



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**AVALIAÇÃO DA XEROSTOMIA E DA QUALIDADE DE VIDA EM
IDOSOS RESIDENTES EM LARES DE TERCEIRA-IDADE**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Beatriz Carvalho Antunes

Viseu, 2024



CATOLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

**AVALIAÇÃO DA XEROSTOMIA E DA QUALIDADE DE VIDA EM
IDOSOS RESIDENTES EM LARES DE TERCEIRA-IDADE**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Beatriz Carvalho Antunes

Orientador: Professor Doutor Nélio Veiga

Coorientadores: Professora Doutora Patrícia Correia & Professora
Doutora Patrícia Couto

Viseu, 2024

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Professor Doutor Nuno Rosa

Professor Associado na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu, nas áreas de: Bioquímica, Fisiologia, Biomarcadores e Mecanismos Moleculares e Biologia Computacional. Coordenador do Mestrado em Biomedicina Aplicada e Presidente do Conselho Pedagógico.

Arguente: Professora Doutora Anna Moura

Professora Associada da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu. Membro do Center for Interdisciplinary Research in Health (CIIS) da Universidade Católica Portuguesa-Plataforma SALIVATEC. Diretora da Clínica Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa.

Orientador: Professor Doutor Nélio Veiga

Professora Associada da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu. Membro do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Viseu, Portugal.

Data das provas públicas: 22 / 07 / 2024

Classificação: 18,0

Validação e confirmação pelos serviços escolares:

***“Eles não sabem nem sonham
Que o sonho comanda a vida”***

Manuel Freire, Pedra Filosofa

Dedicatória

Dedico esta tese
à minha avó Alice e ao meu padrinho Albino,
que são (a minha) luz.

Agradecimentos

Aos meus pais, Anabela e Alfredo, que me permitiram viver e concretizar este sonho. Que acreditaram em mim desde o primeiro dia. Que me deixaram voar mesmo sabendo que eram e serão sempre o meu porto de abrigo. A vós devo tudo e serei eternamente grata.

À minha irmã Carolina, que é a minha alma gémea, que sempre me ensinou o caminho do bem e da ambição desmedida, que nunca me deixou esquecer de que sou capaz de realizar tudo aquilo com que me comprometer.

Aos meus sobrinhos, Mateus e Alice, que são o meu grande amor, que me inspiram diariamente a ser melhor e de quem quero ser exemplo hoje e sempre.

Ao meu cunhado Diogo, que sempre me inspirou a ser melhor e que me deu sempre o seu apoio.

Ao meu namorado João, o amor da minha vida. Cujo amor, paciência, cumplicidade e partilha foram fulcrais para que chegasse até aqui. Que Deus nos permita viver esta e todas as próximas conquistas de mão dada um com o outro.

Ao meu grupo de amigos “bubas ocasionais”, que tornaram estes 5 anos os mais especiais da minha vida. Que me inspiram diariamente, que são sinónimo de amizade e amor. A vocês, que vos associo a sorrisos, lágrimas e a abraço sentido. Sem vocês nada seria igual.

Aos pais e irmã do João, que sempre me apoiaram.

Aos meus vizinhos e amigos, que sempre tiveram uma palavra de conforto.

Ao Dr. Paulo, que me permitiu voar e aprender e que me fez sempre acreditar que seria possível.

À equipa do SalivaTec, Mónica e Marla, que me ajudaram e auxiliaram nesta tarefa.

À Professora Doutora Patrícia Correia, que me orientou do primeiro ao último dia, a quem devo todo o apoio ao longo deste projeto.

Ao Professor Doutor Nélio Veiga, que sempre esteve disponível para qualquer esclarecimento.

À Professora Doutora Patrícia Couto, pela amabilidade e disponibilidade.

A todos, o meu obrigada. Estou e estarei sempre de coração cheio. Este projeto é de todos nós.

Resumo

Introdução: O aumento da esperança média de vida resultou num número crescente da população idosa em Portugal, destacando a importância de estudar esta faixa etária. A secura oral clínica (xerostomia) é uma patologia prevalente na fase de envelhecimento, podendo afetar diretamente a qualidade de vida desta população bem como o seu dia a dia. Desta forma, torna-se essencial o seu subdiagnóstico. Este estudo tem como principal objetivo avaliar a secura oral clínica (xerostomia) e sua relação com a qualidade de vida em idosos residentes em lares de terceira-idade.

Materiais e Métodos: Realizou-se um estudo piloto observacional transversal com idosos residentes em lares de terceira-idade, em colaboração com a FMD-UCP. O estudo envolveu a distribuição de folhetos informativos, a obtenção de consentimento informado, a aplicação de questionários e observação intra-oral com base na *Escala de Challacombe*. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences software (SPSS).

Resultados: Obteve-se uma amostra de 70 indivíduos composta na sua maioria por mulheres, por indivíduos entre 80 e 90 anos, e com habilitação literária correspondente ao 1º Ciclo. O sentimento mais prevalente foi a tristeza. Mais de 80% dos participantes diabéticos apresentaram xerostomia e apenas 8,7% dos participantes solicitaram ajuda para resolver este sintoma. A fala foi a atividade mais afetada. Verificou-se que 78% dos participantes apresentaram xerostomia grave e 22% xerostomia moderada.

Conclusão: A xerostomia é um sintoma prevalente, que afeta significativamente a qualidade de vida dos idosos residentes em lares. A carência de cuidados de saúde oral nesta população torna essencial a avaliação e consciencialização sobre esta patologia.

Palavras-chave: Xerostomia, qualidade de vida, idosos, lares de terceira-idade, saúde oral.

Abstract: The increase in average life expectancy has resulted in a growing number of elderly people in Portugal, highlighting the importance of studying this age group. Clinical dry mouth (xerostomia) is a prevalent condition during the aging process, which can directly affect the quality of life of this population as well as their daily activities. Therefore, its underdiagnosis becomes essential. The main objective of this study is to evaluate clinical dry mouth (xerostomia) and its relationship with the quality of life in elderly residents of nursing homes.

Materials and Methods: A pilot cross-sectional observational study was conducted with elderly residents in nursing homes, in collaboration with FMD-UCP. The study involved the distribution of informational brochures, obtaining informed consent, administering questionnaires, and conducting intraoral examinations based on the Challacombe Scale. The data obtained were statistically analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software.

Results: A sample of 70 individuals was obtained, mostly composed of women, individuals aged between 80 and 90 years, and with an educational level corresponding to primary education. The most prevalent feeling was sadness. More than 80% of the diabetic participants had xerostomia, and only 8,7% of the participants sought help to address this symptom. Speech was the most affected activity. It was found that 78% of the participants had severe xerostomia and 22% had moderate xerostomia.

Conclusion: Xerostomia is a prevalent symptom that significantly affects the quality of life of elderly residents in nursing homes. The lack of oral healthcare in this population makes it essential to evaluate and raise awareness about this condition.

Keywords: Xerostomia, quality of life, elderly, nursing homes, oral health.

Abreviaturas

ADSR- Associação para o desenvolvimento Social do Ramirão

CRL- Centro Residencial da Lagoa

CSPC- Centro Social Paroquial do Campo

CSPD- Centro Social Paroquial de Dornelas

CSPF- Centro Social e Paroquial de Forninhos

DA- Doença de Alzheimer

DP- Doença de Parkinson

EA- Envelhecer Ativo

ES- Envelhecer Saudável

LVSC – Lar Viscondessa de São Caetano

QDV- Qualidade de Vida

SNC- Sistema Nervoso Central

TC- Tomografia Computorizada

Acrónimos e Siglas

CES-UCP: Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa

DGS: Direção Geral da Saúde

FMD UCP: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica

GvHD: Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro

INE: Instituto Nacional de Estatística

OMS: Organização Mundial de Saúde

Portuguesa

XeQoLS: Related Quality of Life Scale

Índice

Dedicatória	IX
Agradecimentos	XI
Resumo	XIII
Abstract	XV
Abreviaturas	XVII
Acrónimos e Siglas.....	XVII
Índice de Figuras	XXIII
Índice de Tabelas	XXIV
1. Introdução.....	1
1.1. O Envelhecimento.....	3
1.1.1. Envelhecer em Portugal.....	5
1.1.2. Lares de terceira-idade em Portugal.....	6
1.2. Saúde oral e qualidade de vida.....	8
1.3. A saliva.....	9
1.3.1. Composição da saliva.....	9
1.3.2. Produção salivar	10
1.3.3. Funções da saliva	10
1.4. Xerostomia.....	11
1.4.1. Conceito de xerostomia	11
1.4.2. Xerostomia e hipossalivação	12
1.4.3. Prevalência da xerostomia.....	14
1.4.4. Etiologia da xerostomia.....	15
1.4.5. Manifestações da xerostomia	16
1.4.6. Tratamento da xerostomia	18
1.4.7. Prevenção da Xerostomia.....	19
1.5. O paciente geriátrico	20
1.5.1. Xerostomia no paciente geriátrico.....	20
1.5.2. Saúde mental no paciente geriátrico.....	21
1.5.3. Uso de próteses dentárias	24
1.5.4. Fármacos e polimedicação	27
1.6. Objetivos deste estudo.....	29
2. Materiais e Métodos.....	31

2.1.	Tipo de estudo.....	33
2.2.	Variáveis em estudo.....	34
2.3.	Folheto informativo.....	35
2.4.	Consentimento informado.....	36
2.5.	Questionário.....	36
2.6.	Escala de Challacombe.....	37
2.7.	População alvo.....	38
2.8.	Análise estatística.....	39
2.9.	Parecer da Comissão de Ética para a Saúde.....	39
3.	Resultados.....	41
3.1.	Recolha de dados nas instituições de residência sénior.....	43
3.2.	Questionários.....	44
3.2.1.	Dados sociodemográficos.....	44
3.2.1.1.	Género.....	44
3.2.1.2.	Idade.....	45
3.2.1.3.	Habilitação literária.....	46
3.2.1.4.	Tempo de permanência no lar.....	47
3.2.2.	Outros dados.....	48
3.2.2.1.	Sentimentos mais prevalentes.....	48
3.2.2.2.	Utilizadores de prótese dentária.....	49
3.2.2.3.	Dados noturnos.....	50
3.2.2.4.	Prevalência da boca seca e associações.....	51
3.2.2.4.1.	Frequência de boca seca.....	51
3.2.2.4.2.	Boca seca, diabetes, radioterapia e solicitação de ajuda... ..	52
3.2.2.4.3.	Modo de alívio da boca seca.....	53
3.2.2.4.4.	Situações mais afetadas aquando da boca seca.....	54
3.2.2.4.5.	Consequências associadas à sensação de boca seca (durante o dia).....	55
3.2.2.4.6.	Complicações intra e extra-orais no período diurno.....	56
3.2.2.5.	Medicação.....	57
3.2.3.	Questionário XeQoLS (Escala Xerostomia e Qualidade de Vida).....	58
3.2.4.	Aplicação da Escala de Challacombe.....	61
4.	Discussão.....	63
4.1.	Literacia em saúde oral.....	65
4.2.	Questionário original.....	66

4.3. Questionário XeQoLS	72
4.4. Escala de Challacombe.....	74
5. Conclusão.....	77
6. Bibliografia	81
7. Anexos.....	88
7.1. Anexo 1: Folheto informativo.....	89
7.2. Anexo 2: Consentimento informado	91
7.3. Anexo 3: Questionário.....	93
7.4. Anexo 4: Escala de Challacombe	96
7.5. Anexo 5: Aprovação do estudo pelo CES-UCP	97

Índice de Figuras

Figura 1 : Sequência de procedimentos ao longo do estudo.	34
Figura 2 : Resultado da prevalência de gênero dos participantes, em percentagem.	44
Figura 3 : Resultado da prevalência de idades (em anos) dos participantes, em percentagem.	45
Figura 4 : Resultado da prevalência de habilitação literária dos participantes, em percentagem.	46
Figura 5 : Resultado da prevalência do tempo de permanência no lar (em anos) dos participantes, em percentagem.	47
Figura 6 : Resultado dos sentimentos mais prevalentes na população residente em lares de terceira idade, em percentagem.	Erro! Marcador não definido.
Figura 7 : Resultado da associação entre os utilizadores de prótese dentária, o tipo de prótese dentária e a prevalência da remoção da mesma antes do sono noturno, em percentagem.	49
Figura 8 : Resultado do tipo de respiração noturna e a sua associação com o despertar noturno para beber água, em percentagem.	50
Figura 9 : Resultado da associação entre a frequência de boca seca no período diurno e noturno, em percentagem.	51
Figura 10 : Resultado do modo de alívio da boca seca mais prevalente nos participantes, em percentagem.	53
Figura 11 : Resultado e prevalência das situações mais afetadas aquando da boca seca, em percentagem.	54
Figura 12 : Resultado e prevalência das consequências associadas à sensação de boca seca durante o dia, em percentagem.	55
Figura 13 : Resultado e prevalência das complicações intra e extra-orais no período diurno, em percentagem.	56
Figura 14 : Resultado e prevalência do score total obtido com o questionário XeQoLS, em percentagem.	61

Índice de Tabelas

Tabela 1 : Exemplos de agentes farmacológicos causadores de xerostomia [e respectivos grupos farmacológicos] (5).....	28
Tabela 2 : Instituições de residência sénior visitadas e número total de participantes contabilizados	38
Tabela 3 : Calendarização de visitas às instituições de residência sénior para recolha de dados, obtendo um total de 70 participantes contabilizados.	43
Tabela 4 : Resultado e prevalência da associação entre boca seca, diabetes, radioterapia e solicitação de ajuda, em percentagem.	52
Tabela 5 : Contabilização do uso de fármacos com efeitos reconhecidamente xerostómicos por parte dos participantes e o local de ação terapêutica correspondente.	58
Tabela 6 : Valores obtidos da análise dos resultados do questionário XeQoLS.	59
Tabela 7 : Frequência de respostas em cada domínio/item do questionário XeQoLS.....	60
Tabela 8 : Avaliação e semiquantificação da xerostomia na amostra em estudo, de acordo com a Escala de Challacombe, em percentagem.	62

1. Introdução

1.1. O Envelhecimento

O envelhecimento individual tem um início pré-natal e desenvolve-se ao longo da vida; e é influenciado por inúmeros fatores: sociais, culturais, biológicos, económicos e ambientais (1, 2).

O envelhecimento consiste, portanto, num processo fisiológico natural do ser humano, devendo ser interpretado por todos como uma etapa da vida (1, 3).

Demograficamente, especialmente nos países altamente desenvolvidos, os idosos compreendem uma grande percentagem da população em comparação com os mais jovens, não só devido à diminuição da natalidade e ao desenvolvimento civilizacional, mas também ao aumento da esperança média de vida (1, 3-5).

O início do envelhecimento não está associado a um momento preciso ou idade específica, sendo que o mais comum é considerar que uma pessoa idosa, sendo homem ou mulher, tem idade igual ou superior a 65 anos. Este número esteve, durante muitos anos, associado à idade de aquisição da reforma em Portugal (1, 5).

O conceito “envelhecimento saudável” (ES), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), provém da evolução do conceito “envelhecimento ativo” (EA), definido pela mesma organização. O segundo termo é então definido, segundo a OMS, como a capacidade de participação contínua numa vida social, económica, cultural, espiritual e cívica; isto é, vai além da capacidade de ser ativo fisicamente e/ou profissionalmente (1, 6).

O EA relaciona-se com inúmeros aspetos da vida do idoso, sendo eles: cultura e género, aspetos pessoais, aspetos comportamentais, ambiente social, ambiente físico, sistema de saúde e serviço social, natureza económica e a qualidade de vida do idoso (1, 7).

A qualidade de vida é o ponto predominante do EA, que não é restrito apenas a comportamentos promotores da saúde, mas considera também os fatores ambientais e pessoais, em cada indivíduo (1).

Segundo a perspectiva da OMS (2002), o ambiente social tem elevado impacto no que diz respeito ao envelhecimento ativo, o que pode estar relacionado com outros inúmeros e vastos aspetos como a habilitação literária/educação/alfabetização, rede de apoio social, violência e maus-tratos contra os idosos (1, 6).

Também o estatuto económico de cada idoso nos permite prever o impacto do envelhecimento na sua vida (1).

O EA tem uma influência significativa na qualidade de vida do idoso, sendo de extrema importância a alteração de estereótipos pré-concebidos pela sociedade relativos ao envelhecimento, e encarar esta fase de vida como uma etapa natural na vida do ser humano, em que também existe lugar para novas oportunidades e descobertas (1, 3).

Segundo a *Direção Geral da Saúde* (DGS), em 2006 a *Organização Mundial da Saúde* (OMS) considerou o EA como o processo de otimização das oportunidades para a saúde e para melhorar a qualidade de vida das pessoas durante o envelhecimento. Ao termo “ativo” associa-se a capacidade funcional, social, económica, cultural, espiritual e deveres cívicos individuais (1).

Desta forma, pode-se concluir que o EA tem como principal objetivo aumentar a qualidade de vida e a saúde do idoso, durante o processo fisiológico de envelhecimento (1).

Já o conceito de ES, segundo a mesma organização, consiste no resultado da interação das capacidades individuais do idoso (físicas e mentais) com o meio. O objetivo principal é o bem-estar, que se trata de um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pelo indivíduo (1).

De forma a poder considerar-se um envelhecimento ativo e saudável, é imperativo que os idosos comportem uma vida social, económica, cultural, espiritual e civil. Estilos de vida saudáveis compreendem a atividade física, alimentação saudável, saúde oral e regime terapêutico controlado (nomeadamente em idosos com medicação crónica diária) (1, 8).

Entre as inúmeras alterações que ocorrem na cavidade oral relacionadas com o processo de envelhecimento, estão alterações a nível: dentário, periodontal, ósseo, de articulação temporomandibular, de mucosa oral e de secreção salivar (4).

1.1.1. Envelhecer em Portugal

Os dados demográficos apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Eurostat e por outras diversas entidades, consideram Portugal um país irreversivelmente envelhecido (1).

De acordo com o *Instituto Nacional de Estatística* (INE), segundo dados recolhidos no ano de 2015, o envelhecimento demográfico ou populacional é definido pelo aumento de indivíduos idosos na população total nacional, e considera-se uma das tendências mais significativas do século XXI, tendo continuado a agravar-se (1). Este fenómeno deve-se à diminuição da população jovem em Portugal, devido a fatores como: o aumento da esperança média de vida e a um decréscimo da taxa de mortalidade; e ao conseqüente aumento da população idosa (1, 5, 9). Prevê-se que esta dualidade tenda a estabilizar apenas no ano de 2050 (1, 5, 9-11). O aumento do envelhecimento populacional em Portugal ocorre generalizadamente por todo o território e não apenas no interior do país (1).

Os dados do INE (2020) afirmam que entre 2018 e 2080 estima-se que o número de jovens portugueses sofrerá uma diminuição de 1,4 milhões para cerca de 1 milhão, enquanto o número de idosos (indivíduos com mais de 65 anos) passará de 2,2 milhões para 3 milhões. O índice de envelhecimento irá quase duplicar, passando a existir cerca de 300 idosos para cada 100 jovens (1, 9, 10).

