

FATORES ASSOCIADOS A XEROSTOMIA EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS

Matheus Ferreira Andrade ¹
Manuel Antonio Gordón-Núñez ²

INTRODUÇÃO

A xerostomia ou sensação subjetiva de ressecamento oral pode estar associada ou não à diminuição do fluxo salivar (hipossalivação) (Medeiros et al, 2015; López-Pintor et al, 2016; Tanasiewicz; Hildebrandt; Obersztyn, 2016; Jillian et al, 2017).

A etiologia da xerostomia está associada a diversos fatores, tais como doenças sistêmicas, uso de medicamentos, radioterapia na região de cabeça e pescoço, deficiências vitamínicas, ansiedade, depressão e fatores de estilo de vida (Anil et al, 2016; Rech; Medeiros, 2016; Tanasiewicz; Hildebrandt; Obersztyn, 2016; Jillian et al, 2017).

Pacientes com xerostomia podem ter associação a dificuldade na deglutição, mastigação e/ou fala e pode se apresentar com ardor na boca, halitose, sabor seco, mucosa bucal seca, glossite e língua fissurada, candidíase oral e cárie dentária, como resultado, a xerostomia pode comprometer a qualidade de vida dos indivíduos afetados (Anil et al, 2016; Jillian et al, 2017).

Medidas preventivas são fundamentais para o manejo da xerostomia e da hipossalivação. Os pacientes devem ser aconselhados a manter a hidratação com consumo adequado de água, boa higiene bucal, visitas regulares ao Cirurgião-Dentista, sempre que possível, a alteração da medicação habitual para uma com menor efeito xerostomizante é também uma medida válida (Barbosa, 2015).

Considerando que é de extrema relevância o estudo das alterações da função glandular, sobretudo em pacientes na terceira idade, nos quais a queixa de xerostomia é mais comum e muitas vezes negligenciada (Medeiros et al, 2015), o presente trabalho teve como objetivo determinar e correlacionar xerostomia em relação a fatores intervenientes à sua ocorrência e severidade numa população de idosos de cidades do Curimataú Oriental do Estado da Paraíba.

METODOLOGIA

Este foi um estudo de caráter transversal analítico, da ocorrência e severidade de xerostomia em relação dados sialométricos, aspectos sistêmicos e psicológicos em idosos. A pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN e aprovado mediante o parecer 085/11.

Os voluntários foram informados sobre os objetivos e metodologia do estudo e foram convidados a participar mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e esclarecido – TCLE.

Foram coletados dados sociodemográficos, condição sistêmica e uso de medicamentos através da aplicação de questionário estruturado. Este questionário foi aplicado pelos membros da equipe de pesquisa previamente calibrados.

¹ Graduando do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - PB, ferreira.m1383@gmail.com;

² Professor orientador: Pós-doutor em Patologia Oral, Universidade Estadual da Paraíba - PB, gordonnunez162531@gmail.com.

Para definir o autorrelato de xerostomia foi utilizado o questionário para determinar a presença de xerostomia. Esse incluía o item 04 (Você sente sua boca seca), quando o paciente respondia positivamente a este item correspondia a um autorrelato de xerostomia.

Foi realizada uma avaliação oral, a qual baseou-se em três padrões de secreção oral: autorresposta no questionário de xerostomia, boca seca avaliada clinicamente e sialometria não estimulada e estimulada para verificar o fluxo salivar desses pacientes.

Para a coleta de saliva não estimulada o paciente teve de permanecer com a cabeça levemente inclinada para baixo (90 graus), sem movimentar língua ou lábios, deixando acumular saliva no assoalho da boca, para, em seguida, eliminá-la no coletor, em intervalos de um minuto, durante cinco minutos.

Seguidamente foi coletada a saliva estimulada, permanecendo o paciente sentado e com a cabeça inclinada em 90 graus, foi solicitado para mastigar alternadamente do lado direito e esquerdo da boca uma fonte estimuladora (pedaço de sugador de PVC atóxico estéril de 1 cm de comprimento, preso a 20 cm de fio dental para evitar deglutição) durante 1 minuto. A seguir desprezou-se esta saliva e solicitou-se novamente ao participante que colocasse a fonte estimuladora e continuasse mastigando. À medida que a saliva foi estimulada, a cada intervalo de um minuto o paciente a depositava no copo coletor. A taxa de fluxo salivar (sialometria) foi calculada imediatamente após a coleta, seguindo a determinação do FDI Working Group (1992). A saliva foi removida do copo coletor através de uma seringa hipodérmica descartável milimetrada e a quantidade obtida, dividida pelo tempo de coleta, sendo expressa em ml/min.

