



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DE LESÕES DE TECIDOS MOLES EM PACIENTES COM DEFICIÊNCIA

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

Por:

Bárbara Mota Figueiredo

Viseu, 2025



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DE LESÕES DE TECIDOS MOLES
EM PACIENTES COM DEFICIÊNCIA**

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

Por:

Bárbara Mota Figueiredo

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Couto

Coorientadores: Professor Doutor Nélio Veiga, Professor Doutor Tiago Marques

Viseu, 2025

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todas as pessoas com deficiência, cuja resiliência tanto ensina a cada um de nós. Com a esperança de que este contributo possa honrar as suas histórias e promover um futuro de maior igualdade. Dedico-a, ainda, a todos aqueles que sinto tão fortemente no meu coração. A vossa presença dá sentido ao meu caminho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Patrícia Couto, expresso o meu profundo agradecimento pela disponibilidade constante, paciência e orientação. É, sem dúvida, uma referência para mim, não apenas pelo domínio de conhecimentos que detém, mas também por ser uma das professoras mais calorosas com que tive o gosto de me cruzar. O meu crescente apreço e entusiasmo pela Medicina Oral são certamente moldados pelo seu exemplo.

À instituição, APPACDM-Viseu, a todos os seus colaboradores e utentes, a minha sincera gratidão pela gentileza e amabilidade com que me receberam, que muito contribuíram para a concretização da recolha de dados.

A toda a equipa da Faculdade - à minha binómia, docentes, funcionários e colegas de curso - que me brindou com palavras de confiança e incentivo ao longo dos anos. Considero um enorme privilégio ter observado de perto a vossa mestria. Aprendi muito com cada um de vós.

Aos meus pais, Graça e Joaquim, que sempre me ensinaram que a verdadeira beleza reside no interior, agradeço por todos os valores que me transmitiram e por me inculcaram a certeza de que sou capaz de concretizar tudo a que me proponho. Serei eternamente grata pelo vosso amor e por estarem ao meu lado em cada capítulo.

À minha família, em especial aos meus avós, expresso o meu mais sentido agradecimento por tudo o que me proporcionam. A vossa máxima acompanhar-me-á para toda a vida: *Tudo o que é feito com amor é bem feito*. O afeto que vos dedico é incomparável e será preservado para sempre.

À Marta, a minha irmã e amiga mais especial, agradeço de coração. Tanto do que sou te reflete a ti. És sinónimo de amizade verdadeira e de tudo o que há de mais positivo. Obrigada.

Ao Gui, Nuno, Simão e Margarida - os meus melhores amigos - que, apesar da distância, se fazem sentir sempre perto. Obrigada por tornarem a vida mais leve e bonita.

À Leo, a primeira amiga que a faculdade me proporcionou e aquela que se tornou uma certeza. Quando olho para trás e recordo os meus melhores momentos, tu estás em todos eles. A admiração e o carinho que nutro por ti são únicos e intemporais. A minha imensa gratidão.

À Bá, Ritinha, Ju, Ana e ao Mi: Ser vossa amiga foi a minha parte favorita deste percurso. Foram muitas as vezes em que partilhámos dissabores e, sobretudo, abraços apertados. Obrigada por nunca soltarem a minha mão.

RESUMO

Introdução: Indivíduos com deficiência apresentam vulnerabilidades acrescidas, sendo a identificação de lesões de tecidos moles um indicador da sua condição de saúde e do acesso a cuidados. Estudos direcionados a este grupo são escassos, limitando a compreensão das suas reais necessidades clínicas.

Objetivo: Este estudo propôs-se a determinar a prevalência e a caracterizar clinicamente lesões de tecidos moles orais em adultos com deficiência, institucionalizados na APPACDM-Viseu, investigando a sua relação com diferentes variáveis, além de avaliar potenciais fatores predisponentes e referenciar casos suspeitos.

Métodos: Foi conduzido um estudo observacional transversal, baseado num exame clínico intraoral e na aplicação de um questionário estruturado ao cuidador. Os dados recolhidos foram alvo de análise estatística descritiva e inferencial, com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26.0, estabelecendo-se $p < 0,05$ como nível de significância.

Resultados: A prevalência global de lesões foi de 22,95%. As entidades mais frequentes corresponderam a lesões de mordisqueio, lesões vasculares, papilomas e candidíases pseudomembranosas. Registou-se um predomínio pelo sexo masculino, em particular com idade média mais avançada. Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre o uso de prótese e a presença de lesões inflamatórias/infecciosas, sugerindo um possível fator de risco.

Conclusão: A presente investigação surge como um contributo pioneiro para esta temática, evidenciando a importância da monitorização sistemática da mucosa oral deste grupo tão vulnerável. Os resultados obtidos sustentam a necessidade de estratégias preventivas específicas e de protocolos clínicos adaptados, promovendo a equidade em saúde oral.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência; Desigualdades em saúde; Mucosa oral; Patologia oral; Medicina Dentária Preventiva.

ABSTRACT

Introduction: Individuals with disabilities present increased vulnerabilities and the identification of oral soft tissue lesions is an indicator of their health status and access to care. Studies specifically addressing this group are scarce, limiting the understanding of their actual clinical needs.

Objective: This study aimed to determine the prevalence and clinically characterize soft tissue lesions in adults with disabilities institutionalized at APPACDM-Viseu, investigating their relationship with different variables, as well as assessing potential predisposing factors and referring suspicious cases.

Methods: A cross-sectional observational study was conducted, based on an intraoral clinical examination and the administration of a structured questionnaire to the caregiver. Data collected were subjected to descriptive and inferential statistical analysis using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 26.0, with a significance level set at $p < 0.05$.

Results: The overall prevalence of lesions was 22.95%. The most frequent entities were leucoplakia buccarum, vascular lesions, papillomas and pseudomembranous candidiasis. A predominance was observed in males, particularly among individuals of higher mean age. A statistically significant association was found between denture use and the presence of inflammatory/infectious lesions, suggesting a possible risk factor.

Conclusion: This investigation represents a pioneering contribution to this topic, highlighting the importance of systematic monitoring of the oral mucosa in this highly vulnerable group. The findings support the need for specific preventive strategies and adapted clinical protocols, promoting equity in oral health.

Key words: Persons with disabilities; Health disparities; Mouth mucosa; Oral pathology; Preventive Dentistry.

ÍNDICE

1.1. DEFICIÊNCIA	2
1.1.1. <i>DEFINIÇÃO</i>	2
1.1.2. <i>PREVALÊNCIA</i>	3
1.1.3. <i>CARACTERIZAÇÃO</i>	4
1.1.4. <i>BARREIRAS AO TRATAMENTO MÉDICO-DENTÁRIO</i>	5
a) Barreiras individuais	6
b) Barreiras materiais e instrumentais	6
c) Barreiras de saúde sistêmica	6
d) Barreiras relacionais e atitudinais	6
e) Barreiras estruturais e políticas	7
1.1.5. <i>SAÚDE ORAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA</i>	7
a) Panorama geral da saúde oral na deficiência	7
b) Impacto da medicação na cavidade oral	9
c) Qualidade de vida relacionada com a saúde oral	9
1.2. CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES DE TECIDOS MOLES	10
1.2.1. <i>LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS E CANCRO ORAL</i> ..	10
a) Leucoplasia	10
b) Eritroplasia	11
c) Cancro oral: carcinoma de células escamosas	12
1.2.2. <i>LESÕES PROLIFERATIVAS BENIGNAS</i>	12
a) Papiloma escamoso	13
b) Lesões vasculares	13
1.2.3. <i>LESÕES REATIVAS OU TRAUMÁTICAS</i>	14
a) Fibroma traumático	14
b) Granuloma piogénico	15
c) Mucocelo	17
d) Epúlide fissurada	17
e) Lesão de mordisqueio	18
1.2.4. <i>LESÕES INFECIOSAS/ INFLAMATÓRIAS</i>	19
a) Candidíase oral	20
b) Estomatite protética	21
2. OBJETIVOS	23
3. MATERIAIS E MÉTODOS	25
3.1. DESENHO DO ESTUDO	26
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	26
3.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	27
3.3.1. <i>Questionário Estruturado</i>	27
3.3.2. <i>Exame Clínico Intraoral</i>	28
3.4. CALIBRAÇÃO DO EXAMINADOR	29
3.5. PRINCÍPIOS ÉTICOS	30
3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA	31
4. RESULTADOS	34
5. DISCUSSÃO	49
6. CONCLUSÃO	62
7. BIBLIOGRAFIA	64
8. ANEXOS	71

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA POR GÊNERO E IDADE	35
TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO DAS PATOLOGIAS.....	36
TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO.....	37
TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS HÁBITOS DOS INQUIRIDOS.	38
TABELA 5 – CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE.....	39
TABELA 6 – EXISTÊNCIA DE LESÕES EM FUNÇÃO DO GÊNERO, IDADE, NÚMERO DE PATOLOGIAS, NÚMERO DE FÁRMACOS, HÁBITOS DOS PACIENTES E UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE.	41
TABELA 7 – PRESENÇA DE LESÕES TRAUMÁTICAS/REATIVAS EM FUNÇÃO DO GÊNERO, IDADE, NÚMERO DE PATOLOGIAS, NÚMERO DE FÁRMACOS, HÁBITOS DOS PACIENTES E UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE.	45
TABELA 8 – PRESENÇA DE LESÕES PROLIFERATIVAS/POTENCIALMENTE MALIGNAS EM FUNÇÃO DO GÊNERO, IDADE, NÚMERO DE PATOLOGIAS, NÚMERO DE FÁRMACOS, HÁBITOS DOS PACIENTES E UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE.....	46
TABELA 9 – PRESENÇA DE LESÕES INFLAMATÓRIAS/INFECIOSAS EM FUNÇÃO DO GÊNERO, IDADE, NÚMERO DE PATOLOGIAS, NÚMERO DE FÁRMACOS, HÁBITOS DOS PACIENTES E UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE.	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – CARACTERIZAÇÃO DA PRESENÇA DE LESÕES.	39
GRÁFICO 2 – IDENTIFICAÇÃO DAS LESÕES EXISTENTES.	40
GRÁFICO 3 – GRUPOS DAS LESÕES EXISTENTES	43

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

APPACDM-Viseu: Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Viseu

CACI: Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

CDPD: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CES-UCP: Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIP: Clinical Intelligence Platform

COVID-19: Coronavirus Disease 2019

FMDUCP: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

HPV: Vírus do papiloma humano

LOPM: Lesões orais potencialmente malignas

Nd:YAG: Neodymium-doped Yttrium Aluminium Garnet

OHRQoL: Health-Related Quality of Life

OMD: Ordem dos Médicos Dentistas

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAS: Ácido Periódico de Shiff

PIPCO: Programa de Intervenção Precoce do Cancro Oral

SPSS: Software *Statistical Package for the Social Sciences*

1. INTRODUÇÃO

1.1. DEFICIÊNCIA

1.1.1. DEFINIÇÃO

Em 2001, com a publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a Organização Mundial de Saúde (OMS) assinalou uma mudança de paradigma significativa na forma como se compreende a deficiência. Ao adotar o modelo biopsicossocial, a deficiência passou a ser entendida como o resultado de uma interação complexa entre as alterações das funções ou estruturas corporais e fatores contextuais (ambientais, pessoais e sociais), que, por sua vez, condicionam a funcionalidade e a participação do indivíduo com deficiência na sociedade. Esta abordagem contrasta com a perspectiva biomédica tradicional, que tende a reduzir a deficiência à sua dimensão patológica, e introduz uma visão integrada, centrada na experiência real da pessoa e na influência que o contexto ambiental exerce sobre ela.(1)

Neste enquadramento, a deficiência deixa de ser concebida como uma condição intrínseca ao indivíduo e passa a ser reconhecida como um fenómeno multidimensional e dinâmico, decorrente da interação entre condições de saúde e fatores contextuais que condicionam a realização de atividades e a inclusão social. A CIF estabelece, nesse sentido, uma linguagem conceptual comum para a descrição dos diversos domínios da funcionalidade humana, incluindo funções e estruturas corporais, atividades, participação, além de fatores ambientais e pessoais, favorecendo uma abordagem compreensiva, relacional e centrada na pessoa.(2)

À luz desta perspetiva, entende-se, por pessoas com deficiências, aquelas que possuem incapacidades físicas, sensoriais, intelectuais ou mentais, de carácter duradouro, cuja interação com barreiras externas pode comprometer, de forma significativa, a sua plena participação na sociedade, em condições de dignidade, inclusão e equidade com os demais. Esta definição é consagrada na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada pelas Nações Unidas em 2006, a qual reafirma o direito à igualdade de oportunidades, à inclusão plena e ao acesso universal a todos os domínios da vida, em particular à saúde, à educação, ao trabalho e à justiça.(3)

1.1.2. PREVALÊNCIA

A determinação da prevalência da deficiência, ainda que metodologicamente exigente, reveste-se de importância estratégica para a formulação de políticas públicas de reconhecida eficácia e equitativas.

Em 2021, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimava que cerca de 16% da população mundial, na ordem das 1,3 mil milhões de pessoas, vivia com algum tipo de deficiência. Dos indivíduos contabilizados, aproximadamente 142 milhões apresentavam níveis severos de incapacidade. De acordo com os dados disponíveis, a prevalência tende a ser mais elevada em países de alto rendimento (21,2%) do que em nações de baixo rendimento (12,8%). No plano geográfico, a Europa apresenta a maior prevalência (20%), seguida da América (19,4%), ao passo que o continente africano regista a menor prevalência (12,8%), fenómeno que poderá ser um reflexo de subnotificação, limitações no acesso ao diagnóstico e de divergências metodológicas nos sistemas estatísticos nacionais.(1,4)

Existe um aumento expressivo da prevalência em função da idade: é estimada em 5,8% entre crianças e adolescentes (0-14 anos) e 34,4% entre indivíduos com mais de 60 anos, sendo plausível considerar que um em cada três idosos manifeste algum grau de limitação funcional. No que diz respeito à tipologia, a deficiência intelectual manifesta-se predominantemente em jovens adultos, enquanto as deficiências físicas se revelam mais prevalentes na população de meia-idade e idosa.(1,5)

A título complementar, observam-se disparidades de género: a prevalência entre mulheres é superior (18%) quando comparada com os homens (14,2%), possivelmente resultante tanto de fatores biológicos como de determinantes sociais e culturais.(1)

Os cenários demográficos e epidemiológicos contemporâneos esclarecem, em parte, a trajetória ascendente da prevalência de deficiência em escala global. O envelhecimento populacional, o aumento da esperança média de vida e a maior incidência de doenças crónicas não transmissíveis assumem um papel estruturante na configuração deste cenário. Paralelamente, eventos como conflitos armados,

catástrofes naturais, acidentes rodoviários e crises sanitárias, tal como a pandemia de COVID-19, têm igualmente contribuído para o agravamento da incidência de deficiência nas populações afetadas.(1,6)

Em Portugal, em 2021, estimou-se que 10,9% da população com idade igual ou superior a cinco anos, tinha pelo menos uma incapacidade, com incidência superior no sexo feminino. Condições como a Paralisia Cerebral, a Síndrome de Down e os Transtornos do Espectro do Autismo, figuram como as formas mais prevalentes de deficiência física, intelectual e de neurodesenvolvimento, respetivamente.(7)

1.1.3. CARACTERIZAÇÃO

Embora frequentemente percecionadas como um grupo homogéneo, as pessoas com deficiência constituem uma população profunda e marcadamente heterogénea, cuja diversidade exprime a complexidade intrínseca da condição humana. Cada indivíduo apresenta necessidades específicas e vive realidades distintas, determinadas não apenas pela natureza da sua condição de saúde, mas também pelo contexto sociocultural em que se insere. Assim, dois indivíduos com o mesmo diagnóstico clínico poderão vivenciar graus bastante diferentes de limitação funcional, consoante o acesso a recursos, apoio social, cuidados de saúde, além de oportunidades de participação ativa na comunidade.(1,8)

A experiência da deficiência é moldada pelo cruzamento de diversos fatores sociais, entre os quais se destacam o género, a idade, a etnia, a orientação sexual, o estatuto socioeconómico, o grau de escolaridade e o local de residência. Esta interseccionalidade implica que indivíduos com deficiência, que integram simultaneamente outros grupos vulnerabilizados, enfrentem barreiras acrescidas e uma multiplicidade de formas de discriminação estrutural. Crianças, mulheres, idosos, migrantes e indivíduos residentes em zonas rurais evidenciam uma propensão acrescida para a exclusão social e para o acesso desigual aos cuidados de saúde.(1,9)

Cumprindo ainda referir que a experiência da deficiência pode ser condicionada por fatores históricos, culturais e políticos. Estudos demonstram que o modo como a

sociedade conceptualiza a deficiência influência diretamente o acesso a direitos, recursos e suporte institucional. O capacitismo, sistema de crenças e práticas que desvaloriza as pessoas com deficiência, está frequentemente enraizado em normas sociais e estruturas institucionais, alimentando mecanismos persistentes de exclusão e desvalorização deste grupo. O preconceito estrutural em torno da deficiência compromete a equidade no acesso a oportunidades educacionais, profissionais e de participação cívica, limitando o exercício pleno da cidadania.(10)

Deve ser igualmente enfatizado que a deficiência não constitui uma realidade estática: a sua expressão pode variar ao longo do tempo, em função da evolução do quadro clínico de base, da disponibilidade de recursos terapêuticos, das redes de apoio existentes e das reconfigurações contextuais de ordem física e estrutural. Esta mutabilidade inerente exige uma abordagem individualizada, contínua e ancorada ao respeito pelos direitos humanos, de modo a preservar a autonomia, a autodeterminação e a dignidade de cada pessoa.(11)

À luz dos elementos apresentados, torna-se essencial compreender a deficiência numa perspetiva ampla, intersetorial e direcionada para a justiça social, capaz de guiar o desenho de diretrizes públicas integradas, que promovam a igualdade, a acessibilidade universal, bem como a inclusão plena em todas as esferas da vida em sociedade.(1,12)

1.1.4. BARREIRAS AO TRATAMENTO MÉDICO-DENTÁRIO

Apesar dos avanços legislativos e sociais registados nas últimas décadas, em matéria dos direitos das pessoas com deficiência, persistem as desigualdades profundas no acesso a cuidados de saúde, notavelmente no setor da medicina dentária. Trata-se de um grupo exposto a múltiplos constrangimentos, que operam em simultâneo e que inviabilizam ou dificultam o acesso equitativo a serviços de saúde oral de qualidade.(1,13)

a) Barreiras individuais

Vários elementos da população com deficiência enfrentam barreiras intrínsecas à sua condição que prejudicam a manutenção da sua saúde oral. A dependência de cuidadores para o desempenho de tarefas básicas de higiene (como a escovagem dentária e o uso de fio dentário) constitui uma realidade particularmente frequente entre pessoas com deficiência intelectual ou limitações motoras severas. Quando os cuidadores estão sobrecarregados este cenário agrava-se, conduzindo a práticas de higiene oral insuficientes ou incorretas. Cumpre ainda referir que, a baixa literacia em saúde, registada com regularidade neste grupo, compromete a perceção do risco, a adoção de comportamentos preventivos e a adesão ao tratamento.(14,15)

b) Barreiras materiais e instrumentais

O recurso a dispositivos de higiene oral convencionais nem sempre é viável para indivíduos com deficiência, caracterizados pelas suas limitações funcionais. As escovas de dentes manuais requerem destreza motora fina, o que pode, em situações extremas, tornar a sua utilização impossível em caso de tremores ou paralisia. O fio dentário clássico representa outro desafio, atribuído à complexidade da técnica manual necessária. Também a limitada oferta de produtos adaptados exacerba este constrangimento.(16,17)

c) Barreiras de saúde sistémica

É pertinente referir que diversas condições sistémicas frequentemente associadas à deficiência (entre as quais se destacam a epilepsia, esquizofrenia, entre outras) representam desafios adicionais à gestão da saúde oral, devido à própria situação clínica, à medicação prescrita e às restrições alimentares impostas. As dietas hiperglicídicas, de consistência mole e o uso crónico de fármacos são característicos deste grupo e aumentam o risco de desenvolvimento de patologias orais.(18,19)

d) Barreiras relacionais e atitudinais

Para além das barreiras discutidas previamente, somam-se aquelas de índole relacional e atitudinal, como a formação insuficiente dos médicos dentistas para lidar com pacientes com deficiência. A estigmatização e o capacitismo por parte dos profissionais de saúde, marcados por atitudes negativas como a escassa empatia,

desincentivam a procura de cuidados por parte dos utentes ou dos seus cuidadores. Este panorama contribui para o subtratamento e perpetua desigualdades nos cuidados prestados.(20,21)

