



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
2024-2025

**Prevalência e Caracterização de Lesões de
Tecidos Moles em Idosos
Institucionalizados**

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

Por: Leonor Cristino

Viseu, 2025



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

Prevalência e Caracterização de Lesões de Tecidos Moles em Idosos Institucionalizados

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

Por:
Leonor Cristino

Orientador: Prof^a Doutora Patrícia Couto
Coorientador: Prof. Doutor Nélio Veiga

Viseu, 2025

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Prof.^a Dr.^a Anna Carolina Volpi Mello Moura

(Professora Associada na Universidade Católica Portuguesa)

Arguente: Prof. Dr. Tiago Miguel Santos Marques

(Professor Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa)

Orientador: Prof.^a Dr.^a Patrícia Sofia Soares Couto

(Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa)

Data das provas públicas: _28_ / _07_ / _2025__

Classificação: __18 valores__

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à minha avó Dália e ao meu avô Fernando que, embora sejam duas estrelas no céu, continuam a guiar-me como sempre o fizeram. Cada um à sua maneira, souberam transmitir-me valores e carinho que me acompanharam até aqui. Sei que, onde quer que estejam, estariam muito orgulhosos de mim.

Agradecimentos

À minha orientadora,

Agradeço por toda a orientação ao longo deste percurso, pela disponibilidade, pelas palavras certas nos momentos certos, pela confiança constante e por partilhar comigo não só conhecimento, mas também motivação.

Aos meus pais,

Os meus pilares. Foram o apoio mais incondicional que alguma vez tive, presentes nos dias bons e, sobretudo, nos mais difíceis. Obrigada por me ajudarem a tornar-me na mulher que sou hoje.

Ao meu irmão,

Obrigada pelas sacudidelas que me despertam para a realidade, por estares sempre lá, mesmo sem dizeres muito, e por me amares da forma mais genuína.

À minha família Veras,

Por celebrarem comigo cada conquista, e por acompanharem-me sempre com aquele carinho que não pede atenção, mas nunca falha.

Ao Guilherme,

O meu afilhado que é, na verdade, um irmão. Obrigada por me aturares, por seres o meu abrigo nos dias difíceis e por cuidares sempre de mim com tanto amor.

À Catarina,

Obrigada por seres a amiga de todos os dias, aquela que ouve cada dilema e que sabe quando é preciso chamar-me à razão. Uma amizade rara e para a vida.

Ao Pina, à Ba e à Babita,

Os meus defensores incansáveis. Obrigada por acreditarem em mim mesmo quando eu duvidava, e por estarem sempre, sempre do meu lado.

À minha binómia Ana,

Por toda a paciência, por me ajudares a crescer a cada dia e por me fazeres perceber, com a nossa parceria, o verdadeiro significado de trabalhar em equipa.

Aos amigos de Viseu,

Por todo o apoio emocional, pelas memórias incríveis, por me verem como realmente sou e por tornarem Viseu um verdadeiro lar.

Aos amigos das Caldas Sofia, Carol e Zé,

Obrigada por me fazerem voltar sempre a casa, por ouvirem (e aguentarem) as minhas histórias mais absurdas e por estarem ao meu lado em cada etapa deste percurso.

Resumo

Introdução: A saúde oral em idosos institucionalizados permanece frequentemente negligenciada, sendo as lesões da mucosa oral uma ocorrência comum, associada a fatores como o uso contínuo de próteses, má higiene oral, polimedicação e envelhecimento imunológico.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo determinar a prevalência e caracterizar as lesões de tecidos moles da cavidade oral em idosos institucionalizados.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional, descritivo e transversal numa instituição de longa permanência no concelho de Viseu, envolvendo 51 utentes. A recolha de dados incluiu um questionário sociodemográfico/clínico e um exame intraoral sistematizado. Foi realizada uma análise estatística descritiva e inferencial com recurso ao *Software* SPSS v.26.0, com nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados: A média de idades foi de $86,16 \pm 7,13$ anos, com predominância do sexo feminino (72,5%). A prevalência de lesões de tecidos moles foi de 49,0%, sendo a estomatite protética (13 casos) e a candidíase oral (9 casos) as mais frequentes. Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre a presença de lesões e variáveis como o sexo, idade, número de patologias, número de fármacos, consumo de álcool/tabaco ou hábitos de higiene oral. Identificou-se uma tendência de maior prevalência de estomatite em utilizadores de próteses que não as removem para dormir, embora sem significância estatística.

Conclusão: A elevada prevalência de lesões orais nesta população vulnerável justifica a implementação de medidas preventivas sistemáticas, rastreios regulares e formação contínua dos cuidadores, visando uma abordagem interdisciplinar integrada na promoção de saúde oral.

Palavras-chave: Idosos institucionalizados; Lesões orais; Tecidos moles; Estomatite protética; Candidíase oral; Saúde oral.

Abstract

Introduction: Oral Health in institutionalized elderly individuals is often neglected, with oral mucosal lesions being a common occurrence. These are associated with factors such as continuous denture use, poor oral hygiene, polypharmacy and immunosenescence.

Objective: This study aimed to determine the prevalence and characterize soft tissue lesions of the oral cavity in institutionalized elderly population.

Methods: An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted in a long-term care institution in Viseu, involving 51 residents. Data collection included a structured sociodemographic/clinical questionnaire and systematic intraoral examination. Descriptive and inferential statistical analysis was performed using SPSS v. 26.0 software, with significance level of $p < 0,05$.

Results: The mean age was $86,16 \pm 7,13$ years, with a predominance of female participants (72,5%). The prevalence of soft tissue lesions was 49,0% with denture stomatitis (13 cases) and oral candidiasis (9 cases) being the most frequent. No statistically significant associations were found between lesion presence and variables such as gender, age, number of pathologies, number of medications, alcohol/tobacco use, oral hygiene habits. A trend toward a higher prevalence of stomatitis was identified in denture wearers who did not remove them while sleeping, although without statistical significance.

Conclusion: The high prevalence of oral lesions in this vulnerable population justifies the implementation of systematic preventive measures, regular screenings, and continuous caregivers training, aiming for an integrated interdisciplinary approach to oral health promotion.

Keywords: Institutionalized elderly; Oral lesions; Soft tissues; Dentures stomatitis; Oral candidiasis; Oral health.

Índice

1.	Introdução.....	1
1.1.	Envelhecimento Populacional e Institucionalização	3
1.2.	Barreiras ao Acesso a Cuidados de Saúde Oral em Idosos Institucionalizados.....	4
1.3.	Prevalência das Lesões em Idosos Institucionalizados	6
1.4.	Lesões de Tecidos Moles: Classificação Geral	7
1.4.1.	Lesões de Tecidos Moles: Cavidade Oral do Paciente Geriátrico.....	9
1.5.	Fatores de Risco Associados às Lesões Orais	10
1.6.	Consequências Funcionais e Clínicas das Lesões Orais	12
2.	Objetivos.....	15
3.	Materiais e Métodos	19
3.1.	Desenho do Estudo	21
3.2.	População e Amostra	21
3.3.	Instrumentos de Recolha de Dados	22
3.5.	Aspetos Éticos	26
4.	Resultados	29
5.	Discussão	43
5.1.	Caracterização Demográfica.....	45
5.2.	Estado de Saúde Geral- Patologias.....	45
5.3.	Polimedicação	46
5.4.	Hábitos Comportamentais e Autocuidados	48
5.5.	Utilização e Higiene de Próteses Dentárias	49
5.6.	Prevalência de Lesões Orais	50
5.7.	Estomatite Protética.....	51
5.8.	Candidíase Oral	52
5.9.	Implicações Clínicas e Limitações	54
6.	Conclusão	57
7.	Bibliografia.....	61
8.	Anexos	67

Índice de tabelas

Tabela 1 – Caraterização da amostra por sexo e idade	31
Tabela 2 – Caraterização das patologias	32
Tabela 3 – Caraterização da medicação	33
Tabela 4 – Caraterização dos hábitos dos inquiridos	34
Tabela 5 – Caraterização da utilização da prótese	35
Tabela 6 – Existência de lesão em função do sexo, idade número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e utilização da prótese .	37
Tabela 7 – Existência de lesão candidíase versus sexo, idade número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e utilização da prótese.....	39
Tabela 8 – Existência de lesão estomatite protética versus sexo, idade número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e higienização da prótese	40

Índice de gráficos

Figura 1 – Caraterização da existência de lesão.....	36
Figura 2 – Identificação das lesões existentes	36

Lista de acrónimos e siglas

CIP: Clinical Intelligence Platform

OMD: Ordem dos Médicos Dentistas

OMS: Organização Mundial de Saúde

PIPICO: Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

1. Introdução

1.1. Envelhecimento Populacional e Institucionalização

O envelhecimento populacional constitui uma das transformações demográficas mais marcantes do século XXI, tendo repercussões significativas nas políticas sociais e de saúde pública. (1)

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), os idosos representam 10,5% da população mundial, prevendo-se que esse valor atinja os 21,8% até 2050. Esta tendência revela-se particularmente pronunciada nos países desenvolvidos, onde reside atualmente mais de metade da população idosa mundial, refletindo desafios acrescidos no que diz respeito à prevalência de doenças crónicas e às necessidades de cuidados prolongados. (1)

Estima-se, ainda, que a população idosa duplique, alcançando os 2 mil milhões de indivíduos em 2050. Este fenómeno, conhecido como “transição demográfica”, está intimamente relacionado com o aumento da esperança média de vida, resultado dos progressos médicos e tecnológicos, bem como com a diminuição simultânea das taxas de natalidade e mortalidade. (1)

O envelhecimento global impõe desafios acrescidos aos sistemas de saúde, que se vêm obrigados não apenas a assegurar a longevidade, mas também a garantir que os anos de vida decorram com qualidade e dignidade. (2) Os idosos constituem, atualmente, os principais utilizadores dos serviços de saúde em todos os países, representando, em média, um custo aproximadamente duas vezes superior ao dos indivíduos mais jovens. (1)

Em Portugal, esta realidade revela-se igualmente evidente. O país tem registado um aumento significativo da população idosa, acompanhado de um crescimento de 65% no número de lares em 15 anos, o que reflete a necessidade crescente de estruturas residenciais capazes de responder ao envelhecimento demográfico. (3)

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento é definido como um processo gradual de deterioração da integridade fisiológica, comprometendo a funcionalidade do organismo. (4)

O envelhecimento encontra-se frequentemente associado a vulnerabilidades de ordem física, cognitiva, emocional e social, sobretudo em contextos de

institucionalização, onde os idosos dependem de terceiros para os cuidados básicos e de saúde. Esta dependência, aliada ao declínio natural das capacidades funcionais e à coexistência de doenças crónicas, torna esta população particularmente frágil. (1,2)

Em Portugal, embora o número de lares tenha aumentado significativamente nas últimas décadas, existem registos preocupantes de queixas por negligência e desrespeito pela dignidade dos residentes, evidenciando lacunas na qualidade dos cuidados prestados. (3)

Assim, a compreensão aprofundada do impacto do envelhecimento populacional e dos desafios inerentes à institucionalização revela-se fundamental para a formulação de políticas públicas orientadas para a promoção da dignidade, autonomia e qualidade de vida da população idosa. (3)

1.2. Barreiras ao Acesso a Cuidados de Saúde Oral em Idosos Institucionalizados

A população idosa institucionalizada depara-se com um conjunto complexo de obstáculos no acesso aos cuidados de saúde oral, circunstância que contribui de forma determinante para a elevada incidência de patologias orais por diagnosticar e/ou por tratar. Estas barreiras decorrem de múltiplos determinantes económicos, físicos, institucionais, pedagógicos e comportamentais; e traduzem-se num panorama preocupante de desigualdade e negligência assistencial. (5)

Uma das barreiras mais significativas é de natureza económica. Uma parte substancial da população idosa vive com rendimentos ou pensões de montante reduzido, o que restringe o acesso a cuidados relacionados à medicina dentária, nomeadamente consultas de rotina, realização de próteses dentárias ou intervenções de carácter restaurador, sobretudo quando estes não são comparticipados por sistemas públicos de saúde ou por seguros complementares. (1)

As barreiras de ordem física e a geográfica assumem igualmente um papel determinante. A limitação da mobilidade, aliada à ausência de transporte adaptado, constitui um obstáculo recorrente, sobretudo em instituições situadas em áreas rurais ou em contextos marcados pela escassez de serviços especializados. (6)

A insuficiência da formação dos cuidadores configura uma barreira particularmente crítica. Um número considerável de profissionais de apoio direto ao idoso carece de preparação específica para realizar de forma adequada a higiene oral dos residentes, bem como para reconhecer sinais iniciais de infecção, inflamação ou lesões das mucosas. A evidência científica demonstra que a implementação de programas educativos dirigidos a cuidadores traduz-se em melhorias substanciais nos indicadores de saúde oral dos idosos institucionalizados. (7)

