



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DE LESÕES  
ORAIS BRANCAS NA POPULAÇÃO IDOSA  
INSTITUCIONALIZADA

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

Por:

Pedro Almeida da Conceição

Viseu, Junho de 2018





CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

# PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DE LESÕES ORAIS BRANCAS NA POPULAÇÃO IDOSA INSTITUCIONALIZADA

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

Por:

Pedro Almeida da Conceição

Orientação: Professor Doutor André Correia

Co-orientação: Prof. Dr. Tinoco Torres Lopes

Viseu, Junho de 2018



A todas as pessoas que tornaram este projeto possível.

Esta nunca será só a minha tese.

Esta será sempre a nossa tese.

“Good character is not formed in a week or a month. It is created little by little, day by day. Protracted and patient effort is needed to develop good character.”

Heraclitus



## **Agradecimentos:**

Ao Professor Doutor André Correia por ter aceite proceder à orientação desta tese e pelo seu conhecimento e espírito crítico, que contribuíram em muito para a concretização deste projeto.

Ao Prof. Dr. Tinoco Torres Lopes, por ter aceite ser o meu co-orientador, pela ajuda na criação de um bom rigor científico, assim como pela constante motivação a prosseguir com este tema.

Aos meus pais, pelo afeto, apoio e oportunidades que sempre me deram, e por serem as pedras basilares da pessoa que sou hoje.

À minha irmã, cunhado e sobrinhos, por sempre lá estarem para me apoiarem em todas as fases do meu percurso pessoal e académico.

A toda a minha família, pelo carinho dado desde que me lembro, e em especial à minha madrinha, por sempre me mostrar como ser uma pessoa bondosa, honesta e com carácter, tal como ela sempre foi.

Ao meu binómio, João Couto, pela amizade incondicional que com ele desenvolvi ao longo destes anos, e espero que sempre se mantenha, e pela motivação ininterrupta que me deu ao longo do meu curso universitário.

A todos os meus amigos, pela amizade, apoio, incentivo e ensinamentos que me ofereceram ao longo dos anos, que em muito influenciaram o meu carácter.

Aos responsáveis das instituições que me permitiram a realização deste projeto, assim como as pessoas que aceitaram participar no estudo desenvolvido.

A todas as pessoas que, diretamente ou indiretamente, colaboram de alguma forma para a realização deste projeto e para a finalização do meu percurso universitário.

Obrigado. Por tudo.



## Resumo

**Introdução:** As lesões orais brancas são um conjunto de condições com diversos fatores etiológicos, quadros clínicos, diagnósticos e tratamentos. O seu diagnóstico é essencial para diferenciar lesões potencialmente malignas (LPM's) e evitar a evolução para casos de cancro oral, sobretudo em pessoas com baixo nível de saúde oral, como a população idosa institucionalizada.

**Objetivos:** Determinação da prevalência e características de lesões orais brancas na população idosa institucionalizada, assim como do nível de saúde oral e da relação entre estas lesões e fatores demográficos, sociais e associados à saúde sistémica e oral.

**Materiais e métodos:** Estudo epidemiológico observacional analítico transversal com amostra de 64 idosos institucionalizados. Recolha de dados por questionário, inspeção intra-oral e registo fotográfico em casos pertinentes.

**Resultados:** A amostra em estudo tinha 52 idosos (81,25%) com pelo menos uma lesão branca; excluindo alterações de desenvolvimento, dito valor passa para 38 (59,37%). Constatou-se uma relação estatisticamente significativa entre o nível de habilitações literárias e o número total de lesões brancas ( $p < 0,05$ ), e relação entre presença de lesões brancas hiperqueratóticas e relato de dificuldades na mastigação/deglutição ( $p < 0,05$ ). Tais relações podem-se justificar pela menor educação para a higiene oral e controlo de lesões, e fricção crónica de alimentos ou desajustes protéticos, respetivamente. É importante também a relação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre evidência de secura oral e necessidade de tratamentos dentários.

**Conclusões:** É imperativo criar protocolos para a educação e promoção da saúde oral junto da população idosa institucionalizada relativamente às lesões orais brancas, mas também à saúde oral como um todo. As instituições devem receber os dados necessários para incentivar e auxiliar os utentes a encaminhar casos de LPM's brancas e evitar quadros clínicos mais reservados.

**Palavras-chave:** saúde oral, lesões orais, lesões brancas, idosos, institucionalização



## Abstract

**Introduction:** White oral lesions are a set of conditions with diverse etiological factors, clinical pictures, diagnoses and treatments. Its diagnosis is essential to differentiate potentially malignant lesions (PML's) and avoid the evolution to cases of oral cancer, especially in people with low oral health, such as the institutionalized elderly population.

**Objectives:** To determine the prevalence and characteristics of white oral lesions in the institutionalized elderly population, as well as the level of oral health and the relationship between these lesions and demographic, social, and systemic and oral health factors.

**Materials and methods:** A cross-sectional observational epidemiological study with a sample of 64 institutionalized elderly was made. Collection of data was made by questionnaire, intra-oral inspection and photographic record in relevant cases.

**Results:** The study sample had 52 elderly (81.25%) with at least one white lesion; excluding developmental changes, said value decreases to 38 (59.37%). A statistically significant relationship was found between literacy levels and the total number of white lesions ( $p < 0.05$ ), and a relationship between the presence of hyperkeratotic white lesions and report of difficulties in mastication/deglutition ( $p < 0.05$ ). Such relationships can be justified by lesser education for oral hygiene and lesion control, and chronic food friction or prosthetic maladjustments, respectively. It's also important to note the statistically significant ( $p < 0.05$ ) relationship between evidence of oral dryness and the need for dental treatments.

**Conclusions:** It is imperative to establish protocols for the education and promotion of oral hygiene amongst the elderly institutionalized population regarding white oral lesions, but also oral health as a whole. Institutions should be given the data necessary to encourage and assist users to refer cases of white PMLs and avoid more reserved clinical settings.

**Keywords:** oral health, oral lesions, white lesions, elderly, institutionalization



## Índice

1. Introdução .....	1
1.1 Lesões orais brancas .....	3
1.2 Lesões potencialmente malignas (LPM's) brancas.....	4
1.3 Saúde oral no idoso.....	10
2. Objetivos .....	17
3. Materiais e métodos.....	21
4. Resultados.....	27
4.1 Análise descritiva.....	29
4.2 Análise inferencial das variáveis em estudo .....	44
5. Discussão .....	53
5.1 Limitações do estudo .....	67
6. Conclusões.....	71
7. Referências bibliográficas .....	75
8. Anexos .....	87
8.1 Anexo 1 – Carta às instituições para autorização de recolha de dados para estudo .....	89
8.2 Anexo 2 – Consentimento informado e questionário feito aos idosos das instituições visitadas .....	92



## Índice de tabelas

Tabela I - Lesões orais brancas mais prevalentes na cavidade oral .....	4
Tabela II - Critérios de definição do tamanho e grau de displasia de lesões leucoplásicas .....	7
Tabela III - Sistema de estadiamento da leucoplasia oral .....	7
Tabela IV - Fatores de risco baseados em evidência para uma rápida deterioração da saúde oral em pacientes geriátricos .....	14
Tabela V - Critérios de inclusão e exclusão da população idosa institucionalizada em estudo .....	24
Tabela VI - Patologias/ grupos patológicos da amostra em estudo .....	31
Tabela VII - Distribuição de lesões na amostra em estudo por género .....	45
Tabela VIII - Distribuição de lesões brancas na amostra em estudo por faixa etária .....	45
Tabela IX - Distribuição de lesões na população em estudo por habilitações literárias .....	46
Tabela X - Teste ANOVA entre o número total de lesões brancas e habilitações literárias da amostra em estudo .....	47
Tabela XI - Nível de correlação entre o número total de lesões brancas, nível de higiene oral e nível de higiene da prótese .....	48
Tabela XII - Nível de correlação entre o número total de lesões brancas, número total de patologias e número de medicamentos tomado diariamente ..	49
Tabela XIII - Relação entre a presença de lesões brancas hiperqueratóticas e relato de dificuldades na mastigação/ deglutição .....	50
Tabela XIV - Testes qui-quadrado entre a presença de lesões brancas hiperqueratóticas e o relato de dificuldades na mastigação/ deglutição .....	50
Tabela XV - Relação entre evidência de secura da cavidade e/ou fluxo salivar reduzido e a necessidade de tratamentos médico-dentários .....	51
Tabela XVI - Testes qui-quadrado entre evidência de secura da cavidade oral e/ou fluxo salivar reduzido e a necessidade de tratamentos médico-dentários	52
Tabela XVII - Lesões orais brancas que podem mimetizar características clínicas de leucoplasia .....	61



## Índice de gráficos

Gráfico 1 – Género da amostra em estudo .....	29
Gráfico 2 - Faixa etária da população em estudo.....	30
Gráfico 3 - Habilitações literárias da população em estudo .....	30
Gráfico 4 - Principal entidade responsável pelos cuidados de saúde da amostra .....	31
Gráfico 5 - Número de medicamentos tomados diariamente pela amostra em estudo .....	33
Gráfico 6 - Hábitos tabágicos da amostra em estudo.....	33
Gráfico 7 - Hábitos de higiene oral da amostra em estudo .....	34
Gráfico 8 - Ida regular ao médico dentista pela amostra em estudo .....	35
Gráfico 9 - Tipo de próteses usadas pela amostra em estudo .....	35
Gráfico 10 - Tempo de uso de próteses dentárias em portadores da amostra em estudo.....	36
Gráfico 11 - Índice CPOD da amostra em estudo .....	37
Gráfico 12 - Índice de Silness & Løe da amostra em estudo.....	37
Gráfico 13 - Número de lesões brancas na amostra em estudo .....	38
Gráfico 14 - Número de lesões brancas na amostra em estudo (excluindo alterações de desenvolvimento).....	39
Gráfico 15 - Localização de lesões brancas na amostra estudada .....	39
Gráfico 16 – Evidência de secura da cavidade oral e/ou fluxo salivar deficitário na amostra em estudo.....	40
Gráfico 17 - Nível de higiene oral da amostra em estudo .....	40
Gráfico 18 - Nível de higiene das próteses da amostra em estudo .....	41



## **Índice de figuras**

Figura 1 - Prótese acrílica superior com câmara de vácuo .....	42
Figura 2 - Lesão traumática no palato duro como resultado de câmara de vácuo .....	42
Figura 3 - Lesão hiperqueratótica no lábio inferior .....	43
Figura 4 - Lesão hiperqueratótica no lábio inferior (com estiramento do lábio)	43
Figura 5 - Lesão papilomatosa no palato duro .....	44



# 1. Introdução



## 1.1 Lesões orais brancas

As lesões brancas da mucosa oral são um conjunto multifatorial de desordens cuja cor advém de uma superfície epitelial alterada (1). Ditas alterações são geralmente resultado de uma produção amplificada de queratina (2), contudo outros fatores como o espessamento da camada celular espinhosa, edema epitelial e fibrose do tecido conjuntivo podem, com menor frequência, oferecer esta cor a este grupo de lesões (2).

A sua etiologia é igualmente diversa, sendo atribuídas causas hereditárias, reativas, inflamatórias, imunológicas, traumáticas, associadas a infecções e idiopáticas (1,2).

No que diz respeito às características clínicas, as lesões brancas da cavidade oral podem assumir uma panóplia de características clínicas, desde simples alterações de desenvolvimento e assintomáticas, tal como é o caso do leucoedema (1,3,4), passando por reações provocadas por exposição a químicos, alergénios ou trauma dentário e/ou protético, já com possibilidades de algum desconforto por parte do paciente (2,4,5), até grandes lesões potencialmente malignas (LPM's) ou malignas, com elevado grau de displasia e com implicações nas funções orais básicas do paciente como fala, mastigação e deglutição (6,7,8).

O seu diagnóstico e respetivo diagnóstico diferencial deve ser construído com base na história médica, características clínicas e exames complementares de diagnóstico, quando necessário (1).

Tendo isto em consideração, um estudo das lesões orais brancas torna-se pertinente na medida em que a sua prevalência na cavidade oral é significativa, com artigos a estabelecerem prevalências tão altas como em 24,8% da população em estudo (9).

No seu estudo, Van Der Waal <sup>(10)</sup> compilou um conjunto de lesões orais brancas que considerou serem mais prevalentes na cavidade oral, assim como apontar os principais meios de diagnóstico e diferenciação das mesmas (Tabela I).

Tabela I - Lesões orais brancas mais prevalentes na cavidade oral (10)

<b>Lesão</b>	<b>Principais meios de diagnóstico</b>
Queimadura por aspirina	História de aplicação/administração local de pastilhas de aspirina
Candidíase pseudomembranosa	Aspeto clínico (pseudomembranas, frequentemente com padrão simétrico)
Candidíase hiperplásica	Presença de irritação mecânica (por exemplo, hábitos de escovagem vigorosa)
Lesão friccional	Aspeto clínico (por exemplo, localização bilateral na língua); histopatologia (incluindo vírus de Epstein-Barr)
Lesão associada com restaurações dentárias (incluindo lesões galvânicas)	Aspeto clínico (relação anatómica com restaurações dentárias)
Leucoedema	Aspeto clínico (incluindo padrão simétrico)
Líquen plano (incluindo reações liquenoides)	Aspeto clínico (frequentemente padrão simétrico); histopatologia
<i>Linea alba</i>	Aspeto clínico (incluindo localização na linha de oclusão na mucosa jugal)
Lúpus eritematoso	História de lesões na pele; aspeto clínico (incluindo padrão bilateral); histopatologia
Lesões de mordisqueio	Historial de hábitos de mordida ou mastigação; aspeto clínico
Papiloma (e lesões associadas)	Aspeto clínico; histopatologia
Carcinoma de células escamosas	Histopatologia
Lesões induzidas por hábitos tabágicos	Aspeto clínico; historial de hábitos tabágicos
Carcinoma verrucoso	Histopatologia
Nevo branco esponjoso	Historial familiar, aspeto clínico (frequentemente padrão simétrico)

## 1.2 Lesões potencialmente malignas (LPM's) brancas

O acompanhamento de qualquer lesão branca é importante, devido à possibilidade das mesmas evoluírem para lesões potencialmente malignas (LPM's). No que diz respeito a LPM's brancas, a leucoplasia oral destaca-se, segundo a literatura, como uma lesão relativamente comum na cavidade oral (11), chegando até a ser destacada como a LPM branca com maior prevalência na cavidade oral (9,11).

A leucoplasia é uma entidade cuja caracterização é importante perceber, uma vez que a sua definição foi analisada e reajustada ao longo da história da Medicina Dentária. No ano de 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a leucoplasia oral como “uma placa ou mancha que não pode ser caracterizada clinicamente ou patologicamente como qualquer outra doença” (12,13), com uma nota posterior pela mesma organização a reiterar a não associação entre o termo clínico em questão e a presença (ou não) de displasia (12).

Já em 1997, a OMS reviu, sem explicação para tal, a definição de leucoplasia oral, alterando a expressão “qualquer outra doença” por “qualquer outra lesão”; passando para 2002, foi recomendada a distinção entre o diagnóstico provisório de leucoplasia e o diagnóstico definitivo (12). Entre um e outro diagnóstico, Van Der Waal e Axéll <sup>(14)</sup> definiram um conjunto de 4 “fatores de certeza” (C<sub>1</sub>, C<sub>2</sub>, C<sub>3</sub> e C<sub>4</sub>) para se poder alcançar um diagnóstico definitivo de leucoplasia:

- C<sub>1</sub> – Evidência por uma única visita, com recurso a inspeção e palpação como únicos meios de diagnóstico (diagnóstico clínico provisório)
- C<sub>2</sub> – Evidência obtida por um resultado negativo de eliminação de possíveis fatores etiológicos, como irritação mecânica, por um período de follow-up de 2-4 semanas (diagnóstico clínico definitivo)
- C<sub>3</sub> – Semelhante ao anterior, mas complementado com biópsia que, após análise histológica, não observa nenhuma alteração definível (diagnóstico comprovado histopatologicamente)
- C<sub>4</sub> – Evidência após cirurgia e exame patológico do espécime ressecado

Por fim, em 2005, uma reunião apoiada pela OMS voltou a alterar a definição para “uma placa branca de risco questionável, tendo excluído (outras) doenças ou desordens conhecidas que não acarretem risco acrescido de cancro” (12,15).

Como é possível constatar, o clínico de Medicina Dentária deve estar ciente de que apenas uma inspeção clínica não é suficiente para estabelecer um diagnóstico definitivo de leucoplasia, devido à existência de outras lesões que podem mimetizar a leucoplasia (12) e para garantir um correto diagnóstico diferencial (9). De qualquer forma, o acompanhamento da leucoplasia ou lesões que a mimetizem é imperativo, se for considerada a taxa alta de malignização da leucoplasia oral (9), com artigos a colocarem esta taxa em valores entre 4 e 17% (1,12).

Apesar da etiologia exata da leucoplasia oral ainda ser desconhecida (1), vários fatores predisponentes são apontados. Dos mesmos, o principal é o tabaco (9,16), com a literatura a reiterar a predominância de hábitos tabágicos entre pacientes com leucoplasia, a presença de mais e maiores lesões em fumadores pesados, e na regressão das lesões com a cessação do hábito (9,16).

Outros fatores etiológicos incluem hábitos alcoólicos (que, não tendo associação com a leucoplasia só por si, apresentam um efeito sinérgico com os agentes carcinogénicos do tabaco), má higiene oral, trauma mecânico crónico de próteses desadaptadas e/ou mordida crónica, *Candida*, Vírus do Papiloma Humano (HPV) e Vírus de Epstein-Barr (1,9). Também é importante realçar que a prevalência da leucoplasia aumenta com a idade, e existe mais em homens do que em mulheres (9).

Clinicamente, a leucoplasia oral é mais prevalente em homens, durante a 5ª e 6ª décadas de vida (9), e maiores prevalências em faixas etárias mais elevadas, comparativamente a mais baixas (16). Com uma cor branca, branco-amarelada ou acinzentada, a leucoplasia pode ter apresentações desde uma fina placa translúcida branco-acinzentada ou cinzenta, ligeiramente elevada e com bordos demarcados (16), até uma lesão consideravelmente mais vasta tridimensionalmente, com um tom branco mais opaco, francamente elevada, com possibilidade de ter bordos irregulares, apresentar projeções ou ulcerar (9).

