

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

SABRINA TAILANE BATISTA

IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
PORTADORES DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

BELO HORIZONTE

2017

SABRINA TAILANE BATISTA

IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
PORTADORES DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito para conclusão do curso de graduação em
Odontologia da UFMG.

Orientadora: Profa. Tarcília Aparecida da Silva

BELO HORIZONTE

2017

Dedico primeiramente a Deus, meu bem maior, que sempre me sustentou e permaneceu com sua fidelidade. Aos meus avós Dejanira, Francelino, Jacira e Emanuel. Aos meus pais Sebastião (in memoriam) e Tânia pelo amor incondicional e ao meu irmão Sebasthoni por todo apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Profa. Tarcília Aparecida da Silva pela prontidão em me orientar, esteve sempre presente e me apoiando durante a realização do trabalho.

A Luciana Gravito pela disponibilidade, acompanhamento e contribuições sem as quais a caminhada teria sido muito mais árdua. Deixo aqui o meu muito obrigada a você!

A todos que trabalharam para o desenvolvimento da pesquisa, em especial aos pacientes do Hospital das Clínicas e aos voluntários.

A profa. Isabela Pordeus pelos ensinamentos durante a elaboração do Projeto de Pesquisa.

A equipe do colegiado do curso de odontologia e a todos os professores da Faculdade de Odontologia da UFMG que contribuíram com os ensinamentos durante esse percurso.

Agradeço em especial a Adriana pelos momentos de aprendizado durante a iniciação científica.

Aos amigos que eu tive a sorte de conquistar na faculdade, os que eu trago no coração durante toda a minha vida, aos familiares, em especial o Grimaldo pelo apoio e os afilhados João Gabriel e Melany.

"Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que fez tua rosa tão importante." Antoine de
Saint-Exupéry - O Pequeno Príncipe.

RESUMO

O presente estudo teve o objetivo de avaliar o impacto de condições bucais na qualidade de vida de indivíduos portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Foi realizado um estudo transversal, sendo avaliados 75 pacientes portadores de LES em tratamento no Serviço de Reumatologia do Hospital das Clínicas da UFMG. A amostra foi constituída também por um grupo controle composto por 78 indivíduos sem doença sistêmica. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) destes indivíduos foi avaliada empregando-se a versão brasileira do questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP-49). Todos os participantes foram submetidos a exame odontológico, tendo sido obtidos índice CPO-D; parâmetros periodontais e sialometria. Foram coletadas também variáveis sociodemográficas e hábitos de higiene bucal. Indivíduos do grupo LES foram avaliados com relação à atividade da doença e os danos causados pela mesma. Os resultados demonstraram que indivíduos do grupo LES apresentaram um maior impacto negativo das condições bucais na qualidade de vida quando comparados aos indivíduos do grupo controle ($p=0,011$). A condição bucal determinante do impacto negativo foi o uso de prótese ($p<0,05$). No grupo LES, também foi observado que indivíduos com um dano moderado apresentaram QVRSB deteriorada quando comparados a indivíduos sem dano ($p=0,043$). Portanto, pacientes com LES apresentam um maior impacto negativo de condições bucais na sua qualidade de vida. O conhecimento do impacto das condições bucais na qualidade de vida de indivíduos portadores de LES pode ser útil para aprimorar o tratamento multidisciplinar deste grupo de pacientes.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico; Qualidade de vida; OHIP-49

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the impact of oral conditions on the quality of life of individuals with Systemic Lupus Erythematosus (SLE). A cross-sectional study was carried out, and 75 patients with SLE treated at the Rheumatology Service of the UFMG Hospital das Clínicas were evaluated. The sample was also composed of a control group composed of 78 individuals without systemic disease. The quality of life related to oral health (HRQoL) of these individuals was evaluated using the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile questionnaire (OHIP-49). All participants were submitted to dental examination, and CPO-D index was obtained; Periodontal parameters and sialometry. Sociodemographic variables and oral hygiene habits were also collected. Individuals in the SLE group were evaluated in relation to the disease activity and the damage caused by the disease. The results showed that individuals of the SLE group presented a greater negative impact of oral conditions on quality of life when compared to the control group ($p = 0.011$). The predominant oral condition was negative prosthesis use ($p < 0.05$). In the SLE group, it was also observed that individuals with moderate damage presented poor HRQLQoL when compared to individuals without damage ($p = 0.043$). Therefore, patients with SLE present a greater negative impact of oral conditions on their quality of life. Knowledge of the impact of oral conditions on the quality of life of individuals with SLE may be useful to improve the multidisciplinary treatment of this group of patients.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus; Quality of life; OHIP-49.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características sociodemográficas dos participantes dos grupos LES e Controle.....	30
TABELA 2 - Hábitos orais e variáveis clínicas dos participantes do grupo LES e do grupo Controle.....	32
TABELA 3 - Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal entre o grupo LES e o grupo controle.....	33
TABELA 4 - Mediana (Modo) de pontuações OHIP globais e de subescala de acordo com as categorias SLEDAI e SLICC.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	<i>American College of Rheumatology</i>
Anti-dsDNA	Anticorpos de cadeia dupla
Anti-Sm	Anticorpo específico para o LES
CPO-D	Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DIDL	<i>Dental Impacts on Daily Living</i>
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
DP	Doenças Periodontais
g/dia	gramas por dia
GOHAI	<i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i>
HRQoL	<i>Quality of life related to oral health</i>
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
mL/min	Mililitros por Minuto
mm³	milímetro cúbico
OHIP- 49	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OIDP	<i>Oral Impacts on Daily Performances</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
pH	Potencial Hidrogeniônico
QVRSB	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey</i>
SLEDAI	<i>Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index</i>

SLICC	<i>Systemic Lupus International Colaborating Clinics</i>
SMMB	Salário Mínimo Mensal Brasileiro
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Lúpus Eritematoso Sistêmico	15
2.1.1 DIAGNÓSTICO	15
2.1.2 SINTOMAS	16
2.1.3 TRATAMENTO	17
2.2 Oral Health Impact Profile (OHIP)- Perfil do Impacto da Saúde Bucal	17
3 JUSTIFICATIVA	20
4 OBJETIVOS	21
4.1 Objetivo geral	21
4.2 Objetivos específicos	21
5 HIPÓTESE	22
6 METODOLOGIA	23
6.1 Considerações Éticas	23
6.2 Coleta de dados	23
6.3 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes com LES e controle	23
6.4 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal	24
6.5 Exame intrabucal	25
6.5.1 Condição Dentária:	25
6.5.2 Condição periodontal:	25
6.5.3 Sialometria	26
6.6 Variáveis sócio-demográficas:	27
6.7 Hábitos	27
6.7.1 Hábitos deletérios: Tabagismo atual ou prévio	27
6.7.2 Hábitos de higiene: Escovação diária e uso do fio dental por dia	28
8. Análises Estatísticas	28
7 RESULTADOS	29
8 DISCUSSÃO	36
9 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	47

1 INTRODUÇÃO

O termo reumatismo é utilizado para caracterizar a alteração de saúde que acomete as articulações e estruturas ósteo-musculares, aliada à rigidez articular e sintomas dolorosos. Pode-se dizer que é uma das doenças crônicas que mais causa limitações de atividades físicas e incapacidades de autocuidado ao paciente (PEREIRA *et al.*, 2010; MACHADO *et al.*, 2004).

As Doenças Reumáticas compõem o grupo de doenças crônicas, autoimunes, inflamatórias, que afetam principalmente as articulações (FREIRE, 2011). Além do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) podem-se citar algumas doenças que compõem esse grupo:

- Gota: Inflamação que acomete extremidades articulares devido ao acúmulo de ácido úrico nas articulações (OLIVEIRA, 2011);
- Espondilite anquilosante: Doença na qual a coluna vertebral e as articulações sacroilíacas são atingidas pela inflamação crônica (OLIVEIRA, 2011);
- Artrite reumatóide: As articulações periféricas de mãos e punhos, e os pés são os mais afetados pela inflamação, podendo afetar outras partes dos órgãos, como os ossos, a pele, os músculos, o coração e demais órgãos, o que a torna uma doença sistêmica. Ocorre inflamação da membrana sinovial com infiltrado de macrófagos e células linfocitárias, hiperplasia conhecida como *pannus*, destruição de estrutura óssea e degradação de cartilagem (PEREIRA *et al.*, 2010);
- Osteoartrite: É um processo de degradação da cartilagem articular, o qual leva a alterações na membrana sinovial, músculos e ligamentos. É considerada a doença musculoesquelética que mais predomina no mundo e sua consequência é a morbidade e incapacidade (PEREIRA *et al.*, 2010).

As Doenças Periodontais (DP) são processos inflamatórios de origem infecciosa que acometem os tecidos gengivais e/ou de suporte dos dentes (VIEIRA *et al.*, 2010). O periodonto é constituído por gengiva, cemento, ligamento periodontal e osso alveolar, ou seja, são estruturas que suportam, sustentam e circundam o dente para fixá-lo na mandíbula e na maxila (WOLF, 2006). A gengivite e a periodontite são duas formas de doença que mais afetam o periodonto, sendo a placa bacteriana sua

etiologia primária (BUENO, 2013). Estudos mostram que as DP estão intimamente ligadas às doenças reumáticas devido a desregulação do sistema imune durante a atividade da doença. Com isso, pacientes portadores de doenças reumáticas são considerados mais susceptíveis a comprometimento periodontal (BRAGA *et al.*, 2007; SETE, 2016; CALDERARO, 2016).

A cárie consiste em uma doença infecciosa e transmissível que está estabelecida na humanidade desde há muito tempo. Durante a ativação da doença ocorre uma colonização de microorganismos em especial o *Streptococcus mutans*, na superfície dentária. Esses patógenos metabolizam carboidratos fermentáveis, levando a produção de ácidos, o que gera a perda do mineral do esmalte. Com o passar do tempo há formação de cavidade que se não tratada observa-se destruição de toda a coroa dentária (NARVAI, 2000).

O índice CPO-D, que atualmente é utilizado em todo o mundo e foi proposto pela OMS, foi criado no ano de 1937 como instrumento de medida para avaliar a severidade da doença cárie e estimar a sua prevalência em populações de interesse. Obtém-se o valor no indivíduo do índice, através da soma do número de dentes permanentes que se encontram cariados (C), perdidos (P) e obturados/restaurados (O), podendo variar de 0 a 32. Porém, em uma população, o valor obtido, corresponde à média do grupo (NARVAI, 2000).

De acordo com Loyola-Rodriguez *et al.* (2016), há poucos estudos relacionados à prevalência da cárie dentária em pacientes com LES. Como foi dito, o método mais utilizado na avaliação de experiência da cárie dentária é o índice CPO-D, entretanto, essa ferramenta não fornece informações sobre a gravidade, o que seria necessário para a avaliação de pacientes que apresentam acentuada diminuição do fluxo salivar (LOYOLA-RODRIGUEZ *et al.*, 2016).

