, pp. 199-204.
- Pereira, F. (2012). Diagnóstico. *Nascer e Crescer - Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 21(3), setembro, pp. 182-183.
- Pereira, K. *et alii* (2006). Ulceração aftosa recorrente: revisão dos conceitos atuais. *Biblioteca Virtual em Saúde*, 35(1), pp. 61-67.
- Porter, S. e Scully C. (2007). Aphthous ulcers (recurrent). *Clinical Evidence*, 1, junho.
- Porter, S. e Scully, C. (2003). *Orofacial Disease*. Londres, Churchill Livingstone.
- Rénald P. (2004). Ulcérations chroniques de la cavité buccale. *Le Médecin du Québec*, 39(7), Juillet, pp. 59-67
- Safadi, R. (2009). Prevalence of recurrent aphthous ulceration in Jordanian dental patients. *BMC Oral Health*, November, pp. 9-31.
- Sciubba, R. (2000). *Patología Bucal – Correlaciones Clinicopatológicas*. Guathéme – México, Mcgraww-Hill Interamericana Editores, SA.
- Seidl, Eliana e Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), março/abril, pp.580-588.
- Wilhelmsen, N. *et alii* (2009). Estudo da associação entre antígenos de

histocompatibilidade e estomatite aftóide recorrente em população brasileira.

Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 75(3), maio/junho, pp. 426-431.