Em alguns casos, a lesão leucoplásica poderá evoluir para o que se designa de leucoeritoplasia, ou seja, lesões que, além de apresentarem uma cor branca, possuem zonas de cor avermelhada. Estas lesões costumam apresentar um grau mais elevado de displasia e taxas de malignização comparativamente a fases menos severas (9).

De momento, o estadiamento da leucoplasia pode ser feito segundo a classificação exposta por uma publicação de Van Der Waal <sup>(14)</sup>, que tem em consideração o tamanho e a patologia da lesão leucoplásica para estabelecer a fase da lesão (9,14) (Tabelas II/ III):

Tabela II - Critérios de definição do tamanho e grau de displasia de lesões leucoplásicas (9,14)

<b>L – Tamanho da lesão</b>	<b>P – Patologia</b>
L1 – Tamanho menor do que 2 cm	P0 – Sem displasia epitelial
L2 – Tamanho entre 2 e 4 cm	P1 – Displasia epitelial distinta
L3 – Tamanho maior do que 4 cm	Px – Displasia não especificada no relatório patológico
Lx – Tamanho não especificado	

Tabela III - Sistema de estadiamento da leucoplasia oral (9,14)

<b>Sistema de estadiamento da leucoplasia oral</b>	
<b>Fase</b>	<b>Resultados anatomopatológicos</b>
Fase 1	L1 P0
Fase 2	L2 P0
Fase 3	L3 P0 / L2 P1
Fase 4	L3 P1

Contudo, a leucoplasia e leucoeritroplasia não são as únicas LPM's brancas à qual o Médico Dentista deve estar alertado. Algumas destas LPM's assumem-se como formas clínicas específicas de líquen plano oral e reações liquenoides. O líquen plano oral é uma patologia crónica inflamatória autoimune mediada por células T (17), descrita pela primeira vez por Wilson (17). Envolve uma reação de hipersensibilidade de tipo IV a variações em antigénios presentes na mucosa oral.

Com uma prevalência relativamente alta na população (17) afeta sobretudo pessoas do género feminino na 5ª e 6ª décadas de vida (17), e sobretudo na mucosa jugal, língua, gengiva, mucosa labial e vermilion do lábio inferior, de forma isolada.

Clinicamente, 6 tipos de líquen plano oral são possíveis de observar (18), sendo que o mais comum é o líquen plano reticular (1,19). Esta designação advém da característica clínica de uma rede de linhas brancas que se cruzam entre si, denominadas de estrias de Wickham (18,19,20) normalmente presentes na mucosa jugal, mas que podem afetar, em alguns casos, o fundo do vestíbulo e o vermilion do lábio inferior, frequentemente com carácter assintomático (20). Contudo, algumas formas, como a eritematosa e a erosiva, podem provocar dores, sensação de queimadura, inflamação e sangramento (20).

Contudo, são as formas em placa e erosiva que apresentam características semelhantes à leucoplasia oral e que apresentam potencial de malignização (20,21).

No que diz respeito às reações liquenoides, as mesmas têm como fatores etiológicos a hipersensibilidade a materiais restauradores dentários, acumulação de placa bacteriana e reação a fármacos (1). Clinicamente, imitam a forma reticular e erosiva de líquen plano, e existe literatura a colocar a possibilidade das mesmas malignizarem (21,22).

Outro caso de LPM branca que deve ter atenção acrescida pelo Médico Dentista é a queilite actínica (referenciada em alguma da literatura como queilose actínica) (23,24). Esta lesão tem como principal fator etiológico a

exposição crónica dos lábios à radiação ultravioleta, sobretudo do tipo B (devido à seu potencial penetrativo dos tecidos) (23,25,26). Com efeito, a grande maioria dos casos de queilite actínica surge em pessoas com profissões/ ocupações associadas à agricultura e/ou pesca (23,24), assim como pessoas de pele clara e do género masculino (23,26). As faixas etárias para lá dos 50 anos estão igualmente mais predispostas a desenvolver lesões deste tipo (26).

Clinicamente, a queilite actínica exhibe a atrofia das bordas do vermillion do lábio inferior (25), de margens lisas e manchas pálidas (24), com eritema associado (23). É importante realçar a maior prevalência da queilite actínica no lábio inferior, comparativamente ao lábio superior, devido à menor queratinização e presença mais reduzida de secreções provenientes de glândulas sebáceas (26). Com a progressão da lesão, a mesma torna-se áspera, com descamação e proliferar até às comissuras labiais (23,24), sendo semelhante, em algumas instâncias, à leucoplasia. Além disso, eritroplasia, erosão epitelial e ulceração da lesão é possível em estados avançados (23).

O seu diagnóstico, mediante inspeção clínica e exame histológico, que pode variar desde hiperqueratose com ou sem displasia) até carcinoma *in situ* e mudanças basofílicas na *lamina propria*, assim como inflamação e vasodilatação (23) assume especial importância ao considerar que a literatura refere que uma parte significativa dos casos de carcinoma de células escamosas no lábio resultam da malignização de casos de queilite actínica (23,25).

Falando no carcinoma de células escamosas, o mesmo surge como o tipo de cancro mais presente na cavidade oral (1,24), com autores a colocarem a prevalência do carcinoma de células escamosas em 90% de todos os cancros orais (27). A sua etiologia, com algumas semelhanças à leucoplasia (24), inclui hábitos tabágicos e alcoólicos, exposição solar, má higiene oral, deficiências vitamínicas, infeção por *Candida* e HPV, oncogenes e genes supressores de tumores e vírus oncogénicos (1,24). O seu processo de malignização, ainda que pouco compreendido, é complexo, multifatorial e com vários passos de

acumulação de alterações genéticas que alteram o funcionamento normal de oncogenes e genes supressores de tumores (28,29).

Clinicamente, o carcinoma de células escamosas é mais prevalente em homens e pessoas mais velhas do que 40 anos (1), e evolui desde uma pequena lesão branca e/ou vermelha, numa forma ulcerada ou erodida, de bordos elevados e duros à palpação (mais comum) ou exofítica (1) até lesões de grandes dimensões, com elevado grau de displasia e implicações na fala, mastigação e integridade das peças dentárias (em função da localização) (24), e com possibilidade de metastização.

Histologicamente, este tumor apresenta cadeias de células escamosas epiteliais malignas e que invadem os tecidos adjacentes (24). A avaliação do seu grau de displasia assemelha-se à avaliação dedicada à leucoplasia oral, e o seu estadiamento, essencial na determinação do tratamento e prognóstico, segue um protocolo (TNM) que estuda o tamanho, a presença de adenopatias e a metastização (ou não) do tumor (24).

No que respeita ao prognóstico, a sobrevida a 5 anos do carcinoma de células escamosas varia em função da localização e do estadio da lesão, com lesões no lábio com maiores taxas de sobrevida do que dentro da cavidade oral; em relação ao estadio, tumores iniciais têm taxas de sobrevida na ordem dos 68%, e lesões mais avançadas, com possibilidade de proliferação e metastização para o trato aerodigestivo superior (28), em apenas 28% (24). Agregando todos os estadios, a literatura aponta que 50% de todos os pacientes que sofram de carcinoma de células escamosas oral será vítima mortal desta patologia (28).

### **1.3 Saúde oral no idoso**

Tendo isto em consideração, torna-se uma necessidade avaliar a presença deste grupo de lesões e alterações mucosas multifatoriais na população idosa, sendo que, segundo um relatório da ONU, é expectado que a população idosa sofra aumentos significativos ao longo das próximas décadas, na medida em que a literatura refere que futuramente, mais de mil milhões de pessoas em todo o mundo terão 60 ou mais anos de idade (30). Além disso, estudos demonstram que a faixa etária com maior aumento populacional é

precisamente a dos idosos (31), independentemente do nível de desenvolvimento da região ou país em estudo (32,33)

Nesta faixa etária, de acordo com várias investigações (32,33,34), é comum encontrar patologias orais múltiplas no idoso, não só na cavidade oral como um todo, mas também a nível das mucosas (35), e vários fatores podem ser atribuídos a tal fenómeno.

Imediatamente à partida, o processo de envelhecimento e o comprometimento sistémico a ele associado surgem como fatores preponderantes, sendo que dito comprometimento deve ser considerado pelo Médico Dentista (36). A redução da capacidade de regeneração celular inerente a esta faixa etária conduz a uma propensão mais elevada a patologias neuro-degenerativas, acidentes vasculares cerebrais (AVC's), diabetes, doenças reumáticas e artrite, entre outras (32,37,38), que irão conduzir a uma menor capacidade de executar as funções de higiene oral e a uma menor atenção a alterações dentárias e/ou mucosas.

A menor capacidade de regeneração celular irá também refletir-se a nível das células epiteliais e conjuntivas que constituem a mucosa oral. A estratificação do epitélio resulta numa barreira física, capaz não só se travar a progressão de entidades tóxicas e microrganismos na basal celular, como também de sintetizar substâncias preponderantes à manutenção da saúde da mucosa, como queratina e laminina (31). Como tal, a regeneração celular diminuída inerente à população idosa irá naturalmente ter efeitos negativos no potencial de proteção do epitélio e conjuntiva oral, uma vez que o envelhecimento contribui para o inevitável desequilíbrio da homeostasia e consequente vulnerabilidade acrescida a estímulos externos, incluindo na cavidade oral (39).

Este fenómeno também se aplica aos tecidos periodontais. É importante realçar a prevalência elevada de doença periodontal nos idosos comparativamente a faixas etárias distintas (30,31), e com uma taxa de bolsas periodontais profundas, segundo o método de Periodontal Screening and Recording (PSR) (com o valor máximo de 4) a variar, de acordo com o país, entre 5 e 70% em território europeu (31,40). Embora não existam valores específicos para a população idosa portuguesa, é possível analisar os valores

de outros países europeus, nos quais o número de sextantes médio com o valor máximo de PSR varia entre 0,1 e 1,1 (40).

É importante salientar que a doença periodontal no idoso não advém necessariamente das características da patologia, mas antes das mudanças biológicas associadas à idade e ao caráter crónico de uma periodontite já estabelecida em idade adulta, interligando-se ao tempo que os tecidos dentogengivais estão em contacto com a placa bacteriana (31), assim como problemas de saúde específicos a patologias do paciente em envelhecimento (31,41).

Biologicamente, mudanças estruturais e funcionais resultam numa perda irreversível do periodonto em pessoas idosas em função da resposta menos eficaz a microrganismos responsáveis pela produção de placa bacteriana (31), com fatores como uma maior área de retenção de placa e exposição do cemento dentário e mudanças na dieta a assumir possível responsabilidade na maior proliferação de ditos microrganismos (31).

De forma semelhante, e ligada à deterioração periodontal, está estabelecida uma associação entre a função das glândulas salivares e o envelhecimento (31). A saliva é um fluido extremamente complexo, indispensável para funções diversas como lubrificação, humedecimento, paladar, digestão, tampão do pH oral e proteção da mucosa oral e vias aéreas superiores (31,42,43); este conjunto de propriedades físicas e mecânicas são essenciais para a manutenção de todas estas funções, e conseqüentemente da saúde oral como um todo (42,43).

Considerando a importância deste fluido, a opinião uniforme da comunidade científica, num contexto de alterações qualitativas e/ou quantitativas da saliva, é precisamente a deterioração de todas as funções a que a saliva se interliga (31). Mudanças na produção salivar resultam numa sensação de secura oral, com implicações na fonética, alimentação, deglutição e uso de prótese, quando é o caso, assim como maior propensão a cáries dentárias, infeções oportunistas e patologias da cavidade oral (42,44,45).

É, portanto, natural a associação entre o envelhecimento e a diminuição da função das glândulas salivares (31). Com o avançar da vida, é comum a atrofia do tecido acinar que constitui as glândulas salivares, proliferação de elementos ductais e degeneração das glândulas salivares, sejam elas major ou minor (31). Isto resulta num cenário em que a xerostomia é relativamente comum na população idosa e terá efeitos negativos na saúde oral.

Contudo, a deterioração do fluxo salivar na população idosa não pode ser exclusivamente atribuída ao processo de envelhecimento. Existem evidências que medicamentos comumente preconizados a idosos, neste caso, medicação anti-hipertensora, resultam num pH aumentado da saliva e uma menor produção da mesma (42,44), com consequências já estabelecidas acima. Outros fatores etiológicos incluem a irradiação da cabeça e pescoço, desidratação e doenças que afetem as glândulas salivares, como o Síndrome de Sjögren (44).

Outra variável a considerar ao avaliar a presença de patologias orais no idoso é o efeito de próteses removíveis. Este fator é importante quando se constata que uma significativa parte da população idosa em sociedades industrializadas é edêntula, incluindo no continente europeu, apesar do decréscimo nas últimas décadas (31,46), e é, com efeito, a faixa etária como maior taxa de edentulismo (47). Além de condições neurodegenerativas e físicas, assim como experiências passadas a utilizar próteses, nível de educação e estatuto socioeconómico, a higiene oral é determinante na aceitação e bem-estar daquele que usa próteses removíveis (46,47).

A maioria das lesões mucosas derivadas do uso de prótese é benigna, contudo, com a combinação certa de fatores locais e sistémicos, é possível a malignização de algumas das mesmas (47).

No que diz respeito à prevalência das lesões suprarreferidas, o tempo de uso das próteses, o nível de integridade e desgaste, o nível de higiene, o uso das próteses durante a noite, o humedecimento da prótese e desadaptação das mesmas são também fatores de risco para lesões orais (47,48), quer de carácter agudo, como úlceras traumáticas, reações alérgicas e infeções agudas (48), quer crónicas, como estomatite prótética, queilite angular e hiperplasia

inflamatória (47,48), assim como consumo de tabaco e álcool. Além disso, a ausência de reabilitação em edêntulos, comum em idosos institucionalizados e com incapacidades conduz a diversas consequências negativas a nível de saúde e a nível social (46).

É também importante considerar que uma porção significativa da população idosa tem de tomar medicação diversa para patologias crônicas. Como consequência, estão descritas um conjunto de efeitos negativos e reações adversas na cavidade oral em função de ditas patologias e da toma dos respectivos, indo desde quadros clínicos de xerostomia, disgeusia, sensação de queimadura ou maior predisposição a doença periodontal, até condições mais severas como osteonecrose mandibular, infeções, angioedema e condições malignas (22,49), com consequências significativas no nível de saúde oral. Em suma, o idoso está sujeito a uma série de fatores sociais, sistêmicos e locais que o vão predispor a uma rápida deterioração da sua saúde oral. Razak *et al* <sup>(31)</sup> compilam, no seu artigo, esta série de fatores (Tabela IV):

Tabela IV - Fatores de risco baseados em evidência para uma rápida deterioração da saúde oral em pacientes geriátricos (31)

<b>Condições de saúde geral</b>	<b>Apoios sociais</b>	<b>Condições de saúde oral</b>
Défice cognitivo (doença de Alzheimer, outras patologias demenciais)	Apoios institucionais	Nível de higiene oral
Défice funcional (acidente vascular cerebral, osteoartrite, doença de Parkinson, etc.)	Apoios familiares e/ou sociais	Doença periodontal
Limitações e/ou perdas sensoriais (fala, visão, audição, paladar)	Dificuldades financeiras (seguros, seguros de saúde, Segurança Social, etc.)	Número de dentes e restaurações
Medicação (efeitos secundários orais e/ou sistêmicos, interações medicamentosas)	Expectativas de saúde oral	Estado protético (fixa, removível, implantes)

<b>Condições de saúde geral</b>	<b>Apoios sociais</b>	<b>Condições de saúde oral</b>
Patologias crônicas (hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, etc)		Lesões orais (lesões inflamatórias, cancro oral)
Limitação do grau de dependência/ autonomia (institucionalização, apoio domiciliário, dependência de cuidadores, etc.)		Tempo transato sem consultas ao médico dentista
Doenças terminais / cuidados paliativos		
Esperança média de vida		

Como é possível constatar, diversos fatores como a complexidade sistémica deste pacientes, envelhecimento, alterações metabólicas, fatores nutricionais, uso de próteses, hábitos psicobiológicos e hábitos alcoólicos e/ou tabágicos poderão estar por detrás de dito fenómeno (34).

Posto isto, é essencial que o Médico Dentista esteja, devido às condicionantes inerentes ao paciente idoso, esteja preparado para prevenir, diagnosticar e, quando necessário tratar, este conjunto de lesões orais brancas, e em particular aquelas com potencial de malignização e/ou malignas.



## **2. Objetivos**



Tendo em consideração as justificações expostas na introdução, os objetivos determinados são:

- Realizar um levantamento do estado de saúde geral de uma população idosa institucionalizada
- Caracterizar a saúde oral de uma população idosa institucionalizada, com recurso a Índice CPOD e Índice de Silness e Løe (1964), através de inspeção clínica intra-oral da mesma
- Inspeccionar e caracterizar toda a cavidade oral por lesões mucosas não odontogénicas, com especial atenção nas lesões brancas, no que diz respeito ao seu número, localização, sintomatologia e características clínicas
- Estudar fatores etiológicos e/ou predisponentes para o surgimento de lesões orais brancas, nomeadamente fatores de índole demográfica, social, relativa à saúde geral, farmacológica, e características da higiene oral inerente à população em estudo
- Reportar os casos de lesões mais severas, e se possível encaminhar ditos casos à Clínica Universitária do ICS-UCP para descrição e registo completos
- Realizar uma revisão bibliográfica aprofundada das lesões orais brancas encontradas ao longo da recolha de dados, assim como lesões que, não tendo sido encontradas e/ou diagnosticadas, sejam relevantes de estudo



# 3. Materiais e métodos



Para esta investigação, foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura relativa à prevalência de lesões brancas no idoso, com particular ênfase na população europeia e portuguesa, quando disponível.

A pesquisa bibliográfica foi realizada na base de dados MEDLINE® e RCAAP® usando as palavras-chave “saúde oral”, “lesões orais”, “lesões brancas”, “idosos”, “institucionalização”, limitando a pesquisa aos últimos 10 anos. Foram também excluídos artigos cujo acesso não seja possível. Os restantes artigos encontrados foram sujeitos à análise do *abstract* e/ou introdução para determinação da sua utilidade na revisão bibliográfica.

