



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

**COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL E HÁBITOS NUTRICIONAIS
ASSOCIADOS À ATIVIDADE FÍSICA – ESTUDO PILOTO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Tânia Sofia Marques dos Santos

Viseu, 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**COMPORTAMENTOS DE SAÚDE ORAL E HÁBITOS NUTRICIONAIS
ASSOCIADOS À ATIVIDADE FÍSICA – ESTUDO PILOTO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Tânia Sofia Marques dos Santos

Sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Patrícia de Campos
Ribeiro e coorientação do Mestre Nélio Jorge Veiga

Viseu, 2013

"O meu mundo não é como o dos outros, quero demais, exijo demais, há em mim uma sede de infinito, uma angústia constante que eu nem mesmo compreendo, pois estou longe de ser uma pessimista; sou antes uma exaltada, com uma alma intensa, violenta, atormentada, uma alma que se não sente bem onde está, que tem saudades...sei lá de quê!

Forbela Espanca

Agradecimentos

Aos meus pais:

Por me educarem, por me ensinarem o sentido de responsabilidade e me terem dado sempre a liberdade de escolha nas decisões mais importantes da minha vida. Pelo apoio, amor, exemplo de força, luta e coragem. A realização deste sonho é nossa, obrigada por tudo, só Deus sabe como vos amo.

À minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Ribeiro:

Por me ter apoiado na realização deste trabalho, por me conseguir transmitir calma nos momentos conturbados, por me fazer sentir confiante.

Ao meu co-orientador Mestre Nélio Veiga:

Pelo apoio, por acreditar em mim, no meu potencial, por me ter ajudado nos momentos mais difíceis, pelos conhecimentos que me transmitiu, mas sobretudo pela amizade.

À colega e amiga Ana Lúcia Lopes:

Porque sem ti seria muito complicado levar a cabo este trabalho. Obrigada pelo carinho e dedicação, pela presença, física ou não, mas incondicional, pelas palavras e gestos sem ser necessário proferir uma palavra, contigo basta ser eu.

Ao meu binómio, Luténio Júnior:

Por me resgatares do abismo nos momentos complicados, por teres o dom de me arrancares gargalhadas mesmo quando a vida não me levava a fazê-lo. Obrigada pela paciência, pelo apoio, pelo bom humor...foste um colega excepcional e um amigo importantíssimo. Não tenho dúvidas que fui uma pessoa mais feliz por te ter comigo durante este percurso.

À minha família:

Por reconhecerem o meu esforço e trabalho e por me retribuírem com amor.

Aos meus amigos:

Porque não é fácil estar ausente. Obrigada aos que compreenderam a minha ausência quando o trabalho me roubou de vós, quando o cansaço se apoderou de mim.

Aos meus professores:

Porque a educação e o conhecimento são a arma mais poderosa do mundo

Aos meus pacientes:

Pelo papel imprescindível no meu processo de ensino/ aprendizagem especialmente, aos que marcaram de forma tão vincada o meu percurso, por me darem a melhor recompensa, reconhecimento e gratidão pelo meu trabalho, nomeadamente ao Filipe Novíssimo que embora tenha tido uma curta passagem como meu paciente, recordá-lo-ei sempre nos momentos de coragem. Faltava aprender tanto contigo! Espero que estejas num lugar melhor...

Às entidades onde foram recolhidos os dados:

Ao conselho diretivo da Escola Superior de Educação de Viseu, nomeadamente à Senhora Presidente Maria Cristina Azevedo Gomes;

Ao secretariado da Escola Superior de Educação de Viseu, nomeadamente à assistente técnica Daniela Ferreira;

Ao Dr. Abel Figueiredo, membro da Comissão Científica do Departamento de Ciências do Desporto e Motricidade, da Escola Superior de Educação de Viseu,

Ao Dr. António Azevedo, docente da Licenciatura de Desporto e Atividade Física da Escola Superior de Educação de Viseu,

Ao Dr. Carlos Vasconcelos, docente da Licenciatura de Desporto e Atividade Física da Escola Superior de Educação de Viseu;

Ao Dr. Pedro Ruas, vice-presidente do académico de Viseu Futebol Clube,

Ao Dr. Gustavo Levy, diretor técnico do Ginásio Forlife,

À Dra. Sónia Baptista, diretora técnica das Piscinas Municipais de Nelas,

À Dra. Isaura Pedro, Presidente da Câmara Municipal de Nelas,

Ao Dr. Bruno Almeida, diretor do ABC Nelas,

Ao Dr. Hernâni Marques, vice-Presidente do Sport Lisboa e Nelas

Ao Dr. Paulo Jesus, treinador e presidente do Grupo Desportivo e Recreio de Canas de Senhorim,

Pelo apoio, paciência, interesse e dedicação.

Ao Doutor Jefferson Traebert:

Pelo apoio e simpatia, por me ter disponibilizado a documentação relativa à validação da Escala Ortodôntica de Impacto Estético Subjetivo validada em português do Brasil.

Aos intervenientes no estudo:

Por permitirem concretizar os meus objetivos e contribuírem para o avanço do conhecimento.

À Montellano, Dentina e Dotamed:

Por me disponibilizarem gratuitamente material descartável para a recolha de dados.

À Universidade Católica Portuguesa:

Pela formação e concretização deste sonho.

A todos aqueles que passaram na minha vida, de forma direta ou indireta, mas que deixaram alguma coisa ou levaram um pouco de mim. A todos os que acreditam em mim e me ajudam a concretizar os meus sonhos.

"Cada pessoa que passa na nossa vida, passa sozinha, porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa na nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso."

Charles Chaplin

Resumo

Objetivo: A Medicina Dentária Desportiva consiste numa área de intervenção responsável pela prevenção e tratamento de lesões oro-faciais em desportistas.

Este estudo tem como objetivo analisar os comportamentos de saúde oral e hábitos nutricionais associados à atividade física em profissionais de desporto (PPD) e em alunos de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD).

Metodologia: Estudo epidemiológico observacional transversal cuja amostra consistiu em 225 elementos. Foi aplicado um questionário com perguntas direcionadas e fechadas que integrou a Escala Ortodôntica do Impacto Estético Subjetivo (OASIS) validada na versão Brasileira e o Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta (IPAQ), validado em Portugal. Realizou-se uma avaliação intraoral recorrendo ao Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) e ao Índice Periodontal Comunitário e foram avaliadas medidas antropométricas (peso, altura e índice de massa corporal). Os dados foram analisados recorrendo ao cálculo da média e desvio padrão (DP), frequências absolutas e relativas, teste t de Student e teste do Qui-Quadrado ($\alpha=0.05$).

Resultados: Verificou-se a média de dentes cariados e perdidos é maior nos PPD (1,8 e 0,6) do que nos alunos de MIMD (1,0 e 0,6), já a média de recessões gengivais é maior nos alunos de MIMD (3,0) dos que nos PPD (2,4). 96,6% dos alunos de MIMD e 91,2% dos PPD consideram os problemas orais e/ ou dentários como influentes na performance desportiva mas só 48,9% dos alunos de MIMD e 44,5% dos PPD considera importante a presença do médico dentista junto da comunidade desportiva.

Conclusão: Apesar da influência dos problemas orais na performance desportiva ser reconhecida, a informação sobre prevenção de trauma oro-facial é reduzida entre profissionais e praticantes de desporto. Os alunos de MIMD têm melhores hábitos de saúde oral, em contrapartida os PPD têm hábitos alimentares mais saudáveis.

Palavras-chave:

Saúde Oral, Atividade Física, Prevenção, Medicina Dentária Desportiva

Abstract

Purpose: Sports Dentistry is an area responsible for the prevention and treatment of oro-facial injuries in athletes. This study aims to analyze the behaviors of oral health and dietary habits associated with physical activity in sport professionals (PPD) and students of Master's degree in Dental Medicine (MIMD).

Materials and methods: a cross-sectional epidemiological observational study sample consisted of 225 elements. . It was administered a questionnaire with closed and direct questions that integrated Orthodontic Aesthetic Subjective Impact Scale (OASIS) Brazilian validated version, International and Physical Activity Questionnaire - Short Version (IPAQ), validated in Portugal. It was evaluated the decayed, missing and filled teeth Index (DMFT), the Periodontal Community Index and anthropometric measurements (weight, height and body mass index). Data were analyzed using the calculation of mean and standard deviation (SD), absolute and relative frequencies, Student's t test and the chi-square ($\alpha = 0,05$).

Results: It was noted that the average of decayed and missing teeth is higher in PPD (1.8 and 0.6) than MIMD students (1.0 and 0.6) and the average gingival recession is higher in MIMD students (3.0) than in PPD (2.4). 96.6% of students of MIMD and 91.2% PPD consider that the oral / dental problems have influence in sport performance but only 48.9% of students of MIMD and 44.5% PPD consider the presence of dentist as important in the sporting community.

Conclusion: Despite the recognition of the influence of oral problems in sports performance, information on prevention of oro-facial trauma is limited among professionals and sports groups. MIMD students have better oral health habits, however the PPD have healthier eating habits.

Keywords: Oral Health, Physical Activity, Prevention, Sports Dentistry

Resumen

Objetivo: La Medicina Dentaria Deportiva es una área de intervención responsable por la prevención y tratamiento de lesiones oro-faciales en deportistas. Este estudio tiene por objetivo analizar los comportamientos de salud oral y hábitos nutricionales asociados a la actividad física en profesionales de deporte (PPD) y en alumnos de Maestrazgo Integrado en Medicina Dentaria (MIMD).

Metodología: Estudio epidemiológico observacional transversal cuya muestra ha consistido en 225 elementos. Ha sido aplicado un cuestionario con preguntas direccionadas y cerradas, que ha integrado la Escala Ortodóntica del Impacto Estético Subjetivo (OASIS) validada en la versión brasileña y el Cuestionario Internacional de Actividad Física – Versión Corta (IPAQ), validado en Portugal. Se ha realizado una evaluación intraoral recorriendo al Índice de Dientes Permanentes Cariados, Perdidos y Obturados (CPOD) y al Índice Periodontal Comunitario y han sido evaluadas medidas antropométricas (peso, altura y índice de masa corpórea). Los datos han sido analizados recorriendo al cálculo de la media y desvío padrón (DP), frecuencias absolutas y relativas, test *t* de Student y test del Qui-Cuadrado ($\alpha=0.05$).

Resultados: Se verificó que la media de dientes cariados y perdidos es mayor en los PPD (1,8 y 0,6) que en los alumnos de MIMD (1,0 y 0,6), mientras que la media de recesiones gingivales es mayor en los alumnos MIMD (3,0) que en los PPD (2,4). 96,6% de los alumnos de MIMD y 91,2% de los PPD consideran los problemas orales y/o dentarios como influentes en la actuación deportiva, pero solo 48,9% de los alumnos de MIMD y 44,5% de los PPD considera importante la presencia del dentista junto de la comunidad deportiva.

Conclusión: A pesar de la influencia de los problemas orales en la actuación deportiva ser reconocida, la información acerca de la prevención de trauma oro-facial es reducida entre profesionales y practicantes de deporte. Los alumnos de MIMD tienen mejores hábitos de salud oral; como contrapartida los PPD tienen un régimen alimentario más saludable.

Palabras-llave: Salud Oral, Actividad Física, Prevención, Medicina Dentaria Deportiva

Résumé

Objectif: Soins Dentaires Sports est un domaine d'action chargé de la prévention et le traitement des lésions oro-faciales chez les athlètes. Cette étude vise à analyser les comportements de santé buccodentaires et les habitudes alimentaires associés à l'activité physique dans le sport professionnel (PPD) et des étudiants de maîtrise en médecine dentaire (MIMD).

Méthodes: Un échantillon d'observation d'étude épidémiologique transversale consistait de 225 éléments. A été administré un questionnaire fermé et a ordonné que orthodontique impact soit intégrée Échelle esthétique subjective (OASIS) et la version validée international Questionnaire d'activité physique brésilienne - version courte (IPAQ), validée au Portugal. A été effectué une évaluation en utilisant l'indice des dents cariées, absentes ou obturées (CAOD) et l'indice parodontal communautaire et ont été évalués mesures anthropométriques (poids, taille et indice de masse corporelle) Les données ont été analysées en utilisant le calcul de moyenne et écart type (SD), les fréquences absolues et relatives, test t de Student et du chi-carré ($\alpha = 0,05$).

Résultats: Il y avait un moyen de dents cariées ou manquantes est plus élevée dans PPD (1,8 et 0,6) que chez les étudiants MIMD (1,0 et 0,6), étant donné que la récession gingivale moyenne est plus élevée chez les étudiants MIMD (3,0) que dans PPD (2,4). 96,6% des étudiants des MIMD et 91,2% PPD considèrent que les problèmes orales et /ou dentaire, l'influence sur la performance sportive, mais seulement 48,9% des étudiants et 44,5% des MIMD PPD considèrent que la présence chirurgien-dentist est importante avec la communauté sportive

Conclusion: En dépit de l'influence des problèmes buccodentaires dans les performances sportives être reconnu, informations sur la prévention des traumatismes oro-facial est réduite parmi les professionnels et les groupes sportifs. Étudiants MIMD ont des meilleures règles de santé orales, mais le PPD ont des meilleures règles alimentaires. Plus favorables à la santé.

