



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE ORAL NUMA
AMOSTRA DE MILITARES DA BASE NAVAL DE
LISBOA***

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

Por
Ana Teresa Menezes e Castro Senra

Viseu, 2015



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE ORAL NUMA
AMOSTRA DE MILITARES DA BASE NAVAL DE
LISBOA***

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

Por

Ana Teresa Menezes e Castro Senra

Orientador: Mestre Nelio Veiga

Viseu, 2015

“Mar calmo nunca fez bom marinheiro”

Provérbio Inglês

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Domingos Senra, figura fulcral que me incentivou e apoiou desde o início do curso. A ele devo-lhe a sua conclusão.

À minha mãe, Rosa Castro, pelo amor e por ser um exemplo de coragem.

Aos meus avós, Conceição e Manuel, Isabel e Calisto, que considero pais a duplicar.

À minha sábia bisavó Maria do Céu, prova de que a juventude não tem idade.

Ao meu namorado, Nelson Judas, que por um lado deu o rumo que faltava à minha vida e me demonstrou o verdadeiro companheirismo, por outro foi o ouvinte das minhas dúvidas e inquietações relativas ao meu projeto. Projeto este que sem a sua ajuda não teria sido exequível.

AGRADECIMENTOS

Ao Mestre Nélio Veiga, orientador desta monografia, pelo apoio durante o desenvolvimento deste projeto.

Às entidades onde foram recolhidos os dados – Centro de Medicina Naval e Escola de Tecnologias Navais da Base Naval de Lisboa. Especialmente ao Diretor do Centro de Medicina Naval, CMG MN Manuel Ribeiro, e respetiva equipa médica e auxiliar do departamento da Medicina Dentária da Base Naval de Lisboa, nomeadamente 1TEN TSN-MD Ana Pinto, STEN TSN-MD Pedro Lóios, STEN TSN-MD Inês Pereira, SAJ FZ Pedro Pina e todos os militares que participaram livremente no estudo.

À casa comercial *Dentina* por me disponibilizar parte do material descartável para a recolha de dados.

Aos familiares a quem dediquei o meu projeto.

Aos pais do meu namorado, que também meus pais serão.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas Portuguesas (ADM) é uma mais-valia para os militares. O estado de prontidão permanente para o serviço é um dever dos militares, necessitando para tal, de aptidão física e intelectual. Os militares da Marinha de Guerra Portuguesa (MGP), quando em missão, não têm acesso no navio aos mesmos tratamentos que em Terra. Deste modo, os exames médicos periódicos são uma ferramenta essencial à prevenção de eventuais emergências no Mar.

Os hábitos de saúde oral e os alimentos que compõem a dieta de um militar têm efeitos diretos na sua saúde. Cabe aos médicos dentistas navais, que os militares da MGP mantenham um certo nível de saúde oral para evitar eventuais emergências médico-dentárias em ambientes hostis, sendo importante o acompanhamento dos seus hábitos de higiene oral e alimentares, quer seja durante o período de navegação ou não para, desta forma, avaliar possíveis parâmetros a melhorar.

OBJECTIVOS: Caracterizar a saúde oral de uma amostra de militares da MGP da Base Naval de Lisboa (BNL).

MATERIAL E MÉTODOS: Foi feito um estudo epidemiológico observacional transversal com uma amostra final de 278 participantes. A média de idades foi de 31 anos (desvio padrão 8,6), sendo que 91,7% pertenceram ao género masculino e 8,3% ao género feminino. Foram aplicados questionários sobre os hábitos de saúde oral, hábitos alimentares e hábitos a navegar, e realizada uma avaliação intraoral com o preenchimento do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPOD) e índice de placa bacteriana de *Silness and Loe* com recurso a kits de exploração intraoral. A análise estatística foi realizada com o programa R (versão 2.15.2).

RESULTADOS: Observou-se um índice CPOD de 8,46. Relativamente ao índice de *Silness and Loe* verificou-se uma maior prevalência dos valores 2 (acumulação de placa moderada na margem gengival) e 3 (acumulação de placa abundante na área gengival e face do dente). Constatou-se que a maioria dos militares (71,7%) escovavam duas ou mais vezes os dentes diariamente. Verificou-se que 42,8% usavam fio dentário. Também a maioria dos militares (81,7%) realizavam consultas médico-dentárias uma vez por ano, sendo que os restantes faziam duas ou mais vezes. Verificou-se também que a maioria dos militares (90,3%) caracterizaram positivamente os médicos dentistas navais. Cerca de metade (52,9%) fizeram a última destartarização há menos de um ano.

Apenas 9% dos militares usavam prótese removível. Constatou-se que a prevalência de fumadores foi de 31,3% e de militares com hábitos alcoólicos foi de 66,8%. Cerca de 11,2% sentiram as suas funções diminuídas por motivos dentários e 33,1% já se sentiram constrangidos devido a problemas orais. O consumo de alimentos açucarados abrangeu 71,2% dos militares. Relativamente aos períodos de navegação, metade dos militares (50%) consideraram que os seus hábitos alimentares se tornavam piores, 9% dos militares já tiveram uma urgência dentária a navegar, 26,5% consideraram que a navegação prejudica a saúde oral, sendo que 10,4% justificaram a falta de tempo devido aos horários alterados. Também o número de militares que não escovavam os dentes todos os dias aumentou ligeiramente, de 1,8% para 3,4%.

CONCLUSÃO: Os militares da MGP tinham boa saúde oral e bons hábitos de higiene oral quando comparados com militares de outros países e com a população portuguesa não militar. Os hábitos de higiene oral e alimentares pioravam em período de navegação.

Palavras-chave: CPOD, Hábitos alimentares, Hábitos de higiene oral, Marinha, Militares, Saúde Oral, *Silness and Loe*.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Portuguese Military oral health care system (ADM) is an asset to the military. One of the military duties is the duty to availability and permanent readiness for service, for which they need physical and mental health fitness. The military of the Portuguese Navy (MGP), when navigating, have no access to the same treatments as in land. Thereby making periodic medical examinations is an essential tool for preventing possible emergencies on board.

The oral health and the eating habits that make up the diet of a military have direct effects on their health. It is up to naval dentists to maintain a certain level of oral health of the military to avoid any dental emergencies in sea. It is also important to monitor their oral hygiene and dietary habits in order to improve their oral health.

OBJECTIVES: The main objective of this study was to characterize the oral health of a Portuguese navy sample from the Naval Base of Lisbon.

MATERIAL AND METHODS: An epidemiological observational cross-sectional study was conducted with a final sample of 278 participants. The average age was 31 years (standard deviation 8.6), and 91.7% belonged to the male gender and 8.3% to the female gender. Questionnaires were made about the oral health habits, eating habits and habits in sea. Intraoral observations were also made filling the decayed, missing and filled teeth index (DMFT index) and *Silness and Loe* index, using the intraoral exploration kits. Statistical analysis was performed using the R program (2.15.2 version).

RESULTS: It was observed that the DMFT index was 8.46. For the *Silness and Loe* index was observed a higher prevalence of scores 2 (moderate accumulation of dental plaque at the gingival margin) and 3 (abundant dental plaque in the gingival margin and tooth surface).

It was found that most military (71.7%) brushed their teeth daily two or more times a day. About 42.8% used dental floss. Also most of the military (81.7%) made regular dental check-ups required once a year, and the remaining made two or more times a year. It was also found that most military (90.3%) characterized medical naval dentists in a positive manner. About half (52.9%) did a dental cleaning less than a year ago. Only 9% of the military used removable prosthesis. It was found that the prevalence of smoking was 31.3% and alcohol consumption was 66.8%. About 11.2% felt their roles diminished by dental reasons and 33.1% have felt constrained due to oral health

problems. The consumption of sugary foods covered 71.2% of the military. For the navigation periods, half of the military (50%) felt that their eating habits became worse, 9% of the military have had a dental emergency, 26.5% considered that the navigation affected their oral health, and 10.4% referred as the main reason of poorer oral health the lack of time due to changing of timetables. The number of individuals who did not brush their teeth everyday increased slightly (from 1.8% to 3.4%).

CONCLUSION: The military of MGP have good oral health and good oral hygiene habits when compared with military of other countries and the non-military Portuguese population. The dietary and oral hygiene habits were worse during navigation periods.

Keywords: DMFT, Eating habits, Oral health, Oral hygiene habits, Military, Navy, *Silness and Loe*.

Índice Geral

1. Introdução	3
2. Revisão de literatura	7
2.1. Conceitos de Saúde e Saúde Oral	7
2.2. Saúde Oral em Portugal	8
2.3. Saúde Oral nas Forças Armadas	10
2.4. Patologias orais – Doença periodontal e cárie dentária	12
2.4.1. Doença periodontal	12
2.4.2. Cárie Dentária	14
2.5. Determinantes de saúde oral	19
2.5.1. Higiene Oral	19
2.5.2. Administração de fluoretos	22
2.5.3. Selantes de fossas e fissuras	23
2.5.4. Consultas no médico dentista	25
2.5.5. Hábitos alimentares	26
2.6. Índice e indicadores de saúde oral	26
3. Objetivos	31
4. Metodologia	35
4.1. Tipo de estudo	35
4.2. Amostra	35
4.3. Participantes	35
4.4. Recolha de dados	36
4.5. Protocolo de recolha de dados	36
4.5.1. Material utilizado	36
4.5.2. Exame dentário – Índice CPOD	37
4.5.3. Exame dentário - Índice de placa bacteriana de Sillness e Loe	38
4.6. Variáveis em estudo	39
4.7. Análise estatística dos dados	45
4.8. Procedimentos legais e éticos	45
5. Resultados	49
5.1. Caracterização da amostra	49
5.2. Hábitos de higiene oral	52
5.2.1. Frequência de escovagem	52

5.2.2. Alturas do dia em que os militares escovam os dentes.....	53
5.2.3. Meios utilizados para higienizar os dentes	54
5.2.4. Uso de fio dentário	55
5.2.5. Tipo de escova	56
5.2.6. Áreas higienizadas durante a escovagem	57
5.2.7. Movimentos executados a escovar os dentes	58
5.2.8. Opinião sobre a escovagem dos dentes de forma correta.....	59
5.2.9. Última consulta no dentista	60
5.2.10. Motivo da última consulta	61
5.2.11. Grau de informação sobre a saúde oral	62
5.2.12. Opinião sobre o acesso dos militares aos cuidados de saúde oral comparativamente à população não militar (civil).	63
5.2.13. Número de rastreios dentários obrigatórios por ano.....	64
5.2.14. Caracterização dos médicos dentistas navais pelos militares.....	65
5.2.15. Data da última destartarização.....	67
5.2.16. Sangramento gengival	68
5.2.17. Presença de halitose.....	69
5.2.18. Conhecimento sobre selantes de fossas e fissuras	71
5.2.19. Utilização de prótese dentária.....	72
5.2.20. Tratamento ortodôntico	74
5.2.21. Presença de hábitos tabágicos.....	75
5.2.22. Presença de hábitos alcoólicos	76
5.2.23. Perceção da saúde oral.....	77
5.2.24. Fatores responsáveis pelo descuido da higiene oral	78
5.2.25. Funções diminuídas por motivos dentários	79
5.2.26. Absentismo laboral por motivos dentários	79
5.2.27. Causa do absentismo laboral derivado de motivos dentários	80
5.2.28. Constrangimento devido a problemas orais.....	81
5.3. Hábitos alimentares	82
5.3.1. Refeições diárias habituais	82
5.3.2. Ingestão de café e/ou chá.....	83
5.3.3. Hábito de comer antes de deitar	84
5.3.4. Consumo de alimentos açucarados.....	84
5.3.5. Quantidade de vezes por dia que consomem alimentos açucarados	85

5.3.6. Consumo de água no navio.....	86
5.4. Hábitos durante a navegação	87
5.4.1. Hábitos de escovagem a navegar.....	87
5.4.2. Frequência de escovagem em período de navegação	88
5.4.3. Alturas do dia em que os militares escovam os dentes em períodos de navegação	89
5.4.4. Meios utilizados para higienizar os dentes a navegar.....	90
5.4.5. Opinião sobre a higiene oral a navegar	91
5.4.6. Urgência dentária a navegar	92
5.4.7. Tratamento realizado em situações de urgência dentária a navegar.....	93
5.4.8. Períodos de navegação e relação com a halitose	94
5.4.9. Alteração dos hábitos tabágicos a navegar	95
5.4.10. Associação do sangramento gengival com longos períodos de navegação	96
5.4.11. Hábitos alimentares a navegar.....	97
5.4.12. Alteração da quantidade de refeições durante uma navegação	98
5.4.13. Alteração da qualidade e/ou variedade das refeições durante a navegação	99
5.4.14. Opinião sobre a navegação prejudicar a sua saúde oral	100
5.5. Comparação da frequência de escovagem em período normal com o período de navegações.....	102
5.6. Comparação das alturas do dia em que escovam os dentes.....	104
5.7. Comparação do tipo de material utilizado para a escovagem em período normal e período de navegação	106
5.8. Análise intra oral	108
5.8.1. Índice de CPOD.....	108
5.8.2. Índice de placa de <i>Silness and Loe</i>	108
5.9. Comparação entre o Índice de CPOD e Índice de <i>Silness and Loe</i>	109
6. Discussão	113
6.1. Mulheres na Marinha.....	113
6.2. Frequência de escovagem.....	114
6.3. Uso de fio dentário	114
6.4. Tipo de escova.....	115
6.5. Última consulta no dentista	115
6.5.1. Motivo da última consulta	115
6.6. Caracterização dos médicos dentistas navais pelos pacientes	116

6.7. Presença de halitose e sangramento à escovagem	116
6.8. Utilização de prótese dentária.....	117
6.9. Presença de hábitos tabágicos.....	117
6.10. Presença de hábitos alcoólicos	118
6.11. Percepção da saúde oral.....	118
6.12. Funções diminuídas por motivos orais e absentismo laboral	119
6.13. Constrangimento devido a problemas orais.....	119
6.14. Urgência dentária a navegar	119
6.15. Frequência de escovagem e instrumentos utilizados para a escovagem, em períodos de navegação.....	120
6.16. Índice CPOD.....	120
6.16.1. Média de dentes cariados, perdidos e obturados	120
6.16.2. Prevalência de cárie e prevalência de falta de dentes naturais	121
6.16.3. Presença de trauma dentário	122
7. Conclusão	127
8. Referências bibliográficas	131
8.1. Apêndice 1: Questionário	145
8.2. Apêndice 2. Registo do exame intraoral: Índice CPOD.....	153
8.3. Apêndice 3. Registo do exame intraoral: Índice de Placa <i>Silness and Loe</i>	154
8.4. Apêndice 4. Pedido Ao chefe do Gabinete do Chefe Estado Maior da Armada	155
8.5. Apêndice 5. Resposta por parte do chefe do Gabinete do Chefe Estado Maior da Armada	157
8.6. Apêndice 6. Pedido de autorização para a realização do estudo na BNL	159
8.7. Apêndice 7. Declaração de Confidencialidade.....	161
8.8. Apêndice 8. Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido para a participação em investigação.....	162
8.9. Apêndice 9. Agradecimento ao Chefe de Estado Maior da Armada pela autorização no Estudo.....	164

ÍNDICE DE FIGURAS

Figure 1. Caracterização da amostra quanto ao género	49
Figure 2. Caracterização da amostra quanto aos grupos etários.....	50
Figure 3. Caracterização da amostra quanto à área de residência.	50
Figure 4. Caracterização da amostra quanto à classe militar.....	51
Figure 5. Caracterização da amostra quanto às habilitações literárias	51
Figure 6. Frequência de escovagem.	52
Figure 7. Alturas do dia em que os militares escovam os dentes.....	53
Figure 8. Materiais utilizados para a escovagem dentária.....	54
Figure 9. Uso do fio dentário.....	55
Figure 10. Uso do fio dentário (2).....	55
Figure 11. Tipo de escova utilizada.....	56
Figure 12. Áreas higienizadas durante a escovagem.....	57
Figure 13. Movimentos executados durante a escovagem dentária.	58
Figure 14. Opinião da escovagem dos dentes de forma correta.....	59
Figure 15. Data da última consulta.....	60
Figure 16. Motivo da última consulta.....	61
Figure 17. Grau de informação sobre a saúde oral.....	62
Figure 18. Opinião sobre o acesso dos militares aos cuidados de saúde oral comparativamente à população não militar (civil)	63
Figure 19. Número de rastreios obrigatórios por ano.....	64
Figure 20. Caracterização dos médicos dentistas navais pelos pacientes.....	65
Figure 21. Caracterização dos médicos dentistas navais pelos pacientes segundo características positivas e negativas.	66
Figure 22. Data da última destarização.....	67
Figure 23. Sangramento gengival.....	68
Figure 24. Presença de halitose.....	69
Figure 25. Conhecimento sobre selante de fissuras.....	71
Figure 26. Utilização de prótese dentária.....	72
Figure 27. Terapia ortodôntico.....	74
Figure 28. Presença de hábitos tabágicos.....	75
Figure 29. Presença de hábitos alcoólicos.....	76

Figure 30. Percepção da saúde oral.	77
Figure 31. Fatores responsáveis pelo descuido da higiene oral.....	78
Figure 32. Funções diminuídas por motivos dentários.....	79
Figure 33. Absentismo laboral por motivos dentários.....	79
Figure 34. Absentismo laboral por motivos dentários (2).....	80
Figure 35. Constrangimento devido a problemas orais.	81
Figure 36. Refeições diárias habituais.	82
Figure 37. Hábitos de ingestão de café e/ou chá.	83
Figure 38. Hábito de comer antes de deitar.	84
Figure 39. Consumo de alimentos açucarados.	84
Figure 40. Quantidade de vezes diária de consumo de alimentos açucarados.	85
Figure 41. Consumo de água no navio.	86
Figure 42. Hábitos de escovagem a navegar.	87
Figure 43. Frequência de escovagem em período de navegação.....	88
Figure 44. Alturas do dia em que os militares escovam os dentes quando a navegar.	89
Figure 45. Meios utilizados para higienizar os dentes a navegar.	90
Figure 46. Opinião sobre a higiene oral a navegar.	91
Figure 47. Urgência dentária a navegar.....	92
Figure 48. Alteração dos hábitos tabágicos a navegar.....	95
Figure 49. Associação do sangramento gengival com longos períodos de navegação. .	96
Figure 50. Hábitos alimentares a navegar.	97
Figure 51. Alteração da quantidade de refeições durante a navegação.	98
Figure 52. Alteração da qualidade e/ou variedade das refeições durante a navegação. .	99
Figure 53. Opinião sobre a navegação prejudicar a saúde oral.	100
Figure 54. Motivos do pioramento da higiene oral durante a navegação.....	101
Figure 55. Comparação da frequência de escovagem em período normal com o período de navegação.....	103
Figure 56. Comparação das alturas em que os militares escovam os dentes em período normal com o período de navegação.	105
Figure 57. Comparação do material utilizado para a escovagem em período normal com o período de navegação.	107

ÍNDICE DE TABELAS

Table 1. Classificação das doenças periodontais segundo a American Academy of Periodontology (1999).....	13
Table 2. Protocolo de avaliação do risco de periodontite e respetivo plano de tratamento.	14
Table 3. Protocolo da avaliação do risco de cárie e plano de tratamento.....	18
Table 4. Motivos do sangramento.	68
Table 5. Presença de halitose.....	70
Table 6. Tipo de prótese dentária utilizada.....	73
Table 7. Presença de hábitos alcoólicos.	76
Table 8. Causas do absentismo laboral por motivos dentários.....	80
Table 9. Tratamento realizado em situações de urgência dentária a navegar.....	93
Table 10. Períodos de navegação e sua relação com a halitose.....	94
Table 11. Comparação da frequência de escovagem em período normal com o período de navegação.	102
Table 12. Comparação das alturas em que os militares escovam os dentes em período normal com o período de navegação.	104
Table 13. Comparação do material utilizado para a escovagem em período normal com o período de navegação.	106

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- ADM – Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas Portuguesas
- BNL – Base Naval de Lisboa
- CMN – Centro de Medicina Naval
- CMG MN – Capitão de Mar e Guerra Medico Naval
- CPOD – Dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
- ETNA – Escola de Tecnologias Navais
- IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social
- ISN – Inquérito Nacional de Saúde
- MGP – Marinha de Guerra Portuguesa
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OMD – Ordem dos Médicos Dentistas
- PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
- PSR - Periodontal Screening and Recording
- 1TEN TSN-MD – Primeiro Tenente, Técnico Superior Naval Médico Dentista
- SAJ FZ - Sargento Fuzileiro
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- STEN TSN-MD – Subtenente, Técnico Superior Naval Médico Dentista
- WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

1. Introdução

1. Introdução

A saúde oral não pode ser omitida quando se considera o corpo humano como um todo, sendo que um indivíduo só se encontra em estado absoluto de saúde se também a nível oral se encontrar livre de doença. Além de que um sorriso estético e com aspeto saudável funciona como uma espécie de cartão de visita que pode constituir por vezes um fator de exclusão social.

No que diz respeito a Portugal, a ausência de cobertura de cuidados de saúde oral pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) contribui para um défice na saúde oral dos portugueses, especialmente quando comparado com outros países da União Europeia.⁽¹⁻³⁾

A Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas Portuguesas (ADM) é uma mais-valia para os militares.⁽⁴⁾ Um dos deveres dos militares é o dever de disponibilidade – prontidão permanente para o serviço, necessitando para tal de aptidão física e intelectual.⁽⁵⁾ A saúde geral e oral claramente que se inserem neste contexto, nomeadamente nos militares da Marinha de Guerra Portuguesa (MGP) que estão sujeitos a períodos de navegação, e quando em missão não têm acesso no navio aos mesmos tratamentos do que em Terra.

Os hábitos de saúde oral e os alimentos que compõem a dieta de um militar têm efeitos diretos na sua saúde. Cabe aos médicos dentistas navais, que os militares da MGP mantenham um certo nível de saúde oral para evitar eventuais emergências médicas-dentárias no Mar, sendo importante o acompanhamento dos seus hábitos de higiene oral e alimentares, quer seja a navegar ou não, para desta forma averiguar possíveis parâmetros a melhorar.

Com este estudo pretende-se caracterizar a saúde oral de uma amostra de militares da MGP da BNL. Para tal serão aplicados questionários - sobre os hábitos de saúde oral, hábitos alimentares e hábitos a navegar, e será realizada uma avaliação intraoral com o preenchimento do índice de CPOD e índice de placa de *Silness and Loe*. Também serão feitas comparações com militares de outros países e com a população portuguesa não militar.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2. Revisão de literatura

2.1. Conceitos de Saúde e Saúde Oral

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma definição de saúde em 1946, reconhecida universalmente, que considera a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. A saúde passou a ser um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, opiniões políticas, condições económicas ou sociais.⁽⁶⁾ Nesta perspetiva, a saúde é entendida como o pleno desenvolvimento das potencialidades físicas, mentais e sociais do homem, tendo em conta, como principais fatores, a carga genética e a procura permanente do equilíbrio com o ambiente.⁽⁷⁾

A ausência de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida numa perspetiva internacional, fez com que a OMS reunisse peritos de diferentes culturas para criar o grupo – World Health Organization Quality of Life (*WHOQOL*).^(8, 9) Assim sendo, o conceito de qualidade de vida engloba a própria perceção do indivíduo da sua posição na vida, dos os seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações, estando inserido num contexto cultural e sistema de valores.⁽¹⁰⁾ Estamos perante um conceito amplo que inter-relaciona o indivíduo com o meio ambiente, aspetos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.⁽⁸⁾

A saúde oral é fundamental para a saúde geral, bem estar e qualidade de vida. Uma cavidade oral saudável é condição essencial para que as pessoas possam comer, falar e sociabilizar, sem dor, desconforto ou embaraço. A prevalência e a recorrência das doenças orais na vida das pessoas constitui uma epidemia silenciosa.⁽¹¹⁾

Atualmente, o conceito de saúde oral define-se como um estado em que o indivíduo se encontra livre de dor orofacial crónica, cancro oral e faríngeo, feridas orais, malformações congénitas (como a fenda labial e/ou palatina), doença periodontal, cárie dentária, perda precoce de dentes e outras patologias e desordens que afetem o complexo craniofacial.^(12, 13)

A inter-relação entre saúde oral e geral é comprovada pela evidência. A doença periodontal severa, por exemplo, está associada com a diabetes.⁽¹⁴⁾ A forte correlação entre várias doenças orais e doenças crônicas não-transmissíveis é principalmente um resultado dos fatores de risco comuns. Muitas condições gerais de doença têm manifestações orais que aumentam o risco de doença oral. A doença oral por sua vez, é ainda um fator de risco para um número variado de outras condições gerais de saúde.⁽¹²⁾

A OMS aponta para 2020, metas para a saúde oral que exigem um reforço das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados.⁽¹⁵⁾

2.2. Saúde Oral em Portugal

A situação da saúde oral em Portugal é alarmante, encontrando-se o país, segundo a OMS, entre os piores da União Europeia no que diz respeito à implementação de políticas de acesso aos cuidados de saúde, sejam elas de prevenção ou de tratamento.⁽²⁾

Comparativamente aos Estados membros da União Europeia, mais desenvolvidos, estamos confrontados com elevados índices de cárie dentária e periodontopatias, o que resulta numa percentagem significativa de pessoas total ou parcialmente edêntulas.⁽¹⁾

Para além da repercussão direta na qualidade de vida da população, esta realidade tem um preço considerável para o país, originando não só elevados custos no tratamento de situações relacionadas com a falta de prevenção nesta área, como contribui também para o aumento do grau de perigosidade de patologias que têm origem ou são agravadas por baixos níveis de higiene oral, algumas até do foro cardíaco.⁽²⁾

A literatura demonstra que as intervenções dentárias preventivas que incluam cuidados rotineiros precoces, flúor e selantes, são custo efetivas. No entanto, o acesso aos cuidados de saúde oral preventiva está fortemente condicionado por falta de uma política de saúde efetiva.⁽¹⁶⁾

Portugal possui o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que é livre para toda a população portuguesa. No entanto, a Medicina Dentária é excluída do sistema público, principalmente por razões financeiras. O tratamento da saúde oral está em grande maioria confinado a consultórios particulares.⁽³⁾ O SNS emprega apenas um pequeno número de estomatologistas e muito poucos médicos dentistas.⁽³⁾ Já o setor privado emprega 98% dos especialistas em exclusividade, porém não é acessível a cerca de 60% da população por razões económicas, o que constitui por si só, uma barreira na acessibilidade a esses cuidados de saúde oral.⁽²⁾

É reconhecido o esforço que tem vindo a ser desenvolvido nos últimos anos, pelo Ministério da Saúde, no sentido de resolver a grave lacuna existente a nível da educação, da promoção e da prestação de cuidados de saúde oral à população. Em 2005 entrou em vigor o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), com a contribuição das Faculdades de Medicina Dentária portuguesas e da Ordem dos Médicos Dentistas e Ordem dos Médicos. Ainda que em vigor, esse programa tem vindo a sofrer algumas alterações ao longo do tempo.⁽¹⁾

O atual PNPSO alia a promoção da saúde à prestação de cuidados, numa parceria público-privada, com competências claramente definidas, tendo por base a intervenção comunitária.⁽¹⁵⁾ Ao setor público compete assegurar a promoção da saúde, a prevenção das doenças orais e a prestação de cuidados de saúde dentários, passíveis de serem realizados no SNS. Esta intervenção é assegurada pelos profissionais dos Centros de Saúde, através de ações dirigidas ao indivíduo, à família, e à comunidade escolar, e pelos profissionais dos serviços de estomatologia da rede hospitalar, sempre que possível.⁽¹⁵⁾ De salientar que alguns Hospitais e Centros de Saúde já possuem médicos dentistas.⁽³⁾

No entanto, a prestação de cuidados médico-dentários face às necessidades que a população geral apresenta são em muito insuficientes.⁽¹⁾ Ao setor privado, através dos profissionais e agrupamentos de profissionais de Estomatologia e Medicina Dentária, compete prestar através de contratualização, os cuidados médico-dentários não satisfeitos pelo SNS.⁽¹⁵⁾ O instrumento principal é a atribuição de cheques dentista, uma inovação no âmbito da contratualização, que garante a liberdade de escolha do prestador por parte do utente do SNS.⁽¹⁷⁾

O PNPSO permite o acesso de grupos prioritários e vulneráveis a cuidados de Medicina Dentária, em especial as crianças e jovens com menos de 16 anos a frequentar escolas públicas e Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário. Em 2010, passou a abranger os doentes infetados pelo VIH/SIDA.^(15, 18-20)

A prevenção primária realizada em crianças com idade escolar, como a aplicação tópica de flúor e colocação de selantes de fissuras, levou a uma redução da prevalência de cárie dentária em crianças.⁽²¹⁾

Em 2014, o PNPSO passou a admitir também a emissão de cheques dentista para a intervenção precoce no cancro oral, nas seguintes situações: utentes pertencentes ao grupo de risco (homens fumadores, com idade igual ou superior a 40 anos e com hábitos alcoólicos); identificação de lesões na cavidade oral por queixa do utente ou observação do médico de família; utentes com queixas de dor, lesões ou alterações da cor ou superfície da mucosa oral, aumentos de volume não habituais de estruturas da cavidade oral ou vias aéreas superiores, parestesia oral ou perioral.^(17, 22)

2.3. Saúde Oral nas Forças Armadas

A saúde geral e oral é um aspeto fundamental nas Forças Armadas pois afeta diretamente o risco de emergência dentária num serviço ou missão. As repercussões que daí advêm podem levar ao comprometimento do militar e até requerer evacuação médica.^(23, 24)

A saúde oral afeta diretamente o risco de uma emergência dentária num serviço ou missão.⁽²⁵⁾ Um treino militar de longo prazo ou uma missão, requerem muita preparação a todos os níveis. Um dente não tratado, especialmente com problemas de origem endodôntica, pode tornar-se uma grande preocupação, podendo mesmo ocasionar a incapacidade do militar. A dificuldade na prestação da assistência em ambiente hostil e em diversos locais do mundo é um fator importante.⁽²⁶⁻²⁸⁾

Cerca de 80% das emergências médicas dentárias podem ser evitadas se tratadas previamente a uma missão.⁽²⁹⁾ Um dos objetivos do treino militar dado aos soldados e marinheiros é conseguir a aptidão física e mental necessária para a missão a ser realizada. Isso requer uma saúde geral e oral satisfatória para estarem aptos a participar nos exercícios e manobras em treinos e missões.⁽³⁰⁾

Os militares têm acesso sem custos ao atendimento dentário em intervalos regulares. Também recebem uma maior divulgação no que se refere a mensagens de promoção de saúde oral e atividades em clínicas dentárias, para manterem um certo nível de saúde oral.^(31, 32) É estimado que os militares americanos no ativo fazem em superioridade cerca de 20 a 40% de exames dentários anuais que os civis.^(30, 33)

Os militares portugueses têm o direito a beneficiar para si, e para a sua família, de assistência médica, medicamentosa, hospitalar e de meios de diagnóstico, pois têm um sistema de saúde específico, a ADM.^(4, 34) Os medicamentos dos beneficiários titulares são comparticipados em 100% e dos beneficiários familiares em 80%.⁽⁴⁾

De realçar, que os recrutas diferem da população civil, por estarem física e mentalmente aptos para o serviço militar voluntário, encontrando-se em formação para posteriormente serem inseridos em Unidades Militares ativas. No entanto, são mais comparáveis à população civil (jovem e saudável) do que propriamente aos militares no ativo no que se refere à saúde oral, dado que ainda não tiveram o atendimento médico dentário sem custos e acesso às atividades militares de promoção de saúde.⁽³¹⁾ Por essa razão, após ingressarem na Marinha, são sujeitos ao exame médico dentário completo, que inclui: um conjunto de radiografias interproximais; radiografia panorâmica; dados para a Medicina Dentária Forense; um exame de despiste de cancro oral; uma história clínica, incluindo a história do consumo de tabaco, sendo elaborado o plano de tratamento. Posteriormente, todos os militares são sujeitos a exames médicos periódicos anuais.⁽³⁵⁾

Os médicos dentistas navais são os responsáveis pela prontidão operacional médico-dentária dos militares da Marinha.⁽³⁵⁾

2.4. Patologias orais – Doença periodontal e cárie dentária

2.4.1. Doença periodontal

Entende-se por doença periodontal um conjunto de condições inflamatórias de caráter crónico, com origem etiológica bacteriana que afetam o periodonto, resultando em perda de inserção e destruição de osso alveolar. ⁽³⁶⁾

A característica clínica que distingue a periodontite da gengivite é a perda de inserção, geralmente acompanhada pela formação de bolsa periodontal e mudanças na densidade e altura do osso alveolar subjacente. ⁽³⁷⁾

A localização da placa bacteriana supragengival desempenha um papel fundamental na génese dos problemas gengivais. A patogénese da periodontite é mais complexa, envolvendo microorganismos na placa sub-gengival e a resposta do hospedeiro. Várias condições patológicas sistémicas podem também ser associadas com a patologia periodontal. ^(38, 39)

No que se refere às classificações da periodontite, em 1999 a *American Academy of Periodontology* classificou a periodontite segundo as características clínicas, radiográficas e histológicas (Tabela 1). ^(36, 40)

Table 1. Classificação das doenças periodontais segundo a American Academy of Periodontology (1999)

I. Gingivite Não induzida por placa Induzida por placa	V. Doença periodontal necrosante Gingivite ulcerativa necrosante Periodontite ulcerativa necrosante
II. Periodontite Crónica Leve – perda de inserção clínica 1-2 mm Moderada – 3-4 mm Avançada – igual ou superior a 5 mm Localizada – menos de 33% das peças dentárias remanescentes envolvidas Generalizada – mais de 33% das peças dentárias remanescentes envolvidas	VI. Abscessos periodontais Abscesso gengival Abscesso periodontal Abscesso pericoronar
III. Periodontite Agressiva Localizada – menos de 33% das peças dentárias remanescentes envolvidas Generalizada – mais de 33% das peças dentárias remanescentes envolvidas	VII. Periodontite associada com lesões endodônticas Lesões perio-endodônticas
IV. Periodontite como manifestação de doenças sistémicas Associada com desordens hematológicas Associada com desordens genéticas Sem associação específica	VIII. Deformidades/Condições congénitas ou adquiridas Fatores localizados ao dente Deformidades mucogengivais ou em volta do dente Deformidades e condições mucogengivais em zonas edêntulas Trauma oclusal.

O Sistema de Saúde Militar Naval da Marinha americana promove a avaliação do risco de doença periodontal em todos os militares em serviço ativo durante os exames médicos anuais. Os pacientes são classificados em baixo, moderado ou elevado risco para o desenvolvimento da doença (Tabela 2), sendo considerados os seguintes fatores de risco: ⁽⁴¹⁾

- *Periodontal Screening and Recording* (PSR): profundidades à sondagem iguais ou superiores a 3,5 milímetros podem ser preditivas de resultante perda de inserção, sendo o valor obtido no PSR o principal indicador de risco de futuras doenças periodontais;
- Ser fumador: os fumantes são quatro a cinco vezes mais propensos a doenças periodontais do que não-fumantes;
- Predisposição genética: se o paciente tiver membros na família direta que tenham perdido dentes ou se há história de diabetes;
- Higiene oral: quando inadequada, é preditiva de gengivite e periodontite crónica leve a moderada;
- História de tratamentos periodontais anteriores. ⁽⁴¹⁾

Table 2. Protocolo de avaliação do risco de periodontite e respetivo plano de tratamento.

Risco de periodontite baixo	Risco de periodontite moderado	Risco de periodontite elevado
- PSR 0, 1 ou 2.	- PSR 3. - Até dois fatores de risco (fumador, higiene oral inadequada, história familiar de perda dentária ou diabetes, história clínica de tratamento periodontal prévio).	- PSR 4. - PSR 3 e a partir de dois dos fatores de risco (mencionados na coluna anterior).
Plano de tratamento	Plano de tratamento	Plano de tratamento
- Exame médico anual por médicos dentistas generalista e profilaxia conforme necessário por um auxiliar treinado (assistente dentário).	- Exame médico anual por médicos dentistas generalista e profilaxia conforme necessário por higienista oral. - Ter em conta as necessidades individuais dos pacientes. - Avaliação e discussão dos fatores de risco que estão a promover a doença periodontal.	- Reencaminhamento para exame por periodontologista e profilaxia por higienista oral. - Ter em conta as necessidades individuais dos pacientes. - Avaliação e discussão dos fatores de risco que estão a promover a doença periodontal.