A saliva possui componentes orgânicos e inorgânicos, seu principal componente é a água. Algumas funções da saliva são: proteção contra ataques químicos e infecciosos, auxiliar na preparação do bolo alimentar, proteger os dentes contra substâncias nocivas e manter o pH neutro. Sendo assim, a saliva diminuída em quantidade ou em qualidade pode levar a um impacto negativo na qualidade de vida do paciente (CASSOLATO; TUMBULL, 2003).

A xerostomia (boca seca) é representada pela diminuição na produção da quantidade de saliva e alteração na sua composição química. Isso pode ter um efeito sobre a função oral e a qualidade de vida do indivíduo. Alguns aspectos prejudicados são a capacidade de mastigar certos alimentos, diminuição do sabor do alimento, dificuldade na fala, halitose, além de contribuir para a dor, lesões de cáries e infecções orais. (CASSOLATO; TUMBULL, 2003).

Dentre os métodos disponíveis para avaliação do fluxo salivar, tem-se a sialometria, que determina a quantidade salivar correlacionando-se com o grau de xerostomia. Considerando-se esse processo de análise, a saliva pode ser medida em repouso e estimulada por um período de tempo lançando-a em um recipiente (GONZALEZ *et al.*, 2009).

O tabagismo é considerado um dos maiores motivos de mortes que, atualmente, tem acometido a humanidade. Relaciona-se o hábito a má qualidade de vida, mortalidade prematura e morbidade. Além de provocar câncer, doenças cardiovasculares e pulmonares, dentre outras, o hábito de fumar tem sido um fator de risco na patogênese do LES. Estudos mostram que o tabagismo apresenta sério impacto na gravidade do LES e nas respostas ao tratamento do lúpus cutâneo. (NUNES; CASTRO, 2011; ARAUJO *et al.*, 2008; MONTES *et al.*, 2016).

Devido ao envolvimento de múltiplos sistemas no LES, os pacientes podem apresentar impactos importantes nos parâmetros de qualidade de vida. Estes pacientes com doenças crônicas estão submetidos a danos orgânicos e psíquicos que às vezes podem resultar em incapacidade física ou mental e deficiências, comprometendo assim a qualidade de vida (FREIRE, 2011). Além disto, o envolvimento da cavidade bucal, como consequência da doença sistêmica também pode potencialmente repercutir de forma negativa na qualidade de vida do doente (AMARAL *et al.*, 2014; UMBELINO JUNIOR, 2010).

Neste sentido, o presente estudo tem o objetivo de avaliar, por meio de um instrumento de avaliação, o questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP)- Perfil do Impacto da Saúde Bucal, qual o impacto apresentado na qualidade de vida da saúde bucal de pacientes diagnosticados com LES. É importante ressaltar que não existem estudos prévios na literatura que realizaram este tipo de abordagem experimental neste grupo de estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Lúpus Eritematoso Sistêmico

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença multissistêmica, inflamatória, crônica do tecido conjuntivo, de etiologia ainda não totalmente esclarecida, mas pode estar ligada a fatores ambientais (infecções virais, substâncias químicas, raios ultravioleta, hormônios sexuais e fatores emocionais), genéticos e autoimunes, sendo característico deste vários títulos aumentados de auto-anticorpos (anticorpos que atuam contra estruturas celulares) que estão presentes nos distúrbios imunológicos (BORBA, 2008; UMBELINO JÚNIOR *et al.*, 2010). É uma doença rara que acomete com mais frequência mulheres jovens na fase reprodutiva (FREIRE, 2011).

2.1.1 DIAGNÓSTICO

Para o diagnóstico, são avaliados durante o exame clínico ao menos 4 critérios dos 11 existentes. Tais parâmetros foram desenvolvidos pelo American College of Rheumatology, em 1982 para uniformizar os estudos científicos com relação à doença (TAN *et al.*, 1982), e reformulados em 1997 (HOCHBERG, 1997), - sendo estes:

1. Eritema malar: lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo.
2. Lúpus discóide: lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia, podendo aparecer em lesões antigas.
3. Fotossensibilidade: eritema cutâneo, às vezes máculo-papular, como reação não-usual à exposição a luz solar, de acordo com a história do paciente ou observado pelo médico.
4. Úlceras orais/nasais: úlceras orais ou nasofaríngeas, indolores, observadas pelo médico durante o exame físico.
5. Artrite: artrite não erosiva que envolve duas ou mais articulações periféricas, caracterizadas por dor e inchaço ou acúmulo de líquido na articulação.
6. Serosite: pleurite ou pericardite documentada por exames radiológicos.
7. Comprometimento renal: proteinúria persistente ($> 0,5$ g/dia ou 3+), e/ou alteração no sedimento urinário (hematúria, cilindros granulosos).

8. Alterações neurológicas: convulsão ou psicose (na ausência de outra causa).
9. Alterações hematológicas: anemia hemolítica ou leucopenia (menor que 4.000/mm³ em duas ou mais ocasiões) ou linfopenia (menor que 1.500/mm³ em duas ou mais ocasiões) ou plaquetopenia (menor que 100.000/mm³ na ausência de outra causa).
10. Alterações imunológicas: anticorpo anti-DNA nativo ou anti-Sm ou presença de anticorpo antifosfolípide com base em: a) níveis anormais de IgG ou IgM anticardiolipina; b) teste positivo para anticoagulante lúpico; ou c) teste falso-positivo para sífilis, por, no mínimo, seis meses.
11. Anticorpos antinucleares: título anormal de anticorpo antinuclear por imunofluorescência indireta ou método equivalente, em qualquer época, e na ausência de drogas conhecidas por estarem associadas à síndrome do lúpus induzido por drogas (BORBA, 2008; LOPES, 2013).

Utiliza-se para auxílio do diagnóstico alguns exames laboratoriais (BORBA, 2008), exames sorológicos podem ser utilizados para a avaliação da atividade da doença como, por exemplo, a dosagem de anticorpos anti-dsDNA, avaliação dos níveis séricos de interleucinas e de complemento juntamente com seus produtos (FREIRE, 2011).

2.1.2 SINTOMAS

O LES pode apresentar diversas manifestações clínicas, com períodos agravantes e diminuição dos sintomas. Envolve sistemas ou órgãos, isolados ou concomitantemente, em qualquer período da doença, atingindo as articulações, a pele, as células e vasos sanguíneos, as membranas serosas, pulmões, rins, além do cérebro, e dentre outros (FREIRE, 2011; BORBA, 2008; LIMA, 2012).

Araujo (2007) e Albilia (2007) mostram que os principais sintomas são: artrite, febre, alterações na pele como vermelhidão em "asa de borboleta", fotossensibilidade, queda de cabelo causada por folículos pilosos congestionados com queratina, fenômeno de Raynaud (coloração de mãos e pés), feridas no nariz e na boca; cansaço, perda de peso, problemas renais, pulmonares e cardíacos, aumento de gânglios, além de depressão e, até, complicações neurológicas e psicóticas (ARAUJO, 2007; ALBILIA, 2007).

Em 90% dos indivíduos há queixa de dores nas juntas e nos músculos, o que pode resultar em fraqueza e perda da resistência; 50% inflamação renal e em 75% dos pacientes há envolvimento do sistema nervoso, o que gera convulsões, perda de sensibilidade, depressão, psicose, dentre outras. O coração pode ser atingido em toda a sua parte sendo que a inflamação no pericárdio é a doença mais comum, e pode ou não levar a dores no peito (ARAUJO, 2007).

As lesões orais como gengivite descamativa, gengivite marginal ou lesões erosivas na mucosa são encontradas em 40% dos pacientes (ALBILIA, 2007).

2.1.3 TRATAMENTO

LES é considerado uma doença incurável e para o seu controle, faz-se o uso de medicamentos corticoides e imunossupressores. Isso requer um planejamento adequado, pois, esses fármacos podem desenvolver nos pacientes, diversos efeitos colaterais. (BORBA, 2008)

Dentre os fármacos utilizados para o tratamento da doença estão os antimaláricos e os glicocorticoides. Estes independem de qual órgão ou sistema está sendo afetado. Os glicocorticoides são os mais utilizados, sendo que as doses diárias são ministradas conforme a gravidade de cada paciente (Ministério da Saúde, 2013). Em comprometimento cutâneo, pode-se lançar mão de bloqueadores solares; terapia tópica com corticoides em lesões isoladas; antimaláricos como terapia sistêmica; em comprometimentos articulares antiinflamatórios não-hormonais ou infiltração intra-articular com glicocorticoide (BORBA, 2008; Ministério da Saúde, 2013).

2.2 Oral Health Impact Profile (OHIP)- Perfil do Impacto da Saúde Bucal

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL) qualidade de vida foi definida pelo grupo, como “a percepção dos indivíduos de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações” (WOH, 1995).

Para que os profissionais de saúde estudem sobre a qualidade de vida em saúde, relacionada ao impacto físico e psicossocial, devido a doenças e terapias que comprometem a condição de vida do indivíduo (REIS e COSTA, 2010), utilizam-se indicadores como questionários em forma de perguntas e respostas, no qual, procura-se medir o quanto a condição de saúde da pessoa é afetada nos domínios físico, material, psicológico, social, dentre outros (BARBOSA *et al.*, 2010).

Os autores Souza *et al.* (2011) e Parenti (2010) apresentam em seus estudos o questionário SF-36, além do OHIP-49. O SF-36 é um instrumento que avalia o impacto da saúde geral sobre a qualidade de vida, composto por 36 itens em oito componentes: funcionamento físico, limitações de funções físicas, dor física, saúde geral, vitalidade, funcionamento social, limitações de função emocional e saúde mental (SOUZA *et al.*, 2011; PARENTI, 2010).

Para que se realize a avaliação do impacto dos problemas da cavidade bucal sobre a qualidade de vida, são utilizados os questionários específicos conhecidos, de forma geral, de indicadores sócio-dentais (BARBOSA *et al.*, 2010). A saúde bucal é relevante para a qualidade de vida por ser parte da saúde geral (MARTINS *et al.*, 2014), sendo assim, por ser tão importante, a literatura compõe de diversos estudos relacionando a qualidade de vida com a saúde bucal (SHEIHAM *et al.*, 2001; LOCKER e QUIÑONEZ, 2009; TSAKOS, MARCENES e SHEIHAM, 2004).

Segundo Barbosa (2010) vários indicadores sócio-dentais foram desenvolvidos, como o GOHAI – *Geriatric Oral Health Assessment Index*, o DIDL – *Dental Impacts on Daily Living*, o OHIP – *The Oral Health Impact Profile* e a sua versão abreviada – o OHIP-14 e o ODP – *Oral Impacts on Daily Performances* (BARBOSA *et al.*, 2010).