Segundo dados da *Pordata* (2020), o envelhecimento da população portuguesa tornou-se mais evidente no ano de 2019, com um valor de 163,1%, pelo que em cada 100 jovens, existiam 163 idosos (1). Estes valores consideram Portugal como um dos três países com população mais envelhecida no continente europeu, ficando assim atrás da Itália e Alemanha (1).

De forma a comparar Portugal com os restantes países europeus, segundo dados da *Pordata* (2020), no ano de 2018, enquanto na União Europeia se verificava uma longevidade correspondente a 78,2 anos no sexo masculino e 83,7 anos no sexo feminino, em Portugal a esperança média de vida era de 78,3 e 84,5 anos, respetivamente (1).

De acordo com a DGS no ano de 2006, a saúde dos indivíduos é influenciada por fatores como: estilo de vida, exposição aos ambientes onde coabita e pelos cuidados de saúde que lhe são prestados ao longo da vida (1).

1.1.2. Lares de terceira-idade em Portugal

Face ao aumento do índice de envelhecimento em Portugal, a institucionalização em lares de terceira-idade de indivíduos com 65 anos ou mais, representa uma realidade que tem vindo a aumentar. O número de residências sénior/lares de terceira-idade em Portugal aumentou 49% entre 1998 e 2010 e entre 2000 e 2014, o número aumentou de 1469 para um total de 2315 (9, 11).

Perante evidência científica, pode constatar-se a irreversibilidade da posição que os lares de terceira-idade assumiram na nossa sociedade atual, com o aumento progressivo da institucionalização da população idosa. No entanto, concomitantemente à existência de escassos estudos relevantes nesta área, considera-se necessário refletir sobre os cuidados prestados nestas instituições e aferir a sua qualidade (9).

Segundo Azeredo *et al.* (9), “a ciência resolveu o problema do prolongamento da vida, mas agora é necessário resolver o da velhice com qualidade de vida” (9).

Segundo Pimentel *et al.* (9), a entrada num lar de terceira-idade significa, muitas das vezes: a entrada num mundo à parte; a rutura do idoso com a sua individualidade e com as suas referências; uma realidade nova e assustadora, com a qual nem sempre se consegue estabelecer uma relação equilibrada e tranquila; e, conseqüentemente, entrar num processo de isolamento que poderá contribuir para uma nefasta insatisfação para com a vida (9).

No entanto, a institucionalização não deve ser encarada apenas como uma realidade negativa. Existem idosos que se sentem mais acompanhados que outros e até mais felizes com o novo contexto “lar” relativamente ao contexto “casa”, onde se encontravam sozinhos (9).

É neste sentido que o modo de organização de cada instituição, os cuidadores, as atividades sociais, a qualidade das inter-relações que preconiza e o envolvimento da família ou outras pessoas próximas na vida de cada idoso institucionalizado têm elevado peso no sentimento de satisfação do idoso perante esta nova realidade (9).

De forma a maximizar o bem-estar do idoso institucionalizado, é imperioso existir uma adequada preparação e especialização dos cuidadores, sendo estes a base do serviço prestado (9).

As redes de apoio a idosos residentes em lares de terceira-idade são de extrema importância face às necessidades desta população. Contudo, apresentam dificuldades na superação de novos desafios que lhes são colocados, fruto do contexto legal estabelecido, ainda frequentemente descontextualizado e desadaptado (9).

Desta forma, os programas de monitorização da qualidade dos cuidados prestados a esta população têm vindo a aumentar nos lares, no entanto, limitados muitas das vezes a cumprir os pré-requisitos mínimos legalmente exigidos (9).

Os indicadores de qualidade de cuidados de saúde fornecidos a esta população que devem ser tidos em consideração são, segundo Casarett *et al.* (9), para além de avaliações físicas criteriosas: o afeto social, a cognição, a dor, o desconforto e a satisfação global (9).

De forma a torná-la uma experiência positiva, a institucionalização de idosos deve respeitar os direitos humanos: direito à escolha, à privacidade, à integração, à participação ativa na própria rotina, entre outros. Numa perspetiva holística, estas condições contribuem significativamente para o aumento da qualidade dos serviços prestados ao idoso (9).

Estudos realizados indicam que a população idosa em Portugal passa cerca de 19 a 20 horas por dia em ambientes fechados. Este facto torna esta faixa etária mais vulnerável a problemas de saúde, nomeadamente relacionados com a poluição do ar interior (11).

Como consequência do processo natural e fisiológico de envelhecimento, os idosos representam uma população mais suscetível a problemas de saúde em geral, devido a um sistema imunológico tendencialmente enfraquecido e uma maior prevalência de doenças crónicas e de problemas de foro respiratório (11).

Vários estudos realizados em lares de terceira-idade em Portugal concluíram que a concentração de poluentes no ar interior destas instituições pode ser 10 a 20 vezes mais elevada em comparação com o ar exterior, o que tem um impacto negativo crescente na qualidade de vida dos idosos residentes, bem como dos restantes ocupantes (enfermeiros, médicos, auxiliares, cuidadores), podendo dar origem ou agravar doenças, nomeadamente respiratórias e cardiovasculares (11).

Estas patologias podem resultar no aumento da necessidade de medicação, em visitas mais regulares ao médico, no acréscimo de internamentos hospitalares ou até em morte prematura (11).

Além da qualidade do ar no interior destas instituições de residência sénior, também o ambiente térmico é um fator chave que pode ter afetação no conforto, saúde e bem-estar dos ocupantes (11).

1.2. Saúde oral e qualidade de vida

A relação entre a saúde oral e a qualidade de vida (QDV) pode ser determinada avaliando a forma como a primeira influencia a segunda, no que diz respeito ao desempenho de funções tais como: mastigar, morder, engolir e falar; mas também através do bem-estar mental, físico e social (12, 13).

Segundo a OMS, a QDV é um conceito vasto e subjetivo, que inclui, entre outros: a saúde física do indivíduo, o estado psicológico, o grau de independência, as relações sociais, as crenças e as convicções individuais (1).

A QDV dos idosos está associada a diversos fatores, dos quais são exemplos: os recursos económicos, os apoios sociais e a habitação (1, 14).

Considera-se que um indivíduo idoso tem menos QDV se se verificarem fatores como: habilitação literária reduzida, dependência de terceiros, viver isolado da comunidade, depressão e dificuldades financeiras. O cenário também se estende a indivíduos do género feminino, com mais idade, viúvas e que residem com filhos em meio rural e com baixas condições de habitação (1, 15, 16).

Por outro lado, idosos numa faixa etária mais baixa, mas independentes, com participação social ativa e com bons recursos financeiros, apresentam melhor QDV (1).

Os determinantes do envelhecimento ativo (EA) que mais contribuem para uma melhor QDV são: uma boa natureza económica, uma boa rede social (com amigos, vizinhos e familiares) e a adoção de comportamentos saudáveis. Constatou-se que muitos destes determinantes estão interligados entre si (1, 17).

1.3. A saliva

1.3.1. Composição da saliva

A saliva desempenha um papel vital na manutenção da saúde oral (18-20). A água é o seu principal componente, constituindo cerca de 99% do seu volume. O restante 1% inclui uma variedade de eletrólitos, incluindo: sais inorgânicos de sódio, potássio, cálcio, magnésio, bicarbonato e fosfatos; e compostos orgânicos como colesterol, ácido úrico, proteínas (incluindo enzimas e mucinas), imunoglobulinas e produtos azotados (como a ureia e o amoníaco) (10, 19, 21).

As proteínas, nomeadamente as mucinas e as estaterinas, conferem à saliva propriedades reológicas (isto é, viscosidade e elasticidade), retentivas (retém a água) e de lubrificação (10).

1.3.2. Produção salivar

As glândulas salivares *major*: parótidas, sublinguais e submandibulares, em conjunto, segregam cerca de 0,6L/dia de saliva, o que corresponde a cerca de 90% de toda a produção salivar diária. Os restantes 10% são produzidos pelas glândulas salivares *minor* (10, 21).

A secreção de saliva, considerando uma taxa de fluxo salivar normal e não estimulado, varia entre 0,25 e 0,35 ml/min, mas pode aumentar se existir estimulação externa, variando de 1,5 a 2,0 ml/min (10, 19).

A disfunção das glândulas salivares engloba qualquer alteração quantitativa e/ou qualitativa na produção de saliva, isto é: uma redução (hipossalivação), um aumento (sialorreia ou hiperssalivação) ou uma alteração na sua composição (10, 21).

É importante enfatizar que muitos dos pacientes que apresentam sensação subjetiva de boca seca não estão propriamente sujeitos a uma diminuição das taxas de salivação, quando avaliados objetivamente por clínicos praticantes. Assim sendo, alterações na percepção de boca seca podem não estar somente relacionadas com questões salivares (quantidade ou composição da saliva), mas também com outros fatores como é o caso das taxas de absorção de fluídos na cavidade oral (10, 21).

1.3.3. Funções da saliva

As principais funções da saliva incluem: preparação de alimentos para a deglutição, modulação do paladar e (considerada a mais importante), a digestão inicial realizada pelas enzimas salivares amílase e maltase (19, 20).

A saliva é também deveras importante na manutenção do pH oral na faixa de 6,8–7,2 (19, 20).

Outras funções da saliva abrangem: hidratação e diluição (o que facilita a manutenção da integridade da mucosa); proteção do trato alimentar superior (amortece o refluxo gastroesofágico); e efeito antibacteriano (19, 20).

É importante referir também o importante papel da saliva na redução do risco e incidência de cárie e doença periodontal, o que se torna possível devido à existência, na sua composição, das enzimas lactoferrina e lisozima. Estas enzimas atuam degradando a parede celular de peptidoglicano de bactérias Gram-positivas pertencentes a *Streptococcus spp.* e *Staphylococcus spp.*, inibindo o crescimento de estirpes patogénicas (19, 20).

É importante referir também o papel da saliva: na modulação do pH e efeito tampão (pelos bicarbonatos, fosfatos e ureia); como anti solubilizante e moduladora da desmineralização e remineralização (pelo cálcio, fosfato e proteínas); e a sua ação antibacteriana (pelas imunoglobulinas, proteínas e enzimas) (19, 20, 22).

Tendo em conta as inúmeras e diversas funções desempenhadas pela saliva, qualquer distúrbio que afete a sua normal secreção será refletido numa série de alterações patológicas, não só na cavidade oral, mas também no trato alimentar (19).

1.4. Xerostomia

1.4.1. Conceito de xerostomia

A xerostomia traduz-se pela secura da cavidade oral resultante da secreção insuficiente de saliva ou pela sua ausência. Também denominada como boca seca, secura na boca e secura oral, caracteriza-se como uma sensação incómoda e com impacto negativo na saúde geral, saúde oral, bem-estar e qualidade de vida, nomeadamente em pacientes geriátricos (10, 19, 21, 23).

Desta forma, esta patologia necessita de uma atenção redobrada por parte de todos os profissionais de saúde que contactam com idosos, não só Médicos e

Médicos Dentistas, mas também funcionários em lares de idosos ou locais de visita domiciliária em comunidades (19).

Com base na sua patogênese, pode ser classificada como xerostomia verdadeira (ou primária), se resulta do mau funcionamento das glândulas salivares, ou pseudo xerostomia (ou xerostomia sintomática), que se caracteriza pela sensação subjetiva de boca seca, apesar da função secretora normal das glândulas salivares (10, 19).

O diagnóstico de boca seca pode e deve ser realizado por qualquer profissional de saúde (18, 23).

1.4.2. Xerostomia e hipossalivação

É fundamental diferenciar os termos “xerostomia” e “hipossalivação”, uma vez que estes são dois fenómenos distintos, que podem manifestar-se isoladamente ou em combinação (19, 20, 23, 24).

A hipossalivação consiste na diminuição da secreção de saliva causada por fatores externos e/ou internos, enquanto a xerostomia abrange o efeito final da drenagem salivar, ou seja, o processo de evaporação, absorção pelas membranas das mucosas e eliminação da saliva aquando da deglutição (ou seja, é a perceção subjetiva de boca seca) (18-20, 23).

A diminuição da secreção de saliva -hipossalivação- também pode ter origem em erros médicos associados a procedimentos de estapedectomia [realizados como parte do tratamento da osteosclerose] (19).

Apesar destas duas condições estarem frequentemente relacionadas, é importante reconhecer que, enquanto a xerostomia pode estar presente em pacientes com taxas de salivação normais, também pode estar ausente em pacientes com taxas de salivação muito baixas (21, 25).

A xerostomia é um sintoma experienciado pelo paciente, enquanto a hipossalivação é diagnosticada através da avaliação e medição do fluxo salivar

(18, 24). A primeira pode ser diagnosticada pelo autorrelato, enquanto a segunda é diagnosticada através da avaliação e medição do fluxo salivar (18, 20, 23-25).

Apesar desta diferenciação, dado que na literatura o termo xerostomia é frequentemente usado como sinónimo de hipossalivação, neste trabalho, a designação de xerostomia será usada como sinónimo de hipossalivação.

Existem diferenças metodológicas quando a xerostomia é medida por autorrelato: existem estudos que relatam apenas a presença ou ausência de boca seca, enquanto outros estudos investigam a frequência dessa sensação. Novas abordagens utilizam escalas, tais como o Inventário de Xerostomia (XI), desenvolvido e testado por Thomson *et al.* (23), que inclui: uma lista de sete questões sobre esta condição, usadas por Locker *et al.* (23); ou uma lista de nove itens sobre sintomas e comportamentos relacionados com a boca seca (23).

A hipossalivação é diagnosticada através do fluxo salivar, que pode ser avaliado e quantificado: pela recolha da saliva das glândulas salivares individuais, ou pares de glândulas; ou pode avaliar-se o fluxo salivar total, pela recolha de saliva total (19, 25).

O segundo método é mais comumente selecionado, no entanto, não existe consenso na literatura atual sobre qual a taxa de fluxo salivar indicativa de hipossalivação (19).

Quando se verifica uma taxa objetiva de salivação inferior a 0,1 ml/min para saliva total não estimulada e inferior a 0,5–0,7 ml/min para saliva total estimulada, considera-se estar perante um caso de hipossalivação. Diz-se estar perante um caso de xerostomia quando a taxa normal de salivação não estimulada diminui 50% (19, 21).

Ambas as condições podem afetar negativamente a qualidade de vida do paciente, nomeadamente no que diz respeito à saúde oral, causando problemas tais como: halitose, dificuldades ao mastigar e deglutir alimentos e dificuldades na retenção de próteses dentárias. Há também evidências de que um menor fluxo salivar está diretamente relacionado com o aumento do risco de cárie

dentária, devido à ausência de ação de limpeza física e da capacidade tampão da saliva (19, 23-25).

1.4.3. Prevalência da xerostomia

A xerostomia é uma patologia que afeta milhões de indivíduos em todo o mundo. Estima-se que a sua prevalência mundial varie entre os 12% e os 30%. A prevalência global estimada de boca seca foi de 22% (IC95% 17-26%) (19, 23, 25).

Apesar das inúmeras abordagens na medição desta condição, pouco mais de um em cada quatro indivíduos sofre de xerostomia, no entanto, foi observada uma maior prevalência em estudos realizados apenas na população idosa, como resultado do processo fisiológico de envelhecimento (18, 19, 23, 25).

Apesar das inúmeras abordagens na aferição desta condição, estima-se que afete cerca de 25–30% das pessoas com 65 anos, com manifestação sintomática característica (12, 18, 19, 23, 25).

A prevalência em indivíduos entre os 18 e 34 anos é de apenas de 20% (2-4, 7).

Tendo em conta a diversidade dos métodos utilizados, no geral, cerca de 20% das mulheres e 15% dos homens relatam sentir a boca seca. Existem estudos que apresentam números mais elevados (18).

Estudos clínicos revelam que esta patologia afeta, maioritariamente, idosos com mais de 65 anos de idade (19, 23), mas também uma elevada percentagem de mulheres no período da menopausa, o que está diretamente relacionado com a quantidade insuficiente de estrogénio no organismo (4). Assim sendo, embora afete principalmente pacientes geriátricos, a xerostomia também pode ser observada em indivíduos mais jovens (4).

É importante ter em conta que os métodos de medição utilizados na atualidade podem sobrestimar ou subestimar os resultados (23).

De acordo com estudos realizados, a prevalência de xerostomia em idosos residentes em comunidade varia entre 17-40%, sendo significativamente mais prevalente na população medicada, que varia entre 27-30% (21). Dados obtidos através destes estudos, ainda que limitados, fornecem informações acerca da prevalência desta condição, de acordo com determinadas categorias de medicamentos ou com determinada população: mais de 70% em idosos com comprometimento cognitivo ou demência; 50% em pacientes com doença de Parkinson medicados com agonistas da Dopamina; 8% em idosos medicados com fármacos para a doença cardiovascular; 35% em indivíduos que realizam terapia antirretroviral; 50% em pacientes que tomam anti-hipertensivos; e até 71% em indivíduos que realizam terapia farmacológica antidepressiva (21).

1.4.4. Etiologia da xerostomia

O envelhecimento tem sido relatado como o principal marcador de risco da xerostomia (23), apesar de esta condição também estar muitas das vezes relacionada com outros fatores como a idade e o sexo, o que torna difícil definir a causa exata (21, 25).

Considera-se que esta condição, quando verificada em pacientes idosos, está mais comumente relacionada com: número e tipo de medicamentos potencialmente xerostômicos administrados no tratamento de diversas condições sistêmicas; tratamento por radioterapia em pacientes com cancro na zona da cabeça e pescoço; indivíduos com determinadas doenças autoimunes, como a Síndrome de Sjögren; e doenças crônicas como a diabetes (10, 18-21, 23-25).

A farmacoterapia crônica e a polimedicação são também responsáveis pela diminuição ou até ausência da secreção salivar (18, 19). Na maioria dos idosos, é considerada a causa mais comum de secura oral, uma vez que esta população toma pelo menos um medicamento com efeito xerostômico (12).

Entre uma vasta lista de fármacos com efeitos potencialmente xerostômicos, podem-se destacar: anticolinérgicos, simpaticomiméticos, sedativos hipnóticos,

opiáceos, anti-histamínicos, relaxantes musculares e antiasmáticos inalatórios (23, 24).

Não só em pacientes geriátricos, existem também inúmeros fatores internos que podem estar, ainda que menos comumente, na origem da inibição da secreção salivar. Estes incluem: hábitos tabágicos, uso de próteses dentárias totais e respiração oral (sobretudo devido ao comprometimento funcional das vias aéreas superiores) (19, 20).

A sensação de boca seca é também frequentemente relatada por pacientes com insuficiência renal, sujeitos a tratamentos de diálise. Estudos revelam que o pH alcalino da saliva diminui entre a pré diálise [8,0] e os últimos 60 minutos do tratamento [7,0] (19).

Pacientes com artrite reumatoide, quando associada a outros distúrbios imunológicos, também são sujeitos à ocorrência de xerostomia. Isto acontece devido à secreção alterada de proteínas salivares e da enzima peroxidase (19).

As causas sistêmicas da xerostomia abrangem alguns estados clínicos, entre eles: a ansiedade, a neurose e sintomas neuróticos (19). Pode também ser uma manifestação de condições como: anemia de Addison-Biermer, síndrome de Parkinson, doença de Alzheimer, avitaminose (de vitaminas B1, B2, B6 e B12) e doença do enxerto contra o hospedeiro [GvHD] (19).