Mots-clés: Santé buccodentaires, l'activité physique, la prévention, Médecine dentaire

Índice

Lista de Siglas	23
------------------------------	-----------

Índice de Tabelas	25
--------------------------------	-----------

Introdução

.....	29
--------------	-----------

Capítulo 1

Revisão da Literatura.....	33
-----------------------------------	-----------

1.1 CONCEITO DE SAÚDE.....	35
1.2 SAÚDE ORAL	35
1.3 ATIVIDADE FÍSICA E BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE	36
1.4 PROMOÇÃO PARA A SAÚDE, PAPEL DO MÉDICO DENTISTA	37
1.5 CONCEITOS DE BELEZA E ESTÉTICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA SOCIEDADE ATUAL.....	38
1.6 QUALIDADE DE VIDA	39
1.7 MEDICINA DENTÁRIA DESPORTIVA.....	39
1.8 INFLUÊNCIA DA SAÚDE ORAL NA PRÁTICA DESPORTIVA	42
1.8.1 <i>Disfunções Temporomandibulares (DTMs)</i>	43
1.8.2 <i>Importância da Oclusão e Necessidade de Tratamento Ortodôntico</i>	45
1.9 INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DESPORTIVA NA SAÚDE ORAL	45
1.9.1 <i>Constituição da Saliva e Prática de Atividade Física</i>	45
1.9.2 <i>Papel do Lactato na Erosão Dentária</i>	47
1.9.3 <i>Desportos aquáticos e aeronáuticos e risco de barotrauma</i>	48
1.10 TRAUMATISMOS ORO-FACIAIS	50
1.10.1 <i>Infração de esmalte</i>	50
1.10.2 <i>Fratura de esmalte</i>	50
1.10.3 <i>Fratura de esmalte e dentina</i>	51
1.10.4 <i>Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar</i>	51
1.10.5 <i>Fratura corono-radicular sem envolvimento pulpar</i>	51
1.10.6 <i>Fratura corono-radicular com envolvimento pulpar</i>	52
1.10.7 <i>Fratura radicular</i>	52
1.10.8 <i>Fratura alveolar</i>	53
1.10.9 <i>Concussão</i>	53
1.10.10 <i>Subluxação</i>	53
1.10.11 <i>Luxação extrusiva</i>	54
1.10.12 <i>Luxação lateral</i>	54
1.10.13 <i>Luxação intrusiva</i>	54
1.10.14 <i>Avulsão</i>	55
1.11 DISPOSITIVOS ORAIS DE PROTEÇÃO.....	55
1.11.1 <i>Protetores bucais</i>	55
1.12 ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	59
1.12.1 <i>Dieta e Nutrição</i>	59
1.12.2 <i>Importância do Cálcio para os Tecidos Mineralizados</i>	60
1.12.3 <i>Papel de alguns Produtos Alimentares na Destruição Esmalte Dentário</i>	61
1.14 CONSIDERAÇÕES FARMACOLÓGICAS NO DESPORTO.....	62

Capítulo 2

Problemas em Estudo 63

2.1 QUESTÃO ORIENTADORA 65

2.2 OBJETIVOS 65

Capítulo 3

Metodologia..... 67

3.1 TIPO DE ESTUDO: 69

3.2 POPULAÇÃO-ALVO:..... 69

3.3 AMOSTRA: 69

3.4 PROCESSO DE AMOSTRAGEM: 69

3.5 VARIÁVEIS EM ESTUDO: 69

3.6 INSTRUMENTOS DA COLHEITA DE DADOS: 70

3.7 PROCESSO DE RECOLHA E ANÁLISE..... 71

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA 72

3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS..... 72

Capítulo 4

Resultados..... 73

4.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA 75

4.2 SAÚDE GERAL 75

4.3 SAÚDE ORAL 77

4.4 HÁBITOS ALIMENTARES 84

4.5 HÁBITOS TABÁGICOS..... 86

4.6 HÁBITOS DESPORTIVOS/ATIVIDADE FÍSICA 87

4.7 OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DA SAÚDE ORAL..... 89

4.8 COMPARAÇÃO ENTRE ALUNOS DE MIMD E PROFISSIONAIS DE DESPORTO 89

CAPÍTULO 5

Discussão dos resultados 99

CAPÍTULO 6

Conclusões..... 107

6.1 CONCLUSÕES GERAIS 109

6.2 LIMITAÇÕES..... 109

6.3 APLICAÇÕES 110

6.4 IMPLICAÇÕES 110

6.5 SUGESTÃO PARA FUTUROS ESTUDOS..... 110

Referências Bibliográficas 113

Lista de Siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde

DGS – Direção-Geral de Saúde

DTMs – Disfunções Temporomandibulares

ATM - Articulação Temporomandibular

FDI – Federação Dentária Internacional

PPD – Profissionais e/ ou Praticantes de Desporto

MIMD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

IPAC – Questionário Internacional de Atividade Física

OASIS – Escala Ortodôntica de Impacto Estético Subjetivo

CPOD – Índice de Dentes Cariados, Perdidos por Cárie e Obturados

IPC- Índice Periodontal Comunitário

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização demográfica	75
Tabela 2 – Caracterização das doenças	76
Tabela 3 – Caracterização dos tratamentos	76
Tabela 4 – Caracterização da saúde oral.....	77
Tabela 5 – Caracterização da aparência dos dentes	77
Tabela 6 – Caracterização da higiene oral.....	78
Tabela 7 – Caracterização da utilização de fio dentário.....	79
Tabela 8 – Caracterização da utilização da pasta dentífrica e escova.....	80
Tabela 9 – Caracterização do conhecimento e posse de selantes de fissuras... 81	
Tabela 10 – Caracterização das consultas por um médico dentista.....	81
Tabela 11 – Caracterização do conhecimento de dispositivo/ acessório de proteção oral e/ou facial utilizado (s) na prática desportiva.....	82
Tabela 12 – Caracterização de ocorrência de trauma das estruturas orais e/ ou faciais durante a prática desportiva	82
Tabela 13 – Caracterização da relação entre os problemas orais e prática desportiva	83
Tabela 14 – Estatísticas descritivas (1 – Sem preocupação; 7 – Muito preocupado) da escala OASIS.....	84
Tabela 15 – Caracterização do desejo de correção dos dentes para melhorar a aparência.....	84
Tabela 16 – Caracterização dos hábitos alimentares.....	85
Tabela 17 – Caracterização do consumo de bebidas.....	86
Tabela 18 – Caracterização dos hábitos tabágicos	87

Tabela 19 – Estatísticas descritivas dos hábitos tabágicos	87
Tabela 20 – Caraterização dos hábitos de atividade física	87
Tabela 21 – Estatísticas descritivas da atividade física	88
Tabela 22 – Caraterização das motivações para a atividade física	88
Tabela 23 – Estatísticas descritivas do questionário IPAQ	88
Tabela 24 – Estatísticas descritivas da avaliação da saúde oral	89
Tabela 25 – Caraterização da saúde oral segundo o grupo.....	89
Tabela 26 – Caraterização da aparência dos dentes segundo o grupo	90
Tabela 27 – Caraterização da higiene oral segundo o grupo	91
Tabela 28 – Caraterização da utilização da pasta dentífrica e escova segundo o grupo	92
Tabela 29 – Caraterização do conhecimento e posse de selantes de fissuras segundo o grupo	93
Tabela 30 – Caraterização das consultas por um médico dentista segundo o grupo	94
Tabela 31 – Caraterização do conhecimento de dispositivo/ acessório de proteção oral e/ou facial utilizado (s) na prática desportiva segundo o grupo	94
Tabela 32 – Caraterização da relação entre os problemas orais e prática desportiva segundo o grupo	95
Tabela 33 – Estatísticas descritivas do score da escala OASIS segundo o grupo	95
Tabela 34 – Caraterização dos hábitos alimentares segundo o grupo.....	96
Tabela 35 – Caraterização do consumo de bebidas segundo o grupo.....	97
Tabela 36 – Caraterização dos hábitos tabágicos segundo o grupo	97

Tabela 37 – Estatísticas descritivas do questionário IPAQ segundo o grupo .. 98

Tabela 38 – Estatísticas descritivas da avaliação da saúde oral segundo o grupo 98

Introdução

A Medicina Dentária é uma área nobre da Medicina que prima pela sua especificidade tanto ao nível de conhecimento como ao nível de intervenção.¹

Em Portugal, tal como em muitos países da Europa, a prática da Medicina Dentária é quase exclusiva ao domínio privado, sendo que tal limita o acesso a tratamentos e intervenções de saúde oral na comunidade, especialmente em países com pouco poder económico.¹

Assim, torna-se importante implementar estratégias que vão ao encontro das necessidades e motivações da população, para poder implementar hábitos corretos de forma a intervir na prevenção de doenças e traumatismos orais. Em populações cada vez mais sedentárias com hábitos de vida e rotinas incompatíveis com um modo de vida saudável, em que o *stress* faz parte do quotidiano e a obesidade se tornou numa das doenças mais prevalentes, os indivíduos não conferem a importância devida aos comportamentos que levam à manutenção e promoção do estado de saúde. Desta forma, tornaram-se frequentes programas de intervenção na área da saúde para motivar a população para a prática de atividade física bem como para promover hábitos de vida que fomentem um bom estado de saúde e bem-estar.² Por outro lado, cada vez mais as pessoas frequentam ginásios ou praticam determinados desportos não só pela preocupação crescente com a saúde individual mas também com o aspeto físico e o bem-estar.³

Sendo que a prática desportiva se tem vindo a tornar cada vez mais um hábito de vida, é importante agir nesse domínio, nomeadamente no que concerne à Medicina Dentária Desportiva, que tem por fim implementar hábitos de saúde oral. A Medicina Dentária Desportiva detém um papel preponderante na prevenção e tratamento de doenças ou traumatismos orais, de forma a aumentar a performance desportiva dos atletas.⁴ Assim, é possível demonstrar a importância da Saúde Oral e a sua mediação no estado de Saúde Geral bem como promover a imagem do médico dentista como profissional de saúde devidamente qualificado numa área tão específica, mas de certa forma tão abrangente, como é a Saúde Oral. Para tal, é possível intervir de forma estratégica, pois é desejável atingir esse fim indo ao encontro das motivações da população atual, que procura o desporto como via de promoção para a saúde e bem-estar individual e da comunidade mas também como

forma de obter qualidade de vida.⁵ A saúde e a qualidade de vida são, de certa forma, indissociáveis da prática de atividade física e bons hábitos de higiene oral e de uma alimentação saudável pois a nutrição tem também um papel fundamental nas funções orgânicas e biológicas do corpo humano.^{6,7}

Este estudo tem como objetivos gerais analisar se existem diferenças entre os comportamentos de saúde oral e hábitos nutricionais associados à atividade física.

O presente trabalho estrutura-se num primeiro capítulo que apresenta uma revisão da literatura das temáticas envolvidas no estudo, cuidadosamente selecionada de acordo com as datas de publicação das mesmas de forma a refletir a realidade atual. Seguidamente o capítulo dois refere-se à metodologia utilizada na recolha e análise dos dados. O capítulo três remete para os resultados obtidos seguidos de uma discussão dos mesmos no capítulo quatro. Por fim, o capítulo 5 apresenta as conclusões do estudo e contribuição para a Medicina Dentária bem como as perspetivas futuras.

