



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

CARATERIZAÇÃO DOS DEFEITOS DE DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO BUCAL E MAXILOFACIAL NOS PACIENTES DA CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:
Rita Pereira Lopes

Viseu, 2026



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

CARATERIZAÇÃO DOS DEFEITOS DE DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO BUCAL E MAXILOFACIAL NOS PACIENTES DA CLÍNICA DENTÁRIA UNIVERSITÁRIA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:
Rita Pereira Lopes

Orientador: Prof.^a Dr.^a Patrícia Couto
Coorientador: Prof. Dr. Tiago Marques

Viseu, 2026

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Professor Doutor André Ricardo Maia Correia
(Professor Associado, FMD – UCP)

Arguente: Professor Doutor Nélio Jorge Veiga
(Professor Associado, FMD – UCP)

Orientador: Professora Doutora Patrícia Sofia Soares Couto
(Professora Auxiliar, FMD – UCP)

Data da prova pública: 25/03/2026

Classificação: 19 valores

**“A scientist is not a person who gives the right answer, he’s one who
asks the right questions”**

Claude Levi-Strauss

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmão,

Pelo amor, pelo apoio incondicional que me permitiram chegar até aqui. Por serem os exemplos que sempre quereirei seguir.

Ao meu namorado,

Pela paciência, incentivo e por estar sempre ao meu lado, até mesmo nos momentos mais desafiantes.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Professora Doutora Patrícia Couto**, pela ajuda incansável, pela orientação e sabedoria que me concedeu, não só durante este último ano, mas ao longo de todo o meu percurso académico.

Ao meu coorientador, **Professor Doutor Tiago Marques**, pela sua disponibilidade e ajuda na concretização deste trabalho.

Aos **meus pais e irmão**, pelo vosso amor incondicional, por acreditarem sempre em mim e serem o meu maior pilar e guiarem-me a nunca desistir e a procurar sempre mais.

Ao meu namorado, por seres o meu porto seguro, por estares sempre ao meu lado, pelo apoio incondicional e paciência infinita.

Aos **meus amigos de Viseu** que se tornaram família, agradeço por todos os momentos que vivemos juntos e pela vossa amizade de sempre.

Obrigada a todos do fundo do coração!

RESUMO

Introdução: A formação da face e da cavidade oral é de natureza complexa e envolve a interação e o desenvolvimento coordenado de múltiplos processos teciduais que se devem unir e fundir de modo muito ordenado. Distúrbios no crescimento destes processos teciduais ou nas suas fusões podem resultar na formação de inúmeros defeitos de desenvolvimento da região bucal e maxilofacial.

Objetivo: Determinar a prevalência e caracterizar os defeitos de desenvolvimento da região bucal e maxilofacial em pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo observacional transversal. A recolha de dados incluiu um questionário sobre variáveis sociodemográficas, de saúde oral e sistémica, bem como um exame clínico intra e extra-oral completo, complementado por registos fotográficos. A análise estatística, realizada com o *software* SPSS (versão 26.0), recorreu a métodos descritivos e inferenciais, com um nível de significância de 5%.

Resultados: Participaram no estudo 170 pacientes adultos. Destes, 62,3% apresentaram algum tipo de defeito de desenvolvimento. Os mais prevalentes foram os grânulos de Fordyce (43,4%) e a língua fissurada (34,9%), seguidos da anquiloglossia e do tórus mandibular (6,3% cada). Observou-se uma incidência ligeiramente superior dos defeitos de desenvolvimento no sexo feminino e nas faixas etárias mais avançadas, embora sem significância estatística, com exceção do tórus mandibular, mais comum em pacientes jovens. Fatores como hábitos tabágicos, consumo de álcool e práticas inadequadas de higiene oral mostraram-se relevantes na amostra em estudo.

Conclusão: Concluiu-se que o reconhecimento destas variações anatómicas é essencial para evitar diagnósticos incorretos e tratamentos desnecessários, reforçando a importância de um exame clínico minucioso da mucosa oral. Apesar das limitações da dimensão amostral, o estudo contribui para o conhecimento epidemiológico sobre os defeitos de desenvolvimento, destacando a necessidade de maior consciencialização e investigação nesta área no contexto da saúde pública.

Palavras-chave: Defeitos de desenvolvimento; mucosa oral; fatores de risco; prevalência; epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: The formation of the face and oral cavity is complex in nature and involves the interaction and coordinated development of multiple tissue processes that must grow together and fuse in a highly orderly manner. Disturbances in the growth or fusion of these tissue processes may result in numerous developmental defects of the oral and maxillofacial region.

Objective: To determine the prevalence and characterize developmental defects of the oral and maxillofacial region in patients attending the University Dental Clinic of the Universidade Católica Portuguesa, in Viseu.

Materials and Methods: A cross-sectional observational study was conducted. Data collection included a questionnaire addressing sociodemographic, oral, and systemic health variables, as well as a complete intraoral and extraoral clinical examination, supplemented by photographic records. Statistical analysis, performed using SPSS software (version 26.0), employed descriptive and inferential methods, with a significance level of 5%.

Results: A total of 170 adult patients participated in the study. Of these, 62,3% presented at least one type of developmental defect. The most prevalent were Fordyce granules (43,4%) and fissured tongue (34,9%), followed by ankyloglossia and mandibular torus (6,3% each). A slightly higher incidence of developmental defects was observed in females and in older age groups, although without statistical significance, except for mandibular torus, which was more common in younger patients. Factors such as smoking habits, alcohol consumption, and inadequate oral hygiene practices proved relevant within the study sample.

Conclusion: It was concluded that recognizing these anatomical variations is essential to prevent misdiagnosis and unnecessary treatments, reinforcing the importance of a thorough clinical examination of the oral mucosa. Despite limitations related to sample size, the study contributes to epidemiological knowledge on developmental defects, highlighting the need for greater awareness and further research in this area within the context of public health.

Keywords: Developmental defects; oral mucosa; risk factors; prevalence; epidemiology.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Grânulos de Fordyce	3
1.2. Língua Fissurada	3
1.3. Varicosidades	4
1.4. Leucoedema	4
1.5. Língua Pilosa	4
1.6. Exostoses	5
1.7. Tórus Palatino.....	6
1.8. Tórus Mandibular	6
1.9. Defeito de Stafne	6
1.10. Hiperplasia Condilar.....	7
1.11. Hipoplasia Condilar.....	7
1.12. Artéria de Calibre Persistente	8
1.13. Síndrome de Eagle	8
1.14. Microglossia, Macroglossia e Anquiloglossia	9
1.15. Lábio Duplo.....	10
1.16. Fossetas da Comissura Labial.....	10
1.17. Fendas Orofaciais.....	11
2. OBJETIVOS	13
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
3.1. Desenho do Estudo	19
3.2. Caracterização da Amostra	19
3.3. Instrumento de Recolha de Dados.....	20
3.4. Calibração do Examinador.....	21
3.5. Exame Clínico.....	21
3.6. Princípios Éticos	22

3.7. Análise Estatística.....	22
4. RESULTADOS	25
5. DISCUSSÃO	43
5.1. Caraterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra	45
5.2. Condições Sistémicas e Medicação	46
5.3. Hábitos Comportamentais	47
5.4. Patologia Sistémica e Expressão Clínica dos Defeitos de Desenvolvimento	48
5.5. Consumo de Fármacos e Expressão Clínica dos Defeitos de Desenvolvimento	49
5.6. Fatores Comportamentais e Expressão Clínica dos Defeitos de Desenvolvimento	50
5.7. Prevalência dos Defeitos de Desenvolvimento	50
5.7.1. Grânulos de Fordyce.....	50
5.7.2. Língua Fissurada.....	51
5.7.3. Anquiloglossia	52
5.7.4. Tórus Mandibular	52
5.8. Limitações do Estudo e Futuras Linhas de Investigação	54
6. CONCLUSÃO.....	55
7. BIBLIOGRAFIA	59
8. ANEXOS	75
8.1. Questionário	77
8.2. Parecer da Comissão de Ética.....	80
8.3.Exemplo fotográfico das lesões encontradas	81
8.3.1. Língua Fissurada.....	81
8.3.2. Grânulos de Fordyce.....	81
8.3.3. Anquiloglossia	81
8.3.4. Síndrome de Eagle.....	82

8.3.5. Tórus Mandibular	82
8.3.6. Exostoses.....	82
8.3.7. Artéria de Calibre Persistente.....	83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica	28
Tabela 2. Caraterização clínica da amostra por sexo	29
Tabela 3. Caraterização das patologias	31
Tabela 4. Caraterização do consumo de fármacos	33
Tabela 5. Caraterização dos hábitos de saúde da amostra por sexo.....	34
Tabela 6. Caraterização da relação do defeito de desenvolvimento com as variáveis demográficas, clínicas e hábitos de saúde.....	37
Tabela 7. Caraterização dos defeitos de desenvolvimento	39
Tabela 8. Caraterização da localização dos defeitos de desenvolvimento.....	39
Tabela 9. Caraterização da relação do defeito Grânulos de Fordyce com as variáveis sexo e idade.....	40
Tabela 10. Caraterização da relação do defeito Língua Fissurada com as variáveis sexo e idade.....	40
Tabela 11. Caraterização da relação do defeito Anquiloglossia com as variáveis sexo e idade	41
Tabela 12. Caraterização da relação do defeito Tórus Mandibular com as variáveis sexo e idade.....	41
Tabela 13. Caraterização da relação do defeito Varicosidades com as variáveis sexo e idade.....	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número de patologías por paciente.....	30
Figura 2. Número de fármacos por paciente	32
Figura 3. Número de defeitos de desenvolvimento por paciente.....	38

LISTA DE SIGLAS

CIP – Clinical Intelligence Platform

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TC – Tomografia Computorizada

UCP – Universidade Católica Portuguesa

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A formação da face e da cavidade oral é de natureza complexa e envolve a interação e o desenvolvimento coordenado de múltiplos processos teciduais que se devem unir e fundir de modo muito ordenado. Distúrbios no crescimento destes processos teciduais ou nas suas fusões podem resultar na formação de inúmeros defeitos de desenvolvimento da região bucal e maxilofacial.⁽¹⁾

Face à diversidade e relevância clínica dos defeitos de desenvolvimento que podem acometer a cavidade oral, torna-se fundamental conhecer de forma mais aprofundada as características epidemiológicas e clínicas destas condições.

Entre os inúmeros defeitos que podem surgir, temos algumas condições mais frequentes.

1.1. Grânulos de Fordyce

São pequenas glândulas sebáceas ectópicas, frequentemente assintomáticas, com dimensões que variam entre 1 e 3 mm.⁽²⁾ Manifestam-se com uma tonalidade amarelada ou esbranquiçada, sendo habitualmente localizadas na mucosa jugal e na porção lateral do vermelhão do lábio superior. A sua prevalência é elevada e, apesar de não necessitarem de tratamento, o reconhecimento adequado é crucial para evitar diagnósticos errados.^(3,4)

1.2. Língua Fissurada

Carateriza-se pela presença de fissuras ou sulcos profundos, que variam entre cerca de 2 a 6 mm, na superfície dorsal da língua. Embora a sua etiologia ainda não esteja completamente compreendida, acredita-se que possa envolver fatores genéticos e ambientais.

Esta condição é geralmente assintomática, exceto quando os sulcos são profundos o suficiente para que os resíduos de alimentos possam estagnar nas fissuras, desta forma, irá causar inflamação secundária e dor ou desconforto, pelo que o paciente deve ser instruído sobre a higienização correta da língua. Pode ser encontrada tanto em crianças quanto em adultos.^(5,6)

Ainda assim, a sua prevalência aumenta com a idade, pelo que um conhecimento clínico adequado é fundamental para uma abordagem correta.^(4,7)

1.3. Varicosidades

Consistem em veias dilatadas e tortuosas de uma forma anormal, sendo a variz sublingual a mais comum. Estas lesões vasculares são localizadas, geralmente, na superfície ventral da língua; contudo, também podem ser observadas noutras localizações intra-orais.⁽⁸⁾

Caraterizam-se pela presença de múltiplas vesículas papulares ou elevadas, de formato irregular e de coloração azul-purpúrea.^(9,10)

A manifestação destas varizes tem como fator etiológico crucial, a idade, sendo rara em crianças e mais comum em adultos, especialmente em pessoas idosas. Embora não representem um risco para a saúde, o diagnóstico clínico é importante para diferenciar de outras lesões vasculares potencialmente mais graves.⁽⁴⁾

1.4. Leucoedema

É uma condição comum que se manifesta principalmente em pessoas de raça negra.⁽¹¹⁾ Carateriza-se por uma aparência opalescente branco-acinzentada difusa da mucosa oral, com uma superfície que apresenta pregas, estrias esbranquiçadas ou rugosidades.^(12,13) Um aspeto distintivo desta condição é que desaparece temporariamente quando a mucosa é esticada, o que facilita a sua diferenciação em relação a outras lesões orais. Não requer tratamento, uma vez que, é benigna e assintomática, representando apenas um aumento da espessura epitelial, com edema intracelular proeminente na camada espinhosa.⁽⁴⁾

1.5. Língua Pilosa

É uma condição benigna, caraterizada pelas extensões das papilas filiformes localizadas no dorso da língua. Resulta do acúmulo excessivo de queratina, conferindo à língua uma aparência semelhante a pelos. Isso pode resultar de esfoliação inadequada (por exemplo, da ingestão oral diminuída, higiene oral

deficiente ou xerostomia) e queratinização acelerada (como pode ocorrer com irritação causada pelo fumo).⁽¹⁴⁾ Como consequência, a língua pode adquirir uma coloração acastanhada, amarelada ou enegrecida.⁽¹⁵⁾

Embora esta condição não necessite de tratamento, as preocupações principais associam-se à estética da língua e à halitose. Desta forma, recomenda-se a manutenção de uma boa higiene oral, com ênfase na raspagem regular da língua, além da eliminação de fatores predisponentes, como o uso de tabaco e certos antissépticos orais.⁽⁴⁾

1.6. Exostoses

Estas são protuberâncias ósseas localizadas na cortical óssea, afetando tanto a mandíbula quanto a maxila.⁽¹⁶⁾ Entre as formas mais comuns de crescimento ósseo intraoral estão o tórus palatino e o tórus mandibular, que iremos abordar posteriormente.⁽¹⁷⁾

As exostoses são observadas preferencialmente em adultos e podem ser definidas em quatro tipos principais: exostoses vestibulares, palatinas, solitárias e subpônica reacional. As exostoses vestibulares resultam de um aumento de volume ósseo bilateral nas faces vestibulares dos rebordos alveolares da maxila e/ou mandíbula. As exostoses palatinas, ou tubérculos palatinos, provêm de protuberâncias ósseas bilaterais semelhantes, mas que se desenvolvem na face lingual das tuberosidades palatinas, sendo mais comuns em homens. Muitos pacientes com exostoses palatinas também apresentam tórus mandibular ou palatino. A exostose solitária é menos frequente e geralmente resulta da resposta a uma irritação local, desenvolvendo-se no osso alveolar sob enxertos gengivais livres ou cutâneos. Outro tipo raro é a exostose subpônica reacional, que se forma na crista óssea alveolar sob o pônico de uma prótese fixa na região posterior.⁽⁴⁾