1.4.5. Manifestações da xerostomia

O desconforto associado à secura oral é o sintoma mais comumente relatado pelos pacientes afetados pela xerostomia (19). Este acontecimento prejudica a barreira protetora imunológica e não imunológica, dependendo da gravidade, e pode resultar, entre outras, nas seguintes manifestações:

- Afetação de necessidades básicas como mastigar, ingerir alimentos (com conseqüente necessidade de consumo frequente de líquidos durante as refeições) e falar;
- Halitose;
- Disgeusia (isto é, alteração do paladar: com predomínio em alimentos amargos e salgados);
- Fissuras labiais;
- Síndrome da boca ardente (sensação de queimadura ou ardência na língua e/ou nos lábios);
- Candidíase;
- Membranas das mucosas com aspeto seco, pálido e sem brilho;
- Muco excessivo (10, 19-21, 23).

Esta patologia, quando não tratada, pode implicar inúmeras conseqüências clínicas ao nível da cavidade oral, como o aumento da suscetibilidade a cárie dentária e doença periodontal, que podem resultar em perda dentária, aumento do risco de infeções fúngicas e distúrbios do paladar (4). Na maioria dos casos apresenta também inúmeras manifestações clínicas, nomeadamente a nível de: mucosas, lábios, língua, glândulas salivares e dentes (24).

Quando se trata de um quadro de xerostomia considerado grave, nomeadamente quando induzida por medicamentos, esta pode estar associada ao aumento do risco de desenvolvimento de diversas doenças orais, como é exemplo a cárie dentária (essencialmente em locais atípicos como na zona cervical e incisal dos dentes e na raíz), o que resulta da acumulação de placa bacteriana em locais que, naturalmente, não seriam predispostos (19, 21, 23).

Esta patologia, quando não tratada, pode resultar em inúmeras outras alterações desfavoráveis na cavidade oral, como é o caso da língua fissurada e atrofia das papilas linguais (19).

Pacientes portadores de próteses dentárias totais, quando afetados pela xerostomia, apresentam condições orais desfavoráveis, que dificultam o seu uso. São exemplos: a má retenção e conseqüente deslocamento da prótese em boca e a lesão das mucosas com possível ulceração resultante (19).

Quando não tratada, esta condição pode estar na causa de diversas outras complicações, como: deficiências nutricionais, alterações de humor ou até depressão (19).

Dado o elevado impacto da boca seca e todas as manifestações clínicas referidas anteriormente que dela podem advir, recomenda-se que seja realizada uma abordagem interdisciplinar (21).

1.4.6. Tratamento da xerostomia

As opções terapêuticas da xerostomia incluem: terapia básica, fármacos e produtos para alívio dos sintomas (21). Estas opções necessitam de ser cuidadosamente selecionadas e adaptadas de acordo com a situação de cada paciente, e tendo em consideração a possibilidade de um declínio médico e cognitivo futuro (21).

A terapia básica consiste em reduzir a dose ou substituir medicamentos potencialmente xerostômicos, motivar o aumento da ingestão de água, visitar um Médico Dentista a cada 3 a 4 meses e fornecer aconselhamento nutricional e educação sobre hábitos de higiene oral (4).

O tratamento da xerostomia, para ser eficaz, necessita de uma prévia avaliação pormenorizada desta condição. Esta, em alguns casos, é complementada com análises bioquímicas à saliva, sialografias, cintilografia com tecnécio-99m (99mTc), tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética das glândulas salivares (19).

Antibióticos e agentes antifúngicos podem ser aliados a uma melhoria (apenas) temporária desta condição, uma vez que as infeções relacionadas com a xerostomia têm, tendencialmente, recidiva (19).

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de pacientes com xerostomia, foram introduzidos no mercado farmacêutico várias formas de substitutos salivares, em formato de: géis, aerossóis, pastilhas, enxaguantes orais e pastilhas de mascar (19). A via de administração e a duração do efeito têm um impacto significativo no que diz respeito à escolha do substituto de saliva, por parte do paciente, fazendo com que os aerossóis sejam uma primeira opção (19).

A adição de aromas aos substitutos salivares, como é o exemplo da menta, tornou-os mais apelativos e veio melhorar o seu cheiro (19). Também a adição de preparações com compostos inorgânicos, como o fluoreto de sódio, tornou-se útil em casos de cárie cervical grave, uma vez que promove um aumento da mineralização do esmalte dentário (19).

Contudo, Jackiewicz-Barańska *et al.* (19), após examinar as preparações disponíveis no mercado, concluiu que nenhum dos substitutos salivares comercializados tinha condições ideais para substituir a saliva humana, uma vez que nenhum deles continha, na sua composição, enzimas digestivas e bactericidas ou outras proteínas naturais (19).

O tratamento da xerostomia é de longa duração e relativamente exigente (19). Como tal, este requer motivação por parte do paciente (19).

Apesar das diferentes etiologias da secura oral, o tratamento não difere de acordo com a situação, exceto nos casos em que esta condição é induzida por medicamentos (24). Neste caso, a estratégia terapêutica passa por realizar a suspensão do fármaco, ou substituição por outro menos xerostómico (23).

Até ao momento, não existe um tratamento claro e eficaz para todos os casos de xerostomia (19, 23, 24).

1.4.7. Prevenção da Xerostomia

A prevenção da xerostomia tem um foco especial na educação do paciente, visando a implementação de uma higiene oral sistemática e adequada (19, 26).

Está comprovado que esta ação de educação apresenta excelentes resultados terapêuticos (19).

É recomendado evitar alimentos secos, ácidos e salgados, bem como eliminar estimulantes, de que são exemplos o tabaco e o álcool (19, 26).

Após estabelecer um correto diagnóstico e conhecendo o fator etiológico desta condição, devem ser alterados determinados grupos de fármacos e/ou as interações entre eles, se for esse o caso (19, 26).

1.5. O paciente geriátrico

1.5.1. Xerostomia no paciente geriátrico

A xerostomia afeta principalmente indivíduos com mais de 65 anos de idade (19).

O paciente geriátrico é sujeito a diversas mudanças menos favoráveis, que se desenvolvem como parte do processo fisiológico de envelhecimento, como é o caso de a redução do número de células secretoras das glândulas salivares (19).

No entanto, esta condição não é apenas o resultado do processo fisiológico de envelhecimento, mas também do aumento do número de medicamentos administrados (19, 21). Nestes casos, a boca seca tem frequentemente um impacto adverso na saúde geral, saúde oral, bem-estar e qualidade de vida de pacientes idosos e geriátricos (19, 21).

De acordo com estudos realizados, o número de pacientes geriátricos com diversas comorbidades e, conseqüentemente, polimedicados, aumentará nos próximos anos, em países industrializados, como resultado da “transição demográfica” (21). Esta situação obrigará a que problemas de maior complexidade nestes indivíduos, sejam relacionados com saúde geral ou saúde oral, necessitem de uma abordagem interdisciplinar, uma vez que as áreas da Medicina e da Medicina Dentária nem sempre terão capacidade para responder a estas questões de forma suficientemente individualizada (21).

No caso de idosos mais vulneráveis, sintomas como: mau hálito; disgeusia; sensação de boca a arder; e dificuldades ao falar, mastigar e ingerir alimentos, quando não observados de forma independente mas sim em conjunto, são fatores de risco para problemas geriátricos que, muitas vezes, levam a um ciclo de: desnutrição, isolamento social, fragilidade e dependência de cuidadores (21).

Assim, o reconhecimento e diagnóstico de patologias associadas à boca seca, quando atempadamente, têm um impacto substancial na saúde geral e bem estar dos pacientes geriátricos (21).

1.5.2. Saúde mental no paciente geriátrico

A população idosa merece um especial destaque quando o tema abordado é a saúde mental. A preocupação com esta faixa etária no que diz respeito a este tema decorre das múltiplas alterações físicas, emocionais e sociais que se verificam, que tornam os idosos uma população mais suscetível à presença de diversas doenças e alterações do estado de saúde, que se caracteriza por uma cronicidade e complexidade maior, nomeadamente do foro mental (27).

O diagnóstico de doença mental no idoso, bem como o devido tratamento, são muitas vezes dificultados pelos profissionais de saúde, cuidadores e restante comunidade, que confundem doença mental com atitudes características do processo natural e fisiológico de envelhecimento (27, 28).

Problemas de saúde mental nesta amostra populacional estão maioritariamente associados a eventos de stress e ansiedade, à presença de outras doenças e à incapacidade a diferentes níveis (27).

São fatores que contribuem para o desenvolvimento de doenças mentais no idoso: isolamento social, morte de pessoas próximas, presença de múltiplas doenças, idade avançada e baixo nível de habilitação literária. Estudos indicam também que indivíduos idosos do sexo feminino são mais suscetíveis a doença mental (27).

Devido à sua enorme prevalência na população idosa, a doença mental é um tema que deve ter a devida atenção por parte dos profissionais de saúde e

cuidadores, que devem ter formação e ser capacitados para atuar de forma interdisciplinar (27).

É também importante o desenvolvimento de ações de educação e consciencialização da população, com a finalidade de promover o envelhecimento saudável e fortalecer a rede de cuidados e apoio a esta população, envolvendo não só cuidadores e profissionais de saúde, mas também a família e a comunidade (27).

Como meio de combater o aparecimento ou evolução da saúde mental pode ser utilizada a abordagem de convívio entre idosos e dar uso a atividades de lazer como dança, atividades manuais e passeios. Isto permite uma troca de afetos, a socialização e a construção de vínculos, além de que possibilita a autonomia do idoso, produzindo satisfação aos participantes e favorecendo o envelhecimento ativo (27).

Estudos referem as vantagens da existência de um grupo terapêutico de convivência, isto é, uma intervenção psicossocial coletiva, que oferece benefícios aos participantes e no qual são identificadas necessidades específicas que nem sempre são possíveis de identificar numa abordagem individual (27).

A demência pertence à vasta lista de doenças mentais mais prevalentes na população idosa, e é uma das principais causas de incapacidade, com impacto significativo na autonomia e na qualidade de vida (QDV) desta população. As principais causas desta doença são as doenças neurodegenerativas e as doenças cerebrovasculares, sendo a Doença de Alzheimer (DA) a responsável por mais de metade dos casos de demência. Outro exemplo é a Doença de Parkinson (DP) (29).

Atualmente ainda não existe cura para a demência, seja esta neurodegenerativa ou vascular, mas os sintomas podem ser aliviados com intervenção farmacológica e não farmacológica, retardando assim a progressão da doença e melhorando a QDV do idoso. As abordagens do tratamento têm por base a sua etiologia, o perfil sintomático e o estágio da doença (29).

O tratamento farmacológico em caso de demência resulta, na maioria dos casos, em efeitos clínicos e melhorias ligeiras, por vezes caracterizados apenas por estabilização da doença ou evolução mais lenta. Desta forma, aquando da prescrição destes medicamentos, o médico deve deixar clara esta informação para os seus familiares/cuidadores (29).

Outra doença mental prevalente na população idosa é a depressão. O diagnóstico diferencial entre a depressão e a demência é difícil, o que evidencia a necessidade de instrumentos aptos, por meio de uma avaliação cognitiva, a distinguir melhor estas duas condições. No entanto, em geral, os psiquiatras têm tendência a reconhecer mais facilmente a depressão, enquanto os neurologistas identificam mais os problemas cognitivos (28).

Os sintomas neuropsiquiátricos podem preceder os sintomas cognitivos da DA, tornando-se mais comuns no estágio de demência leve (29).

A agressividade é um sintoma neuropsiquiátrico comum que pode contribuir para uma maior agitação por parte do idoso, aumentando, desta forma, a sobrecarga sentida pelo cuidador (29).

O tratamento farmacológico de sintomas neuropsiquiátricos inclui drogas específicas para a DA. Estes fármacos podem ter efeitos leves, mas ainda assim significativos sobre esses sintomas, mas um bom efeito inicial pode ser perdido ao longo de algum tempo (29).

A primeira linha de medicamentos utilizados no tratamento da agitação e agressividade são os antipsicóticos atípicos, sendo a *risperidona* a primeira escolha, seguida de *quetiapina*. Se estes falharem, a primeira opção é a *carbamazepina*, seguida do *citalopram*, seguido de *gabapentina* (29).

Outro sintoma neuropsiquiátrico comum na população idosa é o transtorno do sono na DA. Perceber qual a sua origem é essencial para um tratamento bem sucedido (29).

Se a origem for uma inversão do ciclo sono-vigília, intervenções não farmacológicas bem como o protocolo de higiene do sono podem ser úteis. Se, por outro lado, existir dor ou qualquer outro desconforto, deve-se perceber a origem (29).

Quando o sono é interrompido por delírios ou alucinações, um fármaco antipsicótico com efeitos sedativos, como é o caso da *quetiapina*, pode ser útil. Também a administração de *trazodona* pode favorecer a melhoria da qualidade do sono, ainda que com efeitos geralmente leves (29).

Delírios e alucinações podem estar presentes em até um terço dos pacientes com DA e indicam um pior prognóstico da doença, que pode resultar no aumento da incapacidade funcional e em mortalidade. No tratamento destes sintomas neuropsiquiátricos, o fármaco de primeira escolha é a *risperidona* (29).

Entre as diversas complicações que podem estar associadas à DA, há a DP, que está presente entre 9% a 70% dos casos, dependendo do estágio da doença (29).

De acordo com *National Institute for Health and Clinical Excellence in the United Kingdom*, o tratamento não farmacológico da DA recomendado é a terapia de estimulação cognitiva, que inclui uma estimulação da linguagem e da memória. Esta terapia é utilizada em muitos países e é também aprovada *pela Alzheimer's International Association* (29).

1.5.3. Uso de próteses dentárias

A capacidade mastigatória pode ficar comprometida quando existe desarmonia entre seis fatores: número de dentes na arcada, suporte oclusal, tipo e qualidade da prótese dentária, força máxima de mordida, patologias orais e tipo de dieta. Esta desarmonia pode conduzir a alterações estruturais que culminam em dificuldades na mastigação e comprometimento do processo de deglutição (30).

O processo de envelhecimento está associado a diversas complicações que comprometem o funcionamento adequado da função mastigatória, nomeadamente devido ao edentulismo (30).

No passado, devido ao desconhecimento das causas de problemas dentários bem como do diagnóstico e tratamento mais eficaz e necessário em cada caso, mas também devido à carência de tecnologia relacionada com reabilitação dentária, era comum recorrer à extração dentária quando surgia qualquer

problema, não só em dentes com patologia, mas também em dentes íntegros e vitais. Esta é a principal causa de edentulismo na população idosa e o que leva estes indivíduos a fazer uso de prótese dentária atualmente (30).

Ao aumento da esperança média de vida está associado o aumento do uso de próteses dentárias, totais ou parciais, a fim de proporcionar uma maior qualidade de vida na alimentação do idoso. No entanto, o carácter e a qualidade das restaurações protéticas e a sua relação com a qualidade de vida em pacientes que sofrem de xerostomia têm sido praticamente ignorados (25, 30).

Apesar de ser uma alternativa viável na tentativa de restabelecer a correta função mastigatória no idoso, em alguns casos, o uso de próteses dentárias pode estar associado a diversas complicações, que dependem de vários fatores, entre eles: inadaptação ou falta de retenção da prótese dentária, causando desconforto e/ou dor, dificultando o corte e trituração de alimentos, nomeadamente de consistência sólida, o que induz a preferência por alimentos pastosos, que podem comprometer a nutrição desta população (30).

Isto acontece devido à ausência de contacto dentário simultâneo e estável, dificultando a distribuição de forças oclusais, alterando assim o processo mastigatório (30).

Conclui-se, assim, que o uso de prótese dentário nem sempre é considerado satisfatório pelo usuário, sendo comum a queixa por parte dos idosos sobre a falta de adaptabilidade e desconforto (30).

O comprometimento salivar resultante da xerostomia prejudica a retenção de próteses dentárias removíveis, sejam elas totais ou parciais, conduzindo a alterações estéticas, psicológicas e funcionais (20).

Portadores de próteses totais com quadro xerostômico experienciam um elevado desconforto aquando do seu uso, não só pela falta de retenção, mas também pelo surgimento de lesões na mucosa e uma maior suscetibilidade a infeções fúngicas orais. Isto ocorre uma vez, que entre a prótese dentária e a mucosa oral, idealmente, quando em ausência de xerostomia, deve existir uma fina

camada de saliva que lubrifica e hidrata a mucosa, protegendo-a das forças e movimentos exercidos pela prótese (20).

As próteses dentárias, nomeadamente removíveis, cobrem as áreas marginais e gengivais do espaço edêntulo da mandíbula e, dependendo do número de dentes pilares ou implantes residuais, requerem essa camada fina de saliva como lubrificante e agente retentor da prótese (25).

No que diz respeito à disponibilidade reduzida de saliva em indivíduos xerostómicos portadores de próteses removíveis, é controversa a ideia de que têm uma qualidade de vida reduzida quando utilizam prótese dentária, em comparação com indivíduos sem prótese ou portadores de prótese fixa (25).

Não existe também evidência científica que suporte a suposição de que é recomendado evitar o fornecimento de próteses dentárias removíveis a estes pacientes. No entanto, é provável que em idosos que sofrem de xerostomia, o número de dentes residuais e o carácter de uma restauração protética tenha impacto negativo na qualidade de vida do mesmo (25).

Um estudo realizado em 2012 no *Departamento de Prótese Dentária do Centro Médico Universitário de Regensburg*, na Alemanha, levanta a hipótese de que a qualidade de vida em pacientes portadores de próteses removíveis ou com suporte gengival é menor quando comparado com pacientes sem prótese, com restaurações protéticas fixas ou com prótese removível dento-suportada (25).

Apesar da evidência comprovada de que a xerostomia interfere no uso de próteses dentárias, a literatura é escassa no que diz respeito a medidas de prevenção e tratamento para a população em questão (20).

No entanto, o uso de substitutos salivares é uma alternativa eficaz para esta população. Estes produtos permitem não só aumentar a viscosidade e lubrificação, como também diminuem o atrito entre os alimentos e a mucosa oral (20).

Os primeiros substitutos salivares disponíveis no mercado eram compostos por soluções aquosas iónicas, no entanto, têm evoluído para soluções mais complexas, com a adição de elementos como: fluoreto, mucinas, glicoproteínas, péptidos antimicrobianos e antifúngicos, em várias combinações. Para se

obterem resultados satisfatórios com estes produtos, é imprescindível a existência de moléculas e suplementos antimicrobianos na sua composição, de forma a simular e mimetizar ao máximo as propriedades biológicas da saliva humana (20).

No entanto, estes substitutos salivares apresentam também algumas limitações, que segundo Chambers *et al.* (20) têm destaque: a curta duração de ação devido à natureza solúvel em água, o sabor desagradável e o elevado custo associado. Dado isto, como resultado, muitos dos pacientes com xerostomia e portadores de próteses dentárias optam por beber água em vez de recorrer aos substitutos salivares/ saliva artificial (20).