Capítulo 1

Revisão da Literatura

1.1 Conceito de Saúde

A saúde, conceito universal, consiste numa condição essencial para a qualidade de vida. Contudo, se um conjunto alargado de indivíduos for questionado sobre o conceito saúde e o significado que lhe confere, certamente se irão obter as mais variadas respostas. Apesar do conceito de saúde ser universal, o significado que cada indivíduo lhe confere é individual e subjetivo⁸ e prende-se com a experiência o meio em que está inserido, até porque cada vez mais a saúde e a prestação de cuidados são indissociáveis da tecnologia.^{9,10} A saúde traduz-se em hábitos, comportamentos e prestação de cuidados que sofreram uma longa evolução, contudo, o seu conceito mantém-se inalterado uma vez que a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 continua a ser globalmente adotada¹¹ e define a saúde como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença.”¹² Assim, é necessário ponderar a importância que cada indivíduo deposita em cada componente da saúde. Há muito a desenvolver no que concerne à saúde oral, sendo uma área à qual nem sempre é conferida a importância que realmente detém.¹³

1.2 Saúde Oral

A cavidade oral constitui parte integrante do sistema digestivo interferindo, inevitavelmente, com as restantes componentes da saúde bem como com o normal funcionamento do organismo e seu desenvolvimento.¹⁴ As doenças orais podem ter implicações sistémicas como o contrário também é passível de ocorrer, tendo o médico dentista um papel preponderante no diagnóstico e prevenção.¹⁵⁻¹⁹ Por outro lado, a cavidade oral é parte integrante da face, é com ela que comunicamos, faz parte duma imagem que nos distingue tendo um papel decisivo na qualidade de vida e autoestima.^{20,21}

Em Portugal a Direcção-Geral de Saúde (DGS) implementou o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral publicado em Diário da República. Este programa tem como estratégias a promoção da saúde oral no contexto escolar e familiar, prevenir e diagnosticar precocemente doenças orais e promover tratamentos dentários, tem sido desenvolvido através de uma parceria público-privada, por contratualização de

médicos dentistas e estomatologistas, que decorre desde 2000 em todas as Administrações Regionais de Saúde.²²

1.3 Atividade Física e Benefícios para a Saúde

A atividade física consiste em qualquer movimento corporal produzido pela contração muscular que resulte num gasto energético acima do nível de repouso. Por outro lado, o exercício físico é um conceito menos abrangente uma vez que consiste em todos os movimentos corporais que são planeados, organizados e repetidos com o objetivo de melhorar ou manter componentes de aptidão física. Considera-se que a aptidão física pode influenciar a atividade física, contudo tendo em conta as determinantes de saúde da sociedade atual, a atividade física já é também considerada um comportamento determinante da saúde e da capacidade funcional do indivíduo.²³

A importância conferida à relação entre a atividade física regular e a saúde global do indivíduo remonta aos primórdios da Humanidade, sendo referenciada inclusivamente na Bíblia. Contudo, estudos epidemiológicos devidamente investigados são relativamente recentes, sendo que os primeiros foram desenvolvidos há cerca de 25 anos, no Reino Unido, pelo epidemiologista britânico Jeremy Morris que relacionou a prática de atividade física com a diminuição do risco de doença coronária isquémica.²⁴

Atualmente, em alguns países, já estão definidas linhas orientadoras relativamente à prática de atividade física, que relacionam o nível de atividade física com os respetivos benefícios para a saúde global.^{25,26} Para além disso, também estão documentadas linhas orientadoras sobre a prática de atividade física aconselhável para indivíduos com determinadas condições, nomeadamente presença de doenças cardíacas congénitas²⁷ e risco de doenças cardiometabólicas.^{28,29} Alguns países conferem importância à necessidade de rever as linhas orientadoras existentes demonstrando a importância da atividade física no estado de saúde global do indivíduo e da comunidade³⁰ bem como de avaliar a adesão da comunidade a essas mesmas recomendações.³¹⁻³³

O estilo de vida e hábitos dos indivíduos levam a alterações na saúde oral sendo a atividade física benéfica para a saúde. Contudo, a prática desportiva pode ser prejudicial.^{34,35} A literatura documenta a influência negativa da prática de atividade física no indivíduo.³⁶ Assim, há que ponderar os riscos e benefícios, mas no que concerne à atividade física, na generalidade, os benefícios são claramente evidentes.³⁷

A atividade física constitui uma componente essencial à saúde, mas deveria ser monitorizada, principalmente no âmbito da competição desportiva, tendo a Medicina Dentária um papel decisivo. Equipas olímpicas internacionais, equipas federadas e clubes desportivos sobejamente conhecidos, são assistidos por equipas médicas multidisciplinares onde a saúde oral é considerada de extrema importância.³⁸⁻⁴¹ Neste contexto há que ter em conta vários fatores de risco, como por exemplo, tendência para desenvolver distúrbios alimentares nos desportistas de alta competição devido à preocupação excessiva e pressão dos treinadores sobre o peso e a própria imagem corporal.⁴²⁻⁴⁴

1.4 Promoção para a Saúde, Papel do Médico Dentista

O papel do médico dentista na promoção para a saúde abrange os três níveis de prevenção.¹³ As ações integradas nos planos de promoção da saúde englobam as doenças orais. Todavia, numa sociedade em que persiste a ideia de que as doenças orais não levam à morte, muitas vezes o seu tratamento não é considerado prioritário. As intervenções no plano de saúde oral passam pela educação alimentar e cuidados de higiene oral e também pela promoção da atividade física.^{3,5,45-47}

Tendo em conta os estilos de vida e comportamentos dominantes, é imperativo travar hábitos prejudiciais e encarar os tratamentos orais como essenciais, bem como demonstrar a indispensabilidade do médico dentista como veículo de tratamentos adequados mas também como preponderante no diagnóstico de possíveis alterações e patologias.⁴⁸ Por isso, para além da necessidade de alterar comportamentos é igualmente indispensável mudar mentalidades pois só assim se pode garantir que comportamentos desejáveis sejam enraizados e transmitidos entre gerações. Os profissionais de saúde têm um papel preponderante no processo

saúde-doença particularmente na prevenção e diagnóstico de possíveis alterações, muitas vezes implícitas, para as quais devem estar alerta, o que só é possível se estiverem devidamente habilitados.⁴⁹ É necessário desenvolver determinadas áreas de conhecimento e intervenção, ainda pouco exploradas, tal como a Medicina Dentária Desportiva e a influência potencial e real que o desporto tem sobre a Medicina Dentária nas suas mais variadas vertentes.

1.5 Conceitos de Beleza e Estética e suas Implicações na Sociedade Atual

Na sociedade atual os conceitos de beleza e estética impõem-se de forma muito consistente e nem sempre denotam coerência entre o autoconceito e a realidade. Frequentemente a pressão social é de tal forma perentória que ameaça a saúde física e mental dos indivíduos, com repercussões graves e sequelas muito difíceis de conseguir ultrapassar. Contudo, a predisposição para desenvolver determinados problemas físicos ou mentais, em consequência da pressão social, também é influenciada por outros fatores como a predisposição individual do indivíduo, por exemplo.⁵⁰

O conceito de beleza é indissociável da História, a sua importância é referenciada nas diferentes civilizações, embora os padrões estéticos tenham sofrido alterações de acordo com a época Histórica e contexto social. Após os anos 90 o corpo idealmente belo passou a ser considerado magro, saudável, jovem e com músculos definidos.⁵¹ Contudo a pressão social, dos *media*, das marcas comerciais e da sociedade, é de tal forma consistente que nem sempre se consegue atingir os padrões de beleza de forma saudável, adotando-se comportamentos que acarretam riscos muito sérios para a saúde, como são os distúrbios alimentares, as cirurgias estéticas e a prática de exercício físico de forma descontrolada.⁵² Esta situação torna-se ainda mais delicada no caso de atletas de alta competição, pelos riscos aumentados que acarreta a sua atividade, levando a problemas de saúde graves, como por exemplo a tríade da mulher atleta, quadro caracterizado por transtorno do comportamento alimentar associado a amenorreia e baixa densidade óssea e outras consequências como défice de macro e micronutrientes, alterações das funções cognitiva, fisiológica, metabólica e imunológica, com complicações irreversíveis

principalmente se estiver em causa uma criança ou adolescente ainda em fase de crescimento e maturação.^{53,54}

A relação entre a Medicina Dentária e a estética é uma simbiose cada vez mais sólida já que as exigências estéticas dos pacientes, no geral e, conseqüentemente, do médico dentista, são cada vez mais evidentes. Assim, a Medicina Dentária atua nas suas mais diversas áreas obedecendo a regras e princípios funcionais e estéticos da macro e micro estética facial e do sorriso, abordando aspetos que englobam os tecidos duros e moles.⁵⁵

1.6 Qualidade de Vida

A qualidade de vida é um conceito muito abrangente, a Organização Mundial de Saúde define a qualidade de vida como “a perceção do indivíduo relativamente à sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive inserido, relacionada com os seus objetivos, expectativas, padrões e interesses.”⁵⁶

A OMS reconhece a importância da saúde oral no contexto de saúde global do indivíduo afirmando que a cavidade oral é uma estrutura anatómica indissociável das restantes, no sentido em que défices no estado de saúde oral afetam a saúde geral causando dor, alterações dos hábitos alimentares, do discurso e diminuição da qualidade de vida e do bem-estar do indivíduo.¹⁴

Para além da dor causada por problemas de origem infecciosa, como doença cárie e doença periodontal, existem outras condições da cavidade oral com grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos. Entre elas encontram-se maloclusões dentárias e problemas temporomandibulares muitas vezes com necessidade de tratamento ortodôntico.⁵⁷

1.7 Medicina Dentária Desportiva

A Medicina Dentária Desportiva consiste na prevenção de traumas e outros acidentes oro-faciais passíveis de ocorrerem durante a prática desportiva bem como da prevenção de doenças e outras condições orais que possam comprometer a performance e a saúde dos atletas.^{4,58} A Medicina Dentária Desportiva tem também um papel importante na identificação de comportamentos de risco dos atletas e

diagnóstico de lesões decorrentes dos mesmos. Neste contexto é importante referir os distúrbios alimentares, muitas vezes associados à necessidade de manter o peso imposta pelos escalões definidos ao nível desportivo, consumo de tabaco e outros produtos potencialmente perigosos como fármacos, por exemplo. Numa sociedade cada vez mais sedentária a prática desportiva é um elemento chave para combater a obesidade e suas conseqüências bem como outras manifestações sistémicas decorrentes da inatividade física. A OMS juntamente com outras entidades reguladoras de Saúde têm desenvolvido programas de combate à obesidade promovendo a prática de atividade física nas diferentes faixas etárias, uma vez que as conseqüências da inatividade física têm um impacto global com custos elevados para a economia dos países envolvidos. Assim, torna-se crucial implementar programas de intervenção para a prática de atividade física junto da comunidade. Contudo, estes programas devem ser adaptados ao estado de saúde-doença de cada individuo de modo a que a prática de exercício seja realizada de forma correta, evitando traumas ou lesões. Este aspeto é relevante não só para pessoas com condições sistémicas que requeiram um treino personalizado mas também para atletas saudáveis mas cujo desporto que praticam acarrete risco aumentado de traumas oro-faciais.⁵⁹ A Medicina Dentária Desportiva consiste numa área de conhecimento e intervenção comum nos Estados Unidos da América e já se encontra documentada em países como França, Inglaterra, Espanha, Austrália, Itália, Alemanha, Finlândia, Eslováquia e Canadá. Conquanto, só agora começa a ser globalizada, encontrando-se ainda numa fase embrionária, nomeadamente em Portugal. Esta área da Medicina já é reconhecida em muitos Comitês Olímpicos internacionais, tanto no que concerne à prevenção de traumas como também no tratamento de condições que possam levar à diminuição do rendimento físico dos atletas.^{4,60} A preocupação relativa ao desempenho dos atletas olímpicos por problemas de origem dentária remonta aos primórdios da História. No ano de 1924, nos Jogos Olímpicos de Paris, havia sido lançado um alerta decorrente do depoimento de um cirurgião suíço, de nome Martin, que referiu que um foco infeccioso dentário poderia desencadear perda de resistência física dos atletas.⁴ Os Jogos Olímpicos são um evento que exige equipas médicas multidisciplinares e os médicos dentistas constituem 30% das mesmas, sendo responsáveis pelos mais

variados tratamentos como restaurações, destartarizações, endodontias, confecção de protetores bucais, extrações e prevenção e tratamento de traumas dentários.⁶¹

Assim, a Medicina Dentária Desportiva, sendo uma área da Medicina Dentária desenvolvida em parceria com a Educação Física e o Desporto, pretende promover cuidados de saúde oral específicos no caso de atletas, profissionais ou não, de forma a prevenir e tratar possíveis complicações decorrentes da sua prática desportiva, com o objetivo de melhorar o seu desempenho. A Medicina Dentária Desportiva visa o acompanhamento do atleta, trabalhando em equipas multidisciplinares que devem também englobar a Fisioterapia, a Educação Física, a Nutrição, a Terapia da Fala, a Psicologia Desportiva e outras áreas relacionadas com o desporto, de acordo com a necessidade específica de cada atleta de forma a dar resposta às suas necessidades. Estas equipas multidisciplinares têm como objetivo final promover a saúde e performance desportiva dos atletas.⁵⁸

Existem vários desportos em que o uso de protetores bucais é requisito essencial, embora em Portugal tal só se verifique no caso do hóquei patins, hóquei em campo e *kickboxing*. Muitos dos acidentes que ocorrem em ambiente desportivo, seriam evitáveis se os dispositivos de proteção fossem devidamente utilizados. As lesões mais comuns são traumas dos tecidos moles e dentários, da articulação temporomandibular (ATM), e lesões mais graves como contusões cerebrais.⁶²

A Medicina Dentária Desportiva atua aos seguintes níveis:

- Educação e prevenção: é imprescindível educar os atletas durante o seu processo de formação desportiva. Antes da prática de uma atividade que acarreta riscos é imprescindível evitar comportamentos que maximizem os mesmos. Deste modo, os atletas devem ter formação acerca dos traumas e complicações que podem decorrer da prática de determinado desporto bem como da forma adequada de os evitar. Para além disso é importante que tenham formação de primeiros socorros em caso de trauma orofacial.⁶³ No caso de trauma ou avulsão dentária, por exemplo, é importante que os atletas tenham conhecimento acerca do método correto de preservar o dente ou fragmento dentário possibilitando que o indivíduo seja reabilitado da forma menos lesiva possível.⁶⁴ ⁶⁵Ainda assim, há atletas que praticam desportos

com alto risco de trauma oro-facial que não usam dispositivos de proteção oro-facial, o que denota a necessidade de educar para os riscos e sequelas associados aos referidos traumas.^{66,67}