Dentre os modelos de questionários utilizados para avaliação de qualidade de vida está o *Oral Health Impact Profile* (OHIP)- Perfil do Impacto da Saúde Bucal. Desenvolvido na Austrália por Slade e Spencer em 1994, escrito em língua inglesa, e composto por 49 questões. Este instrumento teve sua versão reduzida em 1997 criando-se o OHIP-14 e, em 2006, Pires *et al.* traduziram e adaptaram para a língua portuguesa brasileira o questionário OHIP-49 (SLADE e SPENCER, 1994; SLADE, 1997; PIRES *et al.*, 2006). O questionário OHIP-49 (SLADE e SPENCER, 1994) contempla os aspectos sociais, psicológicos e físicos do paciente, sendo capaz de abordar sete domínios: dor, limitação funcional, desconforto psicológico, incapacidade

física, psicológica e social e ainda, deficiência na realização das atividades de vida diária/atividades cotidianas (SOARES, 2015; SANTOS, 2013).

Os escores do Ohip-49 são: nunca = 0; quase nunca/raramente = 1; às vezes = 2; frequentemente = 3; muito frequentemente/sempr = 4. Quanto mais alto o escore, pior é o impacto causado na qualidade de vida do indivíduo (BIANCO *et al.*, 2010; GABARDO *et al.*, 2013).

GABARDO *et al.* (2013) apresentam três diferentes métodos para analisar as respostas obtidas pelos respondentes:

- Método de adição: Totalizam-se os escores de todas as respostas e quanto maior o valor obtido pelo resultando da soma, pior é o impacto causado. Neste procedimento há uma avaliação quanto à severidade do impacto causado ao indivíduo.
- Método de simples contagem: Computa-se os códigos 3 ou 4, conforme o número de vezes em que são apresentados. Isso permite a verificação dos impactos psicossociais e funcionais mais graves e esse cálculo indica definir a extensão do problema.
- Método da atribuição de pesos: Multiplica-se os códigos das respostas (0 a 4) pelos pesos das mesmas e logo após são somados, o que leva a um valor ponderado. Porém, não há piora no desempenho do OHIP quanto ao uso de valores não ponderados.

No presente estudo foi utilizado o questionário com um item para a identificação de cada participante e a data da coleta das respostas. As perguntas são de linguagem clara e objetiva, são destinadas também para indivíduos edêntulos parciais ou totais, e as respostas indicam com qual frequência o(os) problema(s) ocorreu (ocorreram) no último ano. O valor mínimo do escore é 0 e o máximo 196. O questionário é composto por 7 subescalas, onde, são 9 questões para limitação funcional, 9 para dor física, 5 desconforto psicológico, 9 incapacidade física, 6 incapacidade psicológica, 5 incapacidade social e 6 para incapacidade total.

3 JUSTIFICATIVA

Conhecer o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes com doenças reumáticas é relevante, pois pode contribuir para um melhor atendimento desses indivíduos. Sabe-se que, em períodos de progressão da doença, a mão é o principal membro afetado, o que pode interferir diretamente nos hábitos de higiene oral devido à dor, rigidez articular, limitação física e incapacidade (PEREIRA *et al.*, 2010). Além disto, há uma associação entre doenças reumáticas e doença periodontal (SETE, 2016), tabagismo (MONTES *et al.*, 2016) manifestações buco dentais como xerostomia, lesões erosivas na mucosa e cárie dentária (AMARAL *et al.*, 2014) o que pode ser um fator modificador da qualidade de vida desses pacientes. A utilização de um questionário OHIP-49 (SLADE e SPENCER, 1994), pode trazer dados sobre o real impacto da condição bucal na qualidade de vida de pacientes com LES.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar o potencial impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida de pacientes em tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

4.2 Objetivos específicos

Comparar os dados dos domínios sociais, psicológicos e físicos do questionário *Oral Health Impact Profile* OHIP-49 dos pacientes com LES e de indivíduos controle e analisar a associação desses dados com os resultados das variáveis clínicas: Presença de Doença Periodontal; Condição Dentária através do Índice CPO-D e Quantidade de Saliva (Sialometria), além de avaliar as pontuações globais do OHIP-49 de acordo com as categorias SLEDAI e SLICC dos pacientes com Lúpus.

5 HIPÓTESE

Espera-se que haja impactos negativos de alterações bucais na qualidade de vida de pacientes com LES.

6 METODOLOGIA

6.1 Considerações Éticas

Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado a partir do ano de 2012. Sendo que, a coleta de dados, foi entre fevereiro de 2013 a dezembro de 2014 no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

O projeto do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob o número de protocolo 03128012.0.0000.5149/2012 (ANEXO A).

6.2 Coleta de dados

O estudo foi desenvolvido em uma população de 75 pacientes com LES que apresentaram presença de pelo menos quatro critérios de classificação adotados pela American College of Rheumatology-ACR revisados em 1997 (HOCHBERG, 1997; BORBA *et al.*, 2008), por no mínimo 6 meses, em acompanhamento no Serviço de Reumatologia do Ambulatório Bias Fortes e Ambulatório Borges da Costa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e 78 voluntários saudáveis, recrutados dos Ambulatórios do Hospital das Clínicas da UFMG, representados pelos acompanhantes dos pacientes em tratamento, sem diagnóstico de LES que concordaram em participar do estudo como grupo controle.

6.3 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes com LES e controle

Foram inclusos os pacientes com idade superior a 18 anos que entenderam o estudo e concordaram em participar, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B), apresentaram pelo menos oito dentes naturais e concordaram em responder o questionário OHIP-49 (ANEXO C).

Entretanto, os pacientes que se encontravam em uso frequente de clorexidina e antibiótico por até três meses antes da avaliação periodontal; aqueles que realizaram tratamento periodontal nos últimos seis meses, apresentavam presença de infecção

pelo HIV conhecida e mulheres em período gestacional ou de lactação foram excluídos do estudo.

Os pacientes com LES que estavam em acompanhamento regular no Serviço de Reumatologia do Hospital das Clínicas/UFMG foram avaliados quanto a capacidade de ser escolhido para a pesquisa. Os elegíveis foram convidados a participar do estudo em dia de consulta regular para o controle da doença no Ambulatório Bias Fortes. Aos que concordaram em participar, foi realizada revisão do prontuário para obtenção de dados quanto aos critérios diagnósticos e tratamentos prévios do lúpus e positividade para os anticorpos antifosfolípidos e autoanticorpos relacionados ao lúpus. O grupo controle foi composto pelos acompanhantes dos pacientes ou voluntários saudáveis, todos tinham mais de 18 anos e foram excluídos gestantes, lactantes e pacientes com infecção conhecida pelo vírus da imunodeficiência humana.

6.4 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal

OHIP (*Oral Health Impact Profile*) contempla em sua forma original 49 questões e tem a finalidade de avaliar qual o verdadeiro impacto na qualidade de vida pela condição bucal (BIANCO *et al.*, 2010). Entre os instrumentos utilizados denominados de “indicadores sociodentais” o OHIP se destaca por seu amplo uso pois, teve sua adaptação e aplicabilidade em diferentes culturas e países. Busca-se sua associação com fatores econômicos, demográficos, sociais e comportamentais nessa diversidade de culturas e países (GABARDO *et al.*, 2013).

As 49 questões compreendem sete domínios relacionados à limitação, dor, desconfortos, dentre outros e cada domínio é composto por 7 questões. Essas questões são avaliadas através de um escore total com valor máximo de 196 ou pelos domínios citados anteriormente. O questionário pode ser aplicado em forma de entrevistas pessoais, por telefone como também por auto aplicação.

O fato de o OHIP-49 ser considerado extenso na prática criou-se a versão reduzida (OHIP-14), o qual apresenta os mesmos domínios do questionário original, porém, com duas questões em cada domínio (MENDEZ e GOMES, 2013).

6.5 Exame intrabucal

O exame odontológico, que tem por finalidade avaliar as condições bucais, foi feito pelo mesmo examinador cirurgião-dentista, no consultório odontológico que funciona no Ambulatório Borges da Costa. Os pacientes passaram por exame intrabucal completo (exame da mucosa, avaliação da xerostomia, sialometria, caracterização da saliva, avaliação periodontal e condição dentária) (ANEXO D).

Os procedimentos ofereceram baixo risco ao paciente. Os materiais utilizados encontravam-se estéreis e todos os procedimentos respeitavam as normas universais de controle de infecção.

As variáveis de interesse do estudo relacionadas à cavidade oral são: Condição dentária (CPO-D); Condição periodontal (índice de placa e periodontograma) e Sialometria.

6.5.1 Condição Dentária:

Índices como o CPO-D podem medir a severidade referente à experiência da lesão de cárie de um grupo de indivíduos (CYPRIANO *et al.*, 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta esse índice como uma alternativa para avaliar a condição dentária através do cálculo da média do número total de dentes permanentes cariados (C) perdidos (P) e obturados (O) (WHO, 1997). Além da condição dentária, foi analisado se os pacientes utilizavam algum tipo de prótese.

6.5.2 Condição periodontal:

A avaliação diagnóstica para cada paciente foi realizada por meio do exame clínico de boca completa (sondagem periodontal) considerando-se como indicadores: 1) índice de placa; 2) sangramento gengival e sangramento à sondagem; 3) profundidade do sulco gengival; 4) perda de inserção clínica; e 5) supuração.

Para a avaliação da periodontite foi utilizado o índice de placa e um periodontograma. O índice de placa descrito por Silness e Løe (1964) possibilita avaliar a qualidade de higiene bucal do indivíduo com scores de 0 a 3 que indicam a ausência ou a presença e a sua quantidade nas faces vestibulares, linguais, mesiais e distais dos dentes 16, 12, 24, 36, 32 e 44.

No periodontograma é realizado a sondagem nas 4 faces de todos os dentes presentes na boca (exceto terceiros molares) e têm como indicadores: Profundidade de sondagem; Nível de inserção; Sangramento; Supuração; e Cálculo. O exame nos indica status periodontal como gengivite, periodontite moderada/avançada/localizada e generalizada. Para a realização dos exames utilizou-se sonda periodontal Hu-Friedy® – modelo PCP15, Universidade Carolina do Norte – espelho clínico e gaze.

Segundo LOPEZ *et al.* (2002) a periodontite é considerada quando há presença de quatro ou mais dentes com um ou mais sítios com profundidade de sondagem ≥ 4 mm e perda de inserção clínica ≥ 3 mm no mesmo sítio. Page e Eke (2007) determinaram os parâmetros relacionados à gravidade de periodontite em Periodontite moderada e Periodontite grave.

A extensão de até 30% dos sítios acometidos indica doença periodontal localizada, enquanto que quando há extensão maior que 30% de acometimento dos sítios, indica-se forma generalizada (AAP, 2000).