Em geral, nenhuma exostose óssea requer tratamento, exceto quando ocorrer um tamanho que comprometa a saúde periodontal, a inserção de próteses ou provocar ulcerações traumáticas recorrentes. Nesses casos, a remoção das lesões é realizada por meio de procedimentos cirúrgicos.⁽¹⁷⁾

1.7. Tórus Palatino

É uma exostose maxilar de crescimento lento, comumente encontrada no palato duro, em ambos os lados da rafe mediana do osso palatino. A sua etiologia ainda não é completamente esclarecida, sendo atribuída a fatores genéticos e agentes ambientais.⁽¹⁸⁾ O tórus palatino pode ser classificado em quatro tipos principais: tórus plano, que apresenta uma base ampla e superfície lisa, estendendo-se simetricamente para ambos os lados; o tórus alongado, que exibe uma crista ao longo da linha média, por vezes, com um sulco central; o tórus nodular, composto por várias protuberâncias, cada uma com a sua própria base, que podem coalescer e formar sulcos entre si; e o tórus lobular, que consiste numa massa lobulada com uma base única. A maioria dos tórus palatinos são de pequenas dimensões, medindo menos de 2 cm de diâmetro, mas podem aumentar de tamanho, lentamente, com a idade, chegando a ocupar toda a extensão da abóbada palatina.⁽⁴⁾

1.8. Tórus Mandibular

É uma exostose que se manifesta como uma protuberância óssea ao longo da superfície lingual da mandíbula, acima da linha milo-hióidea, na região dos pré-molares, sendo bilateral na maioria dos casos.⁽¹⁹⁾ Habitualmente, os pacientes não estão cientes da presença de tórus mandibular, a menos que a mucosa de revestimento se torne ulcerada devido a um trauma. Além disso, em casos bilaterais, essas protuberâncias podem aumentar ao ponto de se encontrarem na linha média. A prevalência tende a diminuir com a idade.⁽⁴⁾ Tal como o tórus palatino, a sua etiologia é provavelmente multifatorial, incluindo influências ambientais e genéticas.⁽²⁰⁾

1.9. Defeito de Stafne

Também conhecido como quisto ósseo estático, trata-se de um defeito de desenvolvimento da mandíbula.⁽²¹⁾ Comumente, apresenta-se como uma imagem radiográfica radiolúcida, unilocular, redonda ou oval, bem definida, sendo mais frequentemente localizada entre o ângulo mandibular e o terceiro molar, abaixo do canal mandibular e acima da borda cortical inferior da mandíbula.⁽²²⁾ Esta condição representa uma concavidade focal do osso

cortical na superfície lingual da mandíbula ocorrendo habitualmente de forma unilateral.⁽⁴⁾

Em alguns exames realizados, a biópsia revelou a presença de tecido de glândula salivar, bem como tecido linfoide, muscular, adiposo e vascular.⁽²²⁾

Para os defeitos de Stafne localizados na região posterior de mandíbula, não é necessário tratamento. No entanto, no defeito lingual anterior da glândula salivar, a biópsia pode ser necessária para excluir outras lesões.⁽⁴⁾

1.10. Hiperplasia Condilar

É uma malformação rara caracterizada pelo crescimento excessivo de um dos côndilos, levando a uma assimetria facial geralmente assintomática e de evolução gradual. Frequentemente associada a alterações de oclusão dentária, como prognatismo mandibular, mordida cruzada, mordida aberta e disfunção articular.^(23,24) É mais comum em adolescentes e jovens adultos devido à intensificação das diferenças morfológicas durante o crescimento.^(25,26)

A etiologia permanece incerta, mas fatores como alterações circulatórias locais, distúrbios endócrinos, fatores genéticos e traumas têm sido sugeridos.^(4,23)

Radiograficamente, observa-se alongamento da cabeça ou do colo do côndilo. Podem também ocorrer adaptações compensatórias, como crescimento maxilar adicional e alterações no plano oclusal, o que contribui para o agravamento da assimetria facial e das alterações.^(4,23)

O tratamento é planejado de acordo com o grau de comprometimento funcional e estético do paciente. Pode incluir condilectomia unilateral, osteotomia mandibular ou maxilar, conforme necessário. A ortodontia desempenha um papel crucial na correção das alterações oclusais.^(4,24,27)

Uma intervenção precoce e o acompanhamento rigoroso são essenciais para minimizar as complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados.

1.11. Hipoplasia Condilar

É um distúrbio de desenvolvimento congênito ou adquirido que afeta o crescimento do côndilo, resultando em assimetria facial progressiva, desvio mandibular e má oclusão dentária. O diagnóstico é estabelecido por meio da

história clínica, exame físico e exames de imagem, sendo o tratamento predominantemente cirúrgico, frequentemente associado a ortodontia.⁽²⁸⁾

Carateriza-se pelo crescimento insuficiente do côndilo mandibular podendo ser: congénito, associado a síndromes craniofaciais (ex: síndrome de Goldenhar, microsomia hemifacial), ou adquirido devido a trauma na região condilar (fraturas na infância ou no nascimento), infeções, radioterapia ou artrite reumatoide ou degenerativa.⁽⁴⁾

Manifesta-se de forma unilateral ou bilateral, sendo que a forma unilateral provoca desvio mandibular para o lado afetado.

O tratamento depende da gravidade, frequentemente envolvendo enxerto da costela para substituir o côndilo ausente ou osteotomias para corrigir deformidades. Em alguns casos, utiliza-se distração osteogénica para estimular a formação óssea.⁽⁴⁾

A avaliação imagiológica, especialmente por tomografia computadorizada (TC), é crucial para a análise detalhada do defeito.

1.12. Artéria de Calibre Persistente

É uma alteração vascular comum, caraterizada pela extensão de um ramo arterial principal até à superfície do tecido mucoso sem qualquer redução no seu diâmetro.

Esta condição ocorre quase exclusivamente na mucosa labial, sendo mais frequente em pessoas idosas. Clinicamente, apresenta-se como uma elevação arqueada ou linear com uma coloração pálida, azulada ou normal.

Na maioria dos casos são assintomáticas, sendo identificadas incidentalmente durante exames clínicos de rotina. Não está associada a complicações graves, mas o seu reconhecimento é importante para evitar diagnósticos incorretos ou intervenções desnecessárias.^(4,29,30)

1.13. Síndrome de Eagle

É uma condição neurológica rara que se manifesta por dor na região cervical e craniofacial, resultando do alongamento e/ou angulação do processo estiloide, bem como da calcificação associada ao ligamento estilo-hióideo.⁽³¹⁾

O processo estiloide é uma projeção óssea fina que se origina da superfície inferior do osso temporal, localizada medial e anteriormente ao foramen estilomastoideu, estando conectada ao corno inferior do osso hioide pelo ligamento estilo-hióideo.⁽⁴⁾

A artéria carotídea externa e a carotídea interna situam-se em cada lado do processo. A mineralização é geralmente bilateral, porém pode afetar apenas um dos lados. A maioria dos casos é assintomática, no entanto, um número reduzido de pacientes apresenta sintomas característicos da síndrome de Eagle, os quais resultam da colisão ou compressão dos vasos sanguíneos ou nervos adjacentes.

Os pacientes relatam dor facial que se intensifica principalmente ao deglutir, ao virar a cabeça ou ao abrir a boca. Outros sintomas incluem disfagia, disfonia, otalgia, cefaleia, tontura e síncope transitória. Esta síndrome afeta preferencialmente adultos e pode ser identificada através da radiografia panorâmica ou radiografia lateral da mandíbula.^(4,32)

O tratamento depende da gravidade dos sintomas e pode ser conservador, incluindo o uso de analgésicos e injeções locais, ou cirúrgico com o encurtamento do processo estiloide.⁽³²⁾

1.14. Microglossia, Macroglossia e Anquiloglossia

A microglossia e a macroglossia são alterações raras da língua, caracterizadas pelo tamanho anormalmente pequeno e grande, respectivamente.

Microglossia, é caracterizada pelo tamanho pequeno da língua, sendo esta condição associada à síndrome de hipogenesia oro-mandibular e dos membros. O tratamento varia de acordo com a gravidade da condição.⁽⁴⁾

A macroglossia deve-se a malformações congénitas ou doenças adquiridas. É caracterizada pelo aumento crónico, indolor e anormal da língua, frequentemente associada a malformações vasculares ou hipertrofia muscular, podendo causar obstrução das vias aéreas. Alterações funcionais incluem dificuldades na fonação, mastigação e deglutição.⁽³³⁾

A anquiloglossia é uma anomalia congénita caracterizada por um freio lingual curto, que limita os movimentos da língua. Nos recém-nascidos, provoca dificuldades na amamentação, enquanto nos adultos pode originar problemas

na alimentação e na fonação. O tratamento mais comum é a frenectomia, que melhora a mobilidade da língua.⁽³⁴⁾

1.15. Lábio Duplo

É uma anomalia rara caracterizada pelo crescimento exuberante de tecido na mucosa labial. Pode ser de natureza congênita, resultante no segundo ou terceiro mês de gestação devido à persistência do sulco entre a parte interna (vilosa) e a parte externa (glaba) do lábio, ou adquirida, podendo ocorrer através de um traumatismo ou hábitos orais parafuncionais e pode desenvolver-se em associação com a síndrome de Ascher.⁽³⁵⁾

O lábio mais afetado é o superior, sendo que só é perceptível quando o paciente sorri.

O tratamento é cirúrgico e está indicado para uma melhoria estética, ou quando o excesso de tecido interfere na mastigação ou fonação.⁽⁴⁾

1.16. Fossetas da Comissura Labial

São pequenas invaginações da mucosa que se localizam na comissura labial. Essas alterações podem manifestar-se como depressões unilaterais, embora sejam mais frequentes como depressão bilateral. São mais comuns em adultos e podem ter origem congênita ou adquirida. Contudo, o seu aparecimento está frequentemente associado à falha na fusão normal do processo embrionário maxilar e mandibular durante o desenvolvimento.^(4,36)

Clinicamente, estas podem apresentar-se como fístulas cegas, podendo atingir entre 1 a 4mm de profundidade. Quando aplicada pressão, pode ocorrer a eliminação de uma pequena quantidade de líquido, que corresponde à saliva proveniente das glândulas salivares menores.⁽⁴⁾

Na maioria dos casos, as fossetas da comissura labial são assintomáticas e inócuas, não necessitando de qualquer intervenção terapêutica. No entanto, em situações onde se verificam secreções salivares excessivas ou casos de infecção secundária, pode ser necessário recorrer à remoção cirúrgica.⁽⁴⁾

1.17. Fendas Orofaciais

São uma das malformações craniofaciais congênitas mais comuns a nível mundial, representando uma preocupação relevante no campo da medicina pediátrica. Estas malformações estruturais podem apresentar-se como fenda labial, fenda palatina isolada (completa ou incompleta) ou fenda labiopalatina.⁽³⁷⁾

A sua origem é multifatorial, resultando da interação entre fatores genéticos, como alterações e antecedentes familiares e, fatores ambientais, como o consumo de álcool e tabaco durante a gravidez, deficiências nutricionais (como a falta de ácido fólico), exposição a agentes teratogénicos e infeções maternas.⁽³⁸⁾

Estas condições afetam significativamente a alimentação, o desenvolvimento da fala e a dentição, estando frequentemente associadas a problemas de má oclusão e deformidades maxilofaciais. Além disso, o impacto psicológico e social é profundo, devido ao estigma e às dificuldades funcionais.⁽³⁹⁾

O tratamento requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo especialistas de diversas áreas, para garantir uma intervenção abrangente e contínua, de modo a melhorar a qualidade de vida dos pacientes.⁽³⁷⁾

Apesar de muitas das alterações anteriormente descritas serem benignas e sem grande impacto funcional ou estético, a sua identificação é crucial para uma prática clínica atenta e segura. Defeitos de desenvolvimento como grânulos de Fordyce, língua fissurada ou varicosidades são relativamente comuns e, embora geralmente assintomáticas, podem causar preocupação nos pacientes. Compreender a prevalência destas manifestações, bem como as diferenças na sua distribuição por género e faixa etária, permite orientar melhor o diagnóstico e o acompanhamento. Nesse sentido, o estudo epidemiológico destas alterações assume um papel fundamental na valorização da saúde oral como um todo, promovendo uma abordagem mais completa e consciente na formação e na prática clínica.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

O presente estudo procura dar resposta aos seguintes objetivos:

- Determinar a prevalência de defeitos de desenvolvimento da região bucal e maxilofacial nos pacientes da Clínica Dentária Universitária da UCP, em Viseu;
- Identificar a prevalência de cada tipo de defeito de desenvolvimento;
- Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes diagnosticados com os diferentes tipos de defeitos de desenvolvimento.

3. MATERAIS E MÉTODOS

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Desenho do Estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional transversal nos pacientes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, no ano letivo de 2024-2025. A recolha de dados foi realizada através de um questionário com variáveis sociodemográficas, de saúde oral e sistémica; de um exame intra-oral e extra-oral completo; e de um registo fotográfico. Foram analisadas as seguintes variáveis: género; idade; profissão; patologias; antecedentes médicos familiares; consumo de fármacos; hábitos tabágicos e alcoólicos; higiene oral; utilização de prótese dentária; tipologia do defeito de desenvolvimento e localização. As informações recolhidas foram mantidas confidenciais, estando o anonimato garantido ao longo de todo o estudo. Todos os participantes assinaram um consentimento informado, livre e esclarecido para participação na investigação. Este consentimento foi apresentado exclusivamente pelos investigadores. Todos os dados foram alvo de análise estatística descritiva e inferencial através do *software* SPSS, utilizando para tal um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalos de confiança de 95%.

3.2. Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por todos os pacientes adultos da Clínica Dentária Universitária da UCP que frequentaram a unidade curricular de Ciências Médico-Cirúrgicas no período de novembro a abril (6 meses) do presente ano letivo, sendo avaliado em cada paciente, através de um exame clínico, a existência ou não de defeitos de desenvolvimento da região bucal e maxilofacial. Para determinar a dimensão expectável da amostra para este estudo, utilizámos a plataforma Qualtrics. Tendo por base os 261 pacientes que frequentaram as consultas da unidade curricular de Ciências Médico-Cirúrgicas no ano anterior, e utilizando uma margem de erro de 5%, determinou-se o tamanho mínimo da amostra, que se situou em 156 pacientes.

3.3. Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada através de um questionário com variáveis sociodemográficas, de saúde oral e sistémica, sendo este, adaptado da plataforma CIP-Clinical Intelligence Platform.

Dados gerais:

- Código numérico: número de identificação de cada paciente examinado. Este número apresenta um total de algarismos igual à totalidade da amostra em estudo. Os dígitos foram inseridos antes do início das avaliações diárias para evitar erros de contagem ou duplicação de números.
- Género: feminino, masculino ou outro.
- Idade: em anos completos.
- Profissão: por extenso mencionar a profissão atual.
- Patologia: sim ou não.
 - Se sim, mencionar qual/quais patologias tem.
 - Mencionar se foi sujeito a algum tratamento de radioterapia ou quimioterapia.
- Doenças na família: Mencionar se algum familiar direto apresenta patologias e, se sim, mencionar qual/quais.
- Consumo de fármacos: sim ou não.
 - Se sim, listagem de medicamentos.
- Hábitos tabágicos: sim ou não.
 - Se sim, há quanto tempo (em anos).
 - Quantos cigarros fuma/fumava por dia: até 10; mais do que 10; não sabe.
- Alcoolismo: sim ou não.
 - Se sim, bebe/bebeu desde: em anos; não sabe.
- Higiene oral: sim ou não.
 - Se realiza a escovagem diariamente, quantas vezes o faz por dia: 1; 2; 3; >3.
 - Se costuma passar fio dentário: não; sim, às vezes; sim, diariamente.