- Tratamento e medicação: é função do médico dentista saber tratar e medicar um atleta que tenha sofrido um trauma oro-facial tendo como objetivos o restabelecimento do seu estado de saúde com o menor dano possível, isto é, evitando que esse mesmo trauma implique sequelas para a prática desportiva após restabelecimento da lesão, mesmo que tal implique um tratamento mais prolongado e, conseqüentemente, estar mais tempo afastado da prática desportiva.^{68,69}

1.8 Influência da Saúde Oral na Prática Desportiva

Um estado de saúde oral deficiente, dor e desconforto, provocam diminuição do rendimento físico e déficit de autoestima, o rendimento de um atleta pode diminuir cerca de 21% se sofrer de problemas de saúde oral, o que pode ser determinante no resultado da sua prática desportiva.⁷⁰ Talvez a situação mais grave seja a incapacidade de praticar exercício físico ou ter de suspendê-lo devido a problemas oro-faciais nomeadamente de origem dentária. Contudo, as infeções orais, nomeadamente cárie dentária e doença periodontal, alterações na ATM, hábitos parafuncionais, maloclusões, respiração oral, dor, desconforto e halitose, são exemplos de causas frequentes deste tipo de patologia. Os hábitos parafuncionais, embora aparentemente não tenham grande importância para o rendimento dos atletas, tal não se verifica. Onicofagia ou bruxismo provocam para além de abrasão dentária, o aumento da sobrecarga muscular do sistema estomatognático levando a contraturas e espasmos musculares, e um conseqüente desequilíbrio destas estruturas anatómicas, podendo desencadear dores de cabeça e *stress*. A cárie dentária, doença mais prevalente no mundo, é responsável por uma diminuição do rendimento desportivo do atleta em cerca de 17%.⁷⁰ No acompanhamento do atleta há vários fatores a considerar, relacionados com a higiene oral, mas também com fatores intrínsecos como a erupção dos terceiros molares, que pode coincidir com o pico da carreira desportiva.^{71,72} Está também comprovado que a presença de terceiros molares inferiores inclusos aumenta o risco de fratura mandibular, o que se

pensa estar relacionado com menor área óssea disponível.⁷³⁻⁷⁶ Existem outros fatores inerentes ao indivíduo que o predispõem a um maior risco de traumatismos oro-faciais como é o caso de protrusão dos incisivos maxilares e ausência de selamento labial.⁷⁷

Para além destas aspetos, há que ter em conta que um atleta necessita de uma alimentação equilibrada e devidamente digerida para o adequado rendimento muscular, portanto, há que ter em consideração a importância da saúde dentária para os processos de mastigação e salivação, cruciais para uma boa digestão alimentar. Maloclusões dentárias, contatos inadequados ou ausências dentárias podem desencadear problemas mastigatórios, que irão comprometer uma correta absorção de nutrientes, podendo emergir em desequilíbrios musculares, dores de cabeça, disfunções temporomandibulares, desconforto e *stress*.⁷⁸

1.8.1 Disfunções Temporomandibulares (DTMs)

As DTMs são um conjunto de condições médicas, dentárias ou faciais associadas a anomalias no sistema estomatognático, que desencadeiam disfunções nas articulações temporomandibulares e nos músculos faciais e cervicais adjacentes.⁷⁹

As DTMs são caracterizadas por dor na ATM, região pré-auricular e músculos da mastigação que podem conduzir a ruídos articulares, limitação dos movimentos ou trismus, cefaleias e sintomas otológicos. Os ruídos articulares são muitas vezes o primeiro sinal clínico, podendo constituir estalidos ou crepitações, e podem significar vários problemas articulares como deslocamento discal, alterações morfológicas na superfície articular, alterações nos ligamentos ou problemas musculares. No diagnóstico destas alterações é essencial avaliar a intensidade, duração a fase do movimento mandibular em que ocorrem.⁷⁹

Não existe uma etiologia definida para as DTMs. Contudo, há vários fatores associados como *stress*, alterações posturais, maloclusões dentárias, hábitos parafuncionais ou ausências dentárias que podem desencadear hiperatividade muscular, fadiga, espasmos e dor.⁸⁰ As DTMs são mais comuns na faixa etária dos 13 aos 35 anos de idade e são quatro vezes mais prevalentes no sexo feminino.⁷⁹

Cerca de 44 a 99% dos problemas na ATM são provocados por traumatismos sendo que a prática desportiva, nomeadamente desportos de contacto, acarreta um risco agravado.⁸¹ Atletas com alterações posturais têm maior risco de sofrer de lesões durante a prática desportiva.⁸² A natação e o mergulho também são desportos de risco no que concerne às DTMs, no primeiro caso devido à frequência com que o atleta vira a cabeça para poder respirar, o que se torna mais grave se os movimentos de respiração forem realizados de forma unilateral, provocando desequilíbrios musculares.⁸³ No segundo caso, devido ao uso do equipamento de mergulho que pode desencadear alterações musculares ao nível dos músculos do sistema estomatognático.⁸² O equipamento de mergulho obriga a uma protrusão mandibular para ser possível manter o bucal na boca provocando uma desoclusão dentária e uma distribuição irregular das forças que incidem nas ATMs e nos músculos envolvidos. A manutenção desta posição durante longos períodos desencadeia hiperatividade muscular e DTMs, uma vez que os músculos estão contraídos durante muito tempo podendo até incorrer no bloqueio da trompa de Eustáquio, levando a vertigens e desorientação. Para além deste fator, existem outros fatores de risco para as DTMs no mergulhador, como por exemplo a temperatura da água, a duração do mergulho, o *stress* emocional, ser do sexo feminino, a anatomia músculo-esquelética facial, bem como a existência de patologias prévias nas ATMs. Quanto ao primeiro fator, a água fria pode comprometer o selamento labial levando a que a força seja exercida pelos dentes agravando o risco de DTMs, a duração está diretamente ligada ao risco de DTMs pois quanto maior a duração do mergulho maior será a sobrecarga na articulação, o *stress* emocional desencadeia hiperatividade muscular e consequente sobrecarga articular, e o maior risco de DTMs no sexo feminino está relacionado com fatores anatómicos como posição mais posterior dos côndilos, inserção da musculatura mastigatória e maior elasticidade nos ligamentos dos tecidos retrodiscais.¹⁵ A existência prévia de doenças como artrite ou artroses e alterações oclusais também afetam a correta função das ATMs sendo um fator de risco importante.⁸²

O médico dentista também deve estar alerta para outras possíveis complicações decorrentes da prática do mergulho, nomeadamente barotraumas como barosinusite, barotrauma dentário e dor orofacial.⁸⁴

O uso de próteses dentárias, aparelho ortodôntico ou ausência de peças dentárias também podem constituir fatores de risco de desenvolver DTMs pois são passíveis de desencadear maior dificuldade em manter o bucal estável.⁸²

1.8.2 Importância da Oclusão e Necessidade de Tratamento Ortodôntico

O tratamento ortodôntico é uma preocupação cada vez maior dos indivíduos, em consequência dos modelos de estética e beleza que os meios de comunicação incutem na comunidade. Hoje em dia as motivações que levam os indivíduos a praticar desporto são várias, mas prendem-se essencialmente com preocupações ao nível da saúde e bem-estar e com a imagem corporal e aparência física. Assim, é frequente que atletas e praticantes de desporto tenham uma preocupação ainda mais exacerbada com a estética nomeadamente dentária e do sorriso. Na sociedade atual a estética está relacionada com o sucesso nas relações sociais e profissionais contribuindo em grande escala numa autoestima elevada e no sucesso nestas áreas.⁸⁵

1.9 Influência da Prática Desportiva na Saúde Oral

Sabe-se que a saúde oral tem um papel preponderante no rendimento desportivo dos atletas. Contudo, um individuo saudável é também suscetível à diminuição do seu rendimento físico por problemas orais que têm etiologia relacionada com a prática desportiva. Os traumatismos oro-faciais são um exemplo, mas existem outros fatores que podem ser igualmente danosos para o atleta, como são o consumo abusivo de bebidas desportivas e agentes anabolizantes, descorar do protetor bucal ou recorrer a algum que não seja o mais indicado.⁸⁶

Para além destes fatores existem outros que ainda carecem de uma investigação mais aprofundada mas cujos mecanismos já são conhecidos. Por exemplo, sabe-se hoje que a prática de exercício físico de alta intensidade tem efeitos ao nível do sistema imunitário interferindo de forma sistémica com o organismo.⁸⁷

1.9.1 Constituição da Saliva e Prática de Atividade Física

A saliva é um composto aquoso produzido pelas glândulas salivares:⁸⁷

- Glândula parótida, serosa pois não segrega mucina;

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

- Glândula sublingual, maioritariamente mucosa;
- Glândula submandibular, de produção mista, isto é, tem produção seromucosa;
- Glândulas salivares *minor* predominantemente glândulas Von Ebner e glândulas mucosas de Blandin-Nühm.

No processo de formação de saliva são também necessários outros compostos fluidos, como o fluido crevicular e outros produtos da mucosa oral.⁸⁷

A saliva tem várias funções importantes, nomeadamente:⁸⁸

- Auxiliar a formação do bolo alimentar, pois permite a união das partículas alimentares;
- Proteger a mucosa oral de agressões mecânicas;
- Permitir a digestão primária de alguns alimentos porque contém α -amilase e outras enzimas;
- Facilitar a perceção do sentido do sabor pois permite o contacto entre as partículas dos alimentos com as papilas gustativas;
- Promover o tamponamento dos componentes acídicos dos alimentos, nomeadamente através do tampão bicarbonato;
- Promover o processo de remineralização do esmalte por ser um reservatório de biominerais como cálcio, fosfato e flúor que têm um papel preponderante na mineralização do esmalte dentário;
- Auxiliar no processo de dicção;
- Função importante no sistema imunitário específico, através de imunoglobulinas, e não-específico, através de enzimas como a lisozima, peroxidase, cistatinas e lactoferrina.

Um indivíduo saudável produz, em média, cerca de 500 a 1500 ml de saliva por dia, mas esta quantidade varia com fatores hormonais e psicológicos, medicação, idade, estado de higiene oral, fatores hereditários e estímulos olfativos e gustativos.⁸⁸

A prática de atividade física tem implicações na formação da saliva e nas suas propriedades, nomeadamente diminuição acentuada na concentração de imunoglobulina A, primeira linha de defesa contra vírus potencialmente patogénicos. Por isso, pensa-se que a prática de exercício físico de forma intensa pode levar a maior predisposição para desenvolver infeções no trato respiratório superior. Existe também alteração do fluxo salivar porque a prática desportiva estimula o sistema nervoso simpático o que desencadeia vasoconstrição nas arteríolas que irrigam as glândulas salivares, levando a uma diminuição do fluxo salivar: Para além disso, o indivíduo ao praticar desporto perde água por evaporação, devido a hiperventilação, o que também contribui para a desidratação. A estimulação das glândulas salivares leva a um aumento do conteúdo proteico da saliva, pois ocorre o aumento dos níveis plasmáticos de cortisol e lactato, devido à estimulação do sistema nervoso simpático, tal tem repercussões salivares, uma vez que a saliva é um ultrafiltrado plasmático, existem também alterações na composição iónica da saliva nomeadamente aumento do sódio e do potássio e ainda aumento dos níveis de magnésio no caso do exercício físico anaeróbio.⁸⁹

A prevalência elevada de lesões erosivas do esmalte denota a necessidade de programas de prevenção de lesões orais destinados a desportistas. Está demonstrado que a prática de atividade física e a diminuição consequente do fluxo salivar podem ser fatores que contribuem para a erosão do esmalte dentário. Contudo, para a implementação de medidas de prevenção adequadas ainda são necessários mais estudos a este nível, nomeadamente para clarificar quais os fatores etiológicos envolvidos na erosão dentária, designadamente fatores biológicos, químicos e comportamentais envolvidos.⁹⁰

1.9.2 Papel do Lactato na Erosão Dentária

A relação entre a cárie dentária e o lactato é já bastante estudada e conhecida. Sabe-se que o *Streptococcus mutans*, um dos agentes etiológicos mais importantes da cárie dentária, produz ácido láctico, acetato, formato e etanol levando à

desmineralização do esmalte dentário. Esta bactéria tem vantagem no meio intraoral pois produz ácidos orgânicos como produto final do seu metabolismo glicolítico e tem capacidade de resistir ao ácido e sobreviver em meios com pH baixo, meios esses em que ocorre a desmineralização do esmalte.⁸⁹

Sabe-se que a prática de exercício físico aumenta a formação de ácido láctico e, deste modo, há aumento do lactato ao nível das células musculares, que posteriormente entra na corrente sanguínea e é excretado na cavidade oral através das glândulas salivares. No meio oral este lactato produzido pelo organismo é adicionado ao lactato produzido pelas bactérias o que pode ter um contributo no desenvolvimento de lesões de cárie.⁸⁹

