

Relatório Final de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Xerostomia em pacientes idosos: Impacto em portadores de prótese removível

Ana Beatriz Fonseca Vicente

Orientadora: Prof Dr Mónica Cardoso

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Xerostomia em pacientes idosos: Impacto em portadores de prótese removível

Ana Vicente

Gandra, 2019

Declaração de Integridade

Eu, **Ana Beatriz Fonseca Vicente**, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: **“Xerostomia em pacientes idosos: Impacto em portadores de prótese removível”**.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof. Doutora Mónica Cardoso

Gandra, 2019

A aluna

Aceitação do Orientador

Eu, Mónica Alexandra Guedes Cardoso, com categoria de profissional de Professor Auxiliar Convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio titulado **Xerostomia em pacientes idosos: Impacto em portadores de prótese removível** do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Ana Beatriz Fonseca Vicente, declaro que sou de parecer favorável para que no Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes, à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 2019

O.(a) Orientador.(a)

Agradecimentos

Agradeço imenso à minha família que, sem ela, não teria chegado a esta etapa.

Aos meus amigos, pela força, presença em todos os momentos e ajuda no meu decurso académico, destacando um em especial.

À Prof. Doutora Mónica Cardoso, pela sua disponibilidade e apoio na elaboração deste projeto.

A todos os docentes que me acompanharam no ensino durante estes 5 anos de estudo especialmente aos docentes das aulas Clínicas e Estágios do último ano.

Índice

Capítulo I – Fundamentação Teórica

1. Introdução	1
2. Objetivos	1
3. Metodologia	2
4. Estado atual do conhecimento	2
4.1 Glândulas Salivares e Saliva	2
4.2 Xerostomia	4
4.3. Diagnóstico de Xerostomia	6
4.4. Tratamento da Xerostomia	8
4.5. A Xerostomia e o uso de Próteses Removíveis	12
5. Conclusão	16
6. Bibliografia	17

Capítulo II – Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

1. Introdução	22
2. Estágio em Clínica Hospitalar	22
3. Estágio em Clínica Geral Dentária	22
4. Estágio em Saúde Oral Comunitária	23
5. Considerações Finais	24

Índice de Tabelas

Tabela 1- Etiologia da Xerostomia.

Tabela 2- Sinais e Sintomas da Xerostomia.

Índice de Abreviaturas

Major- Grande Dimensão

Minor- Pequena Dimensão

pH- Potencial Hidrogeniónico

SS- Síndrome de Sjögren

PR- Prótese Removível

PT- Prótese Total

Resumo

A xerostomia, conhecida como boca seca, é um sintoma relacionado com a falta de saliva e esta pode estar associada ou não à hipossalivação. A xerostomia e a hipossalivação têm grande impacto nos portadores de prótese removível pois a retenção das próteses fica diminuída pela falta de saliva, dificultando o uso das mesmas e aumentando a incidência de lesões na mucosa onde a prótese é suportada.

Este estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida dos pacientes idosos com xerostomia portadores de prótese removível abordando os meios e métodos de diagnóstico existentes desta patologia bem como os possíveis planos de tratamento.

A pesquisa bibliográfica restringiu-se a 36 artigos científicos para a recolha da fundamentação teórica e foram incluídos 3 livros considerados pertinentes para o trabalho.

Para um correto diagnóstico, é fundamental ter em atenção os sinais e sintomas bem como o exame clínico intraoral da salivação normal dos ductos salivares, a palpação das glândulas salivares e a realização e interpretação dos meios auxiliares de diagnóstico.

O tratamento da xerostomia está muitas vezes relacionado com medidas gerais de controlo e preventivas, tratamento com substitutos salivares, tratamento com estimulantes e outros métodos alternativos como a acupuntura, a Terapia a Laser com Baixa Intensidade (TLBI), dispositivos incorporados nas próteses removíveis e intervenção cirúrgica.

É importante que nós, médicos dentistas, estejamos cientes desta patologia, principalmente em portadores de prótese removível, bem como as suas possíveis causas e fatores de risco, de modo a que possamos oferecer aos pacientes um bom diagnóstico, tratamento e acompanhamento para a melhoria da qualidade de vida destes.

Palavras-Chave: Xerostomia, Prótese Removível, Idoso, Saliva, Estimulantes Salivares.

Abstract

Xerostomia, known as dry mouth, is a symptom related to lack of saliva and may be associated or not with hyposalivation. Xerostomia and hyposalivation have a great impact on patients with removable prosthesis because the retention of the prosthesis is reduced by the lack of saliva, making it difficult to use them and increasing the incidence of lesions in the mucosa where the prosthesis is supported.

This study aims to evaluate the quality of life of elderly patients with xerostomia with removable prosthesis approaching the existing many methods of diagnosis of this pathology and as well, the treatment plans.

The bibliographical research was restricted to 36 scientific articles for the collection of theoretical basis and 3 books considered relevant for the study were included.

For a correct diagnosis, it is essential to observe the signs and symptoms as well as the intraoral clinical examination of normal salivation of the salivary ducts, palpation of the salivary glands and the realization and interpretation of the diagnostic auxiliary means.

Treatment of xerostomia is often related to general control and preventive measures, treatment with salivary substitutes, treatment with stimulants and other alternative methods such as acupuncture, Low Intensity Laser Therapy (LLLT), devices incorporated in removable prostheses and intervention surgery.

It is important that we, dentists, are aware of this pathology, especially in patients with removable prosthesis, as well as its possible causes and risk factors, so that we can offer patients a good diagnosis, treatment and follow-up for the improvement of quality of life.

Keywords: Xerostomia, Removable Prosthesis, Senior, Saliva, Salivary Stimulants.

Capítulo I – Fundamentação Teórica

1. INTRODUÇÃO

A saliva desempenha um papel importante na manutenção e prevenção da saúde oral. Esta apresenta uma ação protetora da mucosa oral devido à sua capacidade antimicrobiana contribuindo para a fonação, paladar, formação do bolo alimentar, digestão, lubrificação e retenção de próteses dentárias.

A xerostomia, conhecida como boca seca é um sintoma relacionado com a falta de saliva e pode estar ou não associada à hipossalivação.

A falta de saliva pode originar complicações na cavidade oral, tais como infeções fúngicas (por exemplo candidíase), atrofia da língua, úlceras na mucosa, aumento do volume das glândulas salivares e aumento de cáries.

Em pacientes portadores de prótese removível, a saliva tem uma ação importante como auxiliar de retenção da prótese, a xerostomia e a hipossalivação dificultam o uso da mesma podendo provocar lesões na mucosa.