1.5.4. Fármacos e polimedicação

Segundo a literatura, mais de 500 agentes farmacológicos são responsáveis por causar ou aumentar a sensação de boca seca e estima-se que, no total, 58 categorias e 71 subcategorias de medicamentos potenciem efeitos colaterais xerostómicos (21, 23).

Não só os medicamentos isolados estão na origem da xerostomia, também as interações entre grupos farmacológicos desempenham um papel no desenvolvimento desta condição (19).

De acordo com os resultados de uma pesquisa realizada na *Universidade de Reims*, quanto a fármacos administrados, o número afeta mais significativamente a secura oral do que o grupo farmacológico correspondente (nomeadamente no caso de agentes colinérgicos) (19).

A sensação subjetiva de boca seca ocorre, muitas vezes, em pacientes que tomam fármacos reguladores da tensão arterial, antidepressivos e imunossuppressores, mas também quando ocorre ingestão muitas vezes não documentada de medicamentos de venda livre e dietéticos, o que influencia e pode potenciar os riscos de o indivíduo vir a sofrer de xerostomia ou hipossalivação (21).

Esta sensação ocorre também com elevada frequência em pacientes com trombose coronariana, diabetes e doenças da tiroide, que necessitam de tomar diferentes medicamentos, isto é, que são sujeitos a polimedicação (19).

É importante lembrar que a secura oral nem sempre é sinal de verdadeira xerostomia, mas também do estado de saúde geral do paciente, causado por episódios de: febre, desidratação, insolação, vômitos ou diarreia (19).

A farmacoterapia crónica é responsável pela diminuição ou até ausência da secreção salivar. Contudo, esta alteração é reversível e cessa com a finalização da terapia (19).

Na *Tabela 1* encontram-se, listados, exemplos de agentes farmacológicos causadores de xerostomia, bem como o grupo farmacológico correspondente (19).

Tabela 1 : Exemplos de agentes farmacológicos causadores de xerostomia [e respetivos grupos farmacológicos] (5).

Agentes farmacológicos com efeitos reconhecidamente xerostómicos	Grupos farmacológicos
Diuréticos	<i>Clorotiazida, Hidroclorotiazida</i>
Antidepressivos	<i>Amitriptilina, Imipramina, Reboxetina, Cloridrato de bupropiona</i>
Anti-histamínicos	<i>Clemastina</i>
Neurolépticos /antipsicóticos	<i>Derivados de Fenotiazina, Butirofenona, Ioxanteno</i>

Broncodilatadores	γ2-adrenomiméticos, Glicocorticóides inalatórios, colinérgicos inalatórios (<i>Ipratrópio</i>)
Ansiolíticos	Derivados de Benzodiazepínicos: <i>Diazepam, Oxazepam, lorazepam</i>
Agentes colinérgicos	<i>Atropina, Homatropina, Escopolamina</i>
Agentes hipotensores / anti-hipertensores	Inibidores da enzima conversora de Angiotensina: <i>Enalapril, Captopril, Lisinopril, Perindopril</i>
Opióides	<i>Morfina, Codeína, Metadona, Petidina</i>
Imunoestimulantes	Interferon-alfa
Inibidores de apetite	<i>Sibutramina</i>

1.6. Objetivos deste estudo

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar a secura oral clínica (xerostomia) e a qualidade de vida relacionada com a saúde oral de idosos residentes em lares de terceira-idade.

Desta forma, espera-se: contabilizar os utentes com esta patologia; classificar o grau de xerostomia; e determinar a sua etiologia.

Em relação aos objetivos específicos, destacam-se:

1. Compreender as complicações relacionadas com a xerostomia;
2. Comparar a habilitação literária com o nível de literacia em saúde oral;

3. Avaliar a relação com o tempo de permanência no lar.

Com estes resultados espera-se alertar para a existência de xerostomia nesta amostra populacional e o seu impacto na qualidade de vida do idoso. Espera-se que, futuramente, se desenvolvam estratégias de diagnóstico e melhoria da saúde oral, tendo em conta as especificidades desta população.

2. Materiais e Métodos

2.1. Tipo de estudo

Este estudo piloto foi realizado em quatro fases: entrega de um folheto informativo (anexo 1), assinatura de um consentimento informado (anexo 2), realização de um questionário (anexo 3) e, por fim, observação intra-oral com base na Escala de Challacombe (anexo 4).

O folheto informativo fornecido a cada participante incluía uma breve explicação sobre a xerostomia, como melhorá-la e quais as suas causas.

Cada participante, antes de iniciar o estudo, assinou um consentimento informado - livre e esclarecido para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Neste estudo, foi utilizado um questionário, baseado no *Questionário XeQoLS* (Escala de Xerostomia e Qualidade de Vida) (31, 32).

A observação intra-oral realizada a cada um dos participantes usou a Escala de Challacombe (escala que mede o nível de secura oral clínica), desenvolvida pela King's College London Dental Institute (33).

Neste estudo, os critérios de inclusão foram: idosos residentes em instituições/lares, disponibilidade para participar e com capacidades cognitivas para responder ao questionário e participar na observação intra-oral.

Foram critérios de exclusão: a falta de consentimento por escrito e não cooperação durante o estudo.

A recolha de dados foi efetuada pela autora do estudo/investigadora principal, tendo em consideração os valores éticos e morais exigidos pelo CES, tendo-se deslocado às instituições com a devida autorização.

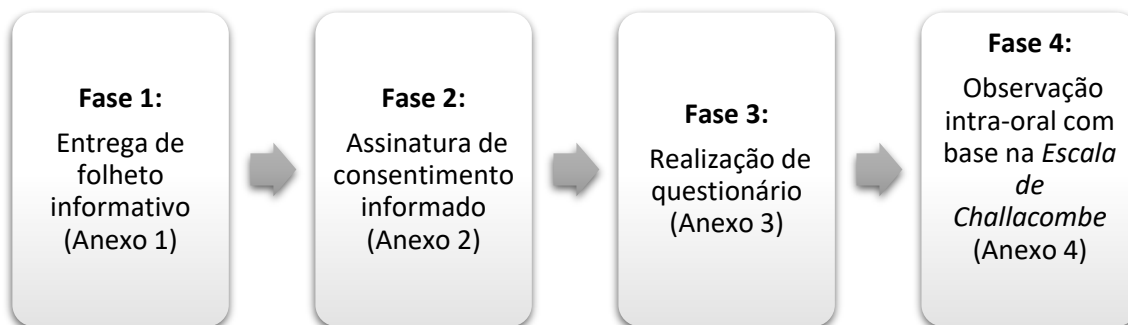


Figura 1: Sequência de procedimentos ao longo do estudo.

2.2. Variáveis em estudo

As variáveis em estudo incluíram dados sociodemográficos, características da saúde geral e da saúde oral e qualidade de vida dos participantes residentes nas instituições, diagnóstico e classificação da xerostomia.

O estudo em causa considerou-se não invasivo, pelo que não se associaram quaisquer riscos para o participante, bem como para a investigadora principal.

Como referido acima, os dados recolhidos foram tratados respeitando a confidencialidade e anonimato de cada participante, sendo de total e única responsabilidade da investigadora principal, que cumpriu os requisitos necessários para que não fosse possível identificar qualquer um dos participantes por parte de outrem.

Desta forma, foi atribuído a cada um dos participantes em estudo um código numérico-literário (como por exemplo LV-1), individual, não havendo qualquer associação perceptível entre os dados recolhidos e o participante, de forma a ser possível atribuir um titular aos devidos resultados.

Foi somente recolhida, a cada participante, informação estritamente necessária para a concretização do estudo e a obtenção de resultados conclusivos, pelo que o estudo foi realizado sem recurso a informações suplementares.

No que diz respeito ao tratamento estatístico dos dados recolhidos, manteve-se o método pressuposto da codificação numérico-literária de cada participante, de forma a garantir o anonimato de cada um dos participantes em estudo, evitando que os mesmos dados possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável.

Assim, o tratamento estatístico de todos os dados recolhidos foi da inteira responsabilidade da pessoa que obteve acesso à reversão da chave de codificação, sendo, no presente caso, o mesmo atribuído à investigadora principal.

2.3. Folheto informativo

O folheto informativo foi fornecido em formato físico e impresso, individualmente, a cada um dos participantes em estudo, antes de iniciar a recolha de dados. Este consiste num documento de duas páginas, cujo tema destacado é “saúde oral e xerostomia”, que compila um conjunto de imagens ilustrativas e informação pertinente.

Estão nele desenvolvidos um conjunto de tópicos referentes ao tema “xerostomia”: o que é; o que pode causar; qual a sua causa (mais ou menos comum); e o que se pode fazer quando sujeito a esta patologia, de forma a diminuir a sua incidência.

Após a receção do referido folheto, os participantes em estudo tiveram a oportunidade de um esclarecimento adicional relativamente ao tema, tendo total abertura para efetuar questões à investigadora principal.

2.4. Consentimento informado

O consentimento informado foi assinado por cada um dos participantes em estudo considerados no tratamento de dados, isto é, que se disponibilizaram voluntariamente e que apresentaram capacidades cognitivas para a sua assinatura legível e compreensão do estudo.

Este documento, livre e esclarecido para participação em investigação, é composto por duas páginas e foi feito em duplicado: uma via para a investigadora e outra para o participante (pessoa que consente).

Na primeira página, apresentam-se descritos sucintamente um conjunto de tópicos: título do estudo, enquadramento, explicação do estudo, condições e financiamento, confidencialidade e anonimato.

Na segunda página verifica-se o consentimento informado propriamente dito, bem como espaços designados à identificação e devida assinatura do participante em estudo, bem como da investigadora principal e data correspondente à recolha dos dados.

2.5. Questionário

O questionário utilizado divide-se em três partes e abrange um total de trinta e quatro questões, de resposta única ou múltipla e resposta simples, relacionadas com a saúde oral e com a forma como esta afeta a vida dos idosos participantes no estudo.

A primeira parte, composta por quatro questões, é referente a dados sociodemográficos: género, idade, habilitação literária e tempo de residência no lar.

A segunda parte engloba quinze questões e refere-se à saúde geral e saúde oral.

A terceira e última parte consiste no *Questionário XeQoLS* (Escala de Xerostomia e Qualidade de Vida).

Este questionário foi realizado, na íntegra, a cada um dos participantes em estudo, em formato de entrevista individual.

2.6. Escala de Challacombe

A *Escala de Challacombe* foi desenvolvida pelo *King's College London Dental Institute* e pode ser utilizada pelo Médico Dentista de forma rotineira e eficaz na avaliação e semiquantificação da gravidade da secura oral clínica (34).

Esta escala baseia-se numa pontuação clínica que lista dez características principais da boca seca e atribui um ponto para cada característica (4, 5, 10, 35).

Este método caracteriza-se pela sua simplicidade de execução e baseia-se em dez sintomas característicos relacionados com a secura oral clínica, sendo estes: [1] o espelho adere à mucosa oral; [2] o espelho adere à língua; [3] existência de saliva espumosa; [4] sem acúmulo de saliva no assoalho da boca; [5] língua com papilas encurtadas generalizadas (língua levemente despilada); [6] arquitetura gengival alterada (isto é, lisa); [7] mucosa oral com aspeto vítreo (nomeadamente o palato); [8] língua fissurada/lobulada; [9] cárie cervical (em mais de 2 dentes); e [10] detritos alimentares no palato ou aderidos à superfície dentária (12, 34).

A pontuação aditiva de cada paciente em estudo indica se se trata de uma secura oral leve (pontuação de 1 a 3), secura oral moderada (pontuação de 4 a 6) ou secura oral grave (pontuação de 7 a 10) e sugere a próxima ação a ser tomada (4, 5, 10).

2.7. População alvo

Foi utilizada uma amostra de conveniência que abrangeu idosos residentes nas instituições de residência sénior indicadas na *Tabela 2*:

- LVSC – Lar Viscondessa de São Caetano;
- CSPC- Centro Social Paroquial do Campo;
- ADSR- Associação para o desenvolvimento Social do Ramirão;
- CSPF- Centro Social e Paroquial de Forninhos;
- CSPD- Centro Social Paroquial de Dornelas;
- CRL- Centro Residencial da Lagoa.

Estas instituições estão distribuídas pelos distritos de Viseu, Guarda e Coimbra.

Ao longo da realização deste estudo foram excluídos os participantes que apresentassem analfabetismo.

Tabela 2 : Instituições de residência sénior visitadas e número total de participantes contabilizados

Instituição	Nº total de participantes contabilizados	Total
LVSC	15	70
CSPC	19	
ADSR	11	
CSPF	7	
CSPD	11	
CRL	7	

2.8. Análise estatística

Com os dados obtidos, procedeu-se à criação de uma base de dados em Excel com posterior análise descritiva e comparativa, com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences software (SPSS), versão 26.0, para Windows.

2.9. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

O presente estudo foi submetido e aprovado pela *Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa (CES-UCP)*, como adenda ao estudo nº 251 (anexo 5).

Todos e quaisquer procedimentos executados ao longo do estudo seguiram os padrões exigidos pela *Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa*.

3. Resultados

A amostra compreendeu um total de 70 participantes.

3.1. Recolha de dados nas instituições de residência sénior

Tabela 3 : Calendarização de visitas às instituições de residência sénior para recolha de dados, obtendo um total de 70 participantes contabilizados.

Instituição	Data de visita	Nº de participantes	Total
LVSC	12/12/23	13	70
LVSC	08/01/24	2	
CSPC	13/03/24	7	
CSPC	14/03/24	12	
ADSR	28/03/24	11	
CSPF	28/03/24	7	
CSPD	28/03/24	11	
CRL	06/04/24	7	

3.2. Questionários

3.2.1. Dados sociodemográficos

3.2.1.1. Género

A seguinte figura (*Figura 2*) apresenta a prevalência de género dos participantes em estudo. Através da sua análise verifica-se que a população em estudo é predominantemente do género feminino e representa 64,29% da amostra. Comparativamente, os inqueridos do género masculino representam apenas 35,71% dos participantes.

Relativamente ao género não binário/terceiro género, a prevalência é de 0%.

Foi contabilizada a amostra total (n=70).

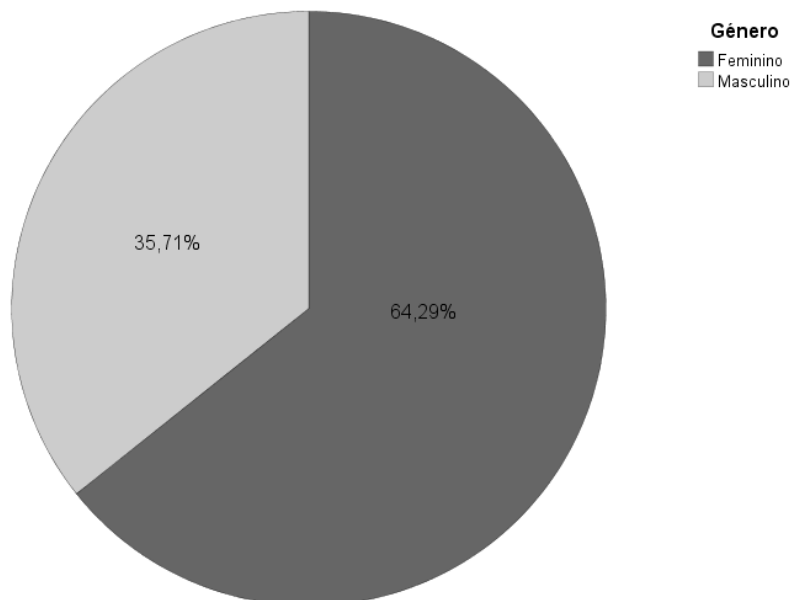


Figura 2 : Resultado da prevalência de género dos participantes, em percentagem.

3.2.1.2. Idade

A análise da figura abaixo (*Figura 3*) permite concluir que a maioria dos participantes (41,43%) têm entre 80 e 90 anos e que a prevalência de idosos com 70 a 80 anos e mais de 90 anos é a mesma (24,29%).

Idosos com idades entre menos de 60 a 70 anos constituem a minoria dos participantes em estudo.

Foi contabilizada a amostra total (n=70).

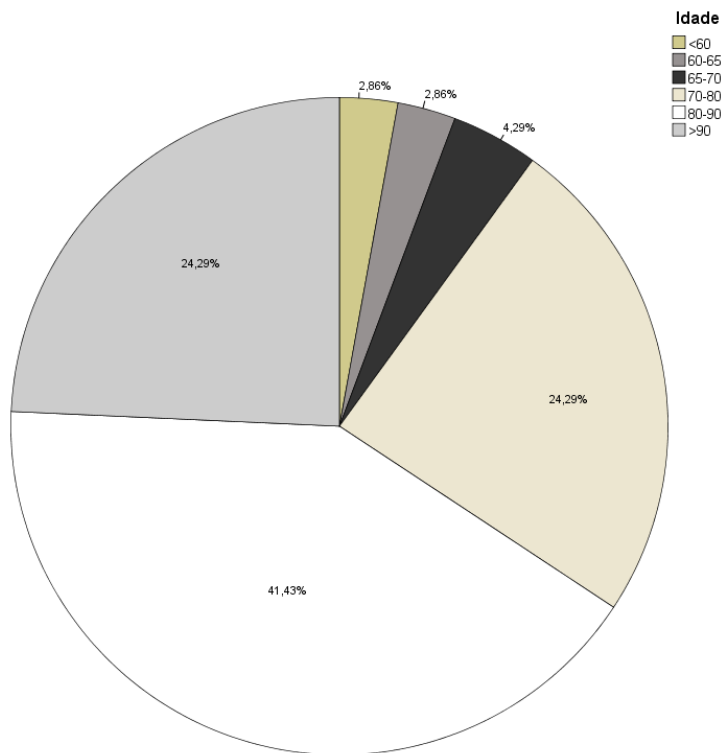


Figura 3 : Resultado da prevalência de idades (em anos) dos participantes, em percentagem.

3.2.1.3. Habilitação literária

De acordo com a figura seguinte (*Figura 4*), mais de metade dos participantes (64,29%) apresentam uma habilitação literária correspondente ao 1º Ciclo e cerca de ¼ desta população (24,29%) são analfabetos.

Os idosos com habilitação literária correspondente ao Ensino Profissional ou Técnico representam a minoria dos participantes, com uma percentagem de 2,86%.

Foi contabilizada a amostra total (n=70).