Esta revisão bibliográfica foi também acompanhada de livros de Patologia e Medicina Oral, que foram também, como é reiterado mais à frente, usados como referência na calibração do examinador (1,24).

No que diz respeito à componente prática da investigação, a amostra desta investigação foi constituída por idosos que frequentem instituições de cuidados geriátricos, como centros de dia e lares, nos concelhos de Tondela e Viseu.

Quatro instituições distintas foram visitadas, nomeadamente o Centro Social e Paroquial de Molelos (CSPM), o Centro Social Paroquial de São Salvador de Tonda (CSPSST), a Associação Social e Cultural do Vale do Dão (ASCVD), e a Associação de Solidariedade Social de Farminhão (ASSF), sendo que, nesta última instituição, foram visitadas as secções da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) e a secção de Centro de Dia (CD).

Foi exposto aos respetivos diretores das instituições as bases da investigação, assim como um pedido de autorização para recolha de dados e os documentos de consentimento informado e a integridade do inquérito que se pretendia realizar nos utentes das instituições. Todas as instituições abordadas acederam ao pedido.

De seguida, foram agendadas com cada uma das instituições as datas de recolha de dados, sendo que o examinador se deslocou às mesmas pelos seus próprios meios, por via de veículo pessoal.

Como critérios de inclusão, os participantes neste estudo deveriam ter mais de 60 anos, ser cooperantes ao longo da investigação e ser capazes de suportar uma inspeção de toda a cavidade oral. Além disso, deveriam assinar um consentimento informado em que concordariam em responder às questões que lhes seriam postas e em serem examinados pelo investigador. Qualquer paciente que não estivesse disponível na recolha de dados, que se recusasse a participar no estudo ou que não fosse capaz de realizar as tarefas suprarreferidas seria excluído.

A Tabela V expõe a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão à população das instituições visitadas, sendo que após a aplicação dos mesmos, foi reunido um total de 64 inquéritos válidos.

**Tabela V - Critérios de inclusão e exclusão da população idosa institucionalizada em estudo**

<b>Instituição</b>	<b>Número total de utentes</b>	<b>Menos de 60 anos</b>	<b>Indisponíveis no momento da recolha</b>	<b>Recusa a participar</b>	<b>Incapaz de participar</b>	<b>Participantes na investigação</b>
CSPM	21	0	1	2	1	17
CSPSST	19	0	3	2	0	14
ASCVD	16	0	0	3	1	12
ASSF (UCC)	24	1	4	3	3	13
ASSF (CD)	12	0	0	2	2	8
Total	92	1	8	12	7	64

Primeiramente, foram colocadas aos participantes da investigação uma série de perguntas que visariam dar ao investigador informações sobre dados demográficos, estado de saúde geral, estado de saúde oral e uso de próteses (quando as possuísem). Questões como hábitos tabágicos e alcoólicos foram também registadas.

De seguida, foi feita um exame intra-oral completo da cavidade oral, sendo que o investigador estava calibrado no diagnóstico clínico seguindo critérios de diagnóstico previamente estabelecidos (1,24).

O exame consistiu na avaliação das peças dentárias e do índice de placa, sendo que foram registados por via de Índice CPOD e Índice de Silness e Løe, respetivamente. Após esta fase do exame, o examinador avaliou toda a cavidade oral, utilizando um foco portátil de alta intensidade de luz branca, espátulas de madeira (ou, quando possível, espelhos dentários), compressas esterilizadas (para manipulação da língua e testar se algumas lesões são ou não removíveis ao passar uma compressa), luvas e máscara.

Todas as lesões orais foram registadas, anotando e descrevendo critérios tais como o tamanho da lesão, tipo elementar, cor, forma, presença de sintomatologia dolorosa e possível relação com dados clínicos registados *a priori* pelo questionário realizado.

A avaliação do nível de higiene oral e da prótese (quando for o caso) foi complementado, além dos índices referidos acima, com uma escala nominal utilizada em outros artigos (50).

Os casos relevantes e/ou mais severos e em que, quer o paciente, quer os cuidadores da instituição estivessem dispostos e disponíveis a tal, foram encaminhados à consulta de Medicina Oral da Clínica Universitária do Centro Regional de Viseu – Universidade Católica Portuguesa para realização de uma inspeção mais aprofundada das lesões, registo fotográfico das lesões, estabelecimento de um diagnóstico definitivo, aplicação do plano de tratamento adequado e, quando necessário, análise radiográfica, e biópsia e envio para laboratório anatomopatológico.

As variáveis dependentes foram inicialmente definidas como “número total de lesões brancas” e “número total de lesões brancas (excluindo alterações de desenvolvimento)”, e as variáveis independentes como “idade”, “género”, “presença de prótese” e “higiene oral diária”, entre outras, e os dados recolhidos serão posteriormente sujeitos a análise estatística.

Tal análise estatística e a respetiva integração dos dados serão executadas através do programa estatístico IBM® SPSS® Statistics Version 22, permitindo a determinação de medidas de tendência central (média e desvio padrão), prevalências expressas em percentagens e estimativas de risco (*odds ratio*)

com aplicação de um intervalo de confiança de 95%. A comparação de médias e proporções será realizada com recurso a testes paramétricos e/ou não-paramétricos.

# 4. Resultados

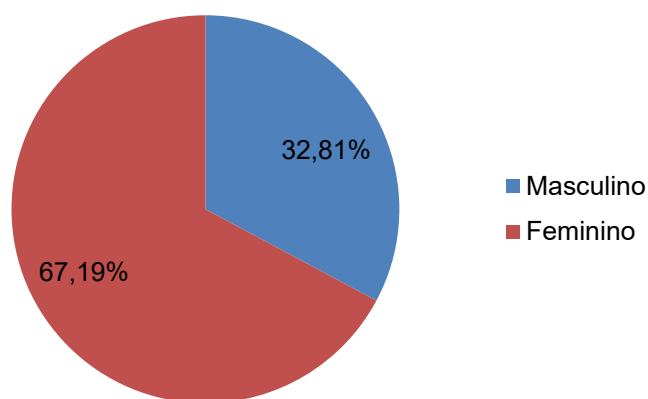


## 4.1 Análise descritiva

Da amostra de idosos institucionalizados, foram inseridos em base de dados 64 inquéritos válidos de uma amostra inicial de 92 pessoas, correspondendo a uma percentagem de 69,56% de inquéritos válidos.

Ao realizar a análise dos inquéritos válidos, 21 correspondiam a pessoas do género masculino e 43 do género feminino (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Género da amostra em estudo



No que concerne à faixa etária, o grupo com maior número de pessoas é o grupo dos 80-89 anos ( $n=30$ , 46,88%) (Gráfico 2). As idades dos elementos da amostra variam entre os 60 e os 97 anos, com uma média de idades de 79,96 anos e um desvio padrão de 9,387 anos.

Passando para o campo social, a maior parte da amostra em estudo frequentou serviços escolares, em maior ou menor período de tempo, contudo, a maioria dos mesmos fê-lo por apenas 4 ou menos anos (Gráfico 3). O grupo que frequentou serviços escolares até ao 4º ano é o mais numeroso, com 26 elementos (40,63%), seguido do grupo que, tendo frequentado serviços escolares, não o fez até ao 4º ano ( $n=25$ , 39,06%). Um total de 15,63% da amostra nunca frequentou serviços escolares.

Gráfico 2 - Faixa etária da população em estudo (anos)

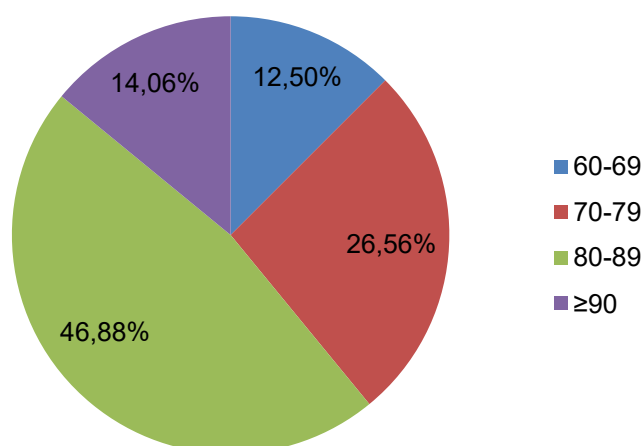
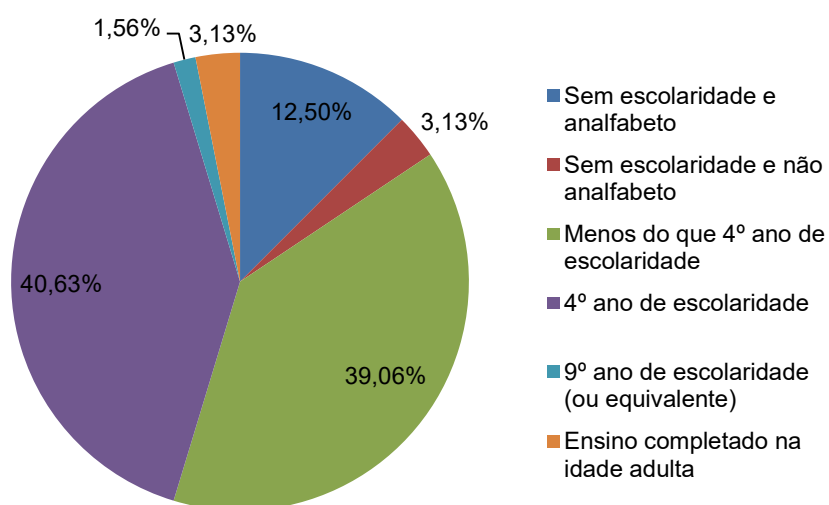
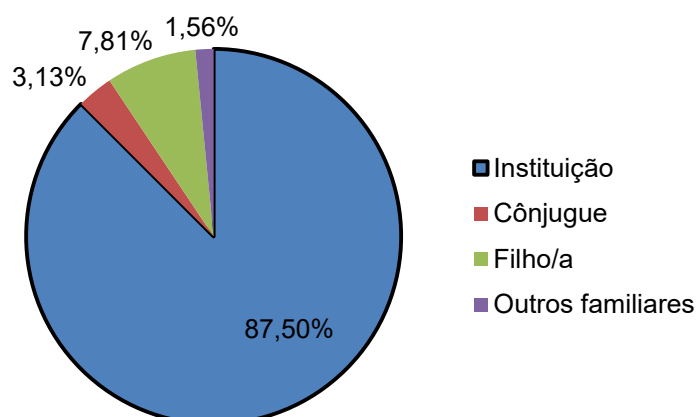


Gráfico 3 - Habilitações literárias da população em estudo



Além disso, a quase totalidade da amostra era oriunda de um meio rural (n=56, 87,50%), e a principal entidade responsável pelos cuidados médicos foi apontada como a instituição onde os utentes ingressavam na grande maioria dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Principal entidade responsável pelos cuidados de saúde da amostra



No contexto de saúde geral, a patologia mais referida na amostra em estudo, segundo relato dos mesmos e/ou informações dadas pelas instituições é a hipertensão arterial, sendo que 41 (64,06%) dos idosos sofriam da mesma. A seguir à hipertensão, segue-se o grupo de doenças reumáticas em que 59,38% (n=38) da amostra referiu patologia associada, e a depressão, uma vez que 57,81% da amostra (n=37) referia ter patologia depressiva e/ou tomava medicação para a mesma. Uma série de outros grupos patológicos à qual a amostra em estudo respondeu encontra-se compilada em tabela (Tabela VI).

Tabela VI - Patologias/ grupos patológicos da amostra em estudo

Patologia/ Grupo patológico	Frequência (n)	Percentagem (%)
Hipertensão arterial	41	64,06
Doenças reumáticas	38	59,38
Depressão	37	57,81
Doenças cardíacas	32	50,00
Doenças circulatórias	29	45,31
Doenças gastro-intestinais	29	45,31
Diabetes	24	37,50
Dislipidemias	24	37,50

<b>Patologia/ Grupo patológico</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
Doenças renais	23	35,94
Doenças oculares	21	32,81
Doenças psiquiátricas	20	31,25
Doença de Alzheimer	15	23,44
Doenças degenerativas	14	21,88
Doenças respiratórias	13	20,31
Doenças urinárias	12	18,75
Doenças hepáticas	9	14,06
Historial de AVC	5	7,81
Doença de Parkinson	5	7,81
Doenças infeto-contagiosas	5	7,81
Doenças oncológicas	1	1,56
Outras patologias	18	28,13

Por forma a tratar esta série de patologias, é de esperar que seja preconizada à população em estudo uma quantidade elevada de fármacos, e, com efeito, verifica-se um contexto de polimedicação numa elevada parte dos idosos questionados, na medida em que mais de 76,56% (n=49) se encontra num contexto de polimedicação, na medida em que tomam diariamente um total de medicamentos igual ou superior a 5 (Gráfico 5) (51). Em média, a amostra em estudo toma 7,39 medicamentos, com um desvio-padrão de 2,577.

A maioria da amostra em estudo (n=46, 71,87%) não pratica atividade física com periodicidade regular. Além disso, apenas uma das pessoas questionadas possuía hábitos tabágicos no momento do questionário, sendo que dos restantes, apenas (n=10) tiveram ditos hábitos no passado (Gráfico 6).

Gráfico 5 - Número de medicamentos tomados diariamente pela amostra em estudo

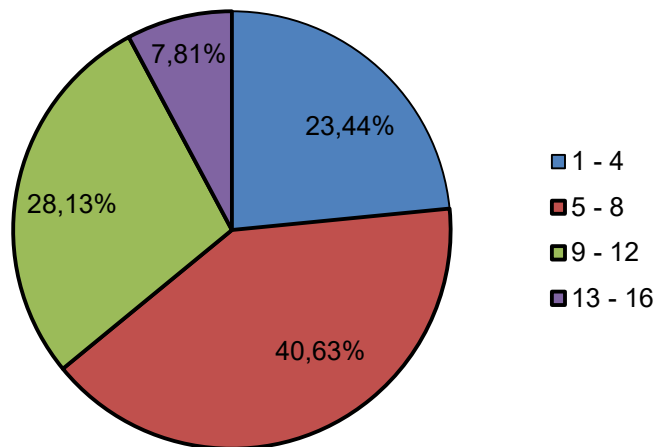
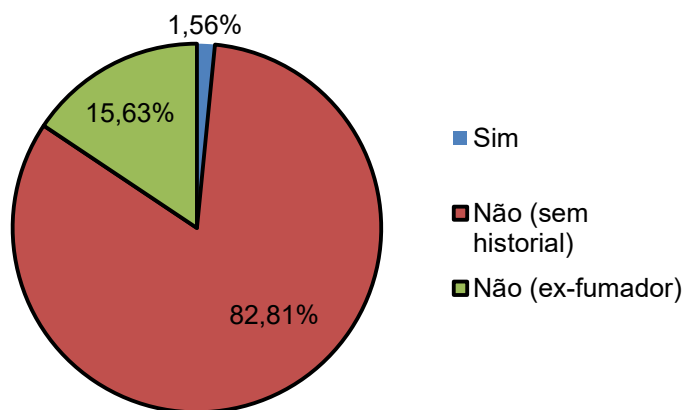


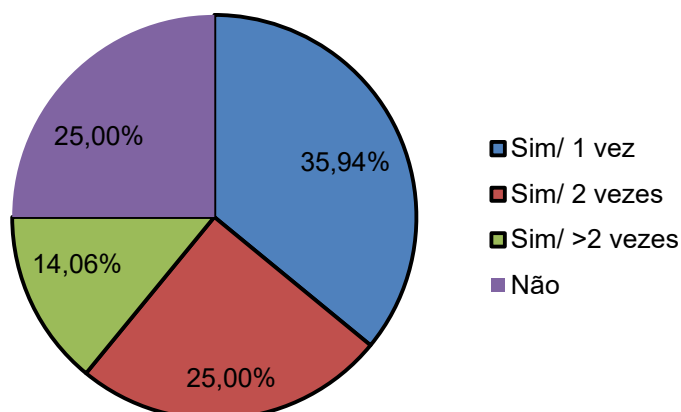
Gráfico 6 - Hábitos tabágicos da amostra em estudo



Por fim, 78,12% (n=50) da amostra não tinha hábitos alcoólicos; quanto às pessoas que referiam consumo de álcool, apenas uma pessoa o fazia de forma excessiva, sendo que a instituição responsável por este elemento do estudo referia um quadro de alcoolismo crónico.

No quadro da higiene oral, 75,00% da amostra (n=48) referem hábitos diários de higiene oral, sendo que a maioria dos mesmos fá-lo apenas uma vez por dia (Gráfico 7).

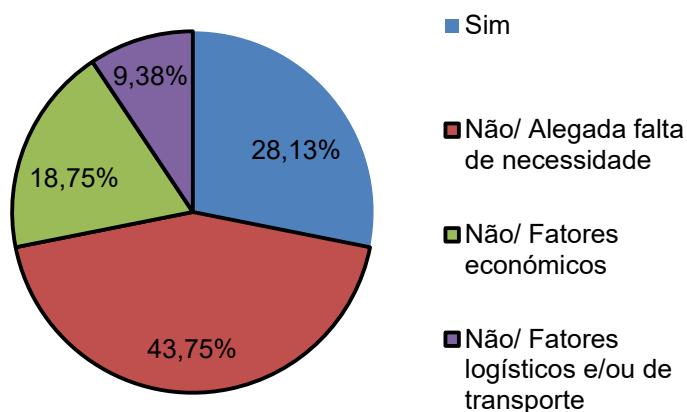
Gráfico 7 - Hábitos de higiene oral da amostra em estudo



Ao ser perguntada à amostra em estudo se, nos últimos 12 meses, se dirigiram ao consultório do Médico Dentista, 46 dos idosos (71,87%) relataram que não. Ao perguntar, em seguimento, a razão principal para a não visita ao Médico Dentista neste período de tempo ou, de resto, a uma não visita regular, a maioria (n=26) alegou falta de necessidade a tratamentos médico-dentários (Gráfico 8).