Adicionalmente, na ótica do paciente, as alterações cognitivas e comportamentais, tais como a resistência à manipulação intraoral, défices de atenção ou dificuldades de compreensão de orientações, constituem entraves à colaboração em ambiente clínico, bem como ao autocuidado eficaz. Tais limitações, combinadas com o medo do tratamento, a carência de autonomia financeira e a dependência de terceiros para deslocações e tomada de decisões intensificam a vulnerabilidade deste grupo.(22,23)

e) Barreiras estruturais e políticas

A escassez de profissionais qualificados, a ausência de protocolos clínicos adaptados e a falta de transporte adequado são, muitas vezes, apontados como obstáculos à prestação de cuidados acessíveis e de qualidade.(13,24)

Paralelamente, a inexistência de programas preventivos específicos para esta população, a ausência de um acompanhamento clínico estruturado e a fraca articulação entre profissionais e serviços de saúde refletem a desvalorização institucional da saúde oral.(25,26)

Neste contexto, torna-se imperativo a inclusão efetiva da medicina dentária nos serviços de saúde primários e nos planos estratégicos de saúde pública, tendo por base a criação de políticas públicas orientadas para a prevenção, o reforço da articulação interprofissional e a capacitação contínua dos profissionais, de modo a garantir um acesso justo, contínuo e humanizado aos cuidados de saúde oral.(27,28)

1.1.5. SAÚDE ORAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

a) Panorama geral da saúde oral na deficiência

Enquanto dimensão indissociável da saúde global, a saúde oral é uma componente basilar do bem-estar e da qualidade vida. Assume uma particular importância em

peessoas com deficiência, cuja condição de vulnerabilidade acrescida envolve maior suscetibilidade a patologias orais. Em virtude das suas limitações cognitivas, físicas, sensoriais e/ou comportamentais, estes indivíduos deparam-se com desafios substanciais na manutenção de uma boa higiene oral, no acesso a um seguimento clínico regular e na adesão à terapêutica odontológica.(29,30)

A evidência científica indica que pessoas com deficiência registam maior propensão para desenvolver cáries, doença periodontal, má oclusão, anomalias de odontogênese, edentulismo e lesões de tecidos moles. Este padrão de risco está geralmente interligado com práticas de higiene oral insatisfatórias, dificuldades de motricidade fina, alimentação rica em hidratos de carbono, respiração oral e administração crónica de fármacos que reduzem o fluxo salivar.(31,32)

Cabe ainda sublinhar que, de acordo com a literatura, a tipologia e o grau de deficiência exercem influência direta sobre a condição oral, moldando o perfil de risco e as necessidades clínicas associadas.(33)

Indivíduos com deficiência intelectual apresentam, de modo reiterado, capacidade limitada para compreender a relevância da higiene oral, dificuldades de cooperação durante o exame clínico, um risco acrescido de desenvolver processos infecciosos orais, além de rotinas de cuidados menos eficazes, muitas vezes devido à dependência de cuidadores insuficientemente instruídos ou sobrecarregados pelas exigências intrínsecas ao seu trabalho. Note-se, a título de exemplo, que utentes com Síndrome de Down evidenciam uma maior prevalência de doença periodontal de início precoce, bem como agenesias dentárias.(33–35)

Por outro lado, pessoas com deficiência motora podem debater-se com obstáculos físicos significativos que comprometem a higiene dentária. A par disso, a condição neuro-motora característica da paralisia cerebral constitui um fator predisponente para má oclusão, bruxismo, traumatismos dentários e alterações no padrão de deglutição.(36–39)

Em contrapartida, os pacientes com deficiências sensoriais, como cegueira ou surdez, estão sujeitos a limitações no fluxo comunicacional durante a consulta, o que poderá influenciar adversamente a eficácia do atendimento.(40,41)

b) Impacto da medicação na cavidade oral

A terapêutica farmacológica prolongada, uma prática habitual amplamente utilizada nestes indivíduos, tem um impacto notável na saúde oral. Pessoas com deficiência, em especial aquelas com perturbações neurológicas ou psiquiátricas, são habitualmente medicadas com antipsicóticos, antidepressivos, antiepiléticos e ansiolíticos, passíveis de afetar negativamente a saúde oral. Estes têm capacidade de desencadear xerostomia, hiperplasia gengival, candidíase, maior suscetibilidade a infeções e distorções do paladar. A alteração da salivação e do pH oral compromete os mecanismos biológicos de proteção da mucosa e dos tecidos orais. Uma vez rompido o equilíbrio homeostático, é favorecida a ocorrência de patologias orais oportunistas e o agravamento de quadros inflamatórios pré-existentes.(42–44)

c) Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

A relação entre o bem-estar subjetivo e a saúde oral tem sido largamente investigada através do conceito de Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL), um construto multidimensional que abrange domínios como a função oral, dor orofacial, aparência orofacial e impacto psicossocial.(45)

As repercussões da saúde oral na qualidade de vida são notoriamente marcantes entre pessoas com deficiência, cuja vulnerabilidade clínica e social pode amplificar os efeitos negativos das condições não tratadas. Sintomatologias como dor crónica, perda de função mastigatória, halitose e alterações estéticas decorrentes de lesões podem comprometer de forma significativa a autoestima, a comunicação, a socialização e a participação ativa na vida comunitária.(46,47)

Diversas ferramentas de avaliação do impacto das condições orais na qualidade de vida têm demonstrado que a presença de patologias orais não controladas encontram-se ligadas a quadros depressivos mais severos, ao isolamento social, bem como a comportamentos de retraimento, sobretudo entre pessoas com deficiência.(48,49)

Face a este cenário, a implementação de estratégias de prevenção sistemática, de diagnóstico precoce e de cuidados contínuos e adaptados impõe-se como prioridade para a promoção do bem-estar geral.(50)

1.2. CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES DE TECIDOS MOLES

À luz dos fatores clínicos, estruturais, sociais e comportamentais anteriormente explorados, torna-se imperativo compreender de forma aprofundada as patologias orais que incidem com maior frequência sobre a população com deficiência. Entre estas, as lesões de tecidos moles revestem-se de particular importância clínica, face às repercussões funcionais, estéticas e, em situações graves, pelo seu potencial de transformação maligna.

A estruturação desta secção segue grupos patológicos, de acordo com a tipologia clínica das lesões: Lesões Potencialmente Malignas e Cancro Oral; Lesões Proliferativas Benignas; Lesões Reativas ou Traumáticas e Lesões Infeciosas/Inflamatórias.

1.2.1. LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS E CANCRO ORAL

As lesões orais potencialmente malignas (LOPM) definem-se como alterações morfológicas da mucosa oral que apresentam risco de transformação neoplásica. Entre os tumores malignos da cavidade oral, destaca-se o carcinoma de células escamosas enquanto subtipo histológico mais prevalente. A identificação precoce de LOPM e o seu correto acompanhamento clínico são aspetos fundamentais para a prevenção da progressão maligna, considerando que a taxa de sobrevivência do cancro oral permanece baixa em grupos vulneráveis, sobretudo quando o diagnóstico é estabelecido em estágios avançados.(51)

De seguida, e pela sua particular relevância clínica, será abordada em mais detalhe a lesão potencialmente maligna mais comum, assim como aquela com maior risco de transformação maligna.

a) Leucoplasia

De acordo com a conceptualização proposta pela OMS, a leucoplasia oral é uma placa branca que não pode ser definida clínica ou histopatologicamente como outra condição qualquer.(52) Conforme descrito por Neville *et al.*, trata-se, portanto, de um diagnóstico de exclusão, estritamente clínico, sem implicar necessariamente

alterações displásicas. Não obstante, é reconhecida como a lesão potencialmente maligna mais prevalente da cavidade oral, com cerca de 85% dos casos de LOPM.(53)

Estima-se que a sua prevalência global oscile entre 1,36% e 3,41%, afetando preferencialmente homens a partir da quarta década de vida. A literatura descreve uma taxa de transformação maligna com valores amplos, situados entre 0,13% e 17,5%, dependentes de fatores como a presença ou ausência de displasia, hábitos de risco e localização anatômica.(53,54)

A etiologia da leucoplasia permanece parcialmente indefinida, embora exista uma associação estabelecida com o consumo de tabaco, a ingestão de álcool, infecções persistentes por *Candida*, trauma mecânico repetitivo, entre outros fatores predisponentes. A ausência de marcadores clínicos patognomônicos torna indispensável a vigilância regular da lesão e, sempre que clinicamente justificado, a realização de biópsia para exclusão de displasia ou malignidade. Os principais diagnósticos diferenciais incluem Líquen plano, leucoedema, candidíase hiperplásica crônica e queratose friccional.(53,55)

b) Eritroplasia

Caracterizada por uma coloração vermelha, a eritroplasia corresponde a uma alteração mucosa que não pode ser enquadrada, clínica ou patologicamente, em qualquer outra condição. Representa, à semelhança da leucoplasia, um diagnóstico estabelecido por exclusão. Contudo, distingue-se por um risco de transformação maligna significativamente superior, o que justifica uma abordagem clínica criteriosa.(53)

As lesões são, na maioria dos casos, assintomáticas e surgem predominantemente em adultos de meia-idade, apresentando predileção anatômica pela língua, pavimento da boca e palato mole. Frequentemente, a análise histopatológica das eritroplasias evidencia displasia epitelial moderada a severa, carcinoma in situ ou carcinoma invasivo, motivo pelo qual a sua identificação e tratamento precoce são imprescindíveis.(53,56)

c) Cancro oral: carcinoma de células escamosas

O carcinoma de células escamosas (CCE) representa cerca de 90% de todas as neoplasias malignas da cavidade oral. A sua incidência tem registado um crescimento global, com destaque nos países de baixo e médio rendimento, contextos nos quais o diagnóstico tende a ser tardio e o prognóstico comprometido devido ao acesso limitado a cuidados especializados.(57)

O CCE está vinculado ao consumo de tabaco e álcool, infeção por HPV (sobretudo HPV-16 e 18), má higiene oral, trauma crónico e imunossupressão, refletindo a natureza multifatorial da sua etiologia. A transformação maligna resulta da acumulação progressiva de alterações genéticas que afetam oncogenes e genes supressores tumorais, os quais são responsáveis por regular processos celulares fundamentais, como o ciclo celular e a apoptose.(58)

A apresentação clínica do CCE é heterogénea, podendo manifestar-se sob a forma de lesões ulceradas, endofíticas ou infiltrativas. Em estadios mais avançados, são comuns sintomas como dor, disfagia, halitose e parestesia, reflexos da extensão e profundidade da invasão tecidual. No diagnóstico diferencial, devem ser consideradas entidades como ulcerações traumáticas, candidíase hiperplásica crónica, sífilis terciária e infeções micóticas profundas. O diagnóstico definitivo exige a realização de uma biópsia.(53)

1.2.2. LESÕES PROLIFERATIVAS BENIGNAS

Esta categoria compreende lesões de origem epitelial ou vascular, com comportamento benigno, geralmente caracterizadas por um crescimento local bem circunscrito, sem evidência de invasão tecidual ou potencial metastático.(53) De seguida apresentaremos em detalhe o papiloma oral, uma das lesões benignas de origem epitelial mais comum e algumas considerações acerca das lesões de origem vascular.

a) Papiloma escamoso

O papiloma escamoso constitui uma proliferação epitelial benigna associada à infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), em particular pelos subtipos 6 e 11. Apresenta-se, habitualmente, como uma massa exofítica de superfície verrucosa ou digitiforme, com coloração esbranquiçada ou semelhante à da mucosa envolvente. Caracteriza-se por um crescimento lento, é geralmente assintomático e localiza-se, com maior frequência, no palato mole, úvula e margens laterais da língua.(59)

A sua ocorrência é mais prevalente entre a terceira e a quinta décadas de vida, embora possa manifestar-se em qualquer idade. A transmissão dá-se por contacto direto, sendo possível a autoinoculação. O diagnóstico baseia-se na avaliação clínica, devendo ser complementado pelo exame histopatológico.(53)

O tratamento preconizado é a excisão cirúrgica completa, com comportamento clínico favorável e raras recidivas documentadas. O diagnóstico diferencial inclui a verruga vulgar, o condiloma acuminado e a hiperplasia epitelial multifocal.(53,60)

b) Lesões vasculares

As lesões vasculares orais integram um grupo clinicamente heterogêneo de anomalias de origem endotelial, entre as quais se destacam, pela sua prevalência, os hemangiomas e as malformações vasculares.(61) A distinção entre estas entidades pode revelar-se desafiante na prática clínica, exigindo, em determinados casos, o recurso a exames complementares.

Clinicamente, os hemangiomas caracterizam-se por um padrão bifásico de crescimento: uma fase proliferativa, predominante na infância, seguida de involução espontânea. Em contraste, as malformações vasculares estão presentes desde o nascimento, não evidenciam regressão e acompanham o crescimento somático do indivíduo.(53)

As opções terapêuticas dependem da natureza, extensão e comportamento da lesão, podendo envolver vigilância, escleroterapia, tratamento com laser ou excisão cirúrgica.(53,62)

1.2.3. LESÕES REATIVAS OU TRAUMÁTICAS

As lesões reativas ou traumáticas da mucosa oral representam um espectro amplo de alterações benignas que resultam, na sua maioria, de estímulos irritativos crônicos ou de trauma mecânico persistente. Apesar da sua aparência muitas vezes nodular ou tumefacta, trata-se de processos hiperplásicos não neoplásicos, que refletem a capacidade adaptativa e reparadora dos tecidos orais, face a agressões externas.(53)

Entre os principais agentes etiológicos identificados encontram-se corpos estranhos, fricção mecânica recorrente, má adaptação protética, restaurações com sobrecontorno, cálculo dentário e hábitos parafuncionais como o mordiscar da mucosa oral. Estas lesões tendem a manifestar-se de forma assintomática, embora possam causar desconforto, sangramento ou ulceração quando sujeitas a novo trauma.(63)

A importância do reconhecimento clínico destas lesões reside não apenas na sua elevada prevalência, mas também no risco de confusão diagnóstica com entidades neoplásicas, especialmente em populações vulneráveis, como indivíduos com deficiência. Nestes casos, fatores como a existência de comportamentos orais repetitivos podem favorecer o desenvolvimento e a cronicidade destas alterações. Além disso, a dificuldade na expressão verbal de sintomas ou desconforto compromete, com frequência, a identificação precoce destas lesões, reforçando a necessidade de um exame clínico sistemático e criterioso.

Entre as principais lesões reativas identificadas na cavidade oral, destacam-se o fibroma traumático, o granuloma piogénico, a epúlida fissurada, o mucocelo e a lesão de mordisqueio; entidades clínicas distintas, mas unidas pela sua natureza inflamatória ou hiperplásica secundária a trauma.

a) Fibroma traumático

O fibroma traumático é, irrefutavelmente, uma das lesões mais frequentemente diagnosticadas na prática médico-dentária. Segundo Neville *et al.*, trata-se de uma hiperplasia reativa do tecido conjuntivo fibroso, induzida por trauma ou irritação local persistente. A literatura científica tem corroborado este entendimento, enquadrando

esta lesão como uma resposta proliferativa benigna e localizada, em que o tecido conjuntivo se organiza de forma nodular sob estímulo crónico.(53)

Dados recentes confirmam que o fibroma traumático é, com frequência, consequência de hábitos parafuncionais ou de fricção crónica, enfatizando a necessidade de diagnóstico precoce e remoção do agente irritativo para resolução completa.(64)

Sob o prisma clínico, manifesta-se como um nódulo bem circunscrito, geralmente sésil ou pediculado, de coloração semelhante à da mucosa adjacente, embora a irritação contínua possa induzir alterações hiperqueratósicas com aparência esbranquiçada. Exibe superfície lisa, consistência firme à palpação e crescimento lento, atingindo tipicamente dimensões inferiores a 1,5cm. Em muitos casos, permanece assintomático, salvo se ocorrer ulceração traumática secundária, o que pode provocar sensibilidade localizada ou sangramento discreto.(53)

O diagnóstico diferencial deve mencionar outras lesões benignas dos tecidos moles com morfologia clínica semelhante, tal como o granuloma piogénico ou o fibroma de células gigantes. O diagnóstico definitivo exige confirmação histopatológica, que revela uma proliferação de tecido conjuntivo denso, hialinizado ou colagenizado, coberto por epitélio escamoso estratificado que, em casos de irritação persistente, pode exibir hiperqueratose e acantose, além de infiltrado inflamatório discreto.(53,65)

O tratamento consiste na excisão cirúrgica completa da lesão, seguida da eliminação do agente irritativo causal. A taxa de recidiva é baixa, desde que a causa subjacente seja adequadamente removida.(65)

b) Granuloma piogénico

O granuloma piogénico, também conhecido como granuloma telangiectásico ou tumor grávidico (quando associado à gravidez), é a designação de uma proliferação benigna exuberante de tecido de granulação, que resulta de um estímulo inflamatório ou traumático intenso, geralmente associado à má higiene oral, irritação local ou alterações hormonais. A designação histórica “piogénico” é, atualmente, considerada inadequada, uma vez que não existe envolvimento direto de microrganismos piogénicos. De facto, a lesão representa uma resposta vascularizada e proliferativa

do estroma conjuntivo, com desenvolvimento rápido e aparência frequentemente alarmante.(66)

A literatura recente reforça que esta lesão continua a ser uma das mais prevalentes, atingindo pacientes de diferentes faixas etárias, com predileção pelo género feminino.(67)

Em termos clínicos, caracteriza-se por uma massa nodular de base pediculada ou sésil, tendencialmente ulcerada na sua superfície, que sangra facilmente ao toque devido à sua marcada vascularização. A coloração da lesão varia de acordo com a sua maturação: nas fases iniciais é tipicamente vermelho-vivo e, à medida que a lesão evolui e se torna mais colagenizada, pode adquirir tonalidades róseas ou esbranquiçadas. O seu crescimento é, por norma, rápido, podendo atingir desde poucos milímetros até vários centímetros em poucas semanas.(53)