2.4.2. Cárie Dentária

A cárie dentária é provavelmente a doença infecciosa mais frequente no ser humano.⁽⁴²⁾ A nível mundial, 60-90% das crianças e quase 100% dos adultos têm cárie dentária.⁽¹³⁾

Constitui um importante problema de saúde pública, não somente devido à sua alta prevalência, mas também em virtude dos danos causados aos indivíduos e à comunidade, em aspetos de dor, desconforto e limitações funcionais e sociais, afetando a qualidade de vida. É responsável pelo consumo da maior parte dos recursos materiais e humanos utilizados em Medicina Dentária, tendo repercussões económicas graves relacionadas com os elevados custos do seu tratamento ou das suas sequelas, e ainda, com o absentismo escolar e profissional.⁽⁴³⁻⁴⁵⁾

É uma patologia cujo conceito, percepção e abordagem, têm sofrido inúmeras mudanças ao longo da história da humanidade. Foi entendida durante muito tempo, simplesmente como a presença de cavidades nos dentes.⁽⁴⁶⁾

A cárie dentária é atualmente descrita como uma doença infetocontagiosa, pós-eruptiva, transmissível, caracterizada por uma destruição progressiva e centrípeta dos tecidos mineralizados do dente, causada por ácidos orgânicos provenientes do metabolismo microbiano, a partir dos hidratos de carbono da dieta.^(43, 47)

Segundo a OMS, é reconhecida como um processo patológico de origem externa, que se inicia depois da erupção dentária, originando um amolecimento do tecido duro do dente e evoluindo para a formação de uma cavidade.⁽⁴⁸⁾

Reconhece-se que a cárie dentária tem uma etiologia multifatorial, ou seja, necessita da conjugação simultânea de vários fatores – primários e secundários – em condições críticas, para que tenha expressão clínica.⁽⁴⁶⁾ Os fatores primários são essenciais ou indispensáveis à ocorrência de doença, por outro lado os fatores secundários influenciam mais ou menos significativamente a evolução das lesões.⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾

Em relação aos fatores etiológicos primários, são considerados por sua vez outros subgrupos de fatores, do ponto de vista etiopatogénico: fatores do hospedeiro, fatores do agente e fatores do ambiente. Estes subgrupos de fatores têm que se inter-relacionar para que, exercendo a sua ação durante um certo período de tempo, haja condições para o aparecimento e desenvolvimento da lesão:^(49, 52)

- Fatores do hospedeiro, dependem da variabilidade individual. São constituídos pela variação da quantidade e qualidade da saliva, juntamente com as diferentes características anatómicas e da composição das estruturas minerais, não esquecendo a resposta inflamatória e imunitária do indivíduo.⁽⁵²⁾
- Fatores do agente, relacionam-se com as bactérias que colonizam a cavidade oral. Apesar da grande parte ser comensal, uma pequena parte são agentes patogénicos oportunistas que causam doença.⁽⁵¹⁾
 - o *Streptococcus Mutans*, é a bactéria oral com potencial cariogénico mais elevado. É acidogénica e exige uma

superfície não descamativa para poder colonizar, o que explica a sua presença na cavidade oral numa íntima relação com a erupção dentária.⁽⁵³⁾

- Fatores do ambiente, relacionam-se com a ingestão de alimentos cariogénicos, especialmente os hidratos de carbono, o tempo que permanecem na cavidade oral e a frequência de ingestão desses alimentos. Tendo presente que os hábitos alimentares são o resultado da estrutura cultural e familiar em que o indivíduo está inserido.⁽⁵⁴⁾

Os fatores secundários são indicadores de risco para a doença, podendo interferir ao nível da redução ou aumento da capacidade de defesa do hospedeiro, como do aumento ou diminuição do potencial cariogénico do substrato, bem como da variação quantitativa e qualitativa da flora bacteriana.⁽⁵⁵⁾ Estes fatores isoladamente podem não ser causadores de doença. Para além de poderem ser variáveis, podem intervir de forma diferente em cada indivíduo contribuindo para o aparecimento da doença. Podem ser salientados, dada a sua importância, a higiene oral, a presença de flúor, os fatores socioeconómicos e culturais, o estado de saúde geral, a predisposição genética e os cuidados de saúde oral.⁽⁴⁹⁾

Relativamente à fisiopatologia da cárie dentária, na sua fase inicial, necessita da presença da placa bacteriana sobre a superfície do dente para se desenvolver.^(56, 57) As bactérias acidogénicas presentes na placa bacteriana, como o *Streptococcus Mutans* e os *Lactobacillus*, vão fermentar a glicose, sacarose e frutose dos hidratos de carbono, que podem permanecer na cavidade oral.^(51, 57) Da metabolização destes hidratos de carbono resultam ácidos, como o láctico, acético e fórmico, que provocam uma diminuição do pH na interface placa-esmalte, podendo levar à dissolução do Fosfato de Cálcio do esmalte dos dentes suscetíveis.⁽⁵⁸⁾ Este processo denomina-se desmineralização ou perda de mineral.⁽⁵⁹⁾

A capacidade tampão da saliva irá repor o pH normal do meio e os minerais disponíveis na saliva remineralizarão as zonas em que ocorreu uma primeira desmineralização, evitando assim a formação de uma lesão de cárie. Dependendo da ação de fatores patológicos ou de proteção e do balanço dessa ação dinâmica,

desencadeiam-se fenómenos sucessivos de desmineralização e remineralização, com consequente formação ou não de lesões de cárie dentária.^(51, 60)

A chamada “lesão branca do esmalte” é a primeira manifestação clínica da cárie dentária e resulta da desmineralização subsuperficial da área afetada. Esta tonalidade da lesão resulta da perda de mineral, que altera o índice de refração relativamente ao esmalte normal. A lesão subsuperficial pode resultar da perda de cerca de 50% da composição mineral do esmalte, mantendo a sensação de que a camada superficial se encontra íntegra.⁽⁶¹⁻⁶⁴⁾

Quando este processo não é controlado, pode continuar até à dentina, destruindo gradualmente a estrutura dentária e originando a cavidade de cárie. A certa altura, as bactérias atingem a polpa e infetam-na, podendo resultar numa resposta inflamatória pulpar e dos tecidos periapicais, sendo esta a causa mais comum de odontalgia. Se não for tratada, esta infeção pode alastrar-se para o osso, tecido celular subcutâneo e circulação sanguínea, resultando, ainda que raramente, em situações que podem colocar em risco a própria vida do indivíduo.⁽⁴⁶⁾

O Sistema de Saúde Militar Naval da Marinha americana promove a avaliação do risco de cárie em todos os militares no serviço ativo durante os exames médicos anuais. Os pacientes são classificados em risco baixo, moderado ou elevado para o desenvolvimento da doença (Tabela 3), sendo considerados os seguintes fatores de risco:⁽⁴¹⁾

- Higiene oral pobre;
- Dieta cariogénica;
- Presença de superfícies da raiz expostas;
- Defeitos de esmalte;
- Inúmeras restaurações multissuperfícies e/ou restaurações transbordantes;
- Tratamento ortodôntico ativo;
- Elevadas bactérias cariogénicas;
- Químio ou radioterapia;
- Desordens alimentares;
- Exposição ao flúor abaixo do ideal.

Table 3. Protocolo da avaliação do risco de cárie e plano de tratamento.

Risco de cárie baixo	Risco de cárie moderado	Risco de cárie elevado
Ausência de cárie. (ou) Ausência de fatores de risco de cárie.	Aparecimento de uma ou duas cáries. (ou) Ausência de cáries mas pelo menos um fator de risco de cárie presente.	Aparecimento de três ou mais cáries. (ou) Presença de múltiplos fatores de risco de cárie. (e/ou) Xerostomia (induzida por alguma patologia, radioterapia ou medicação)
Plano de Tratamento	Plano de Tratamento	Plano de Tratamento
- Instruções de higiene oral, dentífrico fluoretado.	- Instruções de higiene oral, dentífrico fluoretado. - Tratamento de cáries e colocação de selantes de fossas e fissuras nos dentes mais propensos. - Conselhos nutricionais. - Utilização tópica de flúor em casa - Ponderar pastilhas de mascar de Xylitol.	- Instruções de higiene oral, dentífrico fluoretado. - Tratamento de cáries e colocação de selantes de fossas e fissuras nos dentes mais propensos. - Conselhos nutricionais. - Utilização tópica de flúor em casa - Ponderar pastilhas de mascar de Xylitol. - Colutórios antibacterianos. - Testes bacterianos. - Análise do fluxo salivar.
Follow up	Follow up	Follow up
1 ano	6-12 meses	3 em 3 meses

No que se refere à cárie dentária, são aconselhadas várias medidas de prevenção primária, tais como hábitos de higiene oral, visitas regulares ao médico dentista, aplicação de fluoretos e de selantes de fissuras, assim como uma alimentação pouco cariogénica.⁽⁶⁵⁾

Um grande número de militares da Marinha americana tem dentes com elevada suscetibilidade à cárie. A Marinha enfatiza e encoraja a colocação de selantes nesses dentes.⁽⁶⁶⁾

Todas as medidas e técnicas preventivas possíveis têm de ser consideradas na esperança de combater com sucesso a cárie dentária, daí que somente uma medida não será inteiramente satisfatória para o seu controlo.⁽⁶⁵⁾

2.5. Determinantes de saúde oral

São várias as técnicas preventivas que permitem a obtenção de uma melhor saúde oral. Destacam-se os hábitos de higiene oral, as idas regulares ao médico dentista, a aplicação de flúor, aplicação de selantes de fossas e fissuras, aspetos sociodemográficos, uma alimentação pouco cariogénica, entre outros.

2.5.1. Higiene Oral

A prevenção contra a formação da placa bacteriana pode ser feita pela simples consciencialização de uma higienização dentária regular satisfatória, com a finalidade de remover a placa antes da sua mineralização, de forma a prevenir as doenças orais.^(67, 68)

O controle da placa bacteriana envolve diversos mecanismos, como a escovagem dentária, o uso de fio/fita dentária, escovilhão, colutórios orais, entre outros. O objetivo é causar uma desorganização na formação desse sistema, facilitando a sua remoção.^(69, 70)

A escovagem dentária é um dos meios mecânicos mais eficaz para o controlo de placa bacteriana; para manter os dentes limpos de alimentos, detritos e manchas; para estimular os tecidos gengivais; e para serem aplicados dentífricos específicos para tratar a doença periodontal, prevenir a cárie e a sensibilidade dentária.⁽⁷¹⁾

Parece ser suficiente que a escovagem seja executada duas vezes por dia, não havendo dados científicos que concluam que um número maior de escovagens proporciona benefícios adicionais. Também diversas técnicas de escovagem têm sido propostas mas não existe evidência científica suficiente para se poder afirmar que uma técnica é melhor em detrimento de outra. Na prática, a frequência de escovagem deverá variar tendo em conta a situação particular de cada indivíduo e, mais importante que a técnica escolhida é a meticulosidade depositada na execução.^(71, 72)

Relativamente ao tipo de escova, esta deve ser sobretudo funcional. Para tal, deve apresentar certos requisitos, tais como: cabo e cabeça no mesmo plano; cabeça

pequena; cerdas com alturas uniformes, macias, com pontas polidas e arredondadas e distribuídas na versão multitufo.⁽⁷³⁾ Igualmente importante é a sua manutenção. Estudos têm mostrado que a escova dentária, quando nova e sem uso, encontra-se contaminada por vários tipos de microrganismos, tornando-se ainda mais contaminada após o seu uso, constituindo deste modo uma via indireta de transmissão. Pelo motivo exposto, os profissionais devem orientar os seus pacientes a desinfetá-la antes e após cada utilização, bem como seca-la antes de a guardar no armário e jamais deixa-la exposta ao meio ambiente ou acondicionada em estojos, dado que são fontes de aparecimento e crescimento microbiano. Para a desinfecção sugere-se a colocação de antisséptico oral nas mesmas, como por exemplo a clorexidina a 0,12%.^(74, 75)

As escovas elétricas são um tipo de escovas vibratórias que executam determinados movimentos e são tão seguras para o uso quanto as escovas manuais. Têm sobretudo uma indicação para pacientes com necessidades especiais ou com algum tipo de dificuldade na destreza manual para o uso de escovas convencionais.⁽⁷³⁾

No entanto, para o controle ideal de placa bacteriana, mesmo num ambiente oral aparentemente saudável, a escovagem com pasta dentífrica adequada não parece ser suficiente pois não remove a placa interdentária por completo, devendo ser complementada com meios adicionais de limpeza interdentários.^(71, 76)

O fio dentário, quando corretamente utilizado, pode remover até 80% da placa bacteriana interdentária, além de poder ser inserido subgingivalmente entre 2 a 3mm abaixo da papila gengival. A sua utilização deve ser ensinada com os pacientes em frente a um espelho.⁽⁷⁰⁾

O escovilhão é uma pequena escova de cerdas, usado para limpar os espaços entre os dentes e ao redor das furcas, bandas ortodônticas e próteses fixas com espaços grandes o suficiente para receber facilmente o dispositivo.^(71, 72)

Os colutórios orais representam o meio mais simples para a veiculação de agentes antimicrobianos, sendo uma mistura do componente ativo, água, álcool, surfactantes, humectantes e flavorizantes.⁽⁷⁷⁾ Geralmente atuam através do rompimento da parede celular, inibindo os complexos de enzimas e promovendo uma diminuição da

atividade metabólica das bactérias.⁽⁷⁸⁾

As propriedades de um antimicrobiano ideal incluem: estabilidade; baixa tensão superficial; baixa permeabilidade aos tecidos; não provocar desequilíbrios no microbiota residente; poder germicida e letal em baixas concentrações; substantividade (retentividade), para que a substância fique retida no local de ação (superfície dentária, gengiva ou mucosa oral) e seja libertada lentamente, evitando que o seu efeito seja rapidamente neutralizado pelo fluxo salivar; e ausência de toxicidade, cuja interação com os tecidos orais deve ser bem conhecida. Não existe nenhum produto disponível no mercado com todas as características citadas, no entanto deve-se procurar o que reúna o maior número delas possível.^(77, 79, 80)

As principais categorias de agentes antimicrobianos são: agentes catiónicos, agentes não iônicos, compostos fenólicos, alógenos e até substâncias naturais.^(77, 79, 81)

A clorexidina é dos agentes antimicrobianos mais cuidadosamente estudados e o mais potente, sendo usada na concentração ideal de 0,12%, duas vezes ao dia. Pertence à categoria dos agentes catiónicos e o seu mecanismo de ação baseia-se na desorganização da membrana celular e inibição específica de enzimas da membrana. Possui largo espectro antimicrobiano (bactérias Gram-positivas, Gram-negativas, fungos e leveduras) e é segura efetiva. Tem a particularidade de possuir efeitos bactericidas em altas concentrações e a inibição das enzimas glicolíticas e proteolíticas em baixas concentrações.^{(82) (77) (80) (79)} A redução da placa e gengivite alcança 60% com o uso de clorexidina⁽⁸¹⁾ sendo libertada gradualmente em 8-12h na sua forma ativa.⁽⁸³⁾ No entanto, o seu uso não deve ser prolongado pois pode levar à coloração dos dentes e alguns materiais de restauração, descamação reversível da mucosa, alterações do paladar e aumento dos depósitos calcificados supragengivais. Deve ser ressaltado que a alteração da coloração provocada pela clorexidina não é no dente propriamente dito mas sim na película adquirida que está no dente, tratando-se de uma coloração extrínseca, o que pode ser removido por profilaxia profissional ou descoloração com agentes oxidantes.⁽⁸⁴⁾

O triclosan pertence à categoria dos agentes não iônicos e é encontrado no mercado a uma concentração 0,2 – 0,3%. Possui um largo espectro anti-microbiano

(bactérias Gram – positivas, Gram – negativas e fungos) e o seu mecanismo de ação baseia-se na lise da membrana citoplasmática do microrganismo.⁽⁸⁵⁾ No entanto a sua eficácia antiplaca e substãntividade (de cerca cinco horas) são limitadas, daí a adição de um copolímero que consiste no citrato de zinco, para potencializar o seu efeito.^{(85, 86) (81)}
(78-80, 87, 88)

Existem marcas comerciais que se caracterizam por terem um antimicrobiano que pertence ao grupo dos compostos fenólicos. Podem consistir numa mistura de óleos essenciais, como o timol, mentol, eucaliptol e salicilato de metila, com álcool a 26,9%. O seu mecanismo de ação baseia-se na lise da membrana celular bacteriana, inibindo os sistemas enzimáticos e diminuindo os lipopolissacarídeos e o conteúdo proteico da placa bacteriana. No entanto, têm uma baixa substãntividade. Foi verificado que os colutórios com timol tinham pouca atividade antibacteriana, além dos efeitos adversos, como a sensação de queimação, gosto amargo e manchas nas superfícies dentárias.^(77, 79, 88-90)

2.5.2. Administração de fluoretos

O uso de fluoretos é de fundamental importância para o controlo e prevenção da cárie dentária, tanto em crianças como em adultos.⁽⁶⁵⁾

Atualmente, considera-se que a sua ação preventiva e terapêutica é tópica e pós-eruptiva, e que, para se obter este efeito tópico, o dentífrico fluoretado constitui a opção consensual.⁽¹⁵⁾ As pastas apresentam concentrações de flúor que variam entre os 500 ppm e os 1500 ppm, valores aceites pela OMS.⁽¹²⁾

O flúor exerce uma ação cariostática, que parece ser conseguida predominantemente, através de três mecanismos de ação tópica: inibição do processo de desmineralização do esmalte, potenciação do processo de remineralização e inibição da ação da placa bacteriana.⁽¹⁵⁾

A aplicação tópica profissional periódica de soluções ou géis altamente concentrados demonstrou repetidamente resultar na redução significativa da incidência

de cárie dentária, assim como na paralisação de lesões incipientes, tanto em crianças como em adultos.⁽⁶⁵⁾

Os fluoretos, quando administrados por via sistémica, podem ter efeitos tóxicos, em particular antes dos seis anos. Embora as consequências sejam essencialmente de ordem estética, é revista a sua administração. Nas crianças com idades iguais ou inferiores a seis anos, que cumprem as exigências habituais da higiene oral, isto é, escovam os dentes usando dentífrico fluoretado, a concomitante administração de comprimidos ou gotas aumenta o risco de fluorose dentária.⁽¹⁵⁾

A administração de comprimidos só é recomendada quando o teor de fluoretos na água de abastecimento público for inferior a 0,3 ppm e/ou no caso da escovagem não ser efetuada com um dentífrico fluoretado ou ainda no caso da criança apresentar elevado risco à cárie dentária. Em Portugal, os suplementos de fluor encontram-se disponíveis em comprimidos de 0,25 mg e de 1 mg e ainda sob a forma de gotas.⁽⁹¹⁾

Nas águas de abastecimento da rede pública, os fluoretos podem existir naturalmente ou resultar de um programa de fluoretação. Em Portugal, os valores são normalmente baixos, e as águas não estão sujeitas a fluoretação artificial.⁽⁹¹⁾

Na definição de um valor guia para a água e consumo humano, a OMS propõe o valor limite de 1,5 ppm de flúor, referindo que valores superiores podem contribuir para o aumento de risco de fluorose.⁽¹³⁾

2.5.3. Selantes de fossas e fissuras

Há muito tempo que as fossas e fissuras dos dentes foram reconhecidas como áreas suscetíveis para o início da cárie dentária.^(65, 92) Aproximadamente 90% de toda a lesão de cárie na cavidade oral ocorre nas superfícies oclusais dos dentes posteriores.⁽⁹³⁾ Nessas superfícies, a remoção do biofilme dentário é difícil de executar devido às características anatómicas dos sulcos e fossas. Como resultado, a remoção do biofilme dentário nem sempre é feita na forma mais efetiva. Uma alternativa para permitir um controlo mais eficiente do biofilme nessa área é a utilização de selantes de fossas e

fissuras.⁽⁹⁴⁾

Os selantes de fossas e fissuras como método preventivo, têm mostrado resultados positivos, nomeadamente uma redução do risco de cáries em 33-65%, especialmente em dentes com risco elevado para cárie.⁽⁹⁵⁻⁹⁹⁾ Funcionam, genericamente, como uma barreira física capaz de impedir a deposição do substrato cariogénico e a consequente colonização bacteriana nesses locais de difícil higienização.⁽¹⁰⁰⁾

A perda ou fratura dos selantes deve ser considerada. Foi descrito que as perdas ou fraturas aumentam consoante o risco de cárie, independentemente do tempo de colocação selante.⁽⁶⁶⁾ Daí a importância de avaliar a necessidade de recolocação do selante. Outro estudo, comprovou que o melhor efeito é observado quando há de facto a recolocação do selante, pois a redução do risco de cárie passa de 40-54% para 69-93%.⁽⁹⁶⁾

Clinicamente, os selantes devem preencher certos requisitos, como serem atóxicos, simples de aplicar, de fácil identificação, boa adesividade à estrutura dentária e pouca solubilidade aos fluidos orais, além de serem humectantes e terem alto coeficiente de penetração e possuírem um longo tempo de retenção.⁽¹⁰¹⁾ Para que o selante cumpra o seu papel na prevenção de lesões de cárie, é necessário que seja cuidadosamente aplicado para que possa obter um desempenho adequado a longo prazo.⁽¹⁰²⁾

O tipo de selante utilizado é um fator importante. Os selantes resinosos convencionais são muito utilizados e apresentam maior retenção quando comparados com selantes à base de ionómero de vidro.^(100, 102)

No entanto, temos que ter em em conta o caso em questão. Por exemplo, os selantes resinosos requerem um bom controlo da humidade, o qual é difícil de ser conseguido durante a erupção dentária, dado que os dentes estão em infra-oclusão. Nessa situação, os selantes ionoméricos são uma boa opção, dado que além da libertação do flúor, têm menor sensibilidade à humidade. No entanto, como já referido, o índice de retenção é menor, daí serem utilizados muitas vezes como uma solução provisória.^(103, 104)

Muitos autores relatam que a maior libertação do flúor pelos selantes resinosos dá-se nos dois primeiros dias após a sua aplicação. Assim sendo, a capacidade de prevenir cáries ocorre mais precisamente pela sua total retenção na superfície oclusal, promovendo uma proteção mecânica, não havendo portanto um efeito preventivo devido ao flúor existente na sua composição.^(105, 106)

As resinas do tipo flow também podem ser utilizadas como selantes, porém dependendo do fabricante, não possuem como propriedade a liberação de flúor, embora apresentem o coeficiente de expansão térmica próximo ao dente.^(107, 108)

A Marinha americana considera que a colocação de selantes de fissuras é uma alternativa viável para o tratamento de pacientes adultos que são suscetíveis à cárie. Assim que os militares ingressam na Marinha, geralmente no período de recruta, são lhes colocados selantes, se necessário.⁽⁶⁶⁾

2.5.4. Consultas no médico dentista

A consulta regular ao médico dentista é fundamental e deve ocorrer pelo menos uma vez em cada seis meses, pois permite detetar precocemente doenças orais e fornecer orientações específicas acerca de determinados procedimentos, especialmente no que diz respeito às técnicas utilizadas para a higiene oral.^(71, 109, 110)

O médico dentista deve ter consciência da necessidade de instruir e motivar os seus pacientes para a aquisição de comportamentos de saúde oral adequados.⁽¹¹¹⁾ Uma comunicação eficaz com os pacientes é parte essencial da prática clínica. Por alterações demográficas e económicas, os médicos dentistas, tal como outros profissionais de saúde, têm que ter a capacidade de comunicar de forma eficaz com pacientes de diversas raças, etnias, proveniências linguísticas, socioeconómicas e culturais. Essa capacidade será necessária para reduzir as disparidades nos cuidados de saúde oral.⁽¹¹²⁾

2.5.5. Hábitos alimentares

Atualmente, o mundo enfrenta dois tipos de má nutrição, uma associada à fome ou à deficiência nutricional e outra ao excesso alimentar.⁽¹¹³⁾

A dieta desempenha um papel importante na prevenção de doenças orais, incluindo cárie dentária, erosão dentária, defeitos de desenvolvimento, doenças da mucosa oral e a doença periodontal.⁽¹¹⁴⁾

Relativamente à desnutrição, a suscetibilidade à cárie dentária torna-se aumentada, o que pode estar associado com defeitos no desenvolvimento do esmalte, provenientes de insuficiências na energia proteica e deficiências de vitaminas A e D.^(114, 115) A doença periodontal tem uma progressão mais rápida em casos de desnutrição.⁽¹¹⁴⁾

Relativamente ao excesso alimentar, a OMS refere que o aumento de risco para a cárie dentária depende muito do consumo de açúcares (quantidade, frequência e tipos) e de refrigerantes, podendo levar à erosão dentária e à maior facilidade de aparecerem lesões cariosas.⁽¹¹³⁾ A dieta deve assentar sobretudo, na diversidade e em evitar o consumo frequente de bebidas e alimentos açucarados, especialmente no período entre as principais refeições.⁽¹¹⁶⁾

2.6. Índices e indicadores de saúde oral

Existem diversos índices e indicadores de saúde oral utilizados na prática clínica que permitem determinar um estado específico de presença ou ausência de patologia ou fatores patológicos. Com os inúmeros índices disponíveis, é possível determinar por exemplo a eficiência da higiene oral dos pacientes, a inflamação gengival, alterações do sangramento e auxiliar na educação e motivação do paciente.⁽¹¹⁶⁾

O índice CPOD é dos mais utilizados em estudos epidemiológicos e tem como função quantificar a magnitude da saúde oral de um indivíduo, baseando-se nos dentes cariados, perdidos e obturados. É um índice quantitativo, não esclarecendo a extensão da lesão.⁽⁷¹⁾⁽¹¹⁷⁾

Os índices periodontais são métodos simples e confiáveis que auxiliam os clínicos e pesquisadores na avaliação da saúde periodontal atual dos seus pacientes e no prognóstico de tratamentos periodontais.⁽¹¹⁸⁾

O índice PSR é um índice utilizado pela Marinha americana para avaliar o risco de doença periodontal.⁽⁴¹⁾ Neste índice, a cavidade oral é dividida em sextantes, em que todos os dentes são analisados e a situação mais grave encontrada é registrada. O símbolo “*” é adicionado aos valores obtidos sempre que se registem situações de envolvimento de furca, mobilidade dentária, problemas mucogengivais e recessões superiores a 3mm. Cada pontuação determina qual a terapêutica mais indicada a adotar.⁽³⁷⁾

O índice de *Silness and Loe* é um índice adequado para estudos epidemiológicos, que avalia o nível de placa bacteriana, através da colocação da sonda exploradora em contacto com a superfície dentária na zona cervical, de forma a evidenciar a placa bacteriana.⁽⁷¹⁾⁽¹¹⁹⁾

3. Objetivos

3. Objetivos

A elaboração deste estudo teve como objetivos:

- Caracterizar os comportamentos de saúde oral numa amostra de militares da Marinha portuguesa;
- Avaliar o índice de CPOD;
- Avaliar a placa bacteriana, segundo o índice de *Silness and Loe*;
- Comparar o estado de saúde oral e hábitos de higiene oral dos militares observados com os militares de outros países;
- Comparar o estado de saúde oral e hábitos de higiene oral dos militares observados com a população portuguesa não militar;
- Comparar os hábitos de saúde oral e alimentares dos militares em período normal e em período de navegação e conhecer possíveis barreiras existentes.

4. METODOLOGIA

4. Metodologia

4.1. Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se como exploratório descritivo, com uma abordagem quantitativa. Assim, definimos o tipo de estudo como sendo um estudo epidemiológico observacional transversal que caracteriza os comportamentos de saúde oral numa amostra de militares da MGP que frequentam as consultas de rotina do CMN e ETNA, da BNL.

4.2. Amostra

Neste estudo recorreu-se ao método de amostragem não probabilística, por conveniência, obtendo assim o maior número possível de participantes.

A amostra pretendida englobou 300 militares, uma amostra considerável, dado o tempo disponível para a recolha.

4.3. Participantes

Neste estudo epidemiológico participaram 278 militares tendo em consideração os critérios de inclusão e de exclusão.

Os critérios de inclusão definidos para os pacientes na amostra foram:

- Ser militar português a desempenhar funções na BNL;
- Pacientes de ambos os géneros;
- Faixa etária compreendida entre os 19 e os 56 anos;
- Recurso à consulta de Medicina Dentária na base militar escolhida para a recolha de dados;
- E aceitar participar no estudo.

Os critérios de exclusão definidos para os pacientes na amostra foram:

- Militares na reserva.

4.4. Recolha de dados

Foi realizada uma observação intraoral para análise do estado de saúde oral dos militares. Recorreu-se ao índice CPOD e ao índice de placa bacteriana de *Silness and Loe*.

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário (Apêndice 1) devidamente estruturado com questões relacionadas com comportamentos de saúde oral, hábitos alimentares e aspetos sociodemográficos.

4.5. Protocolo de recolha de dados

A cada participante incluído na amostra foi realizado:

- Breve explicação da intenção do estudo e preenchimento do Consentimento Informado (Apêndice 8);
- Preenchimento do questionário (Apêndice 1);
- Exame clínico intraoral para preenchimento do índice de CPOD (Apêndice 2) e índice de placa de *Silness and Loe* (Apêndice 3).

4.5.1. Material utilizado

Para a examinação intraoral do militar foram utilizados:

- Bata, luvas e máscara de proteção individual;
- Babete e porta babete;
- Copo com colutório;
- Kit exploratório composto por sonda Who Probe (recomendada pela OMS), espelho intraoral e pinça.

4.5.2. Exame dentário – Índice CPOD

O índice CPOD baseia-se no número de dentes cariados, perdidos e obturados. O diagnóstico resume-se a três técnicas: exame visual, sondagem, e ortopantomografia. Neste estudo foram combinadas as três técnicas, incluindo a ortopantomografia, dado o acesso à ficha clínica em formato digital de cada militar. No que se refere ao exame dentário, considerámos os seguintes critérios clínicos indicados pela OMS no *Oral Health Surveys Basic Methods*:⁽¹¹⁷⁾

- Código 0 (Dente hígido): o dente é registado como hígido, caso não apresente sinais evidentes de tratamento ou de cárie na coroa ou na raiz quando exposta. São igualmente registadas com este código: manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas resistentes, escuras e brilhantes que não apresentem sinais de amolecimento à sondagem; sulcos ou fissuras no esmalte que não apresentem sinais visíveis de amolecimento detetável à sondagem; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; lesões que pela sua distribuição e/ou história e ao exame visual e tátil demonstram serem provenientes de abrasão; cáries que não apresentem cavitação. Ou seja, estágios iniciais não são levados em consideração, dada a impossibilidade de serem registados com clareza.
- Código 1 (cariado): o dente é registado como cariado, quando existe uma superfície da coroa ou raiz, um sulco, fissura, ou superfície lisa com cavidade evidente ou tecido amolecido na base. Dentes com restaurações provisórias também são incluídos neste critério.
- Código 2 (restaurado com cárie): o dente é considerado restaurado com cárie quando apresenta um ou mais restaurações definitivas, com uma ou mais áreas de cárie.
- Código 3 (restaurado sem cárie): o dente é considerado restaurado sem cárie quando apresenta uma ou mais restaurações definitivas, sem sinais evidentes de cárie. Inclui-se também nesta categoria, dente que tenha uma coroa devido a cárie anterior.
- Código 4 (dente ausente por cárie): o dente é registado como ausente devido a cárie, quando não há dúvida quanto à causa.

- Código 5 (ausente por outra razão): o dente é considerado ausente por outra razão, quando se trata de extração por razões ortodônticas, doença periodontal, trauma, ou agenesia congênita.
- Código 6 (selante): o dente é considerado com selante, quando apresenta selante de fissuras na face oclusal ou quando esta foi alargada para a colocação de compósito.
- Código 7 (prótese ou implante): o dente é considerado nesta categoria quando é parte de uma prótese fixa (coroa, faceta) ou implante.
- Código 8 (não erupcionado): o dente é considerado não erupcionado, quando atendendo à cronologia da erupção não erupcionou. Não estão incluídos neste critério, dentes perdidos devido a problemas congênitos, trauma, etc.
- Código T (traumatismo): o dente é considerado com traumatismo quando parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.
- Código 9 (não registado): o dente é classificado como não registado quando não é possível examinar o estado da coroa ou raiz por qualquer motivo.

4.5.3. Exame dentário - Índice de placa bacteriana de Silness e Loe

O índice de placa descrito por *Silness and Loe* (1964), avalia o nível de placa bacteriana, considerando a espessura da placa na área gengival das faces dos dentes, não levando em consideração a extensão da placa na coroa dos dentes.^(119, 120)

A sonda periodontal é passada de forma suave na região cervical dos dentes para a evidenciação de resíduos, não sendo necessário a utilização de corantes.^(119, 120)

É dado o valor 0 quando a área gengival do dente está livre de placa, e a placa não adere à sonda quando esta é passada no dente. É dado o valor 1 quando a olho nu não se observa placa *in situ*, mas pode observar-se placa na sonda quando esta é passada no dente. É dado o valor 2 quando a área gengival está coberta por uma camada de placa de espessura média, visível a olho nu. É dado o valor 3 à acumulação de placa abundante na área gengival e face do dente.^(72, 119-121)

4.6. Variáveis em estudo

Como características sociodemográficas, considerámos o sexo, idade, posto militar e área de residência. Estas informações foram respondidas no 1º Grupo do Questionário realizado – “**Grupo I - Informações pessoais**”.

- Sexo: masculino e feminino.

- Idade: os pacientes foram questionados relativamente à sua idade e agrupados em grupos etários:
 - o Entre os 19 e os 29 anos;
 - o Entre os 30 e os 39 anos;
 - o Entre os 40 e os 49 anos;
 - o Entre os 50 e os 56 anos.

- Posto militar: o posto militar foi dividido por 3 classes (praças, sargentos, e oficiais) e cadetes:
 - o A classe de praças por si só já engloba Grumete, Segundo-Marinheiro, Primeiro-Marinheiro e Cabo;
 - o A classe de Sargentos engloba Segundo Sargento, Primeiro Sargento, Sargento Ajudante, Sargento Chefe e Sargento Mor;
 - o A classe de Oficiais engloba Aspirante, Guarda Marinha, Segundo Tenente, Primeiro Tenente, Capitão Tenente, Capitão de Fragata, Capitão de Mar-e-Guerra, Contra-Almirante, Vice Almirante e Almirante;
 - o Os cadetes, não foram incluídos na classe de oficiais dado que são alunos que se encontram em formação na Escola Naval (Estabelecimento de Ensino Superior inserido na BNL) para se tornarem oficiais da Armada. O grau académico dos cadetes (ao contrário dos oficiais que já têm um curso superior) é o ensino secundário ou equivalente. No 5º ano tornam-se “aspirantes a oficial” e após a conclusão do mestrado integrado nas diversas áreas (Ciências Militares Navais, Engenharia Mecânica e de Armas e Electrónica, Administração Naval, Medicina Naval e Fuzileiros)

e respetivo estágio, tornam-se oficiais. Deste modo, embora comparados aos oficiais, foram colocados num grupo à parte – “cadetes”.

- **Habilitações literárias:** as habilitações literárias foram classificadas com base no sistema de ensino português em ensino básico, secundário e superior.
 - o Ensino básico;
 - o Ensino secundário;
 - o Ensino superior.

- **Área de Residência:** inclui cidade, ou vila, ou aldeia.

A caracterização dos comportamentos de saúde oral baseou-se em questões de escolha múltipla que se englobam em três grupos: **“Grupo II – Hábitos de higiene oral”**, **“Grupo III - Hábitos alimentares”** e **“Grupo IV – Hábitos de higiene oral e alimentares a navegar”**.

O **“Grupo II – Hábitos de higiene oral”**, abordava as seguintes questões:

- Informação referente à escovagem, que foi obtida através de duas questões:
 - o a primeira acerca da frequência da mesma, para determinar o número de vezes que o militar escovava os seus dentes por dia,
 - o e a segunda, em que alturas mais concretamente (“manhã”, “almoço”, “lanche”, “jantar”).