Foi aplicado o questionário “Inventário de severidade da Xerostomia” tipo Likert de 11 itens (Thomson; Williams, 2000) e validado em português por Mata et al. (2012). Os onze itens são avaliados por meio de uma escala de Likert variando de 1 a 5. A soma das respostas dos pacientes pode variar de 11 a 55, e valores mais altos correspondem a uma percepção mais pronunciada de xerostomia. Esses valores correspondem respectivamente às respostas “nunca”, “quase nunca”, “ocasionalmente”, “algumas vezes” e “muitas vezes”.

Todos os participantes foram submetidos à avaliação psicológica subjetiva visando identificar sinais de ansiedade e ou depressão, mediante o uso do Inventário de Ansiedade de Zung (1971), validado no Brasil por Gorenstein e Andrade (1996) e o Inventário de Depressão de Zung (1965) validado por Biaggio et al. (1977), uma vez que sugere-se a relação entre xerostomia e/ou hipossalivação com alterações psicológicas.

A escala de ansiedade é constituída no total por 20 questões que cobrem sintomas cognitivos, autonômicos e somáticos. Cada questão é pontuada de 1 a 4: quase nunca ou raramente; algumas vezes; maior parte das vezes; quase sempre. Destas, 15 questões apresentam um nível de ansiedade crescente, e 5 um nível de ansiedade decrescente. O paciente responde se possui o sintoma com pouca frequência ou muita frequência. Para evitar induzir o paciente a escolher sempre a mesma alternativa, 5 das 20 perguntas tem caráter negativo e outras caráter positivo para o diagnóstico.

Nessa escala, pede-se ao paciente que avalie o que sentiu nas últimas 2 semanas. Se o paciente responde o que é descrito no máximo 1 vez a cada 2 semanas ou em poucos minutos a cada dia, responda a alternativa que corresponde a "quase nunca"; Se refere assim 1 vez por semana ou por até 30 minutos a cada dia, responde "algumas vezes"; Se refere assim 2 ou 3 vezes por semana ou por até 4 horas a cada dia, responde "boa parte do tempo"; Se refere assim 4 ou mais vezes por semana por mais de 4 horas a cada dia, responde "a maior parte do tempo".

A interpretação da escala é a seguinte: 20 a 44: Normal; 45 a 49: Ansiedade leve a moderada; 60 a 74: Ansiedade intensa; 75 a 80: Ansiedade extrema.

A Escala de Depressão de Zung ou inventário de depressão, baseada nos sintomas de pacientes deprimidos, pode também servir para ajudar medir o nível de sobrecarga ou esgotamento. A escala consiste de vinte declarações, dez positivas e dez negativas. Ao lado das declarações há quatro colunas intituladas: “Quase nunca”, “Algumas vezes”, “Boa parte do tempo” e “A maior parte do tempo”. Nas perguntas negativas, a escala dá um ponto para “Quase nunca” e um ponto adicional para cada resposta seguinte. Nas perguntas positivas, os pontos são concedidos inversamente.

As pontuações de cada pergunta devem ser somadas para obter a nota do paciente. A nota deve ser interpretada desta forma: 20-22: Você é super saudável (ou está se enganando!); 23-29: Você está sentindo algum estresse; 30-39: Você está enfraquecido por um nível baixo de depressão (ou esgotamento) e precisa de alguma ajuda ou, no caso de esgotamento, de algumas mudanças sérias em sua vida; 40-59: Você está seriamente debilitado pela depressão (ou esgotamento) e precisa de aconselhamento e ajuda espiritual; 60-80: Você está praticamente paralisado pela depressão (ou esgotamento) e precisa de aconselhamento e ajuda espiritual urgente e profunda, provavelmente precisando de terapia profissional e/ou tratamento sério em relação à restauração agora, colocando um círculo no número que melhor corresponde ao seu sentimento.