Como localizações preferenciais, é importante destacar a gengiva marginal e a interdentária, com maior predileção pela maxila anterior. No entanto, pode surgir noutras localizações como a língua, os lábios, a mucosa jugal e o palato. Estudos indicam uma maior incidência em crianças, adolescentes e jovens adultos, com predomínio no género feminino devido a flutuações hormonais, particularmente durante a gravidez.(53,68)

O diagnóstico diferencial inclui lesões como fibroma traumático, hemangioma capilar, e granuloma periférico de células gigantes. A confirmação diagnóstica exige exame histopatológico, no qual se observa uma proliferação lobular de capilares endoteliais, infiltrado inflamatório agudo e crónico e, muitas vezes, ulceração superficial com crostas de fibrina.(53)

O protocolo terapêutico preconizado consiste na excisão cirúrgica total, idealmente completada pela curetagem da zona subjacente e remoção dos agentes irritativos. Abordagens minimamente invasivas como higiene oral reforçada, curetagem e laser CO₂ foram descritas recentemente como eficazes mesmo em lesões de maiores dimensões. Em circunstâncias clínicas associadas à gestação, a lesão pode regredir espontaneamente após o parto, sendo habitual adiar a intervenção até então. A taxa

de recidiva varia, sendo mais elevada quando a lesão não é completamente removida ou persistem fatores predisponentes.(53,67)

c) Mucocele

O mucocele, amplamente descrito como um fenômeno de extravasamento mucoso, consiste numa cavitação preenchida com mucina, derivada da rotura traumática ou da obstrução dos ductos de glândulas salivares menores. Entre estes dois subtipos (extravasamento e retenção), o mais prevalente é o extravasamento, resultante de trauma mecânico, como mordedura do lábio ou sucção labial.(53) A evidência científica recente assinala que esta lesão acomete sobretudo o lábio inferior, a língua e a mucosa jugal, além de que é particularmente comum em adolescentes e adultos jovens, sem predileção clara por género.(69)

Clinicamente, caracteriza-se como um nódulo esférico, flutuante, translúcido ou azulado, geralmente indolor, com dimensões inferiores a 1,5cm. À palpação, revela conteúdo líquido e a sua rotura ocasional pode gerar erosão transitória. Por vezes, pode comprometer tanto a função mastigatória e fonética como a harmonia estética. O diagnóstico diferencial deve contemplar o fibroma traumático, o hemangioma, o linfangioma e tumores de glândulas salivares. O diagnóstico definitivo apenas pode ser estabelecido mediante análise histopatológica, que revela mucina extravasada em tecido conjuntivo, circundada por tecido de granulação e macrófagos, sem revestimento epitelial verdadeiro.(53,69)

A conduta clínica padronizada prevê a excisão cirúrgica do mucocele com a glândula salivar envolvida. As alternativas contemporâneas envolvem a micro-marsupialização, a criocirurgia, o laser CO₂ e a terapia esclerosante local, comprovadamente eficaz e com baixa taxa de recidiva.(53,70,71)

d) Epúlida fissurada

A epúlida fissurada, também designada por hiperplasia fibrosa induzida por prótese, caracteriza-se por uma proliferação benigna do tecido conjuntivo. De acordo com Neville (53), trata-se de uma lesão reativa não neoplásica dos tecidos moles da mucosa oral em resposta a trauma mecânico contínuo, geralmente provocado por bordos protéticos desadaptados. A literatura descreve casos significativos em adultos

de meia-idade, com distribuição preferencial entre o gênero feminino, vinculados, com frequência, ao uso prolongado de próteses sem períodos de descanso ou ajustes regulares.(72)

No plano clínico, a epúlide fissurada apresenta-se como pregas fibrosas de aspeto lobulado, geralmente firmes, assentes na mucosa vestibular ou no sulco alveolar, que podem atingir dimensões consideráveis. Estas lesões, ainda que assintomáticas inicialmente, podem interferir com a estabilidade e retenção protética, causar desconforto durante a mastigação, comprometer a estética e predispor a ulcerações ou infeções secundárias. Histologicamente, observa-se que o epitélio que recobre a lesão pode revelar áreas de hiperqueratose, acantose ou até ulceração, sendo frequente a presença de infiltrado inflamatório crónico no tecido conjuntivo subjacente.(53)

O tratamento atual enfatiza uma abordagem multidisciplinar: a excisão cirúrgica completa da lesão, aliada à remodelação do vestíbulo e à substituição ou ajuste da prótese mal adaptada. As técnicas cirúrgicas assistidas por laser (como o CO₂ ou o Nd:YAG) têm demonstrado benefícios significativos, incluindo menor hemorragia intraoperatória, melhor controlo da dor, menor tempo de cicatrização e resultados estéticos superiores.(73)

e) Lesão de mordisqueio

A lesão de mordisqueio (*morsicatio buccarum*) pode ser descrita como uma lesão reativa resultante de um hábito parafuncional de mordedura repetitiva da mucosa. Trata-se de uma hiperqueratose induzida por trauma mecânico crónico, não associada a neoplasia ou infeção. Em termos clínicos, manifesta-se por áreas esbranquiçadas, de superfície irregular e descamativa, localizadas preferencialmente ao longo da linha oclusal.(53)

As publicações científicas contemporâneas apontam para uma relação significativa entre a lesão de mordisqueio e fatores psicológicos como ansiedade, stress e perturbações obsessivo-compulsivas, especialmente em jovens adultos e indivíduos institucionalizados.(74)

O diagnóstico é estritamente clínico, baseado na história médica e no exame intraoral. A abordagem terapêutica consiste na eliminação ou redução do hábito parafuncional, frequentemente com recurso a estratégias comportamentais, eventual utilização de dispositivos intraorais de proteção e, quando necessário, acompanhamento psicológico. A biópsia apenas está indicada em casos persistentes ou atípicos.(53)

1.2.4. LESÕES INFECIOSAS/ INFLAMATÓRIAS

As lesões infecciosas e inflamatórias da cavidade oral englobam um conjunto heterogêneo de alterações clínicas decorrentes da interação entre o sistema imunitário do hospedeiro e agentes microbianos patogênicos, nomeadamente fungos, bactérias ou vírus. Estas infeções podem resultar de infeções primárias, bem como de processos inflamatórios crônicos secundários a fatores locais, protéticos ou sistêmicos.(53)

A cavidade oral representa um ecossistema dinâmico, no qual a microbiota residente coexiste em equilíbrio com o hospedeiro. Contudo, alterações nesse equilíbrio (consequentes de imunossupressão, terapêuticas farmacológicas, próteses removíveis mal adaptadas, higiene oral insatisfatória, entre outros) criam condições favoráveis para a proliferação de microrganismos oportunistas e ao desenvolvimento de patologia.(53)

Entre as entidades clínicas mais prevalentes deste grupo, destaca-se a candidíase oral e a estomatite protética. Estas lesões, além do desconforto que podem provocar, assumem particular relevância em populações vulneráveis, dada a sua elevada prevalência, risco de cronicidade e potencial associação a complicações sistêmicas.

A correta identificação destas lesões, em articulação com a compreensão dos seus fatores predisponentes e da sua fisiopatologia é essencial para um diagnóstico atempado, tratamento efetivo e prevenção de recidivas, sobretudo em contextos clínicos de maior fragilidade.

a) **Candidíase oral**

A candidíase oral constitui a infecção fúngica mais comum da mucosa oral, tendo como principal agente etiológico a *Candida albicans*, um fungo comensal oportunista presente na microbiota oral de 30 a 55% dos adultos saudáveis. A patogênese resulta, geralmente, de uma perturbação no equilíbrio microbiológico local ou de uma interrupção da resposta imunitária do hospedeiro, permitindo a proliferação descontrolada do fungo. É mais prevalente em populações vulneráveis, como crianças, idosos, indivíduos imunossuprimidos e pessoas com deficiência, especialmente em contextos de má higiene oral, uso de próteses removíveis, tabagismo, xerostomia, diabetes mellitus, desnutrição e farmacoterapia com antibióticos ou corticoides.(75,76)

Sob o prisma clínico, a candidíase oral pode assumir diferentes variantes morfológicas, sendo as mais comuns:

- **Candidíase pseudo-membranosa:** caracterizada pela presença de placas esbranquiçadas, aderentes à mucosa, que podem ser removidas mediante ligeira fricção, expondo uma superfície eritematosa subjacente. A sua ocorrência está, em geral, relacionada com condições de imunossupressão e ao uso prolongado de corticoterapia ou antibioterapia.
- **Candidíase eritematosa:** apresenta-se tipicamente sob a forma de regiões avermelhadas e sensíveis, marcadas por atrofia das papilas filiformes, localizando-se preferencialmente na língua e no palato duro.
- **Candidíase hiperplásica crônica:** considerada menos frequente, apresenta-se sob a forma de lesões brancas espessas, aderentes e de longa duração, com localização preferencial na mucosa jugal, não removíveis à raspagem, o que a distingue clinicamente da variante pseudo-membranosa.(53)

O diagnóstico é essencialmente clínico, confirmado mediante exame citológico (coloração PAS ou Gram), cultura microbiológica ou biópsia quando necessário.(53,76)

A estratégia terapêutica estabelecida passa pela remoção de fatores predisponentes, melhoria da higiene oral e utilização de antifúngicos tópicos, como

a nistatina em suspensão ou miconazol em gel. Em casos mais graves ou refratários, é possível recorrer a antifúngicos sistêmicos, tais como o fluconazol ou o itraconazol.(53,77)

b) Estomatite protética

A estomatite protética caracteriza-se como uma inflamação crônica da mucosa em contacto com uma prótese removível, geralmente superior. Trata-se de uma condição de elevada prevalência entre utilizadores de prótese totais ou parciais, com uma incidência estimada de 20 a 80%, consoante o contexto clínico.(78)

A sua etiopatogenia é multifatorial, combinando fatores mecânicos (trauma protético, má adaptação), higiénicos (biofilme fúngico na base da prótese), biológicos (imunossenescência, alterações do fluxo salivar) e comportamentais (uso contínuo da prótese, higienização inexistente ou insuficiente).(79)

Carateriza-se clinicamente por uma área eritematosa, edemaciada e geralmente assintomática. A classificação de Newton é amplamente utilizada para categorizar a gravidade:

- Tipo I: inflamação localizada, puntiforme;
- Tipo II: eritema difuso circundante a toda a área da prótese;
- Tipo III: presença de lesões papilares hiperplásicas (aparência granulosa).(79)

O diagnóstico é eminentemente clínico, complementado por uma inspeção das condições da prótese dentária (retenção, adaptação, eventual presença de biofilme).

O protocolo terapêutico inclui:

- Aconselhamento clínico por meio de orientação comportamental do paciente e incentivo ao descanso noturno da prótese;
- Higienização da prótese;
- Ajuste, rebasamento ou substituição da prótese, quando conveniente;
- Terapêutica antifúngica tópica ou sistémica, nos casos moderados a severos.(53,78)

Em populações vulneráveis, o reconhecimento precoce e a implementação de medidas preventivas assumem particular relevância, dada a associação entre a estomatite protética e o risco acrescido de desenvolver infecções sistêmicas.(80)

2. OBJETIVOS

Esta investigação propõe-se, de um modo geral, a:

- Determinar a prevalência e descrever as características clínicas das lesões de tecidos moles orais em adultos com deficiência, institucionalizados na APPACDM-Viseu.

Centrando-se, assim, nos seguintes desígnios:

- Identificar os tipos mais prevalentes de lesões de tecidos moles orais na amostra em estudo;
- Investigar a relação entre a presença de lesões e variáveis sociodemográficas, de saúde oral e saúde sistémica;
- Avaliar eventuais fatores de risco/predisponentes associados às lesões;
- Referenciar os casos de lesões suspeitas.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. DESENHO DO ESTUDO

A presente investigação consiste num estudo epidemiológico, observacional, descritivo e transversal, desenvolvido com o propósito de determinar a prevalência e caracterizar as lesões de tecidos moles orais em pacientes com deficiência.

A amostra integrou utentes institucionalizados na Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM-Viseu), no âmbito de um protocolo de colaboração previamente estabelecido com a Universidade Católica Portuguesa. A amostra foi constituída por conveniência, incluindo todos os utentes elegíveis durante o período de recolha de dados, decorrida entre abril e junho.

O estudo foi delineado de modo a garantir uma abordagem sistemática e ética, contemplando a seleção da amostra, a recolha de dados clínicos e sociodemográficos por meio da aplicação de um questionário estruturado e a realização de um exame intraoral padronizado.

O desenho metodológico compreendeu ainda um processo prévio de calibração da examinadora principal, de forma a assegurar a fiabilidade dos diagnósticos, além de uma análise estatística adequada à natureza dos dados, permitindo uma interpretação robusta e clinicamente relevante dos resultados obtidos.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foi utilizada uma amostra de conveniência. A recolha de dados ocorreu em dois locais distintos: no Estabelecimento Dr. Victor Fontes e a Sede principal da APPACDM-Viseu, ambos pertencentes à mesma entidade.

A elegibilidade dos participantes foi determinada com base nos seguintes critérios de inclusão, delineados em conformidade com os objetivos da investigação e a especificidade da população-alvo:

- Indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos;
- Diagnóstico médico de deficiência intelectual e/ou deficiência física;

- Vínculo institucional ativo na APPACDM-Viseu (Lar Residencial, Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão, ou, Formação Profissional);
- Consentimento informado assinado pelo próprio participante ou, quando necessário, pelo seu cuidador ou representante legal;
- Comportamento colaborante durante a recolha de dados.

Os participantes que se enquadrassem nas condições abaixo descritas foram excluídos do estudo:

- Ausência nos dias programados para a recolha de dados;
- Recusa expressa em participar, mesmo que com autorização do cuidador ou responsável;
- Condições clínicas que impedissem a realização do exame intraoral.

A capacidade de consentimento foi avaliada pela equipa técnica da instituição, mediante parecer clínico. A vontade expressa do utente foi sempre respeitada, independentemente da autorização legal do cuidador ou responsável.

3.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada em duas etapas complementares: a aplicação de um questionário estruturado e a realização de um exame clínico intraoral.

3.3.1. Questionário Estruturado

O questionário foi desenvolvido com base na anamnese que integra a Clinical Intelligence Platform (CIP), da Clínica Dentária Universitária da FMDUCP, adaptada às especificidades da população em estudo (vide anexo 3).

Tendo em conta a complexidade de algumas questões, como, por exemplo, a identificação da medicação habitual ou o diagnóstico de patologias sistémicas, os questionários foram previamente entregues pela investigadora principal, ficando o seu preenchimento ao encargo da equipa técnica da APPACDM-Viseu.

Esta abordagem visou garantir maior fiabilidade na obtenção das informações clínicas e sociodemográficas, reconhecendo que muitos utentes não teriam capacidade para responder adequadamente a determinadas questões.

Após o seu preenchimento, foram devolvidos à investigadora principal para respetiva organização e análise estatística.

Com o intuito de assegurar uma caracterização abrangente da amostra, o questionário integrou variáveis categorizadas nos seguintes domínios:

- **Sociodemográficas:** idade (em anos completos), género (masculino ou feminino), tipo de vínculo institucional (lar residencial, centro de atividades e capacitação para a inclusão - CACI, formação profissional)
- **Clínicas gerais:** presença de patologias sistémicas (cardíacas, hematológicas, oncológicas, entre outras), medicação habitual, histórico de tratamentos prévios como radioterapia ou quimioterapia (sim, não, em tratamento);
- **Comportamentais:** consumo de álcool (sim, não) e tabaco (fumador, não fumador, ex-fumador);
- **Saúde oral:** uso de prótese dentária (sempre, às vezes, só durante a refeição, nunca), frequência e método de higienização da mesma (apenas com água, água e escova, pastilhas de limpeza, não higieniza), supervisão da escovagem (número diário de vezes em que a higiene oral é realizada sob supervisão) , intervalo temporal desde a última consulta ao médico dentista (menos de 1 ano, 1 ano, 2 anos, 2 a 5 anos, mais de 5 anos, nunca).

3.3.2. Exame Clínico Intraoral

O exame clínico intraoral foi conduzido num espaço cedido pela APPACDM-Viseu, previamente organizado de forma a assegurar condições ótimas de conforto e segurança para os participantes. Sempre que possível, tirou-se proveito da luz natural, complementada por iluminação artificial portátil quando necessário, assegurando visibilidade adequada das estruturas orais.

Os participantes foram posicionados numa cadeira com apoios para cabeça e braços, ligeiramente reclinada, de modo a permitir uma inspeção eficaz. O exame consistiu numa inspeção visual não invasiva, sem recurso a instrumentação exploratória ativa ou procedimentos invasivos.

Garantiu-se que os materiais empregues fossem exclusivamente descartáveis ou previamente esterilizados. Destes, constam luvas, máscaras, espelhos intraorais e compressas, em conformidade com as diretrizes de controlo da infeção cruzada. Após cada avaliação, os materiais reutilizáveis foram devidamente acondicionados e transportados para Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, onde foram submetidos aos procedimentos de desinfeção e esterilização, tal como estipulado pelos protocolos de biossegurança em vigor.

A ficha de registo utilizada para a caracterização clínica das lesões foi concebida em formato Excel e estruturada com base nos critérios estabelecidos pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), conforme descrito na “Ficha de Informação Clínica - Medicina Oral” (vide anexo 4). Este documento narrativo fornece orientações padronizadas para a observação, descrição e documentação de lesões orais em contexto clínico, assegurando o rigor e uniformidade dos dados recolhidos.

Para cada lesão observada, foram aplicados os seguintes critérios de caracterização:

- **Localização anatómica:** comissuras labiais, rebordo alveolar, lábios, mucosa jugal, palato duro, palato mole, dorso da língua, ventre da língua, pavimento da boca, úvula;
- **Cor:** vermelha, branca, translúcida, roxa-azulada, amarelada, castanha, preta;
- **Superfície:** lisa, rugosa, ulcerada, verrucosa, crostosa, pseudo-membranosa;
- **Sintomatologia:** sem dor, com dor, ardência, prurido, sangramento, sensível, latejante.

3.4. CALIBRAÇÃO DO EXAMINADOR

Com o propósito de assegurar a fiabilidade e consistência do diagnóstico clínico, a investigadora foi submetida a um processo metódico e rigoroso de calibração. O procedimento estruturou-se em torno da análise de um banco de imagens clínicas representativas de lesões de tecidos moles orais, criteriosamente selecionadas com base na literatura científica.

A calibração decorreu em dois momentos distintos, com um intervalo de 15 dias, e implicou o registo descritivo e a respetiva classificação das lesões observadas. Posteriormente, os resultados obtidos em ambas as avaliações foram comparados, com vista à aferição da concordância intra-examinador. As discrepâncias identificadas foram analisadas em conjunto com a equipa de orientação, promovendo o alinhamento conceptual e consolidando a uniformidade dos critérios diagnósticos. Esta etapa contribuiu para mitigar possíveis enviesamentos e para garantir a padronização avaliativa ao longo da recolha de dados.

Adicionalmente, durante a fase de inspeção intra-oral, em situações clínicas ambíguas que suscitavam dúvidas quanto ao diagnóstico, foi efetuado um registo fotográfico da lesão e o participante foi encaminhado para avaliação na Clínica Dentária Universitária, permitindo a reavaliação do caso pela equipa de orientação, assegurando uma abordagem cautelosa, ética e multidisciplinar além da precisão diagnóstica.