1.9.3 Desportos aquáticos e aeronáuticos e risco de barotrauma

O mergulho é uma prática corrente que pode ser desenvolvida no âmbito lúdico ou profissional. Na atividade de mergulho importa também considerar a Polícia Marítima, interveniente em casos de investigação e desaparecimentos de indivíduos que se suspeita terem ocorrido próximo de zonas de rio ou mar, por exemplo. O mergulho acarreta alguns perigos para a saúde cujo grau de gravidade varia com a temperatura da água e a profundidade que se atinge na sua prática. Esta atividade pode desencadear lesões na cabeça, nomeadamente nos ouvidos, olhos e seios maxilares e pode também provocar DTMs.⁹¹

O barotrauma consiste num conjunto de lesões físicas provocadas por uma alteração extrema e rápida na pressão do ar, que ocorre em profundidades elevadas como no caso do mergulho, mas também em altitudes elevadas, como no caso de desportos aeronáuticos. Algumas áreas do corpo são mais propícias para sofrerem deste tipo de lesões, mas existem outros fatores a ter em conta quando se considera a prática de desportos que acarretam risco de barotrauma. Ao nível da Medicina Dentária devem considerar-se as lesões dentárias mas também os tipos de materiais usados para restaurações dentárias. Para prevenir o barotrauma relacionado com lesões dentárias é necessário efetuar uma vigilância apertada da qualidade das restaurações dentárias existentes no praticante, impedindo a possibilidade de penetração de ar entre a superfície de contacto dente-restauração.⁹²

Atualmente a barodontologia é subdividida em direta, quando afeta diretamente as peças dentárias, e indireta quando afeta outras estruturas. A classificação atual de barodontologia direta subdivide-se em⁹³:

- Tipo I - pulpite irreversível,
- Tipo II - pulpite reversível,
- Tipo III - polpa necrótica,
- Tipo IV - patologia periapical

É difícil estabelecer um diagnóstico definitivo de barotrauma direto, pois por vezes é impossível determinar a etiologia das lesões ou estabelecer uma relação causal entre a lesão e a prática de mergulho ou voo. Assim, nos casos em que se suspeita de barotrauma, é necessário efetuar uma história clínica detalhada, que englobe a história de tratamentos dentários recentes, sintomas, características da dor, nomeadamente se é provocada ou agravada ou se cessa ou alivia com as mudanças de pressão do ar (altitude ou profundidade), exame oral detalhado com avaliação das restaurações existentes, estados pulpares, presença de lesões de cárie, verificar se há presença de sinusite e dor temporomandibular.⁹¹

Relativamente à prevenção do barotrauma é necessário efetuar exames orais periódicos, com recurso a exames auxiliares de diagnóstico, nomeadamente radiografias periapicais e testes de vitalidade pulpar em indivíduos de risco para este tipo de lesões, são também recomendadas radiografias panorâmicas com intervalos de 3 a 5 anos. O médico dentista deve ter atenção especial para a possibilidade de existir patologia periapical, restaurações insatisfatórias, lesões de cárie secundária e sinais de atrição dentária. Restrição temporária de condições que predisponham a barotrauma é essencial após procedimentos cirúrgicos ou restauradores para evitar barotrauma pós-operatório.⁹¹

As DTMs associadas ao mergulho têm como etiologia a postura muscular adotada para suportar o equipamento de mergulho dentro da cavidade oral, logo há uma necessidade eminente do acompanhamento dos mergulhadores pelo médico dentista de forma a evitar ou diminuir este tipo de lesões.⁹¹

1.10 Traumatismos Oro-faciais

Os traumatismos dento-alveolares podem envolver dentes, tecidos de suporte e tecidos moles adjacentes e são frequentes na prática desportiva, sobretudo em desportos de contato. Contudo, estes traumatismos podem variar no nível de severidade e envolver outras estruturas como são os ossos da face, crânio e tecidos adjacentes podendo provocar danos faciais, cerebrais e cervicais comprometendo a vida. Desta forma, é de extrema importância proceder à sua prevenção aquando da prática de desportos que se sabe que acarretam riscos de trauma orofacial.⁹⁴

Segundo a *Associação Internacional de Traumatologia Dentária*, as lesões são classificadas, segundo a extensão das estruturas envolvidas e a sua gravidade em:^{94,95}

1.10.1 Infração de esmalte

Fratura de esmalte incompleta sem perda de estrutura dentária. Ausência de sensibilidade e alterações radiográficas. Considera-se a existência de uma fissura quando existe uma fratura incompleta, sem perda de estrutura dentária e não se observam alterações radiológicas. Geralmente esta lesão só é diagnosticada através de transiluminação. Devem ser realizadas três incidências radiográficas para excluir a possibilidade de existir fratura radicular, radiografias dos tecidos moles também podem ser necessárias quando há dilacerações de tecidos, para deteção da possibilidade de existirem fragmentos dentários ou corpos estranhos. Não há necessidade de tratamento restaurador em dentes com fratura de esmalte mas se houver evidência de fissura selar com material resinoso.⁹⁴

1.10.2 Fratura de esmalte

Fratura completa de esmalte com perda de esmalte mas sem sinal de exposição de dentina. Testes de sensibilidade pulpar geralmente positivos. Aconselha-se exame radiográfico pariapical, oclusal e dos tecidos moles. Se possível proceder à colagem do fragmento, caso contrário, restaurar com material resinoso. Recomenda-se um período de observação entre seis a oito semanas e um ano depois.⁹⁴

1.10.3 Fratura de esmalte e dentina

Fratura que envolve o esmalte e dentina sem invasão pulpar ou do espaço biológico. Inicialmente o teste de sensibilidade pode ser negativo devido a lesão pulpar transitória. Deve ser monitorizada a resposta pulpar até que seja possível obter um diagnóstico definitivo. Contudo, se a dentina foi afetada o tratamento torna-se prioritário pela necessidade de selamento para proteção pulpar. O tratamento definitivo para fraturas coronárias é restaurador com materiais restauradores indicados ou com a colagem do fragmento, desejável sempre que possível. Recomenda-se um período de observação entre seis a oito semanas e um ano depois.⁹⁴

1.10.4 Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar

Fratura que envolve esmalte e dentina e ocorre exposição pulpar. O teste de sensibilidade pode não ter carácter fundamental pelo facto de que a vitalidade pulpar é passível de ser avaliada por observação direta. As consultas de controlo são muito importantes após tratamento inicial. Preconizam-se três radiografias com diferentes angulações para descartar a possibilidade de deslocamento ou fratura radicular. Recomenda-se radiografar os tecidos moles pelo motivo supracitado. Sempre que possível é desejável preservar a vitalidade pulpar através de proteções pulpares diretas simples ou pulpotomias parciais. O hidróxido de cálcio é o material preconizado para estes casos. Recomenda-se um período de observação entre seis a oito semanas e um ano depois.⁹⁴

1.10.5 Fratura corono-radicular sem envolvimento pulpar

Fratura que envolve esmalte, dentina e cemento, com perda de estrutura dentária mas sem envolvimento pulpar. Fratura coronal estende-se até à margem gengival (com invasão do espaço biológico). Pode ser necessário mais do que uma incidência radiográfica para proceder ao diagnóstico definitivo da lesão. De acordo com a localização anatómica da fratura o tratamento pode ser complexo ou mesmo radical quando o dente não tem viabilidade no alvéolo. O tratamento pode ser de emergência com estabilização temporária, até ser planeado um tratamento definitivo, que pode consistir em remoção do fragmento, tratamento endodôntico radical,

gingivectomia e osteotomia, se necessário, e restauração definitiva. Pode ser necessário proceder à extrusão ortodôntica ou cirúrgica após tratamento endodôntico radical para colocar coroa (prótese fixa) ou extração dentária quando a fratura tem uma extensão apical considerável e colocação de implante. Recomenda-se um período de observação entre seis a oito semanas e um ano depois.⁹⁴

1.10.6 Fratura corono-radicular com envolvimento pulpar

Fratura de esmalte, dentina e cimento como exposição pulpar. Teste de percussão positivo, fragmento coronário apresenta mobilidade. Recomendam-se radiografias periapical e oclusal. O tratamento pode ser de emergência com estabilização temporária. Em pacientes jovens ou com ápex aberto pode ser vantajoso preservar a vitalidade pulpar com pulpotomia parcial e colocação de hidróxido de cálcio, se tal não for indicado, proceder a tratamento endodôntico radical. À semelhança do que acontece nas fraturas corono-radulares sem envolvimento pulpar, pode ser necessário remover o fragmento e proceder a gengivectomia e restauração com coroa (prótese fixa), extrusão ortodôntica ou cirúrgica, extração e colocação de implante. Recomenda-se um período de observação entre seis a oito semanas e um ano depois.⁹⁴

1.10.7 Fratura radicular

O fragmento dentário coronário pode estar móvel ou solto e o dente é sensível à percussão. O teste de sensibilidade pode ser negativo por lesão pulpar transitória ou permanente. É recomendável monitorizar o estado de vitalidade pulpar. Pode surgir uma descoloração transitória da coroa que pode ser vermelha ou cinzenta. É necessário efetuar radiografias periapicais com diferentes angulações, radiografias oclusais e ortopantomografia pois as linhas de fratura podem não ser facilmente detetáveis. Quando a fratura ocorre no terço coronal a coroa apresenta mobilidade, quando nos terços médio ou apical verifica-se pouca ou nenhuma mobilidade dentária coronária. Quando há deslocamento do segmento coronário deve reposicionar-se o mesmo no local original, assim que for possível, e verificar a posição radiograficamente. Nestes casos é necessário estabilizar o dente com uma férula flexível durante um período de quatro semanas ou superior se a fratura da raiz for próxima da região cervical do dente. Aconselha-se monitorizar o dente por pelo

menos um ano após a lesão, para verificar se a vitalidade pulpar se mantém. Se ocorrer necrose pulpar está indicado tratamento endodôntico radical no segmento coronário da fratura. Recomenda-se observação periódica após quatro, seis e oito semanas, quatro e seis meses, um e cinco anos.⁹⁴

1.10.8 Fratura alveolar

Fratura que envolve osso alveolar podendo envolver osso basal adjacente apresentando com frequência mobilidade e deslocação do segmento afetado. Existe normalmente alteração da oclusão dentária devido à falta de alinhamento do segmento alveolar fraturado. O teste de sensibilidade pulpar pode permanecer positivo. As linhas de fratura podem ser visíveis radiograficamente desde o osso marginal até ao ápex radicular. A radiografia panorâmica tem um carácter de diagnóstico importante. Deve proceder-se ao posicionamento do fragmento solto e/ou deslocado e colocar férula que deve permanecer durante pelo menos quatro semanas. Recomenda-se observação periódica após quatro semanas, seis a oito semanas, quatro meses, seis meses, um ano e cinco anos após a lesão.⁹⁴

1.10.9 Concussão

Dente com sensibilidade aumentada ao toque, não há mobilidade, teste de sensibilidade positivo, sem alterações radiológicas. Por norma, não há necessidade de tratamento ainda que haja uma importância extrema na monitorização destas lesões por um período de pelo menos um ano. Recomenda-se observação clínica quatro semanas após a lesão, seis a oito semanas após e um ano depois.⁹⁴

1.10.10 Subluxação

Dente sensível ao toque e sem deslocamento mas com mobilidade aumentada. Pode ocorrer hemorragia dos tecidos gengivais. O teste de sensibilidade pode ser inicialmente negativo por lesão pulpar transitória, não existem alterações radiográficas significativas. Deve colocar-se férula com material flexível para estabilização dentária com comodidade do paciente, pelo menos duas semanas. Recomenda-se observação clínica após duas semanas, quatro semanas, seis a oito semanas, seis meses e um ano.⁹⁴

1.10.11 Luxação extrusiva

Lesão que envolve dentes e tecidos periodontais de suporte. Dente parece alongado e apresenta aumento da mobilidade, testes de sensibilidade podem ser negativos, há um aumento do espaço periodontal apical. Pode ocorrer necrose pulpar, reabsorção radicular e obliteração canalar bem como perda de suporte ósseo marginal mas também podem não ocorrer complicações graves consequentes. O tratamento pode consistir no reposicionamento do dente e estabilização durante duas semanas com férula flexível mas pode ser necessário tratamento endodôntico radical se ocorrer necrose pulpar. Recomenda-se observação clínica após duas semanas, quatro semanas, seis a oito semanas, seis meses, um e cinco anos.⁹⁴

1.10.12 Luxação lateral

Dente deslocado, geralmente para palatino/ lingual ou vestibular, sem mobilidade, som audível e metálico à percussão que indica anquilose, testes de sensibilidade geralmente negativos. Pode ocorrer revascularização pulpar em dentes que ainda não completaram a sua formação. Deve proceder-se ao reposicionamento do dente no alvéolo na posição original e estabilizar o mesmo com férula flexível por um período mínimo de quatro semanas. Se ocorrer necrose pulpar deve proceder-se ao tratamento endodôntico radical para prevenir reabsorção radicular. Recomenda-se observação clínica após duas, quatro, seis a oito semanas, seis meses, um ano e cinco anos.⁹⁴

1.10.13 Luxação intrusiva

Lesão caracterizada pelo deslocamento axial do dente para o interior do alvéolo, sem mobilidade, som audível e metálico ao teste de percussão. Teste de sensibilidade, geralmente negativo, pode ocorrer revascularização pulpar em dentes imaturos. Radiograficamente o espaço periodontal pode apresentar-se ausente em toda a extensão radicular.