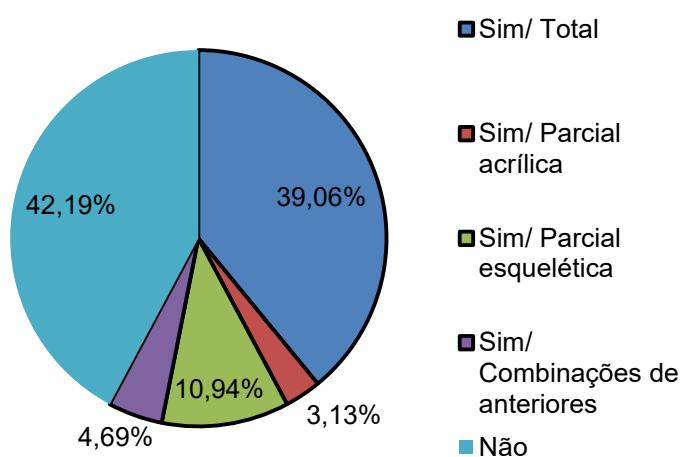
No que diz respeito a fatores de bem-estar a nível oral, 32,81% (n=21) referem sentir dores na cavidade oral. Além disso, 37 dos elementos da amostra (57,81%) diz ter dificuldades na mastigação e/ou deglutição, e uma pequena parte da amostra (n=12) consideram sentir alterações no paladar. Por fim, uma grande parte, precisamente 45 pessoas (70,31%), referem ter a sensação frequente de boca seca.

Gráfico 8 - Ida regular ao médico dentista pela amostra em estudo



Passando a questões associadas ao uso de próteses, 57,81% (n=37) da amostra selecionada refere usar próteses dentárias, sendo que desta percentagem, a maioria é portadora de próteses totais (n=25) (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Tipo de próteses usadas pela amostra em estudo



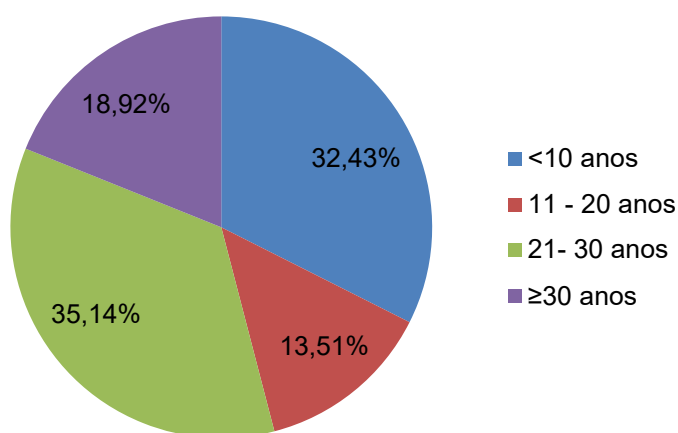
À porção da amostra portadora de próteses, foram seguidamente colocadas questões relativamente a hábitos de uso das próteses, bem-estar com o seu uso e o tempo em que são portadores. 59,45% (n=22) referiam sentir

desconforto ou dores ao usar as próteses, contudo a maioria dos portadores de próteses referiam ser capazes de realizar a alimentação normal com a prótese (n=28) e sentiam-se, em geral, satisfeitos com a(s) prótese(s) da qual eram portadores (n=32).

Ao ser questionado aos portadores de próteses dentárias se era feito o descanso noturno da prótese, 54,05% (n=20) dos portadores referiam fazê-lo diariamente, e com 32,43% (n=12) a nunca realizar descanso noturno das próteses.

Em relação ao tempo de uso da atual prótese, a maioria dos portadores (n=20) usa prótese dentárias por um período superior a 20 anos, com uma quantidade mais reduzida (n=7) a fazê-lo por mais de 30 anos (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Tempo de uso de próteses dentárias em portadores da amostra em estudo



Após a fase de questionário, foi iniciada a inspeção intra-oral da amostra. Ao registar o estado das peças dentárias, inferiu-se que uma grande porção da amostra em estudo (n=47) possuía um índice CPOD é superior a 24 (Gráfico 11). Tais valores podem ser justificados pelo facto de 25 idosos (39,06%) da amostra serem desdentados totais. Além disso, a média de dentes perdidos na amostra é  $24,84 \pm 8,342$ .

Ao ser analisado o índice de placa de Silness & Loe em pessoas com pelo menos uma peça dentária em boca, verificou que 21,87% (n=14) tinham um índice igual a 3, o valor máximo do índice (Gráfico 12).

Gráfico 11 - Índice CPOD da amostra em estudo

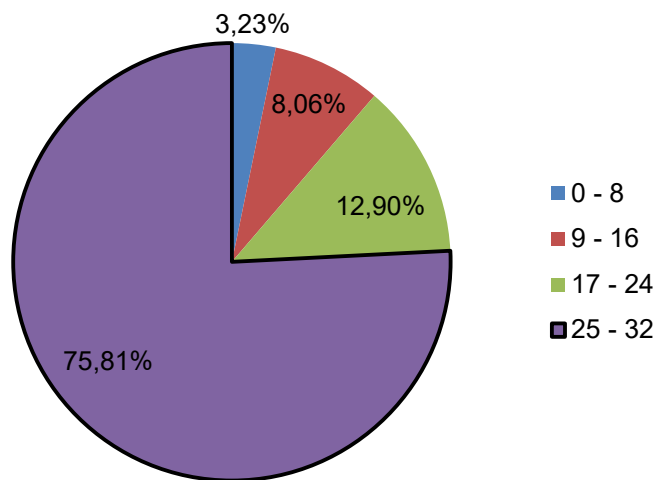
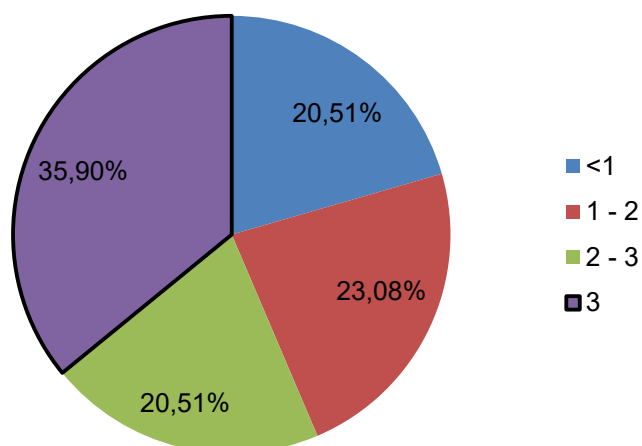
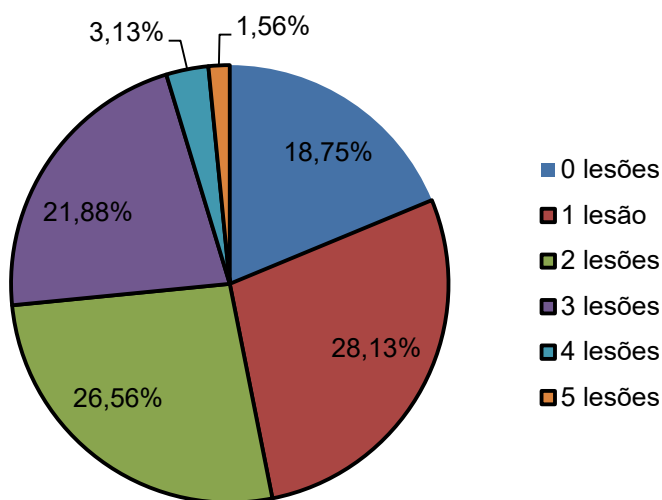


Gráfico 12 - Índice de Silness & Loe da amostra em estudo



No campo das lesões orais brancas, foi verificado que 81,25% (n=52) da amostra tinha pelo menos uma lesão. Em média, a amostra tinha 1,67 lesões, com um desvio padrão de 1,196 (Gráfico 13). Ao excluir alterações de desenvolvimento da contagem, a percentagem de idosos com pelo menos uma lesão branca decresce para 59,37% (n=38), com uma média de  $0,86 \pm 0,833$  lesões por pessoa (Gráfico 14).

Gráfico 13 - Número de lesões brancas na amostra em estudo



No que concerne à localização das lesões encontradas, a localização mais prevalente foi a mucosa jugal direita, sendo que 45,31% (n=29) da amostra possuíam lesões brancas nessa zona (Gráfico 15). Seguem-se a mucosa jugal esquerda, com 22 idosos (34,37%) com lesões nessa região, e a zona gengival, em que 19 pessoas possuíam lesões.

É importante também referir que pouco mais de metade da amostra (n=33) em estudo referia evidência de secura na cavidade oral e/ou produção deficitária de saliva no momento da respetiva inspeção intra-oral (Gráfico 16).

Gráfico 14 - Número de lesões brancas na amostra em estudo (excluindo alterações de desenvolvimento)

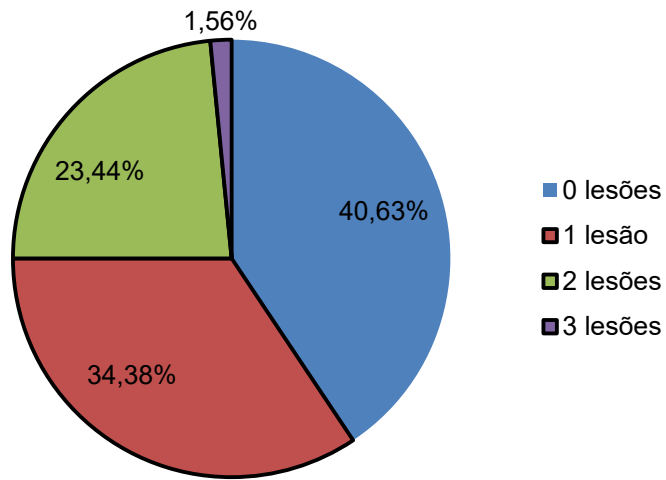


Gráfico 15 - Localização de lesões brancas na amostra estudada

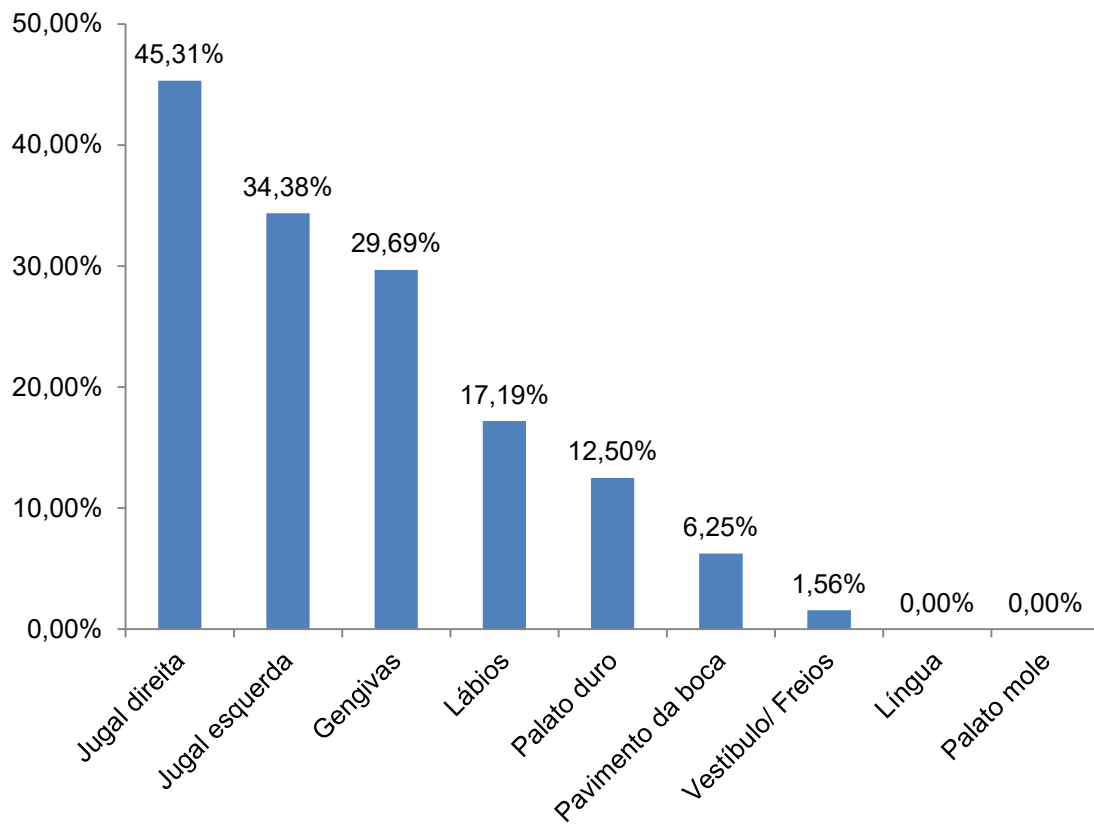
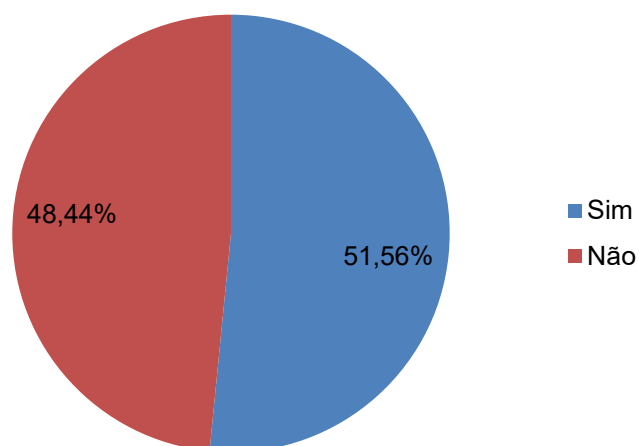


Gráfico 16 – Evidência de secura da cavidade oral e/ou fluxo salivar deficitário na amostra em estudo



No que diz respeito à análise qualitativa do nível de higiene oral da amostra, foi inferido que pouco mais de metade da amostra ( $n=33$ , 51,56%) exibiu um nível de higiene oral suficiente ou melhor do que suficiente (Gráfico 17). Já em relação ao nível de higiene das próteses, este valor sobe para 72,22% (Gráfico 18).

Gráfico 17 - Nível de higiene oral da amostra em estudo

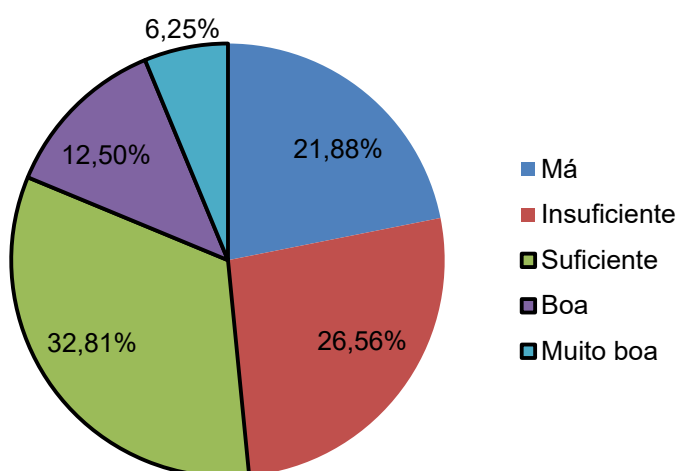
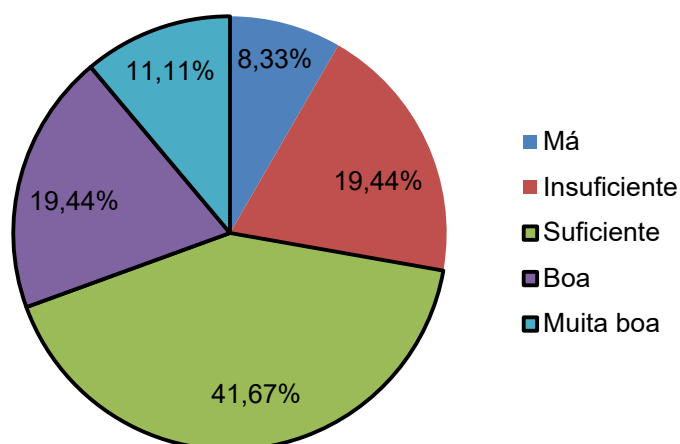


Gráfico 18 - Nível de higiene das próteses da amostra em estudo



Ao fazer o estudo de algumas das características clínicas das lesões brancas encontradas, verificou-se a presença de alterações de desenvolvimento em 51,56% (n=33) da amostra. O diagnóstico das mesmas foi determinado mediante a inspeção clínica realizada.

Além disso, observaram-se lesões com características traumáticas em 25,00% (n=16) da amostra. Num dos casos avaliados com este género de lesão, o elemento da amostra em observação possuía uma prótese total acrílica superior que apresentava uma câmara de vácuo, com o intuito de criar uma melhor retenção (Figura 1). O resultado é a presença de uma lesão com uma forma semelhante à da câmara de vácuo da prótese, de bordos esbranquiçados e ligeiramente elevados, que provoca um ligeiro incómodo ao toque (Figura 2)

Figura 1 - Prótese acrílica superior com câmara de vácuo



Figura 2 - Lesão traumática no palato duro como resultado de câmara de vácuo



Foi estudada também a presença de lesões brancas com características hiperqueratóticas, com 43,75% (n=28) da amostra a apresentar ditas lesões. Num dos casos em questão, a pessoa observada tinha uma lesão no vermillion do lábio inferior, de cor branca e bordos elevados e irregulares (Figuras 3 – 4). Além disso, a área mais posterior da lesão exibia uma ligeira ulceração. Ao questionar o elemento da amostra em observação e o responsável da respetiva instituição, foi constatado que o mesmo teria tido, no passado, uma exposição muito elevada a radiação solar, em função do contexto laboral (neste caso, um trabalho agrícola), o que poderá possivelmente justificar a origem da lesão.

Figura 3 - Lesão hiperqueratótica no lábio inferior



Figura 4 - Lesão hiperqueratótica no lábio inferior (com estiramento do lábio)



Por fim, observou-se apenas um caso com lesões papilomatosas (Figura 5). Em dito caso, o elemento da amostra em estudo apresentava uma lesão no palato duro (sendo que não havia uso de próteses), de cor esbranquiçada e avermelhada, de base pediculada e com os limites bem definidos. A pessoa em questão não referia dores ao toque. É importante ter em conta que já teriam sido feitos tratamentos oncológicos no passado (há cerca de 10 anos).