Para a prevenção e tratamento da xerostomia estão incluídas além de visitas regulares ao médico dentista, aconselhamento nutricional, ingestão de grandes quantidades de água ou utilização de substitutos salivares tais como a pilocarpina e outros métodos alternativos como a acupuntura, a Terapia a Laser com Baixa Intensidade (TLBI), dispositivos incorporados nas próteses removíveis e intervenção cirúrgica.

2. OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto da xerostomia nos idosos, nomeadamente nos portadores de prótese removível, abordando os métodos de diagnóstico existentes desta patologia bem como os possíveis tratamentos.

3. METODOLOGIA

A execução deste trabalho teve origem numa pesquisa bibliográfica utilizando o motor de busca do Google Académico, PubMed, NCBI, EBSCO, Springer e Scielo de artigos com limitação de ano entre 2000 a 2019 assim como a utilização de 3 livros considerados pertinentes cujos títulos são "Pocketbook of Oral Disease", "Cawson – Essentials of oral pathology and oral medicine" e "Anatomia & Fisiologia".

As palavras-chave utilizadas durante a pesquisa foram: "Xerostomia", "Hyposalivation", "Removable dentures and xerostomia", "Xerostomia ethiology, diagnosis and treatment" e "Prostodontic and Xerostomia".

Foi também utilizado como ferramenta de busca o site Prontuário Terapêutico da Infarmed-
<https://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>.

Na realização da pesquisa foram encontrados 62 artigos e excluídos 26 artigos após a leitura do resumo, por terem sido considerados não relevantes para a revisão narrativa.

4. ESTADO ATUAL DO CONHECIMENTO

4.1 Glândulas Salivares e Saliva

As glândulas salivares são responsáveis pela produção de saliva combinada de fluidos serosos e mucosos que possui funções digestivas, lubrificantes e protetoras. A parótida, submandibular e sublingual são as 3 glândulas salivares de grande dimensão (major), mas existem também glândulas salivares de pequena dimensão (minor) que se encontram especialmente nos lábios, no ventre da língua e no palato mole. (1,2)

Todas as glândulas salivares major são constituídas por glândulas alveolares compostas ramificadas, com cachos de alvéolos que se assemelham a cachos de uvas. (1)

A glândula parótida é a maior glândula salivar, produz 25% de toda a saliva que é secretada na boca, é puramente serosa e rica em amílase e localiza-se anteriormente à orelha e atrás do ramo da mandíbula nos dois lados da cabeça. O seu ducto (Ducto de Stenon), abre-se na face anterior da glândula, dirige-se anteriormente sobre o músculo masséter e trespassa o músculo bucinador, entrando na cavidade oral ao nível do segundo molar superior,

podendo ser facilmente palpado com o dedo no interior da boca, quando ele está entreaberto. (1)

A glândula submandibular é mista, composta por mais alvéolos serosos do que mucosos e situa-se na porção posterior do bordo inferior da mandíbula, abaixo do assoalho da boca apresentando um ducto excretor (Ducto de Wharton) que drena abaixo da língua nas carúnculas sublinguais. (1)

A glândula sublingual, a menor das 3 glândulas salivares major, é mista, constituída por mais alvéolos mucosos do que serosos, apresenta a forma de uma pequena amêndoa e encontra-se situada entre o assoalho da boca e o músculo milo-hióideo. O ducto principal desta glândula é o ducto de Bartholin que se une às glândulas submandibulares para drenar saliva mucosa. (1)

A saliva é o principal mecanismo de proteção para os tecidos orais e a sua maior parte, cerca de 99% é constituída por água e cerca de 1% composta por ptialina, lactoferrina, lisozima, gustina, amilase, lipase, albumina, histatina, mucinas, imunoglobulinas (IgA, IgG e IgM) e iões como por exemplo, Cálcio, Sódio, Potássio e Ferro. (3)

Entre os componentes orgânicos, a mucina (glicoproteína), graças à sua elevada viscosidade, exerce um papel protetor de grande eficiência, lubrificando a mucosa oral, aglutinando as partículas alimentares e microrganismos tendo também um elevado poder tampão, contribuindo para a manutenção do pH a 6,9 (neutro). (3)

A saliva possui também como função a lubrificação, a autolimpeza da boca, a ação antimicrobiana, a digestão de amido, o balanço hídrico sistémico, a excreção de toxinas, a percepção gustativa de alimentos, a neutralização dos ácidos bucais e a remineralização dos dentes. (4)

4.2 Xerostomia

A xerostomia é um sintoma relacionado com a falta de saliva e esta pode estar ou não associada à hipossalivação pelo facto de alterações na qualidade da saliva, ou seja, desequilíbrios na sua composição podem induzir a sensação de boca seca sem, contudo, haver diminuição notável do fluxo salivar. (4-6)

A presença da xerostomia na população idosa é notória, ao que acresce o facto desta população ser polimedicada. A polimedicação nos idosos pode ser a justificação da xerostomia ter maior prevalência nos idosos em comparação com os adultos jovens. (6,7)

A prevalência da xerostomia é mais elevada no sexo feminino do que no sexo masculino e mais frequente na população idosa com idade superior a 60 anos. (5,6,8)

Esta patologia é mais comum em pacientes que tomam medicação xerostômica e que apresentam doenças ou distúrbios, tais como, Síndrome de Sjögren, Diabetes Mellitus, desnutrição, alcoolismo, bulimia, anorexia, alterações hormonais, ansiedade, depressão e tratamentos de radioterapia em lesões malignas. (4,5,7)

A xerostomia é multifatorial, sendo difícil especificar a sua etiologia, no entanto as possíveis causas de xerostomia incluem diversos fatores (tabela 1).

Etiologia
Desidratação, hemorragias severas, vômito e diarreia persistentes. Alterações hormonais, apneia do sono e hábito de respiração oral. Doenças crónicas como Diabetes Mellitus, a Insuficiência Renal Crónica (IRC) e Doença de Enxerto X hospedeiro. Doenças autoimunes como o Síndrome de Sjögren, Infecção por HIV e por HCV, Sarcoidose e Amiloidose. Tratamentos radioterápicos e quimioterápicos. Uso contínuo de medicamentos xerostómicos. Fatores que interferem no sistema nervoso autónomo como as emoções, a Doença de Parkinson, Alzheimer e depressão.