Um fator de negligência é a percepção errada de que a saúde oral é irrelevante ou secundária, na terceira idade. É frequente que tanto cuidadores como profissionais de saúde encarem a perda dentária e as alterações orais como fenómenos “naturais” do processo de envelhecimento, o que conduz à desvalorização das queixas manifestadas pelos idosos e à ausência de uma intervenção clínica atempada. (5)

As consequências de negligência em saúde oral são particularmente severas, englobando inflamações crónicas, infeções de etiologia fúngica e bacteriana, disfunções a nível da mastigação, dor persistente, dificuldades na deglutição e deterioração do estado nutricional. Acresce que a evidência científica tem vindo a demonstrar uma associação entre a má higiene oral e o aumento do risco de pneumonia por aspiração, especialmente entre utilizadores de próteses removíveis contaminadas. (8)

Por outro lado, a ausência de vigilância sistemática e de acompanhamento das reabilitações protéticas está associada ao desenvolvimento de estomatite protética, candidíase e lesões traumáticas da mucosa oral, sobretudo entre idosos que utilizam as próteses durante o período noturno ou cuja higiene é precária. (6)

Adicionalmente, investigações conduzidas em instituições de apoio à 3ª idade em Portugal, evidenciam falhas significativas na supervisão dos cuidados prestados, identificando episódios de omissão de cuidados, desvalorização da higiene oral e inexistência de mecanismos de controlo de qualidade. Este cenário revela um padrão de fragilidade estrutural com repercussões diretas na saúde dos residentes. (3)

Desta forma, torna-se imperativo a implementação de estratégias integradas que contemplem a formação contínua dos cuidadores, a integração de médicos

dentistas nas equipas de cuidado multidisciplinar, o desenvolvimento de protocolos de rastreios e referenciação, bem como o financiamento de cuidados de medicina dentária ajustados às especificidades da população idosa institucionalizada. (7)

Face a estas limitações de natureza estrutural e funcional no acesso aos cuidados, torna-se fundamental compreender quais as principais alterações e lesões que afetam os tecidos moles da cavidade oral em indivíduos idosos, particularmente em contextos de institucionalização.

1.3. Prevalência das Lesões em Idosos Institucionalizados

Os desafios epidemiológicos associados às condições precárias de saúde oral dos idosos institucionalizados destacam a importância de avaliar as lesões de tecidos moles. A análise dessas lesões é essencial não apenas para compreender a sua frequência e distribuição, mas também para fornecer informações que possam servir de base para o rastreamento precoce e implementação de estratégias de prevenção. (9)

Alguns estudos realizados referem que 57% da população geriátrica institucionalizada apresenta uma ou mais lesões orais. As principais condições associadas incluem o uso de próteses dentárias inadequadas, traumas mecânicos na cavidade oral e o consumo de tabaco, fatores que são frequentemente observados em populações vulneráveis. (10)

De acordo com a literatura, as lesões orais têm sido mais observadas na faixa etária dos 60 aos 74 anos, refletindo uma fase de maior suscetibilidade devido ao envelhecimento dos tecidos moles e à presença de comorbidades sistémicas. (10)

A OMS recomenda a inclusão de avaliações de saúde oral como parte das iniciativas globais para a promoção de programas preventivos e educativos em saúde oral. Compreender a prevalência dessas lesões permite o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas à melhoria da qualidade de vida dos idosos, especialmente quem vive em instituições de longa permanência. (11)

Esta abordagem dá ênfase à necessidade de ações coordenadas entre profissionais de saúde, cuidadores e gestores de instituições geriátricas para garantir que medidas preventivas e terapêuticas sejam implementadas de maneira eficaz e sustentável. (11)

1.4. Lesões de Tecidos Moles: Classificação Geral

As lesões dos tecidos moles da cavidade oral englobam alterações patológicas que incidem sobre as estruturas não mineralizadas da boca, nomeadamente a mucosa jugal, a língua, o palato, a gengiva, o pavimento da boca e os lábios. (8) Estas lesões são particularmente prevalentes na população idosa em virtude da maior fragilidade tecidual, do uso prolongado de próteses e da presença de défices imunológicos. (12)

De forma geral, podemos agrupar as lesões dos tecidos moles da cavidade oral do paciente geriátrico em cinco categorias principais:

- **Lesões benignas sem necessidade de intervenção:** caracterizam-se por não apresentarem risco de transformação maligna e englobam condições como língua fissurada e varicosidades sublinguais. Estas alterações são frequentes no envelhecimento, tendem a ser assintomáticas e, na maioria dos casos, não exigem intervenção terapêutica específica. (8)
- **Lesões traumáticas/reativas:** correspondem a respostas inflamatórias crónicas desencadeadas por estímulos persistentes, nomeadamente o uso de próteses mal-adaptadas, a mastigação inadequada ou bruxismo. Entre as manifestações mais frequentes encontram-se as úlceras traumáticas, a epúlide fissurada, o fibroma traumático, o granuloma piogénico e a estomatite protética, cuja prevalência entre utilizadores de próteses removíveis pode atingir até 70%. (12)
- **Lesões infecciosas:** a candidíase oral representa a infeção mais prevalente na população idosa, com particular destaque para as formas eritematosa e pseudomembranosa. Outras lesões de etiologia infecciosa incluem as provocadas por herpesvírus ou por bactérias oportunistas, frequentemente potenciadas por condições como xerostomia, má higiene oral e imunossenescência. (8)

- **Lesões potencialmente malignas:** este grupo requer particular atenção, dado o risco efetivo de progressão para carcinoma oral. Entre as principais entidades clínicas incluem-se:
 - A **Leucoplasia oral**, definida como uma placa branca aderente que não pode ser classificada clínica ou histologicamente como outra condição e que não pode ser removida por raspagem. A taxa de transformação maligna varia entre 0 e 20%, sendo maior nas formas não homogêneas. (13,14)
 - A **Eritroplasia**, apesar de menos frequente, constitui a lesão oral com maior potencial de transformação maligna, sendo que até 50% dos casos apresentam displasia severa ou carcinoma in situ aquando do diagnóstico. (14,15)
 - O **Líquen Plano oral**, patologia inflamatória de natureza crónica, é reconhecido como uma lesão com possível potencial de malignização, sobretudo nas suas variantes atrófica e erosiva. Estas formas clínicas requerem vigilância regular e, sempre que clinicamente indicado, realização de biópsia com vista à exclusão de displasia. (14)
 - A **queilite actínica**, condição resultante da exposição solar crónica, incide predominantemente sobre o lábio inferior e é considerada uma lesão potencialmente maligna, com elevada incidência em indivíduos idosos de pele clara. (14)

As lesões de natureza mista, como eritroleucoplasia (também designada leucoplasia salpicada), caracterizam-se pela presença concomitante de áreas esbranquiçadas e eritematosas, e apresentam um risco acrescido de malignização. (15)

É importante também salientar que a deteção destas lesões exige uma inspeção clínica minuciosa e, em numerosos casos, confirmação histopatológica por meio de biópsia. A implementação de protocolos de rastreio periódico confere particular relevância em populações de risco, como os idosos institucionalizados, nos quais a elevada prevalência de próteses mal-adaptadas, a higiene oral deficiente e a imunodeficiência relativa constituem fatores predisponentes ao aparecimento e à progressão destas lesões. (8)

A detecção precoce destas lesões reveste-se de importância crítica, dado que muitas permanecem assintomáticas por períodos prolongados, sendo frequentemente diagnosticadas apenas em fases avançadas. No caso dos idosos, em particular os institucionalizados, esta realidade é agravada pela escassez de queixas verbais, consequência de défices cognitivos, resignação face à dor ou dificuldades comunicacionais, o que acentua a necessidade de inspeções sistémicas da cavidade oral por profissionais devidamente qualificados. (8,16)

Estabelecida a base conceptual e classificativa, torna-se pertinente proceder à identificação e análise das lesões dos tecidos moles mais frequentemente observadas em indivíduos idosos, com especial atenção aos seus padrões clínicos, prevalência e fatores de risco associados.

1.4.1. Lesões de Tecidos Moles: Cavidade Oral do Paciente Geriátrico

Nos idosos institucionalizados, as lesões dos tecidos moles da cavidade oral apresentam uma elevada prevalência, constituindo manifestações clínicas decorrentes da interação complexa entre fatores locais, sistémicos e comportamentais. Estas lesões refletem não apenas o processo de envelhecimento biológico dos tecidos, mas também a ação de fatores mecânicos, como o uso prolongado de próteses removíveis, a higiene oral deficiente, a xerostomia e a imunossupressão. (12)

A **estomatite protética** constitui a lesão mais prevalente entre os utilizadores de próteses totais removíveis, caracterizando-se por um quadro inflamatório da mucosa subjacente à prótese. A sua etiologia é multifatorial, podendo estar também associada à infeção por *candida albicans* e a fatores sistémicos, entre os quais se destacam a diabetes mellitus e a deficiência imunitária. (12,13)

A prevalência global da estomatite protética entre utilizadores de próteses removíveis pode variar entre 15% a 70%, registando-se maior incidência a nível do palato duro. (16)

A **Candidíase oral**, frequentemente associada à estomatite protética, pode manifestar-se sob diversas formas, nomeadamente a pseudomembranosa e a

eritematosa. Esta patologia está intimamente relacionada com práticas inadequadas de higienização da prótese, uso noturno da mesma, xerostomia induzida por fármacos e diminuição da imunidade local, fatores que favorecem a proliferação de *Candida* na mucosa oral. (15)

A **Queilite angular** constitui outra lesão recorrente nesta população. Corresponde a um processo inflamatório localizado nas comissuras labiais, geralmente de etiologia mista, fúngica e bacteriana, sendo favorecida pela perda da dimensão vertical, pela humidade constante na região e por deficiências nutricionais, nomeadamente défice de ferro ou de vitaminas do complexo B. (12,13)

As **Úlceras Traumáticas** resultam de agressões crónicas provocadas por próteses desajustadas, dentes fraturados ou mastigação deficiente. Quando persistem no tempo, podem apresentar características clínicas semelhantes às das lesões potencialmente malignas, o que exige vigilância clínica adequada e, sempre que necessário, realização de biópsia para esclarecimento diagnóstico. (12)

A **Hiperplasia Fibrosa Inflamatória** corresponde à proliferação de tecido conjuntivo em resposta a estímulo mecânico crónico. Esta condição é frequentemente observada em utilizadores de próteses removíveis, manifestando-se sob a forma de pregas firmes, indolores, localizadas na mucosa vestibular ou palatina. (12)

Embora estas lesões sejam de natureza benigna, a sua elevada prevalência e persistência conferem-lhes relevância clínica significativa. A presença de dor, desconforto, limitação funcional e risco de infeções secundárias tem um impacto direto na qualidade de vida, na fonação e na deglutição. (12)

1.5. Fatores de Risco Associados às Lesões Orais

Estudos demonstram que as lesões orais dos tecidos moles em idosos institucionalizados resultam de uma interação multifatorial que abrange fatores locais, como trauma (provocada, por exemplo, por próteses mal ajustadas); fatores sistémicos, como a diabetes mellitus e a imunossupressão; fatores comportamentais, como o tabagismo; e fatores institucionais, nomeadamente a

ausência de programas de rastreio e de cuidados bem estruturados sobre saúde oral. (8,13)

Sob a perspectiva dos fatores mecânicos e anatômicos, o uso prolongado de próteses removíveis mal-adaptadas constitui um dos principais fatores determinantes do desenvolvimento de patologias como a estomatite protética, a hiperplasia por irritação e as úlceras traumáticas. A ausência de ajuste adequado, o desgaste dos materiais e a higiene precária das próteses favorecem a colonização fúngica, o trauma crônico e a inflamação da mucosa oral. A presença de biofilme, contribui para a manutenção de um microambiente patológico, particularmente quando a higienização não é realizada de forma adequada. (12)

Entre os fatores sistêmicos, salientam-se patologias como a diabetes mellitus, que compromete os mecanismos de cicatrização e diminui a resistência imunológica, criando condições propícias à ocorrência recorrente de infecções orais, como a candidíase. (12) Estados de imunossupressão, défices nutricionais, com ênfase na carência de vitaminas do complexo B e de ferro, assim como a xerostomia associados à utilização de medicamentos psicóticos, anti-hipertensores e antidepressivos, constituem também causas frequentes de alterações da mucosa oral. (8)

Em termos comportamentais, o tabagismo e o consumo de álcool são fatores etiológicos amplamente reconhecidos na gênese de diversas lesões orais, muitas das quais apresentam, potencial de transformação maligna. (17)

O estado nutricional deficiente contribui significativamente para o aparecimento de lesões como glossite atrófica, queilite angular e língua fissurada. A desnutrição reduz a regeneração celular e enfraquece as barreiras epiteliais, facilitando a penetração de agentes patogênicos. (12)

As patologias cognitivas e neuropsiquiátricas, como a demência e a doença de Alzheimer, comprometem diretamente a capacidade do idoso para manter uma higiene oral adequada e para comunicar desconfortos ou sintomas, o que contribui para o atraso no diagnóstico e tratamento de lesões orais. Estes pacientes apresentam também maior suscetibilidade a traumatismos, infecções e alterações da mucosa oral associadas à nutrição entérica ou à sondação prolongada. (8)

A identificação precoce e o controlo eficaz dos fatores de risco são fundamentais para prevenir a progressão das lesões orais e atenuar as suas repercussões clínicas e funcionais.