3.5. PRINCÍPIOS ÉTICOS

O estudo foi apresentado e aceite pela direção da instituição participante (APPACDM-VISEU), tendo sido igualmente submetido à apreciação da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa (CES-UCP). A documentação incluía uma descrição pormenorizada do protocolo de investigação e, após pedido de esclarecimento devido ao cariz vulnerável da amostra, foi emitido parecer favorável com o número de processo 64, assegurando o cumprimento integral das normas éticas aplicáveis à investigação com seres humanos.

Em todas as fases do estudo, foram rigorosamente salvaguardados o anonimato e a confidencialidade dos participantes.

Todos os participantes, cuidadores ou representantes legais, assinaram voluntariamente o termo de consentimento informado, após apresentação detalhada da investigação em formato oral e escrito. Foi preservado, em todos os momentos da recolha, o direito à recusa ou à interrupção da participação, sem qualquer repercussão negativa na situação clínica dos pacientes.

Em virtude da fragilidade ética associada ao perfil desta população, foram adotadas estratégias complementares de resguardo dos participantes, designadamente a adaptação da linguagem utilizada na explicação do estudo, bem como a presença dos seus cuidadores sempre que necessário. A familiarização prévia dos pacientes com o ambiente clínico, resultante da sua inclusão em projetos anteriores (como o projeto “Sorrisos Especiais”), em articulação com a experiência da orientadora no atendimento a pessoas com necessidades especiais, auxiliou na atenuação de eventuais níveis de ansiedade e potenciou uma atmosfera de proximidade, confiança, empatia e cooperação.

Mais do que um cumprimento formal de normas, o percurso ético do presente estudo pautou-se por uma atenção constante à componente humana do atendimento e da prática clínica. A investigação refletiu, em todas as suas etapas, um compromisso ético autêntico com a dignidade da pessoa humana, centrado em valores de responsabilidade, de respeito e de promoção do bem-estar individual e coletivo. A conduta investigativa procurou sustentar-se numa abordagem humanizada, expressa na empatia, na escuta ativa e na valorização do paciente enquanto sujeito central do projeto científico.

3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados recolhidos foram alvos de análise estatística através do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 26.0. O tratamento foi realizado tendo em consideração os objetivos do estudo, garantindo um processamento metódico, rigoroso e estruturado da informação obtida.

Para efeitos de análise estatística, as lesões orais identificadas foram agrupadas em três categorias distintas, tendo por base critérios clínicos e etiopatogénicos que conferem coerência interna a cada grupo. A classificação proposta foi estruturada de modo a permitir uma comparação rigorosa entre categorias com diferentes etiologias, comportamentos biológicos e potenciais prognósticos:

- Lesões traumáticas/ reativas: incluem entidades benignas associadas a trauma físico ou irritação local crónica, geralmente resultantes de estímulos mecânicos repetidos, sem implicações proliferativas.
- Lesões inflamatórias/ infecciosas: englobam lesões com origem fúngica ou inflamatória, frequentemente relacionadas com a microbiota oral ou com o uso de próteses dentárias, caracterizando-se por uma resposta inflamatória localizada e ausência de potencial maligno.
- Lesões proliferativas/ potencialmente malignas: referem-se a alterações tecidulares com comportamento proliferativo, abrangendo tanto lesões benignas como entidades com risco de transformação maligna.

O tratamento estatístico dos dados compreendeu duas componentes principais: análise descritiva e análise inferencial.

No âmbito da fase descritiva, procedeu-se à caracterização detalhada da amostra e das variáveis incluídas no estudo. Para esse efeito, recorreu-se à análise das distribuições de frequências, à apresentação das medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). Os dados foram organizados e apresentados sob a forma de tabelas e/ou gráficos representativos, acompanhados das correspondentes frequências absolutas (n) e relativas (em percentagem).

A análise inferencial teve como finalidade a deteção de relações significativas, do ponto de vista estatístico, entre variáveis alinhadas com os objetivos definidos para o estudo.

A seleção dos testes estatísticos foi orientada pela sua adequação metodológica, tendo em conta a estrutura e a natureza das variáveis a analisar. A abordagem estatística adotada incluiu os seguintes testes:

- **Teste de independência do Qui-Quadrado (χ^2):** aplicado com o objetivo de averiguar associações estatisticamente significativas entre as características dos participantes e a presença de lesões orais;
- **Teste exato de Fisher:** utilizado sempre que não foram cumpridos os pressupostos necessários à aplicação do teste do Qui-Quadrado,

nomeadamente em casos de amostras de pequena dimensão ou quando mais de 20% das células da tabela de contingência apresentaram frequências esperadas inferiores a cinco;

- **Teste não paramétrico de Mann-Whitney:** utilizado para comparar duas amostras independentes.

O nível de significância estatística foi definido em 5% ($p < 0,05$), tendo sido considerados intervalos de confiança de 95% em todas as análises realizadas.

4. RESULTADOS

A amostra foi composta por 61 indivíduos. Na tabela 1 apresenta-se a caracterização da mesma por género e idade.

Tabela 1 – Caracterização da amostra por género e idade.

Género	Frequência		Caracterização – Idade		
	n	%	Média	Desvio padrão	Mediana
Feminino	21	34,4%	43,86	11,41	44,00
Masculino	40	65,6%	41,90	10,67	43,00
Total	61	100%	42,57	10,87	43,00

Atendendo à Tabela 1, verifica-se que a maioria da amostra, correspondente a 65,6% (n=40) era do género masculino.

Relativamente à idade, a média foi de 42,57 anos com desvio padrão de 10,87 anos e mediana de 43, indicando que 50% da amostra tinha, no máximo, 43 anos. Na análise da idade por género, observou-se que as mulheres eram ligeiramente mais velhas (média de 43,86 anos com desvio padrão de 11,41 anos), enquanto os homens apresentavam idade média de 41,90 anos com desvio padrão de 10,67 anos. Em termos de valores medianos, as diferenças entre género foram pouco expressivas.

No que diz respeito ao vínculo institucional, 39,3% (n=24) dos participantes residiam em lar residencial, enquanto a maioria, 60,7% (n=37), encontrava-se em regime de Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI).

A tabela 2 apresenta a caracterização das patologias identificadas nos inquiridos.

Tabela 2 – Caracterização das patologias.

Patologias	n	%	% no total de pacientes
Problemas cardíacos	4	3,5%	6,6%
Doenças de sangue	1	0,9%	1,6%
Doenças de estômago	3	2,7%	4,9%
Doenças intestinais	4	3,5%	6,6%
Cancro	2	1,8%	3,3%
Diabetes	1	0,9%	1,6%
Hipertensão	13	11,5%	21,3%
Doenças mentais	7	6,2%	11,5%
Transtornos de neurodesenvolvimento	61	54,0%	100,0%
Outras	17	15,0%	27,9%
Total	113	100%	
Mínimo=1; Máximo= 5; Média= 1,85; Desvio padrão=1,00			

Considerando os dados da Tabela 2, observa-se que os participantes apresentavam, em média, 1,85 patologias com desvio padrão 1,00, com um mínimo de uma e máximo de cinco patologias por indivíduo.

Importa referir que todos os inquiridos apresentavam transtornos de neurodesenvolvimento. Especificamente, foram registados quinze casos de deficiência intelectual leve, vinte e três de deficiência intelectual moderada, nove casos de deficiência intelectual grave, duas situações de paralisia cerebral, onze de trissomia 21 e um caso de perturbação do espectro do autismo.

As patologias com maior incidência no grupo em estudo, foram a hipertensão arterial e as doenças mentais. Entre estas últimas, foram identificados dois casos de depressão, dois de esquizofrenia, um de transtorno obsessivo-compulsivo, um de perturbação bipolar, um de alterações comportamentais e um de síndrome alcoólica fetal. Importa referir que, apesar de terem sido enumerados oito diagnósticos distintos, estes corresponderam a sete pacientes, uma vez que um dos indivíduos apresentava simultaneamente duas doenças mentais.

Relativamente à realização de tratamentos oncológicos, foi reportado que três indivíduos teriam sido submetidos a radioterapia e/ou quimioterapia. Destes, dois realizaram os tratamentos anteriormente, enquanto um se encontrava em tratamento no momento da recolha de dados.

No que diz respeito à medicação, verificou-se que 77,0% da amostra (n=47) fazia uso de pelo menos um fármaco.

Tabela 3 – Caracterização da medicação.

Medicação	n	%	% no total de pacientes
Antipsicóticos	34	21,9%	55,7%
Anticolinérgicos	8	5,2%	13,1%
Ansiolíticos	18	11,6%	29,5%
Antidepressivos	17	11,0%	27,9%
Antiepiléticos	23	14,8%	37,7%
Antidemência	1	0,6%	1,6%
Antiulcerosos	1	0,6%	1,6%
Antigotosos	1	0,6%	1,6%
Antivertiginosos	1	0,6%	1,6%
Nootrópicos	2	1,3%	3,3%
Psicostimulantes	2	1,3%	3,3%
Antidiabéticos orais	1	0,6%	1,6%
Hormonas tiroideias	5	3,2%	8,2%
Anti-inflamatórios intestinais	4	2,6%	6,6%
Antiasmáticos	2	1,3%	3,3%
Fitoterápicos	2	1,3%	3,3%
Hipolipemiantes	6	3,9%	9,8%
Anti-hipertensores	12	7,7%	19,7%
Relaxantes musculares	1	0,6%	1,6%
Suplementos alimentares	4	2,6%	6,6%
Reguladores do sono	1	0,6%	1,6%
Hipnóticos/Sedativos	3	1,9%	4,9%
Antiarrítmicos	1	0,6%	1,6%
Antitireoidianos	1	0,6%	1,6%
Analgésicos	2	1,3%	3,3%
Antiagregantes	1	0,6%	1,6%
Anticoagulantes	1	0,6%	1,6%
Total	155	100,0%	
Mínimo=0; Máximo= 7; Média= 2,54; Desvio padrão=2,14			

Atendendo ao exposto, verifica-se que os inquiridos utilizavam, em média, 2,54 fármacos com desvio padrão de 2,14, com um mínimo de zero e máximo de sete fármacos por indivíduo. Importa destacar que 23,0% da amostra (n=14) não utilizava qualquer medicação no momento da recolha de dados.

Entre os fármacos utilizados com maior frequência, salientam-se os antipsicóticos, prescritos a 55,7% dos participantes (n=34), seguidos dos antiepiléticos (37,7%;

n=23), ansiolíticos (29,5%; n=18), antidepressivos (27,9%; n=17) e anti-hipertensores (19,7%; n=12).

A tabela 4 apresenta a caracterização dos hábitos dos inquiridos.

Tabela 4 – Caracterização dos hábitos dos inquiridos.

Características		n	%
Fumador	Não	59	96,7%
	Ex-fumador	1	1,6%
	Sim	1	1,6%
	Total	61	100%
Nº de cigarros	Até 10 cigarros	1	50,0%
	Mais de 10 cigarros	1	50,0%
	Total	2	100%
Álcool	Não	61	100%
	Sim	0	0%
	Total	61	100%
Nº vezes que faz higiene oral por dia	Uma	4	6,6%
	Duas	15	24,6%
	Três	42	68,9%
	Total	61	100%
Última Consulta (Médico Dentista)	Menos de um ano	13	21,3%
	Entre um e dois anos	37	60,7%
	Entre dois e cinco anos	7	11,5%
	Mais de cinco anos	4	6,6%
	Total	61	100%
Utilização de fio dentário	Não	55	90,2%
	Sim, às vezes	5	8,2%
	Sim, diariamente	1	1,6%
	Total	61	100%

A análise da Tabela 4 revelou que 96,7% dos pacientes (n=59) não eram fumadores e não foi reportado consumo de bebidas alcoólicas. No que diz respeito à higiene oral, a maioria (68,9%; n=42) realizava a escovagem dentária três vezes por dia. Quanto à frequência de consultas odontológicas, 60,7% (n=37) tinham consultado o médico dentista entre um e dois anos antes. Importa referir que 90,2% (n=55) não utilizavam fio dentário.

A tabela 5 apresenta a caracterização da utilização de prótese dentária na amostra.

Tabela 5 – Caracterização da utilização de prótese.

Características		n	%
Prótese	Não	56	91,8%
	Sim	5	8,2%
	Total	61	100%
Utilização de prótese	Sempre	5	100%
	Total	5	100%
Higiene da prótese	Não	1	20,0%
	Sim	4	80,0%
	Total	5	100%
Como faz	Água e escova	3	75,0%
	Pastilhas	1	25,0%
	Total	4	100%
Retira para dormir	Às vezes	5	100,0%
	Total	5	100%

Atendendo ao exposto na Tabela 5, concluiu-se que apenas cinco participantes utilizavam prótese dentária. Todos a usavam diariamente; quatro realizavam a sua higienização, três com água e escova e um com pastilhas. Em todos os casos foi reportado que as próteses eram ocasionalmente removidas durante o período noturno.

O Gráfico 1 ilustra a distribuição da amostra quanto à presença de lesões orais.

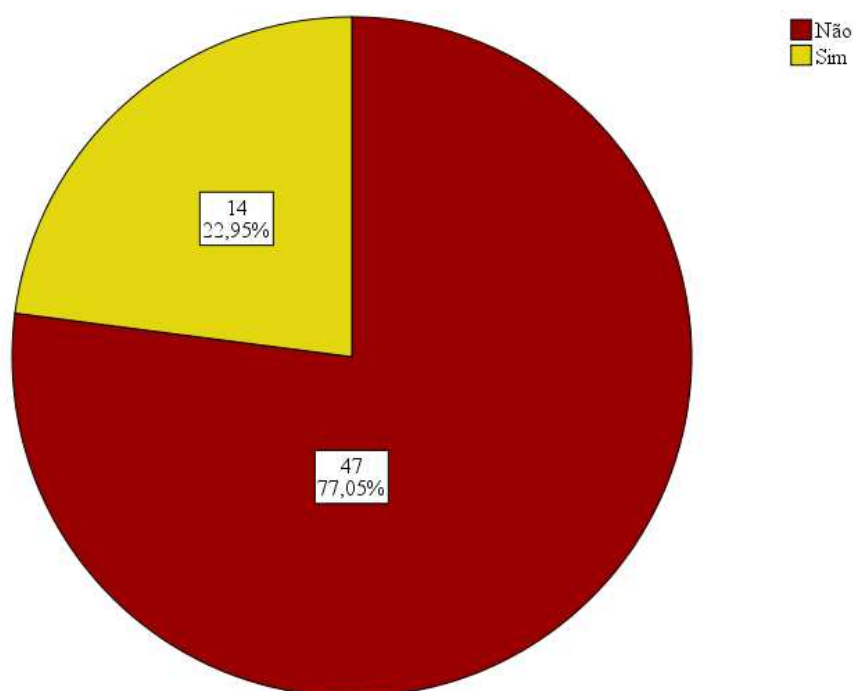


Gráfico 1 – Caracterização da presença de lesões.

Concluiu-se que 22,95% dos participantes (n=14) apresentavam pelo menos uma lesão oral no momento do exame clínico. Apenas um caso de infecção foi identificado, correspondente a um quadro de celulite facial.

A tipologia das lesões observadas encontra-se representada no Gráfico 2.

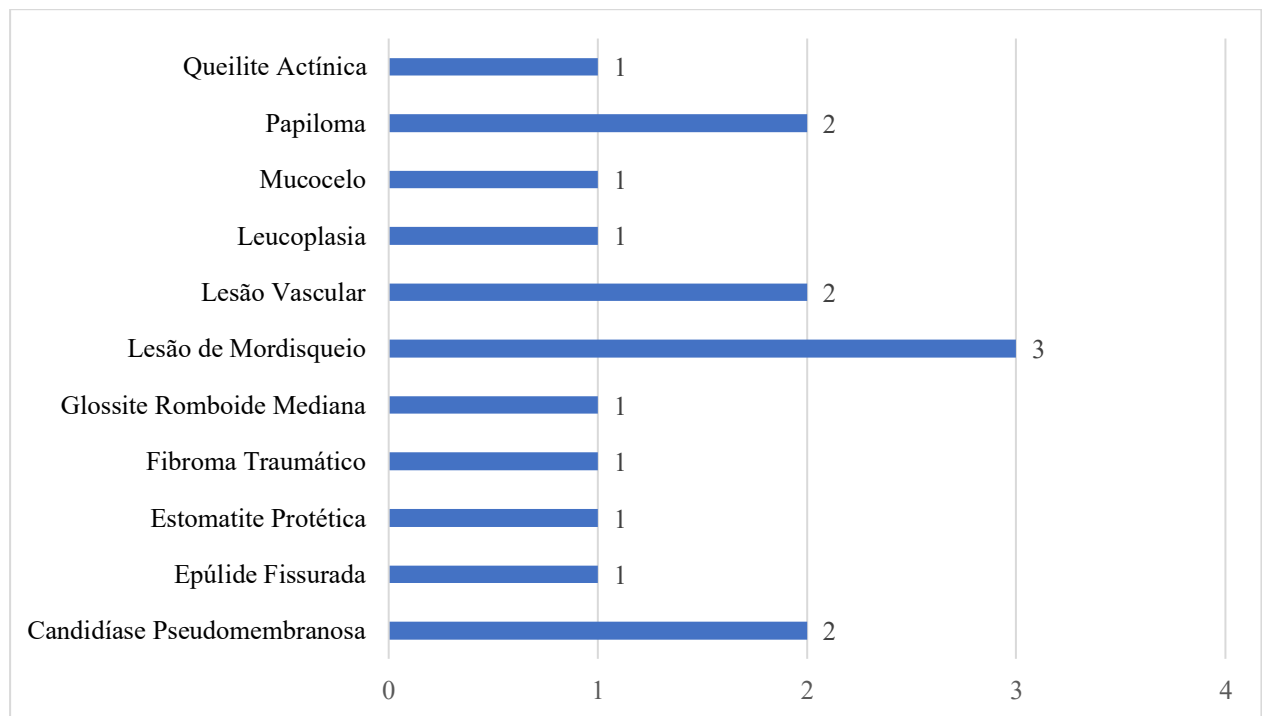


Gráfico 2 – Identificação das lesões existentes.

Com base no exposto no Gráfico 2, verifica-se que, entre as 16 lesões identificadas, três correspondiam a lesão de mordisqueio, duas a papiloma, duas a lesão vascular e duas a candidíase pseudomembranosa. As restantes lesões apresentaram apenas um registo cada. Importa referir que dois participantes (um do género feminino e outro do masculino) apresentavam duas lesões distintas cada um, o que explica a discrepância entre o número total de lesões e o número de indivíduos com lesão.

A Tabela 6 apresenta a caracterização da existência de lesão oral em função do género, idade, número de patologias associadas, número de fármacos utilizados, hábitos dos participantes e utilização de prótese dentária. Adicionalmente, encontram-se descritos os resultados dos testes estatísticos aplicados, nomeadamente o teste de independência do Qui-Quadrado e o teste não paramétrico Mann-Whitney para amostras independentes.

Tabela 6 – Existência de lesões em função do género, idade, número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e utilização de prótese.