Considerou-se gengivite localizada pela porcentagem de até 30% dos sítios sangrantes e gengivite generalizada maior que 30% dos sítios avaliados que apresentavam sangramento.

6.5.3 Sialometria

A sialometria que é um teste utilizado para a avaliação do fluxo salivar, é importante para o controle e prevenção de doenças que acometem a cavidade oral (FALCÃO *et al.*, 2013).

O valor quantitativo do fluxo salivar foi avaliado sob estímulo e em repouso (não estimulada). Para a coleta da saliva sob estímulo mecânico o paciente mastigou um sialogogo (hiperboloide) por 5 minutos e desprezou dentro de um tubo coletor e

para a coleta da saliva em repouso o paciente desprezou a saliva dentro do tubo por 5 minutos porém, sem o estímulo mecânico. Após a coleta foram analisados os aspectos como volume, viscosidade, coloração e turbidez. Os valores utilizados no estudo para a classificação da hipossaliva é leve 1,0 a 1,4 mL/min; moderada 0,5 a 1,0 mL/min; severa 0,05 a 0,50 mL/min e sialorreia > 3,0 mL/min. Esses valores são para a salivacção com estímulo (CONCEIÇÃO; FAGUNDES; MAROCCHIO, 2006).

6.6 Variáveis sócio-demográficas:

Os dados demográficos foram coletados através de uma entrevista com o paciente portador de LES e voluntários do grupo controle. As informações eram preenchidas no formulário de Protocolo de pesquisa para coleta de dados do estudo (ANEXO E) (JAIME *et al.*, 2015).

- Gênero;
- Idade;
- Escolaridade em anos;
- Renda familiar média mensal em salários mínimos.

6.7 Hábitos

6.7.1 Hábitos deletérios: Tabagismo atual ou prévio

Sabe-se que a exposição ao fumo pode apresentar efeitos deletérios sobre o LES (GHAUSSY, 2003) e estudos como o de MONTES *et al* (2016) mostram que há relação entre o tabagismo e o aumento da atividade da doença em pacientes fumantes.

Além disso, o tabagismo é um fator importante para o estabelecimento de doenças periodontais e o hábito de fumar interfere no desenvolvimento e aumento a quantidade de placa bacteriana (GAETTI-JARDIM JUNIOR, 1998).

6.7.2 Hábitos de higiene: Escovação diária e uso do fio dental por dia.

O hábito de higiene oral (escovação e uso do fio) e o controle da dieta são práticas mais eficazes na prevenção de desenvolvimento de doenças que podem ser instaladas na cavidade oral, principalmente as doenças periodontais que apresentam associação com a placa bacteriana (ABEGG, Claídes, 1997).

8. Análises Estatísticas

Para a análise estatística usou-se o software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), for Windows, Version 22.0 – SPSS, Chicago, USA. Após a tabulação dos dados no programa Excel realizou-se a caracterização sociodemográfica e clínica de acordo com as variáveis de interesse. Os testes estatísticos Mann-Whitney (variáveis contínuas), Qui-quadrado, para comparações intra e intergrupos das amostras, além da Correção de Bonferroni para a correção das subescalas. Contudo, aceitou-se para uma probabilidade de significância dos resultados, os valores inferiores a 5% ($p < 0,05$).

7 RESULTADOS

Após a análise dos dados coletados durante o estudo, obtiveram-se os resultados das variáveis de interesse do Grupo LES e Grupo Controle apresentados em quatro tabelas, cujo os títulos são:

- Características sócio-demográficas (tabela 1);
- Hábitos orais e variáveis clínicas (tabela 2);
- Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (tabela 3) e;
- Mediana (modo) de pontuações OHIP globais e de subescala de acordo com as categorias SLEDAI e SLICC (tabela 4).

Na tabela 1 encontram-se os dados demográficos “gênero, idade, escolaridade e renda familiar”. Participaram do estudo no grupo LES 68 mulheres e 07 homens, e do grupo controle, como voluntários, 62 mulheres e 17 homens. Nota-se que há semelhança na distribuição de gênero nos dois grupos.

A idade no grupo LES variou de 21 a 61 anos e no grupo controle de 19 a 65 anos. A média dos pacientes com LES foi de 38,03 (\pm 9,80) e do controle 41,31 anos (\pm 14,20). Dos 75 indivíduos participantes do grupo LES, 46 apresentavam idade \leq a 39 anos, enquanto que no grupo controle dos 78 indivíduos, 43 tinham idade $>$ que 39 anos.

Quanto à escolaridade, a prevalência foi de \geq 11 anos de estudo nos dois grupos e a renda mensal dos participantes que predominou no estudo foi de 1 a 3 salários mínimos, tanto no grupo LES (44) como no grupo controle (41).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes dos grupos LES e Controle

	LES N (%)	Controle N (%)	Valor p
Gênero			
Feminino	68 (90.7)	62 (79.5)	0.053*
Masculino	07 (9.3)	16 (20.5)	
Idade (anos)			
≤39	46 (61.3)	35 (44.9)	0.041*
>39	29 (38.7)	43 (55.1)	
Escolaridade (anos de escolaridade)			
≤10	26 (34.7)	22 (28.2)	0.389*
≥11	49 (65.3)	56 (71.8)	
Renda familiar (SMMB ¹)			
≤1 SMMB	08 (10.7)	06 (7.7)	0.356*
>1 SMMB ≤3	44 (58.7)	41 (52.6)	
>3 SMMB ≤5	18 (24.0)	19 (24.4)	
>5 SMMBs	05 (6.6)	12 (15.3)	

¹Salário Mínimo Mensal Brasileiro

*Teste Qui-quadrado

O hábito deletério avaliado foi o tabagismo (tabela 2). A amostra apresentou 16 indivíduos com LES que mantem o hábito; contrapondo a 59 que não desenvolveram essa característica. O valor de $p=0,530$ não foi significativo nessa variável.

O hábito de higiene oral (escovação e uso do fio dental) apresentou para a escovação um valor significativo no resultado ($p=0,005$), ou seja, 78,7% pacientes com LES e 57,7% grupo controle declararam escovar os dentes \geq a 3 vezes/dia. Para o uso do fio dental não houve significância no valor ($p=0,332$) e 65,3 % indivíduos no grupo LES e 57,7% grupo controle utilizam o fio \geq a 1 vez(s)/dia.

Comparando o uso prótese dentária, 14 pacientes do grupo LES e 19 indivíduos grupo controle utilizam. O valor de p (0,392) não apresentou significância para essa variável.

O teste utilizado para avaliação do fluxo salivar (sialometria) forneceu o resultado quantitativo do volume do fluxo salivar sob estímulo e em repouso. Na sialometria não estimulada o valor de p foi de 0,064, com predomínio da quantidade salivar de $\geq 0,4$ ml/min para o grupo LES 66 (88%) e grupo controle 74 (96,2%). Na sialometria estimulada, dentre os valores de referência, a que teve maior índice foi de $\geq 1,5$ ml/min, sendo 52 (69,3%) indivíduos no grupo LES e 55 (72,3%) no grupo controle. Observa-se que ao compararmos os dois grupos, a salivação em repouso do grupo LES está dentro do limite inferior.

Para a avaliação da condição dentária foi utilizado o índice de CPO-D (Dentes cariados, perdidos e obturados). O valor médio geral do índice foi de 13,65 (6,48%) no grupo LES e 15,14 (7,40%) no grupo controle. Apresentando os valores individuais da situação dentária o valor de p foi de 0,013 (cariados), 0,997 (perdidos) e 0,273 (obturados). Sendo assim, os valores mostram que houve significância no tópico de dentes cariados.

Considerando-se os índices para avaliação da condição periodontal, ainda na tabela 2, a variável da periodontite apresentou valor significativo ($p=0,051$). Aproximadamente 51 (68%) dos pacientes no grupo LES e 41 (52,6 %) indivíduos no grupo controle apresentavam a doença periodontal, e 24 (32,0%) participantes do grupo LES e 37 (47,4%) do grupo controle não possuíam periodontite. O que indica que houve mais indivíduos com periodontite do que sem a doença.

Tabela 2: Hábitos orais e variáveis clínicas dos participantes do grupo LES e do grupo Controle

	LES N (%)	Controle N (%)	valor <i>p</i>
Fumante			
Não	59 (78.7)	58 (74.4)	0.530*
Sim	16 (21.3)	20 (25.6)	
Escovação de dentes			
≤2 vezes/dia	16 (21.3)	33 (42.3)	0.005*
≥3 vezes/dia	59 (78.7)	45 (57.7)	
Fio dental			
<1 vezes/dia	26 (34.7)	33 (42.3)	0.332*
≥1 vezes/dia	49 (65.3)	45 (57.7)	
Uso de prótese			
Não	61 (81.3)	59 (75.6)	0.392*
Sim	14 (18.7)	19 (24.3)	
Sialometria (não estimulada)			
≤0.3 ml/min	09 (12.0)	03 (3.8)	0.064*
≥0.4 ml/min	66 (88.0)	74 (96.2)	
Sialometria (estimulada)			
<1.5 ml/min	23 (30.7)	21 (27.6)	0.682*
≥1.5 ml/min	52 (69.3)	55 (72.3)	
CPO-D ¹	13.65 (6.48) ²	15.14 (7.40) ²	0.160**
Dentes cariados	1.76 (2.71) ²	0.63 (0.95) ²	0.013**
Dentes perdidos	3.73 (3.85) ²	4.09 (4.63) ²	0.997**
Dentes obturados	8.33 (5.34) ²	9.36 (5.53) ²	0.273**
Periodontite			
Não	24 (32.0)	37 (47.4)	0.051*
Sim	51 (68.0)	41 (52.6)	

¹Dente cariado, perdido, obturado, ² Média (desvio padrão), * Teste Qui-quadrado, ** Teste de Mann-Whitney.

Para análise dos resultados obtidos através dos escores do indicador da qualidade de vida OHIP-49, foi avaliada cada subescala das 7 existentes no questionário (Limitação funcional; Dor física; Desconforto psicológico, Incapacidade física; Incapacidade psicológica; Incapacidade social, e Incapacidade física).

Além de cada subescala calculou-se a pontuação geral do impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal nos indivíduos com LES e controle (tabela 3).

O impacto mais significativo foi na subescala de incapacidade física, conforme apresenta a tabela 3, onde o valor de p foi de 0,002. A limitação funcional apresentou maior média no grupo LES (14,0) e dor física (12,0). Os itens menos significativos foram incapacidade social ($p=0,014$) e incapacidade física ($p=0,018$). Pode-se dizer que na pontuação geral os indivíduos do grupo LES apresentaram maior pontuação em relação ao grupo controle (43,00 e 22,00 respectivamente).