A avaliação de fluxo salivar foi de acordo com a classificação citada por Maltz, Carvalho (1999) e Narayana (2007), valores sialométricos abaixo de 0.7 mL/min foram classificados baixo fluxo salivar (hipossalivação) e fluxo salivar normal (normossalivação), valores superiores a 0.7 mL/min. Este parâmetro foi empregado para assim facilitar a tabulação e avaliação dos resultados.

A análise dos dados realizou-se inicialmente mediante estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, bem como as medidas de tendência central e de variabilidade para as variáveis quantitativas. Em seguida, empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson (ou o teste exato de Fisher quando apropriado) para determinar associação entre xerostomia, hipossalivação e demais variáveis investigadas (Larson; Farber, 2016). O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Todas as análises foram conduzidas usando o software IBM SPSS Statistics versão 20.0 e considerando um intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra com 135 pessoas foi distribuída de acordo com as características sociodemográficas, tabagismo e condição sistêmica. A maioria era do sexo feminino ($n = 90$; 66,7%), tinha entre 66 e 80 anos de idade ($n = 71$; 52,6%), autodeclarou-se como negra ($n = 86$; 63,7%) e era não tabagista ($n = 107$; 79,3%). A maior parte possuía alguma doença sistêmica ($n = 113$; 83,7%), prevalecendo situações de ocorrência de diversas doenças ao mesmo tempo ($n = 64$; 56,6%).

Outra distribuição dos avaliados foi de acordo com a realização de tratamento com reposição hormonal, uso de medicamentos e conhecimento sobre xerostomia. A maioria não realizava tratamento com reposição hormonal ($n = 130$; 96,3%). Quase metade da amostra fazia uso de algum medicamento ($n = 63$; 46,7%) e poucos tinham conhecimento da relação entre medicamentos e xerostomia ($n = 27$; 20,0%).

Na avaliação da fluxometria não estimulada e estimulada, xerostomia, nível de ansiedade e de depressão, a prevalência de hipossalivação com base na fluxometria não estimulada e estimulada foi de 91,9% ($n = 124$) e 54,8% ($n = 74$), respectivamente. Relatos de xerostomia foram observados em 37,2% ($n = 32$) da amostra. Cerca de 13,4% ($n = 12$)

apresentavam algum grau de ansiedade. Além disso, verificou-se que 74,4% (n = 67) dos participantes estavam seriamente debilitados pela depressão ou esgotamento.

Os resultados também foram submetidos a uma análise bivariada. Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de xerostomia e nível de ansiedade (p = 0,038). A prevalência de xerostomia foi significativamente maior entre os idosos com ansiedade leve a moderada (66,7%) em comparação com aqueles não tinham ansiedade (22,4%). Não foram constatadas associações estatisticamente significativas ao analisar as demais variáveis (p-valores > 0,05).

Diversos estudos têm observado a ocorrência de xerostomia em associação ao aumento da idade e maior frequência no sexo feminino (Wiener et al, 2011; Hahnel et al, 2014; Barbosa, 2015; Medeiros et al, 2015). Os dados deste estudo corroboram os achados da literatura, uma que a maioria dos avaliados que relataram xerostomia eram pessoas entre 66 e 80 anos de idade, com predominância de mulheres.

Embora em muitos casos não tenham claramente identificada a causa, a xerostomia encontra-se entre os problemas que mais comumente têm um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes na terceira idade, principalmente quando ocorre associada a hipossalivação (Barbosa, 2015; Medeiros et al, 2015). No entanto, é importante salientar que essas duas manifestações não necessariamente ocorrem simultaneamente (Hahnel et al, 2014; Han; Suarez-Durall; Mulligan, 2015; Lopez-pintor et al, 2016).

Verificou-se que no presente estudo dos indivíduos que se queixaram de xerostomia e concomitantemente foram diagnosticados com hipossalivação representaram (39,2%), resultados semelhantes foram obtidos por Medeiros et al. (2015) onde a maioria dos pacientes apresentou hipossalivação, e destes, apenas 26% relatou concomitantemente a sensação de boca seca. Estes dados corroboram a literatura na ausência de associação entre quadros de xerostomia e hipossalivação, sendo importante a abordagem minuciosa do paciente, visando identificar outros fatores que estejam associados à queixa de boca seca.