1.6. Consequências Funcionais e Clínicas das Lesões Orais

As lesões orais representam mais do que meras alterações localizadas, constituindo um conjunto complexo de desafios clínicos, funcionais e psicossociais que comprometem de forma significativa a qualidade de vida e o estado de saúde dos indivíduos. As alterações da cavidade oral, frequentemente associadas ao envelhecimento, manifestam-se sob a forma de dor, desconforto, limitações funcionais e exclusão social, com repercussões substanciais no bem-estar global dos pacientes. (7)

A presença de lesões interfere com funções essenciais como a mastigação, a deglutição e a fonação, levando frequentemente a uma ingestão alimentar insuficiente e, conseqüentemente, à desnutrição. Este estado nutricional deficiente compromete a função imunológica e a capacidade de cicatrização tecidual. (18)

A dificuldade mastigatória decorrente da perda dentária, do uso de prótese mal ajustadas ou da sensibilidade da mucosa oral conduz frequentemente à preferência por alimentos de consistência mole, os quais são, em muitos casos, pobres em fibra, ferro e vitaminas, agravando assim as deficiências nutricionais. (19)

Para além do impacto físico, estas lesões podem provocar alterações significativas na autoestima do paciente geriátrico. A aparência comprometida da cavidade oral, a halitose e a dificuldade na articulação da fala constituem fatores que favorecem o isolamento social e o declínio do bem-estar psicológico. A dor crónica, estando associada a algumas destas condições, é frequentemente subdiagnosticada e desvalorizada, contribuindo para o desenvolvimento de quadros de depressão, ansiedade e apatia em contexto institucional. (19)

Já em termos de patologias sistémicas, a cavidade oral constitui uma via de entrada para microrganismos patogénicos. Lesões orais de carácter crónico, bem como infeções por *Candida* ou por bactérias, estão associadas a

complicações clínicas graves, incluindo pneumonias por aspiração e descompensações de patologias crônicas pré-existentes. (7)

Estudos documentam uma correlação significativa entre higiene oral deficiente e o aumento do risco de infecções respiratórias em idosos dependentes e institucionalizados. (7)

A diminuição da salivação, frequentemente induzida pela polimedicação ou por alterações estruturais das glândulas salivares, agrava a sintomatologia oral e favorece o surgimento de novas lesões e infecções. A xerostomia compromete os mecanismos naturais de proteção da mucosa oral e intensifica sintomas como ardor, secura e desconforto, afetando negativamente tanto a capacidade de comunicação como a alimentação. Uma resposta eficaz a este tipo de problema requer uma abordagem interdisciplinar que privilegie o diagnóstico precoce, o alívio sintomático, o controle das infecções e a reabilitação tanto funcional como emocional de um indivíduo idoso. (20)

Perante estas evidências, é essencial reconhecer que o estudo das lesões orais em idosos institucionalizados não se limita à análise da sua prevalência, mas assume, sobretudo, o propósito de prevenir consequências clínicas mais graves e de promover a melhoria da saúde global e da dignidade de uma população particularmente vulnerável.

2. Objetivos

Este estudo tem como finalidade contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre a saúde oral da população idosa institucionalizada, com particular foco nas lesões dos tecidos moles da cavidade oral.

Objetivos Gerais:

- Caracterizar o estado de saúde oral de uma população idosa institucionalizada, com ênfase na presença de lesões dos tecidos moles da cavidade oral.

Objetivos Específicos:

- Determinar a prevalência de lesões de tecidos moles na cavidade oral da amostra em estudo;
- Identificar os tipos de lesões orais mais frequentemente observadas nos idosos institucionalizados em estudo;
- Avaliar os possíveis fatores etiológicos e/ou predisponentes associados ao desenvolvimento destas lesões;
- Referenciar os casos clínicos que apresentam lesões mais severas ou suspeitas para a avaliação.

3. Materiais e Métodos

3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal, desenvolvido com o objetivo de determinar a prevalência e caracterizar as lesões de tecidos moles em idosos institucionalizados.

A amostra foi constituída por utentes residentes na Santa Casa da Misericórdia de Viseu- Lar viscondessa de São Caetano, tendo sido previamente estabelecido um protocolo de colaboração institucional com a Universidade Católica Portuguesa de Viseu. Trata-se de uma amostra de conveniência, que incluiu todos os utentes que reuniam os critérios de inclusão durante o período definido para a recolha de dados.

A recolha de dados foi realizada em dois momentos distintos. Primeiro, através da aplicação de um questionário estruturado, destinado à obtenção de dados sociodemográficos, clínicos e comportamentais. Posteriormente, foi realizado um exame intraoral segundo o protocolo previamente definido, conduzido por observação direta e não invasiva, sob condições controladas.

Foram ainda realizadas tabelas de registo das variáveis observadas no exame clínico com recurso ao *software* SPSS Statistics v.26.0. Todos os dados foram alvo de análise estatística descritiva e inferencial, utilizando para tal um limiar de significância estatística de $p < 0,05$.

3.2. População e Amostra

Este estudo foi realizado na Santa Casa da Misericórdia de Viseu- Lar Viscondessa de São Caetano e fizeram parte do estudo todos os utentes que aceitaram participar na investigação através de um consentimento informado livre e esclarecido. Quando o próprio não tinha capacidade para consentir, foi o cuidador/representante legal a fazê-lo. Ainda assim, sempre que o cuidador aceitou o consentimento, mas o utente manifestou desacordo em participar, não houve qualquer obrigatoriedade de participação.

Os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo englobaram os seguintes pontos:

- Indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos;
- Residir na Santa Casa da Misericórdia de Viseu;
- Consentimento informado assinado pelo utente ou pelo seu cuidador/representante legal;
- Indivíduos capazes de compreender e cooperar com o exame clínico, sem comprometimentos cognitivos ou comportamentais severos que impossibilitassem a avaliação.

Os critérios de exclusão estabelecidos para este estudo englobaram os seguintes pontos:

- Falta de comparência nas datas agendadas para a recolha;
- Recusa do próprio, mesmo havendo autorização do cuidador;
- Presença de limitações clínicas que tornassem impeditivo a realização do exame clínico intraoral.

A equipa técnica da instituição procedeu à avaliação da capacidade de consentimento com base em parecer clínico. A vontade do utente foi sempre considerada prioritária, independentemente da legitimidade legal do cuidador.

3.3. Instrumentos de Recolha de Dados

As avaliações ocorreram nas instalações do Lar Viscondessa de São Caetano de Viseu, em ambiente adequado e sob condições controladas. A recolha de dados foi realizada através de um questionário com variáveis sociodemográficas, de saúde oral e sistémica. Cada participante foi submetido a um exame clínico oral completo, utilizando instrumentos esterilizados e sob condições adequadas de iluminação.

Os procedimentos de avaliação incluíram:

1. Questionário:

Para o desenvolvimento do questionário recorreu-se como referência ao modelo de anamnese disponível na CIP (Clinical Intelligence Platform) utilizado na Clínica Dentária Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, sendo posteriormente adaptado às características específicas da população em análise. A sua aplicação ficou a cargo da investigadora principal, tendo esta recorrido ao apoio do cuidador sempre que necessário, nomeadamente em questões clínicas que exigiam um conhecimento mais aprofundado do utente.

Entre as variáveis consideradas para a recolha, incluíram-se:

- Variáveis sociodemográficas: idade, sexo e tempo de institucionalização;
- Variáveis clínicas: patologias sistémicas, medicação habitual, histórico de tratamentos;
- Variáveis comportamentais: hábitos de higiene, uso de prótese e higienização da mesma, consumo de álcool e/ou tabaco, visitas ao médico dentista.

Todos os dados recolhidos através do questionário foram inseridos no *software* SPSS para sistematização da informação e posterior análise estatística.

2. Exame clínico:

A realização do exame clínico foi feita num espaço cedido para o efeito pelo Lar Viscondessa de São Caetano. A sala médica utilizada encontrava-se devidamente higienizada e organizada para garantir condições adequadas de conforto e segurança ao participante. Sempre que possível, foi utilizada iluminação natural; no entanto, foi complementada com luz artificial portátil, sempre que as condições assim o exigiram.

O participante foi colocado numa cadeira com encosto para a cabeça e braços, ligeiramente inclinada, de forma a facilitar a observação. A avaliação foi feita exclusivamente por inspeção visual, sem qualquer utilização de instrumentos invasivos. Foram usados apenas materiais descartáveis ou previamente esterilizados, incluindo luvas, máscara, espelhos orais, sondas exploratórias e compressas, em conformidade com os protocolos de controlo de infeção cruzada. Sempre que se detetou a presença de lesões orais, foi efetuado registo fotográfico, respeitando os princípios de confidencialidade e anonimato, com o objetivo de complementar a documentação clínica e permitir, quando necessário, uma análise posterior mais detalhada.

Com o objetivo de assegurar a fiabilidade dos dados recolhidos e a consistência do diagnóstico clínico, o examinador foi previamente submetido a um processo de calibração intra-examinador. Esta etapa consistiu na análise de um conjunto de imagens clínicas representativas de lesões dos tecidos moles orais, em dois momentos distintos, separados por um intervalo de 15 dias. Em ambos os momentos, foi realizada a descrição e classificação das lesões. Os resultados foram depois comparados e analisados em conjunto com a equipa de orientação, de modo a validar o grau de concordância e garantir a uniformidade dos critérios ao longo do estudo, permitindo assim, a redução de possíveis erros e garantia de maior rigor na avaliação clínica.

3. Ficha de Registo Clínico (Excel)

Para registo sistemático dos dados observados, foi desenvolvida uma grelha digital em Excel, estruturada com base nas recomendações da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e nas orientações constantes do documento “Ficha de Informação Clínica - Medicina Oral”. (vide anexo 4) Este instrumento foi adaptado especificamente para o presente estudo, através da integração de múltiplas variáveis clínicas padronizadas:

- **Localização anatómica:** comissuras labiais, lábios, mucosa jugal, palato duro, palato mole, dorso da língua, ventre da língua, pavimento da boca, mucosa gengival e úvula;

- **Forma:** papular, macular, nodular, ulcerada, vesicular, bolhosa, placa e verrucosa;
- **Cor:** vermelha, branca, amarelada, roxa-azulada, castanha e preto;
- **Bordos:** regulares ou irregulares, mal definidos ou bem definidos;
- **Superfície:** lisa, rugosa, ulcerada, verrucosa, crostosa e pseudomembranosa;
- **Sintomatologia:** dor, ardência, sangramento, prurido, sensível e latejante.

Nos casos em que foi identificada uma lesão clínica suspeita, foi entregue ao responsável pelo utente uma carta formal para encaminhamento médico. Nessa carta foi proposta a realização de uma reavaliação médica e, quando clinicamente indicado, a realização de biópsia pelo PIPCO (Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral), de forma a garantir a continuidade dos cuidados, o diagnóstico definitivo e o devido acompanhamento.

3.4. Análise Estatística

Tendo em conta os objetivos deste estudo, utilizou-se o programa *software* Statistical Package for the Social Science (SPSS) v.26.0, para a realização do tratamento estatístico. As análises incluíram estatística descritiva e inferencial.

Na análise descritiva, utilizaram-se frequências absolutas (n), percentagens (%), medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão). A representação gráfica foi usada sempre que se justificava para melhor visualização dos dados.

Na análise inferencial, recorreu-se ao teste qui-quadrado para analisar quais eram as características que estavam significativamente associadas com o resultado da existência de lesão. Também se utilizou o teste de independência exato de Fisher, sempre que os pressupostos do teste do qui-quadrado não se

verificaram (amostras de grande dimensão e pelo menos 20% da frequência esperada superior a 5).

Utilizou-se ainda o teste *t* para comparação de resultados entre duas amostras independentes relativamente à idade, número de patologias e número de fármacos. Assim como o teste não paramétrico Mann-Whitney para o mesmo objetivo, mas utilizando amostras de pequena dimensão.

O valor de significância é de 5%.

3.5. Aspetos Éticos

As informações recolhidas no âmbito deste estudo foram tratadas com total confidencialidade, estando o anonimato garantido ao longo de todo o processo.

Antes do início da investigação, todos os participantes foram informados detalhadamente sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Esse processo foi conduzido de forma clara, acessível e transparente, garantindo que cada pessoa compreendesse os propósitos e implicações da sua participação. Além disso, foi enfatizado o direito de cada utente recusar em participar ou de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso acarretasse qualquer prejuízo ou consequências negativas.

