

Investigação original

Qualidade de vida oral e sistémica na Síndrome de Sjögren Primária



Ruben Pereira^a, João Amaral^a, Duarte Marques^a, Filipe Barcelos^b,
José Vaz Patto^b, António Mata^a

^a Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária, Grupo de Investigação em Biologia e Bioquímica Oral, Lisboa, Portugal

^b Instituto Português de Reumatologia de Lisboa, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 9 de dezembro de 2016

Aceite a 31 de março de 2017

On-line a 4 de junho de 2017

Palavras-chave:

Índice de CPO

Prótese dentária

Qualidade de vida

Saliva

Saúde oral

Síndrome de Sjögren

R E S U M O

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida oral e sistémica, bem como a sua relação com a utilização de prótese removível numa amostra da população portuguesa com Síndrome de Sjögren Primária (SSP).

Métodos: Amostra constituída por 50 pacientes com SSP, selecionados de acordo com critérios de inclusão pré-estabelecidos. Para todos os pacientes foram obtidos, previamente, os valores de fluxos salivares e índice de CPO. Foram realizadas duas administrações de questionários de qualidade de vida oral e sistémica (OHIP-14 e SF-12, respectivamente) em que foram analisados a fiabilidade com o coeficiente de correlação intraclassa (ICC), a consistência interna com o coeficiente Cronbach's alpha e eventuais correlações entre as diferentes variáveis através da correlação de Pearson. A relação da utilização de prótese removível com as restantes variáveis foi analisada com o teste t de Student independente. Os resultados foram apresentados como média e 95% intervalo de confiança com $\alpha=0,05$.

Resultados: Foram obtidos bons resultados de consistência interna e de fiabilidade (Cronbach's alpha OHIP-14 = 0,91; SF-12 = 0,90; ICC OHIP-14 = [0,57:0,88]; SF-12 = [0,49:0,96]). A correlação de Pearson sugere a existência de uma correlação negativa entre o score total do OHIP-14 com os scores do SF-12 e fluxo salivar em repouso. A utilização de prótese removível está relacionada a uma diminuição do score físico do SF-12.

Conclusões: Existe correlação entre a qualidade de vida oral e sistémica em pacientes com SSP. A utilização de prótese removível pode estar associada a uma diminuição da condição física, no entanto a realização de mais estudos é necessária. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2017;58(2):97-104)

© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEDM. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor correspondente.

Correio eletrónico: gm.rpereira@gmail.com (Ruben Pereira).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.06.016>

1646-2890/© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEDM.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Oral and systemic quality of life in Primary Sjögren's Syndrome

A B S T R A C T

Keywords:

DMF index
Dental prosthesis
Quality of life
Saliva
Oral health
Sjögren's Syndrome

Objective: To evaluate the oral and systemic quality of life, as well the use of removable prosthesis in a sample of a Portuguese population with Primary Sjögren's Syndrome (PSS).

Methods: A sample of 50 patients with PSS was selected according to predefined inclusion criteria. All patients salivary flow rates and DMF index were obtained previously. The oral and systemic quality of life questionnaires (OHIP-14 and SF-12, respectively) were administered twice. Properties were examined including test-retest reliability using intra-class correlation coefficient (ICC), internal consistency using Cronbach's alpha and the possible correlations between the study variables with Pearson's correlation. The relation between the use of removable prosthesis and the other variables was analyzed with Student's independent t test. Results were presented as mean and 95% confidence interval with $\alpha=0.05$

Results: Good results were obtained for internal consistency and test-retest reliability (Cronbach's alpha OHIP-14 = 0.91; SF-12 = 0.90; ICC OHIP-14 = [0.57:0.88]; SF-12 = [0.49:0.96]. Pearson's correlation suggests the presence of a negative correlation between the OHIP-14's total score with the SF-12's scores and the rest salivary flow. The use of removable prosthesis is associated with a lower physical SF-12's score

Conclusion: A correlation between oral and systemic quality of life is suggested in patients with PSS. The use of removable prosthesis might be associated with a lower physical condition, although further studies are needed. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2017;58(2):97-104)

© 2017 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença inflamatória crónica caracterizada por infiltração linfocitária das glândulas exócrinas.¹⁻³ Os sintomas mais comuns são a disfunção das glândulas salivares e lacrimais, originando eventuais situações de xerostomia/hipossalialia e queratoconjuntivite seca.¹⁻³ Dependendo dos critérios de classificação apresenta uma prevalência na população adulta entre 0,5 a 3%, considerando-se como uma das patologias auto-imunes mais comuns.⁴