Tabela 3: Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal entre o grupo LES e o grupo controle

	LES Mediana (Modo)	Controle Mediana (Modo)	valor p
Limitação funcional	14.0 (0)	9.00 (0)	0.022*
Dor física	12.0 (0)	9.00 (0)	0.033*
Desconforto psicológico	8.0 (0)	2.00 (0)	0.015*
Incapacidade física	4.0 (0)	1.00 (0)	0.002*
Incapacidade psicológica	3.0 (0)	0.00 (0)	0.020*
Incapacidade social	0.00(0)	0.00 (0)	0.014*
Incapacidade total	0.00(0)	0.00 (0)	0.018*
Pontuação geral	43.00(0)	22.00 (0)	0.011**

* Correção de Bonferroni. Significativo ao nível $P < 0,007$.

** Teste de Mann-Whitney. Significativo ao nível $P < 0,05$.

A comparação dos resultados do OHIP-49 com os índices de avaliação da atividade da doença-SLEDAI e avaliação do dano- SLICC é apresentada na tabela 4. Há uma atualização do SLICC chamada SDI. A pontuação geral do OHIP-49 em

comparação com a atividade da doença moderada (1) no instrumento SLEDAI foi de 41,0 $p=0,998$ o que não apresenta valor significativo no estudo. Em comparação com atividade severa (2) o valor total do OHIP-49, por mais que não tenha significância estatística apresentou maior impacto na pontuação geral (50,0 / $p=0,980$) e a subescala de limitação funcional teve o maior valor geral da mediana (16,0 / $p=0,961$).

O SLICC, em dano moderado (1) teve significância no valor onde $p=0,043$, apresentou pontuação geral de 53,0 e em nenhum dano (0) 40,0. Dentre as 7 subescalas do OHIP-49, a limitação funcional apresentou maior valor de mediana (15,0) nesta categoria. O SLICC severo (2) apresentou a menor pontuação geral (25,0 / $p=0,668$), ou seja, pacientes com danos severos não tiveram impacto significativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Tabela 4: Mediana (Modo) de pontuações OHIP globais e de subescala de acordo com as categorias SLEDAI e SLICC.

	Limitação funcional Mediana (Modo)	Dor física Mediana (Modo)	Desconforto psicológico Mediana (Modo)	Incapacidade física Mediana (Modo)	Incapacidade psicológica Mediana (Modo)	Incapacidade social Mediana (Modo)	Incapacidade total Mediana (Modo)	Pontuação geral Mediana (Modo)
SLEDAI								
0	15.0 (16)	12.5 (9)	7.0 (0)	4.0 (0)	3.0 (0)	0.0 (0)	0.5 (0)	39.0 (17)
1	13.0 (0)	12.5 (0)	9.0 (0)	3.0 (0)	3.5 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	41.0 (0)
Valor P^*	0.809	0.733	0.638	0.394	0.873	0.619	0.407	0.998
SLEDAI								
0	15.0 (16)	12.5 (9)	7.0 (0)	4.0 (0)	3.0 (0)	0.0 (0)	0.5 (0)	39.0 (17)
2	16.0 (2)	12.0 (0)	6.0 (0)	7.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	2.0 (0)	50.0 (2)
Valor P^*	0.961	0.921	0.634	0.392	0.496	0.664	0.468	0.980
SLICC								
0	12.0 (0)	12.0 (0)	4.0 (0)	3.0 (0)	1.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	40.0 (2)
1	15.0 (16)	13.0 (3)	10.0 (20)	4.0 (0)	8.0 (0)	0.0 (0)	1.0 (0)	53.0 (17)
Valor P^*	0.094	0.238	0.041	0.287	0.043	0.055	0.112	0.043
SLICC								
0	12.0 (0)	12.0 (0)	4.0 (0)	3.0 (0)	1.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	40.0 (2)
2	13.0 (13)	4.0 (18)	9.0 (0)	4.0 (0)	4.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	25.0 (3)
Valor P^*	0.842	0.818	0.368	0.604	0.385	0.548	0.815	0.668

*Teste de Mann-Whitney. Para as subescalas, a correção de Bonferroni foi aplicada. Significativo ao nível $p < 0,007$. Para a pontuação geral, significante no nível $p < 0,05$.

SLEDAI 0; nenhuma atividade da doença, SLEDAI 1; atividade moderada da doença, SLEDAI 2; atividade severa da doença.

SLICC 0; nenhum dano, SLICC 1; dano moderado, SLICC 2; danos severos.

8 DISCUSSÃO

Conforme apresentou nos resultados, 90,7% dos pacientes eram do sexo feminino e 9,3 % masculino, o que nos mostra uma relação com alguns estudos anteriores, onde há prevalência de mulheres afetadas pelo LES (REES, *et al.*, 2016; KUHN, *et al.*, 2015; WU, *et al.*, 2015).

A idade no grupo LES variou de 21 a 61 anos e a média foi de 38,03 (\pm 9,80). Apesar do nosso objetivo não ter sido estudar a idade do diagnóstico, relacionando com outros estudos brasileiros, entre o ano de 2007 e 2008, no município de Cascavel, 14 indivíduos participaram de um estudo, onde todos do sexo feminino, sendo a média de idade no diagnóstico de 41,5 anos variando entre 22 e 69 anos (mediana de 38 anos) valor bem próximo a média do nosso estudo (NAKASHIMA, *et al.*, 2011).

O primeiro estudos sobre a incidência do LES realizado no Brasil (2000) compunha de 43 pacientes. Ao todo 38 mulheres e 5 homens, sendo que a média de idade dos participantes, na época do diagnóstico, foi de 31,8 anos (VILAR; RODRIGUES; SATO, 2003).

No presente estudo 21,3% eram fumantes, o que indica que a maioria não possui o hábito de fumar. O uso de tabaco está associado a dano crônico cumulativo em pacientes com LES e pode trazer efeitos prejudiciais na morbidade do lúpus (MONTES *et al.* 2016). Outro estudo, porém realizado no Canadá, obteve o valor de 14% tabagistas ativos. Sendo o objetivo pesquisar a associação entre o tabagismo e o comprometimento cutâneo no LES, o mesmo, concluiu que o tabagismo é um grave risco para a saúde que pode ocasionar e exacerbar uma série de doenças, inclusive a doença cutânea em pacientes com LES (BOURRÉ-TESSIER, *et al.* 2013).

A diminuição do fluxo salivar (hipossaliva) pode ser causada devido a diversos fatores, como por exemplo, doenças sistêmicas e autoimunes, uso de medicamentos, radioterapia em região de cabeça e pescoço e iodoterapia. A halitose (mau hálito) está intimamente relacionada com a quantidade do fluxo salivar, o que pode interferir na qualidade de vida do indivíduo devido ao comprometimento no convívio social (ALBUQUERQUE, 2007).

Um estudo avaliou o fluxo salivar em repouso de 62 pacientes adultos, no qual, a mediana do fluxo foi de 0,41 mL/min, resultado de um fluxo salivar normal. Porém, a faixa etária de 45 a 64 anos apresentou fluxo salivar diminuído (0,18 mL/min) e foram os que mais se queixaram de xerostomia (SANTANA, 2016). Enquanto que em Cuiabá foi realizado o primeiro estudo avaliativo dos fatores de risco para hipossalivação em pacientes com LES. Dos 48 pacientes que preencheram os critérios de inclusão, 38 (79,2%) apresentaram hipossalivação. A quantidade de saliva diminuiu conforme a atividade da doença, ou seja, maior atividade levou a valores mais baixos de fluxo salivar (LEITE, *et al.*, 2015). No nosso estudo, a salivação em repouso dos pacientes com LES está bem próxima ao limite inferior.

As doenças da cavidade oral como a cárie, doença periodontal, perda dentária, lesões da mucosa, câncer orofaríngeo e trauma ortodentário são consideradas problemas de saúde pública, pois o estado de saúde da cavidade oral tem grande efeito sobre a saúde geral e a qualidade de vida do indivíduo. Ou seja, alterações na saúde bucal indiciam muitas vezes doenças sistêmicas, as quais levam consequências na qualidade de vida por comprometer as atividades de vida diária (AFONSO e SILVA, 2015).

O índice CPO-D mede a extensão da experiência de cárie e a verificação a respeito da autoavaliação da saúde bucal (CARVALHO, TEIXEIRA, GOMES, 2009). No nosso estudo o valor médio geral deste índice foi de 13,65 para os pacientes com LES e obteve significância para dentes cariados. O que pode ser relacionado com a hipossalivação (ABRÃO, *et al.*, 2016).

Outros estudos também avaliaram o CPO-D em pacientes com LES. O índice CPOD dos pacientes (desvio padrão) foi de 16,5 (\pm 8,3) (SANTANA, 2016) e outros pesquisadores encontraram uma média de 18,5 nos pacientes avaliados, valores estes mais altos que no nosso estudo (UMBELINO JUNIOR, *et al.* 2010).

Estudos sobre a associação clínica e terapêutica entre a doença periodontal e o LES vêm sendo publicados desde o ano de 1980 e foi descrito maior gravidade da doença periodontal em pacientes com LES (SANTANA, 2016). Neste mesmo sentido, o nosso estudo apresentou um valor significativo estatisticamente para a variável de periodontite, na qual, 68% dos pacientes com LES possuem doença periodontal.

Em outro estudo, dos 60 pacientes com LES, 42 apresentaram periodontite (70%), o que demonstrou alta prevalência, valor próximo ao encontrado no nosso trabalho. De acordo com o autor, os fatores ambientais e genéticos contribuem para os achados de uma alta prevalência de periodontite em pacientes com LES (KOBAYASHI, *et al.* 2003).

Na pesquisa que avaliou a ocorrência da periodontite em pacientes com Artrite reumatoide e LES, os resultados mostram uma alta ocorrência de periodontite. Cerca de metade (60%) dos 30 pacientes examinados 18 apresentaram periodontite (NOVO, *et al.* 1999).

Já um estudo de revisão bibliográfica publicado em 2016 mostra que a frequência da periodontite em pacientes com LES variou em diferentes estudos entre 60% e 93,8% e para que haja uma definição da frequência da periodontite em pacientes com LES são necessários mais estudos controlados sobre o assunto (CALDERARO, *et al.* 2016).

Como dito anteriormente, desde a década de 80 vem sendo publicados estudos relacionando a doença periodontal com LES, entretanto, existem poucos estudos na literatura que avaliam a relação entre o LES e a periodontite. Mais estudos visando os mecanismos imunológicos precisam ser realizados, e precisa-se investigar a destruição periodontal entre a atividade do LES para um melhor entendimento desses processos patogênicos (SETE; FIGUEIREDO; SZTAJNBOK, 2016).

O modelo de avaliação da saúde "doença-incapacidade-incapacidade-desvantagem" que contem impacto negativo na saúde serviu como base para o desenvolvimento do indicador OHIP (COHEN-CARNEIRO; SOUZA-SANTOS; REBELO, 2011).