Foi entregue um consentimento informado e esclarecido a todos os participantes ou, nos casos em que estes não tinham capacidade de consentir, ao seu representante legal. Nos casos em que o consentimento foi dado pelo representante legal, foi sempre respeitada a vontade do próprio participante, garantindo assim respeito pela sua autonomia e dignidade.

Este estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa (CES-UCP), sob o parecer favorável n.º 63, emitido em 26 de março de 2025, e está inserido no projeto intitulado “Prevalência e Caracterização de Lesões de Tecidos Moles em Idosos Institucionalizados”. (vide anexo 1)

Este compromisso ético reflete a preocupação em assegurar os direitos e a privacidade dos participantes, alinhando-se às boas práticas científicas.

4. Resultados

Na tabela 1 apresenta-se a descrição global dos doentes que fazem parte do estudo.

Tabela 1 – Caracterização da amostra por sexo e idade

Sexo	Frequência		Caraterização Idade		
	n	%	Média	Desvio padrão	Mediana
Feminino	37	72,5%	85,95	7,45	87,00
Masculino	14	27,5%	86,71	6,14	88,00
Total	51	100%	86,16	7,13	87,00

A amostra é composta por 51 indivíduos. Atendendo à tabela anterior verifica-se que a maioria da amostra, 72,5% (37) era do sexo feminino. Quanto à idade de modo geral a média foi de 86,16 anos com desvio padrão de 7,13 anos e mediana de 87 anos, ou seja 50% da amostra tem pelo menos 87 anos. Quanto à idade por sexo observa-se que as mulheres eram ligeiramente mais novas, média de 85,95 anos com desvio padrão de 7,45 anos enquanto os homens apresentavam idade média de 86,71 anos com desvio padrão de 6,14 anos. Em termos medianos 50% das mulheres tinha no máximo 87 anos e 50% dos homens tinha no máximo 88 anos. Todos os participantes do estudo estavam em lar residencial.

Na tabela 2 apresenta-se a caracterização das patologias dos inquiridos.

Tabela 2 – Caracterização das patologias

Patologias	n	%	% no total de pacientes
Problemas cardíacos	34	16,1%	66,7%
Doenças de sangue	23	10,9%	45,1%
Doenças de fígado	4	1,9%	7,8%
Doenças do estômago	29	13,7%	56,9%
Doenças renais	5	2,4%	9,8%
Doenças intestinais	27	12,8%	52,9%
Diabetes	13	6,2%	25,5%
Hipertensão	37	17,5%	72,5%
Alergia	11	5,2%	21,6%
Outras	28	13,3%	54,9%
Total	211	100%	

Mínimo=2; Máximo= 7; Média= 4,14; Desvio padrão=1,59

Considerando a tabela anterior observa-se que os inquiridos apresentavam em média 4,14 patologias com desvio padrão 1,59 a partir do mínimo de duas patologias e máximo de sete patologias. A hipertensão afeta 72,5% (37) dos pacientes, 66,7% (34) dos inquiridos apresentavam problemas cardíacos, a patologia gástrica afeta 56,9% (29) dos pacientes, as doenças intestinais afetam 52,9% (27) e as doenças hematológicas atingem 45,1% (23) dos pacientes.

Quanto à realização de radioterapia ou quimioterapia somente um inquirido respondeu afirmativamente. Todos os indivíduos em estudo tomam algum tipo de medicação, na tabela 3 encontram-se os resultados obtidos para 83,5% dos medicamentos. De referir que nesta tabela se registaram os fármacos com utilização por pelo menos seis pacientes.

Tabela 3 – Caracterização da medicação

Medicação	n	%	% no total de pacientes
Antidepressivos	30	7,9%	58,8%
Analgésicos	25	6,6%	49,0%
Diuréticos de alça	25	6,6%	49,0%
Laxativos	24	6,3%	47,1%
Antipsicóticos	23	6,0%	45,1%
Inibidores bomba protões	22	5,8%	43,1%
Estatinas	18	4,7%	35,3%
Anti-inflamatórios	16	4,2%	31,4%
Benzodiazepinas	16	4,2%	31,4%
Antihipertensivos	15	3,9%	29,4%
Anticoagulantes	14	3,7%	27,5%
Antidiabéticos	12	3,1%	23,5%
Antibióticos	11	2,9%	21,6%
Ansiolíticos	11	2,9%	21,6%
Betabloqueadores	11	2,9%	21,6%
Antiepiléticos	9	2,4%	17,6%
Corticoides	9	2,4%	17,6%
Antihistamínicos	8	2,1%	15,7%
ISRS	7	1,8%	13,7%
Antiagregantes plaquetares	6	1,6%	11,8%
Antiácidos	6	1,6%	11,8%
	318	83,5%	
Mínimo=3; Máximo= 13; Média= 7,47; Desvio padrão=2,25			

Atendendo ao exposto, verifica-se que em média os inquiridos utilizavam 7,47 fármacos com desvio padrão de 2,25 a partir do mínimo de 3 e máximo de 13 fármacos. A maioria, 58,8% (30) dos pacientes recorrem a antidepressivos, 49,0% (25) utilizavam analgésicos e diuréticos de alça, 47,1% (24) recorrem a fármacos laxativos, 45,1% (23) recorrem a antipsicóticos, 43,1% (22) utilizam inibidores de bomba de protões e 35,3% (18) tomam Estatinas.

Na tabela 4 apresenta-se a caracterização dos hábitos dos inquiridos.

Tabela 4 – Caracterização dos hábitos dos inquiridos

Características	n	%	
Fumador	Não	42	82,4%
	Ex-fumador	8	15,7%
	Sim	1	2,0%
	Total	51	100%
Nº de cigarros	Até 10 cigarros	6	68,6%
	Mais de 10 cigarros	3	31,4%
	Total	9	100%
Álcool	Não	35	68,6%
	Sim	16	31,4%
	Total	51	100%
Nº vezes de higiene oral por dia	Uma	14	87,5%
	Duas	2	12,5%
	Total	16	100%
Última Consulta Dentista	Menos de um ano	1	2,0%
	Entre um a dois anos	10	19,6%
	Entre dois a cinco anos	5	9,8%
	Mais de cinco anos	32	62,7%
	Nunca	3	5,9%
	Total	51	100%
Utilização de fio dentário	Não	50	98,0%
	Sim	1	2,0%
	Total	51	100%

Por análise da tabela 4 verificou-se que 82,4% (42) dos pacientes não eram fumadores, 31,4% (16) dos pacientes consumiam álcool, a maioria dos pacientes não ia a uma consulta de Medicina Dentária há mais de cinco anos e 98,0% (50) não utilizava fio dentário.

Na tabela 5 apresenta-se a caracterização da utilização da prótese.

Tabela 5 – Caracterização da utilização da prótese

Características		n	%
Prótese	Não	25	49,0%
	Sim	26	51,0%
	Total	51	100%
Utilização da prótese	Nunca	3	11,5%
	Às vezes	4	15,4%
	Só durante à refeição	1	3,8%
	Sempre	18	69,2%
	Total	26	100%
Higiene da prótese	Não	7	26,9%
	Sim	19	73,1%
	Total	26	100%
Como faz	Só com água	12	63,2%
	Água e escova	3	15,8%
	Pastilhas	4	21,1%
	Total	19	100%
Retira para dormir	Nunca	13	50,0%
	Às vezes	2	7,7%
	Sempre	11	42,3%
	Total	26	100%

Atendendo ao exposto na tabela 5 concluiu-se que 51,0% (26) dos pacientes tinha prótese, destes 69,2% (18) utilizava sempre a sua prótese e três pacientes nunca usavam a prótese. Tem-se ainda que sete dos 26 pacientes com prótese não fazia a higienização. Dos que faziam, doze só utilizavam água, três água e escova e quatro pastilhas de limpeza. Quanto ao retirar para dormir, onze dos 26 pacientes faziam-no sempre e treze nunca o fazia.

Na figura 1 apresenta-se a prevalência de lesões de tecidos moles nos pacientes em estudo.

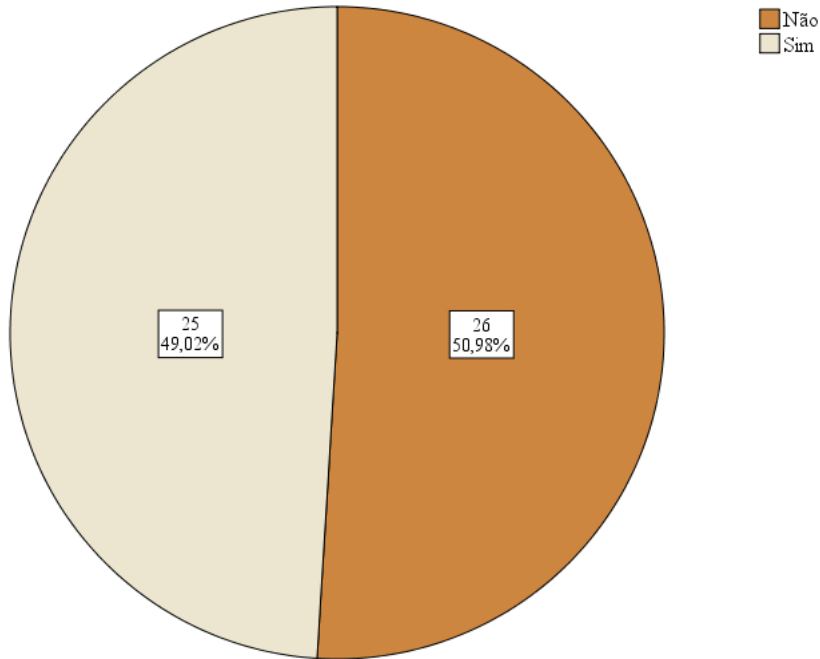


Figura 1 – Caraterização da existência de lesão

Concluiu-se que 49,0% (25) dos pacientes em estudo apresentavam lesão. A sua identificação encontra-se na figura 2.

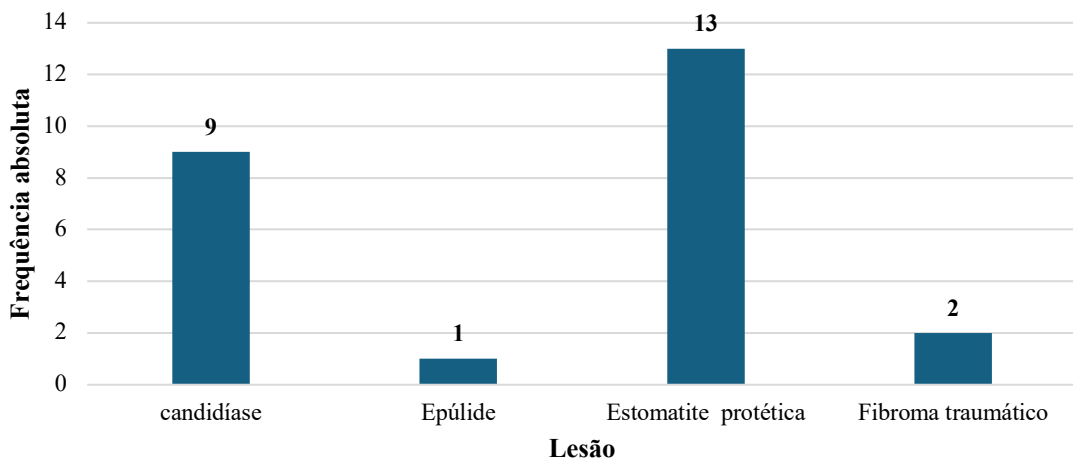


Figura 2 – Identificação das lesões existentes

Com base no exposto na figura 2 verifica-se que das 25 lesões, 13 eram estomatite protética, 9 candidíase, 2 fibroma traumático e 1 epúlide.

Na tabela 6 caracteriza-se a existência de lesão de tecidos moles em função do sexo, idade, número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e utilização da prótese.