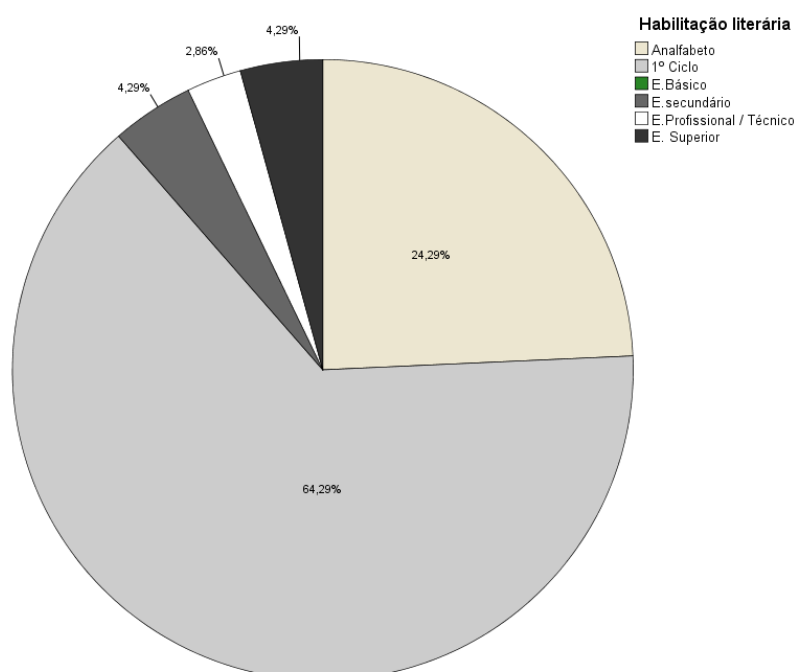


Figura 4 : Resultado da prevalência de habilitação literária dos participantes, em percentagem.

3.2.1.4. Tempo de permanência no lar

A prevalência do tempo de permanência nos lares (em anos) por parte dos participantes em estudo é possível verificar analisando a *Figura 5*.

Cerca de metade da amostra (45,71%) reside numa instituição sénior há entre 1 a 5 anos.

A prevalência de idosos residentes em lares há menos de 1 ano (22,86%) e há entre 5 a 10 anos (20%) é quase equivalente.

Apenas 11,43% da amostra reside nos lares em estudo há mais de 10 anos.

Foi contabilizada a amostra total (n=70).

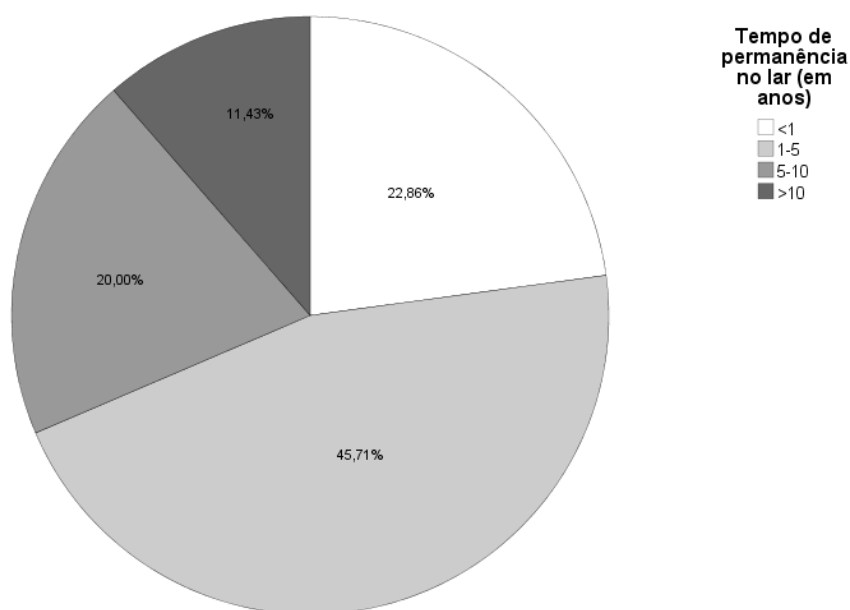


Figura 5 : Resultado da prevalência do tempo de permanência no lar (em anos) dos participantes, em percentagem.

3.2.2. Outros dados

3.2.2.1. Sentimentos mais prevalentes

Na figura abaixo (*Figura 6*) verifica-se que os sentimentos mais prevalentes na amostra populacional são a tristeza e a tranquilidade, sendo a primeira mais representativa (42,53%) do que a segunda (32,18%).

O terceiro sentimento mais relatado pelos participantes é a felicidade (13,79%) e os sentimentos menos prevalentes são a ansiedade (8,05%) e outros não especificados (3,45%).

Foi contabilizada a amostra total (n=70).

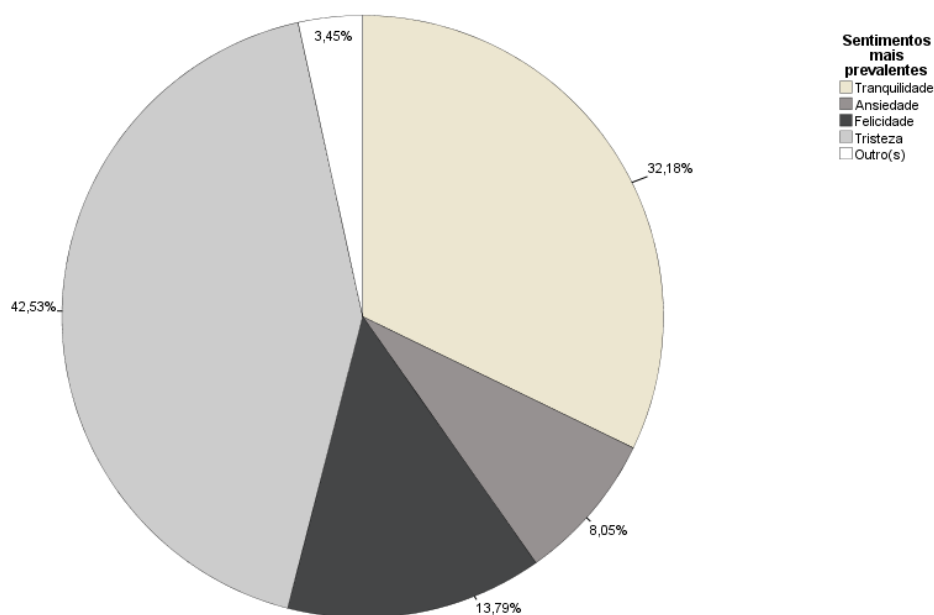


Figura 6 : Resultado dos sentimentos mais prevalentes na população residente em lares de terceira idade, em percentagem.

3.2.2.2. Utilizadores de prótese dentária

A análise da *Figura 7* permite verificar o resultado da associação entre os utilizadores de prótese dentária, o tipo de prótese dentária e a prevalência da remoção da mesma antes do sono noturno.

Conclui-se que a maioria dos participantes utiliza prótese dentária superior e inferior (78,57%), e que estes correspondem à parte da amostra que remove a(s) prótese(s) dentária(s) mais vezes antes do sono noturno.

Entre os utilizadores de prótese dentária superior (apenas), metade remove a prótese sempre antes do sono noturno (10,71%) e a outra metade ou remove poucas vezes, ou nunca (10,71%).

Não existem na amostra utilizadores de prótese dentária inferior (apenas).

Foram contabilizados apenas os participantes utilizadores de prótese(s) dentária(s) (n=28).

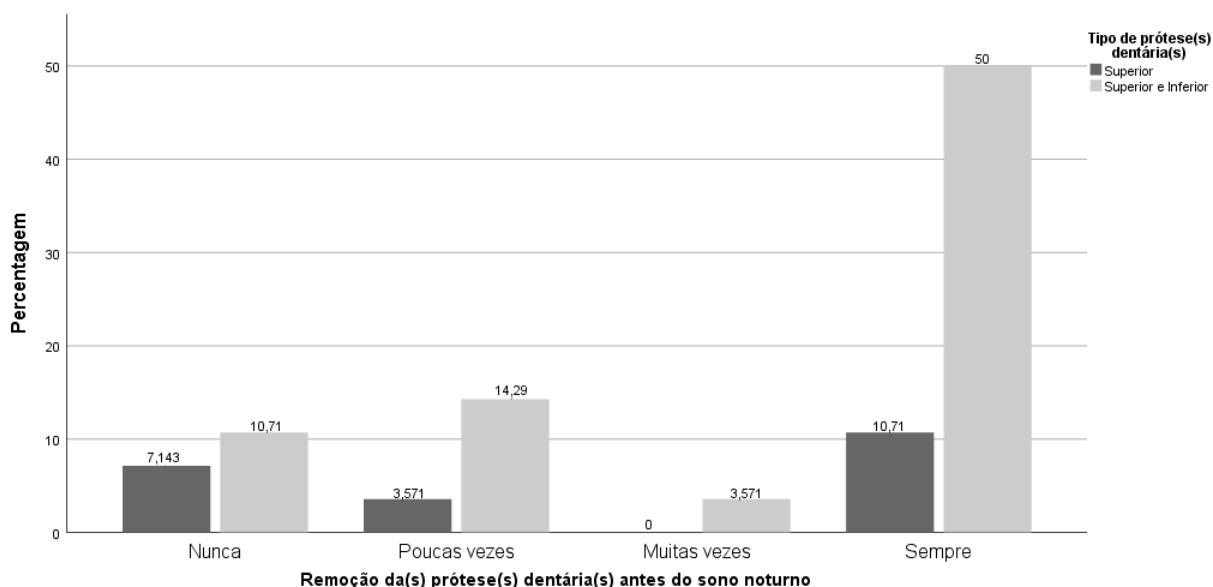


Figura 7 : Resultado da associação entre os utilizadores de prótese dentária, o tipo de prótese dentária e a prevalência da remoção da mesma antes do sono noturno, em percentagem.

3.2.2.3. Dados noturnos

O tipo de respiração noturna dos participantes (de acordo com o que foi referido, não sendo possível avaliar clinicamente) e a sua associação com o despertar durante a noite para beber água é possível verificar analisando a *Figura 8*.

Conclui-se que o tipo de respiração noturna mais representativa é a respiração mista, isto é, oral e nasal, que corresponde a mais de metade da amostra (69,56%).

O tipo de respiração noturna menos prevalente é a respiração oral (pela boca), que representa apenas 11,59%.

Os respiradores mistos são a população que mais vezes desperta durante a noite para beber água. Contrariamente, entre a amostra de respiradores orais e de respiradores nasais, a maioria desperta poucas vezes ou nunca.

Foi contabilizada a amostra total (n=70).

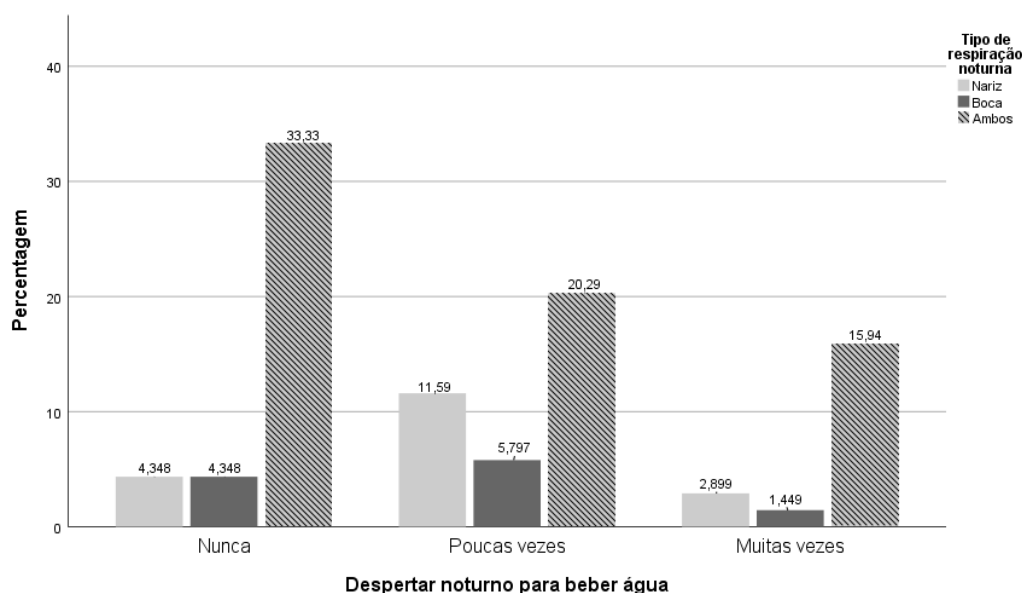


Figura 8 : Resultado do tipo de respiração noturna e a sua associação com o despertar noturno para beber água, em percentagem.

3.2.2.4. Prevalência da boca seca e associações

3.2.2.4.1. Frequência de boca seca

Na figura seguinte (*Figura 9*) está representado o resultado da associação entre a frequência de boca seca durante o dia e a frequência de boca seca durante a noite.

É possível concluir que 15,94% dos idosos que sentem muitas vezes boca seca durante o dia, sentem poucas vezes durante a noite.

Contrariamente, 17,39% dos participantes que sentem poucas vezes boca seca durante o dia, sentem muitas vezes durante a noite.

Na amostra, 2,89% dos participantes que têm sempre boca seca no período diurno, também têm sempre boca seca no período noturno.

Na amostra, 8,69% nunca sentem a boca seca, nem durante o dia, nem durante a noite.

Foi contabilizada a amostra total (n=70).

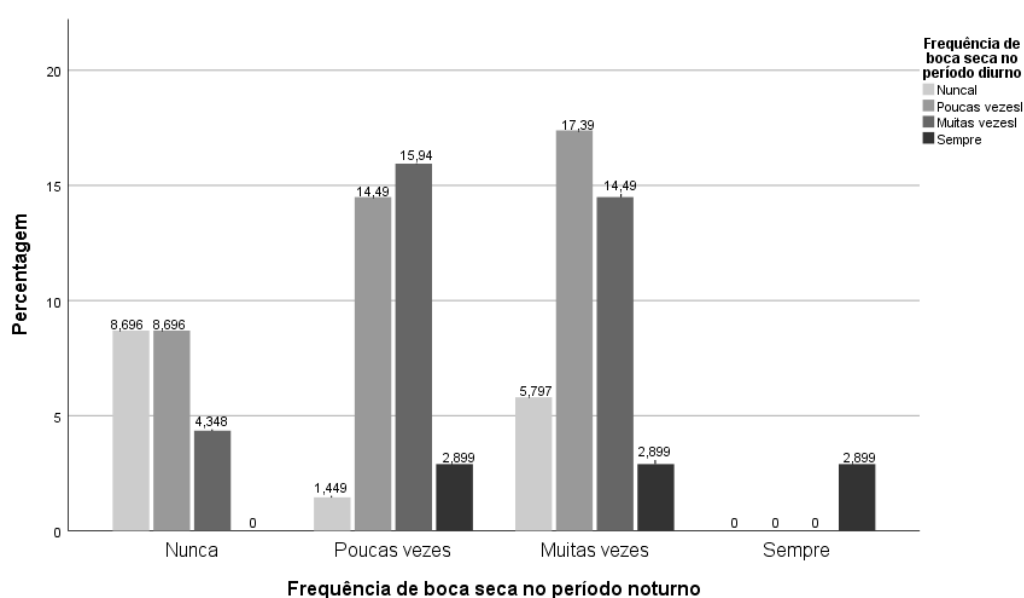


Figura 9 : Resultado da associação entre a frequência de boca seca no período diurno e noturno, em percentagem.

3.2.2.4.2. Boca seca, diabetes, radioterapia e solicitação de ajuda

Na tabela abaixo (*Tabela 4*) está representado o resultado da associação entre boca seca, diabetes, radioterapia (da cabeça e pescoço) e a solicitação de ajuda por parte dos participantes.

É possível concluir que a maioria (82,4%) dos participantes diabéticos apresentam boca seca.

Relativamente a participantes sujeitos a radioterapia, não há evidência estatística de que haja relação com a boca seca, nesta amostra populacional ($p=0.293$, teste exato de Fisher).

Da amostra em estudo que apresenta boca seca, apenas 8,7% pedem ajuda para melhorar a sintomatologia.

Foram contabilizados apenas os participantes com boca seca “muitas vezes” ou “sempre”, no período diurno ou noturno ($n=14$).

Tabela 4 : Resultado e prevalência da associação entre boca seca, diabetes, radioterapia e solicitação de ajuda, em percentagem.

		Boca seca					
		Não			Sim		
		Nº de participantes	% de boca seca	% dos domínios *	Nº de participantes	% de boca seca	% dos domínios *
Diabetes	Não	21	87,5%	39,6%	32	69,6%	60,4%
	Sim	3	12,5%	17,6%	14	30,4%	82,4%
Radioterapia	Não	23	95,8%	35,4%	42	91,3%	64,6%
	Sim	1	4,2%	20,0%	4	8,7%	80,0%
Solicitação de ajuda	Não	23	100%	35,4%	42	91,3%	64,6%
	Sim	0	0%	0%	4	8,7%	100%

*“Diabetes”, “Radioterapia” e “Solicitação de ajuda”

3.2.2.4.3. Modo de alívio da boca seca

A análise da figura seguinte (*Figura 10*) permite concluir que praticamente todos os participantes (98,31%) bebem água como meio de alívio da boca seca. Os restantes 1,69% da amostra, utilizam outro(s) método(s) não mencionado(s).

Nenhum participante refere que comer ou tirar a prótese seja uma forma utilizada para aliviar a sensação de boca seca, mas todos os participantes procuram uma solução.

Foram contabilizados apenas os participantes que responderam a pelo menos uma das opções (n=59).

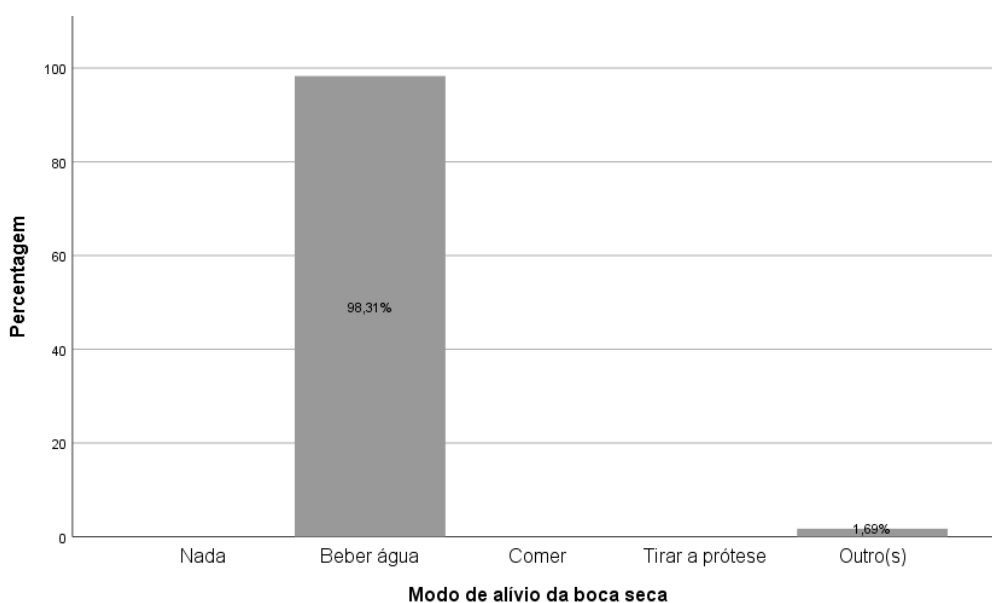


Figura 10 : Resultado do modo de alívio da boca seca mais prevalente nos participantes, em percentagem.

3.2.2.4.4. Situações mais afetadas aquando da boca seca

A *Figura 11* descreve as situações mais afetadas pela boca seca, bem como a prevalência de cada uma na amostra populacional.