Como consequência da xerostomia/hipossalialia, a susceptibilidade a doenças orais encontra-se aumentada e a utilização de prótese removível poderá estar condicionada.⁵⁻⁸ Por conseguinte, a saúde oral pode revelar-se como um fator influenciador da qualidade de vida destes doentes.¹⁻³

Ao longo dos últimos anos, alguns estudos têm sido realizados de modo a aferir o impacto que a SS possui na qualidade de vida sistémica (QVS) e oral (QVO).⁹⁻¹¹ A avaliação da qualidade de vida consiste na utilização de instrumentos construídos de forma a avaliar a perspetiva do doente, os quais são traduzidos, validados e testados psicometricamente para uma cultura social específica.¹² Na análise da qualidade de vida, em pacientes com SS, destacam-se na literatura os questionários *Short Form Health Survey* (SF) e *Oral Health Impact Profile* (OHIP), que avaliam a QVS e QVO respetivamente.⁹⁻¹¹

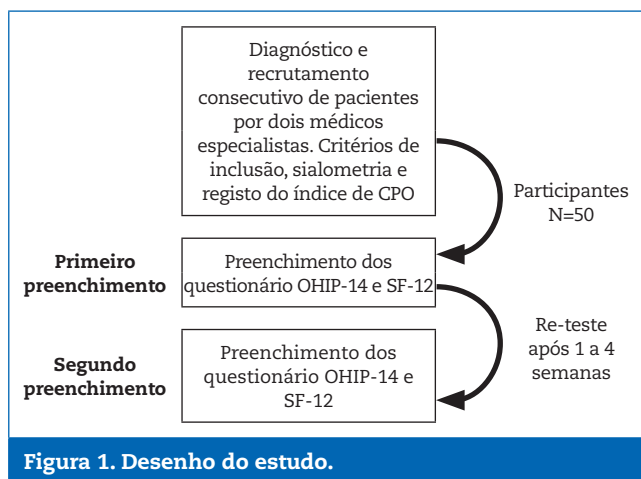
A relação entre a QVO e QVS em pacientes com SS nunca foi estudada em Portugal. Assim sendo, este estudo surge com o objetivo de avaliar a possível correlação entre um questionário de QVO (OHIP-14), um questionário de QVS (SF-12), o fluxo salivar não estimulado (FSNE), o fluxo salivar estimulado mecanicamente (FSEM) e o índice de CPO, bem como as suas eventuais relações com a utilização de prótese removível, numa amostra da população portuguesa com Síndrome de Sjögren Primária (SSP). Como tal foi estabelecida a seguinte hipótese principal:

H1: Em pacientes com SSP existe correlação entre qualidade de vida oral e qualidade de vida sistémica;

No seguimento desta hipótese, várias hipóteses secundárias foram consideradas: em pacientes com SSP existe uma correlação entre a qualidade de vida e o fluxo salivar, em pacientes com SSP existe uma correlação entre a qualidade de vida e o índice de CPO e a utilização de prótese removível em pacientes com SSP possui impacto na qualidade de vida.

Materiais e Métodos

Foi delineado um estudo transversal o qual foi submetido às comissões de ética das entidades participantes (Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa – FMDUL; Instituto Português de Reumatologia de Lisboa – IPR) e após aprovação ini-



ciou-se o respetivo recrutamento (Figura 1). A amostra foi constituída por pacientes recrutados, consecutivamente, por dois médicos especialistas do IPR, e foram submetidos a duas administrações de questionários de qualidade de vida, com uma a quatro semanas de intervalo entre teste e re-teste (dependendo da disponibilidade dos pacientes). Em todos os casos existiu, previamente, a leitura e preenchimento de um consentimento informado. Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão indicados na Tabela 1. As próteses totais são totalmente muco-suportadas e poderiam comprometer os resultados de FSEM, visto este ser obtido por sialometria com mastigação de um cubo de parafina, daí a exclusão dos portadores de prótese total bimaxilar. Caso algum participante tivesse a sua medicação de pilocarpina ou estimulante gustativo de secreção salivar (EGSS) modificada durante o estudo, os seus resultados não seriam contabilizados.