Características		Lesão		Total n (%)	Teste
		Não n (%)	Sim n (%)		
Género	Feminino	17 (36,2%)	5 (31,3%)	22 (34,9%)	$\chi = 0,127$ $p = 0,772$
	Masculino	30 (63,8%)	11 (68,8%)	41 (65,1%)	
Idade	$\bar{X} \pm s$	42,04 \pm 10,65	44,69 \pm 11,26	42,71 \pm 10,78	Z=-0,577 $p = 0,564$
Nº de patologias	$\bar{X} \pm s$	1,87 \pm 1,06	1,75 \pm 0,77	1,84 \pm 0,99	Z=-0,059 $p = 0,953$
Nº de fármacos	$\bar{X} \pm s$	2,45 \pm 2,20	2,50 \pm 2,10	2,46 \pm 2,15	Z=0,201 $p = 0,841$
Nº de vezes de higiene oral por dia	Uma vez	2 (4,3%)	2 (12,5%)	4 (6,3%)	$\chi = 1,640^*$ $p = 0,434$
	Duas vezes	12 (25,2%)	3 (18,8%)	15 (23,8%)	
	Três vezes	33 (70,2%)	11 (68,8%)	44 (69,8%)	
Utilização do fio dentário	Não	43 (91,5%)	13 (81,3%)	56 (88,9%)	$\chi = 1,267^*$ $p = 0,260$
	Sim	4 (8,5%)	3 (18,7%)	7 (11,1%)	
Última ida ao médico dentista	Até um ano	9 (19,1%)	4 (25,0%)	13 (20,6%)	$\chi = 0,538^*$ $p = 0,487$
	Um a dois anos	29 (61,7%)	10 (62,5%)	39 (61,9%)	
	Mais de dois anos	9 (19,1%)	2 (12,5%)	11 (17,5%)	
Prótese	Não	45 (97,8%)	11 (68,8%)	56 (90,3%)	$\chi = 11,482^*$ $p = 0,003$
	Sim	1 (2,2%)	5 (31,3%)	6 (9,7%)	

$\bar{X} \pm s$ – média \pm desvio padrão; χ – estatística de teste de independência; * - teste de independência exato de Fisher; Z – estatística teste não paramétrico Mann-Whitney para duas amostras independentes; p – valor de prova;

Com base nos dados apresentados, verifica-se que a presença de lesões orais foi mais frequente no género masculino (11 em 41) do que no feminino (5 em 22). No entanto, a associação entre género e presença de lesão não foi estatisticamente significativa.

Os participantes com lesão apresentaram uma média etária ligeiramente superior (44,69 \pm 11,26 anos), em comparação com os pacientes sem lesão (42,04 \pm 10,65 anos). Por outro lado, o número médio de patologias era ligeiramente inferior nos pacientes com lesão (1,75 \pm 0,77 patologias), comparativamente aos pacientes sem lesão (1,87 \pm 1,06 patologias). Quanto ao número médio de fármacos utilizados, este

era ligeiramente mais elevado nos pacientes com lesão ($2,50 \pm 2,10$ fármacos) em relação aos sem lesão ($2,45 \pm 2,20$ fármacos). Concluiu-se, pela aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes, que as diferenças observadas para a idade, número de patologias e número de fármacos entre pacientes com e sem lesão não apresentavam significância estatística.

No que concerne à higienização diária, verificou-se que a maioria dos indivíduos com lesão ($n=11$) realizava escovagem três vezes por dia. Contudo, os resultados do teste exato de Fisher indicaram ausência de associação estatisticamente significativa entre a frequência de higienização oral diária e a presença de lesões.

Quanto ao uso de fio dentário, apenas sete dos inquiridos o utilizavam, dos quais três apresentavam lesão oral. Relativamente à última consulta no médico dentista, a maioria dos indivíduos com lesão teria sido observada há mais de um ano, mas menos de dois. Não se verificou associação estatisticamente significativa entre a presença de lesão e a utilização de fio dentário, nem com o intervalo de tempo desde a última consulta odontológica.

No que diz respeito ao uso de prótese dentária, apenas cinco participantes eram utilizadores. No entanto, a tabela apresenta seis ocorrências de lesão, dado que um desses indivíduos apresentava duas lesões distintas. Destaca-se que apenas um dos cinco utilizadores de prótese não apresentava qualquer lesão, o que sustentou a conclusão de que existe uma associação estatisticamente significativa entre a presença de lesões e o uso de prótese.

Caracterização das lesões e infeção

Nesta secção, apresenta-se a caracterização das lesões orais com base nos respetivos diagnósticos, bem como da infeção bacteriana identificada.

O Quadro 1 sintetiza a informação relativa à localização, cor, superfície e sintomas das 16 lesões observadas, assim como da infeção registada.

Quadro 1 – Localização, cor, superfície e sintomas das lesões.

Características	Lesão	Lesão de Mordisqueiro	Candidíase Pseudomembranosa	Lesão Vascular	Papiloma	Epúlde Fissurada	Estomatite Protética	Fibroma Traumático	Glossite Romboide Mediana	Leucoplasia	Mucocele	Queilite Actínica	Infeção - celulite facial
	Observadas	três	dois	dois	dois	um	um	um	um	um	um	um	um
Localização	Labios	1						1		1		1	
	Rebordo alveolar					1							
	Espaço bucal												1
	Comissuras labiais												
	Mucosa Jugal	2		1									
	Palato Duro			1			1						
	Dorso Língua			1	1	2			1	1			
	Ventre Língua										1		
Cor	Vermelha	1				1	1		1				1
	Branca	2	2			2		1		1			
	Translúcida										1		
	Roxa azulada				2							1	
	Amarelada												
Superfície	Lisa			2		1	1	1	1		1		
	Rugosa	3								1			
	Ulcerosa												
	Verrucosa				2								
	Crostosa											1	
	Pseudo Membranosa			2									
Não se aplica												1	
Sintomas	Sem dor	3		2	2	1		1	1	1	1		
	Com dor												1
	Ardência			1			1					1	
	Sensível			1									
	Latejante												

Atendendo às lesões identificadas, procedeu-se ao seu agrupamento segundo as respetivas características clínicas e etiopatogénicas, conforme apresentado no Gráfico 3.

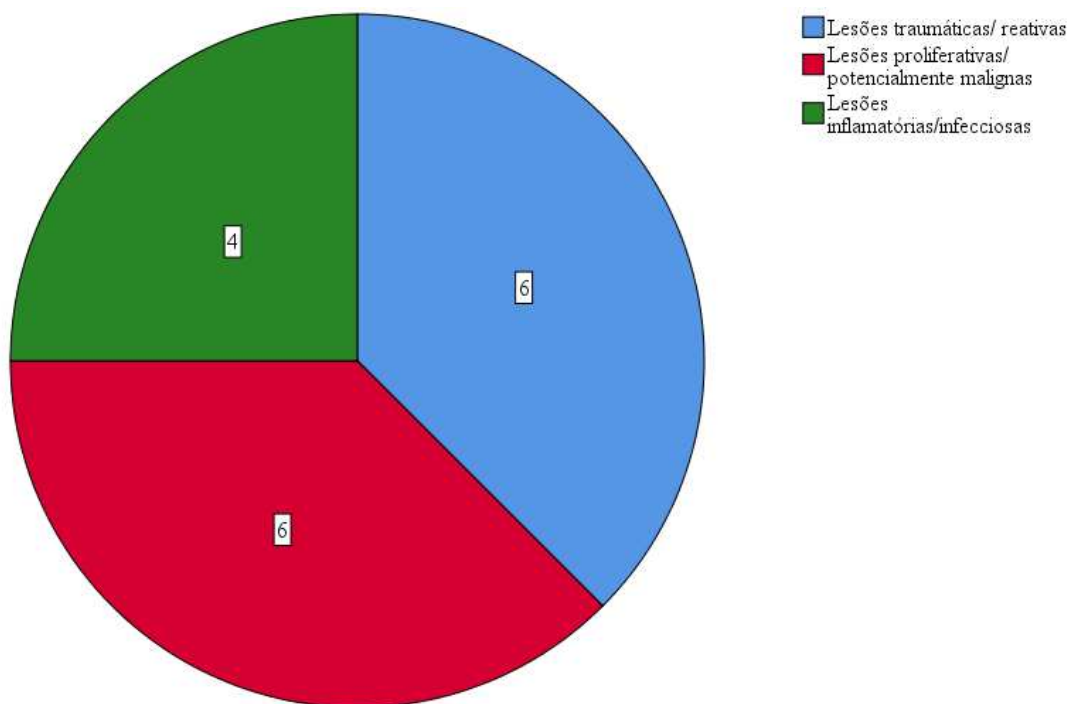


Gráfico 3 – Grupos das lesões existentes

Assim sendo, este agrupamento resultou nas seguintes categorias:

- Lesões traumáticas/reativas (n=6): lesão de mordisqueio (n=3), mucocelo (n=1), fibroma traumático (n=1) e epúlide fissurada (n=1);
- Lesões proliferativas/Potencialmente malignas (n=6): papiloma (n=2), lesão vascular (n=2), leucoplasia (n=1) e queilite actínica (n=1);
- Lesões inflamatórias/infeciosas (n=4): candidíase pseudomembranosa (n=2), estomatite protética (n=1) e glossite rombóide mediana (n=1).

As Tabelas 7, 8 e 9 apresentam a caracterização dos diferentes grupos de lesões identificados em função do género, idade, número de patologias associadas, número de fármacos utilizados, hábitos dos pacientes e utilização de prótese.

Tabela 7 – Presença de lesões traumáticas/reativas em função do género, idade, número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e utilização de prótese.

Características		Lesões traumáticas/ reativas		Total n (%)	Teste
		Não n (%)	Sim n (%)		
Género	Feminino	3 (30,0%)	2 (33,3%)	5 (31,3%)	$\chi = 0,019^*$ $p = 0,889$
	Masculino	7 (70,0%)	4 (66,7%)	11 (68,8%)	
Idade	$\bar{X} \pm s$	44,00 \pm 10,49	45,83 \pm 13,42	44,69 \pm 11,26	Z=-0,327 $p = 0,792$
Nº de patologias	$\bar{X} \pm s$	1,50 \pm 0,53	2,17 \pm 0,98	1,75 \pm 0,77	Z=-1,462 $p = 0,181$
Nº de fármacos	$\bar{X} \pm s$	2,20 \pm 2,30	3,00 \pm 1,79	2,50 \pm 2,10	Z=-0,824 $p = 0,410$
Nº de vezes de higiene oral por dia	Uma vez	1 (10,0%)	1 (16,7%)	2 (12,5%)	$\chi = 1,990^*$ $p = 0,580$
	Duas vezes	1 (10,0%)	2 (33,3%)	3 (18,8%)	
	Três vezes	8 (80,0%)	3 (50,0%)	11 (68,8%)	
Utilização do fio dentário	Não	7 (70,0%)	6 (100%)	13 (81,3%)	$\chi = 2,215^*$ $p = 0,250$
	Sim	3 (30,0%)	0 (0,0%)	3 (18,8%)	
Última ida ao médico dentista	Até um ano	2 (20,0%)	2 (33,3%)	4 (25,0%)	$\chi = 4,907^*$ $p = 0,099$
	Um a dois anos	8 (80,0%)	2 (33,3%)	10 (62,5%)	
	Mais de dois anos	0 (0,0%)	2 (33,3%)	2 (12,5%)	
Prótese	Não	6 (60,0%)	5 (83,3%)	11 (68,8%)	$\chi = 0,950^*$ $p = 0,588$
	Sim	4 (40,0%)	1 (16,7%)	5 (31,3%)	

$\bar{X} \pm s$ – média \pm desvio padrão; χ – estatística de teste de independência; * - teste de independência exato de Fisher; Z – estatística teste não paramétrico Mann-Whitney para duas amostras independentes; p – valor de prova;

De acordo com os dados apresentados na Tabela 7, concluiu-se que, entre os seis participantes com lesões do tipo traumáticas/reativas, quatro eram do género masculino e dois do feminino. Três realizavam a higienização oral três vezes por dia, nenhum utilizava fio dentário e a última consulta odontológica apresentava grande variabilidade temporal. Apenas um dos indivíduos deste grupo utilizava prótese.

Observou-se ainda que estes pacientes tinham, em média, idade mais elevada, bem como maior número de patologias e fármacos usados. Contudo, não se verificou

associação estatisticamente significativa entre a presença de lesões traumáticas/reativas e as variáveis em análise.

Tabela 8 – Presença de lesões proliferativas/potencialmente malignas em função do gênero, idade, número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e utilização de prótese.

Características		Lesões proliferativas/ potencialmente malignas		Total n (%)	Teste
		Não n (%)	Sim n (%)		
Gênero	Feminino	3 (30,0%)	2 (33,3%)	5 (31,3%)	$\chi = 0,019^*$ $p = 0,889$
	Masculino	7 (70,0%)	4 (66,7%)	11 (68,8%)	
Idade	$\bar{X} \pm s$	49,10 \pm 11,13	37,33 \pm 7,34	44,69 \pm 11,2 6	Z=-2,177 $p = 0,031$
Nº de patologias	$\bar{X} \pm s$	2,00 \pm 0,82	1,33 \pm 0,52	1,75 \pm 0,77	Z=-1,637 $p = 0,102$
Nº de fármacos	$\bar{X} \pm s$	3,20 \pm 1,87	3,00 \pm 1,87	2,50 \pm 2,10	Z=-0,660 $p = 0,562$
Nº de vezes de higiene oral por dia	Uma vez	2 (20,0%)	0 (0,0%)	2 (12,5%)	$\chi = 3,514^*$ $p = 0,155$
	Dois vezes	3 (30,0%)	0 (0,0%)	3 (18,8%)	
	Três vezes	5 (50,0%)	6 (100,0%)	11 (68,8%)	
Utilização do fio dentário	Não	8 (80,0%)	5 (83,3%)	13 (81,3%)	$\chi = 0,027^*$ $p = 0,869$
	Sim	2 (20,0%)	1 (16,7%)	3 (18,8%)	
Última ida ao médico dentista	Até um ano	2 (20,0%)	2 (33,3%)	4 (25,0%)	$\chi = 1,493^*$ $p = 0,610$
	Um a dois anos	6 (60,0%)	4 (66,7%)	10 (62,5%)	
	Mais de dois anos	2 (20,0%)	0 (0,0%)	2 (12,5%)	
Prótese	Não	5 (50,0%)	6 (100,0%)	11 (68,8%)	$\chi = 4,364^*$ $p = 0,093$
	Sim	5 (50,0%)	0 (0,0%)	5 (31,3%)	

$\bar{X} \pm s$ – média \pm desvio padrão; χ – estatística de teste de independência; * - teste de independência exato de Fisher; Z – estatística teste não paramétrico Mann-Whitney para duas amostras independentes; p – valor de prova;

Considerando a Tabela 8, verificou-se que seis pacientes apresentavam lesões do tipo proliferativas/potencialmente malignas, sendo quatro do gênero masculino e dois do feminino. Todos realizavam higienização oral três vezes por dia, cinco não utilizavam fio dentário, quatro tinham feito a última visita ao médico dentista há mais de um ano e menos de dois. Nenhum dos indivíduos deste grupo utilizava prótese.

Observou-se ainda que os participantes com este tipo de lesão eram significativamente mais jovens do que os sem lesão e revelavam, em média, um menor número de patologias associadas, bem como de fármacos utilizados. No entanto, não se constatou uma associação estatisticamente significativa entre a presença destas lesões e o género, hábitos dos pacientes ou utilização de prótese.

Tabela 9 – Presença de lesões inflamatórias/infeciosas em função do género, idade, número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e utilização de prótese.

Características		Lesões inflamatórias/ infeciosas		Total n (%)	Teste
		Não n (%)	Sim n (%)		
Género	Feminino	4 (33,3%)	1 (25,0%)	5 (31,3%)	$\chi = 0,097^*$ $p = 0,755$
	Masculino	8 (66,7%)	3 (75,0%)	11 (68,8%)	
Idade	$\bar{X} \pm s$	41,58 \pm 11,23	54,00 \pm 4,24	44,69 \pm 11,26	Z=-2,069 $p = 0,042$
Nº de patologias	$\bar{X} \pm s$	1,75 \pm 0,87	1,75 \pm 0,50	1,75 \pm 0,77	Z=-0,196 $p = 0,862$
Nº de fármacos	$\bar{X} \pm s$	3,00 \pm 2,09	1,00 \pm 1,41	2,50 \pm 2,10	Z=-1,659 $p = 0,103$
Nº de vezes de higiene oral por dia	Uma vez	1 (8,3%)	1 (25,0%)	2 (12,5%)	$\chi = 1,051^*$ $p = 0,728$
	Dois vezes	2 (16,7%)	1 (25,0%)	3 (18,8%)	
	Três vezes	9 (75,0%)	2 (50,0%)	11 (68,8%)	
Utilização do fio dentário	Não	11 (91,7%)	2 (50,0%)	13 (81,3%)	$\chi = 3,419^*$ $p = 0,136$
	Sim	1 (8,3%)	2 (50,0%)	3 (18,8%)	
Última ida ao médico dentista	Até um ano	4 (33,3%)	0 (0,0%)	4 (25,0%)	$\chi = 3,200^*$ $p = 0,258$
	Um a dois anos	6 (50,0%)	4 (100,0%)	10 (62,5%)	
	Mais de dois anos	2 (16,7%)	0 (0,0%)	2 (12,5%)	
Prótese	Não	11 (91,7%)	0 (0,0%)	11 (68,8%)	$\chi = 11,733^*$ $p = 0,003$
	Sim	1 (8,3%)	4 (100,0%)	5 (31,3%)	

$\bar{X} \pm s$ – média \pm desvio padrão; χ – estatística de teste de independência; * - teste de independência exato de Fisher; Z – estatística teste não paramétrico Mann-Whitney para duas amostras independentes; p – valor de prova;

Com base na Tabela 9 apurou-se que, dos quatro participantes com lesões do tipo inflamatórias/infeciosas, três eram do género masculino e um do feminino. Dois

realizavam a higienização oral três vezes por dia e dois utilizavam fio dentário. Os quatro tinham realizado a última consulta no médico dentista há mais de um ano e menos de dois. Todos estes indivíduos utilizavam prótese dentária.

Constatou-se ainda que os pacientes com este tipo de lesões eram significativamente mais velhos do que os indivíduos sem lesão, apresentando, em média, número semelhante de patologias associadas, mas menor número de fármacos utilizados. A análise estatística revelou que a presença destas lesões não estava significativamente associada ao género nem aos hábitos dos pacientes, verificando-se, no entanto, uma relação estatisticamente significativa com o uso de prótese.

5. DISCUSSÃO

5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A amostra deste estudo foi composta por 61 indivíduos adultos institucionalizados, com predomínio do género masculino (65,6%; n=40) e uma idade média de 42,57 anos (DP=10,87). Este perfil sociodemográfico é representativo da distribuição típica da população com deficiência intelectual, em que se observa uma maior incidência no sexo masculino.(81) De facto, os transtornos de neurodesenvolvimento apresentam, em média, uma razão de 2:1 entre o sexo masculino e o feminino, o que se reflete nas estatísticas institucionais e em amostras clínicas.(82)

A idade média dos participantes, próxima dos 43 anos, sugere uma população adulta jovem a meia-idade. Esta faixa etária representa um grupo frequentemente negligenciado na literatura sobre saúde oral e deficiência, já que grande parte dos estudos se concentra em pacientes pediátricos ou em idosos institucionalizados. No entanto, é precisamente nesta fase da vida que se regista o acúmulo de fatores de risco crónicos, tanto comportamentais como sistémicos, com impacto cumulativo na saúde oral e geral. Estudos como o de Aloufi *et al.* (2023), centrado em jovens adultos (dos 18 aos 25 anos) sugerem que as afeções orais se instalam precocemente nesta população.(83) Esse padrão é corroborado pelos dados de Morgan *et al.* (2012), que contemplam uma amostra de 4732 adultos com deficiência intelectual, numa faixa etária média de 49,3 anos, confirmando a elevada prevalência de patologias orais ao longo da vida adulta.(84)

No que concerne ao vínculo institucional, a maioria dos participantes estava integrada em Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI), enquanto 39,3% (n=24) se encontravam em regime de lar residencial. Esta divisão institucional é relevante na interpretação dos dados: o CACI pressupõe alguma capacidade funcional e participação social ativa, ainda que limitada, ao passo que o lar residencial corresponde a um modelo de assistência mais intensivo, associado a elevada dependência. Estudos realizados em contextos nacionais têm demonstrado que utentes em instituições evidenciam, em média, menor autonomia na realização de higiene oral e maior prevalência de alterações mucosas quando comparados com indivíduos não institucionalizados.(85)

As variáveis sociodemográficas acima mencionadas (género, idade, vínculo institucional) devem ser consideradas não apenas como elementos descritivos, mas como potenciais determinantes sociais e de risco oral, uma vez que influenciam o acesso a cuidados, o grau de autonomia na performance das rotinas de higiene e a exposição prolongada a fatores comportamentais e ambientais nocivos.