Tabela 1 – Etiologia da Xerostomia. (4,6-9)

Todas estas doenças e causas referidas, podem dar origem a desidratação ou afetar as glândulas salivares, causando disfunções glandulares, e consequentemente “boca seca”.(4,6,7) A ingestão de álcool e/ou bochechos com colutórios à base de álcool e o tabagismo são também hábitos considerados como fatores de risco para a redução do fluxo salivar e consequentemente para a xerostomia. (5,8)

Dos medicamentos que causam xerostomia destacam-se os de ação simpaticomimética (antidepressivos, anti-hipertensivos, descongestionantes nasais, broncodilatadores, relaxantes musculares, anfetaminas, moderadores de apetite), os de ação anticolinérgica (diuréticos, atropina, antidepressivos tricíclicos, anti-histamínicos, antieméticos, antipsicóticos, inibidores da serotonina, anti-parkinsonianos, anti-espasmodicos, antagonistas dos receptores muscarínicos, antagonistas dos receptores alfa), os de ação sinérgica (lítio, tramadol, diazepam, hipnóticos não benzodiazepínicos, benzodiazepinas) e outros (omeprazol, metronidazol, amoxicilina, inibidores da protease, betabloqueadores, antibióticos). (4-9)

O desconforto associado à boca seca é o primeiro e mais comum sintoma relatado por pacientes afetados por xerostomia, mas estes pacientes podem apresentar vários sinais e sintomas referidos na seguinte tabela (tabela 2).

Sinais e Sintomas	
Lábios, garganta, olhos, nariz e pele secos.	Distúrbios gastrointestinais.
Fissuras nos cantos da boca.	Dificuldade na mastigação, deglutição e fala.
Pouca produção de saliva.	Disfagia.
Volume aumentado das glândulas salivares.	Alteração ou perda do paladar.
Língua Eritematosa.	Sensibilidade aos alimentos picantes.
Recorrência de candidíase oral.	Ardência bucal.
Mucosite.	Dor nas glândulas salivares.
Glossite atrófica.	Tosse.
Persistência de cáries cervicais.	Aumento da ingestão de líquidos.
Erosões ou abrasões dentárias.	
Úlceras orais.	

Tabela 2- Sinais e Sintomas da Xerostomia. (3,4,6-10)

A xerostomia está também presente na Síndrome de Sjögren (SS), sendo esta síndrome incomum, de etiologia idiopática, mais frequente no sexo feminino (80-90%) e a idade predominante é a meia idade ou a idade adulta. (9)

Esta síndrome corresponde a uma desordem sistemática autoimune caracterizada pela presença de infiltrado inflamatório de linfócitos que interferem na função das glândulas exócrinas, particularmente as glândulas lacrimais e salivares. (9,11)

As complicações orais provocadas pela SS são a hipossalivação, a xerostomia, a ardência e inflamação na mucosa oral, as cáries rampantes, a esclerose ou o crescimento da glândula parótida, halitose, disgeusia, manifestação de candidíase eritematosa, a queilite angular, a retenção aumentada de tártaro, má adaptação de próteses dentárias, dificuldades na deglutição, na fala e na mastigação de alimentos secos. (9,11)

As possíveis lesões extra-orais incluem olhos secos (queratoconjuntivite seca), inicialmente assintomática que mais tarde apresenta sensação de prurido, dor, visão turva ou incapacidade de chorar, astenia (fadiga do corpo), febre, secreção nasal, fenômeno de Raynaud (bilateral), glomerulonefrite, linfomas, entre muitas outras. (11)

4.3 Diagnóstico de Xerostomia

Para um correto diagnóstico é fundamental ter em atenção os sinais e sintomas supracitados, bem como o exame clínico intraoral da salivacção normal dos ductos salivares, a palpação das glândulas salivares e a realização e interpretação dos meios auxiliares de diagnóstico. (8,12)

Clinicamente, uma técnica que pode ser realizada para a detecção da hipossalivação é colocar a superfície de um espelho dentário contra a mucosa oral (bochecha). O espelho deve levantar-se facilmente, mas, se aderir à mucosa ou puxar uma saliva espessa à medida que se afasta lentamente, significa que existe falta de saliva. Outra forma é a observação, ou não, de uma "piscina" de saliva no assoalho da boca, que no caso de hipossalivação esta não é observada. (2)

Além disso, é também de extrema importância a anamnese do paciente como a questão da quantidade e frequência de água ingerida e as dificuldades na deglutição. (12)

Os possíveis exames complementares para o diagnóstico de xerostomia incluem a cintilografia, sialografia, sialometria, radiografias e biópsia. (6,9)

A sialografia corresponde a um exame radiográfico que permite a inspeção dos condutos de secreção glandular através da introdução de um contraste iodado indicativo em casos de suspeita de patologia obstrutiva. (9)

A sialometria é um exame prático e o mais usado no diagnóstico da xerostomia, que apresenta um baixo custo e destina-se à medição quantitativa do volume do fluxo salivar produzido em repouso. (6,13) Os pacientes são instruídos a abster-se de comer, beber, fumar e de realizar a sua higiene oral no mínimo 60 minutos antes do procedimento. (6,8)

Uma das técnicas mais fiáveis consiste na pesagem de 2 rolos de algodão que permanecem durante algum tempo na cavidade oral cuja relação entre o peso inicial e final dos rolos de algodão seja convertido em ml/min. (13,14)

Existem 2 tipos de saliva, a saliva estimulada e a não-estimulada, bem como vários métodos para a determinação do fluxo salivar em cada tipo de saliva. Para a saliva estimulada utilizam-se os métodos Mecânico, Gustativo e Absorção e para a saliva não-estimulada são utilizados os métodos de Drenagem Passiva, Drenagem Ativa, Sucção e Absorção. (6,15)

No método de Drenagem Passiva, assim como o nome indica, refere-se à drenagem passiva da saliva para um recipiente graduado tendo em atenção o cuidado da evaporação desta. (15)

No método de Sucção, a saliva que é formada na cavidade oral é aspirada e acumulada num recipiente graduado sendo este método independente da colaboração do paciente facilitando o trabalho do médico dentista e apresenta a mesma desvantagem referida no método anterior. (15)

No método de Drenagem Ativa, o fluido salivar que se acumula na cavidade oral é expelido para um recipiente graduado tendo como desvantagem a possível evaporação de saliva e pequena estimulação desta no ato de cuspir. (15)

O método Mecânico corresponde à técnica de Krass, que provoca a estimulação da saliva através da mastigação de uma pastilha de parafina, pastilha elástica sem sabor ou silicone, expelindo a saliva estimulada para um recipiente graduado. Este método apresenta como vantagem a descontaminação da saliva por substâncias exógenas e como desvantagem necessita do uso de um Metrônomo para padronizar a frequência das mastigações. (6-8,15,16)

O método Gustativo consiste na aplicação de ácido cítrico nas bordas laterais da língua para a produção de saliva e apresenta como ponto negativo a possibilidade de interferências na análise de alguns componentes salivares. (15,17)

O método de Absorção ou teste de Saxon utiliza um rolo de algodão ou gaze que são previamente pesados, depois introduzidos na cavidade oral e mastigados durante cerca de 2 minutos e pesados posteriormente.