A avaliação da QVO e QVS foi realizada através de questionários de pergunta-resposta (OHIP-14 e SF-12), o FSNE e o FSEM foram determinados através de métodos pré-estabelecidos¹³⁻¹⁵ e o índice de CPO registado sempre pelo mesmo operador, com recurso a um espelho intraoral, sonda exploratória reta e iluminação artificial.¹⁶

Ambos os questionários são versões reduzidas que mantêm a integridade de perguntas das versões originais, para as quais já foi realizado e, devidamente, publicado todo o proces-

so de tradução e validação.¹⁷⁻¹⁹ O score do OHIP-14 pode variar entre 0 a 56 conforme resposta a cada uma das 14 perguntas, obtendo classificação mais elevada a pior condição de saúde oral (5 hipóteses de resposta com pontuação entre 0 a 4). O SF-12 possui diferentes pontuações que são inseridas em fórmulas específicas para cada pergunta. Os valores obtidos são somados e o score pode variar entre 0 e 775, sendo os valores mais altos representativos de melhor qualidade de vida. O preenchimento e cálculo dos scores foram realizados conforme instruções descritas na literatura.^{17,20}

Os resultados e análise estatística foram processados através de um software de análise estatística apropriado (SPSS v.21 Statistical Package for the Social Sciences Inc., Chicago, IL, EUA). Os resultados foram indicados como média, com um intervalo de confiança (IC) estabelecido de 95% e apenas foram considerados significativos valores para nível de significância (*P*) inferior a 0,05.

A fiabilidade do teste e re-teste foi avaliada, em cada questão, através do coeficiente de correlação intraclass (ICC) – modelo: bidirecional aleatório; tipo: concordância absoluta; interpretação consoante a classificação de Fleiss.²¹ A consistência interna dos questionários foi avaliada através do coeficiente Cronbach's *alpha*, sendo que, como definido em estudos anteriores,²² valores de, pelo menos, 0,80 são considerados desejados e classificados como bons. Também foram verificadas eventuais alterações no Cronbach's *alpha* com remoção de algum item. Para determinação da existência de correlações, de acordo com as hipóteses deste estudo, foram realizadas correlações de Pearson segundo indicações de estudos prévios.²³ Finalmente, foi utilizado o teste *t* de Student independente para avaliar se a utilização de prótese removível afetava as restantes variáveis em estudo. Os fluxos salivares foram expressos em ml.min.⁻¹ e os valores de índice de CPO obtidos através da soma de dentes cariados, perdidos e/ou obturados.

Resultados

Este estudo contou com a participação de um total de 50 voluntários, 48 mulheres e 2 homens. Não existiram *drop-outs*, sendo que todos os participantes concluíram o estudo respondendo a todas as perguntas de ambos questionários. Na Tabela 2 são apresentados dados demográficos, fluxos salivares

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Idade superior a 18 anos	Portadores de prótese total removível bimaxilar
Diagnóstico de SSP de acordo com os critérios do American-European Consensus Group ³²	Ocorrência de consulta prévia com o nosso grupo de investigação há mais de um mês
FSNE<0,1ml.min. ⁻¹	Lactantes ou grávidas
Consulta prévia com o nosso grupo de investigação com obtenção de fluxos salivares e índice de CPO	
Nacionalidade portuguesa ou de um país de língua oficial portuguesa	

Tabela 2. Caracterização da amostra da distribuição por idade, FSNE, FSEM e valor do índice de CPO sob a forma de valor mínimo/máximo, média e 95% IC.

N= 50	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	95% IC
Idade (anos)	31,00	79,00	57,92	[54,30:61,54]
FSNE (ml.min. ⁻¹)	0,00	0,10	0,04	[0,03:0,05]
FSEM (ml.min. ⁻¹)	0,00	1,66	0,46	[0,35:0,58]
Valor do índice de CPO	4	32	16,03	[6,20:17,98]

e valor do índice de CPO da amostra em estudo. Decompondo o índice de CPO por componentes foi obtido uma média de dentes cariados de 3,44 95% IC [2,47:4,41], de dentes perdidos de 8,38 95% IC [6,34:10,42] e de dentes obturados de 4,16 95% IC [2,58:5,74]. Na amostra em estudo existiam 16 indivíduos portadores de prótese parcial removível, sendo 12 bimaxilar e 4 unimaxilar.

O score total do OHIP-14 variou entre 0 e 48, com média de 17,61 95% IC [14,35:20,88]. Por outro lado, o SF-12 obteve resultados de score total entre 25 e 725, com média de 343,05 95% IC [285,37:400,73]. Foi determinado que no momento do preenchimento dos questionários 29 pacientes não realizavam medicação com pilocarpina ou EGSS, 7 realizavam medicação com pilocarpina (Salagen®, MGI Pharma, EUA), 10 realizavam medicação com EGSS (Xeros®, Dentaïd, Barcelona, Espanha) e 4 realizavam ambas as medicações.