Figura 5 - Lesão papilomatosa no palato duro



#### 4.2 Análise inferencial das variáveis em estudo

Ao fazer a associação entre as variáveis, e começando pela relação entre o número de lesões brancas e o género, observa-se que a média do número de total de lesões brancas é ligeiramente superior no género masculino ( $1,76 \pm 1,375$ ). Contudo, ao excluir alterações de desenvolvimento, a tendência inverte-se e é o género feminino com a média mais elevada ( $0,91 \pm 0,868$ ) (Tabela VII). Considerando a proximidade entre as médias e desvios-padrão, é de esperar que não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os géneros masculino e feminino ( $p > 0,05$ ).

Observa-se que a faixa etária com menos lesões brancas (incluindo e excluindo alterações de desenvolvimento) é o grupo dos 60 – 69 anos, com uma média de  $0,88 \pm 0,835$  e  $0,50 \pm 0,756$ , respetivamente. Por outro lado, o grupo dos 70 – 79 anos foi o grupo com maior número de lesões brancas ( $1,88 \pm 1,219$ ), assim como ao excluir alterações de desenvolvimento ( $1,06 \pm 0,827$ ). (Tabela VIII) Contudo, não foi estabelecida uma diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias da amostra em estudo ( $p > 0,05$ ).

Tabela VII - Distribuição de lesões na amostra em estudo por género

	<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>
<b>Número total de lesões brancas</b>	Masculino	21	1,76	1,375
	Feminino	43	1,63	1,113
<b>Número total de lesões brancas (excluindo alterações de desenvolvimento)</b>	Masculino	21	0,76	0,768
	Feminino	43	0,91	0,868

Tabela VIII - Distribuição de lesões brancas na amostra em estudo por faixa etária

		<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Número total de lesões brancas</b>	<b>60-69</b>	8	0,88	0,835	0	2
	<b>70-79</b>	17	1,88	1,219	0	4
	<b>80-89</b>	30	1,80	1,095	0	4
	<b>≥90</b>	9	1,56	1,590	0	5
	<b>Total</b>	64	1,67	1,196	0	5
<b>Número total de lesões brancas (excluindo alterações de desenvolvimento)</b>	<b>60-69</b>	8	0,50	0,756	0	2
	<b>70-79</b>	17	1,06	0,827	0	2
	<b>80-89</b>	30	0,80	0,805	0	2
	<b>≥90</b>	9	1,00	1,000	0	3
	<b>Total</b>	64	0,86	0,833	0	3

Passando para a relação entre as habilitações literárias e a o número total de lesões brancas, o grupo com mais do que uma pessoa com maior prevalência foi o grupo sem escolaridade e analfabeto, com uma média de 2,75 lesões e um desvio-padrão de 1,165. O mesmo acontece ao excluir alterações de desenvolvimento, com uma média de  $1,63 \pm 1,061$ . Ao realizar o teste ANOVA, foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em questão ( $p = 0,040$ ), na medida em que os grupos sem nível de escolaridade, e em particular o grupo sem nível de escolaridade e analfabeto, apresentam um número total de lesões brancas superior aos grupos que, em maior ou menor grau, ingressaram em serviços escolares (Tabelas IX/ X).

Tabela IX - Distribuição de lesões na população em estudo por habilitações literárias

		<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Número total de lesões brancas</b>	Sem escolaridade e analfabeto	8	2,75	1,165	1	5
	Sem escolaridade e não analfabeto	2	2,00	0,000	2	2
	Menos de 4º ano de escolaridade	25	1,28	1,021	0	3
	4º ano de escolaridade	26	1,69	1,225	0	4
	9º ano de escolaridade (ou equivalente)	1	3,00	---	3	3
	Ensino completado na idade adulta	2	1,00	1,414	0	2
	Total	64	1,67	1,186	0	5
<b>Número total de lesões brancas (excluindo alterações de desenvolvimento)</b>	Sem escolaridade e analfabeto	8	1,63	1,061	0	3
	Sem escolaridade e não analfabeto	2	1,00	1,414	0	2
	Menos de 4º ano de escolaridade	25	0,84	0,800	0	2
	4º ano de escolaridade	26	0,69	0,679	0	2
	9º ano de escolaridade (ou equivalente)	1	1,00	--	1	1
	Ensino completado na idade adulta	2	0,00	0,000	0	0
	Total	64	0,86	0,833	0	3

**Tabela X - Teste ANOVA entre o número total de lesões brancas e habilitações literárias da amostra em estudo**

		Soma dos quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Número total de lesões brancas	Entre grupos	16,031	5	3,206	2,510	0,040
	Nos grupos	74,078	58	12,77		
	Total	90,109	63			

Ao realizar o estudo grau de correlação com o teste de Pearson, foi inferido que existe correlação significativa no nível 0,01 (2 extremidades) entre o número total de lesões brancas, incluindo e excluindo alterações de desenvolvimento ( $p=0,638$ ), assim como uma correlação significativa no nível 0,01 entre o nível de higiene oral e o nível de higiene da prótese ( $p=0,889$ ), e por fim, entre o número total de patologias da amostra e o número de medicamentos diários que a mesma consome, também significativa no nível 0,01 ( $p=0,712$ ) (Tabelas XI / XII).

Tabela XI - Nível de correlação entre o número total de lesões brancas, nível de higiene oral e nível de higiene da prótese

		Número total de lesões brancas	Número total de lesões brancas (excluindo alterações de desenvolvimento)	Nível de higiene oral	Nível de higiene da prótese
Número total de lesões brancas	Correlação de Pearson	1	0,638**	0,006	0,017
	Sig. (2 extremidades)		0,000	0,965	0,922
	N	64	64	64	64
Número total de lesões brancas (excluindo alterações de desenvolvimento)	Correlação de Pearson	0,638**	1	-0,051	-0,109
	Sig. (2 extremidades)	0,000		0,690	0,529
	N	64	64	64	36
Nível de higiene oral	Correlação de Pearson	0,006	-0,051	1	0,889**
	Sig. (2 extremidades)	0,965	0,690		0,000
	N	64	64	64	36
Nível de higiene da prótese	Correlação de Pearson	0,017	-0,051	-0,051	1
	Sig. (2 extremidades)	0,922	0,690	0,690	
	N	64	64	64	36

\*\*A correlação é significativa no nível 0,01

Tabela XII - Nível de correlação entre o número total de lesões brancas, número total de patologias e número de medicamentos tomado diariamente

		Número total de lesões brancas	Número total de lesões brancas excluindo alterações de desenvolvimento	Nº total de patologias	Nº total de medicamentos
<b>Número total de lesões brancas</b>	Correlação de Pearson	1	0,638**	-0,012	-0,096
	Sig. (2 extremidades)		0,000	0,423	0,452
	N	64	64	64	64
<b>Número total de lesões brancas excluindo alterações de desenvolvimento</b>	Correlação de Pearson	0,638**	1	0,030	0,072
	Sig. (2 extremidades)	0,000		0,812	0,572
	N	64	64	64	64
<b>Nº total de patologias</b>	Correlação de Pearson	-0,102	-0,051	1	0,712**
	Sig. (2 extremidades)	0,423	0,690		0,000
	N	64	64	64	64
<b>Nº total de medicamentos</b>	Correlação de Pearson	-0,096	0,072	0,712**	1
	Sig. (2 extremidades)	0,452	0,572	0,000	
	N	64	64	64	64

\*\*A correlação é significativa no nível 0,01

Ao cruzar a presença de lesões brancas com determinadas características clínicas e dados relativos a hábitos de higiene oral e nível de saúde oral, foi encontrado uma diferença estatisticamente significativa entre a presença de lesões brancas hiperqueratóticas e o relato de dificuldades à mastigação/deglutição, mediante o uso do teste qui-quadrado ( $p=0,013$ ), ou seja, a parte da amostra que afirmou possuir dificuldades à mastigação/deglutição terá uma maior probabilidade de possuir lesões brancas hiperqueratóticas na cavidade oral (Tabelas XIII / XIV).

Tabela XIII - Relação entre a presença de lesões brancas hiperqueratóticas e relato de dificuldades na mastigação/ deglutição

			Relato de dificuldades na mastigação/ deglutição		Total
			Sim	Não	
Lesões brancas hiperqueratóticas	Sim	Contagem	21	7	28
		Porcentagem	75,0%	25,0%	100%
	Não	Contagem	16	20	36
		Porcentagem	44,4%	55,6%	100%
Total		Contagem	37	27	64
		Porcentagem	57,8%	42,2%	100%

Tabela XIV - Testes qui-quadrado entre a presença de lesões brancas hiperqueratóticas e o relato de dificuldades na mastigação/ deglutição

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1lado)
Qui-quadrado de Pearson	6,029	1	0,014	0,021	0,013
Correção de continuidade	4,841	1	0,028		
Razão de verosimillança	6,202	1	0,013		
Texto Exato de Fisher					
Associação Linear por Linear	5,935	1	0,015		
Nº de Casos válidos	64				

Por fim, ao analisar a relação entre evidência de secura da cavidade oral e/ou fluxo salivar reduzido e necessidade de tratamentos médico-dentários, inferiu-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os elementos da amostra com e sem secura da cavidade oral, na medida em que o primeiro grupo terá uma necessidade acrescida de tratamento médico-dentários, com um nível de significância de 0,042 com o teste de qui-quadrado (Tabelas XV /XVI).

Tabela XV - Relação entre evidência de secura da cavidade e/ou fluxo salivar reduzido e a necessidade de tratamentos médico-dentários

			Necessidade de tratamentos médico-dentários		Total
			Sim	Não	
Evidência de secura da cavidade oral e/ou fluxo salivar reduzido	Sim	Contagem	30	3	28
		Percentagem	90,9%	9,1%	100%
	Não	Contagem	22	9	36
		Percentagem	71,0%	29,0%	100%
Total		Contagem	52	12	64
		Percentagem	81,3%	18,7%	100%

Tabela XVI - Testes qui-quadrado entre evidência de secura da cavidade oral e/ou fluxo salivar reduzido e a necessidade de tratamentos médico-dentários

	<b>Valor</b>	<b>df</b>	<b>Significância Sig. (2 lados)</b>	<b>Sig. exata (2 lados)</b>	<b>Sig. exata (1lado)</b>
<b>Qui-quadrado de Pearson</b>	4,172	1	0,041	0,057	0,042
<b>Correção de continuidade</b>	2,966	1	0,085		
<b>Razão de verosimillança</b>	4,313	1	0,038		
<b>Texto Exato de Fisher</b>					
<b>Associação Linear por Linear</b>	4,107	1	0,043		
<b>Nº de Casos válidos</b>	64				

## **5. Discussão**



A amostra em estudo era constituída por 64 idosos institucionalizados, sendo que a maior parte dos mesmos (67,19%) eram do género feminino. Em estudos de prevalência de lesões orais realizados em idosos, nomeadamente os estudos realizados por Mozafari *et al*, Cueto *et al* e Saintrain *et al* (2012) <sup>(52,53,54)</sup>, a maioria da amostra são também mulheres; contudo, nos estudos de Patil *et al* e Souza *et al* <sup>(5,55)</sup>, é o género masculino que constitui a maioria da amostra.

No que diz respeito à distribuição das faixas etárias, a opção de colocar a idade mínima para participar no estudo como 60 anos advém da definição da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde que, ao realizar relatórios de índole sociodemográfica, coloca os 60 anos para a idade mínima para considerar um indivíduo como “idoso” (56). Como tal, Souza *et al* e Lei *et al* <sup>(55,57)</sup> colocam os 60 anos como a idade mínima para a inclusão de indivíduos nos respetivos estudos. A idade média da amostra é muito próxima do estudo de Mozafari *et al* <sup>(52)</sup>, cuja idade medida é  $79,69 \pm 8,88$ , mas significativamente mais elevada do que o estudo de Saintrain *et al* <sup>(58)</sup>, cuja média da amostra se situa nos  $67 \pm 6$  anos.

No que concerne às habilitações literárias da amostra, a maioria da amostra em estudo apresenta um nível baixo ou nulo de estudos, na medida em que não ingressaram em serviços escolares ou não completaram o respetivo ensino primário. O mesmo acontece na amostra de idosos do estudo de Saintrain *et al* <sup>(54)</sup>, em que a maioria dos mesmos (51,4%) também não possui o estudo primário finalizado. A percentagem da amostra sem escolaridade é, contudo, mais reduzida do que a percentagem de não escolaridade em Portugal referida pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2017, em que dito valor se situa nos 23,3% (59). É importante ter em consideração, não obstante, de que o INE faz a separação da faixa etária do idoso a partir dos 65 anos, pelo que o valor referido exclui pessoas entre os 60 e os 65 anos que potencialmente possam não possuir um nível de escolaridade. Contudo, a população portuguesa idosa demonstra, nos últimos 20 anos, uma tendência de descida na taxa de não escolaridade (59).

Em relação à entidade primária responsável pelos cuidados médicos da amostra, é natural que, na medida em que a totalidade da amostra se encontra institucionalizada, que as instituições por eles responsáveis fossem a entidade em questão na quase totalidade. O mesmo acontece no estudo de Mozafari *et al*<sup>(52)</sup>, em que igualmente a totalidade da amostra do estudo de lesões orais era exclusivamente constituída por idosos institucionalizados. O estudo desta característica assume importância, na medida em que Santucci e Attard<sup>(60)</sup> refere a menor quantidade de estudos relativos à saúde oral de idosos institucionalizados, comparativamente ao número de estudos em que constem na amostra idosos que ainda vivam em comunidade, com a justificação de que os primeiros são mais frágeis em termos de saúde e menos colaboradores. Com efeito, foi constatada uma baixa colaboração de uma porção significativa da amostra em estudo, ao realizar o inquérito e inspeção intra-oral. Além disso, Santucci e Attard, assim como Karki *et al*<sup>(60,61)</sup> enaltecem o baixo nível de saúde oral da população idosa institucionalizada. No entanto, estudos realizados em território europeu, tal como o estudo realizado por Samson *et al*<sup>(62)</sup> demonstram que a população idosa, e em concreto a institucionalizada, apresentam um estado de saúde oral superior comparativamente às últimas décadas, o que é um sinal positivo em relação à saúde oral comunitária.

Relativamente às patologias apresentadas pela amostra, as patologias mais prevalentes foram a hipertensão arterial (64,06%), doenças do foro reumático (59,38%) e depressão (57,81%). A percentagem de hipertensão da amostra é inferior à taxa de hipertensão nos idosos portugueses, que se encontra entre os 70-75%, segundo estudo da Direção Geral de Saúde (DGS)<sup>(63)</sup>.

Em relação ao conjunto de doenças reumáticas, a DGS<sup>(64)</sup> colocou a taxa de doenças reumáticas em Portugal entre 20 e 30%, embora a instituição reconheça a falta de estudos de prevalência nesse sentido, mas realce o grau de incapacidade que é possível de advir desta categoria de patologias.

Por fim, a DGS<sup>(65)</sup> reconhece a patologia depressiva como o maior contribuinte para a incapacidade para a atividade produtiva, com uma prevalência em Portugal nos 7,5%, contudo este valor é aplicado a todas as faixas etárias.

Em relação à toma de medicação, é notória a presença generalizada de polimedicação na amostra em causa, sendo que 76,56% (n=49) tomam 5 ou mais medicamentos diariamente. Este fenómeno vai de encontro ao estudo de Soares *et al* <sup>(66)</sup>, cuja revisão sistemática realizada no mesmo corrobora a necessidade de reduzir a prevalência de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados na população idosa.

Contudo, a análise de correlação de Pearson entre o número total de patologias da amostra e o número total de medicamentos tomados diariamente apresentou uma relação forte entre estas variáveis (p=0,712). Dita correlação pode indiciar no sentido de uma correta vigilância e acompanhamento das instituições no que concerne à saúde geral dos respetivos utentes. No entanto, o estado de saúde oral e a presença de lesões orais brancas na amostra indica que o mesmo fenómeno não é necessariamente extrapolado para os cuidados de saúde oral, uma vez que uma porção considerável da amostra apresenta um nível mau ou insuficiente de saúde oral.

Ao questionar a amostra sobre a prática regular de atividade física, apenas 28,12% (n=18) referiu ter atividade física regular. Torna-se necessário analisar esta variável, tal como Andrade *et al* <sup>(67)</sup> referem no seu estudo, ao comprovar que fatores associados à fragilidade física, nomeadamente a perda de peso, lentidão, exaustão, fraqueza e baixo nível de atividade física estão significativamente ligados ao nível de saúde oral (e conseqüente necessidade de tratamentos médico-dentários).

Em relação a hábitos tabágicos e alcoólicos, a amostra em estudo apresentou uma taxa reduzida dos mesmos, sendo que apenas um elemento da amostra fumava no momento da recolha de dados (n=1) e 50 pessoas tinham hábitos alcoólicos (e apenas uma das mesmas o fazia de forma excessiva). Apesar da conseqüentemente inexistência de lesões brancas em que hábitos tabágicos e alcoólicos sejam o fator etiológico e/ou predisponente, deve-se ter em especial consideração o efeito preponderante que estes hábitos têm no surgimento e progressão de lesões potencialmente malignas, como leucoplasia, tal como Abidullah *et al* <sup>(9)</sup> referem.

Passando para o campo dos hábitos de higiene oral, a amostra em estudo tinha uma percentagem de 75% (n=48) de pessoas que relatam ter hábitos de higiene oral pelo menos uma vez por dia, e 39,06% (n=25) que o fazem duas ou mais vezes por dia. Estes valores são superiores à taxa do estudo de Nazliel *et al* <sup>(68)</sup>, em que 53,9% da amostra de idosos escova os dentes pelo menos uma vez por dia e 16,3% duas ou mais vezes por dia. Já no caso do estudo de Strömberg *et al* <sup>(69)</sup> a percentagem é inferior a idosos com necessidade moderada de cuidados de suporte (77,7%), mas superior quando a necessidade de cuidados é substancial (59,6%). Este fator assume importância ao observar estudos como o de Tarquinio *et al* <sup>(70)</sup>, que refere a associação entre hábitos de higiene oral e a presença de lesões mucosas orais.