- Meios utilizados para higienizar os dentes:
 - o Para tal foi colocada a seguinte questão: “O que usa para higienizar os dentes?”. A esta pergunta o militar podia assinalar as opções com que se identificasse (“escova dentária elétrica”, “escova dentária manual”, “pasta dentífrica”, “fio dentário”, “escovilhão”, “colutórios”, “palito”).
 - o Foi ainda questionado, caso utilizasse fio dentário, o número de vezes que tal acontecia (“diariamente” ou “uma a duas vezes por semana”).
 - o O tipo de escova utilizado para a execução da higiene oral também foi questionado, tendo como opções de resposta “escova elétrica”, “escova de cerdas duras”, “escova de cerdas médias” ou “escova de cerdas macias”.

- Modo de escovagem:
 - o foram questionados quais os constituintes da cavidade oral escovados, cujas hipóteses de resposta foram “escovo as gengivas, dentes e língua”, “escovo os dentes e a língua”, “escovo os dentes e as gengivas” ou “escovo apenas os dentes”.
 - o Os movimentos que executava para escovar os dentes também foram questionados – “movimentos horizontais”, “movimentos verticais”, “movimentos circulares”, “outros”).
 - o Foi ainda perguntado ao militar se considerava que sabia escovar os dentes de forma correta (tendo “sim”, “não”, ou “razoavelmente” como opções de resposta), obtendo assim a percepção que cada participante tinha da sua capacidade em manter uma higiene oral saudável.
- Visitas ao médico dentista:
 - o Foi colocada a questão “quando foi a última vez que visitou o médico dentista?”, que tinha como opções de resposta “há menos de 6 meses”, “entre 6 meses a 1 ano”, “entre 1 e 2 anos” e “há mais de 2 anos”.
 - o Quanto ao motivo da realização das consultas, o militar podia ainda responder “rotina”, “dor de dentes”, “cara inchada”, estética”, ou “outro”. Aqueles que selecionavam a hipótese “Outro”, deviam especificar qual o motivo da visita.
- Grau de informação de conhecimento sobre a higiene oral:
 - o Foi questionado ao militar se se considerava informado sobre a higiene/saúde oral, tendo como opções de resposta “muito informado”, “razoavelmente informado”, “pouco informado”.
 - o Foi também perguntado se na sua opinião, os militares da Marinha tinham mais acesso a cuidados de saúde oral que os cidadãos civis.
 - o E foi ainda questionado quantas vezes por ano fazia rastreios obrigatórios, tendo como opções de resposta “1 vez por ano”, “2 vezes por ano”, “3 vezes ou mais por ano”.
- Sobre a qualificação dos profissionais de saúde oral, foi solicitado para os descrever em “bem qualificados”, “pouco qualificados”, “atenciosos”, “pouco atenciosos”, “causam dor”, “efetua tratamentos sem causar dor”.
- Quanto ao sangramento gengival, foi questionado se costumava sangrar das gengivas. Se a resposta fosse positiva, era solicitado que especificasse as

- situações. Foi ainda questionado quando realizou a última destartarização “há menos de 1 ano”, “entre 1-3 anos” ou “há mais de 3 anos”.
- A presença de halitose também foi questionada, podendo responder “não”, “sim, sinto”, “sim, foi-me dito por alguém” e “sim, atitudes de terceiros levaram a entender o problema”
 - Selante de fissuras. Foi ainda questionado se tinha conhecimento do selante de fissuras. Podendo responder “sim, estou a par do que se trata”, “sim, tenho uma vaga ideia” ou “nunca ouvi falar”.
 - Tratamento ortodôntico prévio e presença de prótese dentária também foram abordados no questionário. No caso do uso de prótese, pedia-se especificar o seu tipo (“prótese removível esquelética” “prótese removível acrílica”, “coroa”, “ponte”, “faceta”, “implante”, “prótese sobre implantes”, ou “outro”, tendo que especificar neste campo).
 - Hábitos tabágicos e/ou alcoólicos também foram questionados:
 - o Nos hábitos tabágicos, caso existissem, pedia-se que mencionassem o número de cigarros por dia.
 - o Nos hábitos alcoólicos como opções de resposta tínhamos “não tenho”, “ocasionalmente”, “todas as semanas”, “todos os dias”.
 - Descrição da saúde oral e fatores que fazem o militar descuidar-se:
 - o No primeiro tópico perguntou-se ao paciente como descrevia a sua saúde oral, podendo responder “boa”, “razoável”, ou “pobre”.
 - o Relativamente aos fatores que fazem o paciente descuidar da sua higiene oral, como opções de resposta “trabalho”, “filhos”, “preguiça”, “períodos de navegação” ou “outro”, pedindo neste caso para especificar.
 - Funções diminuídas por motivos orais e absentismo laboral.
 - o Questionou-se ao militar se alguma vez se sentiu prejudicado ou sentiu as suas funções diminuídas por motivos orais (“sim”/“não”), se já faltou ao trabalho por motivos dentários (“não”, “sim, 1 vez”, “sim, 2 vezes”, “sim, 3 vezes ou mais”.
 - o E caso tenha faltado ao trabalho por que motivo foi (“dor de dentes”, “cara inchada”, “fratura dentária”, “remoção de pontos”, “consulta de revisão de aparelhos dentários”, ou “outro”, pedindo neste caso para especificar).

- Constrangimento social devido a problemas dentários. Foi questionado ao militar se já se tinha sentido constrangido devido a problemas dentários.

O “**Grupo III – Hábitos Alimentares**”, abordava os seguintes tópicos:

- Refeições diárias habituais. Para tal, colocou-se a seguinte questão - “Quais as refeições que o paciente faz diariamente?”, tendo como opções “pequeno almoço”, “meio da manhã”, “almoço”, “lanche”, “jantar”, “ceia”, podendo assinalar as hipóteses que considerasse de acordo.
- Hábitos ingestão de café e/ou chá. Questionou-se ao militar se costumava beber café e/ou chá, respondendo “todos os dias”, “frequentemente”, “ocasionalmente” ou “nunca”.
- Hábito de comer antes de deitar. Foi questionado ao militar se tinha o hábito de comer antes de se deitar (“não”, “sim, às vezes”, “sim, frequentemente”, “sim, sempre”).
- Alimentos açucarados. Foi questionado se o militar costumava consumir alimentos açucarados. Caso respondesse que sim, pedia-se que quantificasse em “1 vez ao dia”, “2 vezes ao dia”, “3 vezes ou mais ao dia”.
- Água no navio. O militar foi questionado sobre a proveniência da água que ingere no navio, tendo como opções de resposta “Torneiras do navio”, “engarrafada”, “bebedouro do navio” ou “outro”, pedindo neste caso para especificar.

O “**Grupo IV – Hábitos Durante a Navegação**”, relacionava as questões da componente da higiene oral e hábitos alimentares, com o contexto das navegações por determinados períodos.

- Para a informação referente à escovagem:
 - o Colocou-se a questão “como é a sua higiene oral, quando se encontra em períodos de navegações?”, tendo como opções de resposta “escovo mais vezes os dentes”, “escovo menos vezes os dentes”, ou “mantenho os mesmos cuidados”.
 - o Quantificou-se novamente o número de vezes que escovava os dentes (“não escovo todos os dias”; “uma vez por dia”, “duas vezes por dia”, ou “três vezes ou mais por dia”), e a altura em que escovava os dentes (“manhã”, “almoço”, “lanche”, “jantar”).

- “O que usa para higienizar os dentes quando está a navegar?”: a esta pergunta o militar podia assinalar as opções com que se identificasse (escova dentária elétrica, escova dentária manual, pasta dentífrica, fio dentário, escovilhão, colutórios, palito, outro). Foi ainda questionado ao militar se considerava que durante a navegação a sua higiene oral se tornava pior (“sim”, “às vezes”, “não”).
- Urgências no Mar.
 - o O militar foi questionado se já teve alguma urgência durante uma navegação.
 - o Caso a resposta tenha sido afirmativa, questionou-se como ficou tratada a situação, tendo neste caso como opções as seguintes respostas: “deram-me medicação e nunca mais tive problemas”, “deram-me medicação e quando voltei tive que ir ao dentista realizar o tratamento”, “não tomei medicação, só fiz tratamento após a navegação”, “outra situação. Qual?”.
- Halitose e sangramento gengival. Questionou-se ao militar a presença de halitose se considerava que durante longos períodos de navegação costumava ter maior sangramento gengival.
- Questionou-se ao militar se considerava que longos períodos de navegação pudessem estar associados ao mau hálito.
- Hábitos tabágicos. Caso tivesse hábitos tabágicos, questionou-se se fumava mais em navegação.
- Hábitos alimentares a navegar.
 - o Questionou-se se o militar tinha mais cuidados com a alimentação durante as navegações, podendo responder “sim, sim, tenho melhores hábitos alimentares”, “os meus hábitos alimentares continuam os mesmos”, ou “os meus hábitos alimentares tornam-se piores”.
 - o Questionou-se se o militar fazia a mesma quantidade de refeições “sim, sempre”, “frequentemente”, “às vezes” ou “nunca”. E se as refeições durante a navegação têm a mesma qualidade/variedade, podendo responder “sim, sempre”, “frequentemente”, “às vezes” ou “nunca”.
- Por último, questionou-se se ao militar se achava que a navegação prejudicava a saúde oral em geral e porquê.

4.7. Análise estatística dos dados

Para a análise estatística utilizámos o programa R (verão 2.15.2 – 2012/2016) e diferentes extensões do programa, nomeadamente *psych*, *doBy* e *plyr*.

As variáveis contínuas foram descritas através de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) com um nível de significância de $p < 0.05$. Foram ainda calculadas prevalências, expressas em percentagens.

Também foram utilizadas correlações de *Spearman* para avaliar as relações entre os índices de CPOD e *Silness and Loe*.

4.8. Procedimentos legais e éticos

A informação foi recolhida através de um questionário (Apêndice 1) e na observação intraoral foram preenchimentos dois índices de saúde oral: Índice CPOD e índice de *Silness and Loe* (Apêndice 2 e 3).

Foi garantido o anonimato da informação recolhida e cada militar preencheu ainda um termo de consentimento informado (Apêndice 8) no qual foi mencionado o carácter científico da participação neste estudo.

Toda a recolha de informação foi efetuada por um só operador (autora), eliminando diferenças protocolares e preservando a concordância dos resultados.

5. RESULTADOS

5. Resultados

5.1. Caracterização da amostra

Neste estudo, a amostra foi constituída por um total de 278 participantes e não 300 como estava estabelecido no planeamento, dado que 22 militares (7,3%) não compareceram.

Do total da amostra obtida, 91,7% (255) pertenceram ao género masculino e 8,3% (23) ao género feminino.

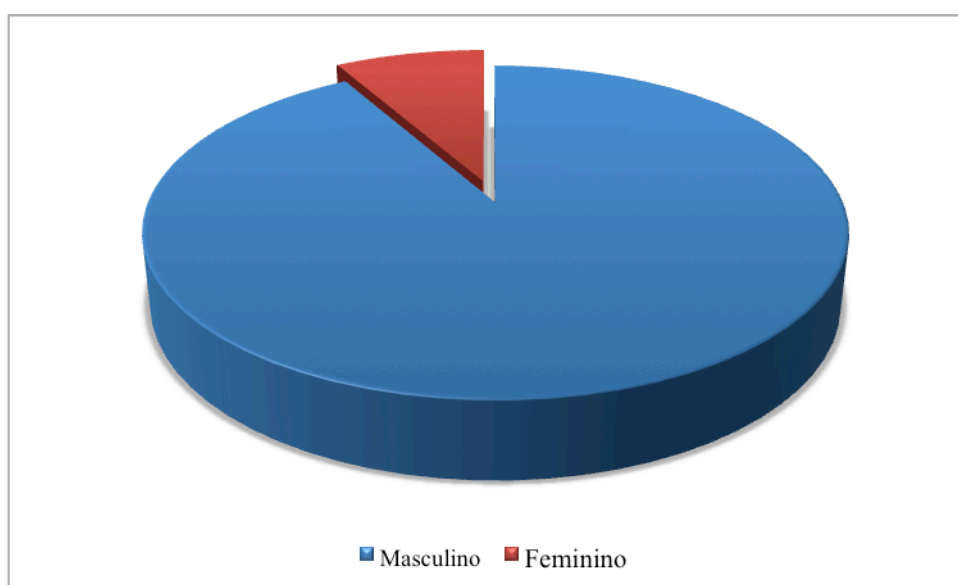


Figure 1. Caracterização da amostra quanto ao género

Relativamente à idade, dividiu-se a amostra em quatro grupos etários, observando-se que 45% (125) pertenceram ao escalão dos 19 aos 29 anos, seguindo-se o escalão dos 30 ao 39 anos com 37,1% (103) e o escalão dos 40 aos 49 anos com 15,8% (44). O grupo etário menos representativo correspondeu a 2,2% (6) dos militares, com idades compreendidas entre os 50 e 56 anos.

Obteve-se uma média de 31 anos (desvio padrão 8,6), sendo a idade mínima encontrada de 19 anos e a máxima de 56 anos.

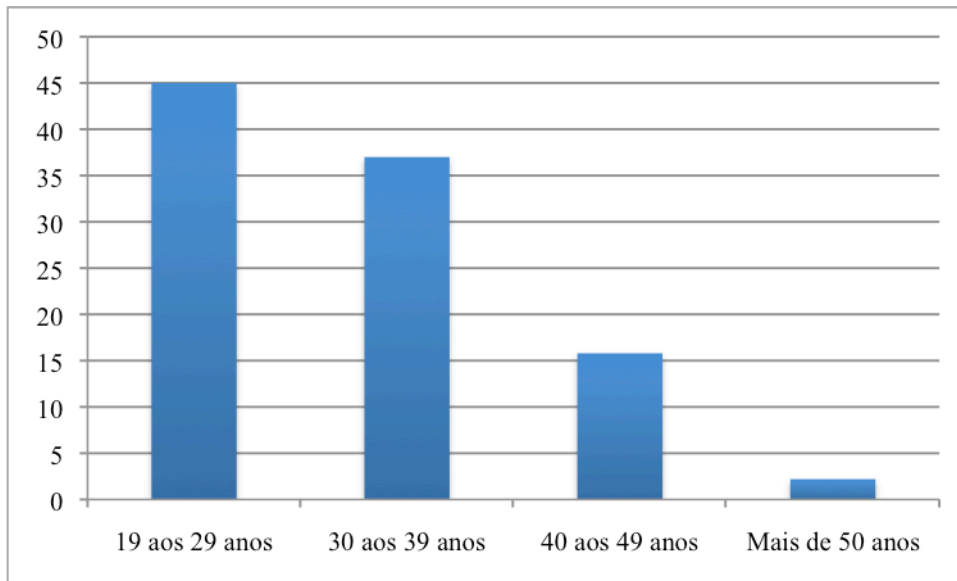


Figure 2. Caracterização da amostra quanto aos grupos etários

No que diz respeito à área de residência, pudemos verificar que 65,1% (181) dos militares habitavam na área urbana, 20,1% (56) em vila e 14,4% (40) em aldeia.

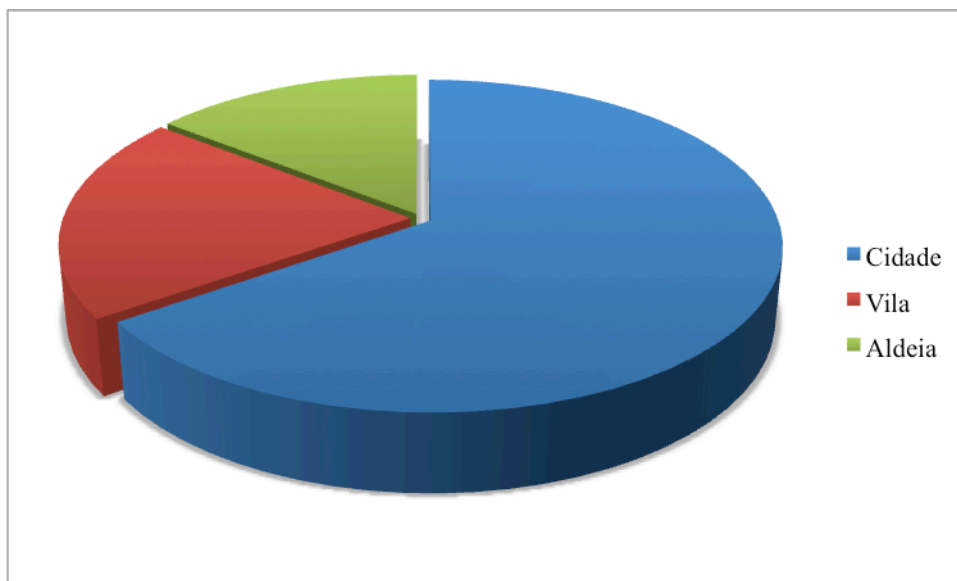


Figure 3. Caracterização da amostra quanto à área de residência.

Relativamente à classe dos militares, verificou-se que 58,6% (163) dos participantes pertenceram à classe das praças, 24,8% (69) à classe dos sargentos e 7,6% (21) à classe dos oficiais. Os cadetes representaram 9% (25) do total da amostra.

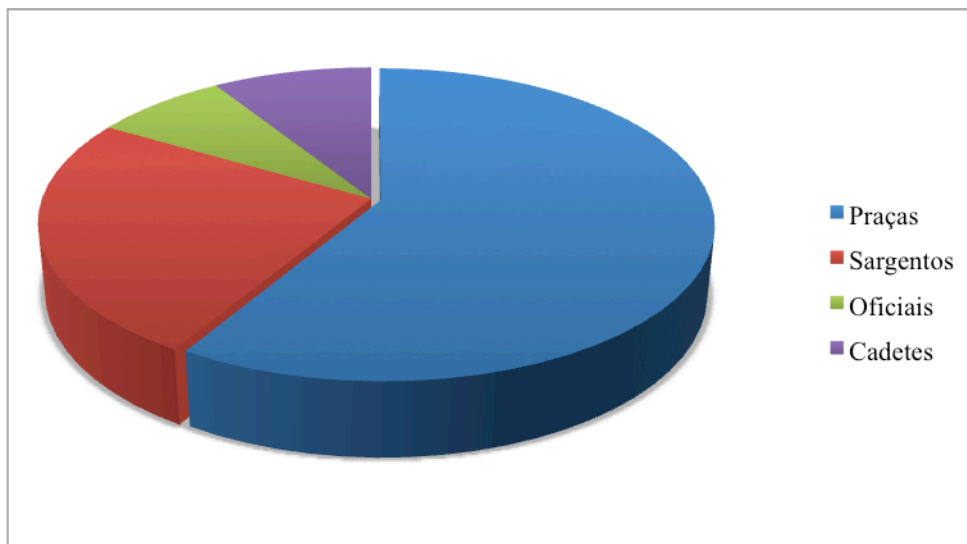


Figure 4. Caracterização da amostra quanto à classe militar.

Relativamente às habilitações literárias dos militares, 71,2% (198) possuíam o ensino secundário ou equivalente, 16,5% (46) o ensino básico e 11,9% (33) o ensino superior. Um participante não respondeu a esta questão (0,4%).

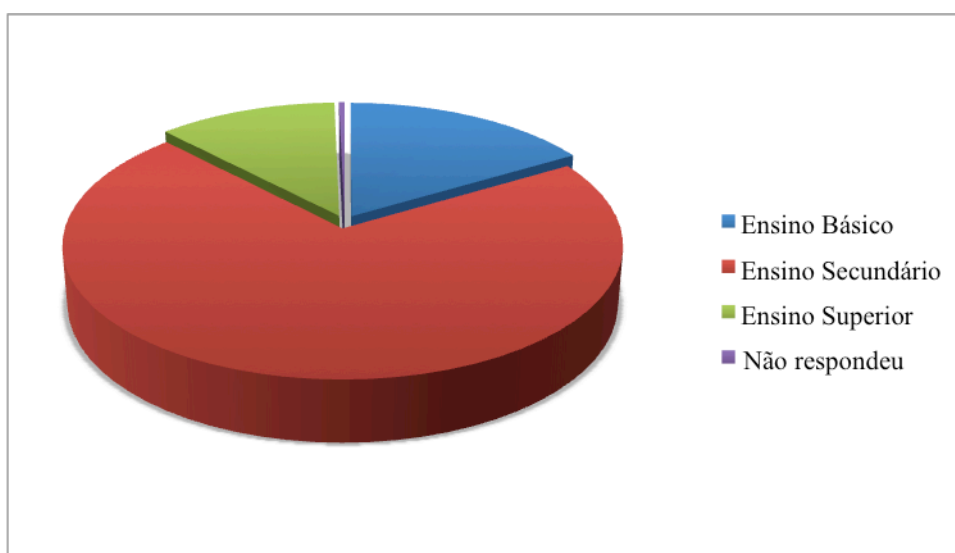


Figure 5. Caracterização da amostra quanto às habilitações literárias

5.2. Hábitos de higiene oral

5.2.1. Frequência de escovagem

No que diz respeito à frequência da escovagem dentária, constatou-se que 52,2% (145) escovavam os dentes duas vezes ao dia; 19,5% (82) três ou mais vezes ao dia; 16,5% (46) apenas uma vez ao dia e 1,8% (5) referiram que não escovavam os dentes todos os dias.

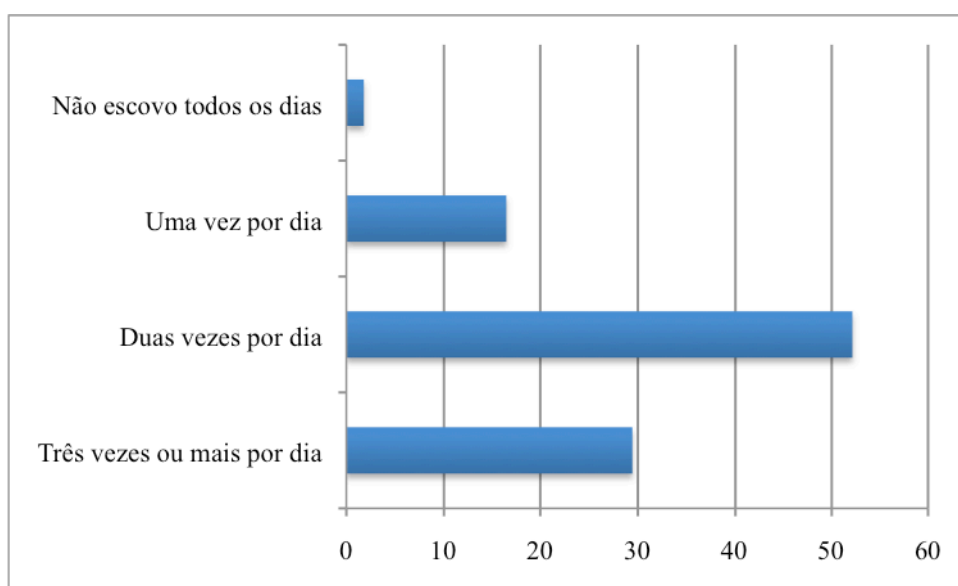


Figure 6. Frequência de escovagem.

5.2.2. Alturas do dia em que os militares escovam os dentes

Verificou-se que 41,7% (116) escovavam os dentes de manhã e ao jantar; 29,5% (82) escovavam de manhã, almoço e jantar; 9% (25) escovavam de manhã; 8,3% (23) escovavam ao almoço e jantar; 7,2% (20) escovavam ao jantar; 1,8% (5) escovavam de manhã, almoço, lanche e jantar; 1,4% (4) ao almoço e 1,1% (3) de manhã e almoço.

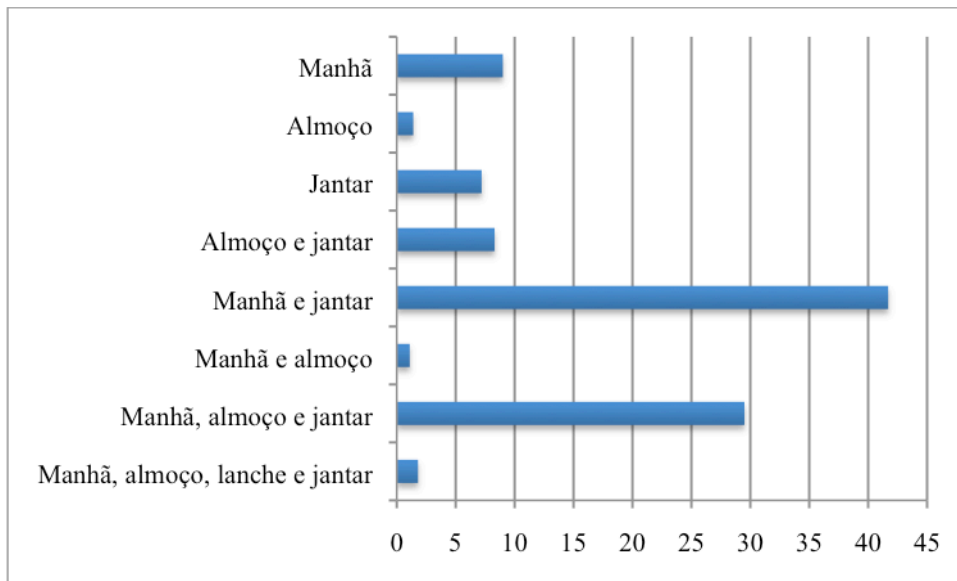


Figure 7. Alturas do dia em que os militares escovam os dentes.

5.2.3. Meios utilizados para higienizar os dentes

Verificou-se que 55% (153) dos militares afirmaram realizar a sua higiene oral com recurso à escova dentária manual e pasta dentífrica; 25,2% (70) recorriam aos meios anteriores juntamente com o uso do fio dentário; 3,2% (9) utilizavam escova dentária elétrica e pasta dentífrica e 2,5% (7) utilizavam além da escova dentária elétrica e pasta dentífrica, adicionalmente o fio dentário.

Outros meios de higiene oral adicionais além da escova dentária manual e da pasta, foram: 2,2% (6) o palito; 1,8% (5) o escovilhão; 1,8% (5) os colutórios e fio dentário; 1,4% (4) o escovilhão e fio dentário; 1,4% (4) o escovilhão, fio dentário e colutórios; 0,7% (2) colutórios e 0,7% (2) o escovilhão, fio dentário, palito, colutórios.

Cerca de 3,2% (9) responderam que apenas utilizavam a escova dentária manual (ausência de pasta dentífrica) e 0,7% (2) responderam que usavam também apenas a escova dentária manual e adicionalmente o fio dentário.

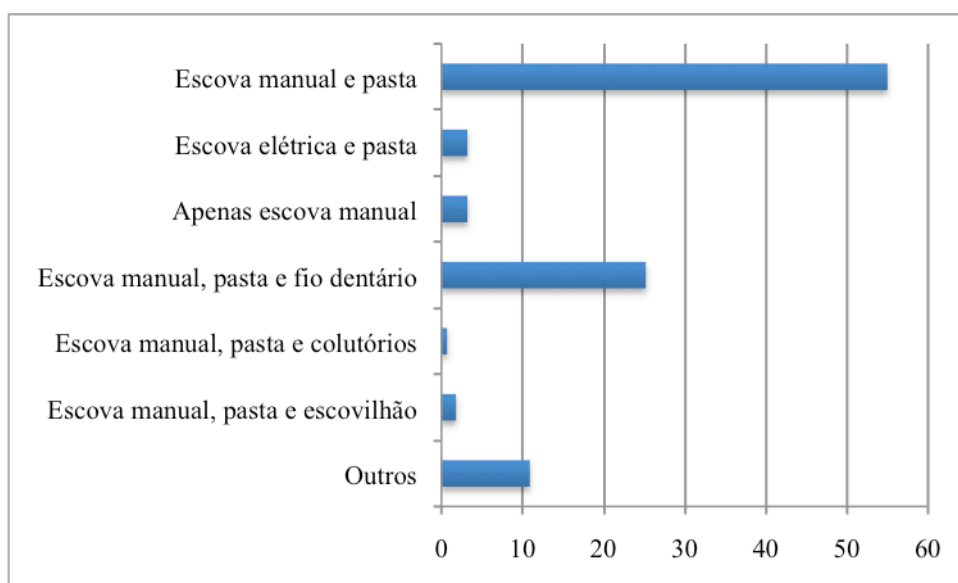


Figure 8. Materiais utilizados para a escovagem dentária.

5.2.4. Uso de fio dentário

Verificou-se que 56,5% (157) dos militares não utilizava fio dentário e 42,8% (119) utilizava. Dois dos participantes não responderam a esta questão (0,7%).

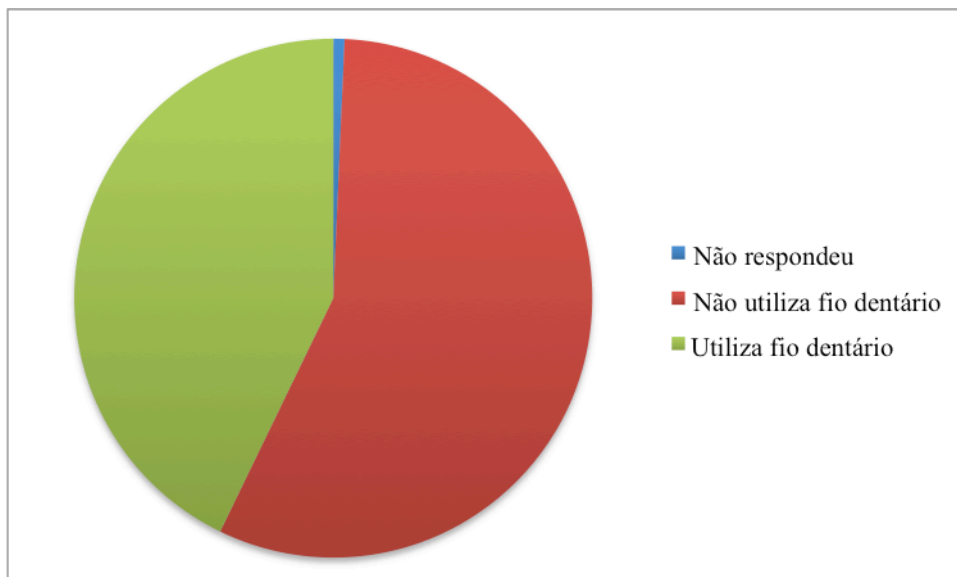


Figure 9. Uso do fio dentário.

Do total de militares que utilizavam o fio dentário, 32,7% (91) faziam-no entre uma a duas vezes por semana e 10,1% (28) diariamente.

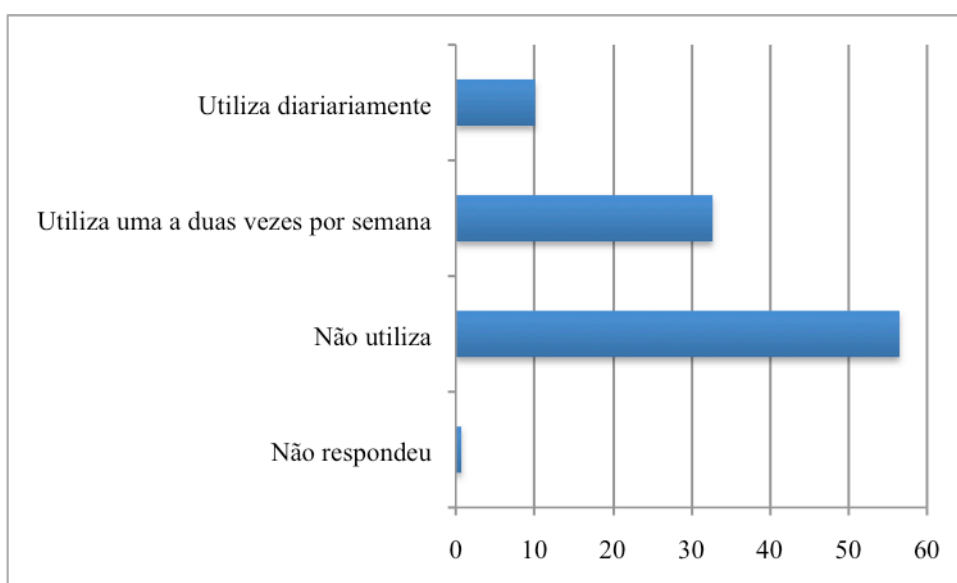


Figure 10. Uso do fio dentário (2).

5.2.5. Tipo de escova

Quanto ao tipo de escova utilizado durante a higiene oral, verificou-se que 67,3% (187) afirmaram utilizar uma escova manual de cerdas médias; 18,3% (51) escova manual de cerdas macias; 8,6% (24) escova manual de cerdas duras e 5,8% (16) escova elétrica.

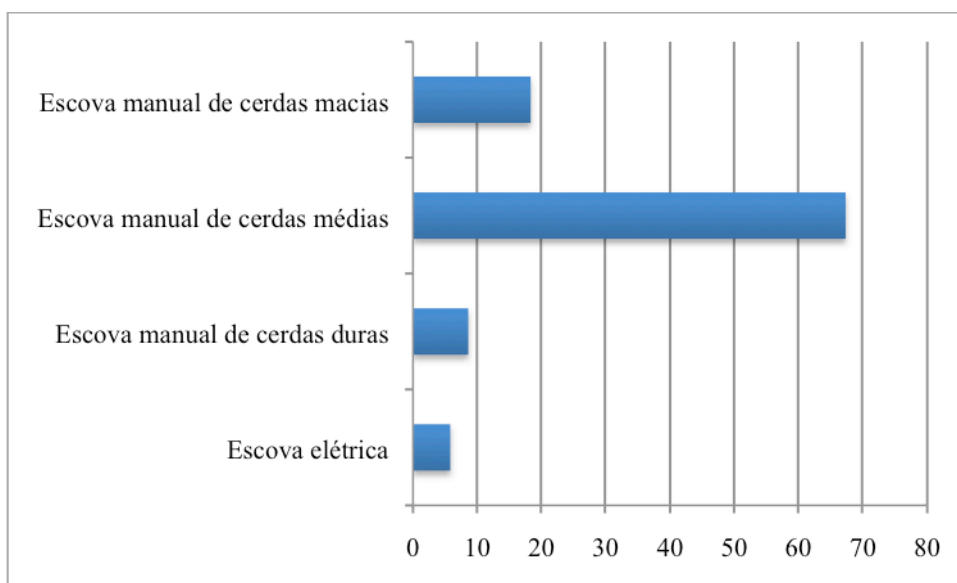


Figure 11. Tipo de escova utilizada.

5.2.6. Áreas higienizadas durante a escovagem

Relativamente às áreas higienizadas na cavidade oral, verificou-se que 35,6% (99) dos militares escovavam as gengivas, dentes e língua; 25,5% (71) escovavam os dentes e gengivas; 24,8% (69) escovavam os dentes e a língua e 14% (39) escovavam apenas os dentes.

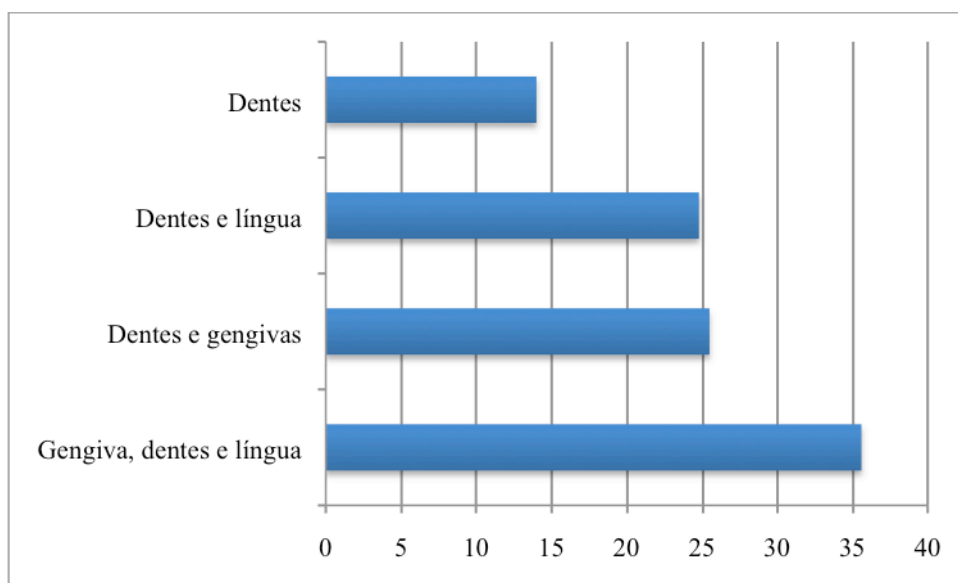


Figure 12. Áreas higienizadas durante a escovagem.