Nas administrações dos questionários foi obtida fiabilidade de boa a excelente no OHIP-14, com valores de ICC entre 0,57 e 0,88, bem como no SF-12, abrangendo valores de ICC

entre 0,49 e 0,96. Os valores do Cronbach's alpha no OHIP-14 foram 0,92 e 0,89 e no SF-12 de 0,89 e 0,90, respetivamente para teste e re-teste. As Tabelas 3 e 4 apresentam os valores de ICC e da variação do Cronbach's alpha com remoção de um item em cada pergunta do OHIP-14 e SF-12, respetivamente.

Foram realizadas correlações de Pearson entre as variáveis FSNE, FSEM, valor do índice de CPO, score total do OHIP-14, score total do SF-12, score do domínio físico do SF-12 e score do domínio mental do SF-12. Nas Tabelas 5 e 6 encontram-se os valores de correlação obtidos para teste e re-teste, respetivamente. Foi obtida uma fraca correlação negativa, mas significativa estatisticamente, entre o FSNE e o score total do OHIP-14 na primeira administração. Por outro lado, o FSEM e o valor do índice de CPO não correlacionaram significativamente com nenhum dos scores dos questionários, com exceção de uma correlação forte, positiva e significativa entre componente de dentes cariados do índice de CPO e o score total do OHIP-14 (0,46 $P=0,00$) e uma correlação moderada, negativa e significativa entre a componente de dentes perdi-

Tabela 3. Valores de ICC para cada pergunta do OHIP-14 com respectivo 95% IC, bem como os valores do Cronbach's alpha para teste e re-teste na remoção do respetivo item

OHIP-14	ICC	95% IC	Cronbach's alpha se item removido (Teste)	Cronbach's alpha se item removido (Re-teste)
Questão 1	0,82	[0,70: 0,89]	0,91	0,88
Questão 2	0,81	[0,69: 0,89]	0,91	0,88
Questão 3	0,80	[0,67: 0,88]	0,91	0,88
Questão 4	0,85	[0,76: 0,91]	0,91	0,88
Questão 5	0,86	[0,76: 0,92]	0,91	0,88
Questão 6	0,86	[0,76: 0,92]	0,91	0,87
Questão 7	0,88	[0,79: 0,93]	0,90	0,87
Questão 8	0,75	[0,60: 0,85]	0,91	0,87
Questão 9	0,72	[0,56: 0,83]	0,91	0,88
Questão 10	0,78	[0,65: 0,87]	0,91	0,88
Questão 11	0,57	[0,34: 0,72]	0,91	0,88
Questão 12	0,69	[0,51: 0,81]	0,91	0,88
Questão 13	0,77	[0,63: 0,86]	0,91	0,87
Questão 14	0,59	[0,38: 0,74]	0,91	0,88

Tabela 4. Valores de ICC para cada pergunta do OHIP-14 com respectivo 95% IC, bem como os valores do Cronbach's alpha para teste e re-teste na remoção do respetivo item

SF-12	ICC	95% IC	Cronbach's alpha se item removido (Teste)	Cronbach's alpha se item removido (Re-teste)
Questão 1	0,86	[0,77: 0,92]	0,87	0,88
Questão 2 ^a	0,82	[0,70: 0,89]	0,87	0,89
Questão 2b	0,81	[0,69: 0,89]	0,87	0,89
Questão 3 ^a	0,79	[0,66: 0,88]	0,88	0,90
Questão 3b	0,96	[0,92: 0,98]	0,88	0,89
Questão 4 ^a	0,72	[0,56: 0,83]	0,88	0,90
Questão 4b	0,49	[0,26: 0,68]	0,88	0,90
Questão 5	0,91	[0,84: 0,95]	0,87	0,90
Questão 6 ^a	0,82	[0,70: 0,90]	0,88	0,89
Questão 6b	0,84	[0,74: 0,90]	0,88	0,90
Questão 6c	0,84	[0,73: 0,90]	0,88	0,90
Questão 7	0,87	[0,79: 0,93]	0,86	0,89

Tabela 5. Valores de Correlação de Pearson e respetivos níveis de significância para as variáveis FSNE, FSEM, valor do índice de CPO e scores da primeira administração dos questionários.