- Tempo decorrido desde a última ida a uma consulta de medicina dentária: há menos de 1 ano; há 1 ano; há 2 anos; entre 2 e 5 anos; há mais de 5 anos; nunca.
- Utiliza prótese: sim ou não.
 - Se sim, quando utiliza a(s) prótese(s): sempre; às vezes; só durante as refeições; nunca.
 - Faz higienização da sua prótese: sim; não.

Foram ainda realizadas tabelas de registo das variáveis observadas no exame clínico com recurso ao *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 26.0.

3.4. Calibração do Examinador

Previamente ao exame clínico, foi conduzido um processo cuidadoso de calibração intra-examinador, de forma a garantir que os diagnósticos feitos ao longo do estudo fossem consistentes e credíveis.

Para tal, foi analisado um conjunto de imagens clínicas selecionadas de forma cuidadosa com base na literatura científica, representativas de cada um dos defeitos de desenvolvimento.

Este processo foi efetuado em dois momentos distintos, separados por um intervalo de 15 dias, permitindo à investigadora rever as imagens de forma independente em ambas as ocasiões. Em cada sessão, procedeu-se à descrição e classificação das lesões identificadas, com o intuito de avaliar se os diagnósticos clínicos se mantinham coerentes.

Qualquer divergência identificada foi posteriormente discutida com a equipa de orientação, promovendo um debate construtivo que permitiu alinhar critérios, esclarecer dúvidas e reforçar a coerência do processo diagnóstico. Esta etapa foi crucial para evitar interpretações inconsistentes e manter uma linha de avaliação uniforme durante a recolha dos dados.

3.5. Exame Clínico

Primeiramente, os pacientes realizaram um bochecho com clorexidina 0,12% durante cerca de 1 minuto. De seguida, utilizou-se um kit de observação, composto por espelho, sonda e pinça; aspirador e espelhos para as fotografias.

Foram ainda necessárias compressas para manipulação da língua, afastadores para os tecidos moles e uma seringa de ar e água para secar a mucosa oral. Durante o exame clínico, com o paciente posicionado em semi-inclinação, foi feita a observação de toda a cavidade oral (lábios, mucosas jugais, freios, vestíbulos, língua, palato duro, palato mole e pavimento da boca). Após concluída a inspeção intra-oral, foi realizada a anotação de todos os defeitos de desenvolvimento numa tabela de excel criada para o efeito. Os pacientes que apresentavam defeitos de desenvolvimento foram devidamente informados quanto à natureza do defeito e sobre a necessidade, ou não, de cuidados adicionais ou de intervenção clínica. Por fim, foram tiradas fotografias dos defeitos detetados com recurso a uma câmara fotográfica Canon, com um flash anelar Yongnuo Digital, Macro Ring Lite YN-14EX, com a lente Canon Macro Lens EF-S 60 mm (1:2.8 USM) e objetiva EFS 60mm.

3.6. Princípios Éticos

Os registos clínicos dos pacientes participantes no presente estudo são confidenciais, de uso exclusivo da investigadora principal e da equipa de investigação, não disponibilizados ou transmitidos a terceiros. O estudo de investigação final tornando-se público, não conterá nenhuma referência que permita a identificação dos pacientes. A conservação dos dados, dentro do previsto legalmente, para efeitos de rastreabilidade ou replicabilidade, será realizada respeitando os princípios e valores referentes à confidencialidade e privacidade.

3.7. Análise Estatística

Após a recolha dos dados foi feita a codificação e inserção em base de dados no *software* SPSS versão 26.0, onde se realizou o tratamento estatístico. Este foi efetuado tendo em consideração os objetivos do estudo.

Para a análise descritiva recorreu-se às distribuições de frequências e às medidas estatísticas: mínimo, máximo, média e desvio padrão, assim como às representações gráficas.

Na análise inferencial recorreu-se ao teste de independência do qui-quadrado, de modo a compreender quais as variáveis que se encontram estatisticamente

associadas. Para aplicação deste teste é necessário verificar os pressupostos: amostra de pelo menos vinte elementos e frequência esperada superior a cinco. Quando não se verificaram os pressupostos recorreu-se ao teste de independência exato de Fisher. O valor de significância foi de 5%.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

Este estudo incluiu uma amostra de 170 pacientes, dos quais 106 apresentaram defeitos de desenvolvimento da região bucal e maxilofacial.

A seguir, será apresentada uma análise estatística descritiva dos dados.

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra considerando o sexo, idade e profissão.

Tendo em conta a tabela tem-se que 54,1% (92) elementos da amostra eram do sexo feminino e 45,9% (78) do sexo masculino. No que trata a idade tem-se que globalmente 32,4% (55) tinha pelo menos 65 anos, 27,1% (46) tinha entre 50 a 64 anos e 40,6% (69) tinha até 49 anos. Globalmente a idade média era de $53,61 \pm 18,58$ anos. Considerando a idade por sexo tem-se que em termos médios as mulheres apresentam idade inferior, $49,45 \pm 17,07$ anos, aos homens, $58,53 \pm 19,19$ anos. Atendendo às faixas etárias observa-se que 46,2% (36) dos homens tinham pelo menos 65 anos e que 50,3% (46) das mulheres tinham até 49 anos. Pela aplicação do teste de independência do qui-quadrado concluiu-se que para esta amostra o sexo estava significativamente associado à idade. Quanto à profissão observa-se que globalmente 48,8% (83) da amostra se encontrava profissionalmente ativo e 37,6% (64) reformado. Atendendo ao sexo tem-se que a maioria das mulheres, 58,7% (54) é profissionalmente ativo e a maioria dos homens, 55,1% (43) encontra-se reformado. Assim sendo, concluiu-se pela aplicação do teste de independência do qui-quadrado que nesta amostra o sexo e a situação profissional estavam significativamente associados.

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica

Variáveis	Respostas	Sexo				Total		X² (p)
		Feminino		Masculino		n	%	
		n	%	n	%			
Idade	Inferior a 30 anos	21	22,8	13	16,7	34	20,0	13.989 (0,003)
	De 30 a 49 anos	25	27,5	10	12,8	35	20,6	
	De 50 a 64 anos	27	29,3	19	24,4	46	27,1	
	Pelo menos 65 anos	19	20,7	36	46,2	55	32,4	
	Total	92	100	78	100	170	100	
	$\bar{X} \pm s$	49,45±17,07		58,53±19,19		53,61±18,58		
Situação Profissão	Ativo	54	58,7	29	37,2	83	48,8	19,862 (0,000)
	Estudante	8	8,7	4	5,1	12	7,1	
	Desempregado	9	9,8	2	2,6	11	6,5	
	Reformado	21	22,8	43	55,1	64	37,6	
	Total	92	100	78	100	170	100	

X² (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova); $\bar{X} \pm s$ - média $\pm$ desvio padrão

Na tabela 2 encontra-se a caraterização do estado de saúde geral da amostra por sexo e respetivos resultados do teste de independência.

Com base no exposto da tabela 2 verifica-se que a maioria dos elementos da amostra, 64,1% (109) padece de pelo menos uma patologia, este resultado ocorre também por sexo, ou seja, a maioria das mulheres, 58,7% (54) e a maioria dos homens, 70,5% (55) manifestou padecer de pelo menos uma patologia. Assim concluiu-se pelo teste de independência do qui-quadrado que o sexo não estava significativamente associado ao facto de padecer de patologia (p=0,109).

No que trata à realização de radioterapia/quimioterapia a maioria dos pacientes de ambos os sexos afirmaram que não estavam a realizar, em sentido contrário respondeu uma mulher e dois homens. Concluiu-se que a realização de radioterapia/quimioterapia não estava significativamente associada ao sexo (p=0,466).

Relativamente aos antecedentes pessoais familiares, nomeadamente se existem doenças na família direta, tem-se que estes existem para a maioria dos

elementos da amostra, 65,3% (111), repetindo-se este padrão no sexo feminino, 69,9% (64) e no sexo masculino, 60,3% (47), daí que a existência de antecedentes pessoais não esteja significativamente associada ao sexo do paciente ($p=0,204$).

Quanto ao consumo de fármacos observa-se que a maioria das mulheres, 58,7% (54) e a maioria dos homens, 69,2% (54) o faz. Tais resultados levam a concluir pelo teste do qui-quadrado que o consumo de fármacos não estava significativamente associado ao sexo do paciente ($p=0,155$).

Tabela 2. Caracterização clínica da amostra por sexo

Variáveis	Respostas	Sexo				Total		X² (p)
		Feminino		Masculino				
		n	%	n	%	n	%	
Padece de alguma patologia	Não	38	41,3	23	29,5	61	35,9	2,562 (0,109)
	Sim	54	58,7	55	70,5	109	64,1	
	Total	92	100	78	100	170	100	
Radioterapia/Quimioterapia	Não	91	98,9	76	97,4	167	98,2	0,531 (0,466)
	Sim	1	1,1	2	2,6	3	1,8	
	Total	92	100	78	100	170	100	
Antecedentes familiares	Não	28	30,4	31	39,7	59	34,7	1,614 (0,204)
	Sim	64	69,9	47	60,3	111	65,3	
	Total	92	100	78	100	170	100	
Consumo de fármacos	Não	38	41,3	24	30,8	62	36,5	2,022 (0,155)
	Sim	54	58,7	54	69,2	108	63,5	
	Total	92	100	78	100	170	100	

X² (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova)

Na figura 1 expõe-se a distribuição do número de patologias por paciente.

Considerando a figura 1 tem-se que 35,9% (61) dos pacientes afirmou não ter qualquer tipo de patologia; 24,7% (42) referiu uma patologia; 14,7% (25) afirmou ter duas patologias; 12,9% (22) tinham três patologias; 7,7% (13) referiram quatro patologias; quatro pacientes tinham cinco patologias e três referiram seis patologias.

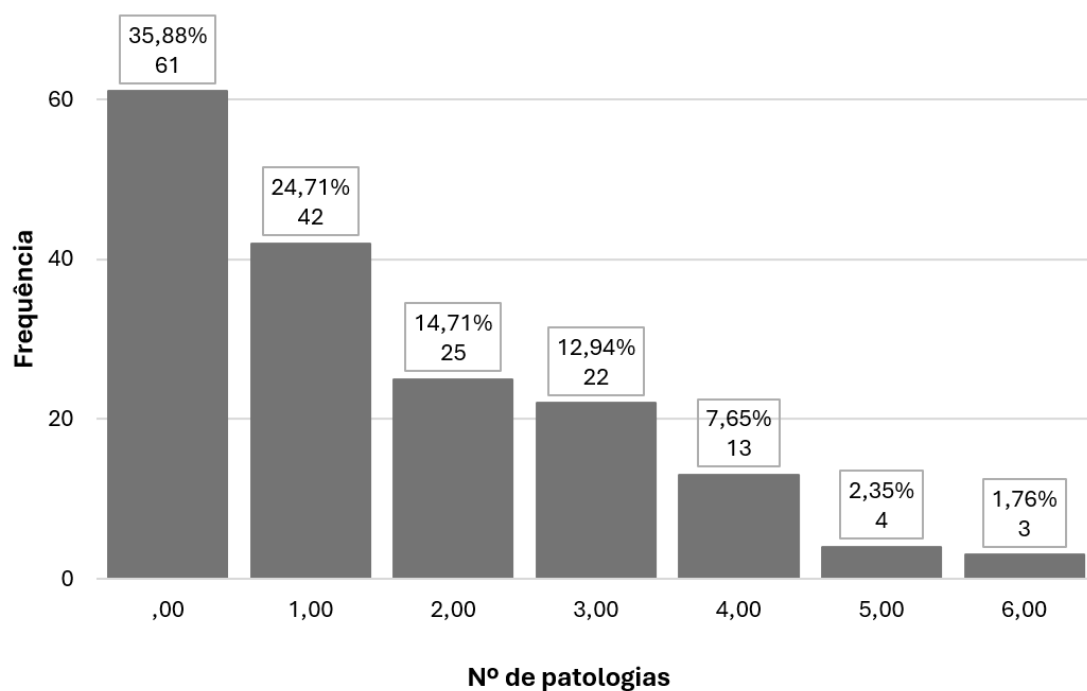


Figura 1. Número de patologias por paciente

Na tabela 3 apresenta-se a caracterização das patologias.

Conforme o exposto na tabela tem-se que o número de patologias varia entre zero e seis, sendo em média $1,46 \pm 1,53$ patologias por paciente. Para os 109 pacientes com patologia registaram-se 248 patologias, destacando-se: a hipertensão em 49,5% (54) dos doentes; a hipercolesterolemia em 46,8% (51) dos casos; problemas cardíacos em 30,6% (33); a depressão/ansiedade em 28,4% (31) dos doentes e a diabetes em 26,6% (29) dos pacientes.

Tabela 3. Caraterização das patologias

Patologias	n	%	% do total de casos
Problemas cardíacos	33	13,3	30,6%
Doença de Fígado	1	0,4	0,9%
Doenças de Estômago	8	3,2	7,3%
Doenças renais	2	0,8	1,8%
Epilepsia	4	1,6	3,7%
Diabetes	29	11,7	26,6%
Hipertensão	54	21,8	49,5%
Alergias	4	1,6	3,7%
Colesterol	51	20,6	46,8%
Próstata	16	6,5	14,7%
Depressão/ Ansiedade	31	12,5	28,4%
Tiroide	5	2,0	4,6%
Doença de Parkinson	1	0,4	0,9%
Ácido Úrico	9	3,6	8,6%
Total	248	100	
Nº patologias	Mínimo=0; Máximo=6; $\bar{X} \pm s$ – 1,46 $\pm$ 1,53		

$\bar{X} \pm s$ - média $\pm$ desvio padrão

Na figura 2 expõe-se a distribuição do número de fármacos por paciente. Considerando a figura 2 tem-se que 36,5% (62) dos pacientes afirmou não consumir qualquer fármaco; 24,1% (41) referiu consumir um fármaco; 16,5% (28) afirmou consumir dois fármacos; 14,1% (24) consumiam três fármacos; 7,1% (12) referiram quatro fármacos; dois pacientes consumiam cinco fármacos e um paciente referiu sete fármacos.