O tabagismo e a ingestão frequente de álcool são hábitos de risco para xerostomia e para a redução do fluxo salivar (Han; Suarez-durall; Mulligan, 2015; Medeiros et al, 2015). Nesse contexto, os achados da pesquisa Montgomery-Cranny, Hodgson, Hegart (2014) apontaram maior ocorrência do relato de xerostomia e de hipossalivação em indivíduos fumantes (37% e 43%, respectivamente). Contrariando o antes exposto, os resultados desta pesquisa mostraram que dentre os avaliados que relataram xerostomia e/ou apresentaram hipossalivação na fluxometria não estimulada quanto na não estimulada a maioria era não fumantes ou ex-tabagistas. Nesse contexto, relata-se que os componentes tóxicos do cigarro irão causar uma mudança morfológica na estrutura das glândulas salivares, atrofiando suas células acinares e comprometendo sua função (Leal filho et al, 2013).

Por outro lado, relata-se que a xerostomia e/ou hipossalivação parecem ser efeitos colaterais de mais de 400 tipos de medicamentos (Gutierrez, 2009; Medeiros et al, 2015; Jillian et al, 2017) e consistem nas queixas bucais mais frequentes em usuários de alguns medicamentos (Silva, 2014). Dentre esses medicamentos destacam-se os anti-hipertensivos, antidepressivos, antipsicóticos, antiparkinsonianos, anticolinérgicos (Barbe et al, 2018).

A informação antes citada foi corroborada na presente pesquisa, uma vez que praticamente metade da amostra fazia uso constante de algum tipo de medicação (46,7%), dos quais, (42,9%) relataram a ocorrência de xerostomia. Resultados semelhantes aos deste estudo foram obtidos por Perker et al. (2008) que num estudo com delineamento caso-controle observaram predomínio dessa complicação estomatológica em usuários de medicamentos (46%).

Tem sido verificada associação entre condições sistêmicas e hipossalivação, incluindo problemas neurológicos, como doença de Parkinson, ansiedade e depressão, como presença

de índices reduzidos de salivagem em pacientes com essas doenças quando comparados a pacientes normorreativos (Gutierrez, 2009; Smidt et al, 2010). Os achados do presente estudo estão de acordo com a literatura, uma vez que a maioria dos relatos de xerostomia e a ocorrência de hipossalivação ocorreram em indivíduos com doenças sistêmicas, principalmente naqueles acometidos por mais de uma doença.

A depressão, uma doença biopsicossocial é apontada como um fator de risco para a ocorrência de xerostomia. A depressão, do mesmo modo, que as condições de ansiedade, medo, e o stress interferem diretamente na função salivar e podem ocasionar tanto a hipossalivação como a xerostomia (Hugo et al, 2008; Han; Suaez-Durall; Mulligan, 2015). Nesse contexto, no presente estudo foi identificada associação estatisticamente significativa entre ocorrência de xerostomia e nível de ansiedade ($p < 0,05$), predominando essa complicação estomatológicas em pessoas com ansiedade leve a moderada (66,75%).

Face ao exposto, é de suma importância valorizar a questão psicológica do paciente na terceira idade, pois os diversos fatores associados ao estresse, ansiedade e depressão podem repercutir negativamente na condição de saúde bucal e conseqüentemente na qualidade de vida desses indivíduos. Embora o tipo de abordagem metodológica utilizada neste estudo seja passível de vieses no tocante à avaliação psicológica, os questionários validados utilizados, permitiram identificar esses aspectos psicossociais que devem ser considerando quando se pesquisam fatores associados a xerostomia e/ou hipossalivação no tipo de população alvo deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a prevalência de xerostomia se mostrou elevada, porém a maioria desses não ocorreu concomitantemente com estados de hipossalivação. Ambas alterações predominaram no sexo feminino, principalmente em pessoas acometidas por várias doenças sistêmicas ou usuários frequentes de polifármacos, além de uma associação estatisticamente significativa entre ocorrência de xerostomia e nível de ansiedade.