n=50	FSNE	FSEM	Valor de CPO	OHIP-14 Total	SF-12 Total	SF-12 Físico	SF-12 Mental
FSNE	1	0,22 P 0,12	-0,18 P 0,21	-0,30 P 0,03*	0,07 P 0,61	0,07 P 0,64	0,07 P 0,65
FSEM	0,22 P 0,12	1	-0,29 P 0,04*	-0,21 P 0,14	0,20 P 0,17	0,17 P 0,23	0,19 P 0,19
Valor de CPO	-1,79 P 0,21	-0,29 P 0,04*	1	0,17 P 0,23	-0,11 P 0,46	-0,14 P 0,43	-0,08 P 0,57
OHIP-14 Total	-0,30 P 0,03*	-0,21 P 0,14	0,17 P 0,23	1	-0,55 P 0,00*	-0,40 P 0,00*	-0,62 P 0,00*
SF-12 Total	0,07 P 0,61	0,20 P 0,17	-0,11 P 0,46	-0,55 P 0,00*	1	0,93 P 0,00*	0,92 P 0,00*
SF-12 Físico	0,07 P 0,64	0,17 P 0,23	-0,14 P 0,43	-0,40 P 0,00*	0,93 P 0,00*	1	0,69 P 0,00*
SF-12 Mental	0,07 P 0,65	0,19 P 0,19	-0,08 P 0,57	-0,62 P 0,00*	0,92 P 0,00*	0,69 P 0,00*	1

* Resultado estatisticamente significativo

dos do índice de CPO e o score do domínio físico do SF-12 (-0,28 P=0,00). Em ambas as administrações dos questionários foi possível estabelecer uma forte correlação negativa entre o score total do OHIP-14 e os scores do SF-12 total e SF-12 mental, com resultados estatisticamente significativos em ambas as situações.

Foi utilizado o teste t de Student independente para avaliar se a utilização de prótese removível afetava qualquer uma das restantes variáveis em estudo, sendo os resultados expressos na Tabela 7. Foram obtidas diferenças estatisticamente signif-

icativas nas seguintes variáveis: FSEM, componente de dentes cariados e perdidos do índice de CPO e score físico do SF-12. Comparativamente com os não utilizadores de prótese removível, os utilizadores de prótese removível parcial bimaxilar ou unimaxilar possuíram um FSEM e um número de dentes cariados diminuído, enquanto o número de dentes perdidos aumentou de valor. No mesmo âmbito de comparação, em ambas as administrações dos questionários, o score físico do SF-12 diminuiu de valor nos indivíduos com prótese removível, traduzindo uma pior qualidade de vida.

Tabela 6. Valores de Correlação de Pearson e respectivos níveis de significância para as variáveis FSNE, FSEM, valor do índice de CPO e scores da segunda administração dos questionários.

n=50	FSNE	FSEM	Valor de CPO	OHIP-14 Total	SF-12 Total	SF-12 Físico	SF-12 Mental
FSNE	1	0,22 P 0,12	-0,18 P 0,21	-0,14 P 0,34	-0,03 P 0,82	-0,02 P 0,91	-0,05 P 0,75
FSEM	0,22 P 0,12	1	-0,29 P 0,04*	-0,20 P 0,18	0,15 P 0,30	0,13 P 0,37	0,16 P 0,28
Valor de CPO	-1,79 P 0,21	-0,29 P 0,04*	1	0,21 P 0,15	-0,18 P 0,22	-0,15 P 0,29	-0,18 P 0,21
OHIP-14 Total	-0,14 P 0,34	-0,20 P 0,18	0,21 P 0,15	1	-0,57 P 0,00*	-0,45 P 0,00*	-0,64 P 0,00*
SF-12 Total	-0,03 P 0,82	0,15 P 0,30	-0,18 P 0,22	-0,57 P 0,00*	1	0,95 P 0,00*	0,94 P 0,00*
SF-12 Físico	-0,02 P 0,91	0,13 P 0,37	-0,15 P 0,29	-0,45 P 0,00*	0,95 P 0,00*	1	0,78 P 0,00*
SF-12 Mental	-0,05 P 0,75	0,16 P 0,28	-0,18 P 0,21	-0,64 P 0,00*	0,94 P 0,00*	0,78 P 0,00*	1

* Resultado estatisticamente significativo

Tabela 7. Análise de diferenças estatísticas da utilização de prótese removível nas variáveis em estudo, através do teste t de Student independente.