5.2.7. Movimentos executados a escovar os dentes

Verificou-se que 32% (89) dos militares executavam movimentos horizontais conjugados com verticais para a escovagem dos seus dentes; 29,9% (83) executavam movimentos circulares; e 17,3% (48) indicaram uma conjugação de todos os movimentos – movimentos circulares, movimentos horizontais e movimentos verticais; 11,9% (33) apenas movimentos horizontais; 4,3% (12) apenas movimentos verticais; 3,6% (10) executavam movimentos circulares e horizontais, e ainda 1,1% (3) referiram “outros” (outros tipos de movimentos não mencionados).

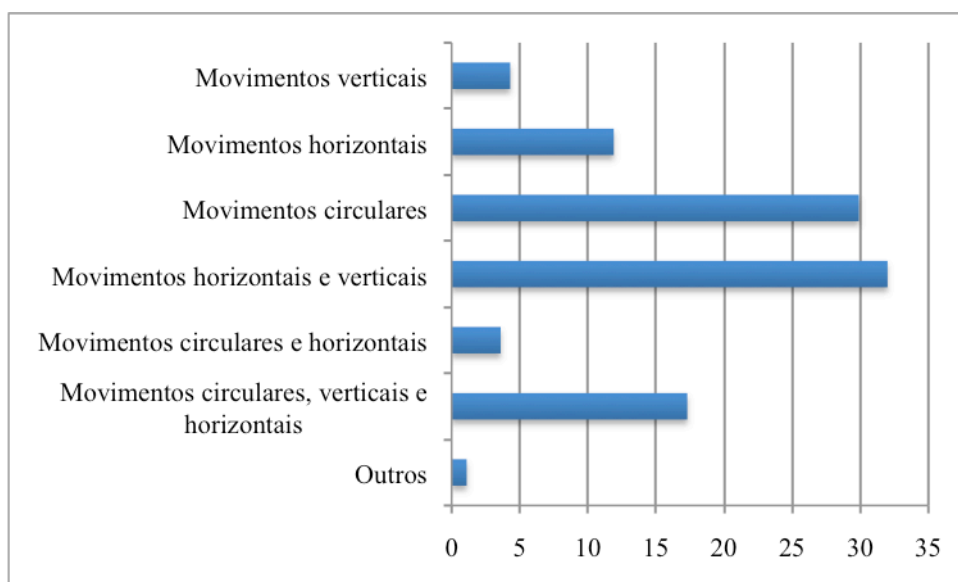


Figure 13. Movimentos executados durante a escovagem dentária.

5.2.8. Opinião sobre a escovagem dos dentes de forma correta

Após questionados se sabiam escovar os dentes de forma correta, 45,3% (126) dos militares responderam afirmativamente, 52,5% (146) razoavelmente e 1,8% (5) consideraram não saber escovar de forma adequada. Um participante não respondeu a esta questão (0,4%).

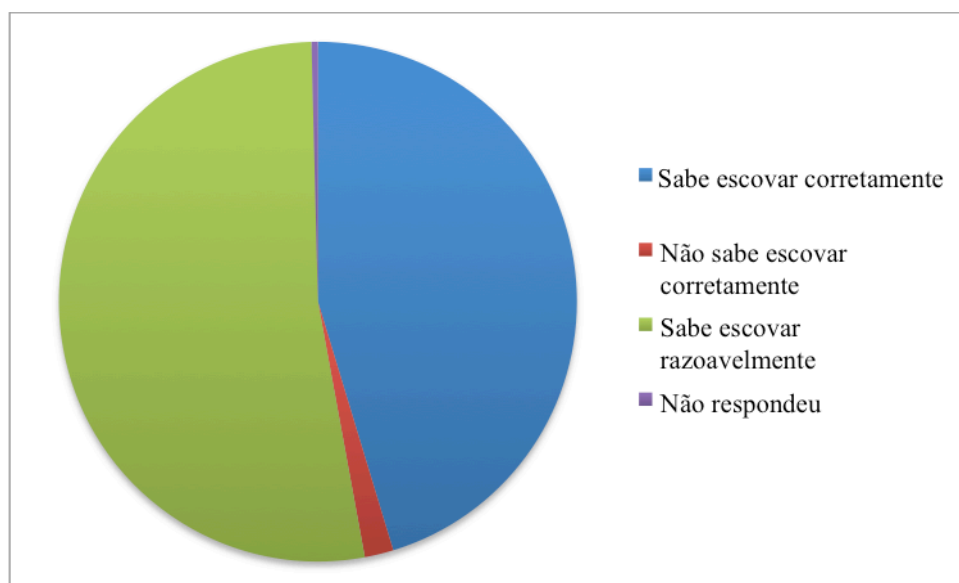


Figure 14. Opinião da escovagem dos dentes de forma correta.

5.2.9. Última consulta no dentista

Quando questionados sobre a data da última consulta, 55,4% (154) dos militares responderam que foi há menos de seis meses; 35,6% (99) entre seis meses e um ano; 7,6% (21) entre um e dois anos; 1,1% (3) há mais de dois anos. Um participante não respondeu a esta questão (0,4%).

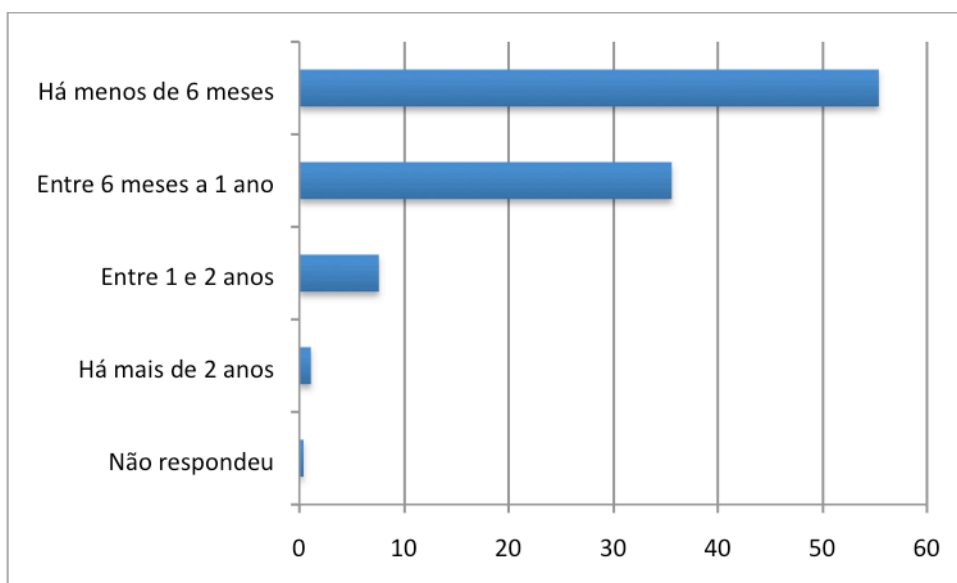


Figure 15. Data da última consulta.

5.2.10. Motivo da última consulta

Em relação ao motivo pelo qual o militar visitou o médico dentista pela última vez, 75,2% (209) referiram consulta de rotina como motivo.

Em menores percentagens, 7,6% (21) referiram protocolo a seguir antes de embarcar; 3,2% (9) estética; 2,5% (7) dor de dentes; 2,5% (7) tratamentos de cáries dentárias; 2,2% (6) exames médicos anuais; 1,8% (5) rotina e protocolo a seguir antes de embarcar; 1,1% (3) dentes do siso; 1,1% (3) cara inchada; 0,7% (2) campanha promocional em tratamento dentário; 0,7% (2) dor de dentes e cara inchada; 0,4% (1) rotina e dor de dentes; 0,4% (1) aprontamento e 0,4% (1) destartarização. Um participante não respondeu à questão (0,4%).

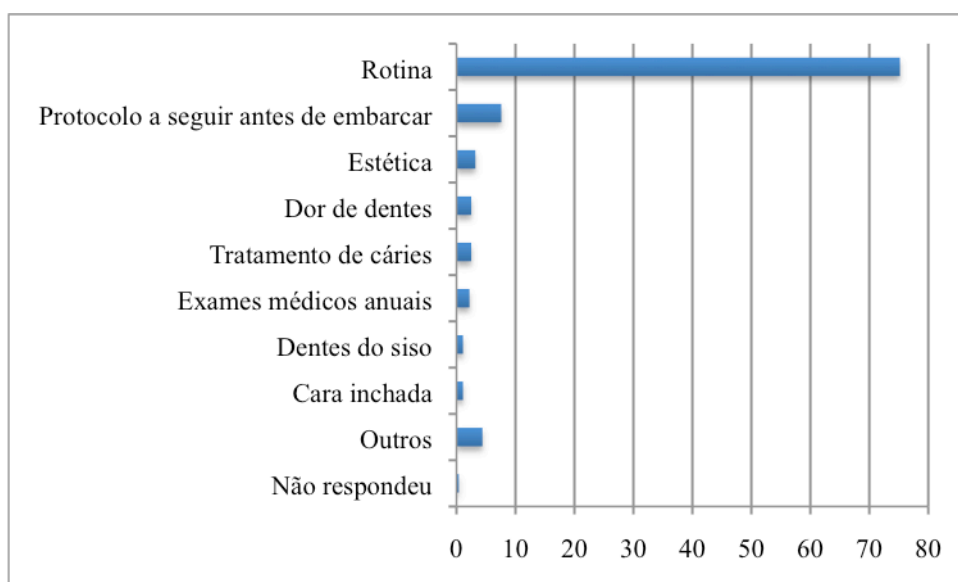


Figure 16. Motivo da última consulta.

5.2.11. Grau de informação sobre a saúde oral

Verificou-se que 77,7% (216) dos militares consideraram-se informados sobre a saúde oral de forma razoável; 18,3% (51) consideraram-se muito informados e 4,0% (11) consideraram-se pouco informados.

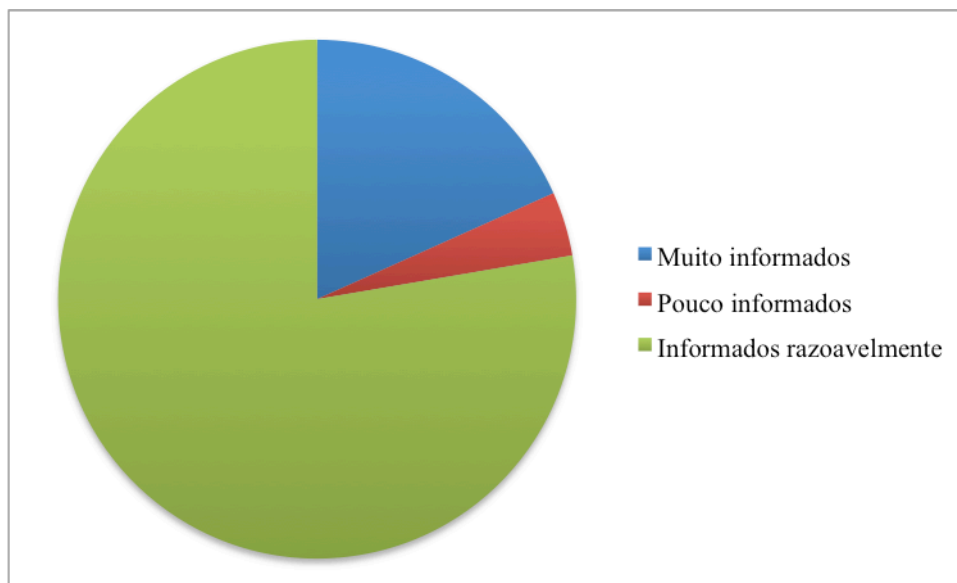


Figure 17. Grau de informação sobre a saúde oral.

5.2.12. Opinião sobre o acesso dos militares aos cuidados de saúde oral comparativamente à população não militar (civil).

Constatou-se que 50,7% (141) consideraram que os militares têm melhores acessos aos cuidados de saúde oral comparativamente aos cidadãos civis. Contudo, 48,9% (136) consideraram que os acessos aos cuidados são semelhantes tanto nos militares como nos civis. Um participante não respondeu à questão (0,4%).

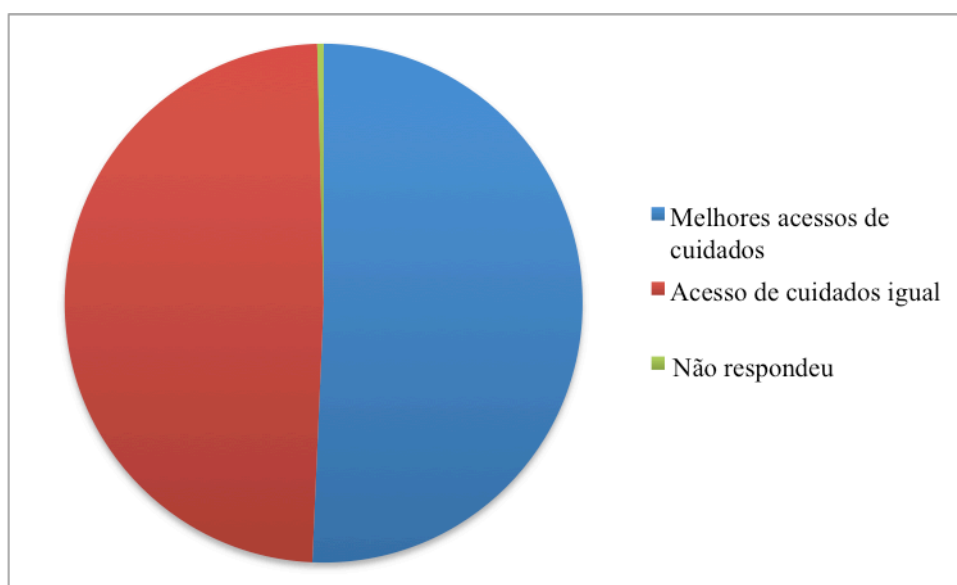


Figure 18. Opinião sobre o acesso dos militares aos cuidados de saúde oral comparativamente à população não militar (civil)

5.2.13. Número de rastreios dentários obrigatórios por ano

Verificou-se que 81,7% (227) referiram efetuar rastreios obrigatórios uma vez por ano; 14,7% (41) duas vezes por ano e 3,2% (9) três vezes ou mais por ano. Um participante não respondeu a esta questão (0,4%).

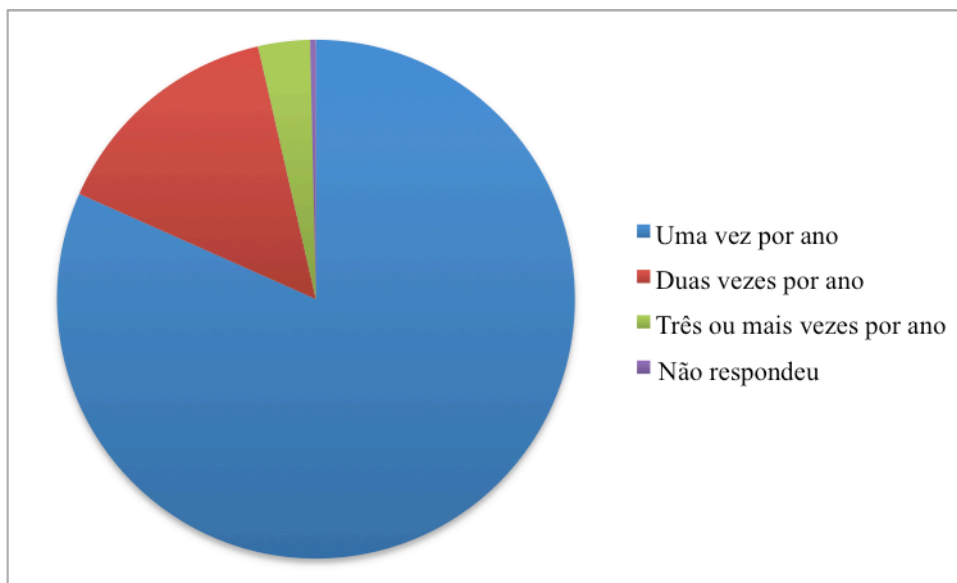


Figure 19. Número de rastreios obrigatórios por ano.

5.2.14. Caracterização dos médicos dentistas navais pelos militares

Os médicos dentistas navais foram considerados por 32,7% (91) dos militares como sendo “atenciosos”; 23,0% (64) como “bem qualificados”; 6,8% (19) caracterizaram-nos por “efetuarem tratamentos sem causar dor”; 44 (15,8%) como bem qualificados e atenciosos; 8,6% (24) como bem qualificados, atenciosos e efetuarem tratamentos sem causar dor; 4,7% (13) como pouco qualificados; 3,2% (9) por serem atenciosos e efetuarem tratamentos sem causar dor; 2,5% (7) como pouco atenciosos; 1,8% (5) por causarem dor e 0,7% (2) como sendo pouco atenciosos e causarem dor.

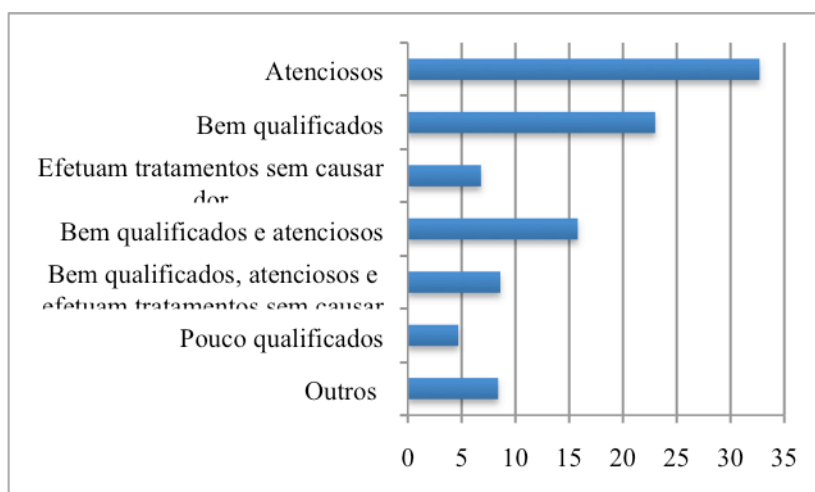


Figure 20. Caracterização dos médicos dentistas navais pelos pacientes.

Desta forma, 90,3% (251) dos militares caracterizaram positivamente os profissionais da área e 9,7% (27) caracterizaram pela negativa.

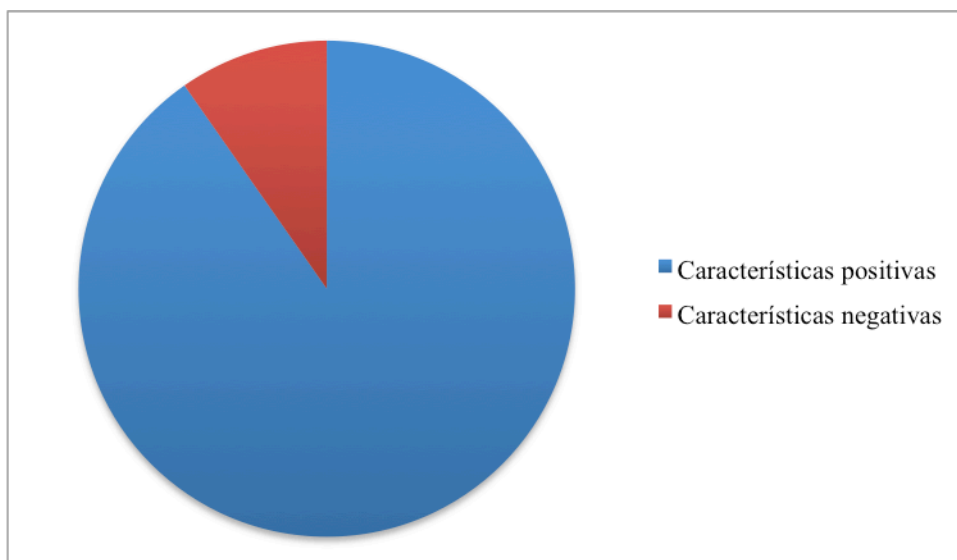


Figure 21. Caracterização dos médicos dentistas navais pelos pacientes segundo características positivas e negativas.

5.2.15. Data da última destartarização

Relativamente à ultima destartarização, 52,9% (147) dos militares responderam que ocorreu há menos de um ano; 34,2% (95) entre um a dois anos e 12,9% (36) há três ou mais anos.

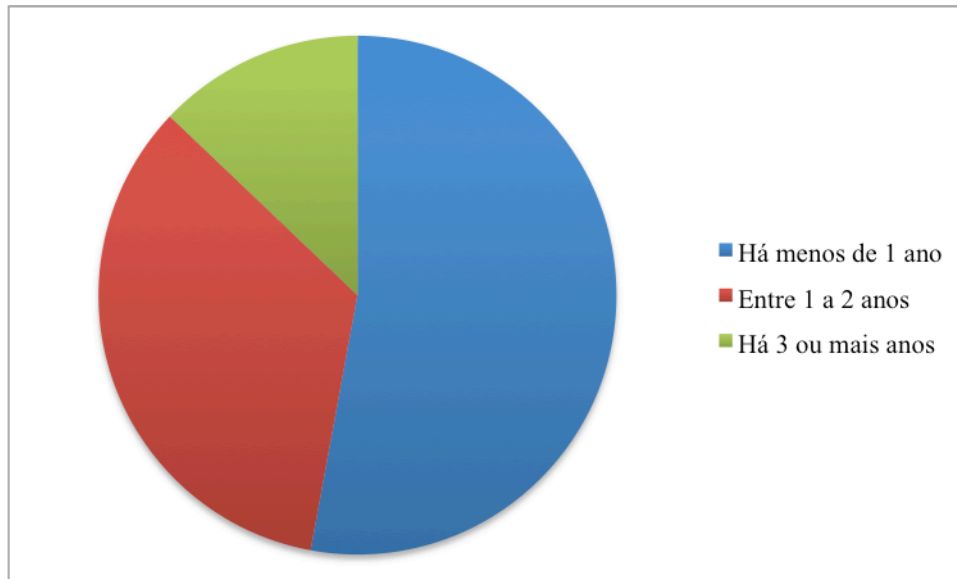


Figure 22. Data da última destartarização.

5.2.16. Sangramento gengival

Quando abordados acerca de possuírem sangramento gengival, 74,5% (207) dos militares referiram não ter sangramento, enquanto que os restantes, 25,5% (71), referiram a presença de sangramento.

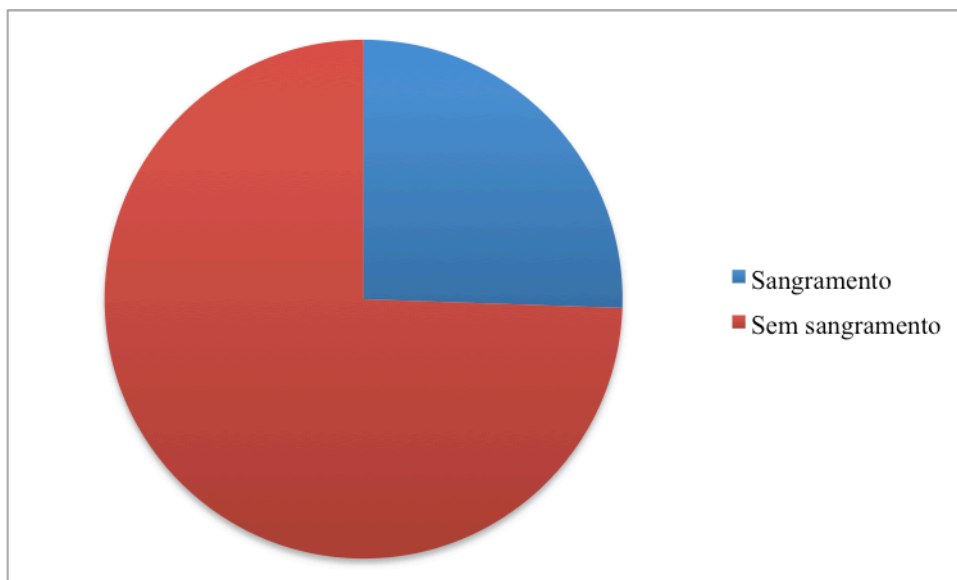


Figure 23. Sangramento gengival.

Dos 25,5% (71) militares que referiram ter sangramento, 23% (64) mencionaram que ocorria à escovagem, 1,4% (4) ao usar fio dentário, 0,7% (2) à escovagem com força excessiva e uso de fio dentário, e 0,4% (1) referiu durante a gravidez.

Table 4. Motivos do sangramento.

	Frequência	Percentagem (%)
Não	207	74,5%
Sim, “à escovagem”	64	23,0%
Sim, “ao usar fio dentário”	4	1,4%
Sim, “à escovagem com força excessiva e ao usar fio dentário”	2	0,7%
Sim, “durante a gravidez”	1	0,4%
Total	278	100,0%

5.2.17. Presença de halitose

Quando questionados da presença de halitose, 79,5% (221) mencionaram a ausência de halitose e 20,5% (57) manifestaram-se positivamente.

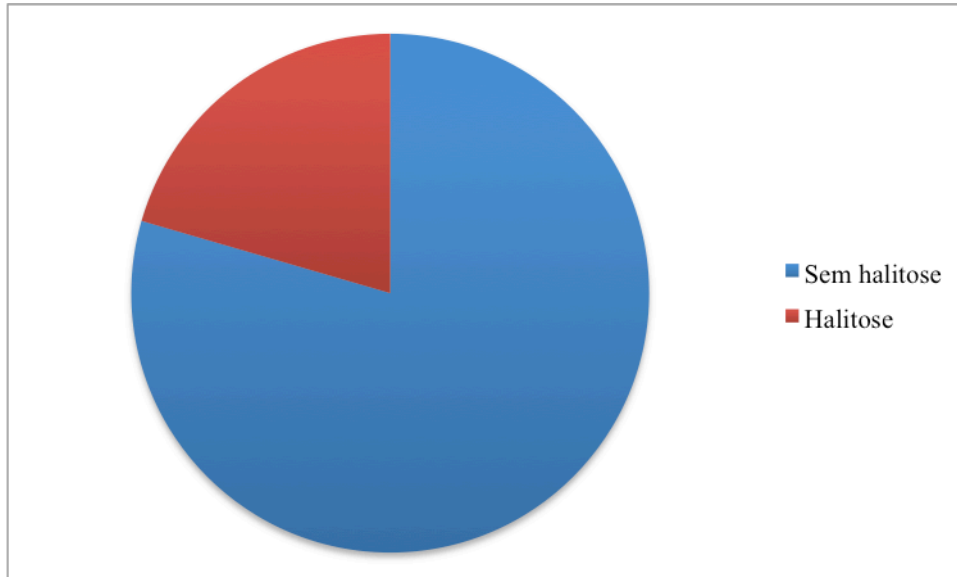


Figure 24. Presença de halitose.

Dos 20,5% (57) militares que tinham halitose, 11,9% (33) referiram que eles próprios sentiam a halitose; 7,2% (20) afirmaram que foi-lhes dito por terceiros; 0,7% (2) mencionaram que foram as atitudes de terceiros que os levaram a entender o problema; 0,4% (1) respondeu que sentia que tinha halitose e que atitudes de terceiros reforçaram o problema e 0,4 (1) respondeu que além de sentir, também lhe foi dito por terceiros.

Table 5. Presença de halitose.

	Frequência	Percentagem (%)
Não	221	79,5
Sim, “foi-me dito por alguém”	20	7,2
Sim, “sinto”	33	11,9
Sim, “atitudes de terceiros levaram-me a entender o problema”	2	0,7
Sim, “sinto e atitudes de terceiros levaram-me a entender o problema”	1	0,4
Sim, “sinto e foi-me dito por alguém”	1	0,4
Total	278	100,0

5.2.18. Conhecimento sobre selantes de fossas e fissuras

O conhecimento sobre selantes de fissuras foi referido por 36,7% (102) dos militares, tendo 25,5% (71) uma vaga ideia do que se trata e 11,2% (31) estavam a par do que se trata. No entanto, 62,9% (175) não sabiam o que é o selante de fissuras. Um participante não respondeu a esta questão (0,4%).

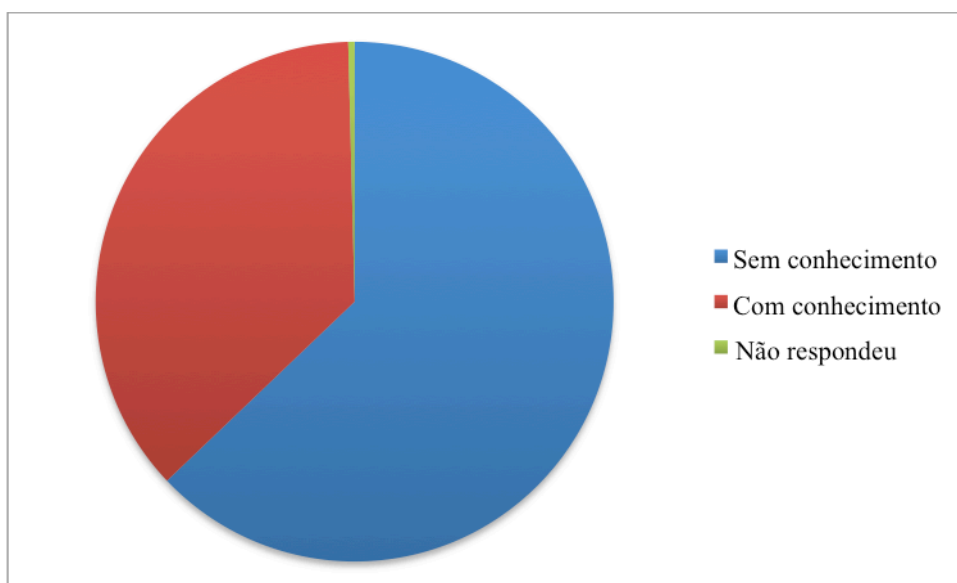


Figure 25. Conhecimento sobre selante de fissuras.

5.2.19. Utilização de prótese dentária

Relativamente à utilização de prótese dentária, 80,9% (225) não usavam prótese e 19,1% (53) usavam prótese dentária, fosse ela prótese removível, prótese fixa ou implante.

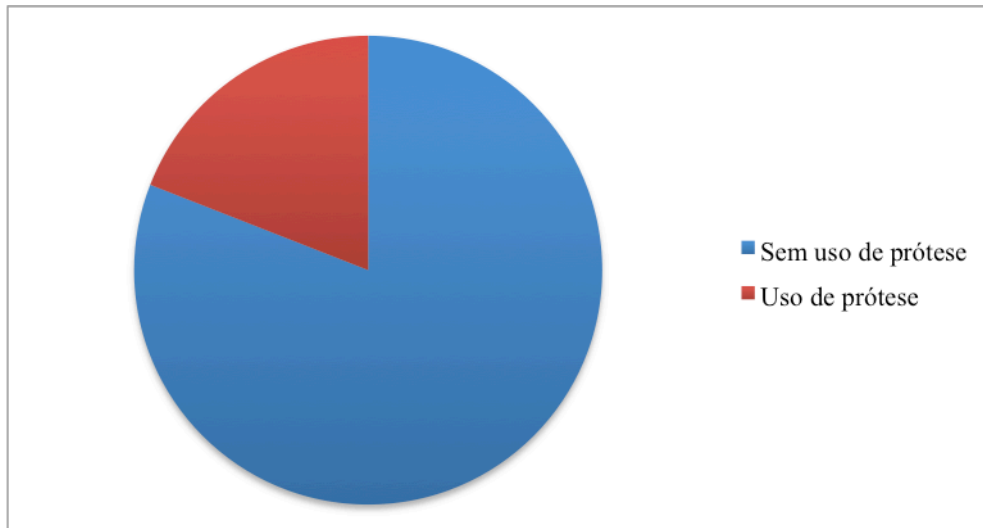


Figure 26. Utilização de prótese dentária.

Verificou-se que 6,5% (18) utilizavam prótese removível esquelética, 1,4% prótese removível acrílica, e 0,7% (2) utilizavam ambos os tipos de prótese (acrílica e esquelética).

Relativamente à prótese fixa, 5,8% (16) possuíam coroas; 0,7 % (2) pontes; 0,4% (1) coroa e ponte e 0,4% (1) possuíam coroa e prótese removível.

Relativamente aos implantes, 2,2% (6) dos militares possuíam implante e 0,4% possuíam implante e ponte.

Table 6. Tipo de prótese dentária utilizada.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Não utiliza prótese	225	80,9
Prótese removível esquelética	18	6,5
Prótese removível acrílica	4	1,4
Coroa	16	5,8
Ponte	2	0,7
Implante		
Próteses removíveis esquelética e acrílica	2	0,7
Coroa e ponte	1	0,4
Prótese removível esquelética e coroa	1	0,4
Coroa, ponte e implante	2	0,7
Ponte e implante	1	0,4
Total	278	100,0

5.2.20. Tratamento ortodôntico

Verificou-se que 72,7 % (202) dos militares questionados nunca tinham sido sujeitos a tratamento ortodôntico. Já a prevalência de militares sujeitos a este tipo de tratamento foi de 25,5% (71) e 1,8 % (5) dos participantes não responderam a esta questão.

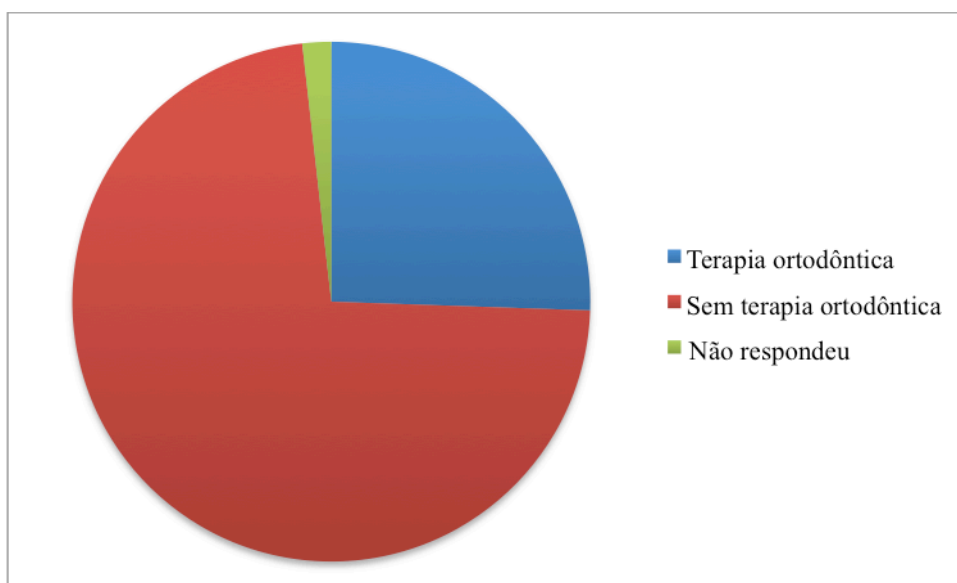


Figure 27. Terapia ortodôntico.

5.2.21. Presença de hábitos tabágicos

Relativamente à presença de hábitos tabágicos, 68,7% (191) não eram fumadores e 31,3 % (87) eram fumadores.

Do total da amostra, 7,2% (20) fumavam um a dois cigarros por dia; 6,5% (18) três a seis cigarros por dia; 5,4% (15) fumavam entre sete a dez cigarros diários, 2,9% (8) entre onze a catorze cigarros; 3,2 % (9) quinze a dezoito cigarros e 6,1% (17) dezanove ou mais cigarros diários.