A perda dentária leva a uma deficiência e afeta a qualidade de vida relacionada à saúde bucal nos domínios social, funcional, estético, psicológico e emocional devido a dificuldades de mastigação, problemas de digestão, impacto negativo no relacionamento social, dentre outros. (AZEVEDO, *et al.* 2015; YEN, *et al.* 2017).

Visando melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com perda dentária, são confeccionadas próteses que tem o objetivo de restaurar a função oral e estética. Contrapondo, alguns estudos mostram que a pontuação do OHIP foi maior nos

indivíduos que usam prótese (EKANAYAKE; PERERA, 2004). Resultado parecido com o do nosso estudo, no qual o impacto mais significativo foi na incapacidade física, o que possivelmente nos indica relação com o uso de prótese.

Comparando as pontuações das subescalas do OHIP-49 de acordo com as categorias de atividade e de dano no LES, o instrumento SLICC/ACR tem valor prognóstico e permite a avaliação dos danos causados em pacientes com LES. Esse índice registra os danos ocorridos independentemente de sua causa (GLADMAN, *et al.*, 1996; SELLA e SATO, 2004). Ao realizarmos a análise entre as categorias do índice SLICC, os indivíduos com dano moderado apresentaram pior qualidade de vida relacionada a saúde bucal comparando com os indivíduos de nenhum dano.

9 CONCLUSÃO

- Considerando os resultados obtidos neste estudo, concluímos que os pacientes portadores de LES apresentaram maior impacto negativo de suas condições bucais na qualidade de vida quando comparados a indivíduos saudáveis. O principal domínio afetado foi a incapacidade física. No que se refere às alterações observadas em suas condições bucais, o uso de prótese foi determinante nesse impacto.

REFERÊNCIAS

1. ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 586-593, dez. 1997.
2. ABRÃO, A. L. P. *et al.* O que o reumatologista deve saber sobre as manifestações orofaciais das doenças reumáticas autoimunes. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 56, n. 5, p. 441-450, out. 2016.
3. AFONSO, A. C.; SILVA, I. Qualidade de vida relacionada com saúde oral e variáveis associadas: revisão integrativa. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 3, p. 311-330, dez. 2015.
4. ALBILIA, J. B. *et al.* Systemic lupus erythematosus: a review for dentists. **J Can Dent Assoc.**, v. 73, n. 9, p. 823-828, Nov. 2007.
5. ALBUQUERQUE, D. F. **Avaliação dos parâmetros de halitose e sialometria em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço.** 2007. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2007.
6. AMARAL, C. O. F. *et al.* Estudo das características estomatológicas e sistêmicas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 223-229, set. 2014.
7. AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Parameters on periodontal maintenance. **J. Periodontol.**, v. 71, n. 5, p. 847-883, May. 2000.
8. ARAUJO, A. D.; TRAVERSO-YEPEZ, M. A. Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 12, n. 2, p. 119-127, ago. 2007.
9. ARAUJO, J. M. F. *et al.* Associação entre lúpus eritematoso e tabagismo. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, p. 303-308, ago. 2008.
10. AZEVEDO, M. S. *et al.* Dental prosthesis use and/or need impacting the oral health-related quality of life in Brazilian adults and elders: Results from a National Survey. **J Dent.**, v. 43, n. 12, p. 1436-1441. Dec. 2015.
11. BARBOSA, T. S. *et al.* Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 283-300, 2010.
12. BIANCO, V. C. *et al.* O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2165-2172, jul. 2010.
13. BORBA, E. F. *et al.* Consenso de lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 196-207, ago. 2008.

14. BOURRÉ-TESSIER, J. *et al.* Association of Smoking With Cutaneous Manifestations in Systemic Lupus Erythematosus. **Arthritis Care Res.**, Hoboken, v. 65, n. 8, p.1275–128, Aug. 2013.
15. BRAGA, F. S. *et al.* Artrite crônica e periodontite. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 276-280, ago. 2007.
16. BUENO, A. C. **Efeito da terapia ativa não cirúrgica e da manutenção periodontal T em indivíduos com câncer em região de cabeça e pescoço:** um estudo prospectivo, controlado e pareado. 2013. 65 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
17. CALDERARO, D. C. *et al.* Há associação entre o lúpus eritematoso sistêmico e a doença periodontal? **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 280-284, maio-jun. 2016.
18. CARVALHO, R. B. TEIXEIRA, L. P. GOMES, M. J. Autopercepção e condições de saúde bucal nos pacientes assistidos pelo Ambulatório de Reumatologia do Hucam/Ufes, Vitória – ES. **RFO**, v. 14, n. 3, p. 216-221, set./dez. 2009.
19. CASSOLATO, S. F.; TUMBULL, R. S. Xerostomia: clinical aspects and treatment. **Gerodontology**, v. 20, n. 2, p. 64-77, Dec. 2003.
20. COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; REBELO, M. A. B. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1007-1015, 2011.
21. CONCEIÇÃO, M. D.; FAGUNDES, R. L.; MAROCCHIO, L. S. Técnica de Sialometria para uso na prática clínica diária/ Sialometry technique for use in daily clinical practice. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 60, n. 5, p. 350-354, set-out. 2006.
22. COUTINHO, A. E.; CHAPMAN, K. E. The anti-inflammatory and immunosuppressive effects of glucocorticoids, recent developments and mechanistic insights. **Molecular and Cellular Endocrinology**, v. 335, n. 1, p. 2-13, Mar. 2011.
23. CYPRIANO, S. *et al.* Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 285-292, abr. 2005.
24. EKANAYAKE, L.; PERERA, I. The association between clinical oral health status and oral impacts experienced by older individuals in Sri Lanka. **J Oral Rehabil.**, v. 31, n. 9, p.831-836. Sep. 2004.
25. FALCÃO, D. P. *et al.* Sialometria: aspectos de interesse clínico. **Rev Bras Reumatol.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 525-531, nov./dez. 2013.
26. FREDDO, S. L. *et al.* Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 1991-2000, set. 2008.
27. FREIRE, E. A. M. *et al.* Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 75-80, fev. 2011.

28. GABARDO, M. C. L. *et al.* Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 33, n. 6, p. 439-445, jun. 2013.
29. GAETTI-JARDIM JUNIOR. *et al.* O tabagismo como fator de risco para as doenças periodontais: aspectos microbiológicos. **Rev Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 315-321, out. 1998.
30. GHAUSSY, N. O. *et al.* Cigarette smoking and disease activity in systemic lupus erythematosus. **J Rheumatol.**, v. 30, n. 6, p. 1215-21. Jun. 2003.
31. GLADMAN, D. *et al.* The development and initial validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology damage index for systemic lupus erythematosus. **Arthritis Rheum.**, v. 39, n. 3, p. 363-369. Mar.1996.
32. GONZALEZ JIMENEZ, E. *et al.* Xerostomia: Diagnóstico y Manejo Clínico. **Rev Clin Med Fam.**, Cuenca, v. 2, n. 6, p. 300-304, Feb. 2009.
33. HOCHBERG, M. C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. **Arthritis Rheum.**, v. 40, p. 1725, Sep. 1997.
34. JAIME, P. C. *et al.* Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 267-276, abr/jun. 2015.
35. KATZUNG, B. G.; MASTERS, S. B.; TREVOR, A. T. **Farmacologia básica e clínica**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 1242p. (Lange).
36. KOBAYASHI, T. *et al.* Risk of Periodontitis in Systemic Lupus Erythematosus Is Associated with Fc g. **J Periodontol.**, Chicago, v. 74, n. 3, p. 378–384. Mar. 2003.
37. KUHN, A. *et al.* The Diagnosis and Treatment of Systemic Lupus Erythematosus. **Dtsch Arztebl Int.**, v.112, n. 25, p.423–432, Jun. 2015.
38. LEITE, C. A. *et al.* Prevalence of Hyposalivation in Patients with Systemic Lupus Erythematosus in a Brazilian Subpopulation. **International Journal of Rheumatology**, v. 2015, 730285, Jan. 2015.
39. LIMA, S. M.; SILVA, W. D. L. Lúpus Eritematoso Sistêmico: Revisão Literária. **Ciência, tecnologia e inovação: ações sustentáveis para o desenvolvimento regional**. Tocantins, out. 2012.
40. LOCKER, D.; QUIÑONEZ, C. Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. **J Can Dent Assoc.**, v. 75, n. 7, p. 521-521e. Sep, 2009.
41. LOPES, A. C. Q. **Lúpus Eritematoso**: Principais Sintomas, Diagnósticos e Terapêutica. 2013. 15 f. Departamento Nacional de Pós Graduação e Atualização. Fac. Redentor. Campinas, 2013.

42. LOPEZ, N.J. *et al.* Periodontal Therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. **J Periodontol.**, Chicago, v. 73, n. 8, p. 911-24, Aug. 2002.
43. LOYOLA-RODRIGUEZ, J. P. *et al.* Frequency of dental caries in active and inactive systemic lupus erythematosus patients: salivary and bacterial factors. **Lupus**. v. 25, n. 12, p. 1349-56, Oct. 2016.
44. MACHADO, G. P. M. *et al.* Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 367-372, dez. 2004.
45. MARTINS, A. M. E. *et al.* Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3461-3478, ago. 2014.
46. MENDEZ, M.; GOMES, S. C. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal: perspectivas para a periodontia. **Braz J Periodontol.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 38-44, dez. 2013.
47. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico portaria 100, de 7 de fevereiro de 2013.
48. MONTES, R. A. *et al.* Smoking and Its Association With Morbidity in Systemic Lupus Erythematosus Evaluated by the Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index: Preliminary Data and Systematic Review. **Arthritis Rheumatol.**, v. 68, n. 2, p. 441-448, Feb. 2016.
49. MOTA, L. M. H. *et al.* Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 152-174, abr. 2012.
50. NAKASHIMA, C. A. K. *et al.* Incidência e aspectos clínico-laboratoriais do Lúpus eritematoso sistêmico em cidade do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 235-239, jun. 2011.
51. NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 381-392, 2000.
52. NOVO, E. *et al.* Periodontitis and anti-neutrophil cytoplasmic antibodies in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis: a comparative study. **J Periodontol.**, Chicago, v. 70, n. 2, p. 185-188. Feb. 1999.
53. NUNES, S. O. B.; CASTRO, M. R. P. **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento**. Londrina: EDUEL, 2011. 224 p.
54. OLIVEIRA, N.C. Estilo de vida e doenças reumáticas: uma revisão. **Lifestyle J.**, v. 1, n. 2, p. 11-8, 2011.
55. PARENTI, A. F. **ShortForm-36, Escala de Auto-Estima Rosenberg-UNIFESP/EPM, Oral Health Impact Profile em idosos com overdentures mandibulares**. 2010. 178 f. Tese (Mestrado) - Universidade Federal de Sao Paulo, São Paulo, 2010.