n=50	Sem prótese n=34 (Média e 95% IC)	Com prótese n=16 (Média e 95% IC)	Valor de P
FSNE	0,04 [0,03:0,05]	0,05 [0,03:0,07]	0,50
FSEM	0,50 [0,34:0,66]	0,39 [0,22:0,56]	0,01*
CPO componente C	3,94 [2,61:5,27]	2,53 [1,41:3,66]	0,03*
CPO componente P	5,50 [3,71:7,28]	13,93 [10,01:17,86]	0,05*
CPO componente O	5,35 [3,15:7,55]	1,73 [0,68:2,79]	0,10
Valor de CPO	14,85 [12,40:17,31]	18,24 [14,90:21,58]	0,74
OHIP 14 1. ^a	19,32 [14,83:23,81]	15,80 [9,74:21,86]	0,65
OHIP-14 2. ^a	17,38 [14,06:20,71]	18,40 [11,60:25,20]	0,53
SF-12 total 1. ^a	352,94 [280,37:425,51]	291,33 [192,54:390,12]	0,12
SF-12 total 2. ^a	383,68 [308,56:458,80]	276,00 [174,02:377,98]	0,17
SF-12 físico 1. ^a	161,32 [120,08:202,58]	110,67 [60,61:160,72]	0,02*
SF-12 físico 2. ^a	170,88 [128,75:213,01]	101,33 [52,66:150,01]	0,02*
SF-12 mental 1. ^a	191,62 [155,72:227,52]	180,67 [119,72:241,61]	0,82
SF-12 mental 2. ^a	212,79 [176,91:248,68]	174,67 [111,48:237,85]	0,73

* Resultado estatisticamente significativo

Discussão

Este estudo possuiu como objetivo principal analisar a eventual correlação entre QVO e QVS em doentes com SSP, através da medição dos scores dos questionários OHIP-14 e SF-12. Assim sendo, foi realizado um recrutamento de pacientes com

SSP constituindo uma amostra de conveniência de 50 indivíduos [com características típicas da patologia segundo a literatura:¹⁻³ maioritariamente mulheres na quinta década de vida com hipossíntese (FSNE<0,1 ml.min.⁻¹).²⁴] os quais foram submetidos duas administrações de ambos os questionários. Estes, de acordo com os resultados de ICC e Cronbach Alpha

obtidos, revelaram-se fiáveis e válidos, com todos os seus itens a possuírem consistência entre si, mesmo existindo diferentes intervalos de tempo entre administrações dos questionários; tal como se constata em literatura prévia.²⁵ Por conseguinte, foi possível avaliar a correlação entre os questionários aplicados, verificando-se a existência de uma correlação negativa e significativa entre o FSNE e o score total do OHIP-14, bem como entre o score total do OHIP-14 e do SF-12. Tais resultados encontram-se de acordo com um estudo prévio realizado em pacientes com SS primário e secundário, com a diferença que os autores utilizaram o questionário SF-36.¹⁰ Isto significa que um menor FSNE possui correlação com uma menor QVO e que esta possui correlação com uma menor QVS. Conclusões que são fundamentadas pela associação da saliva com a homeostasia do corpo humano, mantendo, entre outras, funções fisiológicas orais como mastigação, fala e deglutição.²⁶

No seguimento destes resultados, algumas considerações devem de ser mencionadas. Por um lado, ocorreu ausência de correlação significativa entre o score do OHIP-14 e o FSNE na segunda administração do questionário, podendo ser explicado pela menor variabilidade de respostas ao questionário. Estatisticamente, a correlação de Pearson é afetada por diferentes valores de variância, sendo que quanto maior a variabilidade, maior é a probabilidade de correlação.²⁷ Por outro lado, o facto de um maior score no OHIP-14 representar pior qualidade de vida, enquanto no SF-12 representar maior qualidade de vida explica o motivo de ter existido uma correlação negativa entre a QVO e QVS.

No que diz respeito às limitações e dificuldades encontradas, são de referir a necessidade de exclusão de indivíduos com próteses totais bimaxilares e o tamanho da amostra. No entanto, a primeira limitação consiste num critério que permite maior exatidão na obtenção do valor de FSEM, conforme descrito em estudos prévios.¹³⁻¹⁵ Embora o tamanho amostral possa ser considerado reduzido (50 pacientes), cremos que, em virtude da patologia em causa não apresentar uma prevalência elevada, o número se encontra apropriado para traçar algumas análises de correlação e, deste modo, verificar a existência de correlações entre QVO e QVS nesta população.