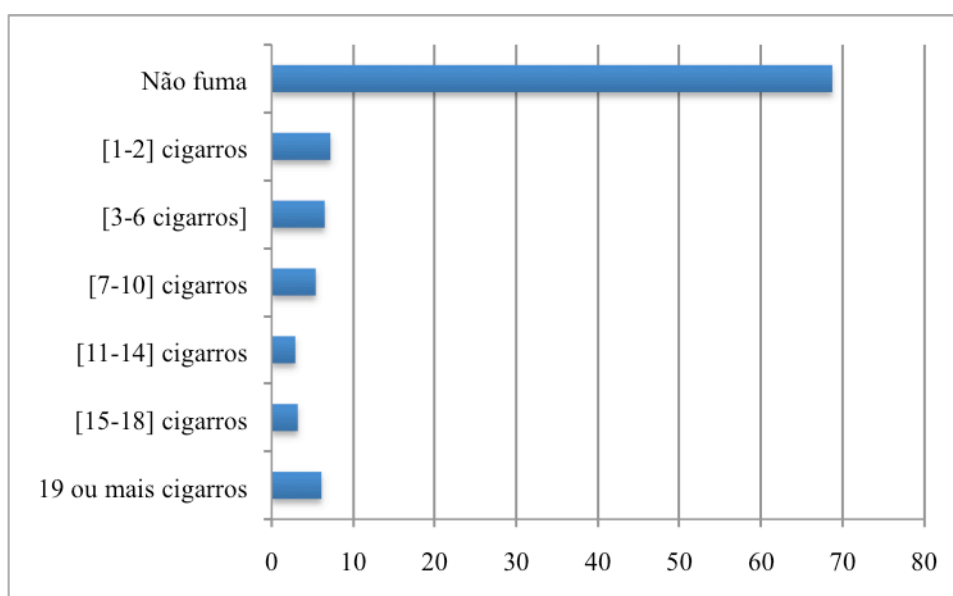


Figure 28. Presença de hábitos tabágicos.

5.2.22. Presença de hábitos alcoólicos

Verificou-se que 66,8 % (186) tinham hábitos alcoólicos e 32,4% (90) não possuíam tais hábitos. Dos 66,8% (186) militares que tinham hábitos alcoólicos, 56,6% (158) ocasionalmente, 6,8% (19) todas as semanas, e 3,2% (2) todos os dias. Dois participantes não responderam à questão (0,7%).

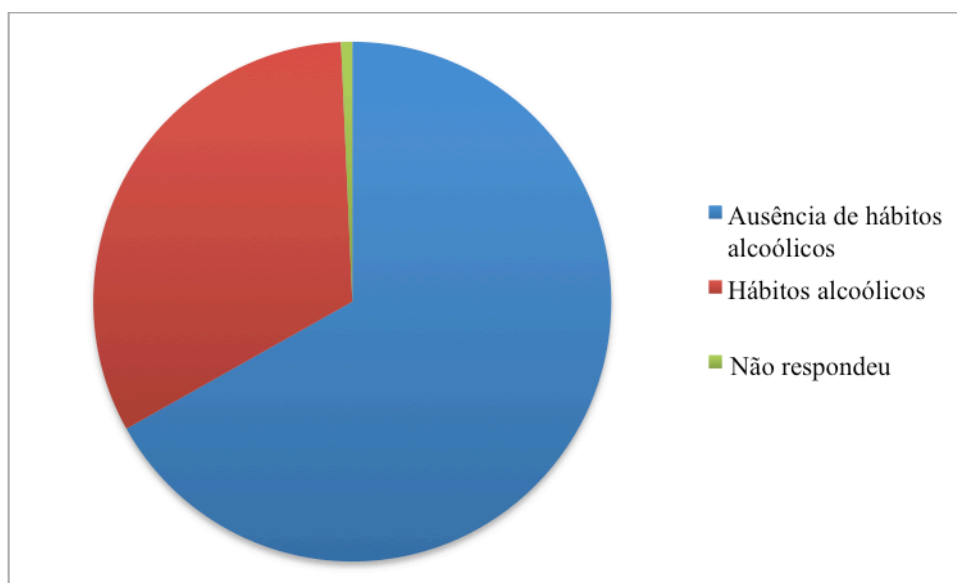


Figure 29. Presença de hábitos alcoólicos.

Table 7. Presença de hábitos alcoólicos.

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Ausência de hábitos	90	32,4
Hábitos	158	56,8
“Ocasionalmente”		
Hábitos	19	6,8
“Todas as semanas”		
Hábitos	9	3,2
“Todos os dias”		
Não respondeu	2	0,7
Total	278	100,0

5.2.23. Percepção da saúde oral

Quanto à percepção da saúde oral, observou-se que 53,3% (148) dos militares consideravam ter uma saúde oral razoável, 41,4% (115) saúde oral boa e 5,4% (15) saúde oral pobre.

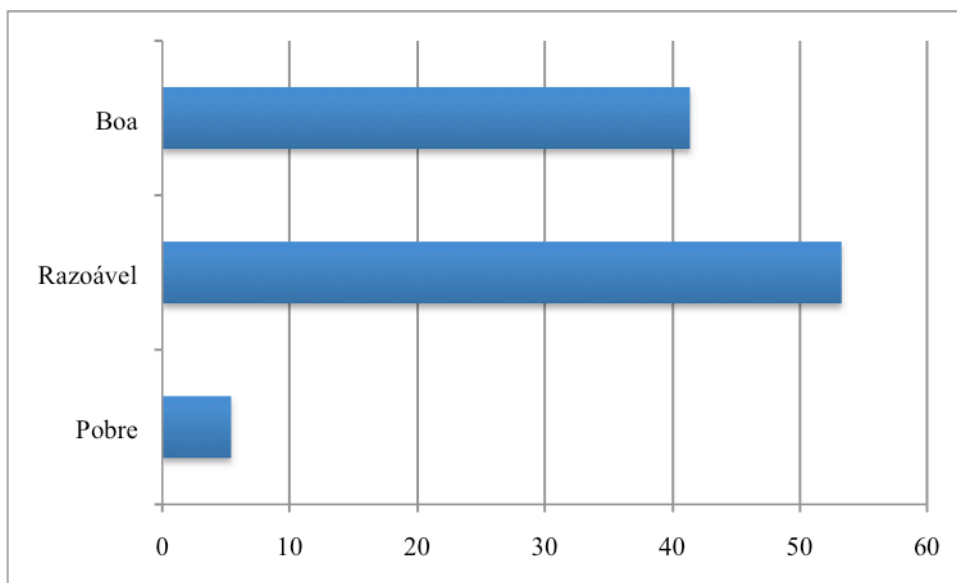


Figure 30. Percepção da saúde oral.

5.2.24. Fatores responsáveis pelo descuido da higiene oral

Relativamente aos fatores que levavam os militares consultados a descuidar a sua higiene oral; 28,1% (78) referiram o trabalho; 24,5% (68) referiram a preguiça; 16,2% (45) não especificaram o motivo; 15,1 % (42) referiram os períodos de navegação; 2,5% (7) referiram serem os filhos o motivo do descuido; 2,2% (6) afirmaram ser o trabalho juntamente com os períodos de navegação os responsáveis; 1,4% (4) referiram a participação em exercícios no navio; 1,1% (3) o trabalho e a preguiça e 0,4% (1) mencionou o esquecimento.

Verificou-se ainda que 8,3% (23) referiram que nenhum fator os fazia descuidar e um participante não respondeu à questão (0,4%).

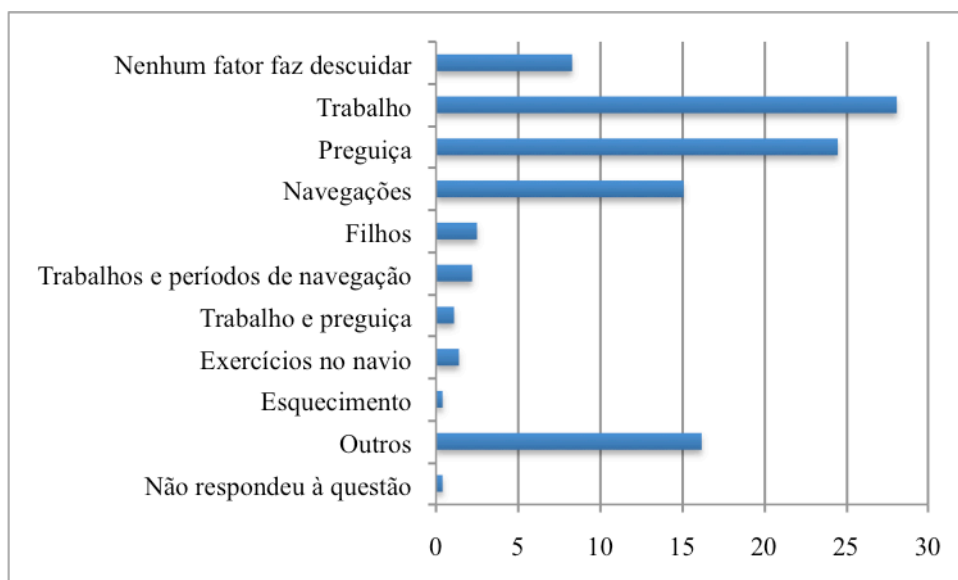


Figure 31. Fatores responsáveis pelo descuido da higiene oral.

5.2.25. Funções diminuídas por motivos dentários

Constatou-se que 88,8% referiram nunca se terem sentido prejudicados ou as suas funções terem sido diminuídas por motivos orais. No entanto, 11,2 % (31) responderam positivamente.

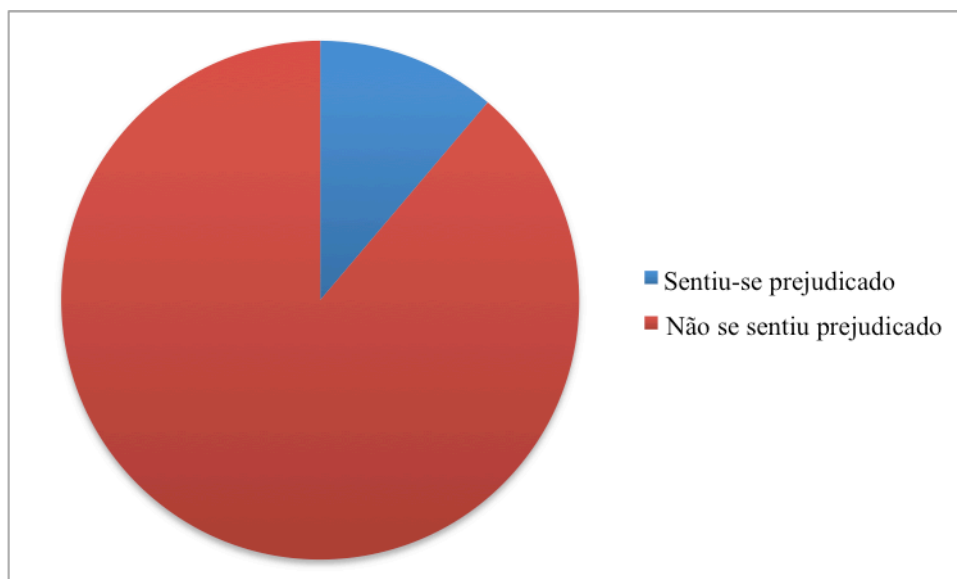


Figure 32. Funções diminuídas por motivos dentários.

5.2.26. Absentismo laboral por motivos dentários

Verificou-se que 82,7% (230) referiram nunca terem faltado ao trabalho por motivos dentários, e 15,9% (44) responderam afirmativamente.

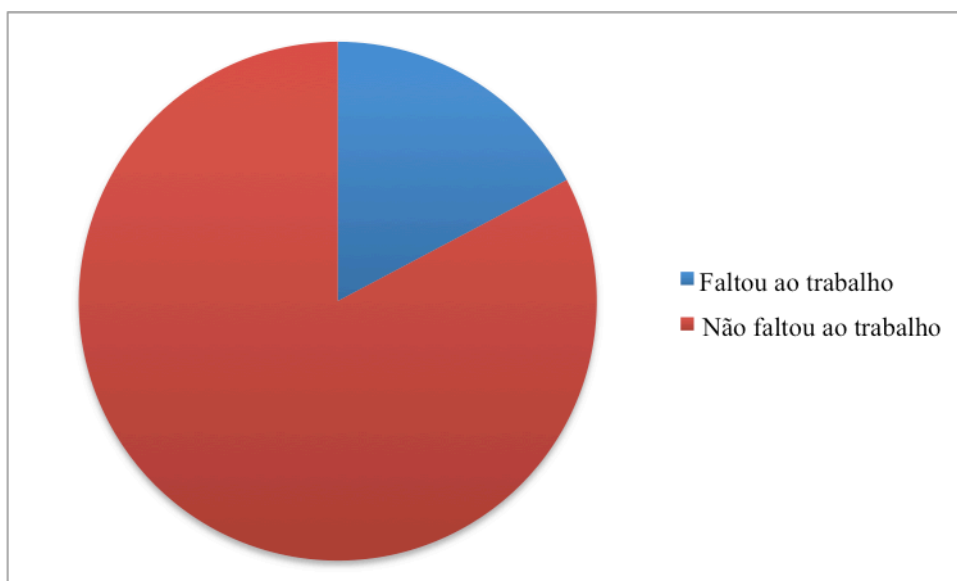


Figure 33. Absentismo laboral por motivos dentários.

Verificou-se que 6,8% (19) faltaram apenas uma vez, 6,1 % (17) faltaram duas vezes e 2,9 % (8) faltaram três vezes ou mais. Não responderam a esta questão 4 participantes no estudo (1,4%).

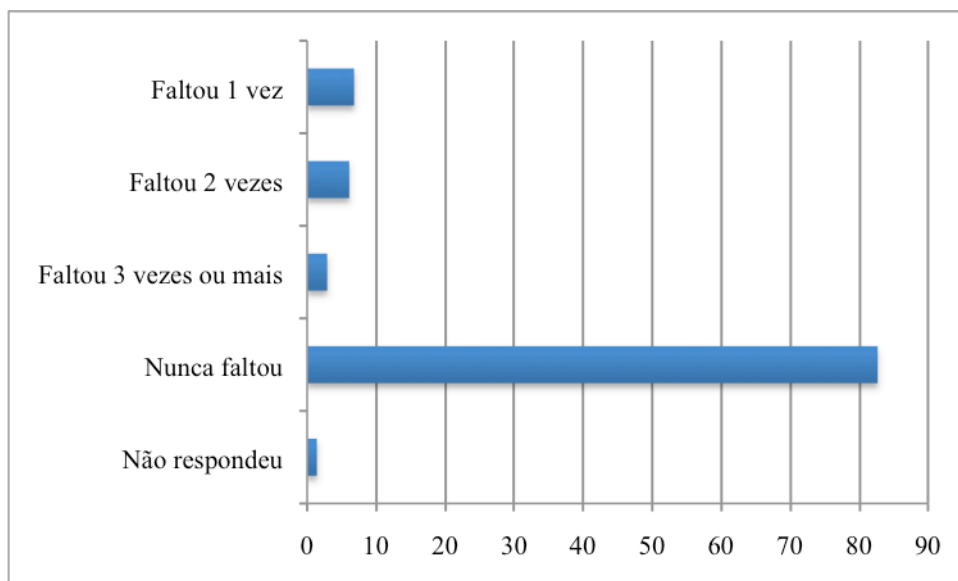


Figure 34. Absentismo laboral por motivos dentários (2).

5.2.27. Causa do absentismo laboral derivado de motivos dentários

Em relação ao motivo pelo qual o militar faltou ao trabalho, 6,5% (18) faltaram devido a dor de dentes, 2,5% (7) devido à consulta de revisão de aparelho dentário, 1,8% (5) justificaram a fratura dentária, 1,8 % (5) remoção de pontos, 1,8% (5) colocação de implante e 1,4% (4) cara inchada.

Table 8. Causas do absentismo laboral por motivos dentários.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Dor de dentes	18	6,5
Cara inchada	4	1,4
Fratura dentária	5	1,8
Remoção de pontos	5	1,8
Consulta de revisão de aparelho dentário	7	2,5
Colocação de implante	5	1,8
Nunca faltaram	230	82,7
Não responderam	4	1,4
Total	278	100,0

5.2.28. Constrangimento devido a problemas orais

Verificou-se que 66,9 % (186) afirmaram que nunca se sentiram constrangidos com a sua cavidade oral e 33,1 % (44) responderam o inverso.

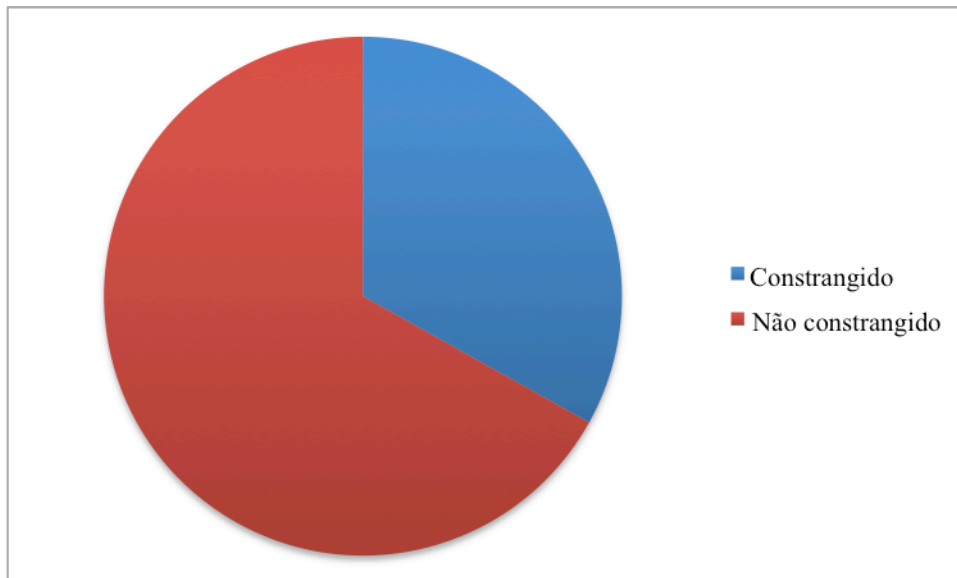


Figure 35. Constrangimento devido a problemas orais.

5.3. Hábitos alimentares

5.3.1. Refeições diárias habituais

Constatou-se que 32,4% (90) tomavam pequeno almoço, almoço, lanche e jantar; 29,1% (81) tomavam o pequeno almoço, almoço e jantar; 13,7% (38) tomavam pequeno almoço, meio da manhã, almoço, lanche e jantar; 11,5% (32) tomavam pequeno almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia; 5,8% (16) tomavam pequeno almoço, almoço, jantar e ceia; 5,8% (16) tomavam pequeno almoço, almoço, lanche, jantar e ceia; 1,1% (3) almoço, lanche, jantar e ceia e 0,7% (2) meio da manhã, almoço e jantar.

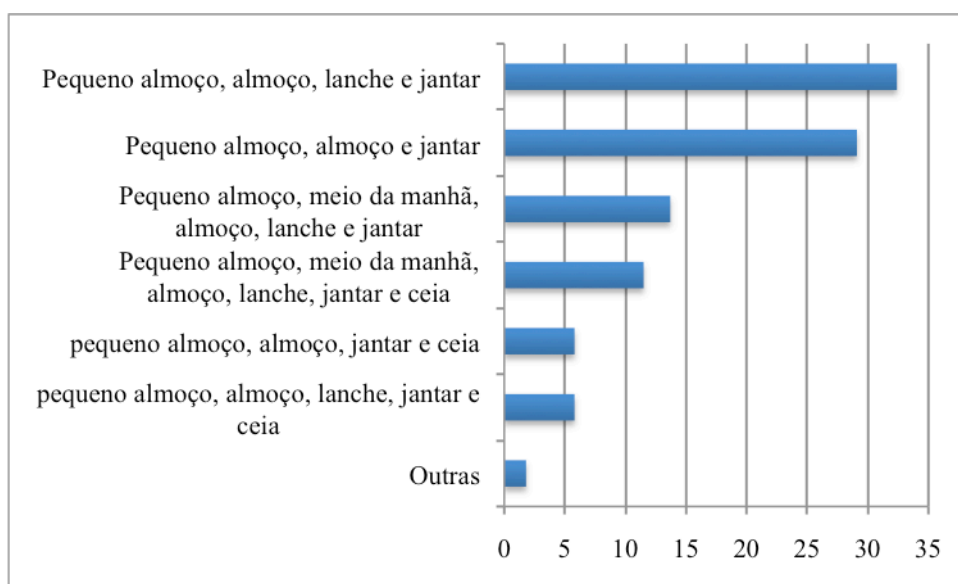


Figure 36. Refeições diárias habituais.

5.3.2. Ingestão de café e/ou chá

Verificou-se que 69,1% (192) bebiam café/chá todos os dias, 14,0% (39) bebiam ocasionalmente, 12,6% (35) bebiam frequentemente e 3,6% (10) nunca bebiam. Dois participantes não responderam a esta questão (0,7%).

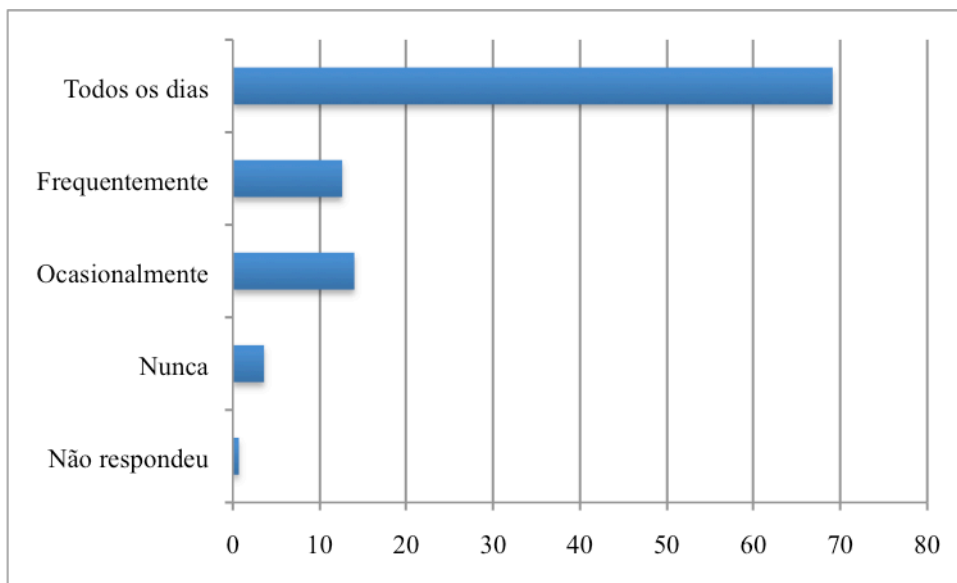


Figure 37. Hábitos de ingestão de café e/ou chá.

5.3.3. Hábito de comer antes de deitar

Dos militares, 42,1% (117) referiram não comer antes de se irem deitar; 45% (125) referiram comer às vezes; 6,8 % (19) frequentemente e 6,1% (17) consideraram sempre.

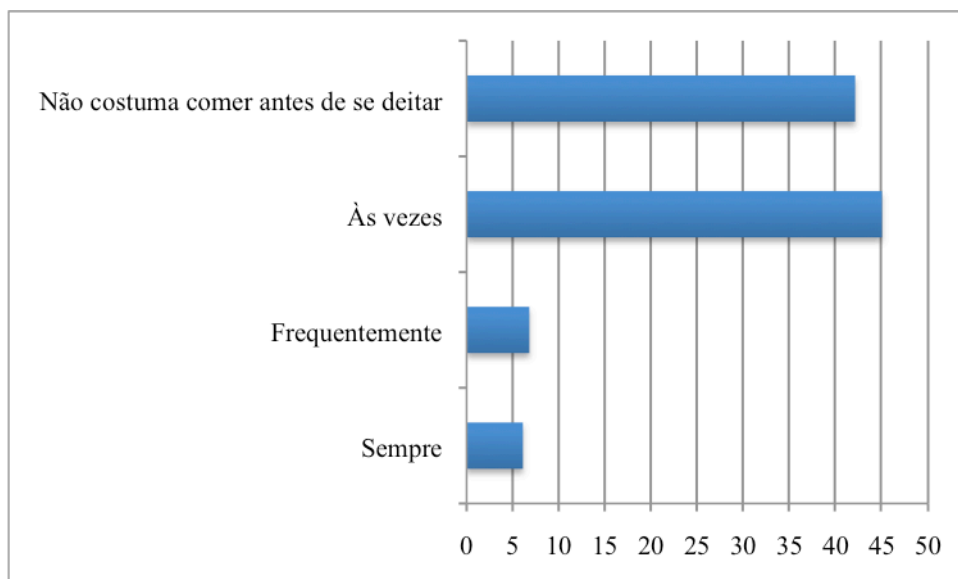


Figure 38. Hábito de comer antes de deitar.

5.3.4. Consumo de alimentos açucarados

Verificou-se que 71,2% (198) dos militares referiram consumir alimentos açucarados, e 28,8% (80) o inverso.

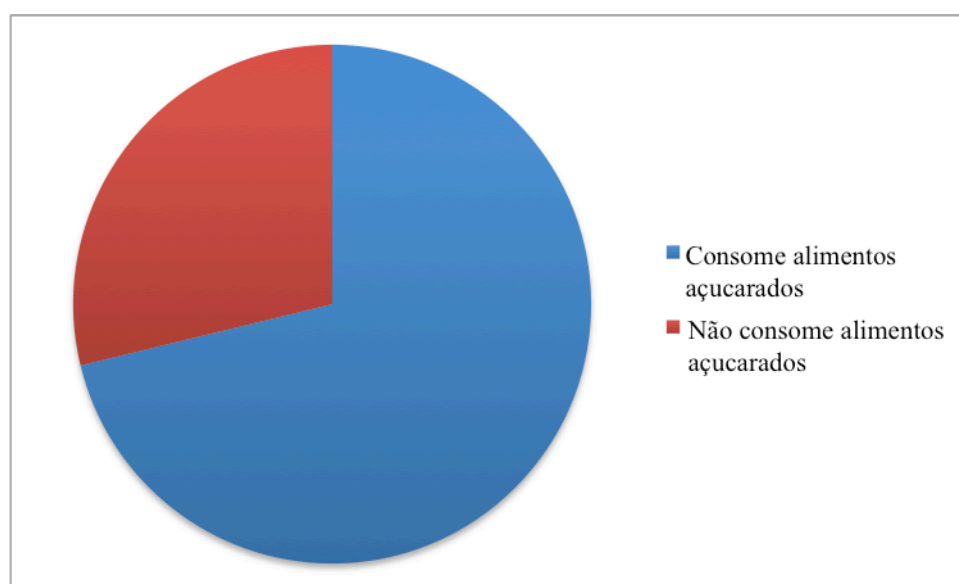


Figure 39. Consumo de alimentos açucarados.

5.3.5. Quantidade de vezes por dia que consomem alimentos açucarados

Dos 71,2% (198) militares que consumiam alimentos açucarados, 65,7% (130) faziam-no uma vez por dia, 25,3% (50) duas vezes ao dia, 9,1% (18) três ou mais vezes ao dia.

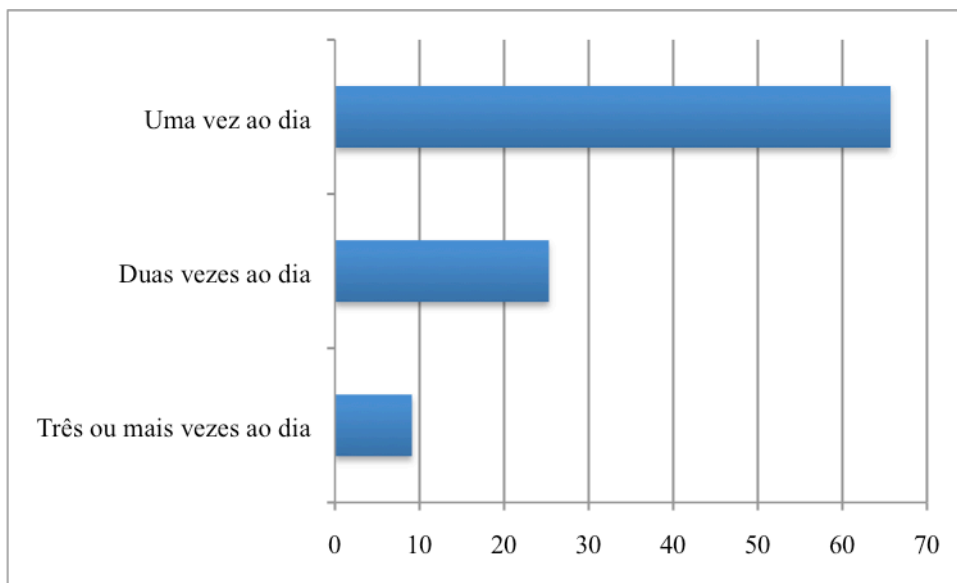


Figure 40. Quantidade de vezes diária de consumo de alimentos açucarados.

5.3.6. Consumo de água no navio

Verificou-se que 72,7% (202) bebiam água engarrafada quando estão no navio; 7,6% (21) bebiam das torneiras do navio; 7,2% (20) bebiam do bebedouro do navio; 2,5% (7) bebiam água engarrafada e das torneiras; 4% (11) bebiam engarrafada e do bebedouro do navio e 6,1% (17) dos participantes não responderam a esta questão dado que nunca navegaram.

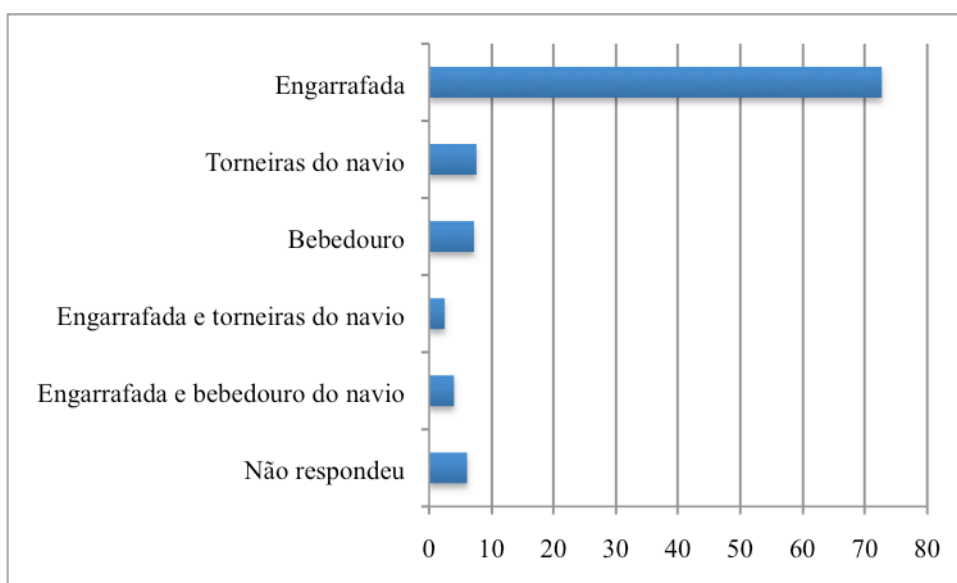


Figure 41. Consumo de água no navio.

5.4. Hábitos durante a navegação

5.4.1. Hábitos de escovagem a navegar

Verificou-se que 56,5% (157) mantinham os mesmos cuidados de higiene oral; 26,6% escovavam menos vezes os dentes; 10,1% (28) escovavam mais vezes e 0,4% (1) não responderam à questão.

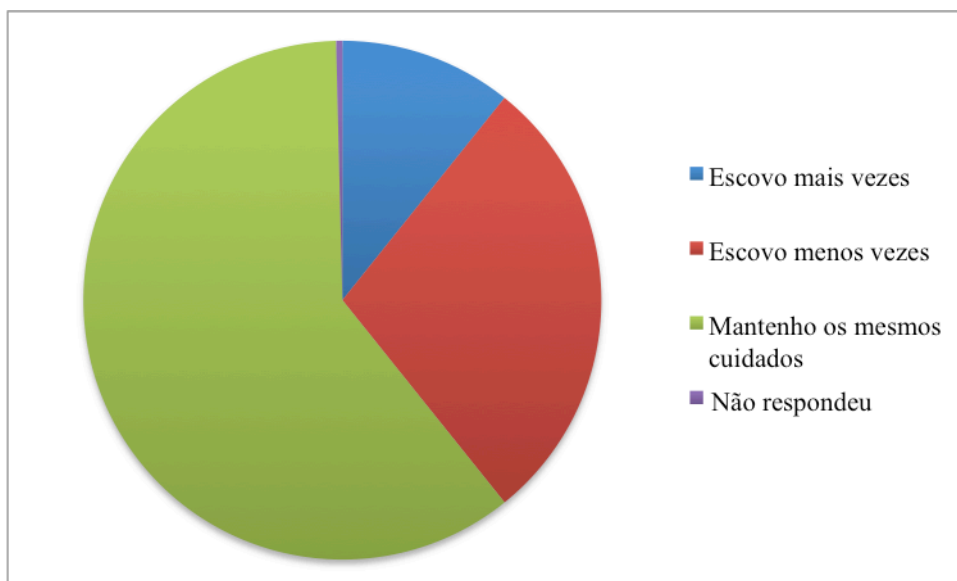


Figure 42. Hábitos de escovagem a navegar.

5.4.2. Frequência de escovagem em período de navegação

Relativamente à frequência da escovagem, 3,2% (9) dos militares não escovavam os dentes diariamente; 21,6% (60) escovavam uma vez ao dia; 43,5% (121) escovavam duas vezes ao dia e 25,5% (71) escovavam três ou mais vezes ao dia.

Dos participantes, 6,1% (17) ainda não tinham realizado a sua primeira navegação, não tendo respondido a esta pergunta.

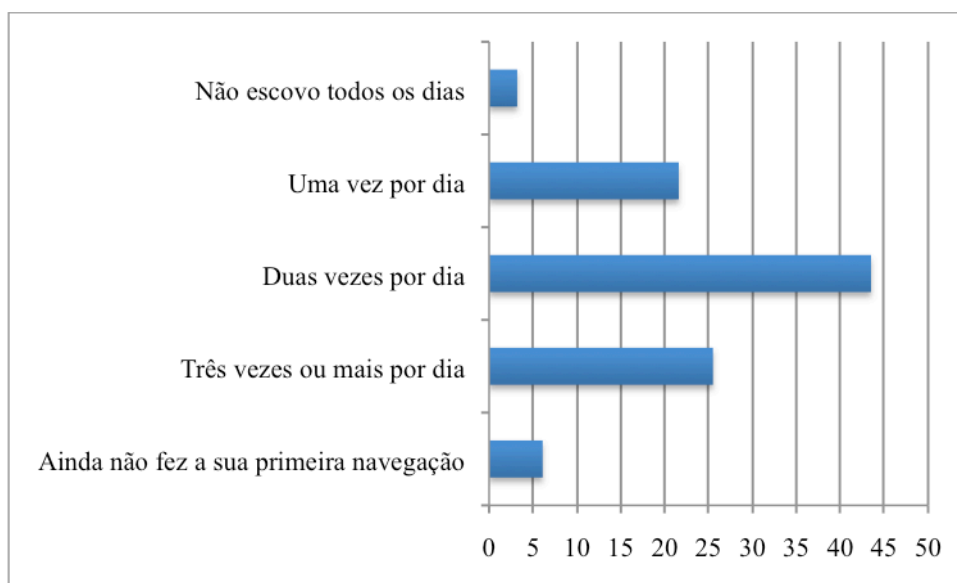


Figure 43. Frequência de escovagem em período de navegação.

5.4.3. Alturas do dia em que os militares escovam os dentes em períodos de navegação

Verificou-se que 29,9% (83) escovavam os dentes de manhã e ao jantar, 25,9% (72) escovavam de manhã, almoço e jantar; 14,7% (41) de manhã; 7,6% (21) ao almoço e jantar; 7,6% (21) ao jantar; 4,7% (13) de manhã, almoço, lanche e jantar; 1,8% (5) de manhã e almoço e 1,4% (4) ao almoço. Um participante (0,4%) não respondeu a questão e 6,1% (17) dos militares ainda não tinha realizado a sua primeira navegação, daí não terem respondido também a esta questão.