Mais de metade dos participantes (54,35%) refere afetação da fala aquando da boca seca, sendo por isso, a situação mais prevalente e mais de ¼ da amostra (30,43%) refere que a boca seca afeta quando mastiga ou engole alimentos.

A minoria, isto é, apenas 6,52% dos idosos em estudo notam afetação aquando do uso de próteses dentárias concomitantemente à boca seca.

A restante população em estudo (8,696%) refere outra(s) situação/situações afetadas, sem as descrever.

Foram contabilizados apenas os participantes que responderam a pelo menos uma das opções (n=35).

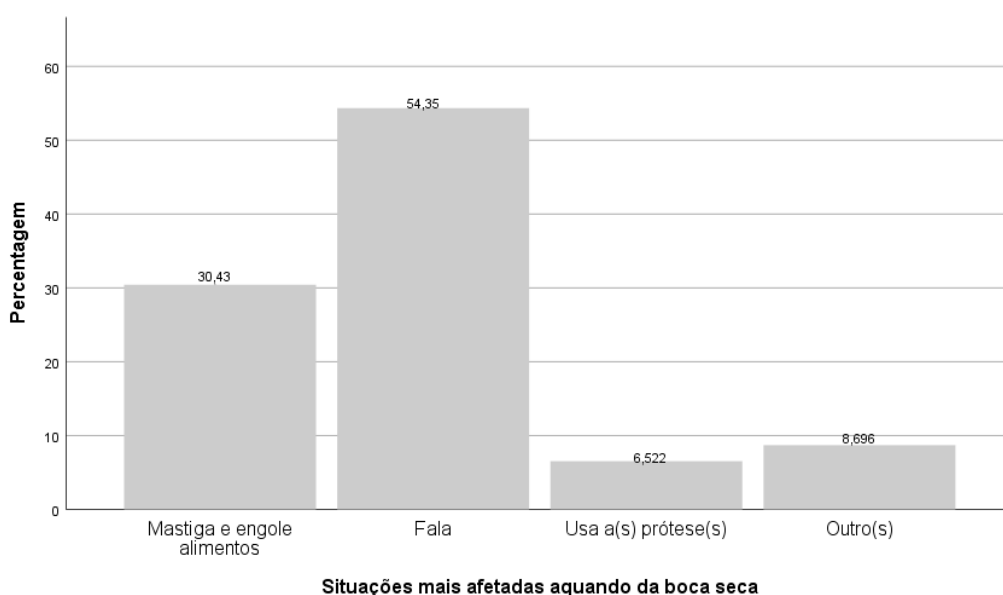


Figura 11 : Resultado e prevalência das situações mais afetadas aquando da boca seca, em percentagem.

3.2.2.4.5. Consequências associadas à sensação de boca seca (durante o dia)

As consequências associadas à sensação de boca seca durante o dia bem como a prevalência de cada uma, estão descritas na figura seguinte (*Figura 12*).

A diminuição do paladar é uma consequência relatada por mais de metade da amostra (55%), sendo a mais prevalente.

Outra parte representativa da amostra refere ter feridas na boca (20%) e 15% dos idosos sentem desconforto aquando do uso de prótese dentária.

A percentagem da amostra que refere outra(s) consequência(s) não descritas é a mesma que não refere qualquer consequência associada à sensação de boca seca (5%).

Foram contabilizados apenas os participantes que responderam a pelo menos uma das opções (n=19).

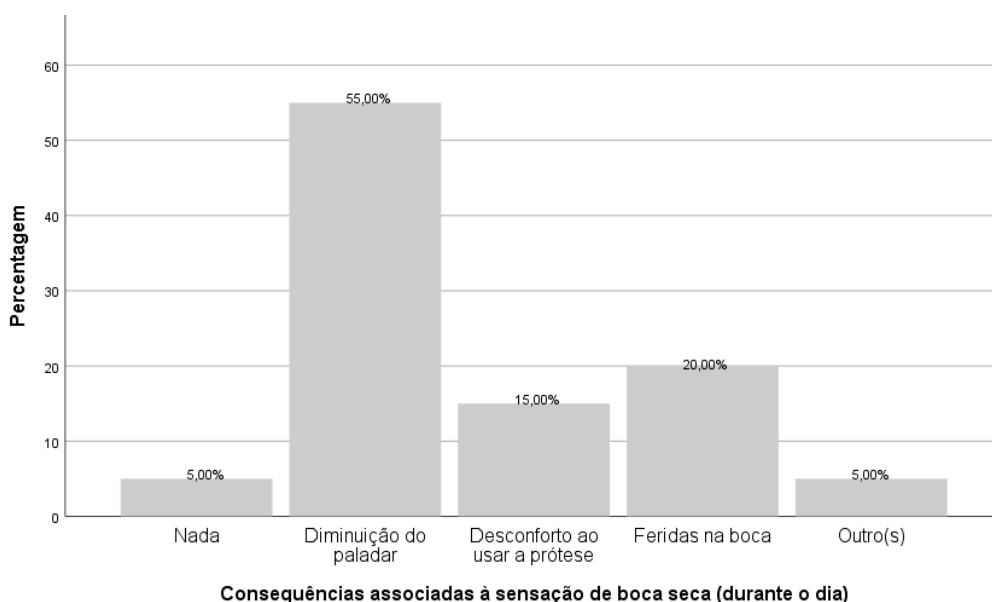


Figura 12 : Resultado e prevalência das consequências associadas à sensação de boca seca durante o dia, em percentagem.

3.2.2.4.6. Complicações intra e extra-orais no período diurno

Na *Figura 13* estão descritas complicações intra e extra-orais no período diurno, relatadas pelos participantes, bem como a frequência de cada uma na amostra.

A complicação mais prevalente entre os participantes é lábios secos e afeta mais de metade da amostra (52,70%).

Dores na boca são referidas por 20,27% da amostra e é a segunda consequência mais frequente, seguida do mau hálito, que afeta 11,57% dos participantes.

A minoria (9,459%) afirma sentir “ardência na boca” ou “sensação de boca a arder”.

Foi contabilizada a amostra total (n=70).

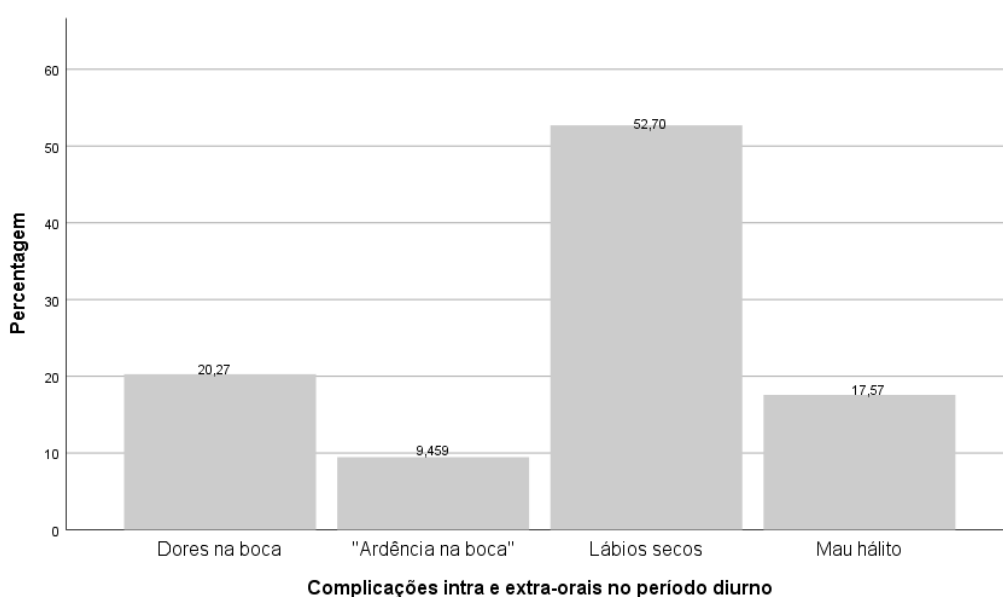


Figura 13 : Resultado e prevalência das complicações intra e extra-orais no período diurno, em porcentagem.

3.2.2.5. Medicação

Após a análise do esquema terapêutico da amostra total de participantes em estudo (n=70), listaram-se um total de 96 fármacos, dos quais 34 são fármacos com efeitos reconhecidamente xerostômicos, o que corresponde a uma prevalência de 35,5%.

Os restantes 64,5% são fármacos que, de acordo com a literatura, não produzem efeitos reconhecidamente xerostômicos.

O grupo farmacológico bem como o local de ação terapêutica de cada fármaco com efeitos reconhecidamente xerostômicos e percentagem correspondente dentro da amostra populacional, está descrito na tabela abaixo (*Tabela 5*).

Conclui-se que a maioria dos fármacos com efeitos reconhecidamente xerostômicos listados na *Tabela 4* atuam ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC).

Foram apenas contabilizados os fármacos incluídos no esquema terapêutico de mais que 1 participante (2 ou mais).

O prontuário terapêutico de cada fármaco foi consultado no “Prontuário Terapêutico Online” disponibilizado pelo INFARMED (36).

Tabela 5 : Contabilização do uso de fármacos com efeitos reconhecidamente xerostômicos por parte dos participantes e o local de ação terapêutica correspondente.

	Grupo farmacológico/tipologia	Local de ação terapêutica	Nº de fármacos correspondente	% de fármacos correspondente
Fármacos com efeitos reconhecidamente xerostômicos	Diuréticos	Aparelho excretor	1	2,9
	Antidepressivos	SNC	5	14,7
	Anti-histamínicos	Pele, olhos, nariz, garganta, brônquios, intestino	1	2,9
	Neurolépticos/Antipsicóticos	SNC	4	11,8
	Broncodilatadores	Aparelho respiratório	2	5,9
	Ansiolíticos	SNC	5	14,7
	Agentes hipotensores/Anti-hipertensores	Aparelho cardiovascular	11	32,4
	Opióides	SNC	3	8,8
	Imunoestimulantes	Sistema imunológico	2	5,9

3.2.3. Questionário XeQoLS (Escala Xerostomia e Qualidade de Vida)

A aplicação do questionário XeQoLS na população total em estudo (n=70) pressupôs a soma dos *scores* obtidos em cada um dos itens da escala, de forma a obter o *score* total e assim poder analisar o nível de qualidade de vida (QDV) dos participantes.

Segundo Henson *et al.* (31), quanto maior for o *score* total obtido através do questionário XeQoLS, menor é a QDV do indivíduo.

Como descrito na *Tabela 6*, a média do *score* total na amostra em estudo foi de $14,9 \pm 13,5$, com um mínimo de 1 e um máximo de 60.

Não se verificaram casos omissos, pelo que todos os participantes foram contabilizados (n=70).

Tabela 6 : Valores obtidos da análise dos resultados do questionário XeQoLS.

N	Válido	70
	Omisso	0
Média		14,90
Mediana		13,50
Erro Desvio		13,62
Intervalo		59,00
Mínimo		1,00
Máximo		60,00

Para a obtenção da frequência de respostas em cada domínio/item do questionário XeQoLS, segundo o autor Henson *et al.* (31), deve ser utilizada uma escala *Linkert*, com uma pontuação de 0 a 4, na qual: 0 corresponde a “nunca”, 1 corresponde a “raramente”, 2 corresponde a “por vezes”, 3 corresponde a “frequentemente” e 4 corresponde a “muito frequentemente”. À exceção do item 15, no qual 0 corresponde a “muito satisfeito(a)”, 1 corresponde a “satisfeito(a)”, 2 corresponde a “igualmente satisfeito(a)/insatisfeito(a)”, 3 corresponde a “insatisfeito(a)” e 4 corresponde a “muito insatisfeito(a)”.

A escala foi aplicada de acordo com o que cada participante tem sentido nos últimos sete dias.

Foi aplicada a mesma escala do questionário XeQoLS original (em inglês), mas de acordo com a utilizada (traduzida oficialmente para português).

Na *Tabela 7* é possível verificar que os itens do questionário XeQoLS com maior representatividade na população em estudo, isto é, com um *score* total de 70 ou mais, (a sombreado) são os itens 2,3,4,13,14 e 15. Comparativamente, verifica-se que os itens 1,5,6,7,8,9,10,11 e 12 não são tão significativos na amostra.

Associando cada item ao domínio a que pertencem, denota-se que o domínio mais afetado pela boca seca é a “cronicidade e nível de satisfação” (item 15).

Outros domínios tais como “desconforto generalizado” (item 2), “preocupação” (item 3) “socialização” (item 4), “aspetos globais” (item 14) e “felicidade” (item 15), realçam-se perante os restantes no que diz respeito à interferência da boca seca com a QDV dos participantes, pelo que são alvo de maior preocupação.

Contrariamente, o domínio menos afetado pela boca seca é o das “relações íntimas” (item 11), podendo concluir que é o domínio que menos tem interferência, no que diz respeito à boca seca, na QDV da amostra populacional.

Tabela 7 : Frequência de respostas em cada domínio/item do questionário XeQoLS.

Domínio	Nº do item	Score total
Alimentação	1	60
Desconforto generalizado	2	87
Preocupação	3	73
Socialização	4	73
Desconforto durante alimentação	5	57
Desconforto na comunicação verbal	6	67
Nervosismo	7	49
Aspeto físico	8	47
Aproveitar a vida	9	61
Atividades diárias	10	65
Relações íntimas	11	25
Paladar	12	65
Felicidade	13	70
Aspetos globais	14	71
Cronicidade e nível de satisfação	15	173

A análise da figura seguinte (*Figura 14*) permite concluir que, de acordo com Henson *et al.* (31), a maioria da amostra em estudo (74,29%) apresenta uma boa QDV, enquanto 7,14% dos participantes sentem uma maior afetação no nível da QDV devido à boca seca.

A amostra que apresenta uma afetação média do nível de QDV aquando da boca seca é de 18,57%.

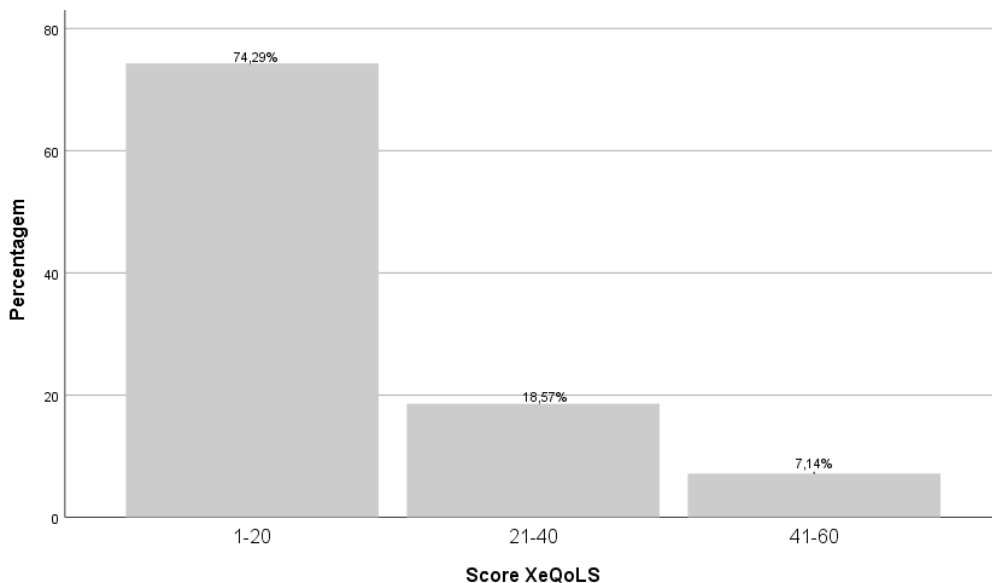


Figura 14 : Resultado e prevalência do score total obtido com o questionário XeQoLS, em percentagem.

3.2.4. Aplicação da Escala de Challacombe

A tabela abaixo (*Tabela 8*) representa a avaliação e semiquantificação da secreta oral na amostra total em estudo (n=70), bem como a percentagem correspondente.

Denota-se que 78% dos participantes apresentam um *score* entre 7-10, o que significa que a grande maioria apresenta secreta oral ou xerostomia grave.

Os restantes 22% da amostra em estudo apresentam um *score* entre 4-6, ou seja, secreta oral ou xerostomia moderada.

Não existem participantes com *score* entre 1-3, pelo que na amostra em estudo não existem participantes com secreta oral ou xerostomia leve.

Tabela 8 : Avaliação e semiquantificação da xerostomia na amostra em estudo, de acordo com a Escala de Challacombe, em percentagem.

Score	Nº de participantes	%	% total	Resultado
1	0	0	0	Secura oral leve / xerostomia leve
2	0	0		
3	0	0		
4	0	0	22	Secura oral moderada / xerostomia moderada
5	4	6		
6	11	16		
7	21	30	78	Secura oral grave / xerostomia grave
8	15	21		
9	15	21		
10	4	6		
Total	70	100	100	

4. Discussão

O aumento da esperança média de vida relaciona-se com uma preocupação crescente por parte da área da saúde no que diz respeito à verificação do quanto e como as patologias influenciam e afetam a QDV do indivíduo, nomeadamente da população idosa (37).

De uma forma geral, segundo Fernandes *et al.* (37), os estudos sobre saúde oral têm permitido concluir que os problemas associados à boca seca têm um impacto importante nos domínios: físico, social e psicológico (37).

Entre inúmeros fatores capazes de influenciar a QDV, destaca-se a xerostomia, de acordo com Jiménez *et al.* (37).

De acordo com Johansson *et al.* (37) , vários estudos realizados vieram demonstrar que o desconforto associado à xerostomia pode ter influência sobre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (OHRQL) (37).

Este estudo teve como principal objetivo avaliar e quantificar o nível de xerostomia e a sua interferência na qualidade de vida de idosos residentes em lares de terceira-idade, através da aplicação de um questionário original, do questionário XeQoLS e da escala de Challacombe.

4.1. Literacia em saúde oral

O tema “literacia em saúde” foi introduzido na década de 1970 e tem uma importância crescente no domínio da Saúde Pública e nos cuidados de saúde (38).

Literacia em saúde significa contextualizar a saúde e compreender quais os fatores que a influenciam, bem como saber abordá-los racionalmente (38).

Considera-se que um indivíduo com um nível adequado de literacia em saúde tem a capacidade de assumir responsabilidades, não só pela sua própria saúde, mas também pela saúde da família e da comunidade (38).

A inclusão de um folheto informativo pressupôs aumentar a literacia em saúde oral, nomeadamente no que diz respeito ao tema “xerostomia”, na amostra populacional. Com isto, procurou-se aumentar o interesse dos idosos em participar no estudo e também realçar a importância da xerostomia bem como as suas consequências no dia a dia dos participantes e assim aclamar a mudança de alguns hábitos e realçar algumas alterações necessárias para a melhoria da condição de boca seca e, conseqüentemente, da QDV.

4.2. Questionário original

Nos últimos 20 anos, segundo Wong *et al.* (37), desenvolveram-se diversos instrumentos para medir a influência da saúde oral na qualidade de vida da população (37).

A avaliação da xerostomia envolve, não só a história clínica do indivíduo, mas também um questionário sobre boca seca que engloba: questões sobre de sintomas, esquema terapêutico, uma avaliação do fluxo salivar e o uso de uma escala analógica visual como meio de quantificar a percepção do paciente sobre o grau e a gravidade da xerostomia, bem como os afeitos adversos que pode ter na qualidade de vida do indivíduo (39) .