Adicionalmente, foi avaliada a relação entre CPO e qualidade de vida onde se verifica uma tendência estatística para valores menores de CPO contribuírem para uma qualidade de vida superior. Analisando resultados significativos por componente do índice de CPO, verifica-se uma redução da QVO com o aumento do número de dentes cariados (respetivo aumento do score do OHIP-14) e uma redução da QVS com o aumento do número de dentes perdidos (embora esta seja apenas refletida na diminuição do score físico do SF-12). Concomitantemente, os valores do índice de CPO obtidos nesta amostra, quando comparados com o último estudo da Direção Geral de Saúde (DGS), revelaram-se superiores aos valores médios da população portuguesa de faixa etária 35-44 anos (CPO 11,5) e semelhantes aos da faixa etária 65-74 anos (CPO 16,04).²⁸ A mesma análise é possível de realizar para cada componente do índice de CPO. Assim sendo, comparando os resultados obtidos no nosso estudo com o estudo da DGS, o número de dentes obturados é semelhante e o número de dentes cariados e perdidos é superior na relação com a faixa etária

dos 35-44 anos (C 1,34; P 3,98; O 4,86). Por outro lado, verifica-se o oposto na faixa etária dos 65-74 anos (C 3,46; P 11,44; O 2,10), com uma redução dos dentes obturados e uma semelhança nos dentes cariados e perdidos. Considerando que a amostra em estudo possui uma média de idade de 57,92 anos, constata-se um aumento das componentes C e P em idade mais precoce, podendo estar relacionado com as características da SSP.

No âmbito dos objetivos secundários deste estudo, pretendeu-se analisar a influência na Qualidade de Vida da utilização de prótese removível. Foi possível verificar que na nossa amostra os portadores de prótese removível possuíam uma menor qualidade de vida, com diferença estatisticamente significativa do score físico do SF-12, quando comparado com os pacientes que têm indicação para utilização de prótese removível, mas que não utilizam. Este resultado poderá estar associado ao FSEM diminuído, o qual é uma condição habitual em indivíduos com SS que, associado às suas respetivas consequências, pode tornar difícil e desconfortável a utilização de prótese removível.^{1,29} Adicionalmente, num estudo recente é sugerido que a utilização de prótese removível, por si, está relacionada com uma pior QVO.³⁰ Hipoteticamente, um estadio mais avançado do SSP pode estar relacionado com um agravamento da sintomatologia, bem como com um maior nível de necessidade de tratamento dentário e consequente utilização de prótese removível. Com base nestas considerações, como constatado na literatura,²⁹ a reabilitação fixa com implantes pode beneficiar, especialmente, indivíduos com SSP, eliminando os fatores negativos associados à prótese removível, aumentando o seu conforto físico e, por conseguinte, a sua qualidade de vida geral. Contudo, mais investigação sobre o tema é necessária.

Em suma, foi possível confirmar a hipótese da existência de uma correlação entre QVO e QVS em pacientes com SSP. Contudo não foi possível confirmar que a utilização de prótese removível possui impacto na qualidade de vida de pacientes com SSP, embora exista uma tendência que aponta para a sua diminuição. No entanto, nos últimos anos, a determinação e quantificação da qualidade de vida tem conquistado importância clínica e investigacional. Sendo a SS uma doença sistémica com grande foco semiológico a nível oral, para profissionais de saúde revela-se importante analisar a componente oral e sistémica numa avaliação global da qualidade de vida.^{9-11,31} Como tal, espera-se a progressão futura da investigação na área.