56. PEREIRA, E. *et al.* Doenças reumáticas e incapacidades no contexto do envelhecimento populacional. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 460-467, set./dez. 2010.
57. PIRES, C. P.; FERRAZ, M. B.; ABREU, M. H. Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 263-268, Sept. 2006.
58. REES, F. *et al.* The incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus in the UK, 1999–2012. **Ann Rheum Dis**; v.75, n.1, p.136–141, Jan. 2016.
59. REIS, M. G.; COSTA, I. P. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico no Centro-Oeste do Brasil. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 408-414, ago. 2010.
60. SANTANA, C. M. **Estudo epidemiológico das condições bucais de pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico atendidos no Hospital Universitário de Brasília – DF.** 2016. 87 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
61. SANTOS, C. M. **Avaliação da dimensionalidade e de um modelo conceitual de qualidade de vida relacionada à saúde bucal utilizando a escala Oral Health Impact Profile-14.** 2013. 88 f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
62. SELLA, E. M. C.; SATO, E. I. Avaliação do índice de danos permanentes através de SLICC/ACR-DI em pacientes com mais de cinco anos de diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 115-122, abr. 2004.
63. SETE, M. R. C.; FIGUEIREDO, C. M.; SZTAJNBOK, F. Doença periodontal e lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 165–170, mar./abr. 2016.
64. SHEIHAM, A. *et al.* Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 29, n. 3, p. 195-203, Jun. 2001.
65. SILNESS, J, LÖE, H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. **Acta Odontol Scand.**, v. 22, p. 121-135, Feb. 1964.
66. SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 25, n. 4, p. 284-290, Aug. 1997.
67. SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Health.**, v. 11, n. 1, p. 3-11, Mar. 1994.
68. SOARES, S. L. B. *et al.* Avaliação dos usuários de prótese total, abordando aspectos funcionais, sociais e psicológicos. **Revista Saúde e Ciência On line**, Campina Grande, v. 4, n. 2, p. 19-27, maio-ago. 2015.

69. SOUZA, F. T. A. *et al.* The impact of burning mouth syndrome on health-related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 9, n. 57, Jul. 2011.
70. TAN, E. M. *et al.* The 1982 revised criteria for the classification of systemic lúpus erythematosus. **Arthritis Rheum.**, v. 2, n. 11, p. 1271-1277, Nov. 1982.
71. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, Oxford, v. 41, n.10, p. 1403-1409, Nov. 1995.
72. TSAKOS, G.; MARCENES, G.; SHEIHAM, A. The relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population. **Oral Health Prev Dent.**, v. 2, n. 3, p. 211–220, 2004.
73. UMBELINO JUNIOR, A. A. *et al.* Achados bucais e laboratoriais em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 479-486, dez. 2010.
74. VICENTE, A.; LOFFI, A. O. B.; NESI, H. Uso de corticosteroide no pré-operatório em cirurgia de terceiros molares. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, jun. 2013.
75. VIEIRA, T. R. *et al.* Alterações periodontais associadas às doenças sistêmicas em crianças e adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 237-243, jun. 2010.
76. VILAR, M. J. P.; RODRIGUES, J. M.; SATO, E. I. Incidência de lúpus eritematoso sistêmico em Natal, RN - Brasil. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 343-346, dez. 2003.
77. WOLF, H.F. **Periodontia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 532p.
78. WU, H. *et al.* The Real Culprit in Systemic Lupus Erythematosus: Abnormal Epigenetic Regulation. Lau C-S, ed. **International Journal of Molecular Sciences**. v. 16, n. 5, p. 11013-11033, May. 2015.
79. YEN, Y. Y. *et al.* Impact of Removable Dentures on Oral Health-Related Quality of Life among Elderly Adults in Taiwan. **BMC Oral Health**, v. 15, n.1, p. 1-12, Jan. 2015.

ANEXOS**ANEXO A**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

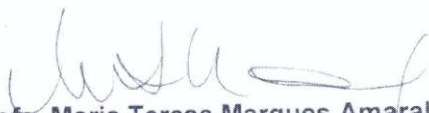
Projeto: CAAE – 03128012.0.0000.5149

Interessado(a): Profa. Gilda Aparecida Ferreira
Departamento de Aparelho Locomotor
Faculdade de Medicina – UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 22 de agosto de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Doença periodontal e doenças reumáticas: avaliação de associações clínicas, imunológicas, genéticas e microbiológicas**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B**Termo de consentimento livre e esclarecido – pacientes com lúpus eritematoso sistêmico**

Estudo: DOENÇA PERIODONTAL E DOENÇAS REUMÁTICAS: AVALIAÇÃO DE ASSOCIAÇÕES CLÍNICAS, IMUNOLÓGICAS, GENÉTICAS E MICROBIOLÓGICAS

Nome: _____

Registro: _____ Data: _____

Você está sendo convidado a participar desse estudo pois apresenta um reumatismo chamado lúpus eritematoso sistêmico (lúpus).

O seu reumatismo é uma doença autoimune, em que o seu sistema imunológico (responsável por defendê-lo contra substâncias ou agentes estranhos) passa a funcionar mal e a atacar as substâncias e órgãos que pertencem a você.

Sua doença tem períodos em que ela pode estar melhor (inativa), intercalados com períodos em que ela pode estar pior e provocar maiores alterações em diversas partes de seu organismo (atividade).

O uso de diversos medicamentos pode ser necessário para o seu tratamento, que além do uso dos medicamentos indicados, inclui realização periódica de exames de sangue e urina, visitas regulares ao reumatologista e realização de exames de imagem, como radiografias, quando indicados.

A avaliação da presença de atividade ou lesões crônicas (cicatrizes) de sua doença depende dos exames de sangue e da avaliação clínica do seu médico reumatologista, mas hoje há uma série de questionários que permitem uma melhor avaliação tanto da atividade, quanto da presença de lesões por seu reumatismo.

A ocorrência de doença periodontal, que é uma doença da gengiva e das estruturas que sustentam os dentes pode ser mais frequente em pacientes com o seu reumatismo. Quando ela não é tratada rapidamente, pode levar a infecções na boca e à perda de um ou mais dentes. A doença periodontal decorre de uma infecção da gengiva e outras estruturas onde ficam os dentes e também envolve a ocorrência de alterações do sistema imunológico. Seu diagnóstico depende da avaliação por um dentista e da realização de medidas clínicas que avaliam a localização dos dentes, a presença de alterações em sua fixação e a perda de dentes.

Desejamos estudar, nos pacientes que como você, apresentam lúpus e fazem seu tratamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, a presença e a gravidade

da doença periodontal. Desejamos também avaliar se a doença periodontal tem algum impacto sobre o seu reumatismo.

Para realizar este estudo, você, em dia de consulta regular para o tratamento e acompanhamento do seu lúpus, será convidado a participar dele. Se você concordar em participar, será realizada uma consulta usual com médico reumatologista (no caso eu, Débora Cerqueira Calderaro, pesquisadora deste estudo), que incluirá seu exame clínico, conferência dos exames laboratoriais de seguimento usual, aplicação de questionários para avaliação de atividade da doença e encaminhamento para uma avaliação odontológica.

Durante avaliação odontológica, serão realizadas avaliação oral completa, para pesquisar a presença da doença periodontal e a coleta de sua saliva.

Faremos ainda a coleta de amostras de sangue.

No sangue e na saliva serão medidas substâncias que regulam o sistema de defesa do organismo e se associam ao seu reumatismo e à doença periodontal e serão feitos exames para avaliara a possível influência de alterações genéticas sobre o seu reumatismo e/ou doença periodontal.

Se você tiver a doença periodontal, você será encaminhado a ambulatório especializado para o tratamento.

O tratamento de seu reumatismo sofrerá alterações apenas se necessário, conforme presença de atividade do mesmo e julgamento clínico de seu médico.

Os resultados do estudo serão divulgados através de apresentação em congressos ou publicação em revistas médicas ou odontológicas e sua identidade não será divulgada de forma alguma.

As vantagens de participar do estudo incluem a avaliação odontológica para pesquisa da doença periodontal, cujo tratamento vai contribuir para a melhora da sua saúde oral (da boca) e pode ajudar no controle e na prevenção de lesões de seu reumatismo. Os exames que serão realizados podem ainda ajudar a entender melhor o seu reumatismo e suas possíveis causas. A principal desvantagem de participar do estudo inclui os desconfortos associados à avaliação pelo dentista e a colher sangue.

É importante que você entenda que sua participação no estudo é totalmente voluntária e, em qualquer momento, você pode solicitar que seja retirado dele. Se você não concordar em participar nessa pesquisa, ou optar em deixá-la, não haverá nenhum prejuízo ao seu tratamento e acompanhamento, que continuarão normalmente.

Em caso de qualquer dúvida ou se perceber alguma alteração diferente, você poderá fazer contato com as Dras. Débora Cerqueira Calderaro, médica reumatologista, no telefone 9164-9191, ou Santuza, odontóloga (dentista), no telefone 8449-9390.

Declaro que li e entendi o estudo acima descrito e, de livre e espontânea vontade, concordei em participar dele. Declaro ainda que todas as minhas dúvidas foram prontamente esclarecidas pela Dra. Débora Cerqueira Calderaro, pesquisadora.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Paciente

Testemunha

Pesquisador

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - controles saudáveis

Estudo: DOENÇA PERIODONTAL E DOENÇAS REUMÁTICAS: AVALIAÇÃO DE ASSOCIAÇÕES CLÍNICAS, IMUNOLÓGICAS, GENÉTICAS E MICROBIOLÓGICAS

Nome: _____

Data: _____

O lúpus eritematoso sistêmico é uma doença autoimune que pode levar a uma série de alterações no organismo e tem tendência a acontecer mais frequentemente em uma mesma família. Ele decorre de um mal funcionamento no sistema de defesa do organismo, que começa a atacar várias partes do corpo.

A doença periodontal é uma infecção na gengiva e nos tecidos que sustentam os dentes, que pode levar à perda de dentes, mas também a alterações do sistema de defesa do organismo semelhantes às que ocorrem no lúpus e em outros reumatismos.

Algumas alterações genéticas podem associar-se tanto ao lúpus quanto à doença periodontal.

Desejamos pesquisar, em pacientes com lúpus e com doença periodontal, as alterações no sistema de defesa do organismo e genéticas que podem ocorrer nas duas doenças e a influência de uma doença sobre a outra.

Também desejamos avaliar pacientes sem nenhuma das duas doenças para comparar os pacientes doentes com pessoas saudáveis e avaliar se as alterações que encontraremos são realmente devidas às doenças, que é o seu caso.