Pesquisar e identificar as causas de xerostomia e/ou hipossalivação, revestem-se de importância, uma vez que podem auxiliar na preconização de protocolos clínicos e diagnósticos, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida de pessoas na terceira idade acometidas por essas manifestações estomatológicas e suas complicações associadas.

Palavras-chave: Xerostomia, Hipossalivação, Ansiedade, Terceira Idade.

REFERÊNCIAS

- BARBE, A.G. Xerostomia and hyposalivation in orthogeriatric patients with fall history and impact on oral health-related quality of life. *Clin Interv Aging*. v.12, n.13, p.1971-1979, 2018.
- BARBOSA, A.I.T. A xerostomia em portadores de prótese removível. Dissertação (Mestrado). Universidade do Porto, Porto, 2015.
- BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, Rio de Janeiro, Brasil, 1979.
- GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a portuguese version of the beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. v.29, n.4, p.453-7, 1996.
- GUTIERREZ, L.M.O. Avaliação de fatores associados ao diagnóstico da xerostomia e/ou queimação bucal: um estudo preliminar. Monografia (Graduação em Odontologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

HAHNEL, S. et al. 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. *Journal of Dentistry*. v.42, n.6, p.664- 70, 2014.

HAN, P.; SUAREZ-DURALL, P.; MULLIGAN, R. Dry mouth: a critical topic for older adult patients. *J Prosthodont Res*. v.59, n.1, p.6-19, 2015.

HUGO, F.N. et al. Association of chronic stress, depression symptoms and cortisol with low saliva flow in a sample of south-Brazilians aged 50 year and older. *Gerodontology*. v.25, p.18–25, 2008.

JILLIAN, W. et al. Etiology, evaluation, and management of xerostomia. *Clinics in Dermatology*. v.35, p.468-476, 2017

LARSON, R.; FARBER, B. *Estatística Aplicada*. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2016

LEAL FILHO, W.B. Efeitos da fumaça de cigarro na morfologia da glândula parótida de ratos. *Rev. bras. odontol*. v.70, n.2, p.209-12, 2013.

LÓPEZ-PINTOR, R.M. et al. Xerostomia, hyposalivation, and salivary flow in diabetes patients. *J Diabetes Res*. v. 2016, p.1-15, 2016.

MALTZ, M.; CARVALHO, J. Diagnóstico da doença cárie. In: KRIEGER, L. et al. *Promoção de saúde bucal*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

MATA, A. et al. Translation, validation, and construct reliability of a Portuguese version of the Xerostomia Inventory. *Oral Diseases*, v.18, n.3, p.293-298, 2011.

MEDEIROS, R.S.P. et al. Possíveis causas da hipossalivação em pacientes usuários de prótese dental removível. *Revista Saúde e Ciência online*. v.4, n.3, p.70-83, 2015.

MONTGOMERY-CRANNY, J.; HODGSON, T.; HEGARTY, A.M. Aetiology and management of xerostomia and salivary gland hypofunction. *British Journal of Hospital Medicine*. v.75, n.9, p.509–514, 2014.

NARAYANA, N. Xerostomia. In: PRABHU, S. R. *Medicina oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PERKER, I., et al. Clinical evaluation of medications on oral and dental health. *International Dental Journal*. v.58, n.4, p. 218-22, 2008.

RECH, C.A; MEDEIROS, A.W. Xerostomia associada ao uso de medicamentos em idosos. *J Oral Invest*. v.5, n.1, p.13-18, 2016.

SILVA, L. Xerostomia em adultos: estudo longitudinal de base populacional. *Dissertação (Mestrado)*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SMIDT, D. et al. Associations between labial and whole salivary flow rates, systemic diseases and medications in a sample of older people. *Community dentistry and oral epidemiology*. v.38, n.5, p.422-435, 2010.

TANASIEWICZ, M.; HILDEBRANDT, T.; OBERSZTYN, I. Xerostomia of Various Etiologies: A Review of the Literature. *Adv Clin Exp Med*. v.25, n.1, p.199–206, 2016.

THOMSON, W.R.; WILLIAMS, S.M. Further testing of the xerostomia inventory. *Oral medicine oral pathology*. v.89, n.1, p.46-50, 2000.

WIENER, R.C. et al. Hipossalivação e xerostomia em idosos dentados. *JADA*, v.11, n.2, 2011.