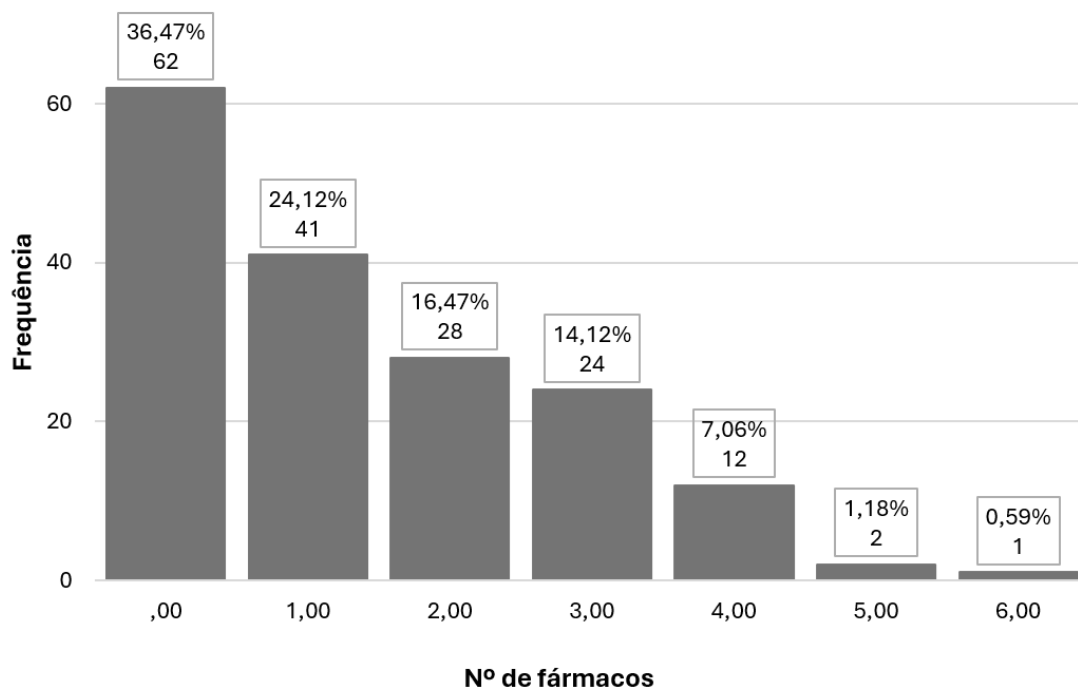


Figura 2. Número de fármacos por paciente

Na tabela 4 apresenta-se a caracterização dos fármacos.

Conforme o exposto na tabela tem-se que o número de fármacos consumidos varia entre zero e sete, sendo em média $1,38 \pm 1,41$ fármacos por paciente. Para os 108 pacientes consumidores de fármacos registaram-se 234 fármacos, destacando-se: anti-hipertensivos em 58,4% (63) dos pacientes; anti-dislipidémicos em 46,3% (50) dos casos; antidepressivos em 29,6% (32) dos doentes e antidiabéticos em 26,9% (29) dos pacientes.

Tabela 4. Caracterização do consumo de fármacos

Fármaco	n	%	% do total de casos
Anti-Hipertensivos	63	26,9	58,4%
Antidiabéticos	29	12,4	26,9%
Antiagregante Plaquetar	9	3,8	8,3%
Antagonista seletivo dos recetores muscarínicos	16	6,8	14,8%
Anti-dislipidémicos	50	21,4	46,3%
Antidepressivos	32	13,7	29,6%
Inibidores da Xantina Oxidase	9	3,8	8,3%
Anti-tiroideos	5	2,1	4,6%
Inibidores da Bomba de Protões	13	5,6	12,0%
Antiepiléticos	4	1,7	3,7%
Dopaminomiméticos	1	0,4	0,9%
Anti-vertiginosos	3	1,3	2,8%
Total	234	100	
Nº fármacos	Mínimo=0; Máximo=7; $\bar{X} \pm s$ – 1,38 $\pm$ 1,41		

$\bar{X} \pm s$ - média $\pm$ desvio padrão

Na tabela 5 apresentam-se os resultados dos hábitos de saúde da amostra por sexo.

Considerando o exposto na tabela verifica-se que a maioria das mulheres, 62,0% (57) não apresentava fatores de risco, enquanto a maioria dos homens, 51,3% (40) consumia álcool e tabaco, inclusive o consumo isolado de álcool ou de tabaco apresentou maior incidência no sexo masculino. Tais resultados serviram de base à conclusão do teste de independência do qui-quadrado, pois através deste teste concluiu-se que os fatores de risco da amostra em estudo estavam significativamente associados ao sexo do paciente. Relativamente aos pacientes com hábitos tabágicos concluiu-se que o tempo desse hábito não estava significativamente associado ao sexo do paciente ($p=0,328$). No que trata o número médio de escovagens dos dentes por dia tem-se que as mulheres o fazem em média, $2,01 \pm 0,72$ vezes e os homens, $1,69 \pm 0,92$ vezes. Pela aplicação do teste t concluiu-se que o número médio de escovagens diárias das mulheres era superior ao número médio de escovagens diárias dos homens ($p=0,014$). Quanto à utilização de fio dentário tem-se que a maioria

dos homens, 64,1% (50) não o faz e a maioria das mulheres o faz, sendo que 32,6% (30) das mulheres usa o fio dentário diariamente. Pela aplicação do teste de independência do qui-quadrado concluiu-se que a utilização do fio dentário estava significativamente associada ao sexo do paciente. Relativamente à última ida ao médico dentista verifica-se que a maioria das mulheres e dos homens o fez no máximo em um ano, assim concluiu-se pelo teste exato de Fisher que a última ida ao médico dentista não estava significativamente associada ao sexo do paciente. A utilização de prótese acontecia em 20,7% (19) das mulheres e em 33,3% (26) dos homens. Pelo teste do qui-quadrado concluiu-se que a utilização de prótese não estava significativamente associada ao sexo do indivíduo.

Tabela 5. Caracterização dos hábitos de saúde da amostra por sexo

Variáveis	Respostas	Sexo				Total		X² (p)
		Feminino		Masculino		n	%	
		n	%	n	%			
Fatores de risco	Nenhum	57	62,0	11	14,1	68	40,0	48.376 (0,000)
	Alcoolismo	16	17,4	17	21,8	33	19,4	
	Hábito tabágico	9	9,8	10	12,8	19	11,2	
	Ambos	10	10,9	40	51,3	50	29,4	
	Total	92	100	78	100	170	100	
Hábito tabágico	Até 10 anos	12	63,2	25	50,0	37	53,6	0,959 (0,328)
	Mais de 10 anos	7	36,8	25	50,0	32	46,4	
	Total	19	100	50	100	69	100	
Nº escovagens dentes por dia	$\bar{X} \pm s$	2,01± 0,72		1,69± 0,92		1,86± 0,83		2,481** (0,014)
Utilização de fio dentário	Não	26	28,3	50	64,1	76	44,7	21,982 (0,000)
	Sim, às vezes	36	39,1	16	20,5	52	30,5	
	Sim, diariamente	30	32,6	12	15,4	42	24,7	
	Total	92	100	78	100	170	100	
Última vez dentista	No máximo 1 ano	76	82,6	66	84,6	142	83,5	3,072* (0,381)
	Entre 1 a 2 anos	9	9,8	3	3,8	12	7,1	
	Entre 2 a 5 anos	4	4,3	4	5,1	8	4,7	
	Mais de 5 anos	3	3,3	5	6,4	8	4,7	
	Total	92	100	78	100	170	100	
Prótese	Não	73	79,3	52	66,7	125	73,5	3,488 (0,062)
	Sim	19	20,7	26	33,3	45	26,5	
	Total	92	100	78	100	170	100	

X² (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova); ^a – utilização do teste exato de Fisher;

$\bar{X} \pm s$ - média± desvio padrão; **-aplicação teste *t* para amostras independentes

Na tabela 6 apresentam-se os resultados dos defeitos de desenvolvimento relacionados com as variáveis sociodemográficas, de saúde sistêmica e hábitos de saúde.

Considerando o exposto na tabela verifica-se que a maioria dos pacientes, 62,3% (106) tinham algum defeito de desenvolvimento, destes 52,8% (56) eram mulheres e 47,2% (50) homens. Verifica-se pela aplicação do teste do qui-quadrado que o defeito de desenvolvimento não estava significativamente associado ao sexo do indivíduo ($p=0,665$). No que trata a idade verifica-se que os pacientes com defeito de desenvolvimento apresentavam uma idade mais elevada, 63,2% (67) tinham pelo menos 50 anos e os pacientes sem defeito de desenvolvimento eram mais novos, 46,9% (30) tinham até 49 anos. Contudo, o desequilíbrio entre os grupos não foi suficiente para justificar uma associação entre as variáveis, ou seja, concluiu-se pelo teste do qui-quadrado que o defeito de desenvolvimento não estava significativamente associado à idade do paciente ($p=0,406$).

Relativamente à existência de patologia verifica-se que a maioria dos pacientes com defeito de desenvolvimento, 57,5% (61), tinham patologias; assim como os pacientes sem defeito de desenvolvimento, 75,0% (48) tinham patologia. Contudo, pela aplicação do teste de independência do qui-quadrado concluiu-se que o defeito de desenvolvimento estava significativamente associado à existência de patologia, sendo que a existência das patologias prevalecia nos pacientes sem defeito desenvolvimento.

No que trata o consumo de fármacos observa-se que este prevalecia nos pacientes sem defeito de desenvolvimento, 73,4% (47), embora a maioria dos pacientes com defeito também consumisse fármacos, 57,5% (61). Pela aplicação do teste de independência do qui-quadrado concluiu-se que o defeito de desenvolvimento estava significativamente associado ao consumo de fármacos, sendo que o consumo de fármacos prevalecia nos pacientes sem defeito desenvolvimento.

Quanto aos fatores de risco observa-se que 50,0% (32) dos pacientes do grupo sem defeito de desenvolvimento não apresentava fatores de risco, enquanto a maioria dos pacientes com defeito, apresentava pelo menos um fator de risco. Pelo teste do qui-quadrado concluiu-se que o defeito de desenvolvimento estava significativamente associado aos fatores de risco da amostra.

Relativamente aos pacientes com hábitos tabágicos concluiu-se que o tempo desse hábito não estava significativamente associado à existência do defeito de desenvolvimento do paciente ($p=0,864$). No que trata o número médio de escovagens dentárias por dia tem-se que os pacientes sem defeito o fazem em média, $1,87 \pm 0,83$ vezes e os pacientes com defeito, $1,86 \pm 0,83$ vezes ao dia. Pela aplicação do teste t concluiu-se que o número médio de escovagens diárias dos pacientes sem defeito era estatisticamente idêntico ao número médio de escovagens dos pacientes com defeito. Quanto à utilização de fio dentário tem-se que a maioria dos pacientes dos dois grupos o faz, pelo menos, às vezes. Pela aplicação do teste de independência do qui-quadrado concluiu-se que a existência de defeito de desenvolvimento não estava significativamente associada à utilização do fio dentário. Relativamente à última ida ao médico dentista verifica-se que a maioria dos pacientes de ambos os grupos, o fez no máximo em um ano, assim concluiu-se pelo teste exato de Fisher que a última ida ao médico dentista não estava significativamente associada à existência de defeito de desenvolvimento do paciente. A utilização de prótese acontecia em 23,4% (15) dos pacientes sem defeito e em 28,3% (30) dos pacientes com defeito. Pelo teste do qui-quadrado concluiu-se que a utilização de prótese não estava significativamente associada à existência de defeito de desenvolvimento no indivíduo.

Em suma, verificou-se o registo de 106 pacientes com defeitos de desenvolvimento. No total foram observados 175 defeitos nos 106 pacientes, obtendo-se assim uma média de $1,65 \pm 0,76$ defeitos por paciente, com um mínimo de um defeito e máximo de cinco.

Tabela 6. Caracterização da relação do defeito de desenvolvimento com as variáveis demográficas, clínicas e hábitos de saúde

Variáveis	Respostas	Defeito desenvolvimento				Total		X² (p)
		Não		Sim		n	%	
		n	%	n	%			
Sexo	Feminino	36	56,3	56	52,8	92	54,1	0,188 (0,665)
	Masculino	28	43,8	50	47,2	78	45,9	
	Total	64	100	106	100	170	100	
Idade	Inferior a 30 anos	14	21,9	20	18,9	34	20,0	2,909 (0,406)
	De 30 a 49 anos	16	25,0	19	17,9	35	20,6	
	De 50 a 64 anos	18	28,1	28	26,4	46	27,1	
	Pelo menos 65 anos	16	25,0	39	36,8	55	32,4	
	Total	64	100	106	100	170	100	
Alguma patologia	Não	16	25,0	45	42,5	61	35,9	5,283 (0,022)
	Sim	48	75,0	61	57,5	109	64,1	
	Total	64	100	106	100	170	100	
Nº patologias	$\bar{X} \pm s$	1,42± 1,28		1,48± 1,66		1,46± 1,53		-0,244** (0,795)
Consome fármacos	Não	17	26,6	45	42,5	62	36,5	4,349 (0,037)
	Sim	47	73,4	61	57,5	108	63,5	
	Total	64	100	106	100	170	100	
Nº fármacos	$\bar{X} \pm s$	1,33± 1,17		1,41± 1,55		1,38± 1,41		-0,345** (0,730)
Fatores de risco	Nenhum	32	50,0	36	34,0	68	40,0	8,786 (0,032)
	Alcoolismo	9	14,1	24	22,6	33	19,4	
	Hábito tabágico	10	15,6	9	8,5	19	11,2	
	Ambos	13	20,3	37	34,9	50	29,4	
	Total	64	100	106	100	170	100	
Hábito tabágico	Até 10 anos	12	52,2	25	54,3	37	53,6	0,029 (0,864)
	Mais de 10 anos	11	47,8	21	45,7	32	46,4	
	Total	23	100	46	100	69	100	
Nº escovagens dentes por dia	$\bar{X} \pm s$	1,87± 0,83		1,86± 0,83		1,86± 0,83		0,110** (0,913)
Utilização de fio dentário	Não	31	48,4	45	42,5	76	44,7	0,590 (0,744)
	Sim, às vezes	18	28,1	34	32,1	52	30,6	
	Sim. diariamente	15	23,4	27	25,5	42	24,7	
	Total	64	100	106	100	170	100	
Última vez dentista	No máximo 1 ano	51	79,7	91	85,8	142	83,5	1,719* (0,655)
	Entre 1 a 2 anos	6	9,4	6	5,7	12	7,1	
	Entre 2 a 5 anos	4	6,3	4	3,8	8	4,7	
	Mais de 5 anos	3	4,7	5	4,7	8	4,7	
	Total	64	100	106	100	170	100	
Prótese	Não	49	76,6	76	71,7	125	73,5	0,485 (0,486)
	Sim	15	23,4	30	28,3	45	26,5	
	Total	64	100	106	100	170	100	

X² (p) – Estatística do teste de independência do qui-quadrado (valor de prova); ^a – utilização do teste exato de Fisher;

$\bar{X} \pm s$ - média± desvio padrão; **-aplicação teste *t* para amostras independente

No gráfico da figura 3 expõe-se a distribuição do número de defeitos.

Atendendo ao gráfico tem-se que a maioria, 49,1% (52), dos 106 pacientes com defeito apresentava um defeito, 38,7% (41) registaram dois defeitos, 11,3% (12) dos pacientes tinham três defeitos e um paciente tinha cinco defeitos.