Este método permite detectar de uma forma simples e fácil a presença de saliva na cavidade oral em ambulatório ou consultório, no entanto existe uma pequena estimulação salivar, menor fiabilidade e alteração da concentração de alguns componentes salivares. (15,18)

No débito total salivar, a taxa de fluxo salivar não estimulada (em repouso) no valor de 0.3-0.4 ml/min é normal enquanto que no valor inferior ou igual a 0.1ml/min sugere hipossalivação. (19)

A taxa de fluxo salivar estimulada no valor de 1-2 ml/min é normal e no valor inferior ou igual a 0.5 ml/min refere hipossalivação. (19)

A biópsia incisional das glândulas salivares é outro método de diagnóstico que permite identificar patologias destas glândulas bem como a biópsia por aspiração com agulha fina sob orientação por ultrassom que é comumente usada. Métodos radiográficos (Ortopantomografia, radiografia oclusal e periapical) permitem também a visualização de cálculos salivares. (4,9)

A tomografia axial computadorizada permite a visualização de cálculos salivares (sialólitos) e juntamente com a ressonância magnética também permite visualizar neoplasias malignas e a ecografia apresenta alta resolução nas características das neoplasias. (20,21)

4.4 Tratamento da Xerostomia

A educação e motivação à higiene oral são a prioridade na prevenção e tratamento da boca seca de forma a melhorar e manter a qualidade de vida do paciente.(10) As avaliações orais frequentes, com exames a cada 4-6 meses ajudam a prevenir a cárie dentária e recomenda-se uma higiene oral meticulosa, uma dieta pobre em açúcar e o uso regular de agentes tópicos fluoretados anti-cariogénicos como por exemplo o xilitol. (10,22)

Colutórios antibacterianos tais como a clorexidina 0,12% são úteis para inibir o desenvolvimento de placa bacteriana e gengivite já que pacientes com xerostomia tendem a ter maior suscetibilidade. (9)

É importante recomendar ao paciente o aumento da ingestão de água (pelo menos 2l por dia), bem como consciencializar e aconselhar o paciente a uma dieta não-cariogénica, devido às suas baixas defesas a nível salivar. (4,23)

Quanto à alimentação, devem ser evitados alimentos secos, ácidos, salgados, moles, pegajosos, quentes e picantes bem como bebidas alcoólicas e com cafeína. (10)

O tratamento da boca seca induzida por medicação não deve ser apenas baseado em opções terapêuticas sintomáticas, mas deve fazer parte de um tratamento que aborda a causa da boca seca. Os efeitos colaterais de medicamentos xerostômicos podem ser aliviados ou reduzidos substituindo-se estes, por medicamentos similares que tenham menos efeitos colaterais e fazer alterações na dosagem, principalmente à noite quando o fluxo salivar é menor. (22,24)

O uso de substitutos salivares (como a saliva artificial) humidifica a cavidade oral, protegendo-a especialmente dos fatores irritantes, mecânicos, químicos ou infecciosos.(8) Os substitutos salivares consistem em soluções aquosas que contêm glicoproteínas ou mucinas e enzimas salivares como a peroxidase, glicose oxidase ou lisozima. (17)

Existem várias formas de substitutos salivares: Géis (Biotène® – também disponível em pasta de dentes para higiene oral ideal para pessoas com boca seca), aerossóis, colutórios e reservatórios nas próteses.(8,9,17) Estes produtos geralmente contêm na sua constituição carboximetilcelulose, sorbitol, fluoreto de sódio, cálcio, conservantes e água que podem aliviar os sintomas da xerostomia temporariamente.(9) As suas principais funções são a lubrificação dos tecidos orais, o alívio da xerostomia subjetiva e proteção dos dentes da desmineralização. (8)

Produtos existentes no mercado, como o Biotène® e Oralbalance® são eficazes na redução dos sintomas de boca seca. Biotène® está disponível como pastilhas elásticas, colutórios isentos de álcool e em pastas dentífricas e Oralbalance® está disponível como um gel hidratante.(22,25) O modo de utilização do Biotène® consiste em bochechos de cerca de uma colher, sempre que desejado, durante 30 segundos e depois expelir. Para obter melhores resultados, é recomendado usar Biotène® sob a forma de colutório em conjunto com Biotène® pasta dentífrica, especialmente na hora de dormir. (22)

O gel Oralbalance® deve ser aplicado sobre a língua, ou diretamente nas áreas afetadas cinco vezes por dia, especialmente, antes de ir para a cama. Este produto alivia rapidamente a boca seca, protege de irritações e sensações de queimadura por várias horas e promove a cura da inflamação. Também é recomendado para o uso de próteses dentárias. (22,25)

Estes produtos permitem uma melhoria significativa na perda de paladar e dor oral. (22)

O uso de estimulantes salivares (Sialogogos) também ajudam nos casos de xerostomia. São substâncias que aumentam o fluxo salivar que incluem pastilhas elásticas sem açúcar, ácido málico e ascórbico que são muito eficazes, mas não muito utilizados devido à desmineralização do esmalte do dente. (4,26,27)

O cloridrato de pilocarpina (Salagen®) tem indicação na xerostomia induzida por medicamentos, pós-irradiação da cabeça e pescoço e em pacientes com síndrome de Sjögren cuja posologia é de 5-10mg, três vezes por dia imediatamente após as refeições não ultrapassando os 30mg por dia.(9,28) A pilocarpina é contraindicada em pacientes com glaucoma, asma não controlada, angina de peito, bronquite crónica, nefrolitíase ou colelitíase, gravidez, aleitamento, úlcera péptica, insuficiência hepática, insuficiência renal e em pacientes que tiveram enfartes do miocárdio. (28)

Em pacientes com colelitíase ou doença do trato biliar, a pilocarpina pode precipitar colecistite, colangite, e obstrução biliar e apresenta como reações adversas mais frequentes a sudorese, náuseas, diarreia, dispepsia, dor abdominal, cefaleia, rinite, polaquiúria, lacrimejo e síndrome gripal e menos frequentemente, vômitos, flatulência, obstipação, palpitações, hipertensão, urgência miccional e visão turva. (9,27,28)

O cevimeline (Evoxac®) não é comercializado em Portugal, existindo apenas nos EUA, Japão, Canadá e China. Liga-se a recetores colinérgicos muscarínicos e aumenta a secreção das glândulas exócrinas (salivares e lacrimais).(27) A posologia é de 30mg, 3 vezes ao dia e para melhorar a secura da boca recomenda-se continuar a beber água ou usar substitutos salivares durante a toma.(29) Apresenta como efeitos adversos, sudorese, náuseas, urgência miccional, tonturas, fraqueza, diarreia, visão turva, desordens do trato gastrointestinal e desordens da pele. (29)