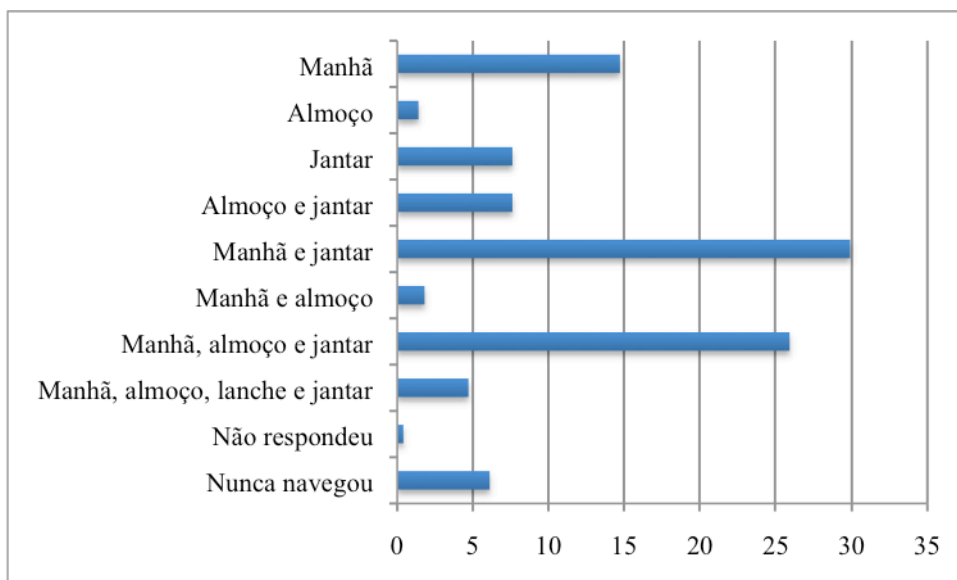


Figure 44. Alturas do dia em que os militares escovam os dentes quando a navegar.

5.4.4. Meios utilizados para higienizar os dentes a navegar

Verificou-se que 65,5% (192) utilizavam escova dentária manual e pasta dentífrica; 11,2% (31) escova dentária manual, pasta dentífrica e fio dentário; 6,8% (19) apenas escova dentária manual; 3,2% (9) escova dentária manual, pasta dentífrica e colutórios; 1,1% (3) escova dentária manual, pasta dentífrica, fio dentário e escovilhão, 2,8% (8) escova dentária manual, pasta dentífrica e escovilhão; 0,7 % (2) escova dentária manual, pasta dentífrica, palito e fio dentário; 0,7% (2) escova dentária elétrica e pasta dentífrica; 1,1% (3) escova dentária manual, pasta dentífrica e palito; e 0,7% (2) escova dentária elétrica, pasta dentífrica e fio dentário.

Como já referido, 6,1% (17) nunca navegaram, logo não responderam à questão.

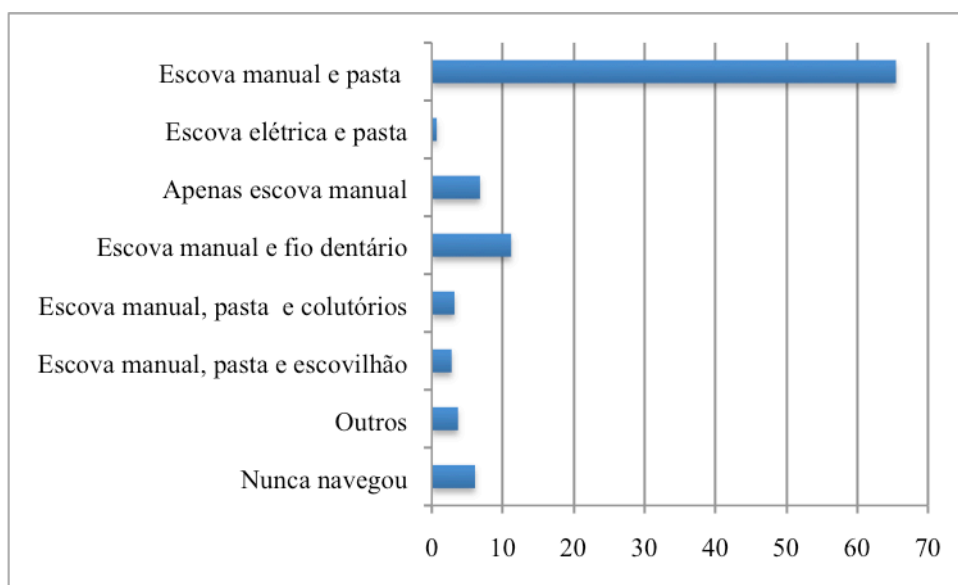


Figure 45. Meios utilizados para higienizar os dentes a navegar.

5.4.5. Opinião sobre a higiene oral a navegar

Foi questionado aos militares se consideravam que a sua higiene oral era pior a navegar. Verificou-se que 54,7% (152) não consideraram que a sua higiene oral fosse pior; 23,7% (66) consideraram que a sua higiene às vezes era pior e 15,5% (43) consideraram que a sua higiene oral era pior. Como 17 participantes nunca navegaram, 6,1% da amostra não respondeu à questão.

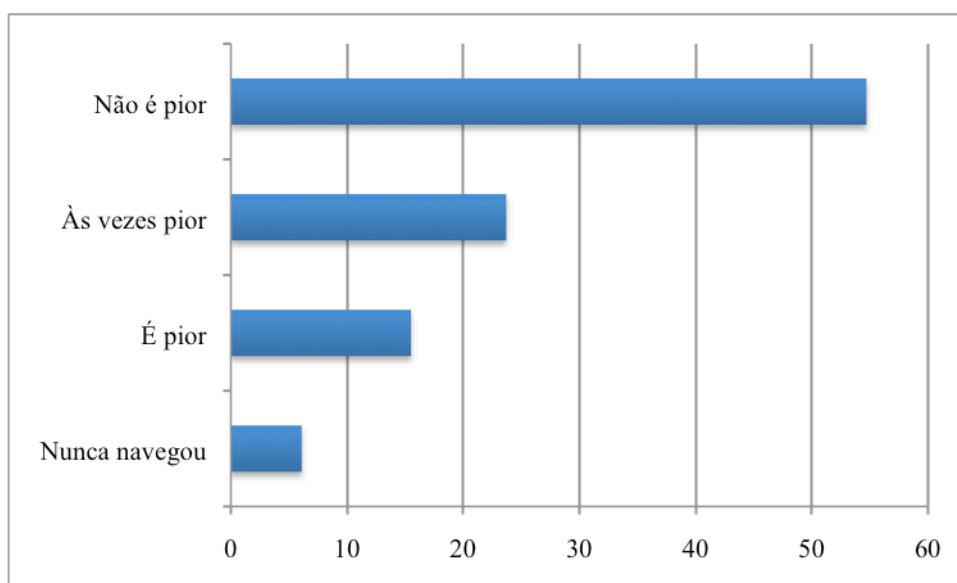


Figure 46. Opinião sobre a higiene oral a navegar.

5.4.6. Urgência dentária a navegar

No que se refere à ocorrência de urgência dentária a navegar, verificou-se que 84,5% (235) nunca tiveram uma urgência dentária a navegar, 9% (25) já tiveram urgência dentária.

Um participante (0,4%) não respondeu à questão e 6,1% (17) nunca navegaram, logo não responderam à questão.

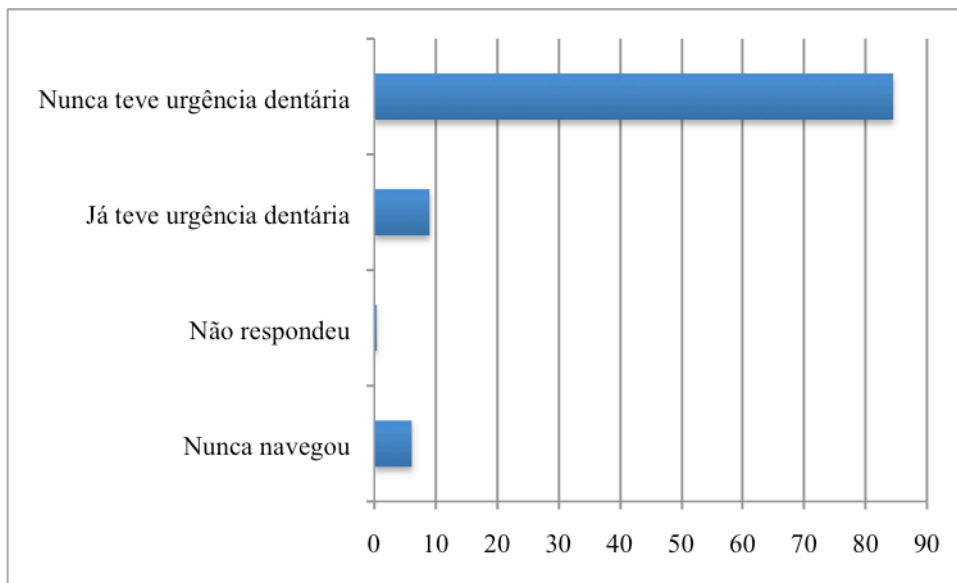


Figure 47. Urgência dentária a navegar.

5.4.7. Tratamento realizado em situações de urgência dentária a navegar

Relativamente ao tratamento realizado nas situações de urgência dentária a navegar, 9,4% (25) responderam afirmativamente a um episódio de urgência dentária, 0,4% (1) afirmaram que lhes foi administrada medicação e nunca mais tiveram problemas; 2,2% (6) tomaram a medicação e quando voltaram tiveram que ir ao médico dentista realizar o tratamento; 5,8% (16) não tomaram medicação e só fizeram tratamento após a navegação e 0,7% (2) foi-lhes administrada medicação e durante a navegação num dos portos atracados, foram a um consultório médico dentário.

Como já referido, um participante (0,4%) não respondeu à questão e 6,1% (17) nunca navegaram, logo não responderam à questão

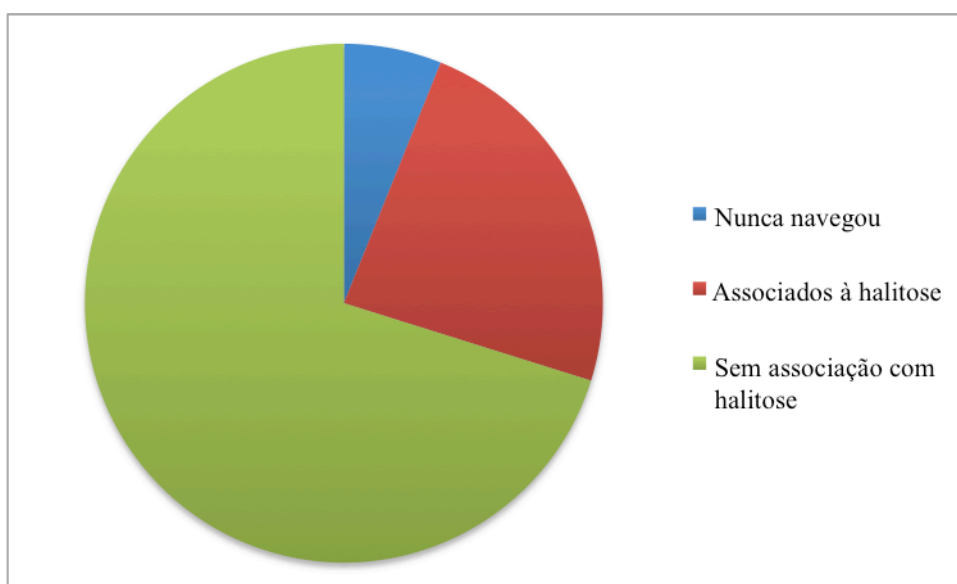
Table 9. Tratamento realizado em situações de urgência dentária a navegar.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Urgência dentária: “Deram-me medicação e nunca mais tive problemas”	1	0,4
Urgência dentária: “Deram-me medicação e quando voltei tive que ir ao dentista realizar o tratamento”	6	2,2
Urgência dentária: “Não tomei medicação, só fiz tratamento após a navegação”	16	5,8
Urgência dentária: “Deram-me medicação e durante a navegação, num dos portos fui ao dentista”	2	0,7
Nunca teve urgência dentária	235	84,5
Nunca navegou	17	6,1
Não respondeu	1	0,4
Total	278	100,0

5.4.8. Períodos de navegação e relação com a halitose

Verificou-se que 70,1% (195) não consideraram que os períodos de navegação pudessem estar associados a halitose e 23,7% (66) consideraram que estavam associados. Como 17 dos militares ainda não tinham realizado a sua primeira navegação, não responderam à questão (6,1%).

Table 10. Períodos de navegação e sua relação com a halitose.



5.4.9. Alteração dos hábitos tabágicos a navegar

Dos militares que tinham hábitos tabágicos, 69,1% (56) mantinham-nos a navegar e 30,9 % (25) aumentavam esses hábitos.

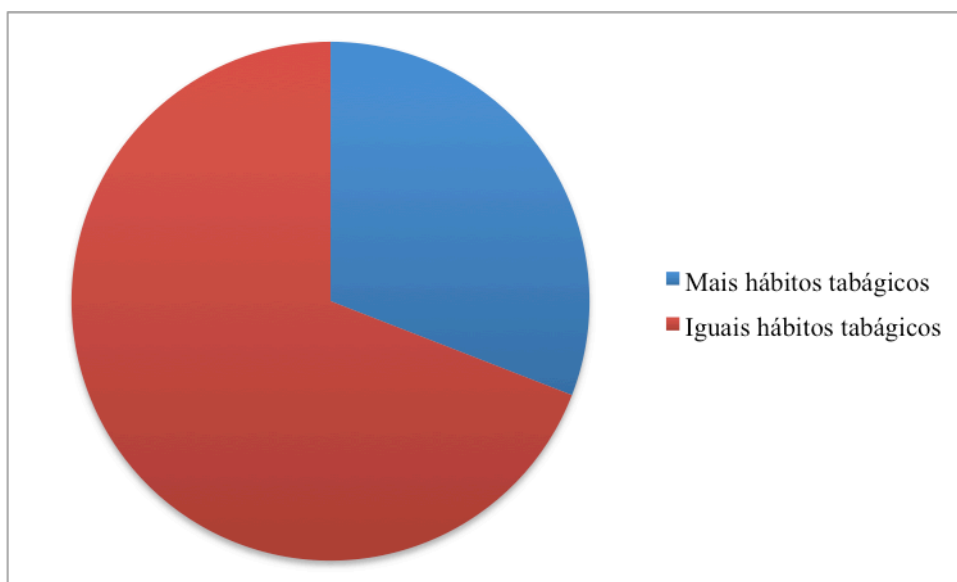


Figure 48. Alteração dos hábitos tabágicos a navegar.

5.4.10. Associação do sangramento gengival com longos períodos de navegação

Relativamente a esta questão, 82,4% (229) dos militares consideravam não sangrar mais das gengivas em longos períodos de navegação e 11,5% (32) consideravam sangrar mais. Como uma percentagem de militares ainda não navegou, 6,1% (17) não responderam à questão.

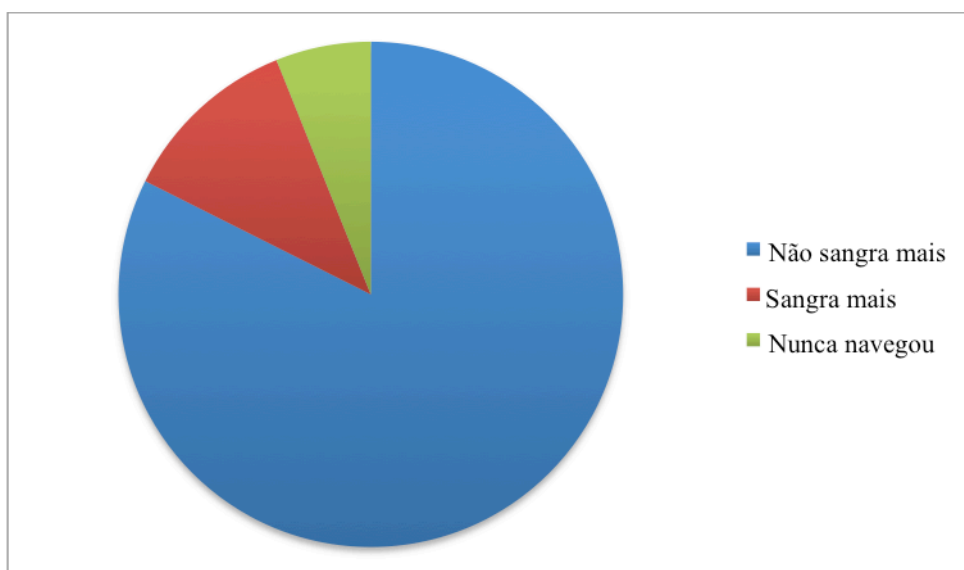


Figure 49. Associação do sangramento gengival com longos períodos de navegação.

5.4.11. Hábitos alimentares a navegar

Verificou-se que 50% (139) consideravam que os seus hábitos alimentares tornavam-se piores; 28,1% (78) consideravam que os seus hábitos alimentares mantinham-se semelhantes; 15,8% (44) consideravam que se tornavam melhores e 6,1% (17) não responderam porque ainda não tinha realizado a sua primeira navegação.

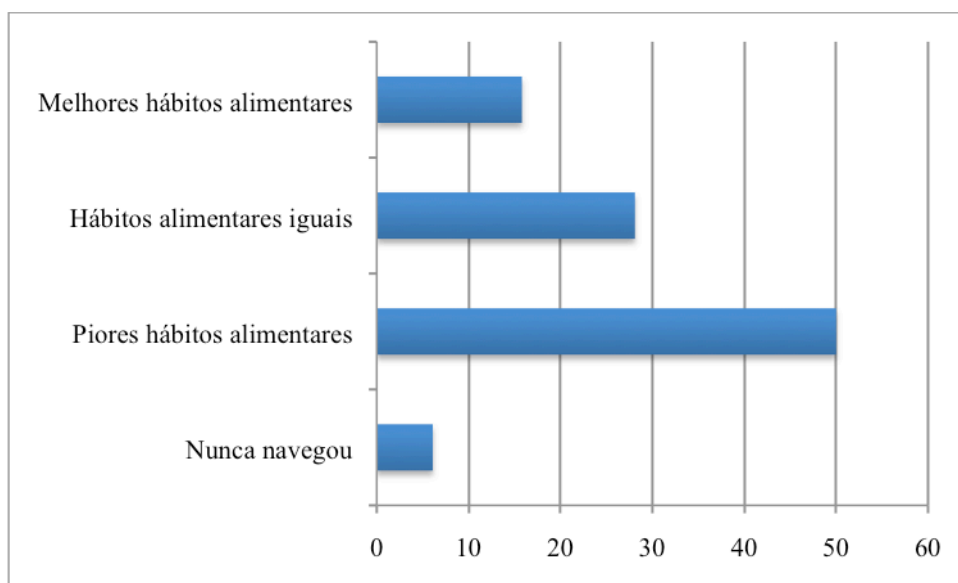


Figure 50. Hábitos alimentares a navegar.

5.4.12. Alteração da quantidade de refeições durante uma navegação

Verificou-se que 37,4% (104) faziam sempre a mesma quantidade de refeições quando a navegar, 28,8% (80) às vezes, 21,9% (61) frequentemente, 5,8% (16) nunca fazia a mesma quantidade de refeições e 6,1% (17) não responderam a esta questão dado que ainda não tinham realizado a sua primeira navegação.

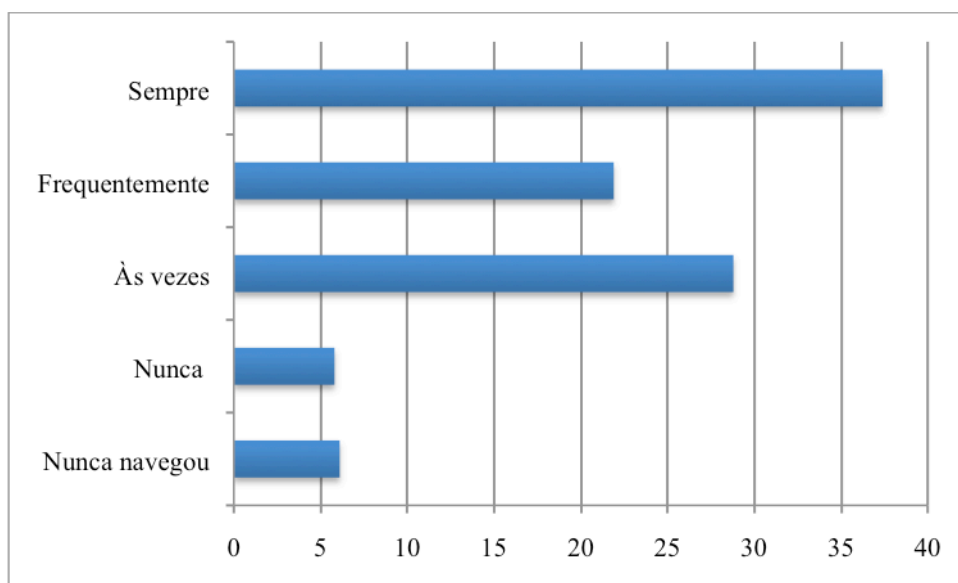


Figure 51. Alteração da quantidade de refeições durante a navegação.

5.4.13. Alteração da qualidade e/ou variedade das refeições durante a navegação

Dos militares abordados, 35,6% (99) consideraram que às vezes faziam refeições com a mesma qualidade/variedade durante as navegações; 22,7% (63) consideravam que faziam sempre; 22,7% (63) frequentemente; 13% (36) nunca faziam refeições com a mesma qualidade/variedade e 6,1% (17) não responderam a esta questão dado que ainda não tinham realizado a sua primeira navegação.

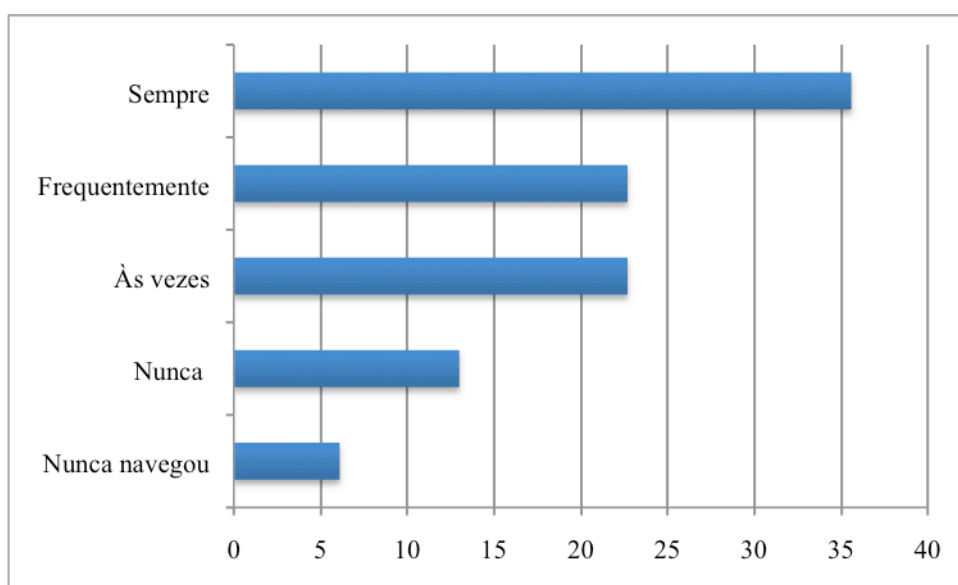


Figure 52. Alteração da qualidade e/ou variedade das refeições durante a navegação.

5.4.14. Opinião sobre a navegação prejudicar a sua saúde oral

Verificou-se que 73,4% (204) não consideravam que a navegação prejudicasse a saúde oral em geral e 26,5% (74) responderam contrariamente e 6,1% (17) não responderam dado que não navegaram.

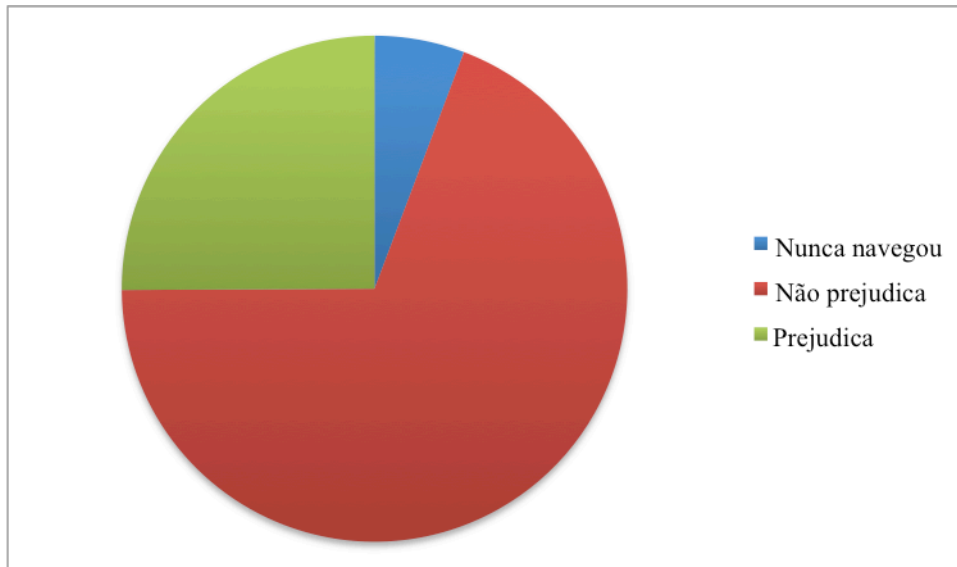


Figure 53. Opinião sobre a navegação prejudicar a saúde oral.

Verificou-se que 10,4% (29) justificaram a falta de tempo devido aos horários alterados, sendo o descuido maior, 3,6% (10) referiram ser a alimentação menos fresca e com menor variedade e alteração dos hábitos alimentares o motivo, 1,8% (5) referiram o cansaço, 1,8% (5) o maior consumo de açúcar, 1,1% (3) os enjoos/vômitos, 0,4% (1) a água de má qualidade, 0,4% (1) os horários alterados juntamente com alimentação diferente e 0,4% (1) a falta de condições.

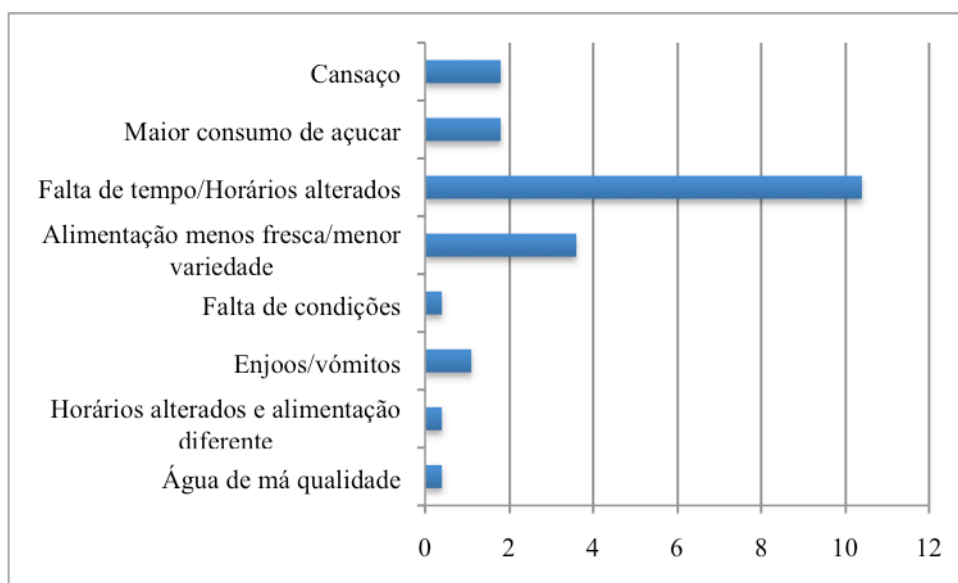


Figure 54. Motivos do pioramento da higiene oral durante a navegação.

5.5. Comparação da frequência de escovagem em período normal com o período de navegações

Observou-se que o número de militares que não escovavam os dentes todos os dias ou que escovam apenas uma vez por dia aumentou, e em contrapartida o número de militares que escovavam duas ou mais vezes por dia diminuiu.

Ou seja, no que se refere aos militares que não escovavam os dentes diariamente, o seu valor aumentou de 1,8% para 3,4%, os que escovavam apenas uma vez por dia, o seu valor aumentou de 16,5% para 23%. Os indivíduos que escovavam duas vezes por dia passaram de 52,2% a 46,4% quando a navegar, e três vezes ou mais por dia de 29,5% para 27,2%.

De referir mais uma vez que a amostra (N) dos indivíduos a navegar foi de 261 militares ao invés de 278, dado que houve um grupo de militares que ainda não tinha realizado a sua primeira navegação. No entanto, essa situação foi tida em conta aquando da colocação das percentagens.

Table 11. Comparação da frequência de escovagem em período normal com o período de navegação.

	Percentagem	Percentagem
	(%)	(%)
	Sem navegar	A navegar
Não escovo todos os dias	1,8	3,4
Uma vez por dia	16,5	23
Duas vezes por dia	52,2	46,4
Três ou mais vezes por dia	29,5	27,2
Total	100,0	100,0

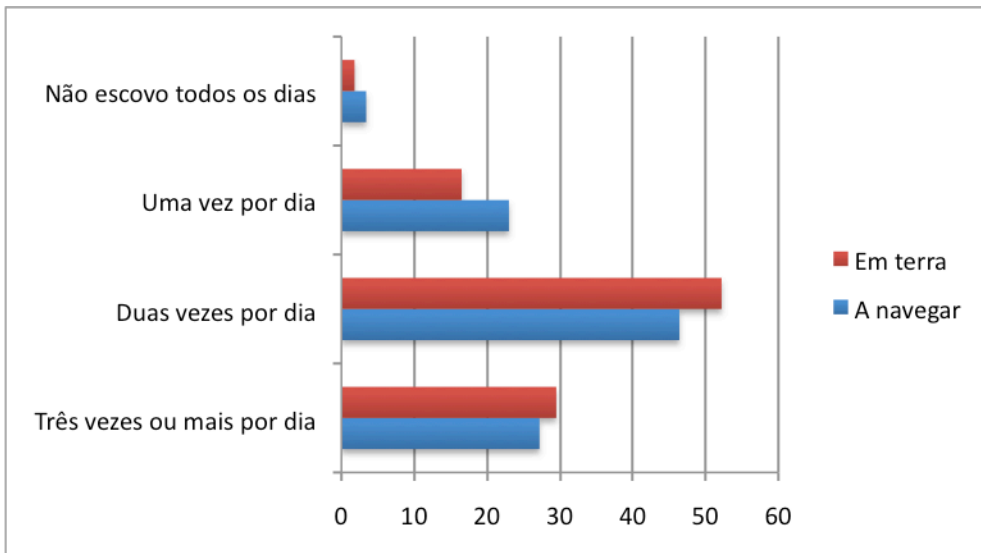


Figure 55. Comparação da frequência de escovagem em período normal com o período de navegação.

5.6. Comparação das alturas do dia em que escovam os dentes

Relativamente à altura do dia em que os militares escovam os seus dentes, a percentagem de militares que escovavam apenas de manhã, aumentou de 9% para 15,8%, de manhã e ao jantar diminuiu de 41,7% para 31,9%. Em contrapartida, mais militares passaram a escovar os dentes de manhã, almoço, lanche e jantar (de 1,8% para 5%). Alterações ainda menos significativas fizeram-se observar de manhã, almoço e jantar, cujo valor diminuiu de 29,5% para 27,7%, almoço e jantar de 8,3% para 8,1%, de manhã e ao almoço aumentou de 1,1% para 1,9%, só almoço de 1,4% para 1,5% e só jantar de 7,2% para 8,1%.

Novamente houve um grupo de militares (17) que ainda não tinha realizado a sua primeira navegação e um participante que navegava não respondeu a esta questão (0,4%).

Table 12. Comparação das alturas em que os militares escovam os dentes em período normal com o período de navegação.

	Percentagem	Percentagem
	(%)	(%)
	Sem navegar	A navegar
Manhã, almoço e jantar	29,5	27,7
Manhã e almoço	1,1	1,9
Manhã e jantar	41,7	31,9
Almoço e jantar	8,3	8,1
Manhã	9	15,8
Almoço	1,4	1,5
Jantar	7,2	8,1
Manhã, almoço, lanche, jantar	1,8	5
Total	100,0	100,0

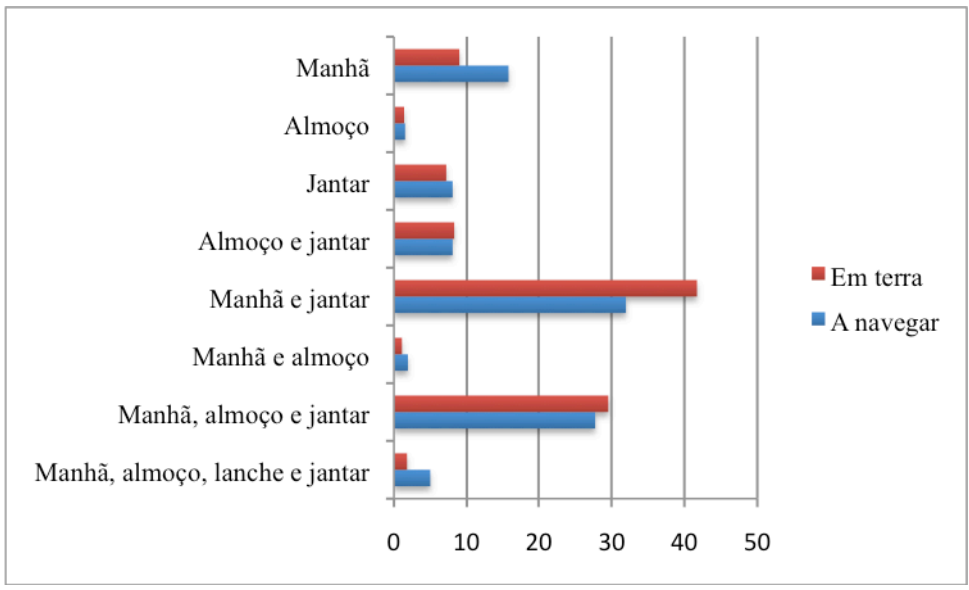


Figure 56. Comparação das alturas em que os militares escovam os dentes em período normal com o período de navegação.

5.7. Comparação do tipo de material utilizado para a escovagem em período normal e período de navegação

O uso da escova dentária manual e a pasta dentífrica aumentou de 55% para 69,7%. O uso da escova dentária manual, pasta dentífrica e fio dentário, diminuiu de 25,2% para 11,2%. O uso da escova dentária elétrica e pasta dentífrica diminuiu de 3,2% para 0,8%. O uso da escova dentária manual sem outros meios adicionais, aumentou de 3,2 % para 7,3%. O uso da escova dentária manual e escovilhão aumentou de 1,8% para 3,1%. O uso de escova dentária manual e colutórios aumentou de 0,7% para 3,5%.

Tal como nas situações anteriores houve um grupo de milhares que ainda não tinha realizado a sua primeira navegação.

Table 13. Comparação do material utilizado para a escovagem em período normal com o período de navegação.