Em relação à visita ao médico dentista no último ano, a percentagem da amostra que referiu visitas ao mesmo nos últimos 12 meses situou-se nos 28,12% (n=18), o que é um valor superior ao do estudo de Nazliel *et al* <sup>(68)</sup>, em que a taxa esteve nos 18%. O motivo para perguntar o motivo para a não visita regular (quando assim foi o caso) derivou do artigo de Razak *et al* <sup>(31)</sup> que compilou os diferentes motivos para tal fenómeno, no qual constam fatores associados à saúde geral, socio-demográficos, logísticos e/ou associados a transportes e fatores subjetivos e comportamentais. Tal como foi suprarreferido, a grande maioria das pessoas no estudo alegou falta de necessidade, contudo, a inspeção intra-oral de uma parcela significativa destes elementos da amostra indicou precisamente o contrário, com a presença não só de lesões orais brancas, mas também com alta necessidade de tratamentos médico-dentários. Como tal, é essencial uma reeducação dos idosos institucionalizados, por forma a compreenderem sinais óbvios de patologia oral e procurarem serviços de Medicina Dentária quando necessário.

O estudo de dificuldades da amostra na mastigação e deglutição, situada nos 57,81% (n=37) foi importante, na medida em que auxilia na determinação do nível de saúde oral da amostra e pode dar informações sobre a presença de lesões orais brancas, quando as mesmas contribuem para a redução do bem-estar oral do idoso, assim como a presença de dor nas áreas lesionadas.

Da amostra em estudo, 70,31% (n=45) referem ter sensação de secura oral, ou um fluxo salivar reduzido. Estes valores são superiores aos valores do estudo de Mozafari *et al* <sup>(52)</sup>, cujo valor se situa em 38% em idosos institucionalizados, e de Islas-Granillo *et al* <sup>(71)</sup>, que se situa nos 68,3%. A relevância do estudo da prevalência da secura oral e um fluxo oral reduzido reside nas implicações que a mesma tem na cavidade oral, sendo que os fatores anteriores são preponderantes ao surgimento de um quadro clínico de xerostomia. O mesmo autor aponta a maior predisposição a cáries, doença periodontal, gengivite, mas também ulceração das mucosas orais, mucosites, queilite angular, candidíase oral e dificuldades no uso de próteses (71); todas estas condições que poderão influenciar negativamente a qualidade de vida no idoso.

Os resultados deste estudo mostram um total de 37 pessoas (57,81%) que usavam próteses. Este valor deve ser tido em consideração, ao observar estudos europeus como o de Minic *et al* <sup>(72)</sup>, em que 67% da população idosa estudada com lesões orais, possuía próteses dentárias.

Das pessoas que usavam próteses no estudo 22 pessoas (59,45%) que referiam desconforto ou dores ao usar as próteses, e 10 que referiam dificuldades a alimentar-se com a prótese. O estudo destas características é importante, uma vez que, segundo Minic *et al* <sup>(72)</sup>, patologias como estomatite protética e candidíase pseudomembranosa eram relativamente prevalentes na amostra em estudo. Estas patologias, segundo as obras de Laskaris e Neville (1,24), podem resultar precisamente em quadros de desconforto e dor a usar as próteses, assim como dificuldades acrescidas na mastigação.

O estudo realizado mostra que 32,43% (n=12) dos portadores de próteses nunca realizavam o descanso noturno das próteses. Estes valores são inferiores ao estudo de Thilakumara *et al* <sup>(73)</sup>, em que 55% da amostra dormia com as mesmas. Contudo, não deixa de um valor preocupante, considerando que o mesmo estudo (73), assim como o estudo de Sadig <sup>(74)</sup>, demonstram uma relação estatisticamente significativa entre o uso noturno de próteses dentárias e o aparecimento de patologias orais como estomatite protética.

No que diz respeito ao tempo de uso de próteses dos portadores da amostra em estudo, 67,6% (n=25) usava próteses por um período superior a 10 anos. É

possível inferir que o tempo de uso médio será igual ou superior ao tempo de uso da amostra do estudo de Da Silva *et al* <sup>(75)</sup>, em que 61,6% usava próteses por um período igual ou superior a apenas 5 anos. O mesmo autor realça a relação entre o tempo de uso de próteses dentárias e a prevalência de lesões como estomatite protética (75).

Em relação à inspeção intra-oral da amostra, um dado preocupante ao realizar o estudo do índice CPOD foi o número de dentes perdidos da amostra, cuja média se situa nos  $24,84 \pm 8,342$ , além de 25 dos idosos (39,06%) serem edêntulos totais. No entanto, esta percentagem é ligeiramente inferior a estudos realizados em território europeu, como o estudo de Cocco *et al* <sup>(76)</sup>, que foi, à semelhança deste estudo, realizado numa amostra de idosos institucionalizados, e cuja percentagem de edêntulos se situava nos 42,10%.

O valor de edentulismo total é igualmente inferior ao estudo de Samson *et al* <sup>(62)</sup>, realizado nas mesmas circunstâncias que o estudo anteriormente referido, e em que o valor se situa acima dos 40% no ano de 2004. Contudo, este mesmo estudo realça uma grande diminuição nesta taxa, sendo que, na primeira recolha de dados deste mesmo estudo, em 1998, a percentagem de idosos institucionalizados com edentulismo total era francamente superior, acima dos 70% (62).

No entanto, os valores de edentulismo total no estudo realizado são significativamente inferiores aos do estudo de Gil-Montoya *et al* <sup>(38)</sup>, em que globalmente a percentagem de edentulismo estava nos 27,5%. Contudo, deve-se ter em consideração que, apesar de realizado em idosos, nem todos eram institucionalizados, o que pode influenciar a comparação dos valores em questão. Não obstante, os valores encontrados demonstram que é necessário um acompanhamento da comunidade idosa em geral, por forma a manter o maior número de peças dentárias possível por um maior período de tempo.

A importância do estudo do nível de edentulismo reside na predisposição da mesma ao desenvolvimento de lesões brancas como a queratose friccional. Neville <sup>(24)</sup> refere na sua obra que a mesma resulta da irritação mecânica advinda da função mastigatória (em que os alimentos friccionam com os rebordos alveolares da mucosa) ou trauma mecânico (no caso de portadores

de próteses). A lesão é geralmente reversível após a remoção do trauma, à semelhança de outras lesões brancas com etiologia semelhante, tais como a linea alba e lesões de mordida crónica (2,24) No entanto, o mesmo autor não acarreta um risco de malignização no que a este tipo de lesão diz respeito (24). De qualquer maneira, a semelhança da superfície queratótica com uma verdadeira lesão leucoplásica (24) implica que estas lesões devam ser acompanhadas e tratadas corretamente. Van der Waal <sup>(12)</sup> apontou esta lesão, entre outras (Tabela XVII), como lesões brancas com possibilidade de mimetizarem características clínicas de leucoplasia, assim como os principais meios de diagnóstico (e consequentemente diferenciação).

Tabela XVII - Lesões orais brancas que podem mimetizar características clínicas de leucoplasia

<b>Lesão</b>	<b>Principais meios de diagnóstico</b>
Queratose da crista alveolar	Primariamente lesão plana, e que dá tom esbranquiçado à mucosa de uma porção edêntula da crista alveolar; pode conter queratose friccional
Queimadura por aspirina	História de aplicação local prolongada de aspirina (paracetamol apresenta efeitos semelhantes)
Candídiase pseudomembranosa	Aspeto clínico (pseudomembranas, frequentemente com padrão simétrico)
Candídiase hiperplásica	Considerar possível associação com lesão leucoplásica
Doenças de Darier-White	Associação com doenças da pele e unhas; histopatologia típica
Queratose friccional	Desaparecimento da lesão 4-8 semanas após cessação do estímulo de irritação mecânica
Língua geográfica	Primariamente diagnóstico clínico, padrão variável no tempo
Lesões associadas a sopradores de vidro	Associados a sopradores de vidro; desaparecimento algumas semanas após cessação do estímulo
Leucoplasia pilosa	Aspeto clínico (localização bilateral nos bordos da língua); histopatologia (incluindo Vírus de Epstein-Barr)
Lesão causada por restauração dentária	Desaparecimento da lesão 4-8 semanas após substituição de restauração (sobretudo amálgama)
Leucoedema	Diagnóstico clínico (incluindo padrão simétrico) de aspeto "veil-like" da mucosa jugal

<b>Lesão</b>	<b>Principais meios de diagnóstico</b>
Líquen plano (reticular e eritematoso)	Diagnóstico clínico (incluindo padrão simétrico); histopatologia não é suficiente para diagnóstico por si só
<i>Linea alba</i>	Aspeto clínico (localizada em linha com plano oclusal na mucosa jugal; quase sempre bilateral)
Lesão de mordisqueio	Historial de hábitos de mordida; aspeto clínico
Lúpus eritematoso	Primariamente diagnóstico clínico (incluindo padrão simétrico); quase sempre envolvimento cutâneo; histopatologia não comprova diagnóstico
Papiloma e lesões associadas	Aspeto clínico; história média; Biópsia
Skin graft	Historial de cirurgia associada
Lesões associadas a hábitos tabágicos	Aspeto clínico; desaparecimento da lesão após cessação do hábito após 4-8 semanas
Sífilis secundária	Aspeto clínico; serologia para paludismo
Hiperplasia e carcinoma verrucosos	Primariamente histopatologia
Nevo branco esponjoso	História familiar; aspeto clínico (frequentemente padrão simétrico)

O estudo realizado avaliou também a presença de placa dentária segundo o índice de Silness & Løe. Dos idosos avaliados, 36 (56,25%) tinham um índice superior a 2, o que implica a presença de placa que pode ser observada a olho nu. O estudo realizado por Petelin *et al*<sup>(77)</sup>, em território europeu e em idosos institucionalizados revela uma percentagem de placa dentária visível a olho nu na ordem dos 69,5%. Apesar de animadores comparativamente a outros estudos, a elevada taxa de placa na amostra em estudo é preocupante, uma vez que a presença de placa dentária é um dos fatores etiológicos principais para o início e progressão de doença periodontal, e consequente predisposição acrescida à perda dentária. Como tal, a população idosa institucionalizada deverá receber uma melhor educação no que a hábitos de escovagem diz respeito, por forma a contornar e baixar estes valores.

Segue-se agora a discussão dos resultados propriamente relacionados com a prevalência de lesões brancas na população idosa institucionalizada. A avaliação realizada nesta amostra constatou que 52 pessoas (81,25%) da amostra teriam pelo menos uma lesão branca, sendo que, ao excluir alterações de desenvolvimento como leucoedema e grânulos de Fordyce, este valor passava para 38 pessoas (59,37%). Apesar de não terem sido encontrados estudos específicos relativamente a lesões orais brancas na população idosa institucionalizada, é possível retirar alguns dados interessantes de estudos cuja

amostra é semelhante, mas que abordem todas as lesões mucosas orais. Posto isto, o valor presente para lesões brancas nesta amostra é consideravelmente inferior aos do estudo de Mozafari *et al* <sup>(52)</sup>, em que mais do que 90% dos idosos institucionalizados avaliados teriam pelo menos uma lesão oral. No estudo de Cueto *et al* <sup>(53)</sup>, este valor ficou nos 67,5%, contudo não foram registadas alterações de desenvolvimento neste estudo. O estudo de Mujica *et al* <sup>(34)</sup> apresentou uma prevalência de lesões orais inferior à do estudo realizado (sem considerar alterações de desenvolvimento), com 57% da amostra de idosos estudados.

Em relação à percentagem de 81,25% da amostra com pelo menos uma lesão branca, este valor pode ser inicialmente justificado pelo diagnóstico relativamente prevalente de alterações de desenvolvimento, tais como leucoedema e grânulos de Fordyce. Estas condições foram encontradas em 33 (51,56%) idosos, o que pode em parte justificar a elevada prevalência de lesões como um todo. Ambas as condições se tratam de alterações anatómicas normais na população. O leucoedema é prevalente sobretudo, na mucosa jugal (a principal localização da mesma no estudo) e apresenta-se sobre a forma de um padrão reticulado de tom branco-acinzentado, que desaparece ao estirar a mucosa (1,24). Já os grânulos de Fordyce tratam-se de glândulas sebáceas ectópicas que frequentemente se encontram no lábio superior (a localização mais encontrada no estudo), mas também nas comissuras labiais e mucosas jugais, sob a forma de pequenas pápulas brancas ou brancas-amareladas (1,24). Ambas as condições são assintomáticas e não necessitam de tratamento.

Apesar da maior parte da amostra estudada que possuía estas condições não ter a ideia de que possuíam estas condições, devem ser educados sobre a presença das mesmas e de que se trata apenas de uma alteração da norma da cavidade oral.

No que diz respeito a lesões brancas traumáticas, a amostra estudada possuía 16 pessoas (25%) com este tipo de lesões. Um dos exemplos deste tipo de lesões é a úlcera traumática. Os estudos de Mujica *et al* <sup>(34)</sup>, Mozafari *et al* <sup>(52)</sup> e

Cueto *et al* <sup>(53)</sup> marcam percentagens desta lesão em 3%, 5,4% e 21,4%, respetivamente.

Esta lesão pode advir de eventos como mordida acidental durante a alimentação, trauma protético, assim como estímulos elétricos, térmicos ou químicos. São frequentes na língua, lábios e mucosa jugal, uma vez que são as áreas mais propensas a lesão pelos elementos dentários (24). As lesões individuais apresentam-se como áreas eritematosas em volta de uma membrana central, de cor branco-amarelada e destacável, dolorosa ao toque. É possível a formação de uma margem branca e hiperqueratótica (24). O tratamento desta lesão consiste na eliminação do estímulo traumático, como tratamento dos dentes que traumatizam a mucosa afetada (24). Considerando os valores de lesões brancas traumáticas da amostra, assim como as taxas de dificuldades na mastigação e dores na cavidade oral, realça-se a importância de ensinar aos idosos institucionalizados sobre as implicações destes sintomas, por forma a tratar os agentes etiológicos que provocam estas lesões.

O estudo realizado constatou também que 28 pessoas (43,75%) da amostra possuíam lesões hiperqueratóticas. São várias as lesões que podem apresentar este tipo de características, tais como queratoses friccionais e/ou da crista alveolar (24), queratose ou queilite actínica (26) ou lesões leucoplásicas (9), e como tal, o Médico Dentista deverá estar preparado para a correta observação destas lesões, de maneira a que os pacientes (e em particular neste estudo, idosos institucionalizados) sejam encaminhados para departamentos capazes de realizar testes de diagnóstico que permitam um despiste de lesões potencialmente malignas.

No que concerne à localização anatómica das lesões brancas estudadas, os locais com a maior presença de lesões orais brancas foram as mucosas jugais (45,31% e 34,38% para as jugais direita e esquerda, respetivamente) e a zona gengival (29,69%). Estes valores são superiores aos estudos de Saintrain *et al* <sup>(54)</sup>, em que o palato duro era a localização com maior prevalência de lesões (67,3%), seguida da zona gengival (14,8%) e as mucosas jugais (9,9%). No estudo de Souza *et al* <sup>(55)</sup>, o palato duro é de novo a localização anatómica

mais prevalente (23,6%), mas a jugal é a segunda localização mais prevalente (15,6%) e o lábio fica em terceiro lugar (14,7%).

A disparidade destes valores pode ser justificada pelo facto de os estudos anteriormente referidos estudarem todas as lesões mucosas orais, não só as brancas. Além disso, estes estudos não registam alterações de desenvolvimento. Como tal, são previsíveis as diferenças nas prevalências nas lesões brancas, no que diz respeito a localização anatómica.

Os valores de evidência de secura oral e/ou fluxo salivar reduzido registados no estudo, em que 33 pessoas (51,6%) apresentavam evidências da mesma são superiores aos do estudo de Mozafari *et al* <sup>(52)</sup>, que se situa nos 38%. O valor registado no estudo é preocupante, na medida em que a presença dos fatores anteriores, e associados a um quadro de xerostomia, segundo Foglio-Bonda *et al* <sup>(42)</sup>, aumenta a propensão a cáries dentárias, infeções e doença periodontal.

Usando esta última informação, justifica-se a relação estatisticamente significativa entre a evidência de secura oral e/ou fluxo salivar reduzido e a necessidade de tratamentos médico-dentários observada neste estudo ( $p=0,042$ ). Posto isto, a parte da amostra com quadros de secura oral devem ser educados no sentido de se auto-diagnosticarem ao darem pela presença de secura ou ardor na cavidade oral, e serem capazes de aumentar o consumo de água diário, por forma a atenuar a sintomatologia da qual sofrem. Além disso, os responsáveis das instituições devem também orientar os utentes nesse mesmo sentido, assim como ter em consideração a possibilidade de alguns dos medicamentos administrados aos idosos terem, entre os seus efeitos adversos, a redução do fluxo salivar.

Ao estudar relações entre o número de lesões brancas e os vários fatores em estudo, não foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre o número de lesões brancas e o género, assim com a faixa etária. O mesmo pode ser explicado pela agregação de todas as lesões brancas na contagem, e como tal, existem lesões mais prevalentes no género masculino, e outras mais prevalentes no género feminino. O mesmo acontece para as faixas etárias, em que o nível de incapacidade advinda de uma maior idade poderá aumentar a

propensão a um número limitado de lesões brancas. Além disso, a disparidade de percentagem entre os géneros e as faixas etárias poderá justificar a não presenças de relação entre as variáveis em questão.

Uma das variáveis que mostrou uma diferença estatística significativa (com o teste ANOVA) com o número total de lesões brancas foi o nível de habilitações literárias, em que  $p=0,040$ , tendo-se observado uma maior prevalência de lesões brancas em idosos sem um nível de escolaridade, e ainda mais alta quando os mesmos eram também analfabetos. Várias interpretações podem ser feitas desta relação. Primeiramente, não ter um nível de escolaridade poderá implicar numa situação laboral com menor rendimento, pelo que os meios para realizar tratamentos médico-dentários e/ou diagnosticar lesões orais é reduzido. Além disso, pode ser proposto que a não posse de um nível de escolaridade não incute nos elementos da amostra sem escolaridade um sentido de cuidado da saúde geral e oral tão grande como naqueles que, em maior ou menor grau, ingressaram em serviços escolares. Sendo assim, as instituições de apoio a idosos devem estar cientes desta relação e dar um maior apoio aos utentes sem um nível de escolaridade e orientá-los no sentido de melhorarem o seu nível de saúde oral e acompanhamento de lesões orais, quando assim for o caso.

