

XEROSTOMIA EM IDOSOS: INFLUENCIA DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL E FATORES ASSOCIADOS

LIZANDRA COPETTI DUARTE¹; CAROLINE DE OLIVEIRA LANGLOIS²; CAMILA PORTELA CASSOLA³; TANIA IZABEL BIGHETTI⁴; ALEXANDRE EMIDIO RIBEIRO SILVA⁵.

¹ Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Odontologia - lika211@hotmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Odontologia - caroline.o.langlois@gmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Odontologia - camila_pc_91@hotmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Odontologia- taniabighetti@hotmail.com

⁵ Universidade Federal de Pelotas – Faculdade de Odontologia- aemidiosilva@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O aumento do número de idosos no mundo, chegando atualmente a 600 milhões de pessoas tem estimulado uma crescente produção científica a respeito deste assunto. O total de idosos poderá dobrar em 2025 e chegar, em 2050, a dois bilhões de pessoas com mais de sessenta anos (WHO, 2009).

O aumento da expectativa de vida evidenciou uma preocupação por parte da área da saúde em verificar o quanto e como as doenças influenciam na qualidade de vida das pessoas. A Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida como percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (SEIDL; ZANNOL, 2004). De maneira geral, os estudos sobre saúde bucal têm reconhecido que os problemas relacionados à boca têm impacto importante nas dimensões físicas, sociais e no bem estar psicológico das pessoas (FERNANDES et al., 2006).

Dentre os fatores que podem influenciar a qualidade de vida está a xerostomia (HAHNEL et al., 2014). A xerostomia é definida como uma sensação subjetiva da secreção salivar diminuída ou ausente. Também conhecida como hipossalivação e boca seca (JIMÉNEZ et al., 2009). Em pacientes idosos, os estudos têm identificado que a xerostomia causa problemas na fala, mastigação, deglutição e retenção de próteses dentárias afetando significativamente o dia a dia das pessoas (HAHNEL et al., 2014; ENOKI et al., 2014).

A literatura tem indicado a maior prevalência de xerostomia em idosos quando comparado com pacientes mais jovens (TURNER; SHIP, 2008). Em um estudo longitudinal representativo da população sueca, houve um aumento quase linear da prevalência de xerostomia desde a idade de 50-65 anos e verificou-se também que xerostomia foi mais comum entre as mulheres. Vários estudos têm mostrado que o desconforto causado pela xerostomia pode ter uma influencia sobre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Buca (OHRQL) (JOHANSSON et al., 2010).

Diversos instrumentos foram desenvolvidos nos últimos 20 anos com o intuito de medir o quanto a saúde bucal influencia na qualidade de vida da população (WONG et al., 2002). O *Oral Health Impact Profile* –OHIP é o instrumento escolhido para o presente estudo, conforme CASTREJON et al. (2010) e JOHN et al. (2004), é um dos mais utilizados em diferentes países e o mais avançado e completo para medir o impacto na qualidade de vida. O OHIP-14 avalia sete dimensões: limitação funcional, desconforto físico, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem em decorrência da saúde bucal.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo: 1. Descrever a prevalência de xerostomia e 2. Investigar os fatores associados e as dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde bucal associadas com a xerostomia em idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família do Sul do Brasil.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é classificado como transversal. Foi realizado junto às unidades de Saúde da Família da área urbana de Pelotas – RS no período de maio de 2009 a setembro de 2010.

Os participantes do estudo foram indivíduos com 60 anos ou mais selecionados aleatoriamente de uma lista de 3.744 idosos elegíveis e cadastrados nas 23 equipes de saúde da família fornecida pelos agentes comunitários de saúde. Os critérios de inclusão desta lista foram: ser independente, conseguir realizar as atividades do dia a dia sem auxílio de um familiar ou cuidador (banhar-se, alimentar-se entre outras), caminhar e apresentar capacidade cognitiva para responder o questionário.

Para obtenção das variáveis demográficas, socioeconômicas, saúde geral, utilização dos serviços odontológicos, de percepção da necessidade de tratamento, autopercepção da saúde bucal e a qualidade de vida relacionada saúde bucal, um questionário padronizado com perguntas fechadas foi utilizado. O questionário foi testado em um estudo piloto desenvolvido em uma unidade de saúde. Após as modificações observadas no estudo piloto, as entrevistas do estudo foram realizadas no domicílio do pesquisado por entrevistadores previamente treinados. Também foram obtidas variáveis clínicas odontológicas de saúde bucal, número de dentes e uso de prótese, por meio de exames epidemiológicos realizados por um dentista treinado de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde para levantamentos epidemiológicos.

A exposição principal do estudo foi OHIP-14. Cada item tem uma pontuação de 0 a 4 pontos: “0”=nunca; “1”=quase nunca; “2”=ocasionalmente; “3”=frequentemente; e “4”=muito frequentemente.