Conclusão

A avaliação da QVO e QVS, em pacientes com SSP, obteve resultados estatisticamente significativos que permitem concluir que a hipótese principal deste estudo é aceite, verificando-se uma correlação entre QVO e QVS. Por outro lado, a aceitação das hipóteses secundárias não foi possível, embora haja resultados pertinentes de mencionar: a ocorrência de uma correlação entre a QVO e o FSNE, bem como com número de dentes cariados. Adicionalmente, a utilização de prótese removível apenas diminuiu significativamente a componente física da QVS. Contudo o tamanho amostral deverá ser aumentado de modo a permitir uma maior robustez dos dados obtidos.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência está na posse deste documento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Al-Hashimi I. The management of Sjogren's syndrome in dental practice. *J Am Dent Assoc.* 2001;132:1409-17.
- Al-Hashimi I. Xerostomia secondary to Sjogren's syndrome in the elderly: recognition and management. *Drugs Aging.* 2005;22:887-99.
- Al-Hashimi I. Sjogren's syndrome: diagnosis and management. *Womens Health (Lond).* 2007;3:107-22.
- Delaleu N, Jonsson R, Koller MM. Sjogren's syndrome. *Eur J Oral Sci.* 2005;113:101-13.
- Binon PP, Fowler CN. Implant-supported fixed prosthesis treatment of a patient with Sjogren's syndrome: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1993;8:54-8.
- Sreebny LM. Saliva in health and disease: an appraisal and update. *Int Dent J.* 2000;50:140-61.
- Leung KC, McMillan AS, Leung WK, Wong MC, Lau CS, Mok TM. Oral health condition and saliva flow in southern Chinese with Sjogren's syndrome. *Int Dent J.* 2004;54:159-65.
- Pedersen AM, Bardow A, Nauntofte B. Salivary changes and dental caries as potential oral markers of autoimmune salivary gland dysfunction in primary Sjogren's syndrome. *BMC Clin Pathol.* 2005;5:4.
- Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F. Quality of life in patients with Sjogren's syndrome and sicca complex. *J Oral Rehabil.* 2008;35:875-81.
- Stewart CM, Berg KM, Cha S, Reeves WH. Salivary dysfunction and quality of life in Sjogren syndrome: a critical oral-systemic connection. *J Am Dent Assoc.* 2008;139:291-9.
- Enger TB, Palm O, Garen T, Sandvik L, Jensen JL. Oral distress in primary Sjogren's syndrome: implications for health-related quality of life. *Eur J Oral Sci.* 2011;119:474-80.
- Bullinger M. Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. *Restor Neurol Neurosci.* 2002;20:93-101.
- Navazesh M. Methods for collecting saliva. *Ann N Y Acad Sci.* 1993;694:72-7.
- da Mata AD, da Silva Marques DN, Silveira JM, Marques JR, de Melo Campos Felino ET, Guilherme NF. Effects of gustatory stimulants of salivary secretion on salivary pH and flow: a randomized controlled trial. *Oral Dis.* 2009;15:220-8.
- da Silva Marques DN, da Mata AD, Patto JM, Barcelos FA, de Almeida Rato Amaral JP, de Oliveira MC, Ferreira CG. Effects of gustatory stimulants of salivary secretion on salivary pH and flow in patients with Sjogren's syndrome: a randomized controlled trial. *J Oral Pathol Med.* 2011;40:785-92.
- World Health Organization. *Oral Health Survey Basic Methods.* 5th ed. France. WHO Library. 2013. p. 125.
- Ferreira PL. Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I – Cultural and linguistic adaptation. *Acta Med Port.* 2000;13:55-66.
- Ferreira PL. Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II - Validation tests. *Acta medica portuguesa. Acta Med Port.* 2000;13:119-27.
- Pires CP, Ferraz MB, de Abreu MH. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). *Braz Oral Res.* 2006;20:263-8.
- Slade GD. The Oral Health Impact Profile. In: Slade GD (ed). *Measuring Oral Health and Quality of Life.* Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997;93-104.
- Fleiss J. The design and analysis of clinical experiments. New York. John Wiley & Sons, Inc. 1986. p. 448.
- Bland J, Altman D. Cronbach's alpha. *BMJ.* 1997;314:572.
- Juniper E, Guyatt G, Roman J. How to develop and validate a new health-related quality of life instrument. In: Spilker B (ed.). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.* 2nd ed. Philadelphia. PA: Lippincott-Raven Publishers. 1996;46-56.
- Navazesh M, Kumar SK, University of Southern California School of D. Measuring salivary flow: challenges and opportunities. *J Am Dent Assoc.* 2008;139(Suppl):35S-40S.
- Marx R, Menezes A, Horovitz L, Jones E, Warren R. A comparison of two time intervals for test-retest reliability of health status instruments. *J Clin Epidemiol.* 2003;56:730-5.
- Holsinger FC, Bui DT. Anatomy, function, and evaluation of the salivary glands. In: Myers EN, Ferris RL (ed.). *Salivary Glands Disorders.* New York. Springer Berlin Heidelberg. 2007;1-16.
- Goodwin LD, Leech NL. Understanding Correlation: Factors that affect the size of *r*. *J Exp Educ.* 2006;74:249-66.
- Direção Geral de Saúde. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. 2015. Portugal.
- Invernici MM, Nicolau GV, Soares de Lima AA. Management of Sjogren's Syndrome Patient: A Case Report of Prosthetic Rehabilitation with 6-Year Follow-Up. *Case Rep Dent.* 2014;2014:761251.
- Shaghaghian S, Taghva M, Abduo J, Bagheri R. Oral health-related quality of life of removable partial denture wearers and related factors. *J Oral Rehabil.* 2015;42:40-8.
- Seror R, Ravaut P, Mariette X, Bootsma H, Theander E, Hansen A, et al. EULAR Sjogren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI): development of a consensus patient index for primary Sjogren's syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:968-72.
- Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, et al. Classification criteria for Sjogren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:554-8.