	Percentagem (%) Grupo II_3	Percentagem (%) Grupo IV_4
Escova manual e pasta	55,0	69,7
Escova elétrica e pasta	3,2	0,8
Só escova manual	3,2	7,3
Escova manual, pasta e fio dentário	25,2	11,9
Escova manual, pasta e colutórios	0,7	3,5
Escova manual, pasta e escovilhão	1,8	3,1
Outros	10,9	3,7
Total	100,0	100,0

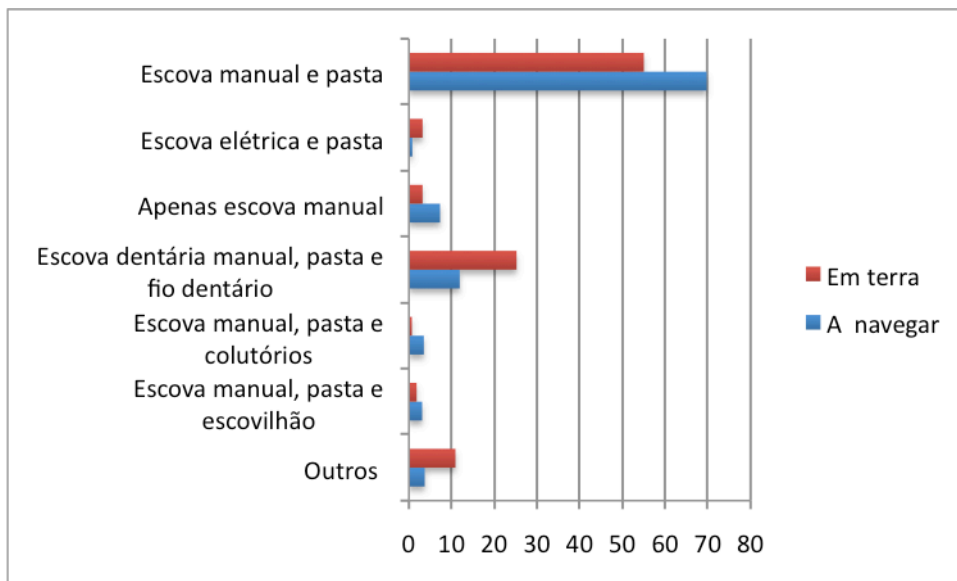


Figure 57. Comparação do material utilizado para a escovagem em período normal com o período de navegação.

5.8. Análise intra oral

5.8.1. Índice de CPOD

Na análise intraoral para o índice CPOD estiveram presentes 276 militares.

Neste estudo observou-se que a média de dentes cariados, perdidos e obturados foi de 8,46 (desvio padrão de 5,3).

A média de dentes cariados de foi 0,76 (desvio padrão de 1,4). A média de dentes perdidos foi 1,73 (desvio padrão 2,3). A média de dentes obturados foi 6,03 (4,3).

Observou-se igualmente que 55,8% (154) dos militares tinham falta de dentes naturais, 39,5% (109) tinham dentes cariados e 89,9% (249) tinham dentes obturados.

Constatou-se também que 4% (11) dos militares observados tinham traumatismos dentários e 7,2% (20) selantes de fossas e fissuras.

5.8.2. Índice de placa de *Silness and Loe*

Na análise intraoral do índice de placa de *Silness and Loe* estiveram presentes 276 militares.

Foi observado o seguinte, relativamente à prevalência:

- 3,15% apresentaram “valor zero”;
- 19.9% apresentaram “valor um”;
- 57.0 % apresentaram “valor dois”;
- 51.8 % apresentaram “valor três”.

5.9. Comparação entre o Índice de CPOD e Índice de *Silness and Loe*

Foi usada a correlação de *Spearman* para avaliar a correlação entre o índice CPOD do número de dentes cariados, dentes perdidos e obturados com o índice *Silness and Loe* do número de faces.

Relativamente às correlações entre o índice de CPOD e *Silness and Loe* apenas uma correlação foi estatisticamente significativa. O índice CPOD do número de dentes perdidos está positivamente correlacionado com o índice *Silness and Loe* para o número total de faces. Isto é, quanto maior o índice de CPOD do número de dentes perdidos maior é o índice *Silness and Loe* para o número total de faces ($r_s = 0.152$; $p = 0.011$).

6. DISCUSSÃO

6. Discussão

O presente estudo foi realizado com uma amostra representativa dos militares da MGP, nos consultórios dentários do CMN e ETNA, na BNL.

Encontrámos uma saúde oral adequada, o que se associou ao atendimento dentário em intervalos regulares a que os militares estão sujeitos aos Centros Médicos na Base Naval, devido à prontidão necessária para qualquer serviço ou missão. Também contribuem para um certo nível de saúde oral a ausência de custo das consultas do estabelecimento hospitalar militar ou estatal do país onde prestam serviço, havendo maior propensão para procurar o médico dentista para consultas de rastreio e de prevenção.^(4, 30-32, 122) O acordo da ADM com inúmeras clínicas privadas também é uma mais-valia para os militares, dado que alguns realizam tratamentos no privado.⁽⁴⁾

Na condução da recolha de dados não ocorreu nenhuma limitação, já que encontrámos sempre apoio por parte do CMN e ETNA, da BNL. No entanto, ao pesquisar na literatura para comparar os nossos resultados, encontrámos um número limitado de artigos de saúde oral em populações militares. No que se refere à população portuguesa, foi sobretudo o Barómetro Nacional de Saúde Oral 2014, através de 1102 entrevistas válidas em Portugal incluindo regiões autónomas, que nos forneceu determinados dados relativamente à população portuguesa.⁽¹²³⁾ Porém, artigos consultados sobre o CPOD da população portuguesa referiam-se sobretudo à população escolar. Também o índice de *Silness and Loe* é pouco utilizado em Portugal.

6.1. Mulheres na Marinha

Em termos estatísticos, a percentagem de mulheres nas Forças Armadas portuguesas é de cerca de 13%, sendo 9% na Marinha, 13% no Exército e 16% na Força Aérea.⁽¹²⁴⁾ Neste estudo, as mulheres militares da Marinha ocuparam 8,3% do total da amostra, o que está em consonância com a percentagem de mulheres na Marinha.

6.2. Frequência de escovagem

Num estudo realizado com 393 militares israelitas verificou-se que 29,5% escovavam os seus dentes uma vez por dia, 67,2% duas vezes por dia e 3,3% três ou mais vezes por dia.⁽¹²⁵⁾ Em 349 militares da Jordânia, observou-se que 57% escovavam os dentes uma vez por dia, 14,3% escovavam duas vezes por dia e 1,7% escovavam três vezes por dia e 26,9% nunca escovavam.⁽¹²⁶⁾

Em 284 militares do Exército da Malásia foi observado que 5,6% escovavam os seus dentes uma vez ao dia, 49,6% duas vezes ao dia e 43% mais de duas vezes ao dia.⁽¹²⁷⁾

Na amostra estudada, constatou-se que 1,8% dos militares escovavam uma vez por dia ou menos, 52,2% escovavam os dentes duas vezes ao dia e 19,5% três vezes ao dia.

O Barómetro Nacional de Saúde Oral 2014 concluiu que 97,3% dos portugueses têm por hábito escovar os dentes, sendo que 73,4% fazem-no mais de duas vezes por dia. Também se deduz que 2,7% não têm o hábito de escovar os dentes.⁽¹²³⁾

Dentro da Marinha, há grupos com características especiais - é o caso dos submarinistas cujas condições dentro dum submarino não podem ser as mesmas que numa fragata, dada os espaços serem muito confinados. Foi estimado que quase metade dos submarinistas americanos escovava os dentes menos de uma vez por dia.^(128, 129)

6.3. Uso de fio dentário

Numa amostra de 284 militares do Exército da Malásia foi observado que 6,7% utilizavam o fio dentário diariamente e 4,6% pelo menos uma vez por semana.⁽¹²⁷⁾

Na amostra estudada, constatou-se que 42,8% dos militares utilizavam fio dentário, sendo que 10,1% utilizavam-no diariamente e 32,7% uma a duas vezes por semana.

O Barómetro Nacional de 2014 referiu que 23,8% dos portugueses usa fio dentário.⁽¹²³⁾

Verificou-se que os militares da Marinha Portuguesa tinham um hábito maior de utilizar o fio dentário relativamente aos militares da Malásia.⁽¹²⁷⁾

6.4. Tipo de escova

Num grupo de 123 jovens militares israelitas, verificou-se que 52% escovavam os seus dentes com cerdas duras.⁽⁶⁷⁾

Na amostra estudada, constatou-se que 8,6% usavam escovas com cerdas duras.

Esta comparação de resultados demonstra que os nossos militares estão mais sensibilizados ao uso de cerdas suaves e médias na higienização, o que contribui para uma boa saúde oral.

6.5. Última consulta no dentista

Num estudo realizado com 393 militares israelitas verificou-se que 40,6% visitaram o dentista há menos de um ano, 48,7% entre um a três anos e 10,7 % há mais de três anos.^(125, 130) Em 349 militares da Jordânia, observou-se que 24,9% visitaram o dentista há menos de um ano.⁽¹²⁶⁾ Em 912 militares da Croácia verificou-se que 78% dos militares visitaram o dentista em menos de um ano.⁽²⁴⁾ Em 284 militares da Malásia foi observado que 5,6% iam ao dentista a cada seis meses e 8,1% uma vez por ano.⁽¹²⁶⁾

Na amostra estudada, constatou-se que a maior parte dos militares (91%) referiu que a sua última consulta foi há menos de um ano, 7,6% entre um e três anos e 1,1% há mais de dois anos.

Os valores da população portuguesa não militar, segundo o Barómetro Nacional de 2014, diz-nos que 17,9% dos portugueses vão menos de uma vez por ano, 29,4%, 13,8% vão duas vezes por ano e 9,5% vão várias vezes ano.⁽¹²³⁾

Constata-se que os militares da Marinha Portuguesa iam mais regularmente à consulta de Medicina Dentária quando comparados com militares de outros países e com a população portuguesa não militar, o que deverá contribuir para uma melhor saúde oral.^(123, 125, 126, 130)

6.5.1. Motivo da última consulta

Num estudo realizado em 284 militares da Malásia verificou-se que 27,4% referiram que o motivos da sua última consulta foram “rotina” e 49,7% referiram “a presença de sintomas dentários”.⁽¹²⁷⁾

Na amostra estudada, constatou-se que 75,2% dos militares referiram “rotina” como motivo, 3,2% estética, 2,5% dor de dentes e 2,5% tratamento de cáries.

Numa amostra da população portuguesa não militar de 130 participantes, 39,2% afirmaram que o motivo da última consulta foi “rotina”, 36,9% dor de dentes, 3,1% estética, 2,3% tratamento de cáries e 11,5% destartarização.⁽¹³¹⁾

Constata-se que os militares da Marinha portuguesa estão mais sensibilizados no comparecimento de consultas de rotina e prevenção.

6.6. Caracterização dos médicos dentistas navais pelos pacientes

Os médicos dentistas navais do nosso estudo foram considerados de forma geral por aspetos positivos segundo os militares (90,3%). Apenas 9,7% dos militares caracterizaram-nos de forma negativa.

Segundo o Barómetro Nacional de 2014, cerca de 93,5% dos portugueses estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o seu médico dentista.⁽¹²³⁾

Os médicos dentistas navais devem estar alertados da importância da interação com o paciente para a obtenção da completa satisfação, pois em casos de pacientes com problemas dentários mais graves e com necessidades de tratamento urgente, se o seu grau de satisfação for baixo, não voltarão aos próximos tratamentos com tanta motivação, o que aumentará a probabilidade de virem a ter problemas orais mais graves.

6.7. Presença de halitose e sangramento à escovagem

Num grupo de 123 jovens militares israelitas, 37,4% referiram a presença de halitose. Na amostra estudada, verificou-se que 20,5% referiram a presença de halitose.⁽⁶⁷⁾

Relativamente ao sangramento à sondagem, no mesmo grupo de militares israelitas, 27,6% referiram ter sangramento gengival aquando da escovagem.⁽⁶⁷⁾ Na amostra estudada, constatou-se que 23% de militares tinham sangramento à escovagem.

6.8. Utilização de prótese dentária

Num estudo efetuado em 2160 militares indianos, dividiu-se as idades em dois grupos, obtendo-se as seguintes prevalências no que diz respeito ao uso de prótese removível: 7,2% dos 18 aos 35 anos e 13,3% dos 36 aos 59.⁽¹³²⁾ Num grupo de 911 militares japoneses observados, 4% utilizavam prótese removível.⁽¹³³⁾ Num outro estudo realizado em 223 militares dinamarqueses, nenhum usava prótese removível.⁽¹³⁴⁾ Em 9455 militares americanos observou-se uma prevalência de prótese removível de 3,01%.⁽¹³⁵⁾

Na amostra estudada observou-se que 9% dos militares usavam prótese removível.

Verificou-se que a prevalência da utilização de prótese removível nos militares portugueses era maior que militares de outros países (Japão, Dinamarca, Índia e Estados Unidos da América).^{(133) (134) (132) (135)}

6.9. Presença de hábitos tabágicos

A prevalência de fumadores militares, mostra algumas variações consoante os países.

Numa população militar de 393 israelitas verificou-se que 30,8% eram fumadores.⁽¹²⁵⁾ Num estudo realizado em 10500 militares da Arábia Saudita verificou-se que cerca de 35% dos militares fumavam e que os militares da Marinha tinham maior risco de serem fumadores correntes e a Força Aérea menor risco.⁽¹³⁶⁾ De referir que a Arábia Saudita é um país onde o tabagismo é considerado socialmente indesejável por razões religiosas e culturais.⁽¹³⁷⁾ ; em 560 soldados do Reino Unido verificou-se que 31,3% eram fumadores⁽¹³⁸⁾; em 6181 soldados americanos verificou-se uma prevalência de 38% fumadores.⁽¹³⁹⁾; em 2228 militares do Japão verificou-se que 50,5% dos militares fumavam, sendo que 18,8% fumavam 21 ou mais cigarros por dia⁽¹⁴⁰⁾ ; em 349 militares da Jordânia, observou-se que a prevalência de militares fumantes era 59,3%⁽¹²⁶⁾ ; em militares do Exército da Lituânia verificou-se taxas elevadas de fumadores – cerca de 70%⁽¹⁴¹⁾; em 274 militares na Grécia verificou-se que a taxa de fumadores rondava os 59,5%⁽¹⁴²⁾; em 450 militares da Itália, 54,4% eram fumadores⁽¹⁴³⁾; em 990 militares do Exército da França, 54,1% fumavam⁽¹⁴⁴⁾; na Polónia verificou-se uma prevalência de 40-65% de militares fumadores⁽¹⁴⁵⁾; em 596 militares

da Síria observou-se uma prevalência de 43,2-55,1% fumadores⁽¹⁴⁶⁾; em 1822 militares da Turquia verificou-se que 63,7% eram fumadores⁽¹⁴⁷⁾; em 284 militares da Malásia foi observado que 70% dos militares do Exército eram fumadores.⁽¹²⁷⁾

Na amostra estudada, constatou-se que 31,7% eram fumadores, sendo que 6,1% fumavam 19 ou mais cigarros diários.

O último Inquérito Nacional de Saúde (INS) revelou uma prevalência de fumadores, diários e ocasionais (dados ponderados para a população portuguesa residente em Portugal, com 15 ou mais anos), de 20,9%.^(148, 149)

Nas várias amostras estudadas, constata-se que na Marinha Portuguesa a percentagem de militares fumadores (31,7%) encontra-se no grupo das mais baixas quando comparanda com os restantes países.^(128, 138, 141, 142, 126, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 127)

Porém, quando comparada com a população portuguesa, tem uma prevalência mais alta.^(148, 149)

6.10. Presença de hábitos alcoólicos

Numa amostra de 2228 militares japoneses, 82,6% tinham hábitos alcoólicos.⁽¹⁴⁰⁾

Na amostra estudada, constatou-se que 66,8% tinham hábitos alcoólicos. Num inquérito nacional de saúde realizado entre 2001-2007, cerca de 79,1% da população portuguesa declarou ter hábitos alcoólicos nos últimos 12 meses.⁽¹⁵⁰⁾

Há uma menor prevalência de hábitos alcoólicos entre os militares portugueses comparativamente com os japoneses⁽¹⁴⁰⁾ e com a população portuguesa em geral.⁽¹⁵⁰⁾ No entanto, estamos ainda perante valores elevados.

6.11. Perceção da saúde oral

Numa população militar de 393 israelitas verificou-se que 46,3% consideraram ter uma higiene oral razoável, 43% boa higiene oral e 10,3% pobre.⁽¹²⁵⁾

Na amostra estudada, constatou-se que 53,3% dos militares consideraram ter uma saúde oral razoável, 41,4% consideraram boa e 5,4% pobre.

Os valores da amostra estudada comparativamente com os militares israelitas são semelhantes relativamente à percepção da saúde oral, sendo que cerca de metade considerava ter uma higiene oral razoável a boa.⁽¹²⁵⁾

6.12. Funções diminuídas por motivos orais e absentismo laboral

Na amostra estudada, constatou-se que 11,2% dos militares já sentiram as suas funções diminuídas por motivos orais e a taxa de absentismo laboral também por motivos orais ronda os 15,9%.

Segundo o Barómetro Nacional de Saúde Oral, 25,6% dos portugueses já deixaram ou alteraram as suas atividades diárias normais por causa de um problema de saúde oral e a taxa de absentismo laboral rondou os 23,3%.⁽¹²³⁾

Comparativamente à população portuguesa em geral, os militares observados têm menor prevalência de funções diminuídas por motivos orais (11,2% ao invés de 25,6%) e menor taxa de absentismo laboral por motivos orais (15,9% ao invés de 23,3%).⁽¹²³⁾

6.13. Constrangimento devido a problemas orais

Na amostra estudada, constatou-se que 33,1% dos militares já se sentiram constrangidos devido a motivos orais.

Segundo o mesmo Barómetro, 18% dos portugueses já se sentiram envergonhados devido à aparência dos seus dentes.⁽¹²³⁾

Comparativamente à população portuguesa, constata-se que os militares observados tiveram maior constrangimento devido a problemas dentários.⁽¹²³⁾

6.14. Urgência dentária a navegar

Numa missão na Bósnia-Herzegovina de 387 militares espanhóis, 6,73% tiveram urgências dentárias, tendo que ser tratados no serviço de Medicina Dentária implantado provisoriamente no Aeroporto de Mostar.⁽¹⁵¹⁾ Dos 9948 militares do Exército americano entre 2000 e 2004, 2,8% a 9,6% tiveram urgências dentárias em missão no Iraque. Tais urgências deveram-se a problemas gengivais e periodontais.⁽¹⁵²⁾

Na amostra estudada, constatou-se que 9% dos militares tiveram um episódio de urgência dentária.

Comparativamente aos militares de outros países, a prevalência de urgências dentárias dos militares portugueses tem valor semelhante.⁽¹⁵¹⁾

6.15. Frequência de escovagem e instrumentos utilizados para a escovagem, em períodos de navegação.

Constatou-se na amostra estudada que os militares escovavam com menos frequência os dentes quando estão a navegar e relativamente ao instrumentos utilizados, o uso da escova dentária manual e pasta dentífrica aumentava, diminuindo outros meios como por exemplo fio dentário e a escova elétrica.

6.16. Índice CPOD

Numa amostra 1905 militares israelitas, verificou-se um CPOD de 11,66.⁽¹⁵³⁾

Na amostra estudada, constatou-se que os militares obtiveram um valor de CPOD de 8,46.

Numa amostra não militar da população portuguesa, o CPOD encontrado foi de 10,78.⁽¹³¹⁾

O índice de CPOD da amostra estudada é o mais baixo em relação ao grupo de militares israelitas e também em relação à amostra da população portuguesa não-militar.

6.16.1. Média de dentes cariados, perdidos e obturados

Em 284 militares da Malásia verificou-se uma média de 8,15 de dentes cariados.⁽¹²⁷⁾ Na amostra estudada, constatou-se uma média de 0,76 de dentes cariados, valor este bastante inferior ao valor obtido com os militares da Malásia.

Em 262 militares da Croácia, a média de dentes perdidos foi 5,1.⁽²⁴⁾ Em 349 militares da Jordânia, observou-se uma média de 3,17 de dentes perdidos.⁽¹²⁶⁾ Na Dinamarca, a média foi de 0,5 nos militares.⁽¹³⁴⁾ Em 911 militares do Japão a média foi de 0,85.⁽¹³³⁾ Em 284 militares da Malásia foi observada uma média de dentes perdidos de 2,90.⁽¹²⁷⁾

Na amostra estudada, constatou-se que a média de dentes perdidos foi 1,73.

Comparando a média de dentes perdidos da amostra estudada com militares de outros países, verifica-se que é inferior à Croácia⁽²⁴⁾, Jordânia⁽¹²⁶⁾ e superior à Dinamarca.⁽¹³⁴⁾ Contudo a amostra dos militares dinamarqueses pertencia a um grupo de idade menor, o que pode influenciar o seu baixo valor.⁽¹³⁴⁾

Em 349 militares da Jordânia, observou-se uma média de 3,49 de dentes obturados.⁽¹²⁶⁾ Em 284 militares do Exército da Malásia foi observada uma média de dentes obturados de 1,58.⁽¹²⁷⁾

Na amostra estudada, obteve-se 6,03 de média de dentes obturados.

Comparando a amostra obtida, verificou-se que a média de dentes obturados foi superior aos militares da Jordânia e Malásia.^{(127) (126)}

Verificou-se que os militares portugueses observados apresentaram uma média de dentes cariados inferior à média calculada nos militares da Malásia.⁽¹²⁷⁾ No que se refere à média de dentes perdidos, a amostra observada reflete uma média menor que a Croácia⁽²⁴⁾, Jordânia⁽¹²⁶⁾ e Malásia⁽¹²⁷⁾ porém mais elevada que a média dos militares japoneses⁽¹³³⁾ e dinamarqueses.⁽¹³⁴⁾ No que se refere à média de dentes obturados, os militares portugueses observados tinham média inferior aos militares da Jordânia⁽¹²⁶⁾ e Malásia,⁽¹²⁷⁾ o que pode ser explicado pela atitude mais conservadora pelos portugueses em preservar as peças dentárias, presumindo que a extração seja a primeira linha de tratamento dos restantes países observados.

6.16.2. Prevalência de cárie e prevalência de falta de dentes naturais

A prevalência de cárie em 349 militares da Jordânia foi de 83,1%.⁽¹²⁶⁾ A prevalência de cárie num amostra 241 militares brasileiros foi de 82,6%.⁽¹⁵⁴⁾ De referir que os resultados da amostra de militares brasileiros tinham uma faixa etária bastante jovem (18 anos). Em 284 militares da Malásia foi verificado uma incidência de cárie de 87,2%.^(127, 155) Em 9455 militares americanos, observou-se uma prevalência de cárie de 45,69%.⁽¹³⁵⁾ Numa amostra de 50 militares da Lituânia examinados antes de irem para missão, tinham uma prevalência de cáries de 94%. De referir que todos os dentes foram tratados antes da referida missão.⁽²⁶⁾ Em 284 militares da Malásia foi observada uma prevalência de cáries bastante alta, de 97,2%.⁽¹²⁷⁾ Em 499 militares do Exército da Austrália observou-se uma taxa de cárie de 84,8%, o que se explica por serem recrutas, ou seja uma amostra mais semelhante à população não militar australiana.⁽¹⁵⁶⁾

Na amostra estudada, verificou-se uma prevalência de cárie de 39,49%.

Comparando com os militares de outros países, a prevalência de cárie dos portugueses é bastante menor,⁽¹²⁶⁾ sendo que o único valor aproximado/similar é o dos militares americanos.⁽¹³⁵⁾

Relativamente à prevalência de falta de dentes, observou-se em 349 militares da Jordânia que 75,4% tinham falta de dentes naturais.⁽¹²⁶⁾

Na amostra estudada, constatou-se que 55,8% dos militares tinham falta de dentes naturais.

No Barómetro Nacional de Saúde Oral, verificou-se que 70% dos portugueses tinham falta de dentes naturais.⁽¹²³⁾

Comparando com os militares da Jordânia e com a população portuguesa em geral, os militares observados têm menor prevalência de falta de dentes naturais.⁽¹²³⁾

6.16.3. Presença de trauma dentário

Em 9455 militares americanos observou-se uma prevalência de trauma 4,38%.⁽¹³⁵⁾ Na amostra estudada, constatou-se que a prevalência de trauma foi de 4%.

Mais uma vez, o valor entre os militares portugueses e os militares americanos foi semelhante.⁽¹³⁵⁾

7. CONCLUSÃO

7. Conclusão

Após a apreciação dos resultados obtidos, verificou-se que:

- Os militares da MGP têm boa saúde oral e bons hábitos de higiene oral, quando comparados com militares da Marinha ou de outros ramos das Forças Armadas de outros países e com a população portuguesa não militar.
- A higiene oral é adequada entre os militares da MGP, contudo obteve-se uma prevalência elevada de hábitos tabágicos e alcoólicos;
- O índice de CPOD tinha um valor mais baixo que a maioria dos militares de outros países e que a população portuguesa não militar;
- A prevalência de cárie é inferior à dos militares de outros países e similar aos militares americanos, bem como a prevalência de trauma.
- Mais de metade da amostra estudada ainda possuía valores de placa bacteriana indesejados, iguais ou superiores a dois (índice de *Silness and Loe*);
- Conclui-se também que os militares da MGP têm uma boa assistência na saúde oral por parte dos médicos dentistas navais;
- E que os hábitos de higiene oral e alimentares pioram quando em período de navegação, devido à falta de tempo e horários alterados;

É de realçar o papel das equipas de Medicina e Medicina Dentária do CMN e da ETNA, na manutenção da boa saúde oral dos militares da Marinha.

Recomenda-se que sejam realizadas campanhas de sensibilização à não alteração dos hábitos de higiene oral em períodos de navegação e aos malefícios do tabaco na população militar, através de posters, panfletos e palestras às Unidades navais.

Novos estudos navais epidemiológicos são necessários para melhor caracterizar as limitações dos comportamentos de saúde oral a que os militares possam estar sujeitos, tanto a navegar como em Terra, de forma a possibilitar uma melhor abordagem nas lacunas existentes.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. Referências bibliográficas

1. Ordem dos Médicos Dentistas. Plano Nacional de saúde 2011-2016. Estratégia de saúde oral em Portugal - Um conceito de transversalidade que urge implementar (proposta conceptual). Porto. 2010.
2. Grupo Parlamentar. Projecto de Lei N.86/X. A integração da Medicina Dentária no Serviço Nacional de Saúde e a Carreira dos Médicos Dentistas. 2005.
3. Council of European Dentists. EU Manual of Dental Practice: version 4. 2008. p. 1–10.
4. Diário da República, 2ª série - N.º50 - 12 de Março de 2007. Ministério da Defesa Nacional 2007. 6521 - 5.
5. Diário da República. Regulamento da disciplina militar. 1.ª série — N.º 140 — 22 de Julho de 2009.
6. WHO. Constitution of the World Health Organization. Basic documents. 48 ed. 2014.
7. Martins M. A Promoção da saúde: percursos e paradigmas. Revista de Saúde Amato Lusitano. 2005; IX (22): 42-6.
8. Fleck M. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL - 100): características e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5 (1): 33-8.
9. WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research, 2, 153-159.
10. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine. 1995; 41(10): 1403-9. Epub 1995/11/01.
11. Céu A, Cádima C, Branco L, Jordã M. Orientação da Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B. 1 ed: Direção Geral da Saúde; 2011.
12. Petersen P. The World Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century - The approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: World Health Organization; 2003.
13. World Health Organization. Oral health, Fact sheet WHO/318. February 2007.

14. Grossi SG, Genco RJ. Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship. *Ann Periodontol.* 1998;3(1): 51-61. Epub 1998/09/02.
15. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional da Saúde Oral. Circular normativa Nº: 01/DSE2005.
16. Patel R. The State of Oral Health in Europe. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. 2012.
17. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Porto 2014.
18. Norma da Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Pessoas com infecção por HIV/SIDA. Nº 002/2010. 2010.
19. Direção-Geral da Saúde. Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Grávidas e pessoas idosas - Informações Técnicas. Circular Normativa Nº:07/DSPPS/DCVAE. Lisboa, 2008.
20. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Normalização de procedimentos. Circular normativa Nº: 02/DSPPS/DCVAE. Lisboa, 2009.
21. Almeida CM, Petersen PE, Andre SJ, Toscano A. Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dent Health.* 2003; 20(4): 211-6. Epub 2003/12/31.
22. Norma da Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Projeto de Intercenção Precoce no Cancro Oral. N.º 002/2014. Lisboa, 2014.
23. Simecek JW, Diefenderfer KE. An evaluation of U.S. Navy Dental Corps classification guidelines. *Mil Med.* 2010; 175 (11): 895-900. Epub 2010/12/03.
24. Skec V, Macan J, Susac M, Jokic D, Brajdic D, Macan D. Influence of oral hygiene on oral health of recruits and professionals in the Croatian Army. *Mil Med.* 2006; 171: 1006-9.
25. Chaffin J, Moss D, Brehm B. Patient Satisfaction in US Army Dental Treatment Facilities. *Army Medical Department Journal.* 2006: 10-5.
26. Kelbauskiene N, Kelbauskas E, Nedzelkiene I. Evaluation of odontological assistance to soldiers going on a mission, and prognostication of their odontological problems. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal.* 2006; 8: 49-52.
27. Jelaca-Bagic S, Sipina J, Viskovic R, Cakarun Z, Vlatkovic I, Bilogav D. The establishment of the Croatian Dental Corps: the front-line experience of a dentis volunteer. *Mil Med.* 1997; 162: 31-6.

28. Allen F, Smith B. Impact of dental sick on combat effectiveness: the dental fitness class 3 soldier. *Mil Med.* 1992; 157 (200-203).
29. Gunepin M, Derache F, Ausset I, Berlizot P, Simecek J. The rate of dental emergencies in French Armed forces deployed to Afghanistan. *Mil Med.* 2011; 176 (7): 828-32. Epub 2011/12/02.
30. Mombiedro Sandoval R, Llana Puy R. Periodontal status and treatment needs among Spanish military personnel. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008; 13 (7): E464-9. Epub 2008/07/01.
31. Chisick MC, Poindexter FR, York AK. Factors influencing perceived need for dental care by United States military recruits. *Clin Oral Investig.* 1998; 2(1): 47-51. Epub 1998/07/17.
32. Hyman JJ, Reid BC, Mongeau SW, York AK. The military oral health care system as a model for eliminating disparities in oral health. *J Am Dent Assoc.* 2006; 137 (3): 372-8. Epub 2006/03/31.
33. Chisick MC, Poindexter FR, York AK. Comparing dental utilization of United States of America military recruits with their employed civilian cohorts. *Clin Oral Investig.* 1997; 1 (4): 195-8. Epub 1998/04/29.
34. Estatuto dos Militares das Forças armadas. Decreto-Lei n.º 236/99, de 25JUN, com as alterações e rectificações introduzidas pela Declaração de Rectificação n.º 10-BI/99, de 31JUL, Lei n.º 25/2000, de 23AGO, Decreto-Lei n.º 232/2001, de 25AGO, Decreto-Lei n.º 197-A/2003, de 30AGO, Decreto-Lei n.º 70/2005, de 17MAR, Decreto-Lei n.º 166/2005, de 23SET e Decreto- Lei n.º 310/2007, de 11 SET.
35. Cruz G, Williams L, Chaffin J, Mongeau S. Dental Treatment of Recruits. In: Lenhart MK, Colonel, editors. *Recruit Medicine*. Washington: Office of the Surgeon General - Department of the Army, United States of America and US Army Medical Department Center and School - Fort Sam Houston, Texas.
36. Highfield J. Diagnosis and classification of periodontal disease. *Aust Dent J.* 2009; 54 Suppl 1: S11-26. Epub 2009/09/10.
37. Carranza F, Newman M, Takei H. *Periodontia Clinica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
38. Sandoval R, Puy C. Periodontal Status and treatment needs among spanish military personnel. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008.

39. Sollecito T, Sullivan K, Pinto A, Stewart J, Korostoff J. Systemic conditions associated with periodontitis in childhood and adolescence. A review of diagnostic possibilities. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. Mar-Apr 2005; 10: 142-50.
40. Armitage G. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*. 1999; 4: 1-6.
41. Periodontal Diseases Risk Management Protocol. Oral Disease Risk Management Protocols in the Navy Military Health System: Department of the Navy. BUMEDINST 6600.16A; 23 August 2010.
42. Pereira A, Neves A, Trindade A. Imunologia da cárie dentária. *Acta Médica Portuguesa*. 2010; 23: 663 - 8.
43. Pereira A, Assaf A, Meneghim M. Assessment of different methods for diagnosing dental caries in epidemiological surveys. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32: 413 - 25.
44. Menezes K, Pereira C, et al. Avaliação do impacto da doença cárie na qualidade de vida de crianças com faixa etária 6 a 12 anos, atendidas na clínica odontológica da faculdade de São Lucas. *Revista Odontológica da Universidade Cidade São Paulo*. 2009; 21: 24 - 30.
45. Pereira A. *Cáries Dentárias - Etiologia e Prevenção*.: Edições Medisa; 1995.
46. Melo P, Teixeira L, Domingues J. A importância do despiste precoce de cárie dentária. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22: 357 - 66.
47. Baratieri L. *Dentística: procedimentos preventivos e restauradores*. Rio de Janeiro: Quintessence; 1989.
48. WHO. *Country Profiles on Oral Health in Europe 1991*. Copenhagen: WHO; 1992.
49. Melo P. Influência de diferentes métodos de administração de fluoretos nas variações de incidência de cárie. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2001.
50. Pereira A. Cárie dentária: definição, etiopatogenia e complicações. In: Medisa, editor. *Cáries dentárias - Etiologia, epidemiologia e prevenção*. Porto, 1993. 13-21.
51. Fejerskov O. Concepts of dental caries and their consequences for understanding the disease. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 5-12.
52. Pereira A. *Epidemiologia da cárie dentária (conceitos básicos e metodologia)*. *Cárie Dentárias, Etiologia, Epidemiologia e Prevenção*. Porto: Ed. Medisa; 1993.

53. Miller C. La reminéralisation des lésions carieuses. Le rôle essentiel des fluorures. *Realites Cliniques*. 2004; 15: 249-60.
54. Milgrom P. Response to Reisine & Douglass: psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 45-8.
55. Pereira A. *Cáries Precoces da Infância*. Porto: Ed. Medisa; 2001.
56. Seow WK. Biological mechanisms of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26 (1 Suppl): 8-27.
57. Loesche WJ. Role of *Streptococcus mutans* in human dental decay. *Microbiol Rev* 1986 Dec; 50 (4): 353-80.
58. Featherstone JD. Prevention and reversal of dental caries: role of low level fluoride. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999 Feb; 27 (1): 31-40.
59. Nyvad B, Fejerskov O. Assessing the stage of caries lesion activity on the basis of clinical and microbiological examination. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997 Feb; 25 (1): 69-75.
60. Featherstone JD. The caries balance: the basis for caries management by risk assessment. *Oral Health Prev Dent* 2004; 2 Suppl 1: 259-64.
61. Hennequin M. Dynamique du processus carieux initial. *Réalités Cliniques* 1999; 10(4): 483-501.
62. Winston AE, Bhaskar SN. Caries prevention in the 21st century. *J Am Dent Assoc* 1998 Nov; 129 (11): 1579-87.
63. Kingman A, Selwitz RH. Proposed methods for improving the efficiency of the DMFS index in assessing initiation and progression of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997 Feb; 25 (1): 60-8.
64. Silverstone LM. Structure of carious enamel, including the early lesion. *Oral Sci Rev* 1973; 3: 100-60.
65. McDonald R, Avery D. *Odontopediatria*. 7^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
66. Simecek JW, Diefenderfer KE, Ahlf RL, Ragain JC, Jr. Dental sealant longevity in a cohort of young U.S. naval personnel. *JADA*. 2005; 136 (2): 171-8; quiz 230. Epub 2005/03/24.
67. Levin L, Shenkman A. The relationship between dental caries status and oral health attitudes and behavior in young Israeli adults. *Journal of Dental Education*. 2004; 68 (11): 1185-91. Epub 2004/11/03.