No caso de dentes com rizogênese incompleta pode ocorrer uma reposição dentária espontânea durante as primeiras três semanas. Se tal não se verificar, é recomendável o seu reposicionamento. Em dentes com rizogênese completa o reposicionamento é ortodôntico ou cirúrgico com estabilização com férula flexível

durante quatro a oito semanas, se a polpa se apresentar necrosada preconiza-se tratamento endodôntico radical. Recomenda-se observação clínica após duas semanas, quatro semanas, seis a oito semanas, seis meses, um ano e cinco anos.⁹⁴

1.10.14 Avulsão

Lesão que se caracteriza pelo deslocamento total do dente para fora do alvéolo dentário. O prognóstico depende do nível de desenvolvimento radicular do dente, tempo de permanência fora do alvéolo, meio de armazenamento extra-alveolar e técnica de reimplantação/ contenção. Após a reimplantação dentária deve proceder-se à contenção semirrígida durante um período entre sete a dez dias. Quando o reimplante imediato não é passível de ocorrer o dente deve ser armazenado em leite, solução salina fisiológica ou saliva até à reimplantação ser efetuada. Existem casos em que a reimplantação pode não ser indicada nomeadamente em pacientes adultos em que os dentes avulsionados permaneceram demasiado tempo fora do alvéolo e/ ou em condições adversas.⁹⁵

1.11 Dispositivos Oraís de Proteção

1.11.1 Protetores bucais

Em muitos desportos, nomeadamente desportos de contacto, existe um maior risco de traumas de alto impacto com bolas, tacos ou mesmo causado por outros atletas. Estes traumas podem consistir em lacerações dos tecidos, fraturas, avulsão dentária, entre outros.⁹⁴

Os protetores bucais têm um papel eficiente na redução ou eliminação de lesões oro-faciais, com consequências graves ao nível da saúde e ao nível económico. Para que um dispositivo de proteção oral seja eficiente tem que ser confeccionado no consultório dentário, pois só o médico dentista tem formação adequada para saber quais os parâmetros oclusais e temporomandibulares a que deve estar atento em cada caso específico, mesmo que o dispositivo final seja fabricado por um laboratório de prótese. Só um dispositivo de proteção confeccionado nestas condições pode oferecer ao atleta o conforto e proteção que necessita. Antes da confeção de um protetor bucal o médico dentista deve despistar problemas de saúde

oral nomeadamente a existência de possíveis fatores de risco traumático como má posição dentária e necessidade de tratamento ortodôntico prévio, existência de dispositivos protéticos ou presença terceiros molares ou dentes supranumerários inclusos. Alguns autores defendem que um dispositivo de proteção oral personalizado e devidamente adaptado tem um papel efetivo na diminuição da incidência e gravidade de concussões cranianas uma vez que reduz e absorve o impacto dos agentes lesivos.⁹⁶

De acordo com a Declaração de Princípios da FDI, relativa aos protetores bucais para o desporto, adotada pela Assembleia Geral em 26 de Setembro de 2008 em Estocolmo, Suécia, recomenda-se:⁹⁷

- As associações de medicina dentária nacionais promovam junto do público e dos profissionais de saúde oral, os benefícios do uso de protetores bucais incluindo a prevenção das lesões orais e faciais;
- Sejam profissionais de saúde oral devidamente habilitados a determinar se os seus doentes participam em quaisquer desportos ou atividades que acarretem o risco de lesão oral;
- Independentemente da idade, todos os que participem nesse tipo de desportos ou atividades usem protetores bucais;
- Os doentes sejam esclarecidos sobre os benefícios do uso de protetores bucais na prevenção das lesões orais e faciais, incluindo aconselhamento adequado sobre tipos de protetores bucais, as suas propriedades, custos e requisitos de manutenção.⁹⁷

De acordo com as recomendações da Federação Dentária Internacional (FDI), os protetores bucais devem:⁹⁸

- Ser confeccionados por material resistente, com durabilidade, resiliente, inodoro e insípido;
- Recobrirem todos os dentes, preferencialmente na maxila;
- Serem confortáveis, não condicionando a fonação nem a respiração;

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

- Possuírem uma elevada capacidade de absorção de energia e distribuição de forças ao longo de toda a sua extensão, e bom ajuste às arcadas dentárias, de forma a permanecerem estáticos mesmo com os movimentos corporais;
- Permitirem uma correta higienização e desinfecção;
- Serem retentivos para permanecer na posição correta durante a prática desportiva;
- Permitirem uma oclusão harmoniosa fornecendo a máxima proteção;
- Absorverem e dispersarem a energia de um possível impacto;
- Excluírem interferências;
- Reproduzirem os contatos oclusais;
- Protegerem os tecidos moles.

Os protetores bucais classificam-se nos seguintes tipos:

- **Tipo I** – Protetores bucais pré-fabricados: são confeccionados com materiais como o polivinilcloreto, poliuretano ou um co-polímero de vinil acetato ou etileno. Geralmente existem 3 tamanhos padronizados (pequenos, médios e grandes), contudo não são personalizados, logo levam a alterações da fonação e da respiração influenciando o rendimento do desportista. Encontram-se disponíveis para venda em lojas de material de desporto. Não existe evidência da eficiência destes protetores relativamente à distribuição das forças causadas por um impacto oro-facial, sendo os mais económicos mas também os mais desconfortáveis e menos efetivos. Não são firmes nem estáveis;⁹⁹
- **Tipo II – Protetores bucais termoplásticos:** fabricados em polivinilcloreto e silicone ou acetato polivinílico, são termo-ajustáveis à cavidade oral, através de água aquecida, para que se tornem mais plásticos antes de serem moldados às dimensões e forma da arcada dentária. Existe um tamanho único uma vez que são termo-ajustáveis. Contudo, como não são personalizados têm as mesmas desvantagens dos protetores Tipo I, apesar

de apresentarem um melhor ajuste mas com o inconveniente de terem a tendência de se tornarem mais finos;⁹⁹

- **Tipo III - Personalizados:** são confeccionados pelo médico dentista, de forma individualizada. São fabricados a partir de placas de vinil, silicone, poliuretano com borracha, borracha de silicone, polivinil acetato ou resina, por um processo termoplástico que ocorre em vácuo onde as placas são prensadas sobre o modelo de gesso das arcadas dentárias do paciente, logo adaptando-se perfeitamente à sua cavidade oral. Como tal, estes protetores bucais oferecem maior conforto e segurança não implicando alterações na fonação nem na respiração e reduzindo a fadiga muscular, logo são os únicos aconselháveis. De acordo com o tipo de desporto praticado o protetor pode ter diferentes espessuras o que também está relacionado com o tipo de trauma que esse mesmo desporto possa acarretar. Contudo, a espessura do protetor bucal não deve ser superior ao espaço funcional livre, para que este não provoque desconforto temporomandibular.⁹⁹
- **Tipo IV – Personalizados laminados:** atualmente defende-se que os protetores bucais devem ter uma composição laminada em que a camada interna é mais flexível e as externas mais rígidas, por exemplo em etil-vinil-acetato. Está descrito que desta forma a força de impacto transferida para os dentes será muito reduzida, uma vez que a camada de material compressível confere capacidade de absorção ao choque, para além de apresentarem a vantagem de reduzir a deformação permanente do material. Os materiais à base de etil-vinil-acetato proporcionam bons resultados biomecânicos na cavidade oral tendo em conta a presença de saliva e a sua temperatura.¹⁰⁰

Com o avanço científico dos biomateriais e suas aplicações na área da saúde também novas propostas são testadas e propostas. É o caso de um protetor bucal desenvolvido especificamente para atletas com aparelho ortodôntico. Tratando-se de um protetor personalizado promove as melhores características que um protetor bucal pode oferecer com a vantagem de não influenciarem o movimento ortodôntico nem a colocação dos braquetes. As únicas desvantagens destes dispositivos de

proteção são o preço elevado e o facto de terem uma aparência mais volumosa em relação aos outros tipos de protetores bucais.¹⁰¹

Existe uma forte influência entre o uso de protetores bucais e o rendimento desportivo dos atletas, pois o uso dos mesmos permite um equilíbrio harmonioso do sistema estomatognático. Uma oclusão correta tem ainda influência na postura corporal devido a uma melhor redistribuição de carga entre os dois lados do corpo. Assim, a resistência à fadiga e a performance atlética será melhorada de forma significativa.¹⁰²

1.12 Atividade Física e Promoção da Saúde

1.12.1 Dieta e Nutrição

É consensual que uma alimentação saudável influencia a performance desportiva bem como a recuperação pós-exercício. Cada atleta, de acordo com as suas características individuais, tipo de desporto praticado,¹⁰³ frequência e duração do mesmo, local e clima onde o mesmo é desenvolvido terá diferentes necessidades nutricionais.¹⁰⁴ As características individuais do atleta estão relacionadas, não só com características genéticas e fisiológicas, mas também com possíveis patologias sistémicas, nacionalidade e cultura, religião, hábitos e preferências.^{105,106}

Desta forma, torna-se crucial uma equipa multidisciplinar para que os objetivos específicos e o sucesso dos desportistas sejam alcançados. Existe uma necessidade de formação na área da nutrição de acordo com necessidades específicas de cada indivíduo.¹⁰⁷ Como já foi referido, a cavidade oral, nomeadamente os dentes, é parte integrante do sistema digestivo e, como tal, tem um papel importante na digestão dos alimentos. A cavidade oral e suas estruturas anatómicas são detentoras de funções fisiológicas determinantes ao nível da alimentação tendo repercussões nos processos de digestão, absorção e metabolização dos nutrientes.¹⁰⁸

De uma forma geral um atleta tem necessidades energéticas comuns que se prendem com a alimentação e disponibilidade de macronutrientes, nomeadamente hidratos de carbono e proteínas, de forma a repor os níveis de glicogénio e

promover um adequado aporte de proteínas para reparar o tecido muscular que sofre *stress* oxidativo durante a prática de exercício físico. Os níveis de glicose e a hidratação devem ser monitorizados antes, durante e depois da prática de exercício físico para ter um bom rendimento e melhorar o período que o organismo necessita para se restabelecer evitando quadros de hiponatremia.^{7,109,110}

Só é possível manter a saúde sistêmica e oral se a dieta e consequente aporte de nutrientes for adequado.⁶

1.12.2 Importância do Cálcio para os Tecidos Mineralizados

O cálcio é um dos nutrientes mais importantes para que as funções orgânicas se processem de forma saudável. Esta molécula encontra-se armazenada no organismo, sobretudo na forma de hidroxapatite, nos ossos e dentes e uma pequena quantidade nos fluidos extracelulares, músculos e outros tecidos. Um consumo adequado de cálcio durante a vida é preponderante na prevenção da osteoporose. Por sua vez, o consumo deficiente de cálcio ao longo da vida pode estar associado a patologias crônicas como cancro, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças autoimunes e outras doenças sistêmicas. Contudo, não há evidência científica que comprove uma relação causa-efeito.¹¹¹

Um adequado consumo de cálcio é imprescindível para a formação óssea e dentária, mas também na manutenção de funções vitais. O cálcio está envolvido nos potenciais de ação celulares, nomeadamente ao nível cardíaco e nos mecanismos de contração e relaxamento muscular, vasoconstrição e vasodilatação, transmissão de impulsos nervosos, mecanismos de sinalização celular e secreção hormonal. Cada vez que um músculo é contraído íões cálcio são bombeados para as fibras musculares para que elas encurtem, quando o músculo relaxa o cálcio é bombeado para fora das células. O cálcio é importantíssimo para um bom funcionamento do organismo, especialmente no que concerne a atletas, pois valores reduzidos de cálcio levarão a fadiga muscular e durante períodos prolongados podem conduzir a quadros de osteopenia ou osteoporose.^{112,113}

O cálcio é um dos principais minerais que é consumido de forma inadequada pelos atletas o que tem implicações irreversíveis quando tal ocorre durante o período de crescimento.¹¹⁴

Para um correto metabolismo do cálcio é importante o bom funcionamento da paratiroide por ser a glândula responsável por segregar a hormona paratiroide (PTH) quando os níveis de cálcio no plasma estão reduzidos. A presença de PTH em circulação leva à reabsorção de cálcio dos ossos e estimula a produção de calcitriol que é responsável pela estimulação do cálcio pelos rins, de forma a repor os níveis de cálcio plasmáticos.¹¹⁴

A vitamina D é igualmente importante pois tem um papel preponderante na absorção de cálcio e como tal, a alimentação deve ser encarada de forma global pois as moléculas do seu metabolismo associam-se em processos de regulação e feedback.^{111,114}

1.12.3 Papel de alguns Produtos Alimentares na Destruição Esmalte Dentário

A cavidade oral é um meio com um pH aproximadamente neutro (pH 7) mas que sofre alterações ao longo do dia, de acordo com a alimentação. Todos os alimentos ingeridos capazes de reduzir o pH do meio oral para valores compreendidos no intervalo de 5.2 a 5.5 podem provocar desmineralização dentária. A saliva tem um papel protetor no que se refere ao processo de desmineralização do esmalte porque tem função de higienização, neutralização dos ácidos e permite a remineralização do esmalte dentário.⁶

O consumo de alimentos ácidos ou açucarados pode comprometer a saúde oral na medida em que têm alto poder cariogénico. As bebidas energéticas, muito consumidas por desportistas, são caracterizadas por terem na sua composição ingredientes altamente energéticos o que leva a um aumento do metabolismo basal e melhor rendimento desportivo. Contudo pensa-se que estas bebidas podem ter na sua composição ingredientes que devido à sua quantidade ou qualidade podem ter efeitos muito graves para a saúde dos indivíduos não existindo uma regulamentação consensual nos diferentes países onde são comercializadas. São exemplos destes ingredientes a taurina, cafeína, suplementos de origem vegetal e vitaminas do grupo

Bem como elevados níveis de açúcar, componentes responsáveis por vários efeitos secundários descritos que incluem problemas hepáticos, hipertensão e disritmia cardíaca. Contudo, não existem muitos estudos com amostras significativas e períodos de *follow-up* prolongados que relacionem os efeitos das bebidas energéticas com os efeitos que se pensa estarem associados ao seu consumo, existe também necessidade de investigar as consequências do consumo destes produtos em associação com bebidas alcoólicas e fármacos.¹¹⁵

1.14 Considerações Farmacológicas no Desporto

Considerações farmacológicas no âmbito da farmacocinética e farmacodinâmica são relevantes, pois a prática de atividade física de alta competição interfere com o metabolismo dos fármacos, o que se torna ainda mais delicado em atletas que sofram de alguma patologia ou que se encontrem medicados.¹¹⁶

Existem fármacos cujo metabolismo pode ter efeitos secundários nas funções fisiológicas dos desportistas e esse efeito deve ser estudado e documentado para se evitarem efeitos secundários. Os analgésicos muitas vezes usados para diminuir as dores musculares provocadas pelo exercício físico são um exemplo.¹¹⁷

Por outro lado há fármacos e suplementos que podem ser investigados e desenvolvidos para benefício dos desportistas.¹¹⁸

Capítulo 2

Problemas em Estudo

2.1 Questão Orientadora

A sociedade atual, com hábitos de vida caracterizados pelo sedentarismo, corre riscos agravados de sofrer de patologia sistêmica e oral que muitas vezes se interrelacionam. Cabe ao médico dentista intervir junto da comunidade, estabelecendo uma relação de proximidade, de forma a implementar ações de sensibilização com vista à prevenção de possíveis riscos para a saúde. Com a necessidade exacerbada de mudar filosofias, alterar o estilo de vida da comunidade e motivar para hábitos nutricionais e de atividade física é importante conciliar estas ações com vista a monitorização desses comportamentos para poder atuar com vista no ensino para a saúde, instruções de higiene oral e prevenção de trauma oro-facial durante a prática de atividade física.

2.2 Objetivos

Estudo epidemiológico observacional transversal que tem como objetivo geral analisar os comportamentos de saúde oral e hábitos nutricionais associados à atividade física em profissionais e/ ou praticantes de desporto (PPPD) e em alunos de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD). Os objetivos específicos são verificar os conhecimentos existentes entre a prevenção de lesões oro-faciais, importância conferida ao médico dentista na prevenção de trauma oro-facial, verificar a auto percepção da saúde e estética oral e fatores de motivação acerca dos comportamentos de saúde oral.

Capítulo 3

Metodologia

3.1 Tipo de Estudo:

Estudo epidemiológico observacional transversal.

3.2 População-alvo:

Alunos de MIMD e PPD;

3.3 Amostra:

Amostra de 225 elementos que cumpriam os critérios de inclusão da amostra.

3.4 Processo de amostragem:

Os critérios de inclusão no estudo são ser aluno de MIMD na Universidade Católica Portuguesa ou ser profissional e/ praticante de desporto, pertencer a uma faixa etária compreendida entre os 18 e 64 anos de idade, inclusive, ser de nacionalidade portuguesa ou residir em Portugal há mais de 5 anos e consentir a participação no estudo.

3.5 Variáveis em Estudo:

- Idade;
- Autoperceção da saúde oral;
- Autoperceção da estética dentária;
- Comportamentos de saúde oral;
- Hábitos alimentares;
- Prática de atividade física;
- Conhecimentos de dispositivos orais de proteção;
- Conhecimento da relação saúde oral versus prática de atividade física;
- CPOD;
- IPC

3.6 Instrumentos da colheita de dados:

Para a realização do presente trabalho utilizou-se como instrumentos de recolha de dados dois questionários validados, o questionário OASIS e o questionário IPAQ- versão curta que foram complementados com algumas questões que pretendem cingir o estudo aos objetivos propostos, com perguntas direcionadas e fechadas.

O questionário OASIS consiste numa série de questões que permite tirar conclusões acerca do grau de preocupação com a estética dentária. Estas questões são agrupadas numa escala de Likert de sete pontos em cada uma das cinco questões que se prendem com a preocupação com a aparência dentária, comentários sobre a mesma, evitar sorrir e esconder a boca devido à aparência dos dentes. O resultado final do questionário consiste na soma total de cada resposta que representa o sentimento do indivíduo em relação a cada questão. Assim, o valor do OASIS para cada indivíduo pode variar entre 5 e 35 pontos em que 35 corresponde ao valor de percepção negativa mais elevado.^{119,120}

O questionário IPAQ- versão curta visa a avaliação do nível de atividade física em adultos, é subdividido em categorias em que cada uma tem as variáveis dias/ semana, horas/ semana e minutos/ semana. Estas categorias referem-se a 4 domínios que são atividade física lúdica, atividades domésticas e de jardinagem, atividade física relacionada com o trabalho e atividade física relacionada com o transporte. A forma curta do IPAQ incide sobre três tipos de atividade física que são leve, moderada e vigorosa ou intensa. Os resultados deste questionário podem ser apresentados em categorias que são leve, moderado e elevado, intervalos interquartis ou médias para cada um dos diferentes níveis de atividade física (andar/caminhar, atividades moderadas e atividades intensas/ vigorosas) ou ainda ser apresentado um score final total da atividade física praticada. No caso do presente estudo, a atividade física foi tratada como uma variável contínua.^{23,121}

Este questionário foi subdividido em caracterização sociodemográfica, saúde geral e oral, hábitos alimentares, tabágicos, de atividade física.

Para além dos instrumentos referidos foi realizada uma observação clínica a cada um dos indivíduos incluídos no estudo. A observação clínica consistiu numa observação intraoral que permitiu calcular o número de dentes cariados, perdidos por cárie e obturados de cada participante bem como da avaliação do estado de saúde gengival, através da determinação do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e índice periodontal comunitário (IPC).

O Índice de CPOD é o indicador de saúde oral mais frequentemente utilizado. Trata-se de um meio de recolha de dados com fins epidemiológicos. Este índice consiste numa média do número total de dentes cariados, perdidos e obturados num determinado grupo de indivíduos.⁴⁵

O IPC é recomendado pela OMS na avaliação de doença periodontal, a partir dos 12 anos de idade. Para esta avaliação, a cavidade oral é dividida por sextantes de forma a serem avaliados seis dentes, um em cada sextante (16, 11, 26, 31 e 46). Um sextante é examinado no caso de haver dois ou mais dentes presentes e na ausência de um dos dentes de referência todos os outros devem ser observados sendo registado a categoria mais elevada examinada. Todas as superfícies dentárias devem ser examinadas em cada dente avaliado para verificar se há presença de cálculos e/ ou hemorragia gengival. Na sondagem periodontal a força exercida não deve ultrapassar 20 gramas sendo que se pode usar como referência a pressão da unha do polegar com uma sonda periodontal até que se verifique isquemia na base distal ungueal, quando tal acontece exerce-se uma força com a dimensão referida.^{45,122,123}

3.7 Processo de recolha e análise

A recolha de dados foi realizada por um único observador. O local de realização do exame clínico dependeu das condições físicas do local da recolha. Os atletas foram observados sentados numa cadeira com encosto, após bochecho da cavidade oral com água, com o examinador sentado à frente ou ao lado da cadeira. Os materiais utilizados para a observação clínica foram espelho intraoral plano, sondas periodontais em conformidade com as normas da OMS, balança eletrónica, fita

métrica devidamente fixa a uma superfície vertical e uma lanterna por forma a uniformizar a quantidade e qualidade de luz, tanto quanto possível.

3.8 Análise Estatística

Os dados obtidos foram tratados através do Software IBM SPSS versão 21.0 (IBM Corporation, New York, USA).

As variáveis quantitativas resumiram-se através da média e desvio padrão (DP) e as qualitativas recorrendo às frequências absolutas e relativas. Os resultados referentes aos valores médios são apresentados através da média \pm DP. Para analisar os objetivos do estudo utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes para comparar as variáveis quantitativas entre os dois grupos e o teste do Qui-Quadrado para comparar as variáveis qualitativas entre grupos. O nível de significância utilizado para o teste das hipóteses foi de $\alpha=0.05$

3.9 Procedimentos éticos e legais

Os questionários bem como observação clínica foram levados a cabo após esclarecimento dos intervenientes acerca do estudo. Numa fase inicial os responsáveis pelos locais onde os dados foram recolhidos foram contactados via correio eletrónico e/ ou telefónica, foram informados acerca dos objetivos do estudo e foram pedidas autorizações e marcadas reuniões. Posteriormente, nas reuniões, foram obtidas as autorizações por escrito para a recolha de dados que foi agendada. No local todos os intervenientes foram informados e devidamente esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e dos procedimentos de recolha de dados. A recolha de dados foi realizada de forma individual e os questionários foram acompanhados por um termo de consentimento informado, livre e esclarecido que foi devidamente assinado pelos intervenientes no estudo. Os questionários tiveram carácter confidencial.

Para o controlo da infeção cruzada foram utilizados instrumentos intraorais descartáveis que foram abertos no momento do exame intraoral e equipamento de proteção adequado, devidamente recolhidos para colocação condicionamento apropriado. (luvas, máscara e bata)

Capítulo 4
Resultados

4.1 Caracterização demográfica

A Tabela 1 apresenta a caracterização demográfica da amostra. Observa-se que 39,1% eram alunos do MIMD e 60,9% eram Praticantes ou Profissionais de Desporto (PPD), 39,1% eram do sexo feminino, 43,1% residiam numa cidade, a licenciatura (51,6%) e o 12º ano (41,8%) eram os níveis de escolaridade mais frequentes, as idades variavam entre os 18 e os 46 anos, com uma média de $23,6 \pm 5,1$ anos e com um índice de massa corporal a variar entre os 16,4 e os 37,9 kg/m^2 com uma média de $23,5 \pm 3,4 \text{ kg/m}^2$.

Tabela 1 – Caracterização demográfica

		N	%
Grupo	Aluno de MIMD	88	39,1%
	PPD	137	60,9%
Sexo	Feminino	88	39,1%
	Masculino	137	60,9%
Onde reside?	Aldeia	66	29,3%
	Vila	62	27,6%
	Cidade	97	43,1%
Quais as suas habilitações literárias?	1º Ciclo ou Ensino Primário	1	0,4%
	9º ano ou 5º ano antigo	7	3,1%
	12º ano ou complementar	94	41,8%
	Bacharelato	1	0,4%
	Licenciatura	116	51,6%
	Mestrado	6	2,7%

4.2 Saúde Geral

Em relação ao diagnóstico de doenças (Tabela 2), constata-se que 7,1% possuíam doenças respiratórias, 5,5% osteoarticulares, 8,9% tiveram problemas de origem esquelética ou articular e a nenhum dos inquiridos tinha sido diagnosticado osteopenia ou osteoporose.

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

Relativamente aos tratamentos realizados (Tabela 3), 32,9% estavam a atualmente a tomar alguma medicação, 22,7% estavam a tomar contraceptivos orais e 4,9% estavam a tomar suplementos nutricionais.