5.2. ESTADO DE SAÚDE GERAL

A análise do estado de saúde geral revelou uma elevada morbidade da amostra, com uma média de 1,85 patologias por indivíduo (máximo de cinco), refletindo um perfil clínico complexo e multifatorial. Este valor é especialmente relevante quando integrado no contexto da deficiência intelectual, na medida em que a coexistência de múltiplas condições clínicas agrava significativamente a vulnerabilidade sistémica e oral destes utentes.

Importa destacar que a totalidade dos participantes apresentavam transtornos de neurodesenvolvimento, com predomínio da deficiência intelectual moderada (n=23), seguida da leve (n=15), trissomia 21 (n=11), deficiência intelectual grave (n=9), paralisia cerebral (n=2) e perturbação do espectro do autismo (n=1). Esta composição clínica revela-se coerente com os dados epidemiológicos nacionais e internacionais, que apontam para uma elevada prevalência destas condições.(86,87)

Do ponto de vista sistémico, as patologias com maior prevalência foram a hipertensão arterial e as perturbações mentais, com diagnóstico de esquizofrenia (n=2), depressão (n=2), perturbação bipolar (n=1), transtorno obsessivo-compulsivo (n=1), alterações comportamentais (n=1) e síndrome alcoólica fetal (n=1). Além de comprometerem a autonomia funcional e a adesão a cuidados de saúde, estas condições estão associadas a efeitos adversos na cavidade oral. A literatura documenta que, indivíduos com perturbações mentais severas, apresentam um risco acrescido de xerostomia, bruxismo, erosão dentária e lesões traumáticas dos tecidos moles, frequentemente como consequência direta do estado clínico ou do tratamento farmacológico associado.(43,88)

O registo de três casos de tratamento oncológico (quimioterapia e/ou radioterapia), incluindo um em fase ativa, assume particular relevância no âmbito da saúde oral. Os

efeitos colaterais desta terapêutica constituem um risco acrescido para lesões orais (mucosite, ulcerações, alterações da flora oral e predisposição acentuada para infecções oportunistas como candidíase). Não obstante a sua representação minoritária na amostra, devem ser considerados clinicamente relevantes, dado o seu potencial impacto agudo e crónico na integridade dos tecidos moles da cavidade oral.(89,90)

5.3. POLIMEDICAÇÃO

Foi possível apurar que 77% dos participantes faziam uso de pelo menos um fármaco, com uma média de 2,54 medicamentos por indivíduo. Este perfil é particularmente prevalente entre pessoas com deficiência intelectual institucionalizadas, em virtude da notória expressão clínica de comorbilidades psiquiátricas e neurológicas que requerem farmacoterapia contínua.

As classes terapêuticas mais utilizadas foram os antipsicóticos 55,7%, antiepiléticos (37,7%), ansiolíticos (29,5%), antidepressivos (27,9%) e anti-hipertensores (19,7%). Os grupos farmacológicos enumerados, em particular os psicotrópicos, têm sido amplamente associados a efeitos adversos na cavidade oral. Os antipsicóticos e antidepressivos estão descritos na literatura como agentes indutores de xerostomia, condição que reduz o efeito tampão da saliva e favorece o desenvolvimento de infecções oportunistas, lesões traumáticas e ulcerações da mucosa oral.(42)

Paralelamente, a literatura destaca que o uso prolongado de ansiolíticos e antiepiléticos têm sido implicados na indução de hiperplasia gengival, bruxismo, disfunção muscular orofacial e alterações no comportamento motor oral, o que compromete diretamente a integridade dos tecidos moles.(43,44)

A evidência científica emergente dá suporte à noção de que a polimedicação é um dos principais determinantes do comprometimento da saúde oral em indivíduos com deficiência intelectual, sobretudo quando associada à institucionalização e à falta de assistência técnica especializada.(42,44)

Embora no presente estudo não tenha sido identificada uma associação estatisticamente significativa entre o número de fármacos utilizados e a presença de lesões orais é plausível considerar que, com uma amostra maior, essa relação pudesse emergir. A ausência de significância estatística não invalida o peso clínico da polimedicação como fator predisponente, pelo que é recomendado um acompanhamento rigoroso e individualizado desses utentes, com especial atenção aos sinais precoces de alteração dos tecidos moles orais.

5.4. HÁBITOS DE HIGIENE ORAL E USO DE PRÓTESE

Os dados estatísticos relativos aos hábitos de saúde oral revelaram um cenário misto. Foi reportado que a maioria dos participantes (68,9%) realizava a escovagem dentária três vezes por dia, o que indica uma frequência de higienização superior à observada em outras populações com deficiência intelectual, nas quais a escovagem tende a ser menos regular.(91) Contudo, estes dados exigem uma interpretação cautelosa.

A elevada frequência de escovagem reportada dever-se-á à estrutura institucional onde decorre o estudo. Em regimes de lar residencial, como o aqui representado, existem rotinas definidas com três momentos estabelecidos para a higienização oral, habitualmente supervisionados por cuidadores com formação básica na área. Este contexto pode assegurar a regularidade da escovagem mesmo em utentes com autonomia limitada, uma realidade que contrasta positivamente com a de muitos adultos com deficiência intelectual a viverem em regime domiciliário sem apoio.

Ainda assim, não será correto inferir que a frequência de escovagem garante, por si só, uma higiene oral eficaz. Conforme salientado por estudos anteriores, a qualidade da técnica pode ser comprometida por movimentos ineficazes, duração insuficiente da escovagem, escolha inadequada de instrumentos e ausência de motivação. A literatura sugere que o tempo ideal de escovagem raramente é atingido nesta população e, importa sublinhar que a literacia em saúde oral entre cuidadores pode não ser suficiente para assegurar que os procedimentos sejam executados com a precisão necessária.(91,92)

Um dado particularmente preocupante diz respeito à utilização de fio dentário, reportada por apenas 9,8% da amostra. Este valor é congruente com o que a literatura

descreve como uma das práticas mais difíceis de incorporar em utentes com deficiência intelectual, em consequência de limitações motoras, de compreensão ou ausência de suporte.(91,93)

Quanto à regularidade de consultas odontológicas, embora 60,7% dos participantes tivessem sido observados entre um e dois anos antes da recolha de dados, este intervalo pode não ser suficiente para utentes de risco. A literatura recomenda, nestes casos, vigilância semestral ou até mesmo trimestral, aliada ao reforço contínuo da literacia em saúde oral.(94,95)

Relativamente à utilização de prótese dentária, apesar de ter sido declarada por apenas cinco indivíduos, apresenta particular relevância clínica. Entre os utilizadores, a maioria realizava higienização regular, ainda que com métodos limitados (escova e água ou pastilhas). Todos referiram uso diário e foi reportado que as próteses eram ocasionalmente removidas durante o período noturno. Esta prática, embora possa representar alguma consciência da necessidade de descanso protético, não está em conformidade com as orientações clínicas que recomendam a remoção sistemática das próteses durante o sono, com o objetivo de prevenir fenómenos de fricção contínua, lesões como estomatite protética e sobrecarga dos tecidos moles.(96) A ausência de descanso noturno regular pode, portanto, constituir um fator predisponente à ocorrência de lesões da mucosa.

Os resultados deste estudo oferecem suporte empírico à hipótese formulada, na medida em que se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o uso de prótese e a presença de lesões orais. Entre os cinco utilizadores de prótese, quatro apresentavam pelo menos uma lesão. Este indicador é consistente com a literatura, que relaciona o uso prolongado e/ou inadequado de próteses à inflamação crónica e a infeções orais recorrentes.(97)

5.5. PRESENÇA DE LESÕES ORAIS

A escassez de dados sistematizados sobre a prevalência e caracterização de lesões de tecidos moles em indivíduos com deficiência intelectual constitui uma lacuna crítica na literatura científica, tanto no panorama nacional como no internacional, motivo pelo

qual as comparações apresentadas nesta secção serão feitas em relação a estudos em populações sem deficiência. A ausência de evidência assume contornos particularmente inquietantes, considerando tratar-se de uma população regularmente exposta a múltiplos fatores de risco e situações de vulnerabilidade, associados não apenas ao estado geral de saúde, mas também a barreiras de acesso, a limitações de comunicação e à carência de estratégias clínicas adaptadas.

Existem estudos que abordam a prevalência de alterações na mucosa oral em pacientes pediátricos, geriátricos ou em indivíduos institucionalizados sem deficiência. No entanto, além de escassos, estes dados não contemplam as particularidades clínicas, cognitivas e comportamentais das pessoas com deficiência. Mesmo nas escassas investigações que procuram documentar a saúde oral desta população, o foco recai quase sempre sobre a cárie, a higiene oral e condições periodontais.

Neste enquadramento, o estudo desenvolvido propôs-se a colmatar essa lacuna, valendo-se da recolha e análise de dados relevantes acerca da saúde oral destes indivíduos, com ênfase na avaliação de lesões de tecidos moles. Ao sistematizar esta informação, pretende-se não apenas enriquecer o corpo de conhecimento científico existente, mas também oferecer um suporte empírico à implementação de estratégias clínicas e de saúde pública mais justas e inclusivas.

Importa sublinhar o carácter interventivo desta investigação, concretizado na referenciação dos participantes com lesões sugestivas de malignidade para o médico de família, acompanhada da recomendação de inclusão no Projeto de Intervenção Precoce do Cancro Oral (PIPCO). Ao assegurar o acesso ao cheque-dentista e o seguimento clínico especializado, esta medida representa um ponto de convergência entre a evidência científica e a sua aplicação na prática clínica.

A prevalência de lesões orais encontrada deve ser interpretada com cautela, não como maior ou menor em comparação com outros estudos, mas sim como um indicador da necessidade de monitorização clínica regular nesta população. A ausência de referências diretas reforça o valor do presente estudo enquanto contributo original para o conhecimento da saúde dos tecidos moles em pessoas

institucionalizadas com deficiência, podendo servir de base para futuros estudos comparativos.

A presente investigação identificou uma prevalência de 22,95% (n=14) de participantes com lesões de tecidos moles orais. Apesar da ausência de estudos diretamente comparáveis, nomeadamente em Portugal, este valor sugere uma frequência não negligenciável, cuja identificação precoce pode ter implicações significativas na sua saúde oral e geral. Este dado é superior ao reportado no estudo retrospectivo realizado na Clínica Universitária Egas Moniz, que identificou uma prevalência de 10,3% de lesões orais numa amostra de 264 participantes sem deficiência.(98) Por outro lado, os resultados obtidos são inferiores aos valores descritos por Demko *et al.* (26,7%) num estudo observacional que incluiu 3182 participantes, e aos de Blanco *et al.* (76,9%), num estudo retrospectivo baseado em registos clínicos de 515 pacientes.(99,100) As discrepâncias observadas poderão refletir diferenças nos critérios metodológicos, no tamanho e características da amostra, bem como distintos contextos institucionais ou geográficos. A especificidade da população em estudo (adultos institucionalizados com deficiência intelectual) poderá ainda contribuir para a singularidade dos resultados obtidos.

A maior prevalência de lesões registada no sexo masculino (68,8%), em contraste com o feminino (31,3%), não revelou associação estatisticamente significativa. Este resultado diverge do descrito no estudo de Doroteia *et al.*, no qual as lesões foram mais frequentes no género feminino (58,7%).(98) Também Radwan-Oczko, numa investigação retrospectiva conduzida na Polónia com uma amostra de 2747 pacientes, constatou uma prevalência de lesões superior no género feminino.(101) No entanto, este valor está em concordância com outros estudos que apontam uma maior prevalência de lesões orais entre indivíduos do género masculino, habitualmente associada a hábitos comportamentais de risco como o tabagismo, o consumo de álcool e uma menor preocupação com a saúde oral.(102–104) As diferenças de género, poderão, portanto, refletir fatores comportamentais e contextuais.

A idade média dos indivíduos com lesão (44,7 anos) foi ligeiramente superior à dos restantes (42,0 anos), ainda que sem atingir significância estatística. Embora a amostra em estudo tenha características particulares, este padrão está em

consonância com o descrito no estudo de Doroteia *et al.*, onde a maioria das lesões foi observada na faixa etária dos 45 aos 64 anos.(98) Esta tendência é corroborada por outros estudos, sugerindo que o avançar da idade poderá estar associado à acumulação de fatores predisponentes para o desenvolvimento de lesões orais.(102,105,106)

Considerando a natureza das lesões, o agrupamento etiopatogénico permitiu constatar que as lesões traumáticas/reativas e as proliferativas/potencialmente malignas foram as mais prevalentes (n=6 cada), seguidas das lesões inflamatórias/infeciosas (n=4). Esta distribuição sugere que a etiologia das lesões orais nesta amostra é multifatorial, envolvendo agentes mecânicos crónicos, além de infecciosos, inflamatórios e, eventualmente, displásicos.

a) LESÕES TRAUMÁTICAS/REATIVAS

No presente estudo, foram identificadas seis lesões traumáticas/reativas, nomeadamente lesão de mordisqueio (n=3), mucocelo (n=1), fibroma traumático (n=1) e epúlide fissurada (n=1). A maioria dos indivíduos com este tipo de lesões era do sexo masculino (n=4), com idade média mais elevada, maior número de condições sistémicas associadas e fármacos prescritos. Ainda que estas associações não tenham alcançado significância estatística, devem ser interpretadas com atenção clínica. A literatura sugere que este tipo de lesões é mais frequente em indivíduos do género masculino, associados a comportamentos parafuncionais como mordisqueio ou bruxismo, agitação psicomotora e menor atenção à saúde oral, fatores que poderão ser exacerbados em contextos de deficiência.(63)

Curiosamente, apenas um dos indivíduos com este tipo de lesões era utilizador de prótese. Embora a literatura aponte esta variável como fator de risco de lesões como epúlide fissurada ou fibroma traumático(97), a sua baixa prevalência sugere que, na amostra em estudo, causas como estereotípias orais e traumatismos autoinduzidos poderão ter tido maior impacto.

A idade mais avançada e o elevado número de fármacos prescritos podem, igualmente, contribuir para a fragilidade dos tecidos moles orais, agravada por

xerostomia e/ou movimentos orais involuntários associados a psicofármacos.(106) Embora o reduzido número de casos limite o poder estatístico, os padrões observados reforçam a necessidade de rastreio regular, cuidados adaptados e capacitação das equipas técnicas no contexto institucional.

b) LESÕES PROLIFERATIVAS/POTENCIALMENTE MALIGNAS

No presente estudo, foram identificadas seis lesões classificadas como proliferativas ou potencialmente malignas. Estudos anteriores associam este tipo de lesões, sobretudo a leucoplasia, a indivíduos mais velhos, com histórico de exposição a fatores de risco como tabaco, álcool ou trauma contínuo.(54) No entanto, os participantes afetados na presente amostra eram significativamente mais jovens e com menos patologias sistémicas, o que poderá indicar a ação de outros fatores etiológicos como infeções virais, nomeadamente pelo vírus do papiloma humano (HPV), ou exposição solar crónica.

A presença de leucoplasia é particularmente relevante, tendo em conta que, em vários estudos, é descrita como a LOPM mais frequente. A título de exemplo, um estudo nacional recente no âmbito do rastreio do cancro oral, que envolveu 2674 participantes com idade média de 57 anos, identificou a leucoplasia como a LOPM mais prevalente, com 42,9% dos casos.(107) Ainda que os contextos sejam distintos, este dado reforça a importância da monitorização clínica, mesmo em utentes mais jovens, aparentemente saudáveis e sem fatores de risco clássicos identificados.

Embora os hábitos de higiene oral indiquem que todos os utentes com lesões proliferativas e lesões potencialmente malignas realizavam a escovagem dentária três vezes por dia e cinco utilizavam fio dentário, é importante considerar que a eficácia desses cuidados poderá variar consoante a duração, a técnica utilizada ou o grau de autonomia do utente, não sendo possível avaliar objetivamente a sua qualidade.

O intervalo entre a última consulta odontológica e a recolha de dados situava-se, em quatro dos seis participantes, entre um e dois anos. Este espaço de tempo pode ser considerado prolongado, sobretudo numa população vulnerável com limitações no autorrelato e risco acrescido de evolução silenciosa de lesões.

O facto de não se terem identificado associações estatisticamente significativas entre as variáveis analisadas e a presença destas lesões, possivelmente pelo reduzido tamanho da amostra, não reduz a importância de incluir a avaliação dos tecidos moles orais nos protocolos clínicos regulares das instituições, uma vez que estas condições podem permanecer assintomáticas durante longos períodos e passar despercebidas sem exame clínico dirigido.

c) LESÕES INFLAMATÓRIAS/INFECIOSAS

Foram identificadas quatro lesões inflamatórias/infeciosas, em particular candidíase pseudomembranosa (n=2), estomatite protética (n=1) e glossite rombóide mediana (n=1). Todos os indivíduos afetados eram utilizadores de prótese, destacando-se como a única variável analisada nesta amostra que demonstrou uma associação estatisticamente significativa com a presença de lesões.

Este resultado está em consonância com a literatura, que reconhece a prótese removível como um relevante fator predisponente para lesões de tecidos moles, em particular a estomatite protética e a candidíase. O risco é agravado por determinantes como a adaptação inadequada da prótese, uso contínuo, higiene insuficiente e alterações fisiológicas relacionadas com a idade. Estas lesões são amplamente documentadas em adultos mais velhos, especialmente quando coexistem fatores como xerostomia e défice imunitário.(76,97) A idade média significativamente mais elevada dos utentes com estas lesões reforça tal conjectura. O envelhecimento dos tecidos moles, que acarreta uma menor regeneração tecidular e uma microbiota oral alterada, contribui para uma maior suscetibilidade a processos inflamatórios e infecciosos. Resultados semelhantes foram documentados num estudo com 286 participantes, em que 64,7% da amostra apresentavam pelo menos uma lesão oral relacionada à utilização de uma forma de reabilitação removível, destacando-se a estomatite protética como uma das lesões mais prevalentes.(108)

Apesar de os hábitos de higiene oral relatados indicarem, em metade dos casos, escovagem regular e uso de fio dentário, importa salientar que estes dados foram recolhidos de forma indireta e podem não refletir com precisão a eficácia dos cuidados

prestados. Acrescenta-se ainda que, para além da frequência, a técnica, o método de higienização da prótese e o tempo de uso são determinantes a considerar.