Se você concordar em participar, você responderá a algumas perguntas sobre o seu estado de saúde, colherá uma amostra de sangue para realização de exames de inflamação no sangue e pesquisa de alterações genéticas, e será avaliado por um dentista experiente, que pesquisará a presença de doença periodontal.

Durante avaliação odontológica, será realizada avaliação oral completa para detectar a presença de doença periodontal, e será coletada saliva, para realização de exames de inflamação.

As vantagens de participar do estudo incluem a pesquisa de alterações que podem associar-se ao risco de desenvolvimento de lúpus sistêmico e o diagnóstico de doença periodontal. No caso desses diagnósticos, você será encaminhado para acompanhamento e tratamento.

principal desvantagem de participar do estudo inclui o desconforto de colher sangue novamente e realizar o exame odontológico e a coleta de saliva.

Os dados do estudo serão divulgados em congressos e revistas médicas e odontológicas, mas sua identidade não será revelada em hipótese alguma.

É importante que você entenda que sua participação no estudo é totalmente voluntária e, em qualquer momento, você pode solicitar que seja retirado dele. Se você não concordar em participar nessa pesquisa, ou optar em deixá-la, não haverá nenhum prejuízo à realização de tratamento e acompanhamento que venham a ser necessários.

Em caso de qualquer dúvida ou se perceber alguma alteração diferente, você poderá fazer contato com as Dras. Débora Cerqueira Calderaro, médica reumatologista, no telefone 9164-9191, ou Santuza, odontóloga (dentista), no telefone 8449-9390.

Declaro que li e entendi o estudo acima descrito e, de livre e espontânea vontade, concordei em participar dele. Declaro ainda que todas as minhas dúvidas foram prontamente esclarecidas pelas pesquisadoras.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Paciente

Testemunha

Pesquisador

ANEXO C

QUESTIONÁRIO OHIP(49)

Nome:	Registro:
Data:	No. na pesquisa:

Marque a resposta que indique com qual frequência cada um dos problemas ocorreu com você no último ano.

PERGUNTAS		RESPOSTAS
Limitação funcional	1) Você teve dificuldade em mastigar qualquer alimento por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	2) Você teve problemas em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	3) Você notou que algum dente parece estar com problemas?	()
	4) Você sentiu que a sua aparência foi afetada por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	5) Você sentiu que seu hálito estava mal cheiroso por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	6) Você sentiu que o seu paladar piorou por causa de problemas nos dentes, boca ou dentaduras?	()
	7) Você teve alimentos presos nos dentes ou dentaduras?	()
	8) Você sentiu que a sua digestão piorou por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	9) Você teve dores na sua boca?	()
Dor física	10) Você teve dores nos maxilares?	()
	11) Você teve dores de cabeça por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	12) Você teve dentes sensíveis, por exemplo, por causa de alimentos ou bebidas frias ou quentes?	()
	13) Você teve dor de dente?	()
	14) Você teve dores na gengiva?	()
	15) Você achou desconfortável mastigar algum alimento por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	()
	16) Você teve pontos ou locais doloridos na sua boca?	()
	17) Você sentiu que as suas dentaduras não estavam bem adaptadas?	()
	18) Você teve desconforto com as suas dentaduras?	()
Desconforto	19) Você esteve preocupado por causa de problemas dentários?	()
	20) Você já se sentiu constrangido por causa de seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	21) Problemas dentários lhe fizeram sentir triste?	()
	22) Você se sentiu desconfortável com a aparência dos seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	23) Você se sentiu tenso por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
Incapacidade física	24) Sua dicção foi prejudicada por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	()
	25) Alguém compreendeu errado algumas de suas palavras por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	()
	26) Você notou menos sabor em sua comida por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	27) Você esteve incapaz de escovar adequadamente seus dentes por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	28) Você teve de evitar algum tipo de alimento por causa de problemas com seus	()

	dentes, boca ou dentaduras?	
	29) Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	30) Você ficou impossibilitado de comer com suas dentaduras por causa de problemas com elas?	()
	31) Você evitou sorrir por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	32) Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	()
Incapacidade psicológica	33) O seu sono foi interrompido por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	34) Você ficou chateado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	()
	35) Você teve dificuldade de relaxar por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	36) Você ficou deprimido por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	37) Sua concentração ficou afetada por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	38) Você ficou envergonhado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
Incapacidade social	39) Você evitou sair por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	40) Você foi menos tolerante com seu companheiro (a) ou familiares por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	41) Você teve problemas em se relacionar com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	42) Você ficou um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	43) Você teve dificuldades em fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
Incapacidade total	44) Você sentiu que a sua saúde geral piorou por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	45) Você teve alguma perda financeira por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	46) Você deixou de aproveitar a companhia de outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	()
	47) Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	48) Você ficou totalmente incapaz de exercer qualquer atividade por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	()
	49) Você teve sua capacidade de trabalho reduzida por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	()

RESPOSTAS DO OHIP(49)

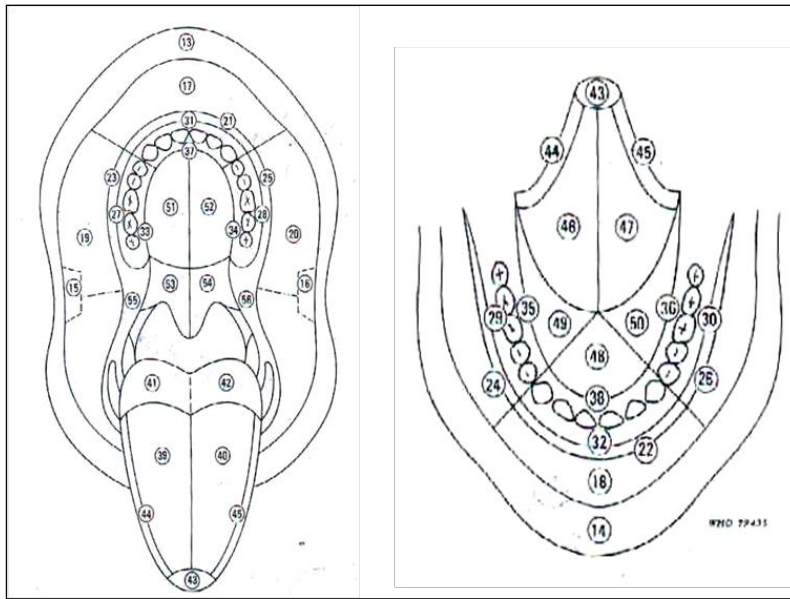
(4) Muito frequente; (3) Frequência relativa; (2) Ocasionalmente; (1) Dificilmente; (0) Nunca.

ANEXO D

DADOS ODONTOLOGIA

Nome	Código de identificação:
Data	

1) EXAME DA MUCOSA



Local da lesão:

Tipo de lesão:

AVALIAÇÃO

O DA XEROSTOMIA

Dificuldade na fonação devido boca seca?	() Sim	() Não
Dificuldade de deglutição devido boca seca?	() Sim	() Não
Relação de quantidade de saliva na boca	() Sim	() Não

Relação de secura na garganta	() Sim	() Não
Relação de secura nos lábios	() Sim	() Não
Relação de secura na língua	() Sim	() Não
Nível de sede (escala de 1-10)	()	

2) SIALOMETRIA

Sialometria em repouso	Valor: _____ mL/minuto
Sialometria sob estímulo	Valor: _____ mL/minuto

3) CARACTERIZAÇÃO DA SALIVA

Viscosidade	() viscosa	() fluida	
Coloração	() presença de pigmento	() ausência de pigmento	
Turbidez	() turva	() translúcida	
Volume	() Hiposialia leve	() Hiposialia moderada	() Hiposialia severa

5) AVALIAÇÃO PERIODONTAL

5.1) Índice de placa

DENTE	SUPERFÍCIE	SCORE DA SUPERFÍCIE	SCORE DENTE	SCORE PACIENTE
16	Vestibular			
	Lingual			
	Mesial			
	Distal			
12	Vestibular			
	Lingual			
	Mesial			

	Distal			
24	Vestibular			
	Lingual			
	Mesial			
	Distal			
36	Vestibular			
	Lingual			
	Mesial			
	Distal			
32	Vestibular			
	Lingual			
	Mesial			
	Distal			
44	Vestibular			
	Lingual			
	Mesial			
	Distal			

Índice de Placa/Paciente: _____

Status Periodontal

- () Gengivite
- () Periodontite Moderada
- () Periodontite Avançada
- () Periodontite Localizada
- () Periodontite Generalizada

6) CONDIÇÃO DENTÁRIA

Dente	Cariado	Perdido	Obturado
17			
16			
15			
14			
13			
12			
11			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
37			
36			
35			
34			
33			

32			
31			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			

Índice CPO-D:

-
- Prótese Total Removível Superior**
 - Prótese Total Removível Inferior**
 - Prótese Parcial Removível Superior**
 - Prótese Parcial Removível Inferior**
 - Prótese Fixa Superior**
 - Prótese Fixa Inferior**

ANEXO E**Protocolo pesquisa – Lúpus eritematoso sistêmico**

Nome: _____ Registro: _____

Data: ___/___/_____

Sexo: ___ Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: ___ anos

Escolaridade: _____ anos Cor: ___ B ___ P ___ N

Renda familiar média mensal: _____ salários – mínimos

Escovação: _____ vezes ao dia Uso de fio dental: _____ vezes ao dia

Endereço: _____

Telefone (s): (___) _____

Data do diagnóstico do LES: ___/___/_____

Tempo de doença:

Critérios diagnósticos do LES (ACR-1997) Rash malar Rash discoide Fotossensibilidade Úlceras orais Artrite Serosite Alterações renais Alterações neurológicas Alterações hematológicas ___ A ___ Leuc ___ Linf ___ Plaq Alterações imunológicas ___ Anti-DNA ___ Anti-SM ___ ACL – IgG ___ ACL – IgM ___
AL ___ VDRL ANA _____**Comorbidades:**

___ DM ___ HAS ___ Doença arterial coronariana ___ Hipotireoidismo ___ Dislipidemia

Outras: _____

Manifestações no momento do estudo:

- Sim Não. Lesão cutânea ativa Sim Não. Serosite
 Sim Não. Vasculite cutânea Sim Não. Miocardite
 Sim Não Nefrite Sim Não. Artrite
 Sim Não. Manifestação SNC ativa Sim Não. Manifestação
 hematológica

Hábitos:

Tabagismo: ___ Atual ___ Prévio. _____ Anos-Maço. Interrupção: ___ anos/ meses

Etilismo: ___ Atual ___ Prévio. _____ Drinks/semana. Interrupção: ___ anos/ meses

Sorologias prévias: ___ Anti-Sm. ___ Anti-DNA. ___ Anti-Ro. ___ Anti-La. ___ Anti-RNP.

___ FR. ___ ACL-IgG: ___. ___ AL. ___ ANCA.