A amifostina (Ethyol®) é um fármaco citoprotetor das glândulas salivares dos danos provocados pelos tratamentos radioterápicos ou quimioterápicos em carcinomas da cabeça e pescoço.(30) Além de controlar a hipossalivação, a amifostina previne a mucosite oral reduzindo a imunoexpressão de mediadores inflamatórios.(30) A dose usual de amifostina é 200 mg/m² administrada uma vez por dia por via endovenosa se estiver a receber tratamento de radiação para o cancro na cabeça e no pescoço e estiver a receber este

fármaco para a proteção de algumas toxicidades causadas pela terapia de radiação.(28) Os efeitos indesejáveis que poderão ocorrer mais frequentemente são náuseas e vômitos. (28)

Outro método utilizado, não farmacológico, é a estimulação mecânica. Consiste na mastigação de pastilha elástica sem açúcar provocando o alongamento da cápsula da parótida gerando compressão da glândula parótida e conseqüentemente o aumento do fluxo salivar. (17)

Estão também descritos na literatura como tratamento da xerostomia, a terapia laser de baixa intensidade, a cirurgia e a acupuntura. (20,31,32)

A Terapia de Laser de Baixa Intensidade (TLBI), tem sido muito utilizada no tratamento da xerostomia devido aos seus efeitos estimulantes das glândulas salivares, reparadores teciduais bem como a redução de dor e inflamação. Mais estudos são necessários, com grupos maiores de pacientes, para determinar o tempo do efeito, as melhorias no fluxo salivar e outros parâmetros como o tempo de exposição ao laser, comprimentos de onda, níveis de energia média e a distância da sonda. (31)

O tratamento cirúrgico é utilizado no caso de sialólitos extensos que impedem o fluxo salivar sobretudo nas glândulas submandibulares (80-90%). Para a realização deste, é necessário utilizar a tomografia axial computadorizada na observação da exata localização e tamanho dos sialólitos. (20)

A acupuntura que significa "a punção com uma agulha", advém da medicina oriental chinesa envolvendo a inserção de agulhas sólidas extremamente finas intradérmicas ou subdérmicas para o alívio terapêutico de diversos sintomas e tem sido também usada, com sucesso, na estimulação da produção de saliva. (32)

A acupuntura pode afetar diretamente o fluxo sanguíneo local na proximidade da glândula salivar e, assim, aumentar a secreção salivar. Agulhas inseridas em pontos da orelha podem tocar no circuito, o qual ativa as glândulas salivares através dos nervos cranianos. (32)

No artigo de Assy Z e Brand H de 2018, estes obtiveram o aumento do fluxo salivar estimulado e não estimulado como resultado dos efeitos a longo prazo da acupuntura em pacientes com xerostomia. Os efeitos colaterais deste tratamento podem ser hematomas nos pontos de acupuntura e fadiga. Ainda não há dados suficientes para determinar o efeito da acupuntura sobre os sintomas da boca seca ou hipossalivação. (33)

4.5 A Xerostomia e o uso de Próteses Removíveis

Indivíduos portadores de prótese com xerostomia, apresentam mobilidade das próteses removíveis (PR) e também presença de dores ao falar e comer causando grande embaraço a nível social e psicológico.(24) A retenção das PR, tanto parciais como totais, dependem em grande parte do fluxo salivar, de um ajuste preciso e íntimo entre a base da prótese e a mucosa e a obtenção de um selamento periférico adequado. (34)

A retenção das próteses em pacientes com xerostomia pode ser melhorada com o uso de adesivos devendo humedecer as próteses com o adesivo já aplicado. Estes podem ser sob a forma de pó ou creme. Adesivos em pó funcionam mais rapidamente, mas apresentam um efeito menor e mais curto. Este deve ser aplicado uniformemente sobre a prótese limpa e húmida, pode ser usado em menor quantidade comparativamente ao creme e permite uma melhor limpeza das próteses depois do seu uso. (34)

O creme deve ser aplicado na prótese seca, na região dos incisivos e molares e apresenta baixa tendência a ser lixiviado pela saliva, o que proporciona um efeito forte e a longo prazo. (34)

Os adesivos proporcionam uma melhoria na retenção e estabilidade da prótese oferecendo uma melhor função mastigatória bem como conforto psicológico para os pacientes. No entanto, também apresentam alguns inconvenientes relatados por pacientes como vermelhidão da mucosa, halitose, úlceras, dor, reflexo de vômito, desordens metabólicas e complicações sistêmicas. (34,35)

Uma fina película de saliva atua como lubrificante e aumenta o conforto entre a base da prótese e os tecidos moles reduzindo o atrito já que a perda protetora da saliva sobre os tecidos de sustentação da prótese dentária predispõe estes à irritação e ulceração. Além disso, a falta de saliva reduz a ação antimicrobiana provocando maior suscetibilidade a infeções nos tecidos orais com o uso de PR. (5)

Existe uma abordagem para o fornecimento de uma lubrificação ideal em pacientes com prótese total (PT) que é o uso de sistemas de obtenção de saliva na forma de dispositivo de lubrificação oral ou próteses de reservatório. (35)

No artigo de Singh Y *et al*, de 2012 é apresentado um caso de uma PT com reservatório num paciente desdentado do sexo masculino de 71 anos que refere queixas de boca seca e grave

desconforto no uso de próteses. No exame clínico, a boca apresentava-se muito seca e escamosa, com áreas de irritação associadas ao uso da prótese superior. O paciente já se encontrava medicado com pilocarpina e consumia água frequentemente para ajudar a ultrapassar a secura e o desconforto oral. (35)

A técnica na confecção do reservatório teve os seguintes passos:

1. Impressões preliminares com hidrocolóide (material de impressão).
2. Impressão final foi feita com silicone de baixa viscosidade pois a pasta de óxido de zinco eugenol pode causar sensação de queimadura para o paciente.
3. A base da prótese foi preparada e utilizou-se adesivo para tornar a base da prótese mais estável.
4. A superfície palatina da base da prótese foi espessada com cera de modelagem. A cera foi moldada para que as funções orais, especialmente a fala, não fossem perturbadas. Fala normal deve ser aceitável, embora a fala rápida seja difícil.
5. O centro da cera palatina foi removido para formar o reservatório.
6. Um bastão de cera de 2 mm de espessura foi deixado no interior e ao longo das paredes do reservatório.
7. Uma fina camada de cera de modelagem foi adaptada sobre a plataforma para formar a tampa do reservatório.
8. A tampa do reservatório foi processada com acrílico termopolimerizável transparente.
9. O ajuste da tampa foi verificado após o término e a realização da alteração na cera.
10. A prótese foi processada por acrílico termopolimerizável e foi feito o polimento final da prótese.
11. A tampa foi fixada permanentemente à prótese com a ajuda da resina acrílica autopolimerizável.
12. O conjunto completo foi suavizado e recebeu um polimento final.
13. Em seguida, dois buracos foram feitos na tampa nas encostas palatinas com a ajuda de uma broca esférica para facilitar a comunicação entre o reservatório e a cavidade oral.
14. O reservatório foi preenchido com solução de Betadine® com uso de uma seringa para verificar a capacidade do reservatório.
15. O reservatório foi preenchido com saliva artificial e a prótese foi entregue ao paciente. O paciente foi capaz de humedecer a cavidade oral por simples deglutição, pois durante a

deglutição pressiona a língua contra o palato da prótese que leva à exsudação da saliva artificial.

A capacidade do reservatório é de cerca de 2ml e deve ser preenchido 3 vezes ao dia considerando 8 horas de dissipação diária. O reservatório complementa a terapia, mas a medicação para o alívio da xerostomia deve ser mantida bem como a ingestão frequente de água. (35)

A higiene das próteses é mantida através da colocação destas num recipiente contendo água com agente antibacteriano, como o Perborato de Sódio durante a noite. O reservatório antes de ser reabastecido também deve ser limpo com agente antibacteriano ou antifúngico (comprimido de Nistatina dissolvido em água uma vez por mês para evitar candidíase). Uma prótese com reservatório salivar oferece ao médico dentista uma alternativa de tratamento nos pacientes que sofrem de xerostomia. (35)

Pacientes com saliva insuficiente melhoram a sensação de boca seca ao molhar as próteses antes de colocá-las na boca. Substitutos salivares e estimulantes salivares, podem ser benéficos para os pacientes portadores de prótese, em termos de ajudar na adesão e coesão e, subsequentemente, na retenção da prótese. (35)

Segundo o artigo de Minic I. *et al*/ de 2016, as patologias mais prevalentes associadas com o uso de próteses mal-adaptadas ou com o uso a longo prazo, são a estomatite protética que representa 20 casos (33,3%) e a candidíase eritematosa (10%). (36)

A diminuição do fluxo salivar em usuários de PR promove o aumento da colonização oral por *Candida albicans* e consequentemente pode dar origem a estomatite protética devido ao facto de a mucosa oral estar mais suscetível a infeções. O tabaco provoca também o aumento da *Candida albicans* em portadores de prótese. (37)

Num estudo realizado com portadores de PR (totais e parciais), na Faculdade de Odontologia de Passo Fundo, concluiu-se que a maioria dos pacientes apresentavam algum tipo de lesão associada ao uso da PR. Com isso, não se pode negligenciar o facto de que a maioria destas lesões podem ter como fator a secura da cavidade oral.(38) É de extrema importância que o médico dentista quando observar sintomas de boca seca, especialmente em portadores de prótese removível, alerte os pacientes sobre os riscos e ajude a reduzir o desconforto associado com o uso de próteses. (24)

Segundo alguns autores, a xerostomia afeta a qualidade de vida e o bem-estar, interferindo com a fala, paladar e humor. Os pacientes com xerostomia são mais propensos a ter cárie dentária, doença periodontal, sensação de ardor e falta de retenção das próteses dentárias. (6,8,10,39)

Muitos pacientes sentem dificuldade a ingerir alimentos secos ou duros e por este motivo são forçados a alterar a sua dieta. A mastigação torna-se desconfortável ou dolorosa, na maioria dos pacientes, necessitando da ingestão frequente de água durante a alimentação. (10,40-42)

No artigo de Jiang N. *et al*/de 2017 os pacientes relataram problemas de comunicação como a presença de voz rouca ou perda da voz e a incapacidade de abrir a boca para falar, problemas físicos como dificuldade na deglutição e mastigação devido à presença de feridas orais e inflamação que provocam dores intoleráveis e alteração do paladar como sabor azedo e apimentado, depois da alimentação. Comida ácida, picante, salgada e doce foram considerados "alimentos proibidos" por alguns pacientes devido à perda de paladar e sensação de ardor na língua. (23)

Alguns pacientes também referiram sono perturbado pois alguns bebiam água antes de dormir para humedecer a boca, mas acordavam para urinar e outros que evitavam beber água antes de dormir, acordavam frequentemente para beber água. (23)

Como problemas psicossociais, estão presentes sentimentos de tristeza, medo, ansiedade e angústia causados pela xerostomia persistente e descontrolada, ausência nas atividades sociais como por exemplo festas e reuniões e vergonha de comer em público. (23)

Segundo o artigo de Dirix P *et al* de 2008 aproximadamente metade dos pacientes relataram problemas em falar (60%) e comer (54%) com outras pessoas e por isso estes foram severamente limitados nas atividades sociais. A maioria dos pacientes relatam queixas de disfagia, perda do paladar e dificuldades na retenção de próteses ou aumento de cárie dentária. A tensão emocional de viver com xerostomia parece bastante significativa: grande parte dos pacientes sentem-se preocupados (64%), tensos (61%) ou até mesmo deprimidos (44%) devido à sensação de boca seca. (43)

A experiência clínica refere que usuários de PT com xerostomia apresentam lesões mais intensas do que pacientes com fluxo salivar normal. Segundo os resultados do artigo de Arslan A. *et al*/de 2009, os idosos com xerostomia relatam dor ao comer e falar, insatisfação com a instabilidade das suas próteses provocando, por sua vez, pontos dolorosos e

desconforto. Compararam também a satisfação do uso de próteses totais removíveis e próteses parcialmente removíveis nos pacientes com xerostomia e observaram que os portadores de próteses parciais removíveis relataram uma maior satisfação comparativamente aos portadores de próteses totais removíveis. Relativamente à dor nos tecidos, esta foi relatada tanto pelos usuários de próteses totais removíveis como pelos usuários de próteses parciais removíveis. (24)

Em comparação com pacientes sem xerostomia, os pacientes com xerostomia têm mais necessidade de beber água para engolir os alimentos. (7)

5. CONCLUSÃO

É de extrema importância na história e exame clínico, a existência de perguntas relacionadas com a xerostomia, a avaliação do uso de medicação xerostômica (especialmente na população idosa), e se necessário recorrer a exames complementares que ajudem a detetar a xerostomia como cintilografia, sialografia, sialometria, radiografias e biópsia.