Além disso, ao realizar o teste de chi-quadrado, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a presença de lesões brancas hiperqueratóticas e o relato de dificuldades na mastigação/deglutição ( $p=0,013$ ). Esta relação pode ser justificada, em parte, pela perda de peças dentárias generalizada da amostra em estudo. Este fenómeno resulta num quadro de fricção crónica de alimentos com as cristas alveolares, onde antes estariam os dentes, resultando na criação de áreas hiperqueratóticas, com maior ou menor grau de extensão na mucosa gengival. Além disso, a hipótese de próteses desadaptadas e/ou desconfortáveis também poderá ter efeitos semelhantes na mucosa.

A relação estatisticamente significativa entre o nível de higiene das próteses e o nível de higiene oral, em que o coeficiente de Pearson era de 0,899, demonstra que os portadores de próteses têm a mesma atenção à higienização

das próteses do que à higienização da cavidade oral, ou seja, quanto maior o nível de higiene oral, maior será o nível de higiene das próteses, quando for o caso.

Por fim, a correlação entre o número total de patologias e o número de medicamentos tomados diariamente pela amostra demonstra o cuidado das instituições em vigiar a saúde geral dos seus utentes. No entanto, devem ser feitos esforços para contornar alguns quadros de saúde oral menos favoráveis.

## **5.1 Limitações do estudo**

As limitações do estudo podem ser apontadas em várias vertentes. Em primeiro lugar, a determinação das lesões brancas observadas durante o estudo não tiveram um diagnóstico definitivo, e, embora tenham sido registadas hipóteses de diagnóstico para as lesões encontradas, assim como as características clínicas e localização das mesmas, é apenas legítimo um diagnóstico definitivo da lesão após a realização de um estudo histopatológico da mesma e o estudo aprofundado das características da amostra em estudo para a maioria das lesões orais brancas.

Exemplos da importância de ir para lá da inspeção clínica para determinação de lesões orais brancas envolve o estudo de Lopes *et al* <sup>(78)</sup>, que refere a possibilidade da leucoplasia oral proliferativa, uma forma de leucoplasia rara, não associada a hábitos tabágicos e alcoólicos e com elevado grau de malignização, poder mimetizar lesões associadas a reações liquenoides ou líquen plano oral, e o diagnóstico diferencial poder ser feito apenas mediante biópsia e estudo histopatológico.

Outra limitação do estudo reside no observador da amostra. O indivíduo em questão trata-se de um aluno do 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, que, apesar de calibrado à maior das suas potencialidades mediante o ensino da Medicina Oral na ICS-UCP e o estudo aprofundado de manuais de Patologia Oral (1,24), assim como orientação do respetivo orientador e co-orientador, tem uma experiência naturalmente limitada no que diz respeito a diagnóstico de lesões orais (e especificamente lesões brancas). Mesmo que a

experiência limitada do observador se deva exclusivamente apenas ao reduzido período de tempo que o aluno desenvolve atividade clínica na Clínica Universitária do ICS-UCP, seria ideal o observador ter consigo uma maior exposição a casos específicos, em ambiente clínico. Esta medida teria o objetivo de colmatar o viés da falta de experiência clínica, e como tal, limitar ao máximo a possibilidade de não diagnóstico de lesões orais brancas pertinentes ao estudo, assim como registo de características clínicas que não correspondam à realidade do caso. É importante enaltecer que, sempre que o observador teve dúvidas na avaliação das características clínicas de alguma lesão, foi dado o parecer dos orientadores em relação ao diagnóstico das mesmas, mediante a descrição feita na observação clínica e registo fotográfico.

Já foi referida a importância do observador ter acesso a um ambiente clínico para observação de casos. Outro motivo para tal consiste no acesso a material clínico mais adequado para uma correta observação de lesões orais. Foi referido na metodologia do estudo que o observador se servia de luvas de látex, máscara, espátulas de madeiras, espelho intra-orais (quando o acesso ao mesmo era possível) e uma lanterna de luz branca de 100 watts de potência. Além disso, os participantes de estudo encontravam-se sentados numa cadeira de braços, ou, nas pessoas que não o podiam fazer por mobilidade limitada, nas cadeiras onde se encontravam sentadas de momento, ou cadeira de rodas. Este conjunto de fatores poderá ter influência na correta observação da cavidade oral dos elementos da amostra, na medida em que o alcance de posicionamento do idoso é severamente limitada. Além disso, a falta de uso de espelhos nos casos em que o acesso ao mesmo não foi possível também reduz o alcance de observação. Contudo, a forte intensidade da luz da lanterna, assim como uma colaboração boa da maior parte da amostra contribuiu para a atenuação desta limitação.

Contudo, nem sempre foi o caso. Uma parte significativa da amostra apresentou limitações elevadas ao responder às questões apresentadas, sobretudo no que concernia às patologias e grupos medicamentosos que lhes eram administrados. Além disso, alguns elementos da amostra tinham dificuldade a obedecer às instruções dadas pelo observador, no momento da inspeção intra-oral. Neste aspeto, o auxílio dos responsáveis pelas instituições

tiveram um papel preponderante, na medida em que ajudaram a completar as informações que os utentes não conseguiram responder, assim como instruir os idosos examinados em cumprir os requisitos necessários às melhores condições de observação possível.

É importante realçar igualmente que a amostra estudada não tinha hábitos tabágicos em quase toda a sua totalidade. Apenas um dos idosos avaliados tinha hábitos tabágicos no momento da recolha de dados, e só uma parte reduzida dos restantes os teria tido no passado. Considerando a influência preponderante destes hábitos no desenvolvimento de determinadas lesões orais brancas, e em particular de LPM's brancas como a leucoplasia oral, estudos futuros devem ser orientados no sentido de estudar populações que possuam estes hábitos. Contudo, deve ser dado o mérito às instituições pelo esforço a eliminar os hábitos tabágicos nos seus utentes.

Outra limitação do estudo reside na constituição do questionário. Apesar do questionário possuir diversas características relativas ao estado de saúde geral e oral, nomeadamente no que diz respeito ao sentido de qualidade de vida em função da saúde oral. Neste sentido, o "Geriatric Oral Health Assessment Index" (GOHAI) seria um instrumento cuja adição colmataria esta limitação. Na tradução portuguesa do questionário (79), constam questões que abordam as limitações na alimentação e desconforto dos participantes, contudo questões como o à-vontade social e preocupação com a sua saúde oral foram colocadas de lado. Estas perguntas devem ser adicionadas em estudos posteriores ao estudar a saúde oral na população idosa.

Por fim, ao realizar a revisão bibliográfica e a comparação de estudos na discussão, não foram encontrados estudos específicos para a prevalência de lesões orais brancas em idosos institucionalizados, sendo que estudos eram feitos agregando todas as lesões mucosas orais, ou mais raramente, a população em estudo em artigos sobre prevalência de lesões brancas não correspondia à que é aqui estudada. Posto isto, a comunidade científica deve ter em consideração a importância do seguimento destas lesões e produzir mais estudos a elas referentes.

Em seguimento a este estudo, vários fatores devem ser considerados. Devem ser estabelecidos protocolos com as instituições de apoio a idosos, para que seja feito o encaminhamento dos utentes das instituições para a Clínica Universitária, para que haja um correto ambiente clínico para a observação de lesões, não só pela presença de uma cadeira de dentista que permita a observação da cavidade oral dos elementos da amostra por vários ângulos, mas também pelo acesso a material clínico mais adequado. Além disso, o *modus operandi* de inspeção intra-oral deve ser modificado de maneira a que o observador possa ser apoiado e corretamente orientado no registo das características clínicas das lesões orais encontradas.

Olhando para o futuro, outra vertente a estudar, no que a observação de lesões orais diz respeito, poderá incidir sobre lesões orais vermelhas. Como referido nos resultados, a maior parte dos elementos da amostra que possuíam próteses não faziam o descanso noturno das mesmas, assim como referiam desconforto e/ou dificuldades na mastigação e períodos de uso de próteses bastante longos.

Como tal, é previsível que, apesar de não especificadas nos resultados do estudo, tenham sido encontrados diversos quadros de estomatite protética, com diferentes níveis de severidade e características clínicas. Estudos enaltecem esta mesma relação, além de apresentarem e estudarem uma panóplia de lesões vermelhas, que, tal como as lesões orais brancas, exibem fatores etiológicos e predisponentes, quadros clínicos, diagnósticos e prognósticos díspares. Estudos futuros devem ser realizados por forma a oferecer à comunidade de Medicina Dentária (e em específico, da Medicina Oral), um melhor panorama do quadro clínico da população idosa institucionalizada.

## **6. Conclusões**



A população idosa institucionalizada estudada apresenta, na sua generalidade, um número elevado de patologias sistémicas e exhibe um quadro de polimedicação, o que irá refletir um elevado nível de morbilidade e incapacidade em várias vertentes.

Apesar de mais reduzidos do que alguns estudos da literatura, os valores de CPOD (sobretudo de dentes perdidos) e do índice de placa de Silness & Løe observados na amostra são francamente elevados para um país com o nível de desenvolvimento como o de Portugal. Como tal, devem ser implementados protocolos para o acompanhamento do nível de higiene oral desta população, considerando as dificuldades acrescidas da mesma na manutenção da sua saúde oral.

A amostra estudada apresentou uma alta prevalência de lesões brancas, sendo que uma boa parte se tratavam apenas de alterações de desenvolvimento; no entanto, a maioria das lesões brancas encontradas apresentavam características associadas a um mau nível de saúde e higiene oral, desajuste e trauma protético. Estas últimas devem ser apontadas aos idosos e aos responsáveis das respetivas instituições, para que as mesmas possam ser encaminhadas e devidamente diagnosticadas e tratadas.

Inferiu-se que o número total de lesões brancas estava significativamente associado ao nível de habilitações literárias da amostra estudada, assim como uma relação entre a presença de lesões brancas hiperqueratóticas e o relato de dificuldades na mastigação/ deglutição. Como tal, os idosos com um menor nível de estudos (ou sem estudos) devem receber um maior acompanhamento no que à prevenção de lesões orais brancas diz respeito.

Apesar de, até ao momento de entrega desta dissertação, ainda não ter sido conseguido o encaminhamento de idosos para a Clínica Universitária do ICS-UCP devido à presença de lesões orais brancas (embora tenha sido conseguido o encaminhamento, noutras vertentes da Medicina Dentária e da Medicina Oral, num número reduzido de casos), é essencial criar protocolos com as instituições de cuidados geriátricos, por maneira a que seja feito o seguimento do nível de saúde oral e lesões orais, e consequentemente elevar a qualidade de vida da população idosa institucionalizada.



## **7. Referências bibliográficas**



1. Laskaris G. Pocket Atlas of Oral Diseases. 2nd ed. New York: Thieme; 2006: 1-41
2. Bhattacharyya I, Chehal H. White Lesions. *Otolaryngol Clin North Am.* 2011 Feb; 44(1): 109-31.
3. Macdonald J, Tobin C, Hurley M. Oral leukoedema with mucosal desquamation caused by toothpaste containing sodium lauryl sulfate. *Cutis.* 2016 Jan; 97(1): 4-5.
4. Tortorici S, Corrao S, Natoli G, Difalco P. Prevalence and distribution of oral mucosal non-malignant lesions in the western Sicilian population. *Minerva Stomatol.* 2016 Aug; 65(4): 191-206.
5. Patil S, Doni B, Maheshwari S. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in a geriatric Indian population. *Can Geriatr J.* 2015 Mar; 18(1): 11-4.
6. Lodi G, Franchini R, Warnakulasuriya S, Varoni E, Sardella A, Kerr A, et al. Interventions for treating oral leukoplakia to prevent oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jul; 29(7).
7. Rhodus N, Kerr A, Patel K. Oral cancer: leukoplakia, premalignancy, and squamous cell carcinoma. *Dent Clin North Am.* 2014 Apr; 58(2).
8. Tan M, Myers J, Agrawal N. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma genomics. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013 Aug; 46(4): 545-66.
9. Abidullah M, Kiran G, Gaddikeri K, Raghoji S, Ravishankar T. Leuloplakia - review of a potentially malignant disorder. *J Clin Diagn Res.* 2014 Aug; 8(8): 1-4.
10. van der Waal I, Axéll T. Oral leukoplakia: a proposal for uniform reporting. *Oral Oncol.* 2002 Sep; 38(6): 521-6.
11. Mutalik S, Mutalik V, Pai K, Naikmasur V, Phaik K. Oral leukoplakia - is

- biopsy at the initial appointment a must? *J Clin Diagn Res.* 2014 Aug; 8(8): 4-7.
12. van der Waal I. Oral leukoplakia, the ongoing discussion on definition and terminology. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2015 Nov 1;20(6). 2015 Nov; 20(6): 685-92.
  13. Kramer I, Lucas R, Pindborg J, Sobin L. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1978 Oct; 46(4): 518-39.
  14. van der Waal I, Schepman K, van der Meij E. A modified classification and staging system for oral leukoplakia. *Oral Oncol.* 2000 May; 36(3): 264-6.
  15. Warnakulasuriya S, Johnson N, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med.* 2007 Nov; 36(10): p. 575-80.
  16. Warnakulasuriya S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018 Apr.
  17. Mankapure P, Humbe J, Mandale M, Bhavthankar J. Clinical profile of 108 cases of oral lichen planus. *J Oral Sci.* 2016; 58(1): p. 43-7.
  18. Chiang C, Yu-Fong Chang J, Wang Y, Wu Y, Lu S, Sun A. Oral lichen planus e Differential diagnoses, , serum autoantibodies, hematinic deficiencies, and management. *J Formos Med Assoc.* 2018 Feb 19.
  19. Nosratzahi T. Oral Lichen Planus: an Overview of Potential Risk Factors, Biomarkers and Treatments. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018 May 26; 19(5): p. 1161-67.
  20. Di Stasio D, Guida A, Salerno C, Contaldo M, Esposito V, Laino L, et al. Oral lichen planus: a narrative review. *Front Biosci (Elite Ed).* 2014 Jun 1; 6: p. 370-6.

21. van der Meij E, Mast H, van der Waal I. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective five-year follow-up study of 192 patients. *Oral Oncol.* 2007 Sep; 43(8): 742-8.
22. Fortuna G, Aria M, Schiavo J. Drug-induced oral lichenoid reactions: a real clinical entity? A systematic review. *Eur J Clin Pharmacol.* 2017 Dec; 73(12): 1523-37.
23. Lopes M, Silva Júnior F, Lima K, Oliveira P, Silveira É. Clinicopathological profile and management of 161 cases of actinic cheilitis. *An Bras Dermatol.* 2015 Jul; 90(4): 505-12.
24. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. *Patologia oral & maxilofacial.* 1st ed. Rio de Janeiro. Elsevier; 2009: 7-9, 388-98
25. Sarmento D, Miguel M, Queiroz L, Godoy G, da Silveira E. Actinic cheilitis: clinicopathologic profile and association with degree of dysplasia. *Int J Dermatol.* 2014 Apr; 53(4): 466-72.
26. Dancyger A, Heard V, Huang B, Suley C, Tang D, Ariyawardana A. Malignant transformation of actinic cheilitis: A systematic review of observational studies. *J Investig Clin Dent.* 2018 Jun 4: e12343
27. Sarode G, Sarode S, Maniyar N, Anand R, Patil S. Oral cancer databases: A comprehensive review. *J Oral Pathol Med.* 2017 Nov 29.
28. Thomson P. Perspectives on oral squamous cell carcinoma prevention-proliferation, position, progression and prediction. *J Oral Pathol Med.* 2018 May 2.
29. Siriwardena S, Tsunematsu T, Qi G, Ishimaru N, Kudo Y. Invasion-Related Factors as Potential Diagnostic and Therapeutic Targets in Oral Squamous Cell Carcinoma-A Review. *Int J Mol Sci.* 2018 May 14; 19(5).
30. Rekhi A, Marya C, Oberoi S, Nagpal R, Dhingra C, Kataria S. Periodontal status and oral health-related quality of life in elderly residents of aged care

- homes in Delhi. *Geriatr Gerontol Int.* 2016 Apr; 16(4): 474-80.
31. Razak P, Richard K, Thankachan R, Hafiz K, Kumar K, Sameer K. Geriatric Oral Health: A Review Article. *J Int Oral Health.* 2014 11-12; 6(6): 110-6.
  32. Ildarabadi E, Armat M, Motamedosanaye V, Ghanei F. Effect of Oral Health Care Program on Oral Health Status of Elderly People Living in Nursing Homes: a Quasi-experimental Study. *Mater Sociomed.* 2017 Dec; 29(4): 263-7.
  33. Skośkiewicz-Malinowska K, Noack B, Kaderali L, Malicka B, Lorenz K, Walczak K, et al. Oral Health and Quality of Life in Old Age: A Cross-Sectional Pilot Project in Germany and Poland. *Adv Clin Exp Med.* 2016 Sep-Oct; 25(5): 951-9.
  34. Mujica V, Rivera H, Carrero M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008 May; 13(5): 270-4.
  35. Miyazaki H, Jones J, Beltrán-Aguilar E. Surveillance and monitoring of oral health in elderly people. *Int Dent J.* 2017 Sep; 67(2): 34-41.
  36. Abrams A, Thompson L. Physiology of aging of older adults: systemic and oral health considerations. *Dent Clin North Am.* 2014 Oct; 58(4): 729-38.
  37. Marchini L, Hartshorn J, Cowen H, Dawson D, Johnsen D. A Teaching Tool for Establishing Risk of Oral Health Deterioration in Elderly Patients: Development, Implementation, and Evaluation at a U.S. Dental School. *J Dent Educ.* 2017 Nov; 81(11): 1283-90.
  38. Gil-Montoya J, Sánchez-Lara I, Carnero-Pardo C, Fornieles-Rubio F, Montes J, Barrios R, et al. Oral Hygiene in the Elderly with Different Degrees of Cognitive Impairment and Dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2017 Mar; 65(3): 642-7.
  39. Guiglia R, Musciotto A, Compilato D, Procaccini M, Lo Russo L, Ciavarella D, et al. Aging and oral health: effects in hard and soft tissues. *Curr Pharm*

Des. 2010; 16(6): 619-30.