Tabela 6 – Existência de lesão em função do sexo, idade número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e utilização da prótese

Caraterísticas	Lesão		Total n (%)	Teste	
	Não n (%)	Sim n (%)			
Sexo	Feminino	17 (65,4%)	20 (80,0%)	37 (72,5%)	$\chi = 1,367$ $p = 0,349$
	Masculino	9 (34,6%)	5 (20,0%)	14 (27,5%)	
Idade	$\bar{X} \pm s$	85,58 \pm 7,39	86,76 \pm 6,94	86,16 \pm 7,13	T=-0,589 $p = 0,559$
Nº de patologias	$\bar{X} \pm s$	3,88 \pm 1,66	4,40 \pm 1,50	4,14 \pm 1,59	T=-1,631 $p = 0,250$
Nº de fármacos	$\bar{X} \pm s$	7,19 \pm 2,42	7,76 \pm 2,07	7,47 \pm 2,25	T=-0,900 $p = 0,373$
Fumador	Não	21 (80,8%)	21 (84,0%)	42 (82,4%)	$\chi = 0,092$ $p = 0,762$
	Ex-fumador/ Sim	5 (19,2%)	4 (16,4%)	9 (17,6%)	
Consome álcool	Não	16 (61,5%)	19 (76,0%)	35 (68,6%)	$\chi = 1,238$ $p = 0,266$
	Sim	10 (38,5%)	6 (24,0%)	16 (31,4%)	
Última ida ao dentista	Até dois anos	8 (30,8%)	3 (12,0%)	11 (21,5%)	$\chi = 3,136$ $p = 0,223$
	Dois a cinco anos	3 (11,5%)	2 (8,0%)	5 (9,8%)	
	Mais de cinco anos	15 (57,7%)	20 (80,0%)	35 (68,6%)	
Prótese	Não	13 (50,0%)	12 (48,0%)	25 (49,0%)	$\chi = 0,020$ $p = 0,886$
	Sim	13 (50,0%)	13 (52,0%)	26 (51,0%)	
Higiene da prótese	Não	5 (38,5%)	2 (15,4%)	7 (26,9%)	$\chi = 1,759$ $p = 0,378$
	Sim	8 (61,5%)	11 (84,6%)	19 (73,1%)	

$\bar{X} \pm s$ – média \pm desvio padrão; χ – estatística de teste de independência; T – estatística teste t para duas amostras independentes; p – valor de prova;

Com base no apresentado anteriormente verifica-se que a presença de lesão de tecidos moles é mais incidente nas mulheres (20 em 37 mulheres) do que nos homens (5 em 14 homens), embora a existência de lesão não esteja significativamente associada ao sexo do paciente. Observa-se que os pacientes com lesão apresentavam idade média ligeiramente superior, $86,76 \pm 6,94$ anos, comparativamente aos pacientes sem lesão, $85,58 \pm 7,39$ anos. Por seu lado, o número médio de patologias também era superior nos pacientes com lesão, $4,40 \pm 1,50$ patologias, comparativamente aos pacientes sem lesões, $3,88 \pm 1,66$ patologias. Relativamente ao número médio de fármacos utilizado este também era ligeiramente mais elevado nos pacientes com lesão, $7,76 \pm 2,07$, versus os pacientes sem lesão, $7,19 \pm 2,42$ fármacos. Concluiu-se pela aplicação do teste *t* para amostras independentes que as diferenças observadas para a idade, nº de patologias e nº de fármacos entre pacientes com e sem lesão não apresentavam significância estatística.

Verificou-se ainda que a existência de lesão não estava significativamente associada ao facto de o paciente ser fumador/ex-fumador e ao facto de consumir álcool. Quanto à última consulta de Medicina Dentária observa-se que, dos 35 pacientes que não vão há mais de cinco anos, 20 apresentavam lesão, contudo não se verificou associação significativa entre as variáveis. Também se concluiu que a existência de lesão não estava significativamente associada ao uso de prótese e à sua higienização.

Dado que as lesões candidíase e estomatite protética apresentam nove e treze casos procedeu-se ao cruzamento da presença de cada uma com as variáveis: sexo, idade, número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e utilização da prótese.

Tabela 7 – Existência de lesão candidíase em função do sexo, idade número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e utilização da prótese

Caraterísticas	Candidíase		Total n (%)	Teste	
	Não n (%)	Sim n (%)			
Sexo	Feminino	13 (81,3%)	8 (88,9%)	21 (84,0%)	$\chi=0,250^*$
	Masculino	3 (18,8%)	1 (11,1%)	4 (16,0%)	p=0,617
Idade	$\bar{X}\pm s$	85,00±6,04	87,78±5,54	86,00±5,91	Z=-0,589 p=0,559
Nº de patologias	$\bar{X}\pm s$	4,13±1,86	4,33±1,22	4,20±1,63	Z=-1,631 p=0,250
Nº de fármacos	$\bar{X}\pm s$	7,63±2,36	7,89±2,42	7,72±2,37	Z=-0,900 p=0,373
Fumador	Não	13 (81,3%)	8 (88,9%)	21 (84,0%)	$\chi=0,250^*$
	Ex-fumador/ Sim	3 (18,8%)	1 (11,1%)	4 (16,0%)	p=0,617
Consome álcool	Não	12 (75,0%)	6 (66,7%)	18 (72,0%)	$\chi=0,198^*$
	Sim	4 (25,0%)	3 (33,3%)	7 (28,0%)	p=0,656
Última ida ao dentista	Até dois anos	2 (12,5%)	0 (0,0%)	2 (8,0%)	$\chi=1,223^*$
	Mais de cinco anos	14 (81,3%)	9 (100,0%)	23 (92,0%)	p=0,269
Prótese	Não	2 (12,5%)	6 (66,7%)	8 (32,0%)	$\chi=7,767^*$
	Sim	14 (87,5%)	3 (33,3%)	17 (68,0%)	p=0,010
Higiene da prótese	Não	2 (14,3%)	1 (33,3%)	3 (17,6%)	$\chi=0,617^*$
	Sim	14 (85,7%)	2 (66,7%)	14 (82,4%)	p=0,465

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

Considerando a tabela 7, tem-se que os pacientes com candidíase eram oito do sexo feminino e um do masculino, oito não fumadores, três consumiam álcool, nove não iam ao dentista há mais de cinco anos, seis não usavam prótese e dois dos que utilizavam faziam a sua higienização. Verificou-se ainda que os pacientes com esta lesão eram ligeiramente mais velhos, apresentavam, em termos médios, idêntico número de patologias e medicação dos pacientes sem esta lesão. Concluiu-se que a existência de candidíase não estava significativamente associada com as variáveis em análise.

Tabela 8 – Existência de lesão estomatite protética em função do sexo, idade número de patologias, número de fármacos, hábitos dos pacientes e higienização da prótese

Caraterísticas	Estomatite protética		Total n (%)	Teste	
	Não n (%)	Sim n (%)			
Sexo	Feminino	10 (83,3%)	11 (84,6%)	21 (84,0%)	$\chi = 0,008^*$
	Masculino	2 (16,7%)	2 (15,4%)	4 (16,0%)	$p = 0,672$
Idade	$\bar{X} \pm s$	87,50 \pm 4,93	84,62 \pm 6,58	86,00 \pm 5,91	$Z = -1,136$ $p = 0,276$
Nº de patologias	$\bar{X} \pm s$	4,58 \pm 1,31	3,85 \pm 1,86	4,20 \pm 1,63	$Z = -0,489$ $p = 0,637$
Nº de fármacos	$\bar{X} \pm s$	8,25 \pm 2,34	7,23 \pm 2,31	7,72 \pm 2,34	$Z = -0,401$ $p = 0,718$
Fumador	Não	10 (83,3%)	11 (84,6%)	21 (84,0%)	$\chi = 0,008^*$
	Ex-fumador/ Sim	2 (16,7%)	2 (15,4%)	4 (16,0%)	$p = 0,672$
Consome álcool	Não	8 (66,7%)	10 (76,9%)	18 (72,0%)	$\chi = 0,326^*$
	Sim	4 (33,3%)	3 (23,1%)	7 (28,0%)	$p = 0,673$
Última ida ao dentista	Entre 2 a 5 anos	0 (0,0%)	2 (15,4%)	2 (8,0%)	$\chi = 2,007^*$
	Mais de cinco anos	12 (100%)	11 (84,6%)	23 (92,0%)	$p = 0,480$
Higiene da prótese	Não	1 (25,0%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	$\chi = 0,195^*$
	Sim	3 (75,0%)	11 (84,6%)	11 (84,6%)	$p = 0,579$

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

Considerando a tabela 8, tem-se que os pacientes com estomatite protética eram onze do sexo feminino e dois do sexo masculino, onze não fumadores, três consumiam álcool, onze não iam ao dentista há mais de cinco anos e onze faziam a higienização da prótese. Verificou-se ainda que os pacientes com esta lesão eram ligeiramente mais novos, apresentavam, em termos médios, idêntico número de patologias e medicação dos pacientes sem lesão. Concluiu-se que a existência de estomatite protética não estava significativamente associada com as variáveis em análise.

Caraterização das lesões

Nesta seção apresentam-se as caraterísticas das 25 lesões identificadas, quanto à localização, forma, cor, bordo, superfície e sintomas.

Tabela 9 – Caraterização da localização, forma, cor, bordo, superfície e sintomas das lesões

Caraterísticas	Lesão	Candidíase	Epúlide	Estomatite protética	Fibroma traumático
	Observadas	nove	um	treze	dois
Localização	Mucosa Jugal				2
	Palato Duro	2		13	
	Palato Mole				
	Ventre Língua	7			
	Rebordo alveolar		1		
Forma	Macular				
	Papular				
	Nodular		1		2
	Placa	9			
	Ligeiramente elevada			13	
Cor	Vermelha			7	
	Normocoloradas		1		2
	Branca	4			
	Vermelha + branca	5		6	
Bordos	Regulares				
	Irregulares				
	Elevados				
	Bem definidos		1		2
	Mal definidos	9		13	
Superfície	Lisa	4	1	13	2
	Rugosa	4			
	Verrucosa				
	Pseudo Membranosa	1			
Sintomas	Sem dor	9	1	13	2

Na tabela 9, verifica-se que, das 25 lesões observadas, a estomatite protética foi a lesão mais prevalente (13 casos), seguida a candidíase (9 casos), fibroma

traumático (2 casos) e epúlida (1 caso). A localização mais comum das lesões foi o palato duro, especialmente associado à estomatite protética, o que reforça a relação entre esta patologia e o uso de próteses totais superiores. A candidíase surgiu predominantemente no ventre da língua, um local comum para a manifestação desta infecção fúngica.

No que diz respeito à forma, as lesões em placa foram predominantes na candidíase, enquanto a forma ligeiramente elevada esteve associada à estomatite protética. Lesões nodulares foram observadas nos casos da epúlida e fibromas traumáticos, condizendo com as suas características clínicas habituais.

Quanto à cor, a coloração branca esteve presente em 4 casos de candidíase, enquanto a combinação vermelho + branco foi mais frequente na estomatite protética. As lesões normocoloradas foram descritas em casos de epúlida e fibroma traumático, e a coloração vermelha foi predominante na candidíase e estomatite.

Relativamente aos bordos, mal definidos foram observados em todos os casos de estomatite protética e candidíase, enquanto bordos bem definidos estavam presentes nas lesões nodulares.

A análise da superfície mostrou que a maioria das lesões associadas à estomatite protética eram de superfície lisa, tal como o único caso de epúlida e os dois casos de fibroma. Em contrapartida, a candidíase apresentou tanto superfícies lisas como rugosas, e um caso pseudo-membranoso.

Relativamente aos sintomas, todas as lesões foram assintomáticas, o que reforça a importância do exame clínico regular, dado que a ausência de dor pode atrasar a deteção e o tratamento destas alterações orais.

5. Discussão

5.1. Caracterização Demográfica

A composição demográfica da amostra do presente estudo revelou uma predominância do sexo feminino e uma média de idades elevada, situando-se nos 86,16 anos com desvio padrão de 7,13. Esta caracterização corresponde ao panorama habitualmente observado em contextos institucionais, tanto em Portugal como a nível global, onde o envelhecimento populacional se associa a uma maior representação feminina em idades avançadas, explicada por uma maior esperança média de vida nas mulheres. (21–23)

Para além da maior longevidade, as mulheres tendem a apresentar um elevado grau de dependência funcional nos últimos anos de vida, o que leva a um maior número de pessoas do sexo feminino institucionalizadas. Este fenómeno designa-se “paradoxo saúde-sobrevivência”, em que as mulheres vivem por um maior período, contudo com maior carga de doenças e de dependência. (24)

A média de idades da amostra, que se situa acima dos 85 anos, reforça a pertinência da análise centrada na população geriátrica avançada. Do ponto de vista da autonomia e da funcionalidade, esta faixa etária retrata uma das mais vulneráveis, sendo comum a coexistência de múltiplas condições crónicas, acompanhadas por uma maior complexidade nos cuidados exigidos. (25)

5.2. Estado de Saúde Geral- Patologias

A avaliação do perfil de saúde sistémico na amostra revelou uma média significativa de patologias crónicas por indivíduo (4,14 com desvio padrão de 1,59), o que demonstra a prevalência da multimorbidade neste grupo etário. Globalmente, estima-se que mais de 50% da população com mais de 65 anos viva com duas ou mais patologias, sendo este número superior nos grupos com maior grau de dependência e idade avançada. (26) Concretamente, em idosos institucionalizados, a tendência de multimorbidade pode atingir valores entre 65% e 80%, refletindo a complexidade clínica deste grupo. (27)

As patologias mais frequentes na população analisada, nomeadamente hipertensão, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, são consistentes com o que é descrito na literatura, para idosos institucionalizados. (28,29) As

patologias identificadas constituem os principais determinantes da multimorbidade, estando associadas a um risco acrescido de quedas, perda de autonomia e maior utilização dos serviços de saúde. Neste sentido, o padrão observado nos participantes reforça a existência de necessidades de cuidados integrados e contínuos, adaptados à gestão complexa destas condições. (30)

A presença de múltiplas patologias impõe a necessidade de um planeamento clínico individualizado e ajustado à complexidade do quadro clínico. A multimorbidade dificulta a tomada de decisões terapêuticas e amplifica o impacto do cuidador formal e informal, com repercussões na coordenação dos cuidados em saúde oral e sistémica. (31) Por conseguinte, a ocorrência significativa de patologias prolongadas no grupo estudado sustenta a necessidade de integrar protocolos de avaliação e intervenção mais sistematizados, com particular ênfase na articulação interdisciplinar entre domínios como medicina geral, geriatria e a saúde oral.