68. Kleber CJ et al. Evaluation of a dental floss containing soluble pyrophosphate on calculus formation using a short-term clinical model. *J Clin Dent* 1998; 9: 89-93.
69. Pader M. *The Toothbrush and Other Mechanical Devices: [section] X: Dental Floss, Chapter 7, Oral Hygiene Products and Practice*, New York: Marcel Dekker, Inc.; 1988, pp. 179-80.
70. J. S. Periodontal disease: prophylaxis and oral hygiene procedures. . *EMC Dentisterie* 2004; 1: 349-60.
71. Harris NO, Garcia-Godoy F. *Primary Preventive Dentistry*. 6^a ed. New Jersey: Julie Levin Alexander; 2004.
72. Axelson P. *Diagnosis and risk prediction of dental caries*. 3rd ed: Quintessence Publishing; 2000.
73. Pedrazzi V, Souza S, Oliveira R, Cimões R, Gusmão E. Métodos mecânicos para o controlo do biofilme dentário supragengival. *Revista Periodontia*. 2009; 19 (3): 26-33.
74. Dayoub M, Rusilko D, Gross A. Microbial contamination of toothbrushes. *J Dent Res*. 1997. 56 (6): 706.
75. Sanches M, Peres S, Peres A, Bastos J. Descontaminação das escovas dentárias por imersão em soluções antissépticas. *RGO*. 2001; 49 (3): 167-71.
76. Silva E, Filho C, Nepomuceno V. Uma grande descoberta: O prazer que a higienização bucal correta e bem orientada pode proporcionar. *Rev Odontol Araç* 2003; 24: 39-42.
77. Torres C, Kubo C, Anido A, Rodrigues J. Agentes antimicrobianos e seu potencial de uso na Odontologia. *Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos*. 2000; 2 (2): 43-50.
78. Bugno A, al e. Antimicrobial efficacy of Curcuma dedoaria extract as assessed by linear regression compared with commercial mouthrinses. *Brazilian Journal of Microbiology*. 2007; 2 (1): 440-5.
79. Moreira A, Pereira M, Porto M, Rocha L, Nascimento B, Andrade P. Avaliação in vitro da atividade antimicrobiana de antissépticos bucais. *R Ci méd biol, Salvador*. 2009; 8 (2): 153-61.
80. Monfrin, R.; RIBEIRO, M. Avaliação in vitro de anti-sépticos bucais sobre a microbiota da saliva. *R. Assoc. Paul. Cir. Dent., São Paulo*, 2000; 54 (1):401- 407.
81. Bascones A, Morante S. Antisépticos orales. Revisión de la literatura y perspectiva actual. *Avances*. 2006; 18 (1): 31-59.

82. Lindhe J, Karring T, Lang N. Tratado de periodontologia clínica e implantologia orL. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
83. Rolla G, Melsen B. On the mechanism of the plaque inhibition by chlorhexidine. *J Dent Res.* 1975; 54 Spec No B: B57-62. Epub 1975/06/01.
84. Cury, J. Controle químico da placa dental. In : KRIGER, L. (Coord.). ABOPREV: Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997. Cap.7, p.129-40.
85. Thylstrup A, Fejerskov O. Cáriologia Clínica. 3ª ed. São Paulo. Santos; 2001.
86. Adams, D.; Addy, M. Mouthrinses. *Adv Dent Res*, 8 (2): 291-301, 1994.
87. Saba-Chujfi et al. A eficácia da formulação contendo o anti-séptico triclosan associado ao copolímero gantrez e ao flúor, utilizada através de bochecho para controle químico da placa bacteriana. *R. Assoc. Bras. Odontol.*, São Paulo, 6 (3):164-170, 1998.
88. Gebran M., Gebert A. Controle químico e mecânico de placa bacteriana. *Tuiuti: Ciência e Cultura*, Curitiba, 26 (3): 45-58, 2002.
89. Overholser C. et al. Comparative effects of 2 chemotherapeutic mothrinses on the development of supragengival dental plaque. *J Clin Periodontol*, v.17, p. 575-9, 1990.
90. Mendes, M et. al. Agentes químicos para o controle da placa bacteriana. *Periodontia*, Fortaleza, 5 (2): 253-256, 1995.
91. Direção Geral de Saúde. Texto de apoio ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Fluoretos. Fundamentação e Recomendações da Task Force. Lisboa2005.
92. Araújo I, Cunha M, Vasconcelos M, Vasconcelos R. Selantes: uma técnica eficaz na prevenção da cárie. *Com Ciências Saúde.* 2014; 24 (3): 259-66.
93. Mertz-Fairhurst E. Pit and fissure sealants: a global lack of scientific transfer? *J Dent Res.* 1992; 71: 1543-4.
94. Maltz M, Carvalho J. Diagnóstico da doença de cárie. ABO-PREV:Promoção da saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; p.69-87. 2003;
95. Llodra J, Bravo M, Delgado-Rodriguez M, Baca P, Galvez R. Factores influencing the effectiveness of sealants - a meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993; 21(5): 261-8.
96. Mejare I, Lingstrom P, Petersson L, Holm A, Twetman S, Kallestal C. Caries-preventive effect of fissure sealants: a systematic review. *Acta Odontológica Scandinavica.* 2003; 61 (6): 321-30.
97. Beiruti N, Frencken JE, van't Hof MA, Taifour D, van Palenstein Helderma WH. Caries-preventive effect of a one-time application of composite resin and glass ionomer sealants after 5 years. *Caries Res.* 2006; 40 (1): 52-9. Epub 2005/12/15.

98. Griffin SO, Oong E, Kohn W, Vidakovic B, Gooch BF, Bader J, et al. The effectiveness of sealants in managing caries lesions. *J Dent Res*. 2008; 87(2): 169-74. Epub 2008/01/26.
99. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Makela M, Worthington HV. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 (4):Cd001830. Epub 2008/10/10.
100. Catão M, Rodrigues J, Silva A. Importância do selamento de fôssulas e fissuras na prevenção da cárie dental: revisão de literatura. *JU Revista, Juiz de Fora*.38:45-51.
101. GWINETT A. Pit and fissure sealant use: a issue explored. *J Am Dent Ass*. 1984, 108 (3).
102. Rastelli M, Reinke S, Scalabrin M, Santos F. Avaliação dos selantes de fossas e fissuras por estudantes de odontologia. *Rev Odontol UNESP*. 2012;41(5): 324-9.
103. Pavinato L, Imperato J. Efetividade do selamento de fossas e fissuras na prevenção da doença cárie: análise crítica da literatura. *Odonto*. 2012; 40 (40): 23-30.
104. Splieth CH, Ekstrand KR, Alkilzy M, Clarkson J, Meyer-Lueckel H, Martignon S, Paris S, Pitts NB, Ricketts DN, van Loveren C. Sealants in dentistry: outcomes of the ORCA Saturday afternoon symposium 2007. *Caries Res*. 2010; 44 (1): 3-13.
105. Jensen O, et al. Clinical Evaluation of fluroshield pit and fissure sealant. *Clin Prev Dent*. 1990; 12: 24-7.
106. Cooley R, et al. Evaluation of fluoride-containing sealant by SEM, microleakage and fluoride release. *Pediatr Dent*. 1990; 20: 38-42.
107. Jardim, PS, D'Agostini, FL, Masotti, AS. Cimento de Ionômero de Vidro: Uso Atual e Perspectivas em Odontologia Restauradora. *R. Fac. Odontol. Porto Alegre, Porto Alegre, Vol.48, n. 1/3, p. 26-29, 2007*.
108. Oda, N, Dezan, CC, Zanetti, G, Pinto, LMCP, Hokama, N. Retenção e Eficácia na Prevenção de Cárie Dentária do Selamento Oclusal Com Cimento de Ionômero de Vidro. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde. Londrina, Vol 3(1), p. 77-82, Out. 2001*.
109. Okullo I, Astrom AN, Haugejorden O. Influence of perceived provider performance on satisfaction with oral health care among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32 (6): 447-55. Epub 2004/11/16.
110. Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira J. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 31 (2): 158-65.
111. Ostberg A. Adolescents viewa of oral health education. A qualitative study. . *Acta Odontológica Scandinavica*. 2005; 63: 300-7.

112. Wagner J, et al. A patient instructor program to promote dental students communication skills with adverse patients. *Journal of Dental Education*. 2007; 71(12): 1554-60.
113. Peterson P, et al. World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*. 2008; 58:115-21.
114. Moynihan P. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005; 83(9): 695-9.
115. Alvarez J. Nutrition, tooth development and dental caries. *American Journal of Clinical Nutrition* 1995; 61: 410-6.
116. Daniel S, Hartfst S, Wilder R. *Dental Hygiene: Concepts, Cases, and Competencies*. 2nd ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2008.
117. WHO. *Oral Health Surveys Basic Methods*. 4^a ed. Geneva 1997.
118. Junior G, Barnabé W, Rubo J, Gregghi S. Avaliação periodontal simplificada (PSR) em pacientes indicados para tratamento protético. *Rev Fac Odontol Bauru*. 2002; 10(2): 113-7.
119. Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontológica Scandinavica*. 1964; 22: 121-35. Epub 1964/02/01.
120. Claídes A. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31: 586-93.
121. Halvari A, Halvari H. Motivational predictors of change in oral health: an experimental test of self determination theory. *Motivation and Emotion*. 2006; 30: 295-306.
122. Dossier. *Medicina Dentária Militar*. "Somos quase uma família". Nov-Dez 2007; 50: 56-63.
123. Ordem dos Médicos Dentistas. *Barómetro Nacional de Saúde Oral 2014*. Saúde Oral. 2014.
124. Lino PB. Participação das mulheres militares em missões internacionais. In: Portugal Gd, editor. Lisboa 2012.
125. Samorodnitzky GR, Levin L. Self-assessed dental status, oral behavior, DMF, and dental anxiety. *J Dent Educ*. 2005; 69 (12): 1385-9. Epub 2005/12/15.
126. Al-Ofeishat S, Alsakarna B, Abdallat H, Alshaman A, Alefaishat R, Batarsah M. Oral health behaviour and dental caries in the Jordiana joint special operations personnel. *Parkistan Oral & Dental Journal*. 2013; 33: 97-101.

127. Jasmin B, N.Jaafas. Dental caries and oral health behaviour in the Malaysian Territorial Army Personnel. Archives of orofacial sciences The Journal of the School of Dental Sciences Universiti Sains Malaysia. 2011; 6: 59-65.
128. Shiller W. Personal factors in dental disease prevention: a test to measure dental health knowledge. Submarine Base, Groton, Conn: U.S.Naval Submarine Medical Center. Bureau of Medicine and Surgery, Navy Department Research Work Unit MR005.19-6042. 05; 1969.
129. Shiller WR. Oral health of operating conventional submarines crews: a cross-sectional survey. . SubMedCen Memo Rept 66-10. April 1966.
130. Zadik Y, Zusman S, Galor S, Dine A. Dental attendance and self assessment of dental status by Israeli military personnel according to gender, education, and smoking status. Mil Med. 2009; 174 (197-200).
131. Barbosa R. Prevalência de cárie dentária e comportamentos de saúde oral numa amostra de pacientes da clínica universitária da UCP-Viseu. Viseu: Universiade Católica Portuguesa. Centro Regional das Beiras; 2011.
132. Ahuja C, Singh B. Assessment of disease burden among army personnel and dependents in Lucknow city. Journal of Indian Association Of Public Health Dentistry. 2005;13:14-8.
133. Kudo Y, John MT, Saito Y, Sur S, Furuyama C, Tsukasaki H, et al. Oral health in the Japan self-defense forces - a representative survey. BMC Oral Health. 2011; 11: 14. Epub 2011/04/20.
134. Marker O, Vigild M, Praetorius F. Oral health problems and treatment needs in Danish militar personnel recruited for United Nations service. Mil Med. 1997; 162: 416-21.
135. Roberts JE, Emens-Hesslink KE, Konoske PJ. A descriptive analysis of dental conditions occurring during conflicts, deployments and field training exercises. In: Center. NHR, editor. San Diego 1999. p. 1-20.
136. Al-Kashan H, Sabaan F, Nasser H, Buraidi A, Awad A, Horaib G, et al. The prevalence of smoking and its associated factors among military personnel in kingdom of saudi Arabia: A national study. Journal of family and community medicine. 2014; 21: 147-53.
137. Al-Turki K, Al-Baghli N, Al-Ghamdi A, El-Zubaier A, Al-Ghamdi R, Alameer M. Prevalence of current smoking in Eastern province, Saudi Arabia. East Mediterr Health J. 2010; 16: 671-6.

138. Owers R, Ballard K. "What else is there to do?" – A qualitative study of the barriers to soldiers stopping smoking. *J R Army Med Corps*. 2008; 154: 152-5.
139. Ornelas S, Benne P, Rosenkranz R. A study of the prevalence of tobacco use among active duty soldiers assigned to Fort Riley, Kansas. *Mil Med*. 2012; 177: 780 - 5.
140. Umeda T, Kono S, Sakurai Y, Shinchi K, Imanishi K, Nishikawa H, et al. Relationship of cigarette smoking, alcohol use, recreational exercise and obesity with serum lipid atherogenicity: a study of self-defense officials in Japan. *J Epidemiol*. 1998; 8 (4): 227-34. Epub 1998/11/17.
141. Kelbauskas E, Kelbauskiene S, Paipaliene P. Smoking and other factors influencing the oral health of Lithuanian Army recruits. *Mil Med*. 2005; 170 (9): 791-6. Epub 2005/11/03.
142. Mazokopakis E, Vlachonikolis I, Lionis C. Smoking behavior of Greek warship personnel. *Mil Med*. 2003; 168: 929-33.
143. Nicola MD, Occhiolini L, Mascio RD, Vellante P, Colagrande V, Ballone E. Smoking habits in a sample of young Italian soldiers. *Mil Med*. 2006; 171: 69-73.
144. Marimoutou C, Queyriaux B, Michel R, Verret C, Haus-Cheymol R, Mayet A, et al. Survey of alcohol, tobacco, and cannabis use in the French army. *J Addict Dis*. 2010; 29: 98-106.
145. Jedrzejko M. Tobacco use by career soldiers of the Polish Armed Forces – the start of a breakthrough? *Przegl Lek*. 2004; 61: 1184-8.
146. Maziak W, Mzayek F, AV. AD. The dynamics of cigarette smoking during military service in Syria. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001; 5: 292-6.
147. Tekbas F, Vaizoglu S, Guleç M, Hasde M, Güler C. Smoking prevalence in military men, and factors affecting this. *Mil Med*. 2002;167:742-6.
148. Machado A, Nicolau R, Dias C. Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 2009.
149. DGS (Direção Geral de Saúde). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças orais. Programa Nacional de Promoção da Saúde oral. Lisboa: DGS; 2008.
150. Balsa C, Vital C, Pascoeiro L. O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal e padrões de consumo 2001-2007: Instituto da droga e da toxicod dependência, I.P; 2007.
151. Moss D. Dental emergencies during SFOR 8 in Bosnia. *Mil Med*. Nov 2002; 167: 904-6.

152. Dunn W, Langsten R, Flores S, Fandel J. Dental emergency rates at two expeditionary medical support facilities supporting operations enduring Iraqi Freedom. *Mil Med.* Jul 2004; 169: 510-4.
153. Sgan-Cohen H, Horev T, Zusman S, Katz J, Eldad A. The prevalence and treatment of dental caries among Israeli permanent force military personnel. *Mil Med.* 1999; 164: 562-5.
154. Amaral MA, Nakama L, Conrado CA, Matsuo T. Dental caries in young male adults: prevalence, severity and associated factors. *Braz Oral Res.* 2005;19 (4): 249-55. Epub 2006/02/24.
155. Samsuri N. Oral health and related impacts among commandos in Malaysia Armed Forces. MCD Thesis, Faculty of Dentistry, University of Malaya. 1999.
156. Hopcraft M, Morgan M. Dental caries experience in a young adult military population. *Australian Dental Journal.* 2003; 48: 125-9.

9. Apêndices

8.1. Apêndice 1: Questionário



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO

Questionário sobre comportamentos de saúde oral e hábitos nutricionais

Grupo I – INFORMAÇÕES PESSOAIS

Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Área de Residência <input type="checkbox"/> Aldeia <input type="checkbox"/> Vila <input type="checkbox"/> Cidade
Idade ____ anos	Data nascimento ____/____/____
Posto Militar <input type="checkbox"/> praças <input type="checkbox"/> sargentos <input type="checkbox"/> oficiais <input type="checkbox"/> cadete	Habilitações literárias <input type="checkbox"/> Ensino básico <input type="checkbox"/> Ensino secundário (12º ano ou equivalente) <input type="checkbox"/> Ensino superior

Grupo II – HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

1. Com que frequência escova os seus dentes?

<input type="checkbox"/> Não escovo todos os dias	<input type="checkbox"/> Duas vezes por dia
<input type="checkbox"/> Uma vez por dia	<input type="checkbox"/> Três vezes ou mais por dia

2. Quando é que escova os dentes? (assinale as opções com que se identifica)

<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Lanche
<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Jantar

3. Assinale quais dos meios utiliza para higienizar os seus dentes?

<input type="checkbox"/> Escova dentária elétrica	<input type="checkbox"/> Escovilhão
<input type="checkbox"/> Escova dentária manual	<input type="checkbox"/> Colutórios
<input type="checkbox"/> Pasta dentífrica	<input type="checkbox"/> Palito
<input type="checkbox"/> Fio dentário	<input type="checkbox"/> Outro ____

4. Utiliza o fio dentário?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, 1 a 2 x por semana	<input type="checkbox"/> Sim, diariamente
------------------------------	--	---

5. Que tipo de escova usa?

<input type="checkbox"/> Escova elétrica	<input type="checkbox"/> Escova manual com cerdas médias
<input type="checkbox"/> Escova manual com cerdas macias	<input type="checkbox"/> Escova manual com cerdas duras

6. Como realiza a sua higiene?

<input type="checkbox"/> Escovo as gengivas, dentes e língua	<input type="checkbox"/> Escovo dentes e gengivas
<input type="checkbox"/> Escovo os dentes e língua	<input type="checkbox"/> Escovo apenas os dentes

7. Que movimentos executa a escovar os dentes? (pode assinalar mais do que uma)

<input type="checkbox"/> Movimentos horizontais
<input type="checkbox"/> Movimentos verticais
<input type="checkbox"/> Movimentos circulares

8. Considera que sabe escovar os dentes de forma correta?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Razoavelmente
------------------------------	------------------------------	--

9. A ultima vez que visitei o dentista foi:

<input type="checkbox"/> Há menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> Entre 1 a 2 anos
<input type="checkbox"/> Entre 6 meses a 1 ano	<input type="checkbox"/> Há mais de 2 anos

10. Qual o motivo? (pode assinalar mais do que uma)

<input type="checkbox"/> Rotina	<input type="checkbox"/> Estética
<input type="checkbox"/> Protocolo a seguir antes de embarcar	<input type="checkbox"/> Tratamento de cárie
<input type="checkbox"/> Dor de dentes	<input type="checkbox"/> Exames médicos anuais
<input type="checkbox"/> Cara inchada	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____

11. Considera-se informado sobre a higiene/saúde oral?

<input type="checkbox"/> Muito	<input type="checkbox"/> Pouco
<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Nada

12. Na sua opinião, os militares da Marinha têm mais acesso a cuidados de saúde oral que um cidadão civil?

<input type="checkbox"/> Não, é igual	<input type="checkbox"/> Sim
---------------------------------------	------------------------------

13. Quantas vezes por ano faz rastreios obrigatórios?

<input type="checkbox"/> Uma vez por ano
<input type="checkbox"/> Duas vezes por ano
<input type="checkbox"/> Três vezes ou mais por ano

14. Como descreve os profissionais militares na área da medicina dentária (pode assinalar mais do que uma)?

<input type="checkbox"/> Bem qualificados	<input type="checkbox"/> Pouco qualificados
<input type="checkbox"/> Atenciosos	<input type="checkbox"/> Pouco atenciosos
<input type="checkbox"/> Efetuam tratamentos sem causar dor.	<input type="checkbox"/> Causam dor

15. Quando realizou a sua última destartarização (limpeza profissional)?

<input type="checkbox"/> Há menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> Entre 1 a 2 anos	<input type="checkbox"/> Há 3 ou mais anos
--	---	--

16. Costuma sangrar das gengivas?

<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sim Se “sim”, em que situações? _____

17. Tem halitose (mau hálito)? (pode assinalar mais do que uma)

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, sinto
<input type="checkbox"/> Sim, foi-me dito por alguém	<input type="checkbox"/> Sim, atitudes de terceiros levaram a entender o problema

18. Já ouviu falar em selantes de fissuras?

<input type="checkbox"/> Sim, estou a par do que se trata	<input type="checkbox"/> Sim, tenho uma vaga ideia	<input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar
---	--	---

**19. Usa prótese (prótese removível, implantes, coroa, prótese sobre implantes)?
(pode assinalar mais do que uma)**

<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sim. Se sim, qual? <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Prótese removível Esquelética<input type="checkbox"/> Prótese removível Acrílica<input type="checkbox"/> Coroa<input type="checkbox"/> Ponte<input type="checkbox"/> Faceta<input type="checkbox"/> Implante<input type="checkbox"/> Prótese sobre implantes<input type="checkbox"/> Outro _____

20. Já realizou tratamento ortodôntico (já usou aparelho)?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

21. Tem hábitos tabágicos?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, _____ cigarros por dia
------------------------------	--

22. Tem hábitos alcoólicos?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

22.1 Se tem, quando?

<input type="checkbox"/> Todos os dias
<input type="checkbox"/> Todas as semanas
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente

23. Como descreve a sua saúde oral?

<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Pobre
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

24. Quais os fatores que o fazem descuidar da sua higiene oral?

<input type="checkbox"/> Trabalho	<input type="checkbox"/> Preguiça	<input type="checkbox"/> Outro(s) _____
<input type="checkbox"/> Filhos	<input type="checkbox"/> Períodos de navegação	<input type="checkbox"/> Nenhum fator me faz descuidar

25. Alguma vez se sentiu prejudicado ou sentiu as suas funções diminuídas por motivos orais?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

26. Já faltou ao trabalho por motivos dentários

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, 1 vez	<input type="checkbox"/> Sim, 2 vezes	<input type="checkbox"/> Sim, 3 vezes ou mais
------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---

27. Se já faltou ao trabalho, por que motivo foi? (pode assinalar mais do que uma)

<input type="checkbox"/> Dor de dentes	<input type="checkbox"/> Remoção de pontos
<input type="checkbox"/> Cara inchada	<input type="checkbox"/> Consulta de revisão de aparelhos dentários
<input type="checkbox"/> Fratura dentária	<input type="checkbox"/> Outro _____

28. Tem-se sentido constrangido devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Grupo III – HÁBITOS ALIMENTARES

1. Habitualmente quais as refeições que faz diariamente? (pode assinalar mais do que uma)

<input type="checkbox"/> Pequeno almoço	<input type="checkbox"/> Lanche
<input type="checkbox"/> Meio da manhã	<input type="checkbox"/> Jantar
<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Ceia

2. Costuma beber café e/ou chá?

<input type="checkbox"/> Todos os dias	<input type="checkbox"/> Frequentemente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

3. Costuma comer antes de se ir deitar?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, frequentemente
<input type="checkbox"/> Sim, às vezes	<input type="checkbox"/> Sim, sempre

4. Costuma consumir alimentos açucarados?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

4.1 Se sim, Quantas vezes ao dia?

<input type="checkbox"/> 1 vez por dia	<input type="checkbox"/> 2 vezes por dia	<input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais por dia
--	--	--

5. Qual é a origem da água que ingere no navio?

<input type="checkbox"/> Torneiras do navio	<input type="checkbox"/> Engarrafada
<input type="checkbox"/> Bebedouro do navio	<input type="checkbox"/> Outro _____

Grupo IV – HÁBITOS DURANTE A NAVEGAÇÃO

1. Como é a sua higiene oral, quando se encontra em período de navegações?

<input type="checkbox"/> Escovo mais vezes os dentes	<input type="checkbox"/> Escovo menos vezes os dentes	<input type="checkbox"/> Mantenho os mesmos cuidados
--	---	--

2. Quantas vezes escova os dentes, em período de navegações?

<input type="checkbox"/> Não escovo todos os dias	<input type="checkbox"/> Uma vez por dia
<input type="checkbox"/> Duas vezes por dia	<input type="checkbox"/> Três vezes ou mais por dia

3. Quando é que escova os dentes, em período de navegações (assinale as opções com que se identifica)

<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Lanche
<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Jantar

4. Assinale quais dos meios utiliza para higienizar os seus dentes quando está a navegar?

<input type="checkbox"/> Escova dentária elétrica	<input type="checkbox"/> Escovilhão
<input type="checkbox"/> Escova dentária manual	<input type="checkbox"/> Colutórios
<input type="checkbox"/> Pasta dentífrica	<input type="checkbox"/> Palito
<input type="checkbox"/> Fio dentário	<input type="checkbox"/> Outro_____

5. Acha que durante a navegação a sua higiene oral é pior?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	-----------------------------------	------------------------------

6. Já teve uma urgência dentária durante uma navegação?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

- 6.1 Se respondeu sim na pergunta anterior, como ficou tratada a situação?

<input type="checkbox"/> Deram-me medicação e nunca mais tive problemas	<input type="checkbox"/> Deram-me medicação e quando voltei tive que ir ao dentista realizar o tratamento
<input type="checkbox"/> Não tomei medicação, só fiz tratamento após a navegação	<input type="checkbox"/> Outra situação. Qual?_____

7. Considera que longos períodos de navegação podem estar associados a mau hálito?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

8. Se tem hábitos tabágicos, fuma mais em navegação?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

9. Durante longos períodos de navegação considera sangrar mais das gengivas?

<input type="checkbox"/> Sim, frequentemente	<input type="checkbox"/> Sim, ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Não
--	--	------------------------------

10. Considera que tem mais cuidados com a alimentação quando está a navegar?

<input type="checkbox"/> Tenho melhores hábitos alimentares	<input type="checkbox"/> Os meus hábitos alimentares continuam os mesmos	<input type="checkbox"/> Tenho piores hábitos alimentares
---	--	---

11. Faz a mesma quantidade de refeições durante uma navegação?

<input type="checkbox"/> Sim, sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Nunca

12. Faz refeições com a mesma qualidade/variedade durante a navegação?

<input type="checkbox"/> Sim, sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes
<input type="checkbox"/> Frequentemente	<input type="checkbox"/> Nunca

13. Acha que a navegação prejudica a sua saúde oral em geral?

<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sim Se “ sim ”, porquê? _____

8.2. Apêndice 2. Registo do exame intraoral: Índice CPOD



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Índice CPOD

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

Legenda:

- Código 0: Hígido
- Código 1: Cariado
- Código 2: Restaurado com cárie
- Código 3: Restaurado sem cárie
- Código 4: Ausente por cárie
- Código 5: Ausente (outro)
- Código 6: Selante
- Código 7: Prótese ou implante
- Código 8: Não erupcionado
- Código 9: Não registado
- Código "T": Traumatismo

8.3. Apêndice 3. Registo do exame intraoral: Índice de Placa *Silness and Loe*



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Índice de Placa *Silness and Loe*

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

Legenda:

- Valor 0: área gengival do dente está livre de placa e a placa não adere à sonda, quando esta é passada no dente.
- Valor 1: a olho nu não se observa placa *in situ*, mas pode-se observar placa na sonda, quando esta é passada no dente.
- Valor 2: área gengival está coberta por uma camada de placa de espessura média, visível a olho nu.
- Valor 3: Acumulação abundante de placa na área gengival e face do dente.

8.4. Apêndice 4. Pedido Ao chefe do Gabinete do Chefe Estado Maior da Armada

Exmo Chefe do Gabinete do Chefe Estado Maior da Armada

Após terem sido estabelecidos contactos informais com o Centro de Medicina Naval da Base Naval de Lisboa, e não ter sido demonstrado qualquer tipo de impedimento, venho por este meio solicitar o contributo da Marinha Portuguesa na realização da minha dissertação para obtenção de grau de Mestre em Medicina Dentária – “Caracterização da saúde oral numa amostra de militares portugueses da Base Naval de Lisboa”, cujos objetivos são:


- Determinar a prevalência de doenças orais e caracterizar os comportamentos de saúde oral numa amostra de militares,
- Analisar os hábitos alimentares e o estatuto sócio-demográfico da amostra e verificar a existência da associação dessas variáveis com o estado de saúde oral da amostra em estudo;
- Avaliar o índice de placa e doenças orais após períodos de navegações;
- Conhecer possíveis barreiras existentes e que se encontrem relacionadas com a promoção da saúde oral.

Para tal pretendo que se realize uma observação intra-oral numa amostra de militares para análise do estado de saúde oral, bem como a realização de um questionário sobre questões relacionadas com comportamentos de saúde oral, hábitos alimentares e aspectos sócio-demográficos.

A minha motivação para o desenvolvimento desta dissertação prende-se com o facto de ter sido Cadete de 1º ano da Escola Naval, a “casa-mãe” que me incutiu numerosos saberes militares e cívicos que ainda hoje tenho em consideração.

Atenciosamente,
Ana Teresa Menezes e Castro Senra

8.5. Apêndice 5. Resposta por parte do chefe do Gabinete do Chefe Estado Maior da Armada

S.  R.

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
MARINHA
GABINETE DO CHEFE DO ESTADO-MAIOR DA ARMADA

-N.º 3078 Processo: 140.05.01 - 28/14


Assunto: DISSERTAÇÃO MESTRADO.

Referência: Correio Eletrónico, de Ana Senra, de 16SET14.

Exma. Senhora
Ana Senra

Correspondendo ao solicitado no documento em referência, encarrega-me o vice-almirante Vice-Chefe do Estado-Maior da Armada, no exercício das funções de Chefe do Estado-Maior da Armada de informar V. Ex.ª de que existe disponibilidade para que o Centro de Medicina Naval (CMN) colabore no tema da dissertação de mestrado intitulado – "Caracterização da Saúde Oral numa amostra de militares portugueses da Base Naval de Lisboa", devendo, no entanto, assegurar as seguintes condições:

- a. Apresentação de um resumo detalhado do trabalho proposto, dimensão da amostra e cronologia para a realização da colheita de dados;
- b. Apresentação de currículo sumário da autora;
- c. Apresentação de um pedido da instituição onde vai ser apresentada a dissertação (Universidade Católica Portuguesa), solicitando a realização da colheita de dados no CMN, bem como confirmando o enquadramento científico do tema na formação da autora;
- d. Apresentação de uma folha de "consentimento informado", a usar com cada paciente incluído no estudo;
- e. Apresentação de uma declaração de confidencialidade, por parte da autora, em relação aos dados colhidos;
- f. Aprovação, por parte de uma comissão científica e ética, que deve incluir a chefe de Serviço de Saúde Oral do CMN, o diretor do CMN (ou quem ele delegar) e o diretor do Serviço de Saúde (ou quem ele delegar).




Praça do Comércio, 1100-148 Lisboa Fax. 211 938 420 Tel. 210 925 200

Mais me encarrega o vice-almirante Vice-Chefe do Estado-Maior da Armada de informar que se encontram autorizados os contatos diretos com diretor do CMN, capitão-de-mar-e-guerra médico naval Luis Manuel Ribeiro, através do telemóvel 917 596 131 ou do correio eletrónico: manuel.ribeiro@marinha.pt

Com os melhores cumprimentos e elevada consideração,

01 DEZ. 2014

~~AO~~ CHEFE DO GABINETE,


Henrique Eduardo Passaláqua de Gouveia e Melo
Contra-almirante

8.6. Apêndice 6. Pedido de autorização para a realização do estudo na BNL



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Exmo. Sr. Dr. Luís Ribeiro,

Diretor do Centro de Medicina Naval,

No âmbito do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, a estudante do 5º ano, Ana Teresa Menezes e Castro Senra está a desenvolver, sob a orientação do Mestre Nélio Veiga, um estudo subordinado ao tema: “Caracterização da saúde oral numa amostra de militares portugueses da Base Naval de Lisboa”.

Trata-se de um estudo piloto desenhado como estudo epidemiológico observacional e transversal, o qual, tendo como população alvo militares da Marinha na Base Naval de Lisboa, visa:

- a) Analisar os hábitos alimentares e o estatuto sócio-demográfico da amostra, caracterizando os comportamentos de saúde oral numa amostra de militares.
- b) Determinar a prevalência de doenças orais, avaliando o índice de CPOD e índice de placa de *Silness and Loe*.
- c) Verificar a existência de associação das diversas variáveis com o estado de saúde oral da amostra em estudo.

De forma a assegurar a participação dos militares no referido estudo, será solicitado o consentimento informado dos mesmos (segundo modelo anexo), após uma prévia apresentação da finalidade do estudo e garantida a confidencialidade dos dados assim obtidos.

Face ao exposto, solicita-se a V. Ex.^a que autorize a realização da recolha de dados/informação, no período compreendido entre Dezembro de 2014 e Abril de 2015.

Os resultados obtidos com este estudo ser-lhe-ão disponibilizados, caso considere que os mesmos são relevantes para a Instituição que dirige. Mais informamos que os responsáveis pelo projeto estarão disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através dos emails anasenramd@gmail.com e nelioveiga@gmail.com.

O Diretor do Mestrado Integrado em
Medicina Dentária e Diretor Clínico

O Orientador

(Prof. Doutor Rui Amaral Mendes)

(Mestre Nélio Veiga)

A estudante

(Ana Senra)

Viseu, 09/12/2014

8.7. Apêndice 7. Declaração de Confidencialidade



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE

“Caracterização da saúde oral numa amostra de militares portugueses da Base Naval de Lisboa”

Eu, Ana Teresa Menezes e Castro Senra, aluna do 5º do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, venho por este meio informar que os dados recolhidos para este projeto são **estritamente confidenciais** e serão exclusivamente utilizados pelos investigadores para o desenvolvimento da dissertação de mestrado cujo título se encontra acima mencionado.

Ana Teresa Menezes e Castro Senra

Aluna do 5º ano MIMD

8.8. Apêndice 8. Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido para a participação em investigação

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

de acordo com a Declaração de Helsínquia 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 foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Caracterização da saúde oral numa amostra de militares da Base Naval de Lisboa

Enquadramento: Investigação de âmbito académico a efetuar na Base Naval de Lisboa, tendo como responsável o Mestre Nélio Veiga, docente da Universidade Católica Portuguesa, e a aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Ana Teresa Menezes e Castro Senra.

Explicação do estudo: O estudo a realizar envolve a recolha de dados através do preenchimento de um questionário autoaplicado e exame clínico intraoral.

Condições: Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis e com total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar.

Ao decidir participar pode efetuar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento ou facultar informações aos responsáveis do estudo em qualquer etapa do mesmo.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos para o presente estudo são de uso exclusivo do investigador e tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. A informação recolhida será tratada com a máxima confidencialidade promovendo o seu anonimato. A análise dos dados recolhidos será efectuada em ambiente que garanta a privacidade dos mesmos, sendo os mesmos utilizados exclusivamente pelos investigadores envolvidos no projeto.

Assinatura/s dos responsáveis pelo projeto:

A Aluna: _____

O Docente/Orientador _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

___ / ___ / _____

8.9. Apêndice 9. Agradecimento ao Chefe de Estado Maior da Armada pela autorização no Estudo

Exmo. Chefe Do Gabinete Do Chefe De Estado Maior Da Armada,

No âmbito do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária d Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, eu, Ana Teresa Menezes e Castro Senra aluna do 5º ano, encontro-me a desenvolver, sob a orientação do Mestre Nélio Veiga, um estudo subordinado ao tema: “Caracterização da saúde oral numa amostra de militares portugueses da Base Naval de Lisboa”.

Queria desta forma demonstrar o meu agradecimento à Marinha Portuguesa por me ter auxiliado no sucesso da recolha de dados da monografia em questão, que de momento se encontra em desenvolvimento.

De forma a ter assegurado a participação dos militares no referido estudo, foi solicitado o consentimento informado dos mesmos, após uma prévia apresentação da finalidade do estudo e garantida a confidencialidade dos dados assim obtidos. As observações intraorais e respetivos questionários já foram realizados, e decorreram numa forma bastante superior à esperada.

Todo o envolvimento por parte do Comandante do Centro de Medicina Naval - Dr. Luís Ribeiro, foi notório, do qual fico eternamente agradecida. De referir que toda a equipa de Medicina Dentária - Oficiais Médicos Dentistas do CMN e da Escola de Tecnologias Navais, Sargentos e assistentes, foram verdadeiramente dedicados, organizados e sempre disponíveis para me ajudar.

Também queria agradecer a todos os militares que de forma voluntária fizeram parte da minha amostra, dado que sem eles nada seria possível.

De momento, os resultados obtidos com este estudo estão a ser analisados. Quando a monografia se encontrar concluída será disponibilizado um exemplar ao Comandante do CMN.

Com os melhores agradecimentos,
subscrevo-me com muita consideração,

Ana Teresa Menezes e Castro Senra