Procedeu-se à criação de um questionário original abrangente, com questões sociodemográficas e outras relacionadas com a boca seca e a contabilizar a sua interferência em atividades diárias e na QDV dos participantes, bem como possíveis causas.

Sociodemograficamente, caracterizou-se a amostra com base no género, idade, habilitação literária e o tempo de permanência no lar (em anos).

Concluiu-se que a população em estudo era predominantemente do sexo feminino (64,29%), indivíduos com idades entre os 80 e 90 anos (41,43%), com uma habilitação literária correspondente ao 1º Ciclo (64,29%) e com residência nos lares há entre 1 a 5 anos.

Segundo Turner *et al.* (37), num estudo longitudinal representativo aplicado na população sueca, verificou-se um aumento quase linear da prevalência de xerostomia dos 50 aos 65 anos e uma maior prevalência no género feminino (37).

Estes resultados vieram comprovar o que está descrito na literatura relativamente ao facto de a xerostomia ser mais prevalente nas mulheres, em indivíduos a partir dos 65 anos de idade e com uma baixa literacia.

Relativamente ao tempo de permanência nos lares, não foi possível concluir concretamente que o tempo de residência em instituições sénior esteja diretamente relacionado com a xerostomia em pacientes idosos nesta população em estudo, uma vez que a janela temporal mais representativa (quase metade da amostra) foi a segunda menor e que a maior janela temporal (mais de 10 anos) foi a menos prevalente.

Outros dados foram alvo de investigação, acreditando (baseado na literacia) que poderiam estar interligados entre eles e com a condição em estudo. Verificaram-se, portanto, na amostra populacional, os domínios:

- 1) **Sentimentos mais prevalentes**, sendo a tristeza o sentimento mais prevalente na amostra (42,53%) e a ansiedade o sentimento (especificado) menos prevalente (8,05%).

A principal finalidade era relacionar sentimentos como a ansiedade a uma menor produção salivar bem como ao esquema terapêutico com inclusão de fármacos com efeitos reconhecidamente xerostómicos, como é o caso dos antidepressivos.

Contudo, com os dados obtidos, não foi possível concluir que na amostra em estudo haja comprovação da literatura (40, 41) quando associada a ansiedade à xerostomia, sendo este o sentimento visivelmente menos frequente.

- 2) **Utilizadores de prótese dentária**, bem como o tipo de prótese e a sua remoção antes do sono noturno.

Verificou-se que a parte da amostra mais representativa é a de usuários de prótese dentária superior e inferior (78,571%), e que metade dos utilizadores removem a prótese sempre antes do sono noturno (10,71%).

Segundo Enoki *et al.* (37), estudos têm concluído que a xerostomia causa problemas na retenção de próteses dentárias, afetando assim a rotina dos indivíduos com boca seca (37).

O objetivo era relacionar o uso de prótese dentária, segundo dados literários, com o aumento da sensação de boca seca e, concomitantemente, relacionar a boca seca com a dificuldade na retenção e adaptação das próteses dentárias (camada salivar imprescindível para lubrificar e fazer efeito retentivo).

A contabilização do ato de não remover a prótese dentária antes de período noturno tem como finalidade poder relacioná-lo com o surgimento ou agravamento de feridas na boca ou outras patologias orais.

De acordo com os dados obtidos, é possível afirmar que existe uma correspondência com a literatura no que diz respeito á associação do uso de prótese dentária com a xerostomia. No entanto, no que diz respeito ao descanso noturno da prótese, não é possível concluir concretamente que está relacionado com a xerostomia e outras patologias orais, uma vez que exatamente metade da amostra remove a(s) prótese(s) antes de dormir.

- 3) **Dados noturnos**, sendo estes: tipo de respiração noturna e despertar noturno para beber água.

Os resultados mostraram que, na amostra em estudo, o tipo de respiração noturna mais prevalente é a respiração mista, que corresponde a mais de metade da amostra (69,56%) e que o tipo de respiração noturna menos prevalente é a respiração oral (11,59%). Os respiradores mistos são a população que mais vezes desperta durante a noite para beber água e, contrariamente, os respiradores orais despertam maioritariamente poucas vezes.

O objetivo era relacionar a respiração oral noturna ao despertar noturno para beber água, como consequência de desidratação natural da cavidade oral.

Desta forma, uma vez que os resultados obtidos relacionam uma respiração mista a um maior despertar noturno, pode concluir-se que pode ser origem de um processo fisiológico de secura oral, isto é, que os participantes acordam para beber água durante a noite, não por terem uma respiração oral, mas sim xerostomia.

4) **Frequência de boca seca** no período noturno e no período diurno.

Verificou-se que a maior parte da amostra (15,94%) sente muitas vezes boca seca durante o dia e poucas vezes durante a noite e que a minoria (2,899%) sente sempre a boca seca, quer no período diurno, quer no noturno.

A finalidade desta avaliação era perceber a existência de boca seca na amostra populacional e verificar a sua mutabilidade ou imutabilidade nas 24h diárias, bem como associar a causa.

De acordo com os resultados obtidos, nesta população em estudo, a boca seca é mais percebida no período diurno do que noturno. Isto pode estar associado a diversas situações, nomeadamente, à desidratação oral resultante de: atividades físicas, comunicação verbal, uso de próteses dentárias, alimentação, medicação, ambiente institucional com temperaturas elevadas (42, 43).

O facto de existir uma parte da amostra com percepção constante de boca seca pode indicar que, além da influência dos fatores acima descritos, se trata de idosos com uma xerostomia mais grave e ininterrupta.

5) **Boca seca, diabetes, radioterapia e solicitação de ajuda**

De acordo com os resultados, concluiu-se que mais de $\frac{3}{4}$ dos participantes diabéticos (82,4%) apresentam boca seca.

Apenas 8,7% dos participantes já solicitaram ajuda no combate a esta patologia.

O objetivo desta avaliação era, portanto, verificar a associação, de acordo com a literatura (44, 45), da xerostomia com a diabetes e com indivíduos

sujeitos a radioterapia da cabeça e pescoço. Procurou-se também perceber a prevalência de solicitação de ajuda por parte dos participantes para combater ou diminuir a patologia.

Conclui-se assim que a diabetes é efetivamente uma patologia concomitante com a xerostomia, na amostra em estudo, o que apoia dados literários.

Por outro lado, nesta população, não se verifica uma associação entre idosos sujeitos a radioterapia da cabeça e pescoço e a existência de boca seca.

Quanto à solicitação de ajuda, conclui-se que é muito pouco prevalente na população idosa em estudo, o que pode ser interpretado como uma desvalorização da patologia ou até como a preferência por parte dos idosos de não importunar os cuidadores ou outros indivíduos prestadores de cuidados.

6) Modo de alívio da boca seca

Os resultados obtidos mostram que o modo de alívio da boca seca com maior destaque e que abrange praticamente toda a amostra em estudo (98,31%) é beber água.

O objetivo da inclusão deste domínio, além de reforçar que a hidratação é o método de eleição no combate à boca seca, era perceber se comer, tirar a prótese ou até outras atividades eram mais favoráveis aos participantes.

Segundo os resultados obtidos, realça-se que beber água é definitivamente o método mais estabelecido no combate à xerostomia, na amostra em estudo.

7) Situações mais afetadas aquando da boca seca

Verificou-se que a fala é a situação mais afetada pela boca seca e abrange mais de metade da amostra em estudo (54,35%). Mastigar e engolir alimentos é também uma atividade afetada em mais de $\frac{1}{4}$ dos idosos (30,43%).

A finalidade desta avaliação era concluir quais as situações mais afetadas pela xerostomia na população em estudo.

De acordo com os resultados obtidos é possível concluir que, apesar da afetação do uso de próteses dentárias na xerostomia como referido e concluído no tópico 2), não é das situações mais afetadas aquando da boca seca quando comparado com outras atividades como falar e comer.

8) Consequências associadas à sensação de boca seca (durante o dia)

Os resultados obtidos mostram que a diminuição do paladar é a consequência diária mais relatada dentro da amostra populacional, abrangendo mais de metade desta (55%). Quase $\frac{1}{4}$ dos idosos (20%) refere ter feridas na boca.

Apenas 5% refere não ter qualquer afetação neste domínio.

O objetivo deste domínio era, portanto, perceber quais as consequências mais prevalentes e, acima de tudo, qual a percentagem de idosos sem qualquer afetação neste domínio.

Analisando os resultados obtidos, conclui-se que pouca é a população que não refere qualquer consequência, pelo que a xerostomia afeta visivelmente diversas situações no período diurno dentro da população em estudo.

9) Complicações intra e extra-orais no período diurno

A complicação mais prevalente no período diurno, de acordo com os resultados, é lábios secos, que afeta mais de metade da população em estudo (52,70%). Dores na boca são também frequentes e abrangem 20,27% dos idosos. Tanto o mau hálito como a sensação de “ardência na boca” são também representativas na amostra.

Não houve opções de resposta omissas.

A finalidade deste domínio era, por isso, verificar a prevalência das complicações mais referidas na literatura usada.

Desta forma, é possível concluir que existem diversas complicações intra e extra-orais descritas na literatura que são efetivamente prevalentes na população idosa, principalmente as avaliadas neste domínio.

10) **Medicação**

Dos 96 fármacos recolhidos do esquema terapêutico da amostra total de participantes, 35,5% são fármacos com efeitos reconhecidamente xerostómicos e o grupo farmacológico mais prevalente são os agentes anti-hipertensores.

A causa mais comum de boca seca é o esquema terapêutico prescrito (39).

O objetivo desta avaliação era perceber se, de acordo com a literatura, a xerostomia é de facto afetada nesta amostra populacional em estudo pelo esquema terapêutico com inclusão de fármacos com efeitos reconhecidamente xerostómicos e qual a sua prevalência. Além disso, pretendia-se contabilizar qual o grupo farmacológico mais requisitado pelos médicos nesta amostra populacional.

Assim sendo, pode-se concluir que de facto este tipo de fármacos é prevalente na população idosa e que são um agente causal de xerostomia.

Outros fármacos foram recolhidos do esquema terapêutico (64,5%), ainda que possam eventualmente ser causadores de boca seca, não são produtores de efeitos reconhecidamente xerostómicos pela literatura.

4.3. Questionário XeQoLS

O questionário XeQoLS mede tanto o efeito da disfunção das glândulas salivares como a xerostomia nos quatro principais domínios da QDV relacionada com a saúde oral (46).

Este instrumento de medida consiste em 15 itens, cada um avaliado numa escala Linkert de 0 a 4 pontos, no qual pontuações mais altas indicam um quadro de xerostomia mais grave (46).

O questionário XeQoLS, segundo Henson *et al.* (31), é considerado uma escala robusta do ponto de vista investigativo. É um instrumento validado para

indivíduos com xerostomia e realça-se por apresentar propriedades psicomiméticas consistentes. Desta forma, considerou-se que esta escala seria adequada para aplicar em idosos residentes em lares de terceira-idade.

O questionário XeQoLS foi escolhido para avaliar e quantificar a interferência da xerostomia na QDV, em diversos domínios associados a idosos residentes em lares de terceira-idade, por ser curto, de fácil interpretação e também por ser tão abrangente nos critérios e ao mesmo tempo pela sua praticidade (resposta simples e rápida).

Adicionalmente procurou-se, através da sua aplicação, conhecer o grau de desconforto associado à boca seca e perceber a sua implicação na QDV dos participantes.

O tratamento dos dados obtidos através da aplicação deste questionário foi desenvolvido em duas etapas: 1) Valores obtidos da análise dos resultados do questionário XeQoLS ; e 2) Frequência de respostas em cada domínio/item do questionário XeQoLS.

1) Valores obtidos da análise dos resultados do questionário XeQoLS

A média do *score* total na amostra em estudo foi de $14,9 \pm 13,5$, com um mínimo de 1 e um máximo de 60.

Não se verificaram casos omissos, pelo que todos os participantes foram contabilizados (n=70).

O objetivo desta avaliação era perceber qual o nível de QDV que a média do *score* total da amostra nos indicava.

De acordo com os resultados, a média do *score* total da amostra em estudo aproxima-se mais da primeira metade, indicando uma boa QDV em geral, segundo a literatura (31, 32, 46).

2) Frequência de respostas em cada domínio/item do questionário XeQoLS

Associando cada item ao domínio a que pertencem, verificou-se que o domínio mais afetado pela boca seca era a “cronicidade e nível de satisfação” (item 15)

Desta forma, podemos concluir que a preocupação dos idosos em estudo é realmente existente. Quem tem boca seca tem interferência na QDV e quem não tem preocupa-se com a possibilidade de a mesma vir a interferir com a sua QDV.

No entanto, apesar da média do *score* total nos indicar que a população em estudo tem boa QDV em geral, isso pode advir de uma desvalorização ou até conformação com esta patologia, quando comparada com muitas outras doenças concomitantes prevalentes no envelhecimento, por parte dos idosos. Esta afirmação é apoiada pelos valores obtidos tanto no questionário original como na *Escala Challacombe* (abaixo).

4.4. Escala de Challacombe

O desenvolvimento de um *score* clínico semiquantitativo de xerostomia veio fornecer um método para determinar a gravidade da boca seca e de monitorizar o seu progresso ao longo do tempo. Permite também comparar a gravidade da patologia e a capacidade de resposta à intervenção terapêutica, bem como correlacionar as características clínicas da xerostomia com outras medidas (39).

A aplicação da *Escala de Challacombe* teve como finalidade contabilizar o nível de xerostomia de cada participante e assim obter a sua percentagem na amostra total (39).

Embora sejam conhecidas na literatura científica várias escalas de avaliação e quantificação da xerostomia, a *Escala de Challacombe* foi requisitada não só por ser intuitiva, mas pela simplicidade de execução e pela sua reconhecida e eficácia empírica.

Verificou-se que 78% dos participantes apresentam uma secura oral ou xerostomia grave e que os restantes 22% da amostra em estudo apresentam uma secura oral ou xerostomia moderada.

Não se verificaram participantes com secura oral ou xerostomia leve.

Com isto, é possível realçar o nível de xerostomia na população em estudo e comprovar toda a informação apoiada pela literatura no que diz respeito á prevalência desta patologia na população idosa.

5. Conclusão

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, é possível concluir que a xerostomia é de facto uma patologia relacionada com a saúde oral de elevada prevalência na população idosa e que tem uma interferência nímia na QDV desta população.

Em Portugal, o aumento da esperança média de vida e consequentemente da população idosa veio impulsionar a procura de instituições de residência sénior e, concomitantemente, um aumento substancial de lares de terceira-idade e dos seus ocupantes.

Desta forma, e sendo reconhecido pela literatura a carência de cuidados relacionados com a saúde oral não só na população em geral, mas sobretudo em instituições de residência sénior, torna-se essencial avaliar esta população.

Sendo a xerostomia uma patologia que afeta não só a cavidade oral, mas outros tantos domínios e, desta forma, a qualidade de vida dos idosos e não existindo na literatura atual um estudo com este tema e tão aprofundado, considerou-se essencial desenvolvê-lo.

Procura-se, desta forma, alertar para os níveis elevados de xerostomia em idosos residentes em lares de terceira-idade e assim estabelecer novas normas nestas instituições e quiçá desenvolver uma maior literacia oral nos cuidadores, que desempenham uma função essencial no dia a dia desta população e sobretudo em idosos com autonomia reduzida ou até inexistente. Espera-se que os cuidadores estejam cientes dos efeitos colaterais que podem advir da xerostomia e procura-se que esta última fase de vida seja o mais digna possível.

Com isto, espera-se que haja uma atenção redobrada no que diz respeito à boca seca, sendo esta uma patologia tão desvalorizada perante tantas outras doenças concomitantes nesta fase de vida. Mas quem sabe a maioria delas não interfira tanto na qualidade de vida desta população como interfere a xerostomia, daí a necessidade de a enaltecer.

Procura-se preencher lacunas no que diz respeito à saúde oral, mas também transmitir e provar a sua interferência com a saúde em geral.

Em suma, esta dissertação pretende evidenciar as necessidades da população idosa residente em lares de terceira-idade, que dependem de terceiros, sendo na sua maioria indivíduos não autônomos.

Apesar do esforço em proporcionar a melhor qualidade de vida , dado o processo natural e fisiológico de envelhecimento e a deterioração orgânica, a xerostomia deve ser diagnosticada e abordada através de protocolos clínicos que promovem o bem-estar do indivíduo.

6. Bibliografia

1. Azevedo L, Riscado P, Maia CML. A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa da literatura. HIGEIA: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr Lopes Dias. 2022;7(Ano IV):17-27.
2. Kirkwood TB. Understanding the odd science of aging. Cell. 2005;120(4):437-47.
3. Coutinho TM. Novos Velhos Olhares: Residência Sénior: Universidade da Beira Interior (Portugal); 2016.
4. Skośkiewicz-Malinowska K, Malicka B, Ziętek M, Kaczmarek U. Does oral dryness influence quality of life? Current perspectives in elderly dental care. Adv Clin Exp Med. 2019;28(9):1209-16.
5. Fonseca, A. M. Envelhecer em Portugal. Um olhar psicológico. Povos E Culturas. 2005;(10), 65-80.
6. Wongsala M, Anbäcken EM, Rosendahl S. Active ageing - perspectives on health, participation, and security among older adults in northeastern Thailand - a qualitative study. BMC Geriatr. 2021;21(1):41.
7. Lak A, Rashidghalam P, Myint PK, Baradaran HR. Comprehensive 5P framework for active aging using the ecological approach: an iterative systematic review. BMC Public Health. 2020;20(1):33.
8. Bowling A. Enhancing later life: how older people perceive active ageing? Aging Ment Health. 2008;12(3):293-301.
9. Monteiro A, Silvério A, Domingues A, Camarneiro L, Madeiras P, Ribeiro V. Indicadores para lares de idosos—os desafios da qualidade. Journal of Aging & Innovation. 2015;4(2):40-58.
10. Xu F, Laguna L, Sarkar A. Aging-related changes in quantity and quality of saliva: Where do we stand in our understanding? J Texture Stud. 2019;50(1):27-35.
11. Mendes A, Aguiar L, Pereira C, Neves P, Silva S, Teixeira JP. Qualidade do ar interior em lares de idosos em Portugal, Projeto GERIA. 2014. 2014 julho-setembro;3(9):3-6

12. Skośkiewicz-Malinowska K, Malicka B, Ziętek M, Kaczmarek U. Oral health condition and occurrence of depression in the elderly. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(41):e12490.
13. Block C, König H-H, Hajek A. Oral health and quality of life: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *BMC Oral Health*. 2022;22(1):606.
14. Levasseur M, Généreux M, Bruneau J-F, Vanasse A, Chabot É, Beaulac C, et al. Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. *BMC Public Health*. 2015;15(1):503.
15. Pickering J, Wister AV, O'Dea E, Chaudhury H. Social isolation and loneliness among older adults living in rural areas during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *BMC Geriatrics*. 2023;23(1):511.
16. Iamtrakul P, Chayphong S. Exploring the Influencing Factors on Living Alone and Social Isolation among Older Adults in Rural Areas of Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2022; 19(21).
17. León LP, Mangin JP, Ballesteros S. Psychosocial Determinants of Quality of Life and Active Aging. A Structural Equation Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020; 17(17).
18. Das P, Challacombe SJ. Dry Mouth and Clinical Oral Dryness Scoring Systems. *Prim Dent J*. 2016;5(1):77-9.
19. Tanasiewicz M, Hildebrandt T, Obersztyn I. Xerostomia of Various Etiologies: A Review of the Literature. *Adv Clin Exp Med*. 2016;25(1):199-206.
20. Costa MSd, Faria NSd, Sousa YTCS, Silva SRCd. Perception of dry mouth in adult using of removable prostheses. *Arquivos em Odontologia*. 2019;55(0).
21. Barbe AG. Medication-Induced Xerostomia and Hyposalivation in the Elderly: Culprits, Complications, and Management. *Drugs Aging*. 2018;35(10):877-85.
22. Humphrey SP, Williamson RT. A review of saliva: normal composition, flow, and function. *J Prosthet Dent*. 2001;85(2):162-9.
23. Agostini BA, Cericato GO, Silveira ERD, Nascimento GG, Costa FDS, Thomson WM, et al. How Common is Dry Mouth? Systematic Review and Meta-Regression Analysis of Prevalence Estimates. *Braz Dent J*. 2018;29(6):606-18.