5.3. Polimedicação

Os dados obtidos no presente estudo revelaram que os indivíduos institucionalizados tomavam, em média, 7,5 medicamentos diferentes por dia, com valores que variavam entre um mínimo de 3 e um máximo de 13 fármacos por utente. A situação descrita enquadra-se inequivocamente no conceito de polimedicação, geralmente definido como o uso simultâneo de cinco ou mais fármacos, sendo considerado excessivo quando ultrapassa os dez. Tal prática terapêutica, comum em idosos, reflete a complexidade clínica da população em estudo, mas também expõe os indivíduos a um conjunto significativo de riscos. (32)

Ao analisar as classes farmacológicas prescritas, observa-se um padrão terapêutico compatível com o perfil de utentes de instituições, porém levanta questões importantes sobre os efeitos secundários acumulados, particularmente no que diz respeito à função neurológica e à saúde oral.

A utilização de antidepressivos e antipsicóticos em idosos está associada a um risco elevado de efeitos adversos, nomeadamente sonolência, confusão, instabilidade postural e maior propensão para quedas. (28)(29)

Em termos de saúde oral, diversas classes farmacológicas estão associadas à redução acentuada do fluxo salivar (xerostomia), um fator de risco reconhecido para infecções fúngicas e alterações da mucosa. (33) De acordo com a literatura, entre 60% e 70% dos idosos polimedicados apresentam sintomas de “boca seca” como consequência farmacológica direta, sendo os antidepressivos tricíclicos e os ISRS particularmente implicados. (34)

A polimedicação, pelos seus efeitos cumulativos, requer uma avaliação sistemática e criteriosa da terapêutica instituída. Diretrizes clínicas internacionais, como os critérios de Beers ou STOPP/START, recomendam a revisão periódica da medicação em idosos, com o objetivo de desprescrever medicamentos inapropriados e reduzir o risco iatrogénico. (35) Estas ferramentas são especialmente relevantes em contextos de institucionalização, onde a vigilância clínica é contínua, mas a fragilidade dos pacientes exige intervenções ainda mais cautelosas.

Deste modo, os dados aqui apresentados evidenciam não apenas a magnitude da carga farmacológica na amostra estudada, mas também os potenciais impactos funcionais e orais associados. A gestão criteriosa da prescrição, a monitorização multidisciplinar e a educação dos profissionais de saúde sobre os riscos da polimedicação devem constituir prioridades estratégicas em lares e outras instituições geriátricas.

5.4. Hábitos Comportamentais e Autocuidados

A frequência das práticas de higiene oral entre os participantes demonstrou que: 87,5% realizava escovagem dentária uma vez por dia, e que apenas 12,5% realizava escovagem duas vezes por dia. Somente 2% recorria ao fio dentário. Esta discrepância evidencia uma falha significativa na higiene oral, particularmente dos espaços interdentários, sendo esta uma componente essencial na prevenção de patologias periodontais e na preservação da saúde oral. A escovagem, isoladamente, proporciona apenas uma limpeza parcial do biofilme, enquanto o uso regular de fio dentário tem-se revelado eficaz na redução de perda dentária e na minimização do desenvolvimento de lesões infecciosas da mucosa oral. (17)

A baixa destreza manual, o comprometimento cognitivo e a dependência funcional são barreiras significativas para a realização eficaz dos autocuidados em higiene oral por parte dos utentes de lar de idosos. (36)

Importante ainda referir que, 5,9% dos participantes relataram nunca ter ido ao médico dentista ao longo da vida. Esta realidade representa uma importante lacuna na vigilância preventiva da saúde oral, a qual é agravada pela escassez de serviços de saúde oral no contexto de institucionalização prolongada. A ausência de consultas regulares contribui para a progressão silenciosa de patologias orais, uma vez que, estas nem sempre são detetadas precocemente por cuidadores não especializados. (37)

Já quanto aos hábitos de consumo de álcool e tabagísticos, constatou-se que 31,4% dos participantes consumiam bebidas alcoólicas regularmente e 15,7% eram ex-fumadores. Ainda que com uma amostra de dimensão limitada, poderão não ser evidenciadas associações estatisticamente significativas entre estes hábitos e a presença de lesões orais, é amplamente reconhecido que tanto o tabagismo como o consumo de álcool são fatores de risco substanciais para o desenvolvimento de lesões orais, incluindo lesões pré-malignas e malignas. O tabaco e o álcool são responsáveis por algumas das lesões da mucosa oral em pacientes geriátricos, sendo estes comportamentos apontados como principais agentes na etiologia de leucoplasias, eritroplasias e carcinomas orais. (38)

Embora a dimensão da amostra não permita estabelecer uma demonstração estatística consistente, os dados obtidos sublinham a relevância de monitorizar estes comportamentos na população idosa e de intensificar estratégias de cessação e vigilância continuada em instituições geriátricas.

5.5. Utilização e Higiene de Próteses Dentárias

Dos 51% participantes que utilizam próteses dentárias, verificou-se que 50% mantêm-nas durante a noite, enquanto 42,3% removem-nas antes de dormir, sendo que os restantes 7,7% apresentam comportamentos intermitentes. A prática do uso noturno de próteses dentárias está associada a um risco acrescido de candidíase e estomatite protética, uma vez que facilita o acúmulo de bactérias e fungos como a *Candida albicans*, o que pode provocar inflamação da mucosa oral. (39,40)

Em termos de hábitos de higiene das próteses, 73,1% dos utilizadores referiram realizar higienização diária. Contudo, observou-se uma significativa falta de uniformização nos métodos utilizados, sendo que muitos recorriam unicamente à higienização só com água. Estudos referem que, a prevalência de estomatite protética em utilizadores de próteses varia entre 20% e 67%, estando fortemente associados à má higiene e uso noturno. (20) (40)

A literatura mostra que a limpeza exclusivamente mecânica, se não for acompanhada de produtos adequados e escovas de cerdas macias, é frequentemente ineficaz, podendo inclusive causar desgaste da superfície de resina e favorecer a adesão bacteriana. (12)

Torna-se então importante a combinação de métodos mecânicos com métodos químicos, como imersão em soluções de peróxidos ou enzimas, como o protocolo mais eficaz na redução da carga microbiana e da formação de biofilme nas próteses dentárias. (12) Em particular, os peróxidos alcalinos e os produtos enzimáticos, como as pastilhas efervescentes de limpeza (ex. Corega Tabs ou Polident), apresentam eficácia antimicrobiana sem afetar a integridade da prótese, sendo especialmente indicados para idosos com limitação motora e cognitiva.

Em síntese, os resultados apontam fragilidades na prática de higienização das próteses, tanto a nível de frequência como de adequação dos métodos

utilizados, bem como a permanência prolongada do seu uso, a qual intensifica fatores de risco. Estas limitações evidenciam a necessidade de implementar programas de formação dirigidos aos cuidadores, adotar protocolos de limpeza recomendados, e assegurar a remoção das próteses durante o período noturno. Medidas deste tipo têm o potencial de reduzir a colonização microbiana, prevenir estomatites e promover a saúde geral dos residentes.

5.6. Prevalência de Lesões Orais

No presente estudo, 49,02% dos idosos institucionalizados apresentam pelo menos uma lesão na mucosa oral, podendo-se considerar este valor numa faixa intermédia quando comparado com outros estudos internacionais.

Num estudo realizado no Líbano com 526 residentes de lares, reportaram uma prevalência de 22,8%, valor consideravelmente inferior ao encontrado na presente investigação. (41) Esta diferença poderá ser atribuída a fatores como o estado geral de saúde dos participantes, a dimensão da amostra ou os cuidados prestados pelos cuidadores.

Em contrapartida, no Irão, verificou-se uma prevalência de 98% de lesões orais entre 237 utentes. (42) Este número extremamente elevado poderá refletir um contexto com cuidados orais precários, menor supervisão profissional ou maior fragilidade clínica entre os residentes.

Num estudo canadiano, também foram encontradas prevalências superiores: 64% dos idosos institucionalizados apresentam lesões na cavidade oral, situando-se, também, acima do valor observado no presente estudo. (43)

Estudos recentes demonstram que a prevalência de lesões orais em residentes de lares mantém-se elevada, estando em destaque a estomatite protética, que pode afetar entre 20% a 67% dos utilizadores de próteses, dependendo de fatores como a higiene oral, o uso contínuo da prótese e a resposta imunitária do hospedeiro. (44)

Com base nos dados apresentados, é possível concluir que a prevalência observada neste estudo se situa num nível moderado a elevado de lesões orais, superior ao identificado em contextos com maior estruturação e regularidade dos cuidados de saúde oral, mas inferior ao verificado em realidades onde os cuidados são mais limitados ou a população é clinicamente mais vulnerável.

Dentro das várias lesões orais identificadas no presente estudo, destacaram-se a estomatite protética e a candidíase, as quais representam a maioria dos casos observados. Dada a importância epidemiológica e terapêutica destas duas lesões, justifica-se a análise individualizada de cada uma, explorando as suas possíveis associações com variáveis clínicas e comportamentais.

5.7. Estomatite Protética

A estomatite protética foi a lesão mais frequente na presente amostra, tendo sido observada em 13 dos 25 participantes com lesões. De acordo com a literatura, as taxas de ocorrência desta condição variam entre 15% e 75%, consoante a metodologia diagnóstica adotada, a frequência de higiene protética, o tipo de prótese utilizada e o acompanhamento clínico regular dos pacientes. (45)

Nos dados obtidos através desta amostra, a estomatite protética evidenciou-se em indivíduos do sexo feminino, com média de idades de $84,62 \pm 6,58$ anos. Embora estas variáveis não tenham apresentado associação estatisticamente significativa com a presença da lesão ($p > 0,05$), outros estudos sugerem que fatores como a idade avançada, género feminino e tempo elevado de uso da prótese podem contribuir para uma maior suscetibilidade à inflamação da mucosa palatina. (46)

A totalidade dos casos de estomatite protética foi observada no palato duro, em consonância com a localização clássica desta lesão. Este padrão está de acordo com descrições clínicas deste tipo de lesão, particularmente associadas ao uso contínuo da prótese, nomeadamente durante a noite. (47)

Ainda que não tenha sido identificada uma relação entre estomatite protética e a higiene da prótese nesta amostra, possivelmente fruto da reduzida dimensão amostral, estudos recentes reforçam a ligação entre práticas de higienização inadequadas, ausência de remoção noturna da prótese e a presença de estomatite protética. Através de outros estudos, foi possível observar que a formação de cuidadores sobre a higiene protética reduziu significativamente a existência desta condição ao fim de seis meses de intervenção. (48,49)

Do ponto de vista etiológico, a estomatite protética resulta de uma combinação de fatores mecânicos (pressão constante), microbiológicos (presença de

Candida albicans e biofilme) e imunológicos (resposta inflamatória exacerbada), sendo particularmente prevalente em idosos com próteses antigas, desgastadas ou mal ajustadas. (49) Neste contexto, a remoção da prótese durante o sono, em conjunto com uma higienização adequada com soluções antimicrobianas, continua a ser a principal estratégia de prevenção e controlo da estomatite, como recomendado em várias diretrizes clínicas internacionais. (47)

Apesar da limitação a nível de significância estatística deste estudo, resultante do número reduzido da amostra, os dados obtidos destacam a estomatite protética como uma condição relevante e regularmente subdiagnosticada em idosos institucionalizados. A sua elevada prevalência justifica a implementação de programas de educação em saúde oral, rastreios periódicos e monitorização ativa das próteses utilizadas, com a finalidade de assegurar o bem-estar, melhorar a qualidade de vida e prevenir o desenvolvimento de infeções secundárias.

5.8. Candidíase Oral

Entre as lesões orais diagnosticadas na amostra, a candidíase destacou-se como a segunda mais prevalente, tendo sido detetada em 9 dos 25 participantes que revelaram ter alguma lesão oral. Embora não tenha sido a mais frequente, a sua relevância clínica é inegável, sobretudo tendo em conta a sua associação direta ao uso de próteses e ao estado geral de saúde dos idosos institucionalizados. A maioria dos casos identificados ocorreram em indivíduos portadores de prótese removível, o que reforça a evidencia já estabelecida na literatura sobre o papel das próteses como reservatório microbiano e fator facilitador da colonização por *Candida albicans*. (50)

A localização anatómica das lesões observadas, com predomínio no ventre da língua e palato duro, é também coerente com o que tem sido amplamente descrito em investigações clínicas, que salientam o facto de o palato, ao se encontrar frequentemente coberto pela prótese, propiciar um ambiente húmido e com baixa exposição ao oxigénio, favorecendo a proliferação fúngica. Estas características estruturais e funcionais do ambiente oral, aliadas a uma higiene precária da prótese ou ao seu uso contínuo no período noturno, criam condições ideais para o desenvolvimento da infeção.