A xerostomia provoca em pacientes portadores de próteses removíveis pontos de ulceração na mucosa além de afetar a mastigação, deglutição, fonação e paladar.

Quando os médicos dentistas detetam sinais ou sintomas de boca seca, especialmente em pacientes portadores de prótese, eles devem alertá-los sobre os riscos da patologia e implementar medidas para reduzir o desconforto associado ao uso das próteses.

Existem várias formas de tratamento para a xerostomia como os estimulantes salivares, os substitutos salivares, e outras medidas alternativas que são paliativas e não definitivas.

A qualidade de vida em pacientes com falta de saliva fica diminuída a nível físico e psicossocial.

É importante que os médicos dentistas estejam cientes desta patologia, bem como as suas possíveis causas e fatores de risco, de modo a que possam oferecer aos pacientes um bom diagnóstico, tratamento e acompanhamento para a melhoria do bem-estar destes.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Seeley, Stephens T. Anatomia e Fisiologia. 3 ed. Lisboa, Lusodidacta. 1997; 24: 834-35.
2. Scully C, Bagan J, Carrozzo M, Flaitz C, Gandolfo S. Pocketbook of Oral Disease. 1 ed. Churchill Livingstone, Elsevier. 2013; 1: 16-18.
3. Pontes C, Polizello A, Spadaro A. Clinical and biochemical evaluation of the saliva of patients with xerostomia induced by radiotherapy. Braz Oral Res 2004; 18(1): 69-74.
4. Scully C, Bagan J, Carrozzo M, Flaitz C, Gandolfo S. Pocketbook of Oral Disease. 1 ed. Churchill Livingstone, Elsevier. 2013; 2: 42-46.
5. Medeiros R, Albuquerque A, Leite A, et al. Possíveis causas da hipossalivação em pacientes usuários de prótese dental removível. Revista saúde e ciência online 2015; 4(3): 70–83.
6. Niklander S, Veas L, Barrera C, et al. Risk factors, hyposalivation and impact of xerostomia on oral health-related quality of life. Braz Oral Res [Internet] 2017; 31(0): 1–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242017000100211&lng=en&tlng=en
7. Villa A, Abati S. Risk factors and symptoms associated with xerostomia: A cross-sectional study. Aust Dent J 2011; 56(3): 290–5.
8. Mayer E, Klapper H, Nitschke I, Hahnel S. Observations , knowledge , and attitude towards treatment options in patients with dry mouth : a survey among German dentists. Clin Oral Invest 2019; 7–12.
9. Cawson R, Odell E, S Porter. Cawson's Essentials of Oral Patology and Oral Medicine. 7ed. Churchill Livingstone 2002. 18: 258-62.
10. Wiener R, Wu B, Crout R, et al. Hyposalivation and xerostomia in dentate older adults. J Am Dent Assoc [Internet] 2010; 141(3): 279–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2010.0161>

11. Scully C, Bagan J, Carrozzo M, Flaitz C, Gandolfo S. Pocketbook of Oral Disease. 1 ed. Churchill Livingstone, Elsevier. 2013; 3: 173-79.
12. Scully C, Bagan J, Carrozzo M, Flaitz C, Gandolfo S. Pocketbook of Oral Disease. 1 ed. Churchill Livingstone, Elsevier. 2013; 6: 364-65.
13. Liquidato BM, Filho B. Evaluation of the concordance of sialometry and salivary glands scintigraphy in dry mouth patients. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006; 72(1): 116-9.
14. De Luca Monasterios F, Roselló Llabrés X. Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. *Av Odontoestomatol* [Internet] 2014; 30(3): 121-8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Falcão D, Mota L, Pires A, et al. Sialometria : aspectos de interesse clínico. *Rev Bras Reumatol* 2013; 53(6): 525-31.
16. Bots C, Brand H, Poorterman J, et al. Oral and salivary changes in patients with end stage renal disease (ESRD): a two year follow-up study. *Br Dent J* 2007; (E7): 202.
17. Frost P, Shirlaw P, Challacombe S, et al. Impact of wearing an intra-oral lubricating device on oral health in dry mouth patients. *Oral Dis* 2005; 12(1): 57-62.
18. Kubota C, Kanazawa M, Hama Y, et al. Association between chewing-stimulated salivary flow under the effects of atropine and mixing ability assessed using a color-changeable chewing gum. *J Prosthodont Res* [Internet] 2017; 61(4): 387-92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpor.2016.12.009>
19. Scully C, Bagan J, Carrozzo M, Flaitz C, Gandolfo S. Pocketbook of Oral Disease. 1 ed. Churchill Livingstone, Elsevier. 2013; 7: 371-72.
20. Folchini S, Stolz A. Sialolitos na glândula submandibular: relato de caso. *Odontol Clin-Cient* 2016; 15(1): 67-71.
21. Pigozzi L, Morawski R, Burzlaff J, et al. Diagnóstico diferencial de tumores de glândulas salivares maiores. *Rev da Fac Odontol - UPF* 2018; 22(2): 219-23.

22. Barbe A, Schmidt-Park Y, Hamacher S, et al. Efficacy of GUM ® Hydral versus Biotène ® Oralbalance mouthwashes plus gels on symptoms of medication-induced xerostomia: a randomized, double-blind, crossover study. *Clin Oral Invest* 2018; 22(1): 169-80.
23. Jiang N, Zhao Y, Jansson H, et al. Experiences of xerostomia after radiotherapy in patients with head and neck cancer: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2018; 27(1-2): 100–8.
24. Arslan A, Orhan K, Canpolat C, et al. Impact of xerostomia on oral complaints in a group of elderly Turkish removable denture wearers. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 49(2): 263–7.
25. Shahdad S, Taylor C, Barclay S, et al. A double-blind, crossover study of Biotène Oralbalance and BioXtra systems as salivary substitutes in patients with post-radiotherapy xerostomia. *Eur J Cancer Care* 2005; 14(4): 319-26.
26. Turner M. Hyposalivation and Xerostomia. Etiology, Complications, and Medical Management. *Dent Clin North Am* [Internet] 2016; 60(2): 435–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2015.11.003>
27. Cifuentes M, Del Barrio-Díaz P, Vera-Kellet C. Pilocarpine and artificial saliva for the treatment of xerostomia and xerophthalmia in Sjögren syndrome: a double-blind randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2018; 179(5): 1056–61.
28. Infarmed. Prontuário Terapêutico on-line (acesso em 5 de Março de 2019). Disponível em: <https://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>.
29. Lockhart B, Tindall E, Suen J. Cevimeline for the treatment of xerostomia in patients with Sjogren Syndrome. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1293–1300.
30. Barbosa S, Pereira V, Wong D, et al. Amifostine reduces inflammation and protects against 5-fluorouracil-induced oral mucositis and hyposalivation. *Braz J Med Biol Res* 2019; 52(3): 1–9.
31. Lončar B, Mravak Stipetić M, Baričević M, Risović D. The Effect of Low-Level Laser Therapy on Salivary Glands in Patients with Xerostomia. *Photomed Laser Surg* 2011;