40. Organization WH. WHO Oral Health Country/Area Profile. [Online].; 2005 [cited 2018 06 05. Available from: [http://www.who.int/oral\\_health/databases/malmo/en/](http://www.who.int/oral_health/databases/malmo/en/).
41. Suresh R. Aging and periodontal disease. Prevention and Treatment of age Related Diseases. 1<sup>st</sup> ed. The Netherlands: Springer; 2006.
42. Foglio-Bonda P, Brilli K, Pattarino F, Foglio-Bonda A. Salivary flow rate and pH in patients with oral pathologies. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2017 Jan; 21(2): 369-74.
43. Doppalapudi R, Vundavalli S, Rao A, Vadapalli S, Rao D, Thabusum A. Relation between Clinical Oral Dryness Score and Denture Satisfaction among Patients' in a Tertiary Care Centre, India. J Clin Diagn Res. 2017 May; 11(5).
44. Greenspan D. Xerostomia: diagnosis and management. Oncology (Williston Park). 1996 Mar; 10(3): 7-11.
45. Gil-Montoya J, Silvestre F, Barrios R, Silvestre-Rangil J. Treatment of xerostomia and hyposalivation in the elderly: A systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2016 May; 21(3): 355-66.
46. Polzer I, Schimmel M, Müller F, Biffar R. Edentulism as part of the general health problems of elderly adults. Int Dent J. 2010 Jun; 60(3): 143-55.
47. Atashrazm P, Sadri D. Prevalence of oral mucosal lesions in a group of Iranian dependent elderly complete denture wearers. J Contemp Dent Pract. 2013 Mar; 14(2): 174-8.
48. Freitas J, Gomez R, De Abreu M, Ferreira E, Ferreira E. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. J Oral Rehabil. 2008 May; 35(5): 370-4.

49. Tavares M, Calabi K, San Martin L. Systemic diseases and oral health. *Dent Clin North Am.* 2014 Oct; 58(4): 797-814.
50. Lawal F. Global self-rating of oral health as summary tool for oral health evaluation in low-resource settings. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2015 May; 5(1): 1-6.
51. Gnjjidic D, Le Couteur D, Kouladjian L, Hilmer S. Deprescribing trials: methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clin Geriatr Med.* 2012 May; 28(2): 237-52.
52. Mozafari P, Dalirsani Z, Delavarian Z, Amirchaghmaghi M, Shakeri M, Esfandyari A, et al. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. *Gerodontology.* 2012 Jun; 29(2): 930-4.
53. Cueto A, Martínez R, Niklander S, Deichler J, Barraza A, Esguep A. Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaiso, Chile. *Gerodontology.* 2013 Sep; 30(3): 201-6.
54. Saintrain M, Almeida C, Naruse T, Gonçalves V. Oral lesions in elderly patients of a community in Brazilian Northeast. *Gerodontology.* 2012 Dec; 30(4): 283-7.
55. Souza S, Alves T, Santos J, Oliveira M. Oral Lesions in Elderly Patients in Referral Centers for Oral Lesions of Bahia. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2015 Oct; 19(4): 279-85.
56. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [Internet]. [Online].; 2002 [cited 2018 June 16. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
57. Lei F, Chen J, Wang W, Lin L, Huang H, Ho K, et al. Retrospective study of oral and maxillofacial lesions in older Taiwanese patients. *Gerodontology.* 2015 Dec; 32(4): 281-7.

58. Saintrain M, Holanda T, Bezerra T, de Almeida P. Prevalence of soft tissue oral lesion in elderly and its relations with deleterious habits. *Gerodontology*. 2012 Jun; 29(2): 130-4.
59. PORDATA. População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado (%) [Internet]. [Online].; 2018 [cited 2018 06 15. Available from: [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-2266](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266).
60. Santucci D, Attard N. The Oral Health-Related Quality of Life in State Institutionalized Older Adults in Malta. *Int J Prosthodont*. 2015 Jul-Aug; 28(4): 402-11.
61. Karki A, Monaghan N, Morgan M. Oral health status of older people living in care homes in Wales. *Br Dent J*. 2015 Oct; 219(7): 331-4.
62. Samson H, Strand G, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand*. 2008; 66(6): 368-73.
63. Macedo M, Ferreira R. A Hipertensão Arterial em Portugal (2013). [Online].; 2013 [cited 2018 06 14. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-hipertensao-arterial-em-portugal-.aspx>.
64. Marques A, Branco J, Costa J, Miranda L, Almeida M, Reis P, et al. PROGRAMA NACIONAL CONTRA AS DOENÇAS REUMÁTICAS. [Online].; 2004 [cited 2018 13 06. Available from: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-contra-as-doencas-reumaticas.aspx>.
65. Carvalho A. Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. [Online].; 2013 [cited 2018 Jun 10. Available from: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras->

[perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx](#).

66. Soares M, Fernandez-Limmos F, Cabrita J, Morais J. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS - Uma Revisão Sistemática. *Acta Med Port*. 2011; 24: 775-84.
67. de Andrade F, Lebrão M, Santos J, Duarte Y. Relationship between oral health and frailty in community-dwelling elderly individuals in Brazil. *J Am Geriatr Soc*. 2013 May; 61(5): 809-14.
68. Nazliel H, Hersek N, Ozbek M, Karaagaoglu E. Oral health status in a group of the elderly population residing at home. *Gerodontology*. 2012 Jun; 29(2): 761-7.
69. Strömberg E, Hagman-Gustafsson M, Holmén A, Wårdh I, Gabre P. Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 Jun; 40(3): 221-9.
70. Tarquinio S, Oliveira L, Correa M, Peres M, Peres K, Gigante D, et al. Factors associated with prevalence of oral lesions and oral self-examination in young adults from a birth cohort in Southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013 Jan; 29(1): 155-64.
71. Islas-Granillo H, Borges-Yáñez A, Fernández-Barrera M, Ávila-Burgos L, Patiño-Marín N, Márquez-Corona M, et al. Relationship of hyposalivation and xerostomia in Mexican elderly with socioeconomic, sociodemographic and dental factors. *Sci Rep*. 2017 Jan 17; 17(7).
72. Minic I, Pejcic A, Kostic M, Krunic N, Mirkovic D, Igic M. Prevalence of Oral Lesions in the Elderly. *West Indian Med J*. 2016 Feb 9; 65(2): 375-8.
73. Thilakumara I, Jayatilake J, Pallegama R, Ellepola A. Denture-induced stomatitis and associated factors in a group of patients attending a university dental hospital in Sri Lanka. *J Investig Clin Dent*. 2017 May; 8(2).

74. Sadig W. The denture hygiene, denture stomatitis and role of dental hygienist. *Int J Dent Hyg.* 2010 Aug; 8(3): 227-31.
75. da Silva H, Martins-Filho P, Piva M. Denture-related oral mucosal lesions among farmers in a semi-arid Northeastern Region of Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011 Sep 1; 16(6): 740-4.
76. Cocco F, Campus G, Strohmenger L, Ardizzone V, Cagetti M. The burden of tooth loss in Italian elderly population living in nursing homes. *BMC Geriatr.* 2018 Mar 20; 18(1).
77. Petelin M, Cotič J, Perkič K, Pavlič A. Oral health of the elderly living in residential homes in Slovenia. *Gerodontology.* 2012 Jun; 29(2): 447-57.
78. Lopes M, Feio P, Santos-Silva A, Vargas P. Proliferative verrucous leukoplakia may initially mimic lichenoid reactions. *World J Clin Cases.* 2015 Oct 16; 3(10): 861-863.
79. Carvalho C, Manso A, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saúde Pública.* 2013; 21(2): 153-9.



## **8. Anexos**



## **8.1 Anexo 1 – Carta às instituições para autorização de recolha de dados para estudo**

Exmo(a) Sr(a). Diretor(a) da instituição

\_\_\_\_\_:

Eu, Pedro Almeida da Conceição, aluno do 5º Ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu, pretendo realizar um estudo de investigação no âmbito da obtenção do título de Mestre, com o título “Prevalência e caracterização de lesões orais brancas na população institucionalizada”. Os objetivos deste mesmo estudo passam por proceder à determinação da prevalência e caracterização de lesões orais brancas na população institucionalizada, além de fazer a promoção da saúde oral.

Como tal, solicitamos, na sua qualidade de diretor desta instituição, a sua autorização para a recolha de dados na população geriátrica deste espaço, por via, primeiramente de um questionário com perguntas relativas à identificação, nível de saúde geral e oral e hábitos de higiene oral, e de seguida por uma inspeção intra-oral aos participantes, onde, além da determinação do nível de saúde oral, será investigada por maior pormenor a presença de lesões orais brancas. No caso de estar interessado/a em participar no estudo, será assinado o consentimento informado que segue em anexo.

Estará garantido o anonimato de todos os participantes deste estudo, sendo que as informações recolhidas serão apenas usadas para tratamento estatístico e, em casos relevantes, o recurso a registo fotográfico das lesões identificadas.

Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade e colaboração neste projeto.

Atenciosamente,

O aluno responsável pelo projeto

Pedro Almeida da Conceição

O orientador responsável

---

Professor Doutor André Correia

O co-orientador responsável

---

Prof. Dr. Tinoco Lopes

Viseu, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

## **8.2 Anexo 2 – Consentimento informado e questionário feito aos idosos das instituições visitadas**

***Prevalência e caracterização de lesões orais brancas na população idosa institucionalizada.***

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_.

Fui informado, pelo investigador/clínico responsável, de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a avaliar a minha saúde geral e oral e o impacto na minha qualidade de vida. Será realizado um questionário para avaliação de aspectos da minha vida, nomeadamente: pessoais, físicos/mentais, orais e sociais. Também será efectuada uma observação da cavidade oral para avaliação do meu estado de saúde oral.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer questões e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o total anonimato dos dados recolhidos.

Nome do participante no estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_ .Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do investigador responsável.

Assinatura: \_\_\_\_\_ .Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

***Prevalência e caracterização de lesões orais brancas na população institucionalizada.***

No âmbito da elaboração de uma Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária, no Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu, o aluno Pedro Almeida da Conceição pretende proceder à determinação da prevalência e caracterização de lesões orais brancas na população institucionalizada, além de fazer a promoção da saúde oral.

Como tal, solicitamos a sua colaboração para o preenchimento do questionário que se segue, assim como a realização de algumas medições e avaliações. O questionário deve ser preenchido individualmente. As respostas são confidenciais, sendo que só servirão para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar o questionário. De modo a garantir a validade do questionário, pedimos que responda a todas as questões.

**I – Caracterização e hábitos**

**1. Género:** Feminino Masculino

**2. Data de Nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (\_\_\_ anos)

**3. Área de residência:** Aldeia Vila Cidade

**4. Habilitações literárias:**

Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever

Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever

Frequentou a escola mas não completou a 4ª classe

Fez exame da 4ª classe

Completou o 9º ano, antigo 5º ano

Completou o 12º ano, antigo 7º ano

Completou um curso do ensino superior

Possui um nível de ensino completado na idade adulta

Ingressou em aula de Ensino Especial

Outro

**5. Estado civil:**  Solteiro(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)

**6. Tem filhos?**  Sim  Não

**7. Quem assume o papel de principal prestador de cuidados?**

Conjuge

Filho(a)

Outros familiares

Cuidadores do lar/centro de dia

**8. Com que pessoas coabita?**

Conjuge/Companheiro(a)

Filhos

Netos

Nora/Genro

Instituição

Ninguém (vive sozinho)

Outro

**9. Tem alguma das seguintes doenças?**

**a)** Artrite/Reumatismo  Sim  Não

**b)** Glaucoma/Cataratas  Sim  Não

**c)** Asma/Bronquite/DPOC  Sim  Não

**d)** Hipertensão arterial  Sim  Não

**e)** Diabetes  Sim  Não

**f)** Problemas cardíacos  Sim  Não

**g)** Problemas circulatórios  Sim  Não

**h)** Problemas gástricos  Sim  Não

**i)** Doenças oncológicas  Sim  Não

**j)** Dislipidemia  Sim  Não

**k)** Doenças renais  Sim  Não

**l)** Doenças hepáticas  Sim  Não

**m)** Doenças urinárias  Sim  Não

**n)** Antecedentes de AVC  Sim  Não

- o) Doença de Parkinson  Sim  Não
- p) Doenças da pele  Sim  Não
- q) Doenças psiquiátricas  Sim  Não
- r) Doenças degenerativas  Sim  Não
- s) Doenças infeto-contagiosas  Sim  Não

**10. Toma medicamentos diariamente?**  Sim  Não

a) Se sim, quais?

\_\_\_\_\_

---

**11. Alguma vez realizou tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia?**

Sim  Não

a) Se sim, há quanto tempo?

\_\_\_\_\_

**12. Realiza algum tipo de atividade física?**  Sim  Não

a) Se sim, que tipo e com que frequência?

\_\_\_\_\_

**13. Costuma fumar?**  Sim  Não  Ex-fumador

a) Se sim, quantos cigarros fuma por dia?

\_\_\_\_\_

b) Se é ex-fumador, há quanto tempo não fuma?

\_\_\_\_\_

**14. Costuma consumir bebidas alcoólicas?**  Sim  Não

a) Se sim, com que frequência?

\_\_\_\_\_

## II – Saúde oral

**1. Costuma escovar os dentes e/ou próteses diariamente?**  Sim  Não

a) Se sim, quantas vezes por dia? \_\_\_\_

**2. Costuma usar fio dentário?**  Sim, diariamente  Sim, às vezes  Não

**3. Efetuou alguma consulta no médico dentista nos últimos 12 meses?**

Sim  Não

a) Se sim, qual foi o motivo da consulta?

\_\_\_\_\_

b) Se não, quando foi a última vez?

c) Se não, qual o principal motivo para não o consultar?

- Fatores económicos
- Receio/Medo
- Falta de necessidade
- Falta de meios logísticos/transporte

4. **Alguma vez usufruiu do cheque-dentista?**  Sim  Não  Não sei

5. **Sente alguma dor na região da face ou mesmo no interior da boca?**

Sim  Não

6. **Sente dificuldade em mastigar os alimentos e a “engoli-los”?**

Sim  Não

7. **Sente alguma alteração no paladar?**  Sim  Não

8. **Sente ou costuma sentir a boca “seca”?**  Sim  Não

a) Se sim, tenta compensar isto com um maior consumo de água?

Sim  Não

### III – PRÓTESES DENTÁRIAS (caso se aplique)

1. **Usa prótese(s) dentária(s)?**  Sim  Não

2. **De que tipo?**  Total  Parcial acrílica  Parcial esquelética  Fixa

2. **Quando usa a sua prótese?**  Sempre  Às vezes  Só durante as refeições  Nunca

3. **Sente-se melhor desde que colocou a sua atual prótese dentária?**

Sim  Não  Não sei.

4. **Sente algum desconforto e/ou dor ao usar a prótese?**  Sim  Não

5. **Consegue comer normalmente com a prótese?**

Sempre  Às vezes  Raramente  Nunca

6. **Sente-se satisfeito(a) com a sua prótese?**  Sim  Não

**7. Costuma retirar a prótese para dormir?**

Sempre  Às vezes  Raramente  Nunca

**8. Costuma fazer a higienização da sua prótese?**

Sempre  Às vezes  Raramente  Nunca

a) Se higieniza a prótese todos os dias, quantas vezes/dia higieniza a sua prótese? \_\_\_\_\_ vezes.

**9. Qual o método que utiliza para higienizar a prótese?**

---

---

---

**10. Há quanto tempo utiliza uma prótese dentária? \_\_\_\_\_ anos.**

**11. Há quanto tempo tem a atual prótese dentária? \_\_\_\_\_ anos.**

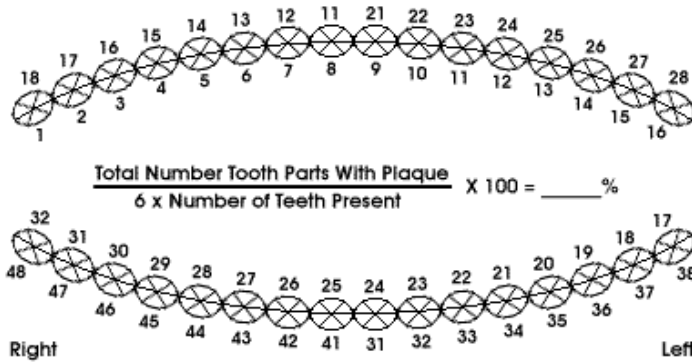
**IV – OBSERVAÇÃO INTRA-ORAL**

**1. Índice CPOD**

<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>

Cariados \_\_\_ Perdidos \_\_\_ Obturados \_\_\_ Total \_\_\_

## 2. Índice de placa de Silness and Løe



Código		Condição
DD	DP	
A	0	Hígido
B	1	Cariado
C	2	Rest. c/ cárie
D	3	Rest. s/ cárie
E	4	Ausente p/ cárie
-	5	Ausente (outro)
F	6	Selante
G	7	Prótese, Implantc
-	8	Não erupcionado
T	T	Traumatismo
-	9	Não registado

Lábios

---



---

Língua

---



---

Palato duro

---



---

Palato mole

---



---

Vestíbulos e freios

---



---

Pavimento da boca

---



---

Reg. Jug. Direita

---



---

Reg. Jug. Esquerda

---

---

Gengivas

---

Prótese

---

Higiene Oral

---

Fluxo salivar

---

***Informação individual da saúde oral do idoso***

<b><i>Avaliação da saúde oral</i></b>	
<b><i>Nome</i></b>	
<b><i>Cárie dentária</i></b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantas? _____.
<b><i>Infecções</i></b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b><i>Problemas periodontais</i></b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Gengivite <input type="checkbox"/> Periodontite
<b><i>Reajuste de próteses dentárias</i></b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<b><i>Necessidade de tratamento médico-dentários?</i></b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Observações:

---

---