Ainda que a análise estatística deste estudo não tenha demonstrado associações significativas entre a candidíase e variáveis como sexo, idade, hábitos de higiene ou consumo de álcool, é importante sublinhar que a evidência científica aponta para múltiplos fatores que contribuem para o seu desenvolvimento. Sabe-se que, condições sistêmicas como diabetes, uso prolongado de corticosteroides ou antibióticos e a própria imunossenescência desempenham um papel crucial na suscetibilidade à candidíase oral em idosos. (51)

Além disso, a candidíase pode apresentar-se com sintomas discretos ou mesmo ausentes, o que dificulta a sua detecção clínica em fases iniciais, sobretudo em indivíduos com déficit cognitivo ou comunicação limitada. Assim, é plausível considerar que o número de casos identificados na literatura possa, na realidade, estar subestimado, dado que as lesões fúngicas em contextos institucionais tendem frequentemente a não ser reconhecidas ou registadas de forma sistemática. (52)

A gestão eficaz da candidíase em idosos institucionalizados deve, portanto, ir além da intervenção farmacológica. O simples uso de antifúngicos, embora necessário, deve ser complementado com medidas educativas dirigidas aos profissionais de saúde e cuidadores, promovendo melhorias nas rotinas de higiene oral e avaliações periódicas das próteses. Estratégias integradas que envolvam a substituição ou rebasamento das próteses, a orientação para a sua remoção noturna, e a desinfecção regular das mesmas com soluções apropriadas, têm demonstrado ser eficazes na prevenção de recorrência da infeção. (53)

Em suma, os dados aqui apresentados reforçam o carácter comum, mas muitas vezes silencioso, da candidíase oral em idosos com prótese. A elevada taxa de ocorrência observada, mesmo sem correlações estatísticas significativas, deve ser entendida como um sinal de alerta para a importância da vigilância contínua, sobretudo num grupo populacional com elevada vulnerabilidade.

5.9. Implicações Clínicas e Limitações

A elevada incidência de lesões orais observadas em contextos institucionais evidencia a necessidade de reconhecer a saúde oral como uma componente fundamental dos cuidados geriátricos prestados em instituições de longa permanência. A cavidade oral, muitas vezes desvalorizada no sentido de cuidado diário, é um fator chave na manutenção do bem-estar geral, impactando diretamente a alimentação, a comunicação, a autoestima e a saúde geral. Neste sentido, a implementação de rotinas sistemáticas de monitorização da saúde oral, especialmente em utentes com próteses removíveis, revela-se essencial. A avaliação regular da cavidade oral em idosos institucionalizados, está fortemente relacionada com a melhoria da qualidade de vida dos residentes, sobretudo quando complementada por intervenções educativas e um acompanhamento clínico devidamente estruturado. (52)

A formação contínua dos cuidadores constitui outro pilar fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde oral em lares e unidades residenciais. Estudos têm demonstrado que equipas de cuidadores treinados especificamente em higiene oral assistida demonstram maior eficácia na prevenção de lesões orais, como a estomatite protética, e na deteção precoce de alterações da mucosa. Um ensaio clínico mostrou que, programas de capacitação sistemática dos profissionais, contribuem significativamente para a redução da carga microbiana em próteses e para o aumento de adesão às rotinas de higiene entre os residentes. (54-55)

Torna-se, assim, evidente que o acompanhamento da saúde oral em instituições não deve ser confinado à atuação pontual de um médico dentista, mas antes integrar uma lógica multidisciplinar, que envolva também enfermeiros, assistentes operacionais, médicos de medicina geral e familiar, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. A articulação entre diferentes profissionais, aliada à definição de políticas institucionais que valorizem a saúde oral como parte do bem-estar global, permite construir respostas mais sustentáveis e eficazes. As instituições com protocolos integrados de saúde oral apresentam melhores indicadores de conforto, nutrição e bem-estar subjetivo dos seus utentes. (55)

Este estudo apresenta algumas limitações que condicionam a generalização e profundidade dos resultados. A dimensão reduzida da amostra limita o poder estatístico e impede a identificação de associações significativas entre variáveis clínicas e presença de lesões. (52)

Além disso, o desenho transversal impossibilita a avaliação da progressão temporal das lesões ou o impacto de variáveis modificáveis, sendo os estudos longitudinais mais adequados para esse fim. A homogeneidade da amostra, composta por idosos institucionalizados com elevada idade e múltiplas comorbidades, restringe a comparação entre subgrupos. (56)

Outra limitação relevante é a possibilidade de subnotificação de lesões, sobretudo daquelas que apresentam sinais clínicos discretos ou inespecíficos. A candidíase, por exemplo, pode manifestar-se de forma subclínica ou com sintomas pouco valorizados, como ardor ou alteração do paladar. (57)

Assim como também, barreiras de natureza organizacional, como rotinas rígidas, limitaram o acesso a uma amostra mais alargada e heterogénea.

6. Conclusão

Perante a atual investigação, concluiu-se que a prevalência de lesões dos tecidos moles da cavidade oral nos idosos institucionalizados avaliados é considerável, destacando-se a estomatite protética e a candidíase oral como as mais frequentemente diagnosticadas. Embora a amostra analisada não permita estabelecer associações estatisticamente significativas, os dados obtidos estão em concordância com estudos prévios, que relatam uma elevada ocorrência destas lesões em populações geriátricas institucionalizadas.

Verificou-se também, que uma proporção substancial dos participantes apresentava práticas inadequadas de higiene oral, sendo também frequente a ausência de hábitos protéticos corretos, como a remoção das próteses durante o sono. Este cenário reflete a persistência de lacunas ao nível da literacia em saúde oral em contexto de institucionalização.

A inexistência de acompanhamento sistémico por parte de profissionais de saúde da área da medicina dentária nas instituições representou um elemento crítico identificado ao longo do estudo.

Face a esta realidade, impõe-se a necessidade de integrar rotinas de avaliação oral periódica nos planos de cuidados prestados em lares, idealmente conduzidas por profissionais de saúde qualificados e com recurso a protocolos estruturados. Para além disso, torna-se prioritária a implementação de programas educativos dirigidos aos cuidadores formais e aos próprios utentes, com vista à promoção de comportamentos preventivos e à deteção precoce de alterações orais.

Adicionalmente, a presente investigação reforça a urgência de uma maior valorização da medicina dentária na geriatria. As integrações efetivas de profissionais de saúde oral, nas equipas de cuidados integrados das estruturas residenciais para pessoas idosas, representam um passo essencial para assegurar um envelhecimento mais saudável, funcional e digno.

Revela-se necessária, nesta perspetiva, a implementação de um reforço no investimento em políticas públicas de saúde que reconheçam a importância da saúde oral no bem-estar global dos idosos institucionalizados, bem como o desenvolvimento de estratégias preventivas, educativas e de apoio, orientadas para esta realidade cada vez mais prevalente.

7. Bibliografia

1. Owlia F, Bahadori L, Ahadian H, Hakimian R, Kazemeini SK. Prevalence of chronic diseases in elderly living in Yazd nursing homes, and its relations with oral soft tissue lesions (OSTL). *J Community Health Res.* 2019;8(4):196–202.
2. Mohapatra S, Mohandas R, Meignana Arumugham I. Assessment of oral health status, self-perceived needs, unmet needs, and barriers to utilization of dental services among institutionalised elderly population in Chennai, India: A cross-sectional study. *J Oral Res.* 2023;12(1):299–313.
3. Gil AP. Quality procedures and complaints: nursing homes in Portugal. *J Adult Prot.* 2019;21(2):78–93. doi:10.1108/JAP-09-2018-0018.
4. Rivera C, Arenas-Márquez MJ. Gerodontology: effects of ageing on the oral mucosa. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2017;10(1):9.
5. Scannapieco FA, Shay K. Oral health disparities in older adults: Oral bacteria, inflammation, and aspiration pneumonia. Vol. 58, *Dental Clinics of North America.* W.B. Saunders; 2014. p. 771–82.
6. Dakka A, Nazir Z, Shamim H, Jean M, Umair M, Muddaloor P, Farinango M, Ansary A, Khan S. Ill effects and complications associated to removable dentures with improper use and poor oral hygiene: a systematic review. *Cureus.* 2022;14(8):e28144.
7. Idarabadi E, Armat MR, Motamedosanaye V, Ghanei F. Effect of oral health care program on oral health status of elderly people living in nursing homes: a quasi-experimental study. *Mater Sociomed.* 2017;29(4):263–7.
8. Limeback H. Implications of oral infections on systemic diseases in the institutionalized elderly with a special focus on pneumonia. *Ann Periodontol.* 1998;3(1):262–75.
9. Saintrain MVL, Bandeira ABV, Pequeno LL, Bizerril DO, Marques PLP, Viana FAC. Oral health of older people: tracking soft tissue injuries for the prevention of oral cancer. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03380.
10. Mujica V, Rivera H, Carrero M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly Venezuelan population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008 May 1;13(5):E270–4.
11. Jolehar M, Titidej AZ. Prevalence of oral soft tissue lesions: a review. *J Craniomax Res.* 2021;8(4):172–7.
12. Sesma N, Morimoto S. Estomatite protética: etiologia, tratamento e aspetos clínicos. *J Biodent Biomater.* 2011;(2):24–9.
13. Ramos RT, Paiva CR, Filgueiras AMO, Silva-Junior GO, Cantisano MH, Ferreira DC, et al. Leucoplasia oral: conceitos e repercussões clínicas. *Rev Bras Odontol.* 2017;74(1):51–5.
14. Ferreira AM, Marinho GS, Lucena RL, Silveira EJD, Lima KC. Combinação de fumo, álcool e exposição aos raios solares e ocorrência de lesões orais potencialmente malignas e malignas. *Soc Territ.* 2013;25(2 Esp):42–54.
15. Hosni ES, Salum FG, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MAZ. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75(2):295–9.
16. Escribano-Bermejo M, Bascones-Martínez A. Leucoplasia oral: conceptos actuales. *Av Odontoestomatol.* 2009;25(2):57–66.

17. Pereira EDB, Freitas EPP, Moreira BA, Paula FA, Santos RDP, Matos AGC. Impacto do tabagismo na saúde bucal dos pacientes atendidos em um ambulatório de clínica médica. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2014;27(1):37–42.
18. Bhardwaj VK. Gerodontology – orodental care for elderly. *Eur J Gen Dent*. 2012;1(1):15–9.
19. Razak PA, Richard KM, Thankachan RP, Hafiz KA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *J Int Oral Health*. 2014;6(6):110–6.
20. Minic I, Pejčić A, Kostić M, Krunic N, Mirković D, Igić M. Prevalence of oral lesions in the elderly. *West Indian Med J*. 2016;65(2):375–8.
21. Serrao S. Population ageing and its gender dimensions: the direct and indirect impacts on women (a synthesis of literature with evidence from the Asia-Pacific region). Bangkok: United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific; 2014. 40 p.
22. Alcântara RKL, Cavalcante MLSN, Fernandes BKC, Lopes VM, Leite SFP, Borges CL. Sociodemographic and health profile of institutionalized elderly people. *J Nurs UFPE online*. 2019;13(3):674–9.
23. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Predictive factors for institutionalization of the elderly: a case-control study. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):147–53.
24. Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K. Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res*. 2008;20(2):91–102.
25. Gil-Montoya JA, de Mello ALF, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging*. 2015; 10:461–7.
26. Rodrigues LP, Rezende ATO, Moura LAN, Nunes BP, Noll M, de Oliveira C, Silveira EA. What is the impact of multimorbidity on the risk of hospitalisation in older adults? A systematic review study protocol. *BMJ Open*. 2021;11(2):e049974.
27. Marventano S, Ayala A, Gonzalez N, Rodríguez-Blázquez C, Garcia-Gutierrez S, Forjaz MJ. Multimorbidity and functional status in institutionalized older adults. *Eur Geriatr Med*. 2016 Feb 1;7(1):34–9.
28. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. Vol. 350, *BMJ (Online)*. BMJ Publishing Group; 2015.
29. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014;9(7):e102149.
30. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017; 17:230.
31. Abi-Ackel MM, Lima-Costa MF, Castro-Costa E, Loyola Filho AI. Psychotropic drug use among older adults: prevalence and associated factors. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):57–69.
32. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy management in older patients. *Mayo Clin Proc*. 2021;96(1):242–256.
33. Villa A, Abati S. Risk factors and symptoms associated with xerostomia: A cross-sectional study. *Aust Dent J*. 2011 Sep;56(3):290–5.