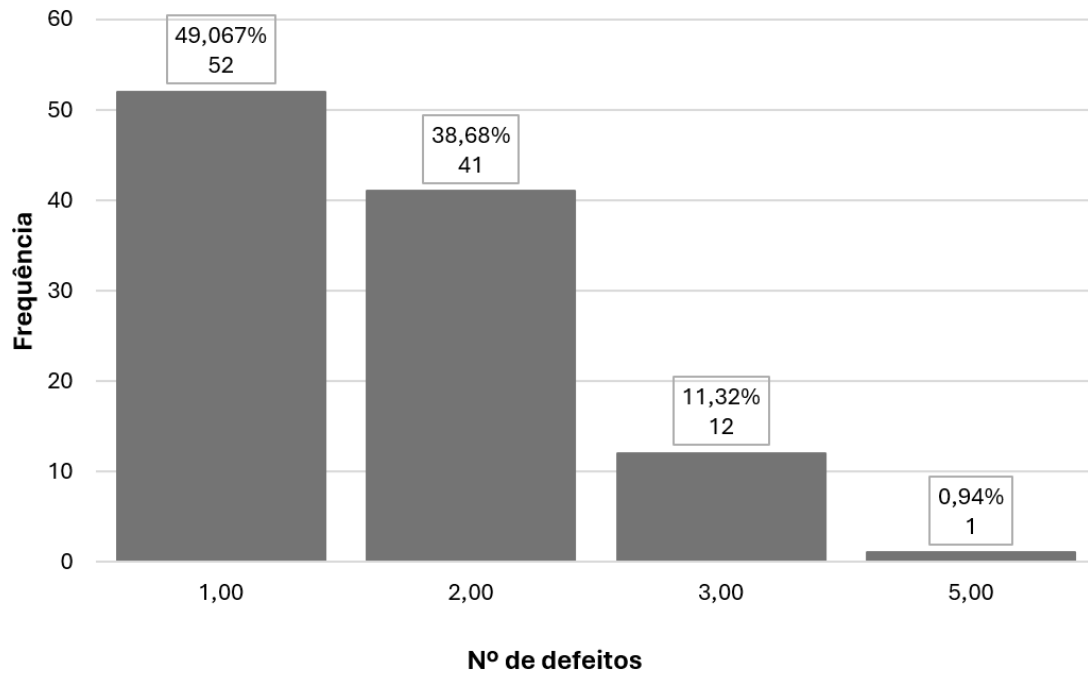


Figura 3. Número de defeitos de desenvolvimento por paciente

Na tabela 7 apresenta-se a caracterização dos defeitos de desenvolvimento.

Considerando a tabela verifica-se que os defeitos mais frequentes são: Grânulos de Fordyce com 43,4% (76) dos registos; Língua Fissurada com 34,9% (61) dos registos; Anquiloglossia e Tórus Mandibular com o mesmo número de registos (11), os restantes defeitos apresentam frequência inferior a dez.

Tabela 7. Caraterização dos defeitos de desenvolvimento

Defeitos de desenvolvimento	n	%
Grânulos de Fordyce	76	43,4
Anquiloglossia	11	6,3
Língua Fissurada	61	34,9
Língua Pilosa	1	0,6
Varicosidades	9	5,1
Artéria de Calibre Persistente	2	1,1
Exostoses	1	0,6
Tórus Palatino	1	0,6
Tórus Mandibular	11	6,3
Síndrome de Eagle	2	1,1
Total	175	100

Na tabela 8 ilustra-se a localização dos defeitos de desenvolvimento encontrados. Verifica-se que os defeitos se localizam mais frequentemente no lábio superior e no dorso da língua. Na prática foram detetadas 204 localizações para os 175 defeitos, o que permite afirmar que existem defeitos com mais do que uma localização. De referir que as localizações lábio inferior e ventre da língua são também identificadas com defeitos em cerca de 11% dos pacientes.

Tabela 8. Caraterização da localização dos defeitos de desenvolvimento

Localização	n	%	% do total de casos
Mucosa Jugal	10	4,9%	5,7%
Lábio Superior	75	36,8%	42,9%
Lábio Inferior	19	9,3%	10,9%
Ventre da Língua	20	9,8%	11,4%
Dorso da Língua	62	30,4%	35,4%
Mucosa Labial	2	1,0%	1,1%
Bordo Alveolar Vestibular Mandibular	1	0,5%	0,6%
Palato Duro	1	0,5%	0,6%
Superfície Lingual Mandibular	11	5,4%	6,3%
Processo Estiloide Alongado	3	1,5%	1,7%
Total	204	100	

Consideraram-se os defeitos mais comuns: Grânulos de Fordyce, Língua Fissurada, Anquiloglossia, Tórus Mandibular e Varicosidades e cruzou-se os resultados da existência destes defeitos com o sexo e idade do indivíduo de forma a perceber se existia alguma associação significativa.

Tabela 9. Caraterização da relação do defeito Grânulos de Fordyce com as variáveis sexo e idade

Variáveis	Respostas	Grânulos de Fordyce				Total		X² (p)
		Não		Sim		n	%	
		n	%	n	%			
Sexo	Feminino	49	49,5	35	46,1	84	48,0	0,204 (0,651)
	Masculino	50	50,5	41	53,9	91	52,0	
	Total	99	100	76	100	175	100	
Idade	Inferior a 30 anos	11	11,1	15	19,7	26	14,9	2,534 (0,469)
	De 30 a 49 anos	22	22,2	15	19,7	37	21,1	
	De 50 a 64 anos	27	27,3	19	25,0	46	26,3	
	Pelo menos 65 anos	39	39,4	27	35,5	66	37,7	
	Total	99	100	106	100	175	100	

Tabela 10. Caraterização da relação do defeito Língua Fissurada com as variáveis sexo e idade

Variáveis	Respostas	Língua Fissurada				Total		X² (p)
		Não		Sim				
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Feminino	55	48,2	29	47,5	84	48,0	0,008 (0,929)
	Masculino	59	51,8	32	52,5	91	52,0	
	Total	114	100	61	100	175	100	
Idade	Inferior a 30 anos	22	19,3	4	6,6	26	14,9	6,191 (0,103)
	De 30 a 49 anos	25	21,9	12	19,7	37	21,1	
	De 50 a 64 anos	29	25,4	17	27,9	46	26,3	
	Pelo menos 65 anos	38	33,3	28	45,9	66	37,7	
	Total	114	100	61	100	175	100	

Tabela 11. Caracterização da relação do defeito Anquiloglossia com as variáveis sexo e idade

Variáveis	Respostas	Anquiloglossia				Total		X² (p)
		Não		Sim		n	%	
		n	%	n	%			
Sexo	Feminino	79	48,2	5	45,5	84	48,0	0,030 (0,861)
	Masculino	85	51,8	6	54,5	91	52,0	
	Total	164	100	11	100	175	100	
Idade	Inferior a 30 anos	24	14,6	2	18,2	26	14,9	1,937 (0,586)
	De 30 a 49 anos	34	20,7	3	27,3	37	21,1	
	De 50 a 64 anos	42	25,6	4	36,4	46	26,3	
	Pelo menos 65 anos	64	39,0	2	18,2	66	37,7	
	Total	164	100	11	100	175	100	

Tabela 12. Caracterização da relação do defeito Tórus Mandibular com as variáveis sexo e idade

Variáveis	Respostas	Tórus Mandibular				Total		X² (p)
		Não		Sim				
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Feminino	79	48,2	5	45,5	84	48,0	0,030 (0,861)
	Masculino	85	51,8	6	54,5	91	52,0	
	Total	164	100	11	100	175	100	
Idade	Inferior a 30 anos	21	12,8	5	45,5	26	14,9	6,822 (0,049)
	De 30 a 49 anos	35	21,3	2	18,2	37	21,1	
	De 50 a 64 anos	44	26,8	2	18,2	46	26,3	
	Pelo menos 65 anos	64	39,0	2	18,2	66	37,7	
	Total	164	100	11	100	175	100	

Tabela 13. Caracterização da relação do defeito Varicosidades com as variáveis sexo e idade

Variáveis	Respostas	Varicosidades				Total		X² (p)
		Não		Sim		n	%	
		n	%	n	%			
Sexo	Feminino	79	47,9	5	55,9	84	48,0	0,217 (0,739)
	Masculino	87	52,4	4	44,4	91	52,0	
	Total	166	100	9	100	175	100	
Idade	Inferior a 30 anos	26	15,7	0	0,0	26	14,9	3,460 (0,291)
	De 30 a 49 anos	35	21,1	2	22,2	37	21,1	
	De 50 a 64 anos	45	27,1	1	11,1	46	26,3	
	Pelo menos 65 anos	60	36,1	6	66,7	66	37,7	
	Total	166	100	9	100	175	100	

Atendendo à variável sexo observa-se que os defeitos: Grânulos de Fordyce (Tabela 9), Língua Fissurada (Tabela 10), Anquiloglossia (Tabela 11) e Tórus Mandibular (Tabela 12) apresentam uma incidência ligeiramente superior nos homens e o defeito Varicosidades (Tabela 13) nas mulheres. Contudo, essa incidência não apresenta significância estatística uma vez que se concluiu que os resultados dos defeitos em estudo não estavam significativamente associados ao sexo do indivíduo. Quanto à idade observa-se que os defeitos Grânulos de Fordyce, Língua Fissurada, Anquiloglossia e Varicosidades apresentam uma incidência ligeiramente superior nos doentes mais velhos e o defeito Tórus Mandibular nos doentes mais jovens. Contudo, só para o Tórus Mandibular foi possível concluir que o resultado do defeito estava significativamente associado à idade do doente, ou seja, a incidência nos doentes mais jovens é estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Os defeitos de desenvolvimento na região bucal e maxilofacial representam um conjunto relevante de condições clínicas que podem ter um potencial impacto na função oral, na estética e, conseqüentemente, na qualidade de vida do paciente. As vigilâncias regulares da cavidade oral em conjunto com o conhecimento aprofundado dos possíveis defeitos de desenvolvimento são cruciais para uma gestão clínica adequada.⁽⁴⁰⁾ Diversos estudos têm assim, reforçado a importância da observação sistemática e a formação contínua dos profissionais de saúde oral na melhoria do diagnóstico clínico e da qualidade de vida dos pacientes.⁽⁴¹⁾

5.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra

Com base na Tabela 1, observa-se uma ligeira predominância do gênero feminino, que representa 54,1% (n=92) da amostra, enquanto os homens correspondem a 45,9% (n=78). Estes resultados são semelhantes aos do estudo de Kelloway *et al.*, realizado na Universidade de Queensland na Austrália, numa amostra de 6344 pacientes com idade a partir de 17 anos, e no qual o gênero feminino foi, de igual modo, ligeiramente mais prevalente (53,3%).⁽⁴²⁾ Também no estudo de prevalência de lesões orais de Karen Hoff *et al.*, realizado na Universidade de Medicina Dentária de Passo Fundo, no Brasil, foram analisados 18801 pacientes com idades entre os 40 e 69 anos e verificou-se esta mesma tendência, com 64,5% de mulheres e 35,5% de homens.⁽⁴³⁾

Relativamente à idade, a média global foi de 53,61±18,58 anos, verificando-se uma diferença entre gêneros: a faixa etária mais representada entre os homens foi a dos 65 anos ou mais (46,2%), enquanto entre as mulheres predominou a faixa até aos 49 anos (50,3%).

Estes dados reforçam uma tendência já observada na literatura científica, que aponta para os adultos de meia-idade, principalmente as mulheres, como os que mais frequentemente procuram cuidados de saúde oral.^(44,45) Esta análise vai de encontro ao estudo de Karen Hoff *et al.*, que reportou que 61,2% dos seus pacientes tinham entre 40 e 69 anos, um intervalo de idades também significativo nesta amostra (47,7% entre os 30 e os 64 anos).⁽⁴³⁾

Quanto à situação profissional, 48,8% dos participantes encontravam-se profissionalmente ativos, enquanto 37,6% estavam reformados. Analisando por

gênero, observa-se que a maioria das mulheres permanecia ativa (58,7%), enquanto no homem predominava o estatuto de reformado (55,1%).

Assim sendo, os dados sugerem que as mulheres incluídas nesta amostra são, em média, mais jovens e mais ativas do ponto de vista profissional, o que pode explicar uma maior preocupação com a saúde oral e assiduidade na utilização dos serviços da clínica universitária. Por outro lado, os homens surgem em maior número nos grupos etários mais avançados e já em situação de reforma, o que poderá refletir uma procura motivada por necessidades orais associadas ao processo de envelhecimento.⁽⁴⁶⁾

5.2. Condições Sistêmicas e Medicação

A Tabela 3 indica que os participantes apresentaram, em média, $1,46 \pm 1,53$ patologias clínicas distintas, com um mínimo de zero e máximo de seis. As patologias mais frequentemente referidas foram a hipertensão arterial (49,5%), a hipercolesterolemia (46,8%), os problemas cardíacos (30,6%), a depressão/ansiedade (28,4%) e a diabetes (26,6%). Estes dados indicam uma prevalência significativa de doenças de natureza cardiovascular, metabólica e psicológica entre os pacientes, o que está de acordo com a literatura científica atual.⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾

Relativamente ao consumo de fármacos, apresentado na Tabela 4, registou-se uma média de $1,38 \pm 1,41$ medicamentos por paciente, com um máximo de sete fármacos distintos. Os grupos terapêuticos mais utilizados foram os anti-hipertensivos (58,4%); anti-dislipidémicos (46,3%); antidepressivos (29,6%) e antidiabéticos (26,9%). Esta distribuição reflete uma correspondência direta entre as patologias identificadas na tabela 3 e o tratamento farmacológico prescrito, confirmando a coerência clínica dos dados recolhidos.

Estes resultados estão em concordância com o estudo de Lin Qiu *et al.*, realizado em 10 condados e distritos no noroeste da China, numa amostra de 18.501 participantes, com 18 anos ou mais, e que identificou a hipertensão como a condição mais comum (41,6%), seguida da dislipidemia (32,5%) e da diabetes (11,2%). Embora os valores obtidos no presente estudo sejam ligeiramente superiores, especialmente no caso da diabetes, a ordem de prevalência das patologias mantém-se semelhante, o que reforça a fiabilidade dos dados no contexto de população adulta.⁽⁵⁰⁾ Resultados semelhantes foram

igualmente citados por He S. *et al.*, na Pensilvânia, numa amostra de 5377 indivíduos com 18 anos ou mais. Este estudo analisou a prevalência de doenças crônicas e identificou a hipertensão com 37,8%, seguida da hipercolesterolemia com 35,7% e por fim a diabetes com 13,2%.⁽⁵¹⁾

Destaca-se ainda a elevada frequência de casos de depressão e/ou ansiedade nesta amostra. A literatura científica tem demonstrado uma relação bidirecional entre a saúde mental e algumas doenças crônicas, nomeadamente a diabetes tipo 2.⁽⁵²⁾ Segundo Mezuk *et al.*, os indivíduos com depressão apresentam um risco cerca de 60% superior de desenvolver diabetes, e os pacientes com diabetes têm mais do dobro da probabilidade de desenvolver depressão, quando comparados com a população em geral.⁽⁵²⁾ Esta ligação sublinha a necessidade de uma abordagem integrada à saúde, que valorize tanto os aspetos físicos como psicológicos, também no contexto dos cuidados de saúde oral.