Curiosamente, os indivíduos com estas lesões apresentavam, em média um número semelhante de patologias, mas utilizavam menos fármacos do que os pacientes sem lesões. Ainda que estatisticamente não significativo, este dado poderá traduzir fatores contextuais como ausência de diagnósticos, diferenças no acesso a cuidados de saúde ou menos prescrição de fármacos em contextos de institucionalização, sendo de difícil interpretação conclusiva.

O intervalo de um a dois anos desde a última consulta de medicina dentária poderá ser considerado excessivo para a população em estudo, considerando a sua vulnerabilidade e menor capacidade de comunicar sintomas. A presença destas lesões poderá passar despercebida na ausência de rastreios periódicos, reforçando a imperatividade de uma abordagem preventiva focada nas necessidades específicas dos utentes.

5.6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO

Apesar dos contributos relevantes desta investigação para o conhecimento da prevalência e caracterização de lesões orais em adultos institucionalizados com deficiência, importa reconhecer as limitações que condicionam a generalização e a robustez dos resultados obtidos.

O estudo foi conduzido numa única instituição (APPACDM-Viseu), o que restringe a representatividade da amostra e limita a extrapolação dos dados a outras populações com deficiência, em particular aquelas não institucionalizadas ou inseridas em contextos assistenciais distintos. A dimensão da amostra foi significativamente reduzida, o que compromete o poder estatístico das análises realizadas e dificulta a deteção de associações significativas entre variáveis. Adicionalmente, o preenchimento do questionário ficou a cargo da Direção Técnica da instituição, com base na informação disponível nos registos clínicos. Ainda que tenha sido necessário face às limitações cognitivas da população em estudo, é importante reconhecer que a recolha indireta de dados pode estar sujeita a enviesamentos. A avaliação clínica também apresentou desafios metodológicos específicos, especialmente nos casos de deficiência intelectual severa.

Por fim, a natureza transversal do estudo permite apenas identificar associações sem avaliar relações causais entre fatores de risco e a presença de lesões orais.

Estas limitações reforçam a necessidade de estudos futuros de natureza longitudinal, com amostras mais alargadas e diversificadas, integrando grupos de controlo adequados e combinando metodologias clínicas com instrumentos complementares de diagnóstico, de forma a aprofundar a compreensão das particularidades da saúde oral em populações com deficiência.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu aferir a prevalência e caracterizar as lesões de tecidos moles orais em adultos com deficiência, institucionalizados na APPACDM de Viseu, oferecendo um olhar atento sobre uma população frequentemente sub-representada na investigação científica.

A prevalência de lesões identificada foi de 22,95%, valor que se situa acima do reportado em alguns estudos com pessoas sem deficiência, mas abaixo de outros, o que demonstra a heterogeneidade dos dados disponíveis e a influência de fatores contextuais e metodológicos. Os diagnósticos mais frequentes foram a lesão de mordisqueio, lesão vascular, papiloma e candidíase pseudomembranosa.

A análise das variáveis sociodemográficas e clínicas revelou, de forma geral, uma tendência para maior prevalência de lesões em indivíduos do sexo masculino, com idade média mais elevada.

Foi identificada uma relação estatisticamente significativa entre o uso de prótese e a presença de lesões inflamatórias/infecciosas, sugerindo um possível fator predisponente neste grupo. Embora a maioria das associações testadas não apresente significância estatística individualmente, deve-se considerar que estas variáveis poderão exercer efeitos cumulativos na etiologia das lesões orais.

Antecipando-se que os resultados obtidos possam sensibilizar profissionais de saúde, cuidadores e decisores políticos para a pertinência da monitorização regular da mucosa oral em pessoas com necessidades especiais, o estudo em questão ambiciona impulsionar a realização de investigações futuras e o desenvolvimento de protocolos clínicos preventivos, adequados à especificidade da população em análise. Neste sentido, afirma-se como um contributo para a promoção da equidade em saúde oral, ao articular uma abordagem ética, preventiva e humanista, alicerçada na evidência e orientada para um cuidado mais justo, eficaz e acessível.

7. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
3. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol. New York: United Nations; 2006.
4. Mitra S, Posarac A, Vick B. Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study. *World Dev.* 2013;41:1–18.
5. Zheng PP, Guo Z Le, Du XJ, Yang HM, Wang ZJ. Prevalence of disability among the chinese older population: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:1–17.
6. Shakespeare T. Disability: The basics. *Disability: The Basics.* London: Taylor and Francis; 2017.
7. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Indicadores sobre a deficiência e incapacidade - contributo para a ENIPD 2021-2025. Lisboa; 2023.
8. Shakespeare T, Watson N. The social model of disability: An outdated ideology? Em: *Exploring theories and expanding methodologies: Where we are and where we need to go.* Amsterdam: JAI; 2001. p. 9–28.
9. Oliver M. The social model of disability: Thirty years on. *Disabil Soc.* 2016;28(7):1024–6.
10. Meekosha H, Shuttleworth R, Soldatic K. Disability and Critical Sociology: Expanding the Boundaries of Critical Social Inquiry. *Crit Sociol.* 2013;39(3):319–23.
11. Bickenbach J. Monitoring the united nation’s convention on the rights of persons with disabilities: Data and the international classification of functioning, disability and health. *BMC Public Health.* 2011;11(4):1–8.
12. Direção-Geral da Saúde. Plano nacional de saúde 2021-2030: Saúde sustentável: De tod@s para tod@s. Lisboa; 2022.
13. MacLachlan M, Mannan H, McAuliffe E. Access to health care of persons with disabilities as an indicator of equity in health systems. *Open Med.* 2011;5(1):10–2.
14. Cardoso LB, Couto P, Correia P, Lopes PC, Fernandes JCH, Fernandes GVO, et al. Impact of digital innovations on health literacy applied to patients with special needs: A systematic review. *Information (Basel).* 2024;15(11):1–13.
15. Aljameel AH. Oral health-related quality of life outcomes for individuals with disabilities: A review. *J Clin Diagn Res.* 2020;14(10):1–6.
16. Buda L V. Ensuring maintenance of oral hygiene in persons with special needs. *Dent Clin North Am.* 2016;60(3):593–604.
17. Khan AJ, Sabri BA, Ahmad MS. Factors affecting provision of oral health care for people with special health care needs: A systematic review. *Saudi Dent J.* 2022;34(7):527–37.
18. Moursi AM, Fernandez JB, Daronch M, Zee L, Jones CL. Nutrition and oral health considerations in children with special health care needs: Implications for oral health care providers. *Pediatr Dent.* 2010;32(10):333–42.
19. Cockburn N, Pradhan A, Taing MW, Kisely S, Ford PJ. Oral health impacts of medications used to treat mental illness. *J Affect Disord.* 2017;223:184–93.
20. Ferreira LRG, Ribeiro E de OA, Prestes GB de R, Brum JR. Acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde bucal. *JRG Estud Acad.* 2024;7(14):1–10.

21. Santos MU, Filho AE, Molena KF, Silva LA, Stuani MB, Queiroz AM. The impact of caregiver training on the oral health of people with disabilities: A systematic review. *Spec Care Dentist*. 2025;45(1):1–10.
22. Gordon SM, Dionne RA, Snyder J. Dental fear and anxiety as a barrier to accessing oral health care among patients with special health care needs. *Spec Care Dentist*. 1998;18(2):88–92.
23. Da Rosa S V., Moysés SJ, Theis LC, Soares RC, Moysés ST, Werneck RI, et al. Barriers in access to dental services hindering the treatment of people with disabilities: A systematic review. *Int J Dent*. 2020;2020(1):1–17.
24. Peterson LB. Dental provider attitudes about and perceptions of caring [Masther's thesis]. [Louisville, Kentucky]: Spalding University; 2023.
25. Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. *Epilepsy Behav*. 2020;110:1–6.
26. Vozza I, Cavallè E, Corridore D, Ripari F, Spota A, Brugnoletti O, et al. Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Ann Stomatol (Roma)*. 2016;6(3–4):96–9.
27. Atchison KA, Weintraub JA, Rozier RG. Bridging the dental-medical divide: Case studies integrating oral health care and primary health care. *J Am Dent Assoc*. 2018;149(10):850–8.
28. Prasad M, Manjunath C, Murthy A, Sampath A, Jaiswal S, Mohapatra A. Integration of oral health into primary health care: A systematic review. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(6):1838–45.
29. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Spec Care Dentist*. 2010;33(3):110–7.
30. Aitken Z, Bishop GM, Disney G, Emerson E, Kavanagh AM. Disability-related inequalities in health and well-being are mediated by barriers to participation faced by people with disability. A causal mediation analysis. *Soc Sci Med*. 2022;315:1–8.
31. Wilson NJ, Lin Z, Villarosa A, George A. Oral health status and reported oral health problems in people with intellectual disability: A literature review. *J Intellect Dev Disabil*. 2018;44(3):292–304.
32. Cabrita JP, Bizarra M de F, Graça SR. Prevalence of malocclusion in individuals with and without intellectual disability: A comparative study. *Spec Care Dentist*. 2017;37(4):181–6.
33. Botero JE, Rodríguez-Medina C, Amaya-Sanchez S, Salazar CL, Contreras A. A comprehensive review of the relationship between oral health and down syndrome. *Curr Oral Health Rep*. 2024;11(1):15–22.
34. Kalf-Scholte SM, Wijk A van, Mayoral Trias A, Valkenburg C. Patterns of tooth agenesis in individuals with down syndrome: A secondary analysis using the tooth agenesis code. *Spec Care Dentist*. 2024;44(6):1718–30.
35. Aljameel AH, Alkawari H. Oral health-related quality of life (Ohrqol) of children with down syndrome and their families: A cross-sectional study. *Children (Basel)*. 2021;8(11):1–8.
36. Pani SC, Aleidan SF, Almutairi RN, Alabsi AA, Almuheidib DN, Alsulaiman HF, et al. The impact of gross motor function on the oral health-related quality of life in young adults with cerebral palsy in Saudi Arabia. *Int J Dent*. 2020;2020(1):1–6.

37. Lansdown K, Irving M, Mathieu Coulton K, Smithers-Sheedy H. A scoping review of oral health outcomes for people with cerebral palsy. *Spec Care Dentist*. 2021;42(3):232–43.
38. Calderone A, Militi D, Cardile D, Corallo F, Calabrò RS, Militi A. Swallowing disorders in cerebral palsy: A systematic review of oropharyngeal dysphagia, nutritional impact, and health risks. *Ital J Pediatr*. 2025;51(1):1–47.
39. Cabrita JP, Quaresma MC, Bizarra M de F. Prevalence of bruxism in adults with cerebral palsy institutionalized in Lisbon. *Spec Care Dentist*. 2021;42(2):155–9.
40. Lopez MA, Freitas MD, Posse JL, Hernández-Vallejo G, López-Pintor RM. Oral health status and dental care for individuals with visual impairment. A narrative review. *Spec Care Dentist*. 2023;43(2):221–31.
41. Martinez FC, Segura F, Herrera JC. Managing dental patient with auditory deficit: Literature review. *Int J Oral Dent Health*. 2018;4(2):1–4.
42. Urien L, Jauregizar N, Lertxundi U, Fernández U, Morera-Herrerias T. Medication impact on oral health in schizophrenia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2023;29(1):51–7.
43. Abed H, Ezzat Y, Alsaadawi L, Almarzouki R, Aboulkhair R, Alqarni A, et al. Negative impacts of psychiatric medications on oral health: A literature review. *Cureus*. 2023;15(12):1–9.
44. Gandhi P, Saxena A, Pai K, Ahmed J, Ongole R. Oral manifestations of psychotropic drugs on the oral cavity: Observational study. *J Contemp Dent Pract*. 2022;23(4):443–6.
45. John MT. Foundations of oral health-related quality of life. *J Oral Rehabil*. 2021;48(3):355–9.
46. Couto P, Pereira PA, Nunes M, Mendes RA. Oral health-related quality of life of portuguese adults with mild intellectual disabilities. *PLoS One*. 2018;13(3):1–14.
47. Dougall A, Pereira FM, Molina G, Eschevins C, Naid Daly B, Faulks D. Identifying common factors of functioning, participation and environment amongst adults requiring specialist oral health care using the International Classification of Functioning, disability and health. *PLoS One*. 2018;13(7):1–17.
48. Friedland J, McColl MA. Disability and depression: Some etiological considerations. *Soc Sci Med*. 1992;34(4):395–403.
49. Karimi P, Zojaji S, Fard AA, Nateghi MN, Mansouri Z, Zojaji R. The impact of oral health on depression: A systematic review. *Spec Care Dentist*. 2025;45(1):1–18.
50. Aljameel AH, Gulzar S, Gupta M, Alshehri AA, Almalki SA, Asiri FY, et al. Oral health promotion among individuals with intellectual disabilities: A systematic review. *Eur J Dent*. 2024;18(1):55–64.
51. Kumari P, Debta P, Dixit A. Oral potentially malignant disorders: Etiology, pathogenesis, and transformation into oral cancer. *Front Pharmacol*. 2022;13:1–24.
52. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slotweg PJ. WHO classification of head and neck tumours. 4th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2017.
53. Neville BW DDACCA. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.
54. Zhang C, Li B, Zeng X, Hu XS, Hua H. The global prevalence of oral leukoplakia: A systematic review and meta-analysis from 1996 to 2022. *BMC Oral Health*. 2023;23(1):1–15.

55. Pimenta-Barros LA, Ramos-García P, González-Moles MÁ, Aguirre-Urizar JM, Warnakulasuriya S. Malignant transformation of oral leukoplakia: Systematic review and comprehensive meta-analysis. *Oral Dis.* 2025;31(1):69–80.
56. Lorenzo-Pouso A, Mendoza ILL, Pérez-Sayáns M, Pérez-Jardón A, Chamorro-Petronacci CM, Blanco-Carrión A, et al. Critical update, systematic review, and meta-analysis of oral erythroplakia as an oral potentially malignant disorder. *J Oral Pathol Med.* 2022;51(7):585–93.
57. Tan Y, Wang Z, Xu M, Li B, Huang Z, Qin S, et al. Oral squamous cell carcinomas: State of the field and emerging directions. *Int J Oral Sci.* 2023;15(1):1–23.
58. Nokovitch L, Maquet C, Crampon F, Taihi I, Roussel LM, Obongo R, et al. Oral cavity squamous cell carcinoma risk factors: State of the art. *J Clin Med.* 2023;12(9):1–19.
59. Darwish G. Squamous papilloma of the soft palate: A case report. *Cureus.* 2023;15(4):1–7.
60. Sarfi D, BenYahya I. Oral mucosal papilloma: A typical clinical case. *Adv Oral Maxillofac Surg.* 2025;19:1–3.
61. Syed N. Vascular lesions of head and neck: A literature review. *Indian J Dent Sci.* 2016;8(3):176–82.
62. Silva HC, Teles ACO, Rocha GF, da Silveira EM, Douglas-De-oliveira DW, Mesquita ATM. Minimally invasive treatment of benign oral vascular lesions: A retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2025;30(2):217–23.
63. Ariawardana A. Traumatic oral mucosal lesions: A mini review and clinical update. *Oral Health Dent Manag.* 2014;13(2):254–9.
64. Cohen PR. Biting fibroma of the lower lip: A case report and literature review on an irritation fibroma occurring at the traumatic site of a tooth bite. *Cureus.* 2022;14(12):1–9.
65. Checherita LE, Mocanu C. Traumatic irritation fibroid: Etiology, diagnosis and clinical management. *Med Mater.* 2025;5(1):3–10.
66. Contreras C, Sandoval G, Nuño Z, Mireles G, Hernández V, González B, et al. Oral pyogenic granuloma: A narrative review. *Int J Mol Sci.* 2023;24(23):1–21.
67. Meshram M, Durge K, Shirbhate U. An overview of oral pyogenic granuloma and its management: A case report. *Cureus.* 2023;15(11):1–7.
68. Sharma S, Singh S, Yadav L, Tyagi S. Pyogenic granuloma: A case report and a comprehensive review. *Journal of Oral Research and Review.* 2021;13(1):53–9.
69. Swain SK. Oral mucocele: A narrative review. *J Indira Gandhi Inst Med Sci.* 2024;10(2):87–92.
70. Hashemi M, Zohdi M, Zakeri E, Abdollahzadeh-Baghaei T, Katebi K. Comparison of the recurrence rate of different surgical techniques for oral mucocele: A systematic review and meta-analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2023;28(6):614–21.
71. Scribante A, Pellegrini M, Pulicari F, De Martino F, Li Vigni G, Ghizzoni M, et al. Oral cavity mucocele and different surgical treatment strategies: Is laser excision effective? A scoping review. *Appl Sci (Basel).* 2023;13(22):1–16.
72. Mohammadi M, Navabi N, Mohammad RZ. Clinical and denture-related characteristics in patients with epulis fissuratum: A retrospective 58 case series. *Caspian J Dent Res.* 2017;6(1):15–21.
73. Khalifa C, Bouguezzi A, Sioud S, Hentati H, Selmi J. An innovative technique to treat epulis fissuratum: A case report. *SAGE Open Med Case Rep.* 2021;9:1–5.

74. Sulaksana SD, Yuslianti ER. Morsicatio buccarum and labiorum in severe anxiety patient. *J Health Dent Sci.* 2024;4(2):147–56.
75. Millsop JW, Fazel N. Oral candidiasis. *Clin Dermatol.* 2016;34(4):487–94.
76. Vila T, Sultan AS, Montelongo-Jauregui D, Jabra-Rizk MA. Oral candidiasis: A disease of opportunity. *J Fungi (Basel).* 2020;6(1):1–28.
77. Lu SY. Oral candidosis: Pathophysiology and best practice for diagnosis, classification, and successful management. *J Fungi (Basel).* 2021;7(7):1–26.
78. McReynolds DE, Moorthy A, Moneley JOC, Jabra-Rizk MA, Sultan AS. Denture stomatitis-an interdisciplinary clinical review. *J Prosthodont.* 2023;32(7):560–70.
79. Abuhajar E, Ali K, Zulfiqar G, Al Ansari K, Raja HZ, Bishti S, et al. Management of chronic atrophic candidiasis (denture stomatitis)-a narrative review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(4):1–15.
80. Iinuma T, Arai Y, Abe Y, Takayama M, Fukumoto M, Fukui Y, et al. Denture wearing during sleep doubles the risk of pneumonia in the very elderly. *J Dent Res.* 2015;94(3):28–36.
81. McBride O, Heslop P, Glover G, Taggart T, Hanna-Trainor L, Shevlin M, et al. Prevalence estimation of intellectual disability using national administrative and household survey data: The importance of survey question specificity. *Int J Popul Data Sci.* 2021;6(1):1–14.
82. Polyak A, Rosenfeld JA, Girirajan S. An assessment of sex bias in neurodevelopmental disorders. *Genome Med.* 2015;7(1):1–11.
83. Aloufi A, Abed H, Andreasson S, Newton T. Oral health characteristics of patients living with intellectual disability at transition phase from pediatric dental service to adult dental service: A systematic review. *Spec Care Dentist.* 2023;43(4):464–74.
84. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MO, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc.* 2012;143(8):838–46.
85. Martins I, Veiga N, Correia M, Coelho I, Couto P. Estudo comparativo de comportamentos e auto percepção em saúde oral de populações adultas com e sem deficiência intelectual. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2020;61(2):64–71.
86. Van Naarden Braun K, Christensen D, Doernberg N, Schieve L, Rice C, Wiggins L, et al. Trends in the prevalence of autism spectrum disorder, cerebral palsy, hearing loss, intellectual disability, and vision impairment, metropolitan atlanta, 1991–2010. *PLoS One.* 2015;10(4):1–21.
87. Braden BB, Baxter LC, Matthews NL, Antolini G, Colizzi M. Where do neurodevelopmental disorders go? Casting the eye away from childhood towards adulthood. *Healthcare (Basel).* 2023;11(7):1–22.
88. Kalaigian A, Chaffee BW. Mental health and oral health in a nationally representative cohort. *J Dent Res.* 2023;102(9):1007–14.
89. Harris JA, Ottaviani G, Treister NS, Hanna GJ. An overview of clinical oncology and impact on oral health. *Front Oral Health.* 2022;3:1–8.
90. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L, et al. Oral complications of cancer and cancer therapy. *CA Cancer J Clin.* 2012;62(6):400–22.
91. Phadraig CM, Farag M, McCallion P, Waldron C, McCarron M. The complexity of tooth brushing among older adults with intellectual disabilities: Findings from a nationally representative survey. *Disabil Health J.* 2020;13(4):1–6.