34. Turner MD, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. Vol. 138, Jour of the Amer Dent Assoc; 2007. p. S15–20.
35. O’Mahony D, O’Sullivan D, Byrne S, O’Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 2015;44(2):213–8.
36. Shaheen SS, Kulkarni S, Doshi D, Reddy S, Reddy P. Oral health status and treatment need among institutionalized elderly in India. *Indian J Dent Res*. 2015;26(5):493–9.
37. Simons D, Baker P, Jones B, Kidd EAM, Beighton D. An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes. *Br Dent J*. 2000;188(4):206–10.
38. Côrte-Real IS, Figueiral MH, Campos JCR. As doenças orais no idoso – considerações gerais. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2011;52(3):175–80.
39. 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 Mar;94(3 Suppl):28S–36S.
40. Perić M, Miličić B, Kuzmanović Pfićer J, Živković R, Arsić Arsenijević V. A systematic review of denture stomatitis: Predisposing factors, clinical features, etiology, and global *Candida* spp. distribution. *J Fungi*. 2024;10(5):328.
41. Choufani A, Folliguet M, Chahine N, Rammal S, Doumit M. Prevalence of oral mucosal lesions among the institutionalized elderly population in Lebanon. *Gerontol Geriatr Med*. 2020; 6:1–9.
42. Mozafari PM, Dalirsani Z, Delavarian Z, Amirchaghmaghi M, Shakeri MT, Esfandyari A, Falaki F. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. *Gerodontology*. 2012;29(2): e930–4.
43. Patil S, Doni B, Maheshwari S. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in a geriatric Indian population. *Can Geriatr J*. 2015;18(1):11–14.
44. Packyanathan JS, Ariga P, Jeevanandan G. Prevalence of denture stomatitis and infections in complete denture wearers – an institution based retrospective study. *Int J Dentistry Oral Sci*. 2020; S4(2):75–79.
45. Martori E, Ayuso-Montero R, Martinez-Gomis J, Viñas M, Peraire M. Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. *J Prosthet Dent*. 2014;111(4):273–9.
46. Naik AV, Pai RC. A study of factors contributing to denture stomatitis in a North Indian community. *Int J Dent*. 2011; 2011:589064.
47. Jeganathan S, Lin CC. Denture stomatitis: a review of the aetiology, diagnosis and management. *Aust Dent J*. 1992;37(2):107–114.
48. Zenthöfer A, Meyer-Kühling I, Hufeland AL, Schröder J, Cabrera T, Baumgart D, et al. Carers’ education improves oral health of older people suffering from dementia – results of an intervention study. *Clin Interv Aging*. 2016;11: 1755–62.
49. Barbeau J, Séguin J, Goulet JP, de Koninck L, Avon SL, Lalonde B, et al. Reassessing the presence of *Candida albicans* in denture-related

- stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;95(1):51–9.
50. Martori E, Ayuso-Montero R, Willaert E, Viñas M, Peraire M, Martinez-Gomis J. Status of removable dentures and relationship with oral Candida-associated factors in a geriatric population in Catalonia. *J Prosthodont.* 2017;26(5):370–5.
 51. Akpan A, Morgan R. Oral candidiasis. *Postgrad Med J.* 2002;78(922):455–9.
 52. Persson Kylén J, Björns S, Hägglin C, Grönbeck-Lindén I, Piper L, Wårdh I. Decisional needs for older adults, home health care nurses and dental hygienists during team-based oral health assessments in ordinary home settings: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2024;24(1):678.
 53. Gonsalves WC, Wrightson AS, Henry RG. Common oral conditions in older persons. *Am Fam Physician.* 2008;78(7):845–52.
 54. Weening-Verbree LF, Douma A, van der Schans CP, Huisman-de Waal GJ, Schuller AA, Zuidema SU, et al. Oral health care in older people in long-term care facilities: an updated systematic review and meta-analyses of implementation strategies. *Int J Nurs Stud Adv.* 2025; 8:100157.
 55. Ramos TMC, Alves ÁAS, Apolinário TA, de Toledo FF, Gomes VE, Barbosa KGN, et al. Challenges to conducting research on oral health with older adults living in long-term care facilities. *BMC Oral Health.* 2024;24(1):571.
 56. Bøtchiær MV, Bugge EM, Larsen P. Oral health care interventions for older adults living in nursing homes: an umbrella review. *Aging Health Res.* 2024; 4:100164.
 57. Saarela RKT, Hiltunen K, Kautiainen H, Roitto HM, Mäntylä P, Pitkälä KH. Oral hygiene and health-related quality of life in institutionalized older people. *Eur Geriatr Med.* 2022;13(1):213–220.
 58. Michalak P, Polak-Ślósarczyk P, Dyduch-Dudek W, Kęsek B, Zarzecka-Francica E, Styrna M, et al. Oral fungal infections in the geriatric population of Municipal Health Centre for Older and Dependent Individuals, and participants of three-month rehabilitation programme – mycological study and clinical correlations. *Folia Med Cracov.* 2024;64(3):55–71.

8. Anexos

Anexo 1- Parecer da Comissão de Ética



Parecer sobre o projeto nº 63

Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Mandato 2023/2027

Projeto de Investigação

Na reunião do dia 18 de novembro de 2024 a CES-UCP esteve reunida e apreciou do ponto de vista ético os elementos submetidos pela investigadora no dia 3 de novembro de 2024. Desta apreciação emitiu parecer favorável condicional a esclarecimentos, em 26 de março de 2025.

A equipa remeteu em 3 de janeiro de 2025 a resposta aos esclarecimentos solicitados pela CES.

Na sua reunião 16ª, em 26 de março de 2025, a CES apreciou dos elementos submetidos em resposta a parecer prévio, sobre a qual redige o parecer que agora se apresenta, parecer final.

A CES-UCP declara ainda que o Professor Doutor Nélio Jorge Veiga, orientador deste projeto e membro efetivo da CES-UCP declarou a existência de conflitos de interesse para a apreciação deste projeto, não tendo estado envolvido, nem na discussão, nem na votação sobre dos pareceres emitidos, conforme ata lavrada.

Título: Prevalência e Caracterização de Lesões de Tecidos Moles em Idosos Institucionalizados

Investigadora Principal: Professora Doutora Patrícia Sofia Soares Couto

Orientador: Professor Doutor Nélio Jorge Veiga;

Aluna: Leonor da Silva Cristino (Mestrado Integrado)

Resumo/Elementos solicitados pelo parecer da CES-UCP: A CES-UCP emitiu parecer Favorável Condicional, tendo solicitado o esclarecimento sobre:

Questão colocada pela CES/Comentário: *“Nos casos em que surja alguma lesão, os utentes serão referenciados para tratamento», mas não é indicado para onde e como será fornecido esse serviço.” “No entanto parece-nos que as condições de acesso aos cuidados que sejam eventualmente detetados como necessários deve ficar inequivocamente clara para se entender que serão assegurados com garantias de qualidade. Só esta garantia pode responder ao incómodo eventual que os participantes poderão sofrer.”*

Esclarecimento da equipa: A referenciação estará dependente da gravidade da lesão detetada. Em situações de lesões potencialmente malignas será enviada uma carta ao médico de família com a descrição da lesão para que este possa atribuir ao doente o cheque biópsia. Desta forma o paciente poderá realizar uma biópsia da lesão detetada a custo zero. Em situações que apenas exijam acompanhamento ou prescrição de terapêutica medicamentosa, esta poderá ser realizada pela equipa de investigação, sempre em consonância com o médico da Instituição. Dispomos ainda de uma Unidade Móvel para realizar pequenos ajustes a próteses ou polimentos a dentes que possam estar a causar trauma nos tecidos moles. (Esta informação foi adicionada ao projeto que reenvio em anexo).

Apreciação da CES-UCP sobre os esclarecimentos: Satisfatórios.

Questão colocada pela CES/Comentário: Consentimento “Anexado, de linguagem técnica complexa, não adaptada a uma população vulnerável; potencial efeito controlado pela presença do cuidador.”

Esclarecimento da equipa: De facto, o consentimento será sempre aplicado na presença do cuidador responsável e com a possibilidade de esclarecer qualquer dúvida que surja com a equipa de investigação.

Apreciação da CES-UCP sobre os esclarecimentos: Satisfatórios.

Questão colocada pela CES/Comentário: “RESPEITO PELA DIGNIDADE HUMANA E PRINCÍPIO DA AUTONOMIA: Parece garantida embora as questões colocadas e o exame oral possam constrear ou criar angústia nos participantes, fatores de devem ser considerados, inclusivamente por remeterem para episódios anteriores de cuidado oral mais complexo e por se questionarem hábitos de cuidado íntimo.”

Esclarecimento da equipa: Caso o paciente considere que alguma das questões colocadas seja de cariz demasiado íntimo, este poderá optar por não responder à referida questão sem qualquer tipo de



prejuízo. Pela importância que estas questões têm para o estudo consideramos relevante mantê-las, dando sempre, contudo, possibilidade ao participante de não responder àquelas que assim considere.

Apreciação da CES-UCP sobre os esclarecimentos: Satisfatórios.

Apreciação sobre os esclarecimentos submetidos pelo investigador principal: Os esclarecimentos prestados foram satisfatórios e revelam o respeito pelos princípios da ética na investigação. Refletem o compromisso da equipa na melhoria contínua da sua prática na investigação científica.

A CES-UCP emite agora parecer final sobre o projeto em epígrafe.

Estiveram presentes na reunião nº 16 da CES-UCP

Presidente: Doutora Mara de Sousa Freitas

Vice-presidente: Maria Vânia Nunes

Bárbara Nazaré

Cristina de Sá Carvalho

Luís Fábrica

Maria Ivone Gaspar

Marta Brites

Nélio Veiga

Soledade Duarte

Conclusão

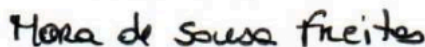
Ouvido o Relator, e o plenário da reunião do dia 26 de março de 2025, realizada online através da plataforma Zoom Colibri, esta CES delibera, por unanimidade, a emissão de **Parecer Favorável**.

Nota adicional: A CES-UCP agradece a compreensão da equipa de investigação face ao prolongamento do prazo para a emissão do parecer final. Apesar dos constrangimentos exigentes e alheios ao nosso controlo, reiteramos o nosso compromisso com os princípios éticos da investigação científica, valorizando uma ciência que reconhece e respeita os valores que a sustentam.

Recomendações gerais: Qualquer modificação ao protocolo de investigação submetido requer, obrigatoriamente, um pedido formal de reapreciação ética junto da CES-UCP. O parecer emitido pela CES-UCP é válido exclusivamente para o projeto na sua versão aprovada, não sendo extensível a alterações metodológicas ou procedimentais não validadas previamente.

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

A Presidente,



Mara de Sousa Freitas

26 de março de 2025

Anexo 2- Consentimento Informado



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

De acordo com a Declaração de Helsinquia 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 concorda com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Prevalência e Caracterização de Lesões de Tecidos Moles em Idosos Institucionalizados.

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 geriátricos institucionalizados.

Explicação do estudo: O presente projeto tem como objetivos: caracterizar a saúde oral de uma população idosa institucionalizada, no que diz respeito a lesões de tecidos moles; determinar a prevalência de patologia de tecidos moles na população em estudo; determinar possíveis fatores etiológicos e/ou predisponentes; referenciar os casos de lesões mais severas para acompanhamento médico-dentário e realizar uma revisão bibliográfica das lesões orais encontradas ao longo da recolha de dados.

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.

Os dados serão mantidos confidenciais e serão de uso exclusivo da equipa de investigação. Este estudo não envolve procedimentos clínicos nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo o participante retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. Ao decidir participar pode colocar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento.

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, 28 de outubro de 2024

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE



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

Consentimento informado

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Caso seja necessário, não hesite em solicitar qualquer informação se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

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.

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?

- Problemas Cardíacos
- Doenças do Sangue
- Doenças de Fígado
- Doenças de Estômago
- Doenças Renais
- Doenças Intestinais
- Cancro
- Diabetes
- Hipertensão
- Alergias
- Indique outras doenças

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 das lesões da OMD



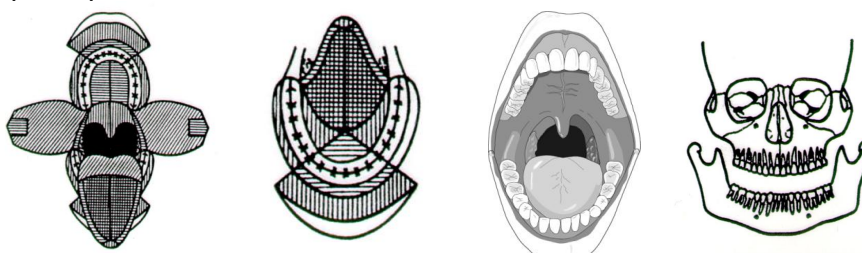
INFORMAÇÃO CLÍNICA DE MEDICINA ORAL



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:** ___/___/___