Os dados deste estudo revelam ainda que muitos participantes convivem com múltiplas patologias em simultâneo, o que reforça a importância de uma avaliação clínica minuciosa, preferencialmente com envolvimento de equipas multidisciplinares. Condições como hipertensão, diabetes ou ansiedade, quando associadas ao uso contínuo de fármacos, podem afetar negativamente a saúde oral, quer pelos efeitos diretos das doenças, quer pelos efeitos secundários da medicação. Assim, torna-se essencial ter estes fatores em consideração no planeamento de qualquer intervenção médico-dentária.⁽⁵³⁾

5.3. Hábitos Comportamentais

Conforme apresentado na Tabela 5, os homens apresentaram um consumo significativamente mais elevado de álcool e tabaco em comparação com as mulheres. Verificou-se que 51,3% dos homens consumiam ambas as substâncias, enquanto 62,0% das mulheres indicaram não apresentar nenhum destes fatores de risco. Estes resultados confirmam a tendência descrita na literatura, onde se confirma que os homens, em geral, apresentam maior prevalência de comportamentos de risco como o tabagismo e o consumo de álcool.^(54,55)

A título de exemplo, no estudo de Ibrayeva A. *et al.* (2025), numa amostra de 6720 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e 69 anos, observa-

se que a prevalência de tabagismo é de 30,3% entre os homens e 7,9% entre as mulheres.⁽⁵⁶⁾

Além disso, estudos^(57,58) referem que os homens têm cerca de 20 vezes mais probabilidade de utilizar produtos de tabaco sem combustão, reforçando esta tendência. Relativamente ao consumo de álcool, também se verifica uma maior prevalência entre os homens, como apontado no estudo de Im PK *et al.*, numa amostra de 512.724 participantes chineses, em que 33% dos homens afirmam beber bebidas alcoólicas regularmente, ao contrário das mulheres, em que apenas 2% afirmam fazê-lo.⁽⁵⁹⁾

Adicionalmente, as mulheres demonstraram melhores hábitos de higiene oral. Em média, escovam os dentes, 2.01 vezes por dia, enquanto os homens o fazem 1.69 vezes ($p=0,014$). A utilização do fio dentário também difere substancialmente entre géneros: 32,6% das mulheres referiram utilizá-lo diariamente e 39,1% às vezes, enquanto 64,1% dos homens afirmaram nunca o utilizar. Estes dados estão alinhados com a evidência científica, que demonstra que as mulheres tendem a ter comportamentos de higiene oral mais regulares e consistentes,^(57,60) possivelmente devido a uma maior preocupação com a estética e manutenção da saúde dentária.

Relativamente à última consulta de medicina dentária, a maioria dos pacientes (83,5%) afirmou ter sido observado por um profissional no último ano, sem diferenças significativas entre géneros. Este dado é positivo, pois houve uma boa adesão global ao acompanhamento médico dentário.

Por fim, a utilização de prótese foi mais frequente entre os homens (33,3%) do que entre as mulheres (20,7%). Este resultado pode estar relacionado com a maior média de idades registada no grupo masculino bem como com os seus hábitos comportamentais.⁽⁴⁶⁾

5.4. Patologia Sistémica e Expressão Clínica dos Defeitos de Desenvolvimento

Relativamente à existência de patologia verificou-se que a maioria dos pacientes com defeito de desenvolvimento, 57,5% (61), tinha patologias; assim como 75% dos pacientes sem defeito de desenvolvimento. Contudo, pela aplicação do teste de independência do qui-quadrado concluiu-se que o defeito de desenvolvimento estava significativamente associado à existência de

patologia, sendo que a existência de patologia prevalecia nos pacientes sem defeito desenvolvimento.

Tal resultado é suportado pelo estudo de Morrison *et al.*, no qual indivíduos com hipertensão sob tratamento apresentavam uma maior probabilidade de desenvolver tórus mandibular (AOR=6,64; $p<0,05$).⁽⁶¹⁾ De forma complementar, Chang *et al.* também verificaram uma associação entre hiperfosfatemia e a presença de tórus mandibular em adultos submetidos a hemodiálise ($p=0,029$).⁽⁶²⁾

Estes resultados apontam para a possibilidade de que alterações metabólicas ou cardiovasculares possam, de facto, interferir na forma como certos defeitos de desenvolvimento se manifestam clinicamente.

5.5. Consumo de Fármacos e Expressão Clínica dos Defeitos de Desenvolvimento

Foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre os defeitos de desenvolvimento e o consumo regular de medicamentos (73,4% dos pacientes sem defeitos faziam uso de fármacos, em comparação com 57,5% daqueles com defeitos). Esta diferença pode ser explicada pelo facto de muitos adultos com condições sistémicas crónicas (como hipertensão, diabetes ou patologia cardiovascular), fazerem uso prolongado de fármacos, o que pode originar alterações orais secundárias induzidas pela medicação, como xerostomia, inflamação gengival ou cicatrização alterada, que eventualmente dificultem a deteção de possíveis defeitos de desenvolvimento presentes na mucosa oral.

Embora não existam estudos que relacionem diretamente o consumo de qualquer medicação ao aparecimento (ou ausência) de defeitos de desenvolvimento morfológicos, a literatura aponta de forma clara para a influência da medicação crónica no estado de saúde oral do paciente. A título de exemplo, um estudo de Villa A. *et al.*, realizado em pacientes geriátricos, evidenciou que o uso de medicamentos, entre eles os anti-hipertensivos, está fortemente associado a uma prevalência elevada de xerostomia.⁽⁶³⁾

5.6. Fatores Comportamentais e Expressão Clínica dos Defeitos de Desenvolvimento

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a presença de defeitos de desenvolvimento e a existência de fatores de risco comportamentais, nomeadamente o consumo de tabaco e de álcool. Estes resultados estão alinhados com a literatura, que aponta para uma possível ligação entre os hábitos alcoólicos e tabágicos e determinadas alterações morfológicas orais.^(64,65)

Estudos realizados em populações adultas têm demonstrado que o tabagismo está frequentemente associado a alterações como língua fissurada, língua pilosa e varicosidades sublinguais.^(6,9,14) Um estudo realizado na Tailândia com 1600 pacientes evidenciou uma maior prevalência de lesões linguais, como língua pilosa e língua fissurada, em homens com consumo regular de tabaco e álcool (68,4% e 22,8%, respetivamente).⁽⁶⁶⁾

Assim, a associação significativa encontrada neste estudo, está de acordo com a evidência científica atual, sugerindo que fatores comportamentais desempenham um papel relevante na expressão clínica de determinadas variações morfológicas orais.

5.7. Prevalência dos Defeitos de Desenvolvimento

5.7.1. Grânulos de Fordyce

Os grânulos de Fordyce foram o defeito de desenvolvimento com maior prevalência na amostra, estando presentes em 76 pacientes (43,4%). A sua distribuição por género foi relativamente equilibrada, embora ligeiramente superior nos homens (53,9%) em comparação com as mulheres (46,1%). Esta tendência está em concordância com os dados apresentados por Shahzad *et al.*, relativos a um estudo realizado em 257 pacientes da Universidade Sir Syed em Karachi, no Paquistão, onde referem uma prevalência de grânulos de Fordyce em 57% dos homens e 37% das mulheres.⁽⁶⁷⁾

No que diz respeito à idade, os grânulos de Fordyce foram mais comuns entre os participantes com mais de 50 anos, evidenciando uma maior prevalência nos grupos etários mais avançados. Este padrão está em consonância com as conclusões do estudo de Jahanbani J. *et al.*, realizado em 167 pacientes da

Universidade Islamic Azad no Irão, e que demonstrou que a presença destes grânulos tende a aumentar com a idade, sendo mais frequente em adultos e idosos, com uma prevalência de 53,5% a partir dos 50 anos ou mais.⁽⁶⁸⁾

Assim, a elevada frequência deste defeito em adultos mais velhos, com ligeira predominância nos homens, está de acordo com a literatura atual e reforça o seu reconhecimento como uma variação anatómica comum, sem implicações patológicas.

5.7.2. Língua Fissurada

A língua fissurada foi identificada em 61 pacientes, representando 34,9% da amostra. A sua distribuição entre os géneros foi equilibrada, com 52,5% dos casos registados em homens e 47,5% em mulheres, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,929$). Contrariamente ao estudo de Ehsan *et al.*, que obteve uma amostra de 142 pacientes e demonstrou uma predominância de língua fissurada no sexo feminino com 68,3% e 31,7% no sexo masculino.⁽⁶⁹⁾ Já o estudo de Hamrah *et al.*, teve uma amostra de 322 pacientes e apresentou uma prevalência de língua fissurada de 84,5% no sexo masculino e de 15,5% no sexo feminino.⁽⁷⁰⁾

Quanto à distribuição por idade, a maioria dos casos ocorreu em indivíduos com mais de 50 anos, com especial destaque para a faixa etária dos 65 anos ou mais (45,9%). Apesar de esta tendência não ter sido estatisticamente significativa ($p=0,103$), diversos estudos afirmam que a língua fissurada é mais prevalente em adultos mais velhos. De acordo com Fernandes DT e Neville *et al.* esta alteração deve ser entendida como uma variação anatómica benigna, frequentemente associada ao envelhecimento fisiológico da mucosa lingual.^(43,50)

Além disso, alguns fatores comportamentais como o tabagismo, o alcoolismo e a higiene oral deficiente foram apontados como possíveis influenciadores na presença de língua fissurada em adultos. Um estudo de González-Álvarez L. *et al.*, realizado na Universidade de Oviedo em Espanha, com uma amostra de 336 pacientes revelou uma associação significativa entre o alcoolismo e a presença de variações linguais, incluindo a língua fissurada.⁽⁷¹⁾ Assim como, o estudo de Hamrah *et al.*, destaca o tabagismo como potencial contributo para esta condição.⁽⁷⁰⁾

Esta alteração é, pois, considerada uma condição comum e benigna, cuja prevalência tende a aumentar com a idade, especialmente em adultos com hábitos comportamentais deletérios.

5.7.3. Anquiloglossia

A anquiloglossia foi identificada em 11 pacientes (6,3%) da amostra. A distribuição entre géneros foi equilibrada, 54,5% dos casos em homens e 45,5% em mulheres, não se verificando uma associação estatisticamente significativa com o género ($p=0,861$).

Também o estudo de Bai PM *et al.*, realizado numa amostra de 700 crianças entre os 9 e os 17 anos, nas escolas da Índia, apresentou uma prevalência de 16,4% de anquiloglossia, igualmente sem diferença estatisticamente significativa entre os géneros, embora se tenha registado mais predominância no género masculino em relação ao feminino.⁽⁷²⁾

Outro estudo de Messner AH *et al.*, realizado no hospital Lucile Packard na Califórnia, com uma amostra de 1041 pacientes, identificou anquiloglossia em 50 participantes (4,8%), dos quais 36 eram do género masculino e 14 do género feminino.⁽⁷³⁾

Assim, os dados do presente estudo encontram-se em consonância com outras investigações encontradas na literatura acerca da temática.⁽⁷⁴⁾

5.7.4. Tórus Mandibular

O tórus mandibular foi igualmente identificado em 11 pacientes (6,3%). A distribuição entre géneros foi equilibrada, 54,5% dos casos em homens e 45,5% em mulheres, não se verificando uma associação estatisticamente significativa com o género ($p=0,861$). Estes dados estão de acordo com a literatura científica, onde se refere que a presença de tórus mandibular tende a afetar ambos os sexos de forma semelhante, sem diferenças marcadas em termos de prevalência.⁽⁷⁵⁾

No entanto, existe uma associação estatisticamente significativa com a faixa etária ($p=0,049$). A presença de tórus mandibular foi mais frequente em adultos mais jovens, destacando-se que 45,5% dos casos ocorreram em indivíduos com menos de 30 anos. De facto, estudos sugerem que o tórus mandibular

tende a surgir na fase jovem da idade adulta, estando associado a fatores como stress oclusal, bruxismo e outras atividades parafuncionais.^(76,77)

Um estudo de Morita K. *et al.*, na Universidade Hiroshina, no Japão, com uma amostra de 204 adultos jovens saudáveis identificou o tórus mandibular em 58,3% dos participantes (média de idade $22,4 \pm 2,7$ anos), indicando uma associação desta condição com o desgaste dentário provocado pela mastigação intensa ou bruxismo.⁽⁷⁷⁾ Outro estudo piloto em população albanesa, com uma amostra de 122 pacientes relatou elevada prevalência de tórus mandibular (39,3%), com maior ocorrência entre indivíduos mais jovens (18–29 anos).⁽⁷⁸⁾

Estes dados sugerem, pois, que o tórus mandibular possa ser influenciado por estímulos mecânicos, particularmente em fases precoces da idade adulta. Assim, a presença mais frequente desse defeito em faixas etárias mais jovens, observada na amostra, encontra suporte na literatura científica contemporânea.

5.7.5. Varicosidades

A prevalência de varicosidades na amostra foi relativamente baixa, tendo sido identificada em apenas 9 pacientes (5,1%). A distribuição entre géneros foi equilibrada, 55,9% dos casos em mulheres e 44,4% em homens, não se verificando uma associação estatisticamente significativa com o género ($p=0,739$). Estes dados estão de acordo com a literatura científica, que indica que as varicosidades podem afetar ambos os géneros de forma semelhante.⁽⁷⁹⁾

A título de exemplo, no estudo de Jafari A. *et al.*, (2019), realizado em dois lares de idosos no Irão com uma amostra de 478 participantes, verificou-se uma prevalência de 57,7% no género feminino e 42,3% no género masculino.⁽⁸⁰⁾ Resultados comparáveis foram observados no estudo do Ahadian H. *et al.*, desenvolvido na Universidade de Ciências Médicas Shahid Sadoughi, Yazd (Irão), envolvendo 120 pacientes, onde se registou uma prevalência de 39,2% nas mulheres e 30,8% nos homens.⁽⁸¹⁾ Por outro lado, o estudo de Bergh H. *et al.*, na Suécia com um total de 989 participantes, encontrou uma distribuição inversa, com 51,5% de prevalência no género masculino e 48,5% no género feminino.⁽⁸²⁾ Verifica-se, assim, que a literatura apresenta variações e que a prevalência pode oscilar entre sexos consoante a população estudada.

5.8. Limitações do Estudo e Futuras Linhas de Investigação

A principal limitação do presente estudo foi o número reduzido de participantes, o que pode condicionar a generalização dos resultados. Adicionalmente, as respostas incompletas ou pouco fidedignas por parte dos pacientes nomeadamente no que refere à frequência de escovagem diária e à medicação, pode ter influenciado a precisão dos dados obtidos. Por fim, a escassez de artigos científicos disponíveis sobre o tema, restringiu a comparação e discussão dos resultados encontrados.

Para futuras investigações dever-se-ão considerar amostras mais alargadas e diversificadas para permitir maior robustez estatística.

É, pois, fundamental promover uma maior consciencialização da população relativamente aos problemas orais que ultrapassam as condições dentárias. Procura-se, desta forma, desconstruir a perceção de que as alterações orais se limitam às peças dentárias, salientando a relevância da observação e monitorização dos tecidos moles. Considera-se que a realização de criteriosas avaliações epidemiológicas é fundamental para orientar, reestruturar e reajustar os recursos disponíveis às necessidades dos indivíduos, bem como, planear e implementar novos programas de intervenção em saúde oral. Assim, reforça-se que tais avaliações devem constituir uma prioridade no âmbito da saúde pública.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram que os defeitos de desenvolvimento da região bucal e maxilofacial apresentam uma prevalência elevada (62,3%) nos pacientes da Clínica Dentária Universitária da FMD-UCP. Os grânulos de Fordyce constituem o defeito de desenvolvimento mais frequente na amostra, seguidos da língua fissurada e, com menor expressão, do tórus mandibular, da anquiloglossia e das varicosidades.