92. Jeon B, Oh J, Son S. Effects of tooth brushing training, based on augmented reality using a smart toothbrush, on oral hygiene care among people with intellectual disability in Korea. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(3):1–11.
93. Sachse C, Jacob R. Optimizing dental care for adults with intellectual and developmental disabilities: Challenges, strategies, and preventative approaches. *Cureus*. 2024;16(11):1–4.
94. Fee PA, Riley P, Worthington H V., Clarkson JE, Boyers D, Beirne P V. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;(10):1–54.
95. Phadraig CMG, Burke E, McCallion P, McGlinchey E, Nunn J, McCarron M. Dental attendance among older adults with intellectual disabilities in Ireland. *Spec Care Dentist*. 2014;34(6):265–72.
96. Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug S, et al. Evidence-based guidelines for the care and maintenance of complete dentures: A publication of the American College of Prosthodontists. *J Prosthodont*. 2011;20:1–12.
97. Tosun B, Uysal N. Denture care attitudes, hygiene levels and oral mucosal lesions in complete denture wearers from a single-institution cross-sectional study. *Sci Rep*. 2025;15(1):1–13.
98. Doroteia C, Pereira GM, Proença L, Mendes JJ, Cavacas MA. Prevalence and risk factors of oral lesions in a Portuguese subpopulation: A retrospective study. *J Clin Med*. 2025;14(10):1–14.
99. Demko CA, Sawyer D, Slivka M, Smith D, Wotman S. Prevalence of oral lesions in the dental office. *Gen Dent*. 2009;57(5):504–9.
100. Blanco DCG, Rodrigues RDF, Lemos CJ, Bussadori SK, Junior JNRA, Teixeira VP. A retrospective study of the incidence of oral lesions of soft tissue referenced in a Brazilian town. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2017;124(2):128.
101. Radwan-Oczko M, Sokół I, Babuśka K, Owczarek-Drabińska JE. Prevalence and characteristic of oral mucosa lesions. *Symmetry (Basel)*. 2022;14(2):1–4.
102. El Toum S, Cassia A, Bouchi N, Kassab I. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions by sex and age categories: A retrospective study of patients attending Lebanese school of dentistry. *Int J Dent*. 2018;2018(1):1–6.
103. Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M, Conrotto D, Gandolfo S. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis*. 2008;14(4):356–66.
104. Bhatnagar P, Rai S, Bhatnagar G, Kaur M, Goel S, Prabhat M. Prevalence study of oral mucosal lesions, mucosal variants, and treatment required for patients reporting to a dental school in North India: In accordance with WHO guidelines. *J Family Community Med*. 2013;20(1):41–8.
105. Lin HC, Corbet EF, Lo ECM. Oral mucosal lesions in adult Chinese. *J Dent Res*. 2001;80(5):1486–90.
106. Adewale AA, Owotade FJ, Oyetola EO, Mapayi BM. Prevalence and associated risk factors of oral mucosal lesions and orofacial dyskinesia in patients with psychotic disorders. *J Adv Med Med Res*. 2022;34(18):32–42.
107. Pereira DMO. Patologia oral numa população observada no âmbito de um programa de rastreio de cancro oral desenvolvido em Portugal [master's thesis]. [Lisboa]: Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa; 2023.
108. Filipe LAJ. Lesões Orais em pacientes reabilitados na clínica de próstodontia removível da FMDUL [master's thesis]. [Lisboa]: Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa; 2021.

Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética.



Parecer sobre o projeto nº 64

Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Mandato 2023/2027

Projeto de Investigação Na reunião do dia 2 de dezembro de 2024 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pelo investigador. Sobre a apreciação redige o parecer que agora se apresenta.
Título: <i>Prevalência e caracterização de lesões de tecidos moles em pacientes com deficiência.</i> Instituição: FMDUCP Viseu
Investigador responsável: Prof. Doutora Patrícia Couto, FMDUCP Viseu
Equipa de investigação Tiago Miguel Santos Marques Nélio Jorge Veiga Bárbara Mota Figueiredo
Resumo De acordo com os censos de 2021, a prevalência total da incapacidade da população com 5 ou mais anos é de 10,9%; dos quais 65,6% representam os residentes idosos. A paralisia cerebral, assim como a síndrome de Down, representam uma parte significativa deste grupo e, em Portugal, constituem uma das principais deficiências físicas e intelectuais, respetivamente. Várias lesões dos tecidos moles acometem este grupo vulnerável, muitas vezes por carecer de cuidados adequados e por experienciar inúmeras barreiras no acesso aos serviços médico dentários. Estas lesões são diversas e quando detetadas precocemente, ainda no seu estado assintomático, permitem a execução de terapêuticas menos agressivas e um aumento da sobrevida do paciente. De facto, a ausência de identificação das diferentes patologias, dos seus distintos fatores etiológicos e a desvalorização de sinais e sintomas, pode levar ao comprometimento da imagem corporal e interferir diretamente na qualidade de vida do paciente, especialmente perante populações tão vulneráveis quanto os pacientes com deficiência.
Objetivo <ul style="list-style-type: none">- Caracterizar a saúde oral de uma população com deficiência, no que diz respeito a lesões de tecidos moles;- Determinar a prevalência de patologia de tecidos moles na população em estudo;- Determinar potenciais fatores etiológicos e/ou predisponentes;- Referenciar os casos de lesões mais severas para acompanhamento médico-dentário;- Realizar uma revisão bibliográfica das lesões orais encontradas ao longo da recolha de dados.
Metodologia Estudo epidemiológico observacional transversal.
População e amostra APPACDM-Viseu (Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental).
Modalidade de Recrutamento: Participarão no estudo todos os utentes da APPACDM-Viseu que aceitem participar na investigação através de um consentimento informado livre e esclarecido. Quando o próprio não tiver capacidade para consentir, o consentimento e o questionário serão aplicados ao cuidador responsável. Ainda assim, sempre que o cuidador aceite o consentimento mas o utente manifeste desacordo em participar, não haverá qualquer obrigatoriedade de participação. A determinação da capacidade de consentir será definida pelo relatório clínico realizado pela equipa multidisciplinar que segue cada utente.
População Vulnerável: A população em estudo apresenta frequentemente lesões de tecido moles não diagnosticadas uma vez que experienciam inúmeras barreiras no acesso aos cuidados médico-dentários. As lesões que forem detetadas e necessitarem de algum tipo de abordagem médica serão referenciadas para tratamento médico-dentário.



Este acompanhamento poderá ser realizado na Clínica Universitária (onde tem havido lugar a tratamentos sem custo para estes pacientes graças a anteriores projetos financiados), não existindo, contudo, qualquer obrigatoriedade e realizar o tratamento neste local. O paciente/cuidador será informado de toda a condição oral.

Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados será realizada através de um questionário com variáveis sociodemográficas, de saúde oral e sistémica, a aplicar ao próprio ou ao cuidador responsável, dependendo da capacidade cognitiva do paciente.

Serão ainda realizadas tabelas de registo das variáveis observadas no exame clínico com recurso ao software SPSS Statistics 27.0. Todas as lesões orais serão analisadas de acordo com as seguintes variáveis: tamanho, tipologia, cor, forma, sintomatologia e possível relação com dados recolhidos na anamnese. O exame intra-oral será realizado nas instalações da Instituição, numa sala médica cedida para o efeito.

Procedimento

Será realizado um estudo epidemiológico observacional transversal numa amostra de pacientes com deficiência. A recolha de dados será realizada através de um questionário com variáveis sociodemográficas, de saúde oral e sistémica (a aplicar ao próprio ou ao cuidador) e de um exame intra-oral ao paciente com deficiência.

Todas as lesões orais serão analisadas de acordo com as seguintes variáveis: tamanho, tipologia, cor, forma, sintomatologia e possível relação com dados recolhidos na anamnese. As informações recolhidas serão mantidas confidenciais, estando o anonimato garantido ao longo de todo o estudo. Todos os participantes ou representantes legais assinarão um consentimento informado, livre e esclarecido para participação na investigação, sendo, contudo, respeitada a vontade do utente no caso de o representante consentir e o próprio não querer participar. Todos os dados serão alvo de análise estatística descritiva e inferencial através do software SPSS, utilizando para tal um limiar de significância estatística de $p < 0,05$.

Potenciais incómodos

Inexistentes

Potenciais benefícios para os participantes

Os pacientes e seus representantes legais terão acesso ao resultado dos rastreios efetuados à cavidade oral e a sessões de literacia em saúde. Nos casos em que surja alguma lesão, os utentes serão referenciados para tratamento.

Confidencialidade dos Dados e RGPD

Os dados clínicos dos pacientes participantes no presente projeto são confidenciais, de uso exclusivo da Investigadora Principal e da Equipa de Investigação, não disponibilizados ou transmitidos a terceiros e serão completamente destruídos assim que seja concluído o seu tratamento. O estudo de investigação final tornando-se público, não conterà nenhuma referência que permita a identificação dos pacientes.

De acordo com o que está em vigor pela Comissão Europeia referente à AIPD e de acordo com a natureza do estudo em causa: "Um médico da comunidade que efetua o tratamento dos dados pessoais dos seus doentes. Neste caso, não é necessário realizar uma AIPD, uma vez que o tratamento efetuado pelos médicos comunitários não é efetuado em grande escala caso o número de doentes seja limitado."

Em suma, o Projeto tende a corresponder aos requisitos exigidos pela CESUCP. Contudo, atendendo à dimensão particularmente vulnerável da população participante, a CESUCP considera que existem incómodos reais para os participantes no estudo, nomeadamente, ao nível do stress que esta população poderá sentir ao ser submetido a um simples exame oral. Atendendo a este facto, a CESUCP solicita aos investigadores esclarecimentos relativos aos métodos e estratégias que serão usadas para o encaminhamento seguro dos participantes e para aliviar os seus níveis de stress ao participar no exame intraoral, bem como esclarecimentos acerca da relevância que poderá ter, para cumprir esta salvaguarda ética, incluir um novo critério de inclusão, tendo em conta a gravidade das patologias dos participantes.

Estiveram presentes na reunião nº 12 da CES-UCP

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas
Vice-Presidente: Doutora Maria Vânia Nunes
Doutor Nélio Veiga
Doutora Bárbara Nazaré
Doutora Cristina Sá Carvalho
Doutora Marta Brites
Dra. Soledade Duarte

Conclusão

Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 2 de dezembro de 2024, realizada via Zoom Colibri, esta CES delibera, por unanimidade, a **emissão de Parecer Favorável Condicionado ao envio dos esclarecimentos solicitados.**

A Presidente,

Mara de Sousa Freitas

Mara de Sousa Freitas

02/12/2024

Anexo 2 - Declaração de Consentimento Informado.



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsinque e a Convenção de Oviedo.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concordar com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Prevalência e caracterização de lesões de tecidos moles em pacientes com deficiência.

Enquadramento: As lesões que acometem a mucosa oral são diversas e quando detetadas precocemente, ainda no seu estado assintomático, permitem a execução de terapêuticas menos agressivas e um aumento da sobrevida do paciente. De facto, a ausência de identificação das diferentes patologias, dos seus distintos fatores etiológicos e a desvalorização de sinais e sintomas, pode levar ao comprometimento da imagem corporal e interferir diretamente na qualidade de vida do paciente, especialmente quando estamos perante populações tão vulneráveis quanto os pacientes com deficiência.

Explicação do estudo: O presente projeto tem como objetivos caracterizar a saúde oral de uma população com deficiência, no que diz respeito a lesões de tecidos moles; determinar a prevalência das mesmas e potenciais fatores etiológicos e/ou predisponentes; além de referenciar os casos mais severos para acompanhamento médico-dentário.

Para tal, será realizado um estudo epidemiológico observacional transversal, cuja recolha de dados será concretizada através de um questionário com variáveis demográficas, de saúde oral e sistémica e de um exame intra-oral. Todos os dados serão alvo de análise estatística descritiva e inferencial através do software SPSS.

Condições e financiamento: O presente estudo não beneficia de qualquer tipo de financiamento nem apresenta conflitos de interesse.

Confidencialidade e anonimato: As informações recolhidas ficarão somente na posse da equipa de investigação e serão tratadas de modo a garantir total confidencialidade e anonimato dos pacientes. A cada participante será atribuído um número, permitindo dessa maneira, manter o anonimato ao longo do tratamento dos dados. Todos os dados serão destruídos no final do estudo.

Para qualquer esclarecimento adicional deve contactar:

Patrícia Couto
Contato: 961449215
Email: pscouto@ucp.pt

Viseu, outubro de 2024



Data Protection Officer - UCP
Dra. Frederica Campos de Carvalho
Contacto telefónico: +351 217214179
E-mail: compliance.rgpd@ucp.pt

Consentimento informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar nesta investigação e permito que os dados recolhidos sejam divulgados sob forma de publicação científica, desde que a minha identidade seja mantida confidencial.

Nome do participante no estudo ou do cuidador responsável.

Assinatura: _____ . Data: ____ / ____ / ____

Nome do investigador responsável.

Assinatura: _____ . Data: ____ / ____ / ____

Anexo 3 - Questionário

Questionário

Informação do Paciente

1. Idade:

2. Género:

- Masculino
- Feminino
- Outro
- Não especificado

3. Qual o tipo de vínculo institucional?

- Lar Residencial
- CAO (Centro de Atividades Ocupacionais)
- Outro. Qual? _____

Histórico de Clínica Geral

Patologias e Medicação

4. Tem alguma destas patologias?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Problemas Cardíacos | <input type="radio"/> Cancro |
| <input type="radio"/> Doenças do Sangue | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Doenças de Fígado | <input type="radio"/> Hipertensão |
| <input type="radio"/> Doenças de Estômago | <input type="radio"/> Alergias |
| <input type="radio"/> Doenças Renais | <input type="radio"/> Indique outras doenças |
| <input type="radio"/> Doenças Intestinais | |

5. Foi sujeito a algum tratamento de radioterapia ou quimioterapia?

- Sim
- Não
- Em tratamento

6. Faz algum tipo de tratamento médico ou medicação com regularidade?

- Sim
- Não
- Não sabe

7. Listagem de medicamentos:

Hábitos Tabágicos

8. Fuma ou já fumou?

- Sim
- Não
- Ex-fumador

9. Quantos cigarros fuma/fumava por dia?

- Até 10
- Mais de 10
- Não sabe

Consumo de álcool

10. Bebe ou já bebeu regularmente bebidas alcoólicas?
- Sim
 - Não

Hábitos de Higiene Oral

11. Costuma escovar os dentes diariamente?
- Sim
 - Não

12. Se sim, quantas vezes por dia?

13. Costuma utilizar fio dentário?
- Não
 - Sim, às vezes
 - Sim, diariamente
14. Quando foi a última vez que visitou um médico dentista?
- Há menos de 1 ano
 - Há 1 ano
 - Há 2 anos
 - Entre 2 e 5 anos
 - Há mais de 5 anos
 - Nunca

Reabilitação Protética

15. Utiliza prótese?
- Sim
 - Não
16. Quando utiliza a(s) prótese(s)?
- Sempre
 - Às vezes
 - Só durante as refeições
 - Nunca
17. Faz a higienização da sua prótese?
- Sim
 - Não
18. Como faz a higienização da sua prótese?
- Só com água
 - Com água e escova
 - Pastilhas de limpeza
 - Não higienizo
19. Costuma retirar a prótese para dormir?
- Sempre
 - Às vezes
 - Nunca

Nota: O presente questionário constitui uma súmula da anamnese utilizada na primeira consulta de Medicina Dentária da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica. Encontrando-se, portanto, validado e com autorização para a sua utilização.

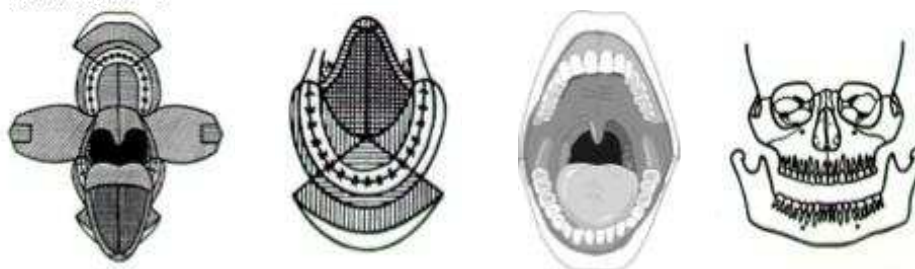
Anexo 4 - Ficha de Classificação de Lesões (OMD)



Paciente:

Nome:			
Sexo: F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Idade:	Data de nascimento: ____ / ____ / ____
Profissão:			
Morada:			

Tipo de espécimen:



Sublinhe

 por favor, a opção válida:

Lábios (interior, exterior, superior, inferior)	Mucosa jugal (direita, esquerda)
Fundo do vestíbulo (1º, 2º, 3º e 4º quadrante)	Língua (dorso, ventre, bordo direito, bordo esquerda, ponta)
Mucosa alveolar (1º, 2º, 3º e 4º quadrante)	Pavimento da boca (3º e 4º quadrante)
Gengiva (aderida, livre, papila)	Palato (duro, mole, 1º e 2º quadrante)
Rebordo alveolar (1º, 2º, 3º e 4º quadrante)	Glândulas salivares (minor, parótida, sublingual, submandibular)

Sublinhe

 por favor, a opção válida / **Descreva**: Quando aplicável

- **Classificação** (mácula/mancha, pápula/placa/nódulo, vesícula/bolha/pústula, erosão/úlceras, cicatriz/fístula)
- **Forma** (deprimida, ligeiramente elevada, elevada)
- **Localização** _____
- **Limites** _____
- **Cor** (branca, vermelha, negra, outra _____)
- **Tamanho** (comprimento _____ Largura _____)
- **Base** (sésil, pediculada, endurecida)
- **Consistência** (mole, endurecida, elástica, pétreas)
- **Superfície** (íntegra, não íntegra)
- **Textura** (lisa, áspera, rugosa)
- **Contorno** (nítido/difuso, regular/irregular)
- **Bordos** (planos, elevados, deprimidos)
- **Número** (única, múltipla)

Diagnóstico clínico: _____

Assinatura: _____ **Data da requisição:** ____ / ____ / ____