A xerostomia, desfecho do estudo, foi obtida de um questionário composto de quatro questões fechadas: O Sr (a) bebe líquidos para auxiliar na deglutição (ato de engolir) de comidas secas; O Sr (a) sente a boca seca quanto está fazendo uma refeição?; O Sr (a) tem dificuldade quando engole a comida?; O Sr (a) percebe que a quantidade de saliva na sua boca parece ser pequena, ou nunca reparaste nisto? (FOX et al., 1987). Foi considerado com xerostomia aqueles idosos que apresentaram duas ou mais respostas positivas.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico Stata 12.0. As variáveis do estudo foram descritas por meio de frequências simples e relativas. Também foi realizada uma análise por meio de medidas de tendência central e dispersão de quais dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde bucal são mais influenciadas pela presença de xerostomia. Por fim, para a análise dos fatores associados foi utilizado o teste qui-quadrado com nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Campus Canoas sob o protocolo 2009-193H. Foi obtido o termo de consentimento livre e esclarecido de todos os participantes do estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo identificou que a maioria dos idosos era do sexo feminino (68,3%), da raça branca (71,2%), casado ou morando junto (52,6%), com renda de 1 a 1,5 salários mínimos (59,6%). A prevalência de idosos com xerostomia foi de 13,2%. As análises do estudo identificaram diferenças em relação à xerostomia para o estado civil ($p=0,022$), renda familiar em salários mínimos ($p=0,049$) utilização de serviço odontológico no último ano ($p=0,023$). Por fim, ao analisar as dimensões do OHIP, observaram-se diferenças estatísticas nas dimensões incapacidade física no item dieta insatisfatória ($p=0,006$) e na dimensão incapacidade psicológica no item dificuldade para relaxar em virtude de dentes, boca ou dentadura (0,019).

Neste estudo, a prevalência de idosos com xerostomia foi de 13,2%. JIMÉNEZ et al. (2009) relatou a prevalência de xerostomia, em aproximadamente 20% entre os indivíduos acima de 60 anos. Apesar de sua considerável prevalência na população, esta situação é muitas vezes subestimada pelo indivíduo.

No presente estudo não foi observado diferença entre os idosos que apresentavam ou não doença crônica quanto à xerostomia. A literatura tem indicado que o aumento do número de casos de xerostomia pode estar relacionado ao tratamento sistêmico para várias doenças crônicas. Este tratamento em grande número de casos é prejudicial ao aparelho glandular produtor de saliva. Assim, entre as possíveis causas desse distúrbio encontram-se doenças crônicas, como diabetes mellitus não controlada, a tuberculose crônica, cirrose biliar primária, sarcoidose, anemia hemolítica, linfoma maligno e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (JEMÉNEZ et al., 2009).

Em relação a influencia da xerostomia sobre a qualidade vida relacionada à saúde bucal, o presente estudo observou que os idosos que relataram xerostomia apresentaram maiores impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal para a dificuldade de comer qualquer alimento. HAHNEL et al. (2014), através de seu estudo piloto, enfatizou a relevância da sensação subjetiva de boca seca sobre a qualidade de vida dos pacientes idosos, indicando que é preciso estratégias eficazes para o alívio da xerostomia nestes pacientes indicando que a xerostomia é um preditor importante da qualidade de vida em pacientes idosos.

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que a prevalência de xerostomia foi de 13,2%. O estado civil, renda familiar e utilização dos serviços odontológicos estão associados com a xerostomia. As dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde bucal medidas pelo OHIP-14 associadas à xerostomia foram às incapacidades física e psicológica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTREJÓN, P. R. C.; BORGES, Y. S. S.; IRIGOYEN, C. M. E. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 27, p. 321-329, 2010.

ENOKI, K.; MATSUDA, K.; KAZUNORI, I.; MURAI, M.; YOSHIDA, M.; THOMSON, W. M. Influence of xerostomia on oral health-related quality of life in the elderly: a 5-year longitudinal study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, Chicago**, v. 117, n. 6, 2014

FERNANDES, M. J.; RUTA, D. A., OGDEN G. R.; PITTS, N. B.; OGSTON, S. A. Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. **Community Dent Oral Epidemiol**, Dinamarca, v.34, n.1, p. 53-62, 2006.

FOX; BUSCH; BAUM. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. **J Am Dent Assoc**, v.115, p. 581-584, 1987.

HAHNEL, S.; SCHWARZ, S.; ZEMAN, F.; SHAFER, 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. **Journal of dentistry**. Germany, v. 42, p. 664-670, 2014.

JIMÉNEZ, E. G.; CORDERO, M. J. A.; BARRILAO, R. G.; FERNÁNDEZ, J. M. T.; LÓPEZ, P. A. G.; FERRE, J. A. Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico. **Revisión de guías clínicas**. Granada, v.2, n.6, p. 300-304, 2009

JOHANSSON, A. K.; JOHANSSON, A.; UNELL, L.; EKBACK, G.; ORDELL, S.; CARLSSON, G. E. Self-reported dry mouth in Swedish population samples aged 50, 65 and 75 years. **Original article**, Norway, v. 29, p. 107-115, 2011.

JOHN, M. T.; KOESELL, T. D.; HUJOEL, P.; MIGLIORETTI D. L.; LERESCHE, L.; MICHEELIS, W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, Dinamarca, v.32, p. 125-132, 2004.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 580-588, 2004.

WHO. World Health Organization. What is active ageing? Switzerland, 1 out.2000 ,Acessado em Abril de 2009. Online. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html>.

WONG, M. C. M.; LO, E. C. M.; MCMILLAN, A. S. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). **Community Dent Oral Epidemiol**. Dinamarca, v. 30, p. 423-430. 2002; 30: 423–430.