- 29(3): 171–5.
32. Blom M, Lundeberg T. Long-term follow-up of patients treated with acupuncture for xerostomia and the influence of additional treatment. *Oral Dis* 2000; 6(1): 15–24.
 33. Assy Z, Brand H. A systematic review of the effects of acupuncture on xerostomia and hyposalivation. *BMC Complement Altern Med* 2018; 18(1): 1–14.
 34. Bogucki Z, Napadlek P, Dabrowa T. A clinical evaluation denture adhesives used by patients with xerostomia. *Med (United States)* 2015; 94(7): 545.
 35. Singh Y, Saini M, Siwach A, Mittal R. Oral rehabilitation of edentulous patient with xerostomia: A clinical case report. *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12(1): 154–9.
 36. Minic I, Pejcic A, Kostic M, et al. Prevalence of oral lesions in the elderly. *West Indian Med J* 2016; 65(2): 375–8.
 37. Kalaskar A, Degwekar S. Prevalence of Candidal Carriage Rate in Deture Wearers and Evaluation of the effect of Whole Unstimulated Salivary Flow Rate na pH of Saliva on their Carriage Rates. *J Indian Acad Oral Med Radiol* 2010; 22(4): 177-80.
 38. Rovani G, Piccinin F, Flores E, Flores M, Conto F. Avaliação clínica dos tecidos de suporte protético de pacientes usuários de próteses removíveis da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo. *Stomatos Canoas* 2011; 17(32): 33–42.
 39. Lastrucci L, Bertocci S, Bini V, et al. Xerostomia Quality of Life Scale (XeQoLS) questionnaire : validation of Italian version in head and neck cancer patients. *Radiol Med* 2018; 123(1): 44–7.
 40. Huang Y, Chu C, Ho C, et al. Factors affecting institutionalized older peoples' self-perceived dry mouth. *Qual Life Res* 2015; 24(3): 685–91.
 41. Wyatt G, Pugh S, Wong R, et al. Xerostomia health-related quality of life : NRG oncology RTOG 0537. *Qual Life Res* 2016; 25(9): 2323-33.
 42. Hahnel S, Schwarz S, Zeman F, 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. *J Dent* 2014; 42(6): 664-70.

43. Dirix P, Nuyts S, Poorten V, et al. The influence of xerostomia after radiotherapy on quality of life: Results of a questionnaire in head and neck cancer. *Support Care Cancer* 2008; 16(2): 171–9.

Capítulo II –Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

1. Introdução

O estágio de Medicina Dentária é um período supervisionado por diferentes docentes, sendo composto por três componentes: Estágio Hospitalar, Estágio de Clínica Geral Dentária e Estágio de Saúde Oral Comunitária.

Estes estágios decorreram entre setembro de 2018 e junho de 2019, tendo como principais objetivos conjugar a componente teórica com a componente prática, enriquecer os conhecimentos adquiridos em ambiente multidisciplinar e fornecer experiência para o mercado de trabalho.

2. Estágio em Clínica Hospitalar

Este estágio foi realizado à terça-feira das 14h00 às 17h30 no Centro Hospitalar de São João, EPE - Pólo de Valongo. Teve início no dia 25 de setembro de 2018 e terminou a 11 de junho de 2019 e decorreu sob a supervisão da Mestre Rita Cerqueira, da Doutora Ana Azevedo e do Doutor Luís Monteiro.

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	15	16	31
Endodontia	2	4	6
Destartarização	15	10	25
Exodontia	19	15	34
Outros	3	1	4

Tabela 1: Atos clínicos realizados durante o Estágio em Clínica Hospitalar.

3. Estágio em Clínica Geral Dentária

Este estágio foi realizado na Clínica Universitária Filinto Batista, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde – Gandra. Teve início no dia 13 de setembro de 2018 e terminou a 13 de junho de 2019, realizando-se à quinta-feira, entre as 19h00 e as 24h00. Realizei também este estágio como voluntariado em julho e agosto de 2018. Decorreu sob a supervisão do Mestre João Baptista e da Doutora Filomena Salazar.

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	5	9	14
Endodontia	4	2	6
Destartarização	5	9	14
Exodontia	3	1	4
Outros	4	3	7

Tabela 2: Atos clínicos realizados durante o Estágio em Clínica Geral Dentária.

4. Estágio em Saúde Oral Comunitária

Numa primeira fase, até dezembro de 2018, o estágio decorreu no Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte, delineando-se o plano de atividades (tarefas) realizado ao longo do restante ano letivo com a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante.

Numa segunda fase, este estágio realizou-se à terça-feira, no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira, no horário das 9h00 até às 12h30, num período de 3,5 horas semanais segundo o calendário de rotação realizado pelos alunos. Correspondendo assim o meu horário a um total de 17,5 horas com a supervisão da Doutora Cristina Calheiros.

Foi também realizado à quinta-feira no horário das 9h00 até às 12h30 na Unidade Hospitalar de Santo Tirso, no horário das 9h00 até às 12h30, num período de 3,5 horas semanais segundo o calendário de rotação realizado pelos alunos. Correspondendo assim o meu horário a um total de 42 horas com a supervisão do Mestre José Pedro Novais de Carvalho.

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	1	3	4
Endodontia	0	0	0
Destartarização	0	1	1
Exodontia	2	4	6

Tabela 3: Atos clínicos realizados durante o Estágio em Saúde Oral Comunitária no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira.

Atos Clínicos	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	3	6	9
Endodontia	2	1	3
Destartarização	4	3	7
Exodontia	2	3	5
Outros	2	2	4

Tabela 4: Atos clínicos realizados durante o Estágio em Saúde Oral Comunitária na Unidade Hospitalar de Santo Tirso.

5. Considerações Finais

Os estágios em medicina dentária foram muito importantes para a minha formação pois além de me permitirem a consolidação e aplicação dos conhecimentos que adquiri ao longo destes 5 anos de estudo, também permitiram desenvolver e melhorar a minha destreza manual, a abordagem ao paciente, a minha autonomia, autoconfiança e a rapidez nos procedimentos clínicos. Além disso, tive a oportunidade de ter o contacto com pacientes portadores de necessidades especiais, e de diversas situações vivenciadas que alargaram a minha visão sobre a prática clínica, preparando-me para as eventuais adversidades que possam surgir no meu futuro profissional.