24. Gil-Montoya JA, Silvestre FJ, Barrios R, Silvestre-Rangil J. Treatment of xerostomia and hyposalivation in the elderly: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016;21(3):e355-66.
25. Hahnel S, Schwarz S, Zeman F, Schäfer L, Behr M. Prevalence of xerostomia and hyposalivation and their association with quality of life in elderly patients in dependence on dental status and prosthetic rehabilitation: a pilot study. *J Dent*. 2014;42(6):664-70.
26. Auluck A. How do I Manage a Patient with Xerostomia/Dry Mouth? *J Can Dent Assoc*. 2016;82:g11.
27. Souza AP, Rezende KTA, Marin MJS, Tonhom S, Damaceno DG. Mental health promotion and protection actions aimed at the elderly in the context of primary health care: an integrative review. *Cien Saude Colet*. 2022;27(5):1741-52.
28. Reys BN, Bezerra AB, Vilela AL, Keusen AL, Marinho V, Paula E, et al. [Brief cognitive evaluation and diagnosis of dementia, depression, and psychosis in the elderly]. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2006;52(6):401-4.
29. Caramelli P, Marinho V, Laks J, Coletta MVD, Stella F, Camargos EF, et al. Tratamento da demência: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*. 2022;16.
30. Petry J, Lopes AC, Cassol K. Autoperception of food conditions of elderly dental prosthetic users. *Codas*. 2019;31(3):e20180080.
31. Henson BS, Inglehart MR, Eisbruch A, Ship JA. Preserved salivary output and xerostomia-related quality of life in head and neck cancer patients receiving parotid-sparing radiotherapy. *Oral Oncol*. 2001;37(1):84-93.
32. RSP L. Xerostomia e qualidade de vida: Tradução e validação da Xerostomia – Related Quality of Life Scale (XeQoLS) para a população portuguesa de Cuidados Paliativos [dissertação de mestrado]. Lisboa, Portugal. 2017.
33. Osailan S, Pramanik R, Shirodaria S, Challacombe SJ, Proctor GB. Investigating the relationship between hyposalivation and mucosal wetness. *Oral Dis*. 2011;17(1):109-14.

34. Chengappa RK, Narayanan VS, Khan AM, Rakaraddi MP, Puttaswamy KA, Puttabuddi JH. Utility of two methodologies in the clinical assessment of oral dryness in postmenopausal women. *J Midlife Health*. 2016;7(3):114-8.
35. Dry mouth scale launched. *British Dental Journal*. 2011;211(8):351-.
36. INFARMED. Homepage 2024 [Available from: <http://www.infarmed.pt/>].
37. Duarte LC, Cassola CP, Langlois CdO, Bighetti TI, Silva AER. Xerostomia em idosos: Influencia da qualidade de vida relacionada à saúde bucal e fatores associados. *UFPEL*; 2014. p. 38.
38. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
39. Osailan SM, Pramanik R, Shirlaw P, Proctor GB, Challacombe SJ. Clinical assessment of oral dryness: development of a scoring system related to salivary flow and mucosal wetness. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012;114(5):597-603.
40. Villa A, Wolff A, Narayana N, Dawes C, Aframian DJ, Lynge Pedersen AM, et al. World Workshop on Oral Medicine VI: a systematic review of medication-induced salivary gland dysfunction. *Oral Dis*. 2016;22(5):365-82.
41. Hakeem FF, Bernabé E, Sabbah W. Association between oral health and frailty: A systematic review of longitudinal studies. *Gerodontology*. 2019;36(3):205-15.
42. Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Williams SM. The Xerostomia Inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth. *Community Dent Health*. 1999;16(1):12-7.
43. Nederfors T. Xerostomia: prevalence and pharmacotherapy. With special reference to beta-adrenoceptor antagonists. *Swed Dent J Suppl*. 1996;116:1-70.
44. Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Ketabi M. The occurrence of xerostomia and salivary gland hypofunction in a population-based sample of older South Australians. *Spec Care Dentist*. 1999;19(1):20-3.
45. Epstein JB, Beier Jensen S. Management of Hyposalivation and Xerostomia: Criteria for Treatment Strategies. *Compend Contin Educ Dent*. 2015;36(8):600-3.

46. Bagley AF, Ye R, Garden AS, Gunn GB, Rosenthal DI, Fuller CD, et al. Xerostomia-related quality of life for patients with oropharyngeal carcinoma treated with proton therapy. *Radiother Oncol.* 2020;142:133-9.

7. Anexos

7.1. Anexo 1: Folheto informativo



Xerostomia

O que é?

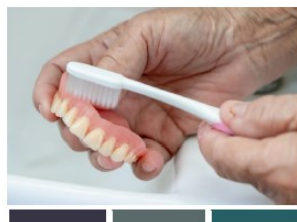
Sensação de desconforto causada por:

- Dor
- Boca seca
- “Ardência na boca”
- Lábios secos

O que pode acontecer?

- Mau hálito
- Feridas na boca
- Problemas dentários
- Dificuldades ao:
 - Mastigar, engolir, falar
 - Usar a prótese dentária

Qual a causa?



Na maioria dos casos:

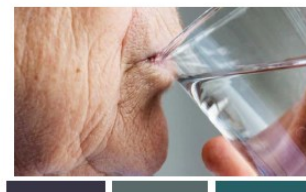
- Medicamentos
- Uso de prótese dentária

...e também por:

- Ansiedade e stress
- Diabetes não controlada
- Outras doenças

O que posso fazer?

- Beber água com regularidade
- Evitar café/álcool e tabaco
- Conversar com o seu médico acerca da medicação
- Consultar o médico dentista



7.2. Anexo 2: Consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Avaliação da xerostomia e da qualidade de vida em idosos residentes em lares de terceira-idade.

Enquadramento: Os idosos têm com frequência a sensação de boca seca (xerostomia) e, por vezes, têm pouca saliva na boca. Por esta razão podem desenvolver dificuldades na mastigação, desconforto ao usar a prótese dentária, bem como um maior risco de ter cáries (dentes podres), aftas e ardor na boca.

Explicação do estudo: Este estudo pretende desenvolver formas eficazes de melhorar a saúde oral dos idosos.

Assim, solicito autorização para:

- recolher alguns dados do participante (idade, saúde oral, saúde geral, medicação)
- breve exame clínico à boca, com avaliação do estado das gengivas e dentes.

Não se prevê qualquer risco associado a este estudo.

Condições e financiamento: Este estudo não beneficia de qualquer tipo de financiamento ou conflitos de interesse.

Confidencialidade e anonimato: O anonimato e confidencialidade dos participantes e Lares serão garantidos, sendo os dados utilizados apenas para fins académicos e de pesquisa.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento, por favor contacte o investigador **responsável**:

Patrícia Correia (pcorreia@ucp.pt)

Consentimento informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo. Permito que os dados recolhidos sejam divulgados sob forma de publicação científica, com garantia de confidencialidade e anonimato.

Nome do participante no estudo: _____

Assinatura do participante no estudo: _____

Data: __/__/__

Nome do investigador: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: __/__/__

7.3. Anexo 3: Questionário



Questionário aos utentes

Estas questões estão relacionadas com a saúde oral e com a forma como esta afeta a sua vida. Por favor, responda a estas questões escolhendo a opção que melhor descreve a sua situação nos últimos 7 dias. Este questionário deverá ser preenchido pela investigadora, em entrevista aos utentes.

Parte I

1. Género:

Feminino Masculino

2. Idade (em anos):

Menos de 60 60-65 65-70 70-80 80-90 Mais de 90

3. Habilitação literária:

Analfabeto 1º Ciclo Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Profissional/Técnico Ensino Superior

4. Residência no Lar:

Há menos de 1 ano 1-5 anos 5-10 anos Há mais de 10 anos

Parte II

1. Na maior parte do tempo, sente:

Tranquilidade Ansiedade/stress Felicidade Tristeza Outro(s)

2. Usa prótese?

Não Superior Inferior Superior e inferior

3. Durante a noite respira pelo/a:

Nariz Boca Ambos

4. Durante o dia sente a boca seca:

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

5. Durante a noite sente a boca seca:

Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

6. (Em caso de) quando sente a boca seca, o que o/a alivia é:

Beber água Comer Tirar a prótese Outro(s)

7. A boca seca afeta-o/a principalmente quando:

Mastiga e engole alimentos Fala Usa a(s) prótese(s) Outro(s)

8. Durante o dia, a boca seca causa-lhe:

Diminuição do paladar Desconforto ao usar a prótese Feridas na boca Outro(s)

9. Durante o **dia**, costuma sentir/ter:

- Dores na boca "Ardência na boca" Lábios secos Mau hálito

10. Durante a **noite** acorda para beber água:

- Nunca Poucas vezes Muitas vezes

11. À **noite**, retira a prótese para dormir:

- Nunca Poucas vezes Muitas vezes Sempre

Em relação à sua saúde:

12. Quanto à medicação que faz, quantos medicamentos toma por dia?

- Menos de 5 5-10 Mais de 10

a. Quais são?

13. Tem diabetes?

- Sim Não

14. Já foi ou é sujeito a radioterapia na cabeça e pescoço?

- Sim Não

15. Já pediu ajuda a alguém, para melhorar a sensação de boca seca?

- Sim Não

a. (Se sim) a quem?

- Médico Médico Dentista Enfermeiro Outro(s)

b. (No caso de) que medidas foram tomadas?

- Alteração ou redução da medicação Prescrição de medicamento para produzir saliva Bebe mais água Outro(s)

Questionário XeQoLs

(Escala Xerostomia e Qualidade de Vida)

Tese: Lourenço Rita, "Xerostomia e qualidade de vida: Tradução e validação da Xerostomia – Related Quality of Life Scale (XeQoLs) para a população portuguesa de Cuidados Paliativos", 2017, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

1. A secura na minha boca/garganta altera o tipo ou a quantidade de alimentos que como.

- Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

2. A secura na minha boca/garganta causa-me desconforto.

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

3. A secura na minha boca/garganta dá-me vários motivos de preocupação.

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

4. A secura na minha boca/garganta impede-me de socializar (estar com a família e os amigos).

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

5. A secura na minha boca/garganta faz-me ficar desconfortável quando como em frente a outras pessoas.

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

6. A secura na minha boca/garganta faz-me sentir desconfortável quando falo com as pessoas.

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

7. A secura na minha boca/garganta faz-me ficar nervoso(a).

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

8. A secura na minha boca/garganta faz-me ficar preocupado(a) com o aspeto dos meus dentes e boca.

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

9. A secura na minha boca/garganta impede-me de aproveitar a vida.

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

10. A secura na minha boca/garganta interfere com as minhas atividades diárias.

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

11. A secura na minha boca/garganta interfere com as minhas relações íntimas.

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

12. A secura na minha boca/garganta impede-me de saborear os alimentos que ingiro.

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

13. A secura na minha boca/garganta reduz a minha felicidade de forma geral.

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

14. A secura na minha boca/garganta afeta todos os aspetos da minha vida.

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente

15. Se passasse o resto da sua vida com a secura na boca/garganta que tem neste momento, como se sentiria em relação a isso?


Muito Satisfeito(a) Satisfeito(a) Igualmente Satisfeito(a)/Insatisfeito(a)

Insatisfeito(a) Muito Insatisfeito(a)

7.4. Anexo 4: Escala de Challacombe

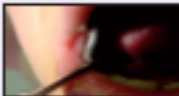



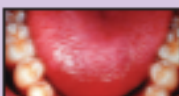
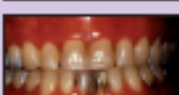



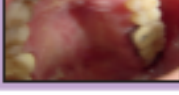
The Challacombe Scale

of Clinical Oral Dryness



The Challacombe Scale was developed from research conducted at King's College London Dental Institute under the supervision of Professor Stephen Challacombe*. The purpose of this scale is to be able to visually identify and quantify whether your patient has xerostomia (dry mouth) and if so, how it changes over time and the most appropriate therapy options. This scale is applicable whatever your profession.

The Challacombe Scale works as an additive score of 1 to 10 : 1 being the least and 10 being the most severe. Each feature scores 1 and symptoms will not necessarily progress in the order shown, but summated scores indicate likely patient needs. Score changes over time can be used to monitor symptom progression or regression.

1		<input type="checkbox"/> Mirror sticks to buccal mucosa	An additive score of 1 - 3 indicates mild dryness. May not need treatment or management. Sugar-free chewing gum for 15 mins, twice daily and attention to hydration is needed. Many drugs will cause mild dryness. Routine checkup monitoring required.
2		<input type="checkbox"/> Mirror sticks to tongue	
3		<input type="checkbox"/> Saliva frothy	
4		<input type="checkbox"/> No saliva pooling in floor of mouth	An additive score of 4 - 6 indicates moderate dryness. Sugar-free chewing gum or simple sialogogues may be required. Needs to be investigated further if reasons for dryness are not clear. Saliva substitutes and topical fluoride may be helpful. Monitor at regular intervals especially for early decay and symptom change.
5		<input type="checkbox"/> Tongue shows generalised shortened papillae (mild depapillation)	
6		<input type="checkbox"/> Altered gingival architecture (ie. smooth)	
7		<input type="checkbox"/> Glassy appearance of oral mucosa, especially palate	An additive score of 7 - 10 indicates severe dryness. Saliva substitutes and topical fluoride usually needed. Cause of hyposalivation needs to be ascertained and Sjögrens Syndrome excluded. Refer for investigation and diagnosis. Patients then need to be monitored for changing symptoms and signs, with possible further specialist input if worsening.
8		<input type="checkbox"/> Tongue lobulated / fissured	
9		<input type="checkbox"/> Cervical caries (more than two teeth)	
10		<input type="checkbox"/> Debris on palate or sticking to teeth	

* S Challacombe et al "Investigating the relationship between hyposalivation and mucosal wetness" (2011) Oral Diseases volume 17, Issue 1, Pages 109-114

© King's College London 2011



Printing supported by:

A.S Saliva Orthana - fast relief for dry mouth
www.aspharma.co.uk ■ info@aspharma.co.uk ■ 01264 332172



7.5. Anexo 5: Aprovação do estudo pelo CES-UCP



Parecer sobre o projeto nº 251 (Pedido de alteração)
Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa
Mandato 2023/2027

<p>Projeto de Investigação: Na reunião do dia 17 de janeiro de 2024, a CES-UCP apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pelo investigador, com um pedido de alteração. Após apreciação dos mesmos, redige-se o parecer que agora se apresenta.</p>
<p>Título: "Caracterização dos cuidados de saúde oral aplicados por cuidadores institucionais"</p>
<p>Investigadora Principal e Coordenadora do Projeto de Investigação: Patrícia Sofia Soares Couto, Professora da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica (Viseu). Equipa de Investigação: Investigador responsável e Orientador Professor Nélio Jorge Vieira, FMD - UCP, Viseu Co-Orientadora: Professora Maria José Serol de Brito Correia, FMD – UCP, Viseu Co-Orientadora: Professora Patrícia Sofia Soares Couto, FMD – UCP, Viseu Investigadora e Mestranda: Kaoane Aparecida Gonzaga Pedro Investigadora: Patrícia Nunes Correia Investigadora: Sara Filipa Nunes Lopes (pedido realizado em dezembro de 2023, para integração a partir de 2024)</p> <p>Investigadora: Rute Almeida (investigadora que se junta ao projeto, com CV anexo) Estão presentes CVs datados e assinados dos investigadores.</p>
<p>Pedido de alteração ao projeto, em 13 de novembro de 2023, em email remetido pelos investigadores para a CES-UCP: "Com a exceção da aluna Beatriz Carvalho Antunes (dados em baixo), a equipa de investigação mantém-se a original, a Professora Patrícia Correia será responsável pela orientação direta da aluna, o Professor Nélio Veiga e a Professora Patrícia Couto são Co-orientadores"</p> <p>Pedido de alteração ao projeto, em 4 de janeiro de 2024, em email remetido pelo investigador responsável para a CES-UCP: "Eu, Nélio Jorge Veiga, na qualidade de investigador principal do projeto "Caracterização dos cuidados de saúde oral aplicados por cuidadores institucionais", venho solicitar apenas uma alteração no projeto que passa apenas pela inclusão de um novo elemento na equipa de investigação: a aluna do 5º ano de MIMD, Rute Almeida. Envio em anexo o CV da aluna, a descrição do projeto (submetido em finais de 2022 à Comissão de Ética para a Saúde da UCP) e o parecer favorável pela Comissão de Ética para a Saúde da UCP enviado em 09/02/2023."</p> <p>Apreciação sobre os esclarecimentos submetidos pelo investigador principal: Apreciados os elementos submetidos nos dois emails apresentados à CES-UCP, a saber, o formulário de submissão à CES com informação atualizada, cv's das investigadoras e parecer anterior da CES-UCP, e considerando os dois novos elementos que agora se juntaram à equipa de investigação, acima identificados – devidamente fundamentados e com idoneidade para a prossecução dos objetivos do projeto, foi deliberada a emissão de parecer favorável às alterações solicitadas.</p>
<p>Estiveram presentes na reunião nº 3 da CES-UCP Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas Vice-Presidente: Doutora Maria Vânia Silva Nunes Doutor Nélio Veiga Doutor Tiago Macieirinha Doutora Bárbara Nazaré</p>

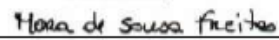
Doutora Cristina Sá Carvalho
Doutora Marta Brites
Mestre Ivone Gaspar
Dra. Soledade Carvalho Duarte

Conclusão:

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 17 de janeiro de 2024, realizada por videoconferência, esta CES delibera, por unanimidade, a emissão de Parecer Favorável.

Esta CES solicita à Investigadora Principal que, aquando da conclusão do estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados obtidos e respetivas conclusões, via eletrónica, para o correio eletrónico da CES UCP.

A Presidente,



Mara de Sousa Freitas
17/01/2024