Observa-se uma prevalência ligeiramente superior dos defeitos no género feminino e nos grupos etários mais avançados, embora sem significância estatística, com exceção do tórus mandibular, mais comum em pacientes jovens. Adicionalmente, constata-se que os pacientes com defeitos de desenvolvimento apresentam, maioritariamente, pelo menos um fator de risco, destacando-se o tabagismo e o consumo de álcool.

Reconhecer estas variações é fundamental para evitar interpretações erradas, bem como diagnósticos excessivos que podem até conduzir a tratamentos desnecessários. Reconhecer que muitos destes achados são variações anatómicas benignas, frequentemente influenciadas por fatores comportamentais, biológicos ou relacionados com o envelhecimento, permite ao clínico adotar uma abordagem mais adequada, fundamentada e individualizada.

Este estudo reforça também o valor de um exame cuidado e minucioso de toda a mucosa oral, como parte da prática clínica.

De forma geral, os resultados obtidos oferecem um contributo útil para o conhecimento sobre os defeitos de desenvolvimento, reforçando a importância de registar e compreender estas manifestações no dia a dia clínico.

7. BIBLIOGRAFIA

7. BIBLIOGRAFIA

1. Van Meijeren-van Lunteren AW, Liu X, Veenman FCH, Grgic O, Dharmo B, van der Tas JT, et al. Oral and craniofacial research in the Generation R study: an executive summary. Clin Oral Investig [Internet]. 2023 jul [cited 2024 sep 28]; 27(7): 3379–92.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37301790/>.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00784-023-05076-1>.
2. Diajil AR, Goodson ML. Blood group in relation to oral Fordyce's granules and serum cholesterol level. J Oral Pathol Med [Internet]. 2023 jul [cited 2024 sep 28]; 52(6):521–7.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37038041/>.
DOI: <https://doi.org/10.1111/jop.13432>.
3. Alamri N, Alotaiby F. Association of Fordyce Granules with Skin Types – A Cross-Sectional Study. J Pharm Bioallied Sci [Internet]. 2024 apr [cited 2024 sep 28]; 16(2):1633–6.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38882851/>.
DOI: https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_1170_23.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. In: Israel MS. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009 [cited 2024 sep 28]; 3:1-25.
5. Sundaresan M, Venkatesha reddy R, Sridharrao V, Fenn SM, Rajaram Mohan K. Concurrent Occurrence of Ear Tag With Posterior Talon Cusp, Fissured Tongue, and Ankyloglossia: A Case Report. Cureus [Internet]. 2023 jul 18 [cited 2024 sep 28]; 15(7):42095.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37602049/>.
DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.42095>.
6. Feil ND, Filippi A. Frequency of fissured tongue (língua plicata) as a function of age. Swiss Dent J [Internet]. 2016 oct 17 [cited 2024 sep 29]; 126(10):886–91.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27808348/>.
DOI: <https://doi.org/10.61872/sdj-2016-10-204>.
7. Meng P, Du W, Xu L, Liu T, Cao J, Chen Q, et al. Lactobacillus treatment as adjuvant for geographic tongue and fissured tongue with gastritis: case

- report. *Ann Transl Med* [Internet]. 2023 feb 28 [cited 2024 sep 29]; 11(4):186–186. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36923092/>. DOI: <https://doi.org/10.21037/atm-23-203>.
8. Fernandes DT, Elias RDA, Santos-Silva AR, Vargas PA, Lopes MA. Benign oral vascular lesions treated by sclerotherapy with ethanolamine oleate: A retrospective study of 43 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2018 mar 1 [cited 2024 oct 2]; 23(2):180–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29476682/>. DOI: <http://dx.doi.org/10.4317/medoral.22253>.
 9. Akkaya N, Ölmez D, Özkan G. Evaluation of the factors associated with sublingual varices: a descriptive clinical study. *Folia Morphol (Warsz)* [Internet]. 2019 [cited 2024 oct 4]; 78(2):325–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30371931/>. DOI: <https://doi.org/10.5603/FM.a2018.0101>.
 10. Lu PH, Chiang CC, Yu WH, Yu MC, Hwang FN. Machine Learning-Based Technique for the Severity Classification of Sublingual Varices according to Traditional Chinese Medicine. *Comput Math Methods Med* [Internet]. 2022 nov 7 [cited 2024 oct 4]; 2022(1):3545712. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36388160/>. DOI: <https://doi.org/10.1155/2022/3545712>.
 11. Shoorgashti R, Moshiri A, Lesan S. Evaluation of Oral Mucosal Lesions in Iranian Smokers and Non-smokers. *Niger J Clin Pract* [Internet]. 2024 apr 1 [cited 2024 oct 5]; 27(4):467–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38679769/>. DOI: https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_702_23.
 12. Carmen Fontoura Nogueira da Cruz M, Gabriel Farah Garcia J, Athayde Silva Braga V, Ferreira Lopes F, Luiz Amaral Pereira A. White Lesions of the Oral Cavity. *Rev Fac Odont PA* [Internet]. 2009 [cited 2024 oct 5]; 50(1):5-8. Available from: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/2451/10755>. DOI: <https://doi.org/10.22456/2177-0018.2451>.
 13. Martin JL. Leukoedema: a review of the literature. *J Nat Med Assoc* [Internet]. 1992 nov [cited 2024 oct 5]; 84(11):938-940. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1460680/>.

14. Burge E, Kogilwaimath S. Hairy tongue. Can Med Assoc J [Internet]. 2021 apr 19 [cited 2024 oct 7]; 193(16):561.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33875461/>.
DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.201559>.
15. Gurvits GE, Grigoriy AT, Gurvits E, Tan A. Black hairy tongue syndrome. World J Gastroenterol [Internet]. 2014 aug 21 [cited 2024 oct 7] 20(31):10845–50.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25152586/>.
DOI: <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i31.10845>.
16. Limongelli L, Tempesta A, Capodiferro S, Maiorano E, Favia G. Oral maxillary exostosis. Clin Case Rep [Internet]. 2018 nov 11 [cited 2024 oct 7] 7(1):222–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30656046/>.
DOI: <https://doi.org/10.1002/ccr3.1918>.
17. Medsinghe S V, Kohad R, Budhiraja H, Singh A, Gurha S, Sharma A. Buccal exostosis: A rare entity. J Int Oral Health [Internet]. 2015 may [cited 2024 oct 10] 7(5): 62-4.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26028907/>.
18. Bernaola-Paredes WE, Pereira AM, Albuquerque Luiz TA, Martins IS, Lima FF, Vallejo-Rosero KA. An atypical presentation of gigantiform torus palatinus: A case report: Atypical tori palatine and surgical management. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2020 sep 4 [cited 2024 oct 10] 75:66–70.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32919331/>.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.08.049>.
19. Diaz de Teran T, Muñoz P, de Carlos F, Macias E, Cabello M, Cantalejo O, et al. Mandibular Torus as a New Index of Success for Mandibular Advancement Devices. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 oct 29 [cited 2024 oct 10]; 19(21):14154.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36361031/>.
DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192114154>.
20. Valentin R, Julie L, Narcisse Z, Charline G, Vivien M, David G. Early recurrence of mandibular torus following surgical resection: A case report. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2021 jun [cited 2024 oct 11]; 83:105942.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33975204/>.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.105942>.

21. Yue L, Huo HY, Zhang Y huai, Yang W. Stafne bone defect: A dual case study. Asian J Surg [Internet]. 2022 nov [cited 2024 oct 14]; 45(11):2510-2511. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35760682/>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2022.05.129>.
22. Niknami M, Parsa A, Khodadadi Z. Effect of Stafne bone defect on the adjacent tooth: A review of the literature. Imaging Sci Dent [Internet]. 2022 jun 1 [cited 2024 oct 15]; 52(2):165–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35799968/>. DOI: <https://doi.org/10.5624/isd.20210275>.
23. Arora KS, Bansal R, Mohapatra S, Pareek S. Review and Classification Update: Unilateral condylar hyperplasia. BMJ Case Rep [Internet]. 2019 feb 7 [cited 2024 oct 16]; 12(2):227569. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30737324/>. DOI: <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-227569>.
24. Olate S, Netto HD, Rodriguez-Chessa J, Alister JP, De Albergaria-Barbosa J, De Moraes M. Mandible condylar hyperplasia: a review of diagnosis and treatment protocol. Int J Clin Exp Med [Internet]. 2013 sep 25 [cited 2024 oct 17]; 6(9):727–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24179565/>.
25. Shetty S, Guddadarangiah S. Case Report: Unilateral condylar hyperplasia. F1000Res [Internet]. 2021 jan 25 [cited 2024 oct 18]; 10:46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33564393/>. DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.48499.1>.
26. Beltrán J, Zaror C, Moya MP, Netto HD, Olate S. Diagnosis and Treatment in Unilateral Condylar Hyperplasia. J Clin Med [Internet]. 2023 jan 28 [cited 2024 oct 20]; 12(3):1017. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36769664/>. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm12031017>.
27. Olate S, Ravelo V, Alister JP, Netto HD, Haidar ZS, Sacco R. Early Treatment of Unilateral Condylar Hyperplasia in Adolescents: Preliminary Results. J Clin Med [Internet]. 2023 may 11 [cited 2024 oct 20]; 12(10):3408. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37240513/>. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm12103408>.

28. Nardini LG, Val M, Colonna A, Cagidiaco EF, Ferrari M, Manfredini D. Treatment of condylar hypoplasia in Alagille syndrome: a case report. *Ann Maxillofac Surg* [Internet]. 2024 [cited 2024 oct 21]; 14(1):85–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39184415/>. DOI: https://doi.org/10.4103/ams.ams_220_23.
29. Costa SAP, Ruiz MM, Kaba SP, Florezi GP, Lemos Júnior CA, Witzel AL. Caliber-persistent artery. *Case Rep Dent* [Internet]. 2015 [cited 2024 oct 22]; 2015:747428. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26448884/>. DOI: <https://doi.org/10.1155/2015/747428>.
30. Carmona JA, Mercado AR, Navarro ML, Moyano EG. Caliber-persistent labial artery: report of 3 cases. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2021 nov 25 [cited 2024 oct 24]; 97(1):99–101. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8799840/>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.01.004>.
31. Pagano S, Ricciuti V, Mancini F, Barbieri FR, Chegai F, Marini A, et al. Eagle syndrome: An updated review. *Surg Neurol Int* [Internet]. 2023 [cited 2024 oct 24]; 14:389. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38053694/>. DOI: https://doi.org/10.25259/SNI_666_2023.
32. Bokhari MR, Graham C, Mohsemi M. Eagle Syndrome. *StatPearls* [Internet]. 2023 jul 29 [cited 2024 nov 4]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613540/>.
33. Emfietzoglou R, Muscogiuri G, Tsilingiris D, Kounatidis D, Stratigou T, Vallianou N, et al. Macroglossia in endocrine and metabolic disorders: current evidence, perspectives and challenges. *Minerva Endocrinol (Torino)* [Internet]. 2024 sep [cited 2024 oct 25]; 49(3):335–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39081187/>. DOI: <https://doi.org/10.23736/S2724-6507.24.04219-2>.
34. González Garrido M del P, Garcia-Munoz C, Rodríguez-Huguet M, Martín-Vega FJ, Gonzalez-Medina G, Vinolo-Gil MJ. Effectiveness of Myofunctional Therapy in Ankyloglossia: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 sep 28 [cited 2024 oct 26]; 19(19):12347. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36231647/>. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912347>.

35. Srivastava A, Chaudhri S, Kumar A, Srivastava S. Management of double lip. J Clin Diagn Res [Internet]. 2017 aug [cited 2024 oct 29]; 11(8):ZJ07–ZJ08. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28969300/>. DOI: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/28816.10492>.
36. Tailor MN, Joshi MU. Prevalence of commissural lip pits in population of central Gujarat: A hospital-based study. J Oral Maxillofac Pathol [Internet]. 2018 [cited 2024 oct 29]; 22(1):144. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29731574/>. DOI: https://doi.org/10.4103/jomfp.JOMFP_126_15.
37. Babai A, Irving M. Orofacial Clefts: Genetics of Cleft Lip and Palate. Genes [Internet]. 2023 aug 9 [cited 2024 nov 2]; 14(8):1603. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37628654/>. DOI: <https://doi.org/10.3390/genes14081603>.
38. Garland MA, Reynolds K, Zhou CJ. Environmental mechanisms of orofacial clefts. Birth Defects Res [Internet]. 2020 oct 30 [cited 2024 nov 2]; 112(19):1660–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33125192/>. DOI: <https://doi.org/10.1002/bdr2.1830>.
39. Kini U. Genetics and orofacial clefts: a clinical perspective. Br Dent J [Internet]. 2023 jun [cited 2024 nov 4]; 234(12):947–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37349452/>. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41415-023-5994-3>.
40. Speight PM, Khurram SA, Kujan O. Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol [Internet]. 2018 jun [cited 2024 nov 29]; 125(6):612–627. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29396319/>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2017.12.011>.
41. Warnakulasuriya S. Oral potentially malignant disorders: A comprehensive review on clinical aspects and management. Oral Oncol [Internet]. 2020 mar [cited 2024 nov 30]; 102:104550. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31981993/>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2019.104550>.

42. Kelloway E, Ha WN, Dost F, Farah CS. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian adult population. *Aust Dent J* [Internet]. 2014 jun [cited 2024 dec 02]; 59(2):215-20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24861397/>. DOI: <https://doi.org/10.1111/adj.12175>.
43. Hoff K, Silva SO, Carli JP. Levantamento epidemiológico das lesões bucais nos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. *RFO UPF* [Internet]. 2015 sep/dec [cited 2024 dec 16]; 20(3):319-24. Available from: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122015000300008. DOI: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v20i3.5403>.
44. Sfeatcu R, Balgiu BA, Mihai C, Petre A, Pantea M, Tribus L. Gender Differences in Oral Health: Self-Reported Attitudes, Values, Behaviours and Literacy among Romanian Adults. *J Pers Med* [Internet]. 2022 sep 29 [cited 2024 dec 16]; 12(10):1603. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36294742/>. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/jpm12101603>.
45. Su S, Lipsky MS, Licari FW, Hung M. Comparing oral health behaviours of men and women in the United States. *J Dent* [Internet]. 2022 jul [cited 2024 dec 28]; 122:104157. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35545161/>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2022.104157>.
46. Janto M, Iurcov R, Daina CM, Neculoiu DC, Venter AC, Badau D, et al. Oral Health among Elderly, Impact on Life Quality, Access of Elderly Patients to Oral Health Services and Methods to Improve Oral Health: A Narrative Review. *J Pers Med* [Internet]. 2022 feb 28 [cited 2025 jan 06]; 12(3):372. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35330372/>. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/jpm12030372>.
47. Ebrahimipur M, Mohammadi-Vajari E, Sharifi Y, Ghotbi L, Sarvari M, Ayati A, et al. Evaluation of the prevalence of cardiometabolic disorders (diabetes, hypertension, and hyperlipidemia) diagnosed, undiagnosed, treated, and treatment goal in the elderly: Bushehr Elderly Health Program (BEH). *BMC Endocr Disord* [Internet]. 2024 mar 5 [cited 2025 jan 21]; 24(1):29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38443972/>.