Tabela 2 – Caracterização das doenças

	N	%
Doenças Respiratórias	16	7,1%
Doenças Sanguíneas	1	0,4%
Doenças Osteoarticulares	12	5,5%
Doenças metabólicas	3	1,3%
Doenças dermatológicas	3	1,3%
Problema de origem esquelética ou articular	20	8,9%
Problema de origem esquelética ou articular com manifestação oral	6	2,7%

Tabela 3 – Caracterização dos tratamentos

	N	%
Medicação atual	74	32,9%
Contraceptivos orais	51	22,7%
Broncodilatadores	8	3,6%
Anti-histamínicos	3	1,3%
Suplementos Nutricionais	11	4,9%
Antibióticos	4	1,8%
Anti-inflamatórios	2	0,9%
Antidepressivos	2	0,9%
Substitutos hormonais	2	0,9%
Medicação para tratamento de hipertensão arterial	2	1,4%

4.3 Saúde Oral

Quanto à percepção da saúde oral (Tabela 4), 53,3% dos inquiridos percebe uma boa saúde oral, 25,8% julga que é razoável e 16,0% muito boa. Quanto a gostarem da aparência dos seus dentes e sorriso (Tabela 5), 64,4% respondem afirmativamente e dos que não gostam dessa aparência, 51,3% referem que o motivo é a cor dos dentes e 22,5% a saúde dentária. Observa-se ainda que 42,7% já efetuaram algum tratamento dentário com fins estéticos.

Tabela 4 – Caracterização da saúde oral

	N	%
Como descreve a sua saúde oral	Muito Fraca	2 0,9%
	Fraca	9 4,0%
	Razoável	58 25,8%
	Boa	120 53,3%
	Muito boa	36 16,0%

Tabela 5 – Caracterização da aparência dos dentes

	N	%
Gosta da aparência dos seus dentes e do seu sorriso	145	64,4%
Tratamento dentário com objetivos estéticos	96	42,7%
Mudaria a Saúde Dentaria	18	22,5%
Mudaria a Saúde Gengival	6	7,5%
Mudaria a Cor Gengivas	2	2,5%
Mudaria a Prótese/Implante	7	8,8%
Mudaria a Cor dos dentes	41	51,3%
Mudaria a Outros	1	1,3%

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

A caracterização da higiene oral é apresentada na Tabela 6. Observa-se que 48,9% dos inquiridos referem que efetuam a higiene oral duas vezes por dia e 45,3% três ou mais vezes sendo que no dia anterior à realização do questionário 51,1% realizou a higiene oral duas vezes e 40,9% três ou mais vezes. Em relação ao tempo médio que demoram a realizar a higiene oral, 47,1% indicam que esta demora 2 minutos e 25,8% demoram três ou mais minutos. O períodos do dia em que é mais frequente realizarem a higiene oral são antes de deitar (70,2%), após o pequeno-almoço (64,9%) e depois de almoço (57,8%). Quanto à forma como realizam a higiene oral 35,6% escovam os dentes, as gengivas e a língua e 25,8% escovam os dentes e a língua, 46,7% utilizam fio ou fita dentária e 39,1% utilizam colutório/elixir.

Tabela 6 – Caracterização da higiene oral

		N	%
Habitualmente, quantas vezes por dia faz a sua higiene oral?	Nenhuma	0	0,0%
	Uma	13	5,8%
	Duas	110	48,9%
	Três ou mais	102	45,3%
No dia de ontem, quantas vezes fez a sua higiene oral?	Nenhuma	2	0,9%
	Uma vez	16	7,1%
	Duas vezes	115	51,1%
	Três ou mais vezes	92	40,9%
De cada vez que faz a sua higiene oral, em média, quanto tempo demora?	Menos de 1 minuto	8	3,6%
	1 minuto	53	23,6%
	2 minutos	106	47,1%
	3 ou mais minutos	58	25,8%
Faz a higiene oral depois de levantar		75	33,3%
Faz a higiene oral depois do pequeno-almoço		146	64,9%
Faz a higiene oral depois do almoço		130	57,8%
Faz a higiene oral depois do lanche		14	6,2%
Faz a higiene oral depois de jantar		80	35,6%
Faz a higiene oral antes de deitar		158	70,2%
Como realiza a sua higiene oral	Escovo apenas os dentes	40	17,8%
	Escovo os dentes e gengivas	47	20,9%
	Escovo os dentes e língua	58	25,8%
	Escovo dentes, gengiva e língua	80	35,6%
Utiliza pasta dentífrica		225	100,0%
Utiliza fio ou fita dentária		105	46,7%
Utiliza colutório/elixir		88	39,1%

Na Tabela 7 apresenta-se a caracterização da utilização de fio dentário, constatando-se que 21,3% nunca o utilizaram, 23,1% utilizam o fio dentário uma vez por dia e 18,2% usam uma a três vezes por semana. Para 83,1% dos inquiridos o fio dentário tem vantagem em relação à escovagem.

Tabela 7 – Caracterização da utilização de fio dentário

		N	%
Uso de fio dentário	Sim	116	51,6%
	Nunca usei	48	21,3%
	Não sei usar	1	0,4%
	Não uso por preguiça	30	13,3%
	Não consigo adaptar-me ao uso	26	11,6%
	Outros	4	1,8%
Frequência	Uma vez por dia	52	23,1%
	Uma a três vezes por semana	41	18,2%
	Três a cinco vezes por semana	9	4,0%
	Mais que cinco vezes por semana	3	1,3%
	Após as refeições principais	13	5,8%
	Outros	3	1,3%
Fita dentária tem vantagem em relação à escovagem		187	83,1%

A caracterização da utilização da pasta e escova dentífricas é apresentada na Tabela 8, visualizando-se que 92,4% preocupam-se em escolher a pasta dentífrica, sendo os principais fatores que levam a escolher a pasta o preço (41,3%) e o sabor (40,0%). A escova de dentes é substituída maioritariamente entre os três e seis meses (60,9%) e o fator mais importante para esta substituição é a escova ficar velha e com as cerdas dobradas (68,4%).

Tabela 8 – Caracterização da utilização da pasta dentífrica e escova

		N	%
Preocupação ao escolher a sua pasta dentífrica		208	92,4%
Fatores que levam a escolher a pasta dentífrica	Sabor	90	40,0%
	Preço	93	41,3%
	Cor	6	2,7%
	Cheiro	23	10,2%
	Publicidade	38	16,9%
	Consistência/ Textura	38	16,9%
	Facilmente disponível no mercado	16	7,1%
	Indicação do médico dentista	77	34,2%
	Ação branqueadora	22	9,8%
	Ação antitártaro	4	1,8%
	Sensibilidade dentária	10	4,5%
Substituição da sua escova de dentes ao fim de quanto tempo de utilização	Menos de 3 meses	75	34,2%
	Entre 3 a 6 meses	137	60,9%
	Mais de 6 Meses	13	5,8%
Fator mais importante para substituir a sua escova de dentes	Recomendação do meu médico dentista ou outro profissional de saúde	60	26,7%
	Porque ouvi em algum anúncio que deveria mudar de escova de dentes com determinada frequência	16	7,1%
	Quando a escova fica velha e com as cerdas dobradas	154	68,4%
	Estou farto(a) da mesma, quero outra mais engraçada, de outra cor, forma ou <i>design</i>	1	0,4%

O conhecimento sobre selantes de fissuras é referido por 47,1% dos inquiridos sendo que 23,1% já foram submetidos à colocação selantes de fissuras (Tabela 9). Quanto à boca seca, 21,8% queixam-se desse sintoma.

Relativamente às consultas com médicos dentistas (Tabela 10), 85,3% foram ao médico dentista nos últimos 12 meses, 8,4% não foram porque não dói qualquer dente e 4,9% por falta de tempo. Os critérios mais importantes para a escolha do médico dentista são a recomendação por amigos ou conhecidos (42,9%) e ser o médico dentista da família (30,9%). A última vez que os inquiridos recorreram ao médico dentista foi essencialmente para tratamento de cáries (34,1%), dor de dentes (20,1%), tratamento estético e/ou ortodôntico (17,8%), destartarização/tratamento preventivo (12,6%) e consulta de rotina (9,8%).

Tabela 9 – Caracterização do conhecimento e posse de selantes de fissuras

		N	%
Tem algum conhecimento sobre selantes de fissuras, sabe o que são?	Não	119	52,9%
	Sim	106	47,1%

Tabela 10 – Caracterização das consultas por um médico dentista

		N	%
Nos últimos 12 meses foi consultado(a) por um médico dentista?	Não	33	14,7%
	Sim	192	85,3%
Falta de tempo		11	4,9%
Nunca me doeu nenhum dente		19	8,4%
Nunca me preocupei		5	2,2%
Acho que sou novo(a) para ter problemas de dentes		0	0,0%
Não posso pagar o(s) tratamento(s)/ Acho caro		4	1,8%
Tenho vergonha dos meus dentes		0	0,0%
Tenho medo do médico dentista, fobia a agulhas ou outro tipo de fobia, trauma ou receio		0	0,0%
Qual o critério que acha mais importante para a escolha do seu médico dentista?	Ser o médico dentista da família	59	30,9%
	Ser o médico dentista recomendado por amigos/ conhecidos	82	42,9%
	Ser o médico dentista com consultório mais próximo da minha área de residência e/ ou local de trabalho	26	13,6%
	O fato do médico dentista ser do sexo masculino ou feminino	1	0,5%
	O preço dos tratamentos/ consultas serem mais barato	19	9,9%
	Gosto de mudar de médico dentista com frequência	1	0,5%
	O aspeto, decoração e/ ou ambiente do consultório/ clínica	1	0,5%
	Outros	2	1,0%
	A última vez que recorreu a um médico dentista foi porque motivo?	Dor de dentes	43
Tratamento estético e/ ou ortodôntico		38	17,8%
Cara inchada		1	0,5%
Tratamento de cáries		73	34,1%
Nunca fui a um consultório/ clínica dentária		3	1,4%
Consulta de rotina		21	9,8%
Destartarização/ Tratamento preventivo		27	12,6%
Extração dentária		8	3,7%

Os resultados relativos ao conhecimento e utilização de dispositivos/acessórios de proteção oral e/ou facial na prática desportiva são apresentados na Tabela 11. Visualiza-se que 76,4% têm conhecimento da sua existência, 27,1% já utilizaram algum desses dispositivos/acessórios (24,9% utilizaram o protetor bucal e 1,8%

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

colocaram uma goteira de relaxamento), destes 90,0% adquiriram esse dispositivo/acessório numa loja de equipamento desportivo. Quanto à necessidade de suspender a atividade física por problemas de origem oral/dentária foi referida por 8,0% dos indivíduos incluídos no estudo, essencialmente devido a cirurgia oral/extração dentária.

Tabela 11 – Caracterização do conhecimento de dispositivo/ acessório de proteção oral e/ou facial utilizado (s) na prática desportiva

		N	%
Conhece algum dispositivo/ acessório de proteção oral e/ou facial utilizado (s) na prática desportiva?	Não	53	23,6%
	Sim	172	76,4%
Se respondeu sim, usa ou já usou algum dispositivo de proteção na prática de exercício físico?	Não	164	72,9%
	Sim	61	27,1%
O protetor oral que usa ou usou foi adquirido em:	Médico Dentista	6	10,0%
	Loja de equipamento de desporto	54	90,0%
Alguma vez teve de suspender a atividade física por problemas de origem oral/ dentária?	Não	207	92,0%
	Sim	18	8,0%

Em relação à ocorrência de trauma das estruturas orais e/ou faciais durante a prática desportiva (Tabela 12), observa-se que 18,7% referem que isso ocorreu, sobretudo devido a pancada (9,3%) ou fratura (7,6%), 7,6% necessitaram da intervenção de um profissional de saúde (3,6% de um médico dentista) e em 3,6% dos inquiridos essa ocorrência impediu de continuar e/ou suspender com a prática da atividade desportiva.

Tabela 12 – Caracterização de ocorrência de trauma das estruturas orais e/ ou faciais durante a prática desportiva

		N	%
Durante a prática de atividade física alguma vez sofreu de algum trauma das estruturas orais e/ ou faciais?	Não	183	81,3%
	Sim	42	18,7%
Pancada		21	9,3%
Fratura		17	7,6%
Perda de dente		1	0,4%
Usava algum dispositivo de proteção no momento da lesão?	Não	222	98,7%
	Sim	3	1,3%
Foi necessária intervenção de algum profissional de saúde?	Não	208	92,4%
	Sim	17	7,6%
Esse traumatismo impediu-o/a de continuar e/ou suspender com a prática de atividade física?	Não	217	96,4%
	Sim	8	3,6%

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

A relação entre os problemas orais e a prática desportiva é apresentada na Tabela 13. Constata-se que 93,3% considera que os problemas orais e/ou dentários podem prejudicar a capacidade do atleta/ desportista/ praticante de exercício físico, 48,9% já alguma vez recebeu instruções/ informação de algum médico dentista sobre prevenção de traumatismos dentários, boca ou estruturas anexas, 91,1% acham essa informação seria importante, 46,2% considera ser importante a presença/ acompanhamento de um médico dentista em ginásios ou outras infraestruturas onde se pratique algum tipo de desporto/ atividade física e 17,3% acham muito importante.

Tabela 13 – Caracterização da relação entre os problemas orais e prática desportiva

		N	%
Considera que os problemas orais e /ou dentários podem prejudicar a capacidade do atleta/ desportista/ praticante de exercício físico