- DOI: <https://doi.org/10.1186/s12902-024-01561-0>.
48. Alhabib KF, Batais MA, Almigbal TH, Alshamiri MQ, Altaradi H, Rangarajan S, et al. Demographic, behavioral, and cardiovascular disease risk factors in the Saudi population: Results from the Prospective Urban Rural Epidemiology study (PURE-Saudi). BMC Public Health [Internet]. 2020 aug 8 [cited 2025 jan 23]; 20(1):1213.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32770968/>.
DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09298-w>.
49. Pardhan S, Siddique AB, Motahara U, Islam MS. Investigating the prevalence and associated factors of depression, anxiety, and loneliness among people with type-2 diabetes in Bangladesh: a community-based study. Sci Rep [Internet]. 2024 oct 24 [cited 2025 jan 30]; 14(1):25129.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39448658/>.
DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-75144-3>.
50. Qiu L, Wang W, Sa R, Liu F. Prevalence and Risk Factors of Hypertension, Diabetes, and Dyslipidemia among Adults in Northwest China. Int J Hypertens [Internet]. 2021 apr 12 [cited 2025 feb 07]; 9:2021:5528007.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33936811/>.
DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/5528007>.
51. He S, Ryan KA, Streeten EA, McArdle PF, Daue M, Trubiano D, et al. Prevalence, control, and treatment of diabetes, hypertension, and high cholesterol in the Amish. BMJ Open Diab Res Care [Internet]. 2020 aug 24 [cited 2025 feb 07]; 8(1):8:000912.
Available from: <https://drc.bmj.com/content/8/1/e000912>.
DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2019-000912>.
52. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: A meta-analysis. Diabetes Care [Internet]. 2008 dec [cited 2025 feb 15]; 31(12):2383-90.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19033418/>.
DOI: <https://doi.org/10.2337/dc08-0985>.
53. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2005 apr [cited 2025 feb 23]; 33(2):81-92.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15725170/>.

- DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x>.
54. Chinwong D, Mookmanee N, Chongpornchai J, Chinwong S. A Comparison of Gender Differences in Smoking Behaviors, Intention to Quit, and Nicotine Dependence among Thai University Students. *J Addict* [Internet]. 2018 oct 24 [cited 2025 mar 04]; 2018: 8081670.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30473903/>.
DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/8081670>.
55. He H, Pan L, Cui Z, Sun J, Yu C, Cao Y, et al. Smoking Prevalence, Patterns, and Cessation Among Adults in Hebei Province, Central China: Implications From China National Health Survey (CNHS). *Front Public Health* [Internet]. 2020 jun 11 [cited 2025 mar 04]; 8:177.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32596196/>.
DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00177>.
56. Ibrayeva A, Shoranov M, Aipov R, Katarbayev A, Tanabayeva S, Fakhradiyev I. Prevalence and characteristics of tobacco use among adults in Kazakhstan: A cross-sectional National Survey. *Glob Epidemiol* [Internet]. 2025 mar 6 [cited 2025 mar 13]; 9:100194.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40129755/>.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gloepi.2025.100194>.
57. Yu M, Ayala GX, Schiaffino MK, Hoeft KS, Malcarne V, Finlayson TL. A Mixed Methods Comparison of Oral Hygiene Behaviors by Gender Among Mexican-Origin Young Adults in California. *Oral (Basel)* [Internet]. 2025 mar [cited 2025 mar 13]; 5(1):5.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40060995/>.
DOI: <https://doi.org/10.3390/oral5010005>.
58. Lipari RN, Van Horn SL. Trends in Substance Use Disorders Among Adults Aged 18 or Older. The CBHSQ Report [Internet]. 2017 jun 29 [cited 2025 mar 21]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28792721/>.
59. Im PK, Wright N, Yang L, Chan KH, Chen Y, Guo Y, et al. Alcohol consumption and risks of more than 200 diseases in Chinese men. *Nat Med* [Internet]. 2023 jun [cited 2025 mar 22]; 29(6):1476-1486. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37291211/>.
DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02383-8>.

60. Lipsky MS, Su S, Crespo CJ, Hung M. Men and Oral Health: A Review of Sex and Gender Differences. *Am J Mens Health* [Internet]. 2021 may-jun [cited 2025 mar 04]; 15(3):15579883211016361.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33993787/>.
DOI: <https://doi.org/10.1177/15579883211016361>.
61. Morrison MD, Tamimi F. Oral tori are associated with local mechanical and systemic factors: A case-control study. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2013 jan [cited 2025 mar 28]; 71(1):14-22.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23010373/>.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2012.08.005>.
62. Chang PC, Tai SY, Hsu CL, Tsai AI, Fu JF, Wang IK, et al. Torus mandibularis in patients receiving hemodialysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 sep 7 [cited 2025 mar 30]; 18(18):9451.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34574376/>.
DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189451>.
63. Villa A, Abati S. Risk factors and symptoms associated with xerostomia: A cross-sectional study. *Aust Dent J* [Internet]. 2011 sep [cited 2025 apr 03]; 56(3):290–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21884145/>.
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2011.01347.x>.
64. Davies KJM, Richmond S, Medeiros-Mirra RJ, Abbas HH, Wilson-Nagrani CE, Davis MG, et al. The effect of maternal smoking and alcohol consumption on lip morphology. *J Orthod* [Internet]. 2022 dec [cited 2025 apr 05]; 49(4):403–11.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35723071/>.
DOI: <https://doi.org/10.1177/14653125221094337>.
65. Kummet CM, Moreno LM, Wilcox AJ, Romitti PA, Deroo LA, Munger RG, et al. Passive Smoke Exposure as a Risk Factor for Oral Clefts-A Large International Population-Based Study. *Am J Epidemiol* [Internet]. 2016 may 1 [cited 2025 apr 05]; 183(9):834-41.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27045073/>.
DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwv279>.
66. Jainkittivong A. Tongue lesions: prevalence and association with gender, age and health-affected behaviors. *CUJO* [Internet]. 2007 sep 1 [cited 2025 apr 11]; 30(3):269–78.

Available from: <https://digital.car.chula.ac.th/cudj/vol30/iss3/5/>.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CUDJ.30.3.5>.

67. Shahzad M, Moosa Y, Wahab Jehangir A. Prevalence of Fordyce's Granules - a Karachi sample. Pakistan Oral Dent J [Internet]. 2015 jun [cited 2025 apr 13]; 35(2).

Available from: https://podj.com.pk/archive/Jun_2015/PODJ-3.pdf.

68. Jahanbani J, Sandvik L, Lyberg T, Ahlfors E. Evaluation of Oral Mucosal Lesions in 598 Referred Iranian Patients. Open Dent J [Internet]. 2009 mar 27 [cited 2025 apr 24]; 3:42-7.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19444343/>.

DOI: <https://doi.org/10.2174/1874210600903010042>.

69. Ehsan H, Azimi S, Yosufi A, Yousufi R. The Prevalence and Significance of Fissured Tongue in Kabul City Among Dental Patients. Clin Cosmet Investig Dent [Internet]. 2023 feb 23 [cited 2025 apr 30]; 15:21-29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36860622/>.

DOI: <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S391498>.

70. Hamrah MH, Baghalian A, Ghadimi S, Mokhtari S, Kargar M, Khosrozadeh M, et al. The prevalence and correlates of fissured tongue among outpatients in andkhoy city, afghanistan: A cross-sectional study. Clin Cosmet Investig [Internet]. 2021 jul 27 [cited 2025 may 03]; 13:335-342.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34345186/>.

DOI: <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S323428>.

71. González-Álvarez L, García-Pola MJ. Risk factors associated with tongue lesions: A propensity score-matched case-control study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2022 jan 1 [cited 2025 may 03]; 27(1):25-34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34874926/>.

DOI: <https://doi.org/10.4317/medoral.24836>.

72. Bai PM, Vaz AC. Ankyloglossia among children of regular and special schools in Karnataka, India: A prevalence study. J Clin Diagn Res [Internet]. 2014 jul [cited 2025 jun 02]; 8(6):ZC36-8.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25121061/>.

DOI: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8267.4485>.

73. Messner AH, Lalakea; M Lauren, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia Incidence and Associated Feeding Difficulties. Arch Otolaryngol Head Neck

- Surg [Internet]. 2000 jan [cited 2025 jun 07]; 126(1):36-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10628708/>.
DOI: <https://doi.org/10.1001/archotol.126.1.36>.
74. Cruz PV, Souza-Oliveira AC, Notaro SQ, Occhi-Alexandre IGP, Maia RM, De Luca Canto G, et al. Prevalence of ankyloglossia according to different assessment tools: A meta-analysis. J AM Dent Assoc [Internet]. 2022 nov [cited 2025 jun 14]; 153(11):1026-1040.31.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36307175/>.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2022.07.011>.
75. AlZarea BK. Prevalence and pattern of torus palatinus and torus mandibularis among edentulous patients of Saudi Arabia. Clin Interv Aging [Internet]. 2016 feb 24 [cited 2025 may 11]; 11:209-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26966357/>.
DOI: <https://doi.org/10.2147/CIA.S100282>.
76. Hassett B. Torus Mandibularis: Etiology and Bioarcheological Utility. Dental Anthropology J [Internet]. 2018 sep [cited 2025 may 12]; 19(1):1-14.
Available from: https://www.researchgate.net/publication/329959496_Torus_Mandibularis_Etiology_and_Bioarcheological_Utility.
DOI: <https://doi.org/10.26575/daj.v19i1.114>.
77. Morita K, Tsuka H, Shintani T, Yoshida M, Kurihara H, Tsuga K. Prevalence of Torus Mandibularis in Young Healthy Dentate Adults. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2017 dec [cited 2025 may 15]; 75(12):2593-2598. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28577371/>.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2017.04.044>.
78. Disha V, Zaimi B, Petrela E. Oral Tori Findings in an Adult Albanian Population: A Single-Center Pilot Study. Dent J (Basel) [Internet]. 2024 jul 30 [cited 2025 may 19]; 12(8):242.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39195086/>.
DOI: <https://doi.org/10.3390/dj12080242>.
79. Jamali Z, Katebi K, Alibabaei H, Khosroshahi AJ. Evaluation of the Relationship between Sublingual Varices and Hypertension. Front Dent [Internet]. 2024 feb 12 [cited 2025 may 20]; 21:7.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38571901/>.

DOI: <https://doi.org/10.18502/fid.v21i7.14888>.

80. Jafari A, Alaei A, Rezai M, Masoudi M. Evaluation of Sublingual Varices Prevalence and Its Respective Factors in Two Iranian Nursing Homes in 2019. Iran J Otorhinolaryngol [Internet]. 2022 jul [cited 2025 may 20]; 34(123):165–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36035648/>. DOI: <https://doi.org/10.22038/IJORL.2022.63364.3170>.
81. Ahadian H, Akhavankarbassi MH, Sabaghzadegan Y, Owlia F, Daneshmand AS. Is there any difference based on sublingual varices frequency between hypertensive patients and healthy persons? BMC Oral Health [Internet]. 2023 sep 15 [cited 2025 may 21]; 23(1):666. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37710204/>. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03396-y>.
82. Bergh H, Albrektson M, Kastberg C, Baigi A, Hedström L. The Association Between Sublingual Varices and Cardiovascular Risk Factors. Vasc Health Risk Manag [Internet]. 2022 apr 23 [cited 2025 may 21]; 18:319–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35498559/>. DOI: <https://doi.org/10.2147/VHRM.S354021>.

8. ANEXOS

8. ANEXOS

8.1. Questionário



Questionário

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Código numérico: _____

Género: F ☐ M ☐ Outros ☐

Idade: _____

Profissão: _____

TEM ALGUMA PATOLOGIA

Sim ☐ Não ☐

Se sim alguma destas?

☐ Problemas Cardíacos

☐ Doenças Renais

☐ Diabetes

☐ Doenças de Sangue

☐ Doenças Intestinais

☐ Hipertensão

☐ Doenças de Fígado

☐ Cancro

☐ Alergias

☐ Doenças de Estomago

☐ Epilepsia

Outra que não está aqui mencionado: _____

Foi sujeito a algum tratamento de radioterapia ou quimioterapia?

Sim ☐ Não ☐ Em tratamento ☐

EXISTEM DOENÇAS NA FAMÍLIA

FAZ ALGUM TIPO DE TRATAMENTO MÉDICO OU MEDICAÇÃO COM REGULARIDADE

Sim ☐ Não ☐

Listagem de medicamentos:

FUMA OU JÁ FUMOU?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, há quanto tempo? (anos) _____

Quantos cigarros fuma/fumava por dia?

☐ Até 10 ☐ Mais do que 10 ☐ Não sabe

BEBE OU JÁ BEBEU REGULARMENTE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Sim ☐ Não ☐

Se bebe/bebeu começou com que idade:

Idade: _____ ☐ Não sabe

COSTUMA ESCOVAR OS DENTES

Sim ☐ Não ☐

Se sim, quantas vezes por dia?

☐ 1 ☐ 2
☐ 3 ☐ >3

Costuma passar fio dentário?

Não ☐ Sim, às vezes ☐ Sim, diariamente ☐

Quando foi a última vez que visitou um médico dentista?

☐ Há menos de 1 ano ☐ Há 1 ano
☐ Há 2 anos ☐ Entre 2 e 5 anos
☐ Há mais de 5 anos ☐ Nunca

UTILIZA PRÓTESE?

Sim ☐ Não ☐

Quando utiliza a(s) prótese(s)?

☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Só durante as refeições ☐ Nunca

Faz higienização da sua prótese?

Sim ☐ Não ☐

8.2. Parecer da Comissão de Ética

III – CONCLUSÃO

Pelo exposto, e após análise cuidadosa dos esclarecimentos prestados, ouvido o relator e o plenário da reunião de 26 de fevereiro de 2025, realizada por videoconferência, a Comissão de Ética da CES-UCP confirma a observância dos padrões éticos em todas as fases do processo de investigação apresentado. Considerando o cumprimento dos princípios fundamentais da ética na investigação — nomeadamente o respeito pela autonomia, o bem-estar, a segurança e os direitos dos participantes, assim como a justiça na seleção da amostra, a beneficência e a não maleficência —, conclui-se que estão reunidos todos os elementos necessários para a **emissão de Parecer Ético Favorável**.

Nota adicional: A Comissão felicita a equipa de investigação pelo rigor demonstrado na preparação e clarificação do projeto, bem como pelo compromisso com os princípios éticos e científicos. Apresentam-se igualmente **as devidas desculpas pelo atraso na emissão formal do presente parecer**, motivado por constrangimentos administrativos alheios à qualidade da submissão.

A CES UCP, ao abrigo do disposto no nº23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, solicita que seja igualmente dado conhecimento à CES-UCP do relatório final com as conclusões do estudo, de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes por parte da equipa de investigação.

A Presidente,



Mara de Sousa Freitas

26 de fevereiro de 2025

8.3.Exemplo fotográfico das lesões encontradas

8.3.1. Língua Fissurada



8.3.2. Grânulos de Fordyce



8.3.3. Anquiloglossia



8.3.4. Síndrome de Eagle



8.3.5. Tórus Mandibular



8.3.6. Exostoses



8.3.7. Artéria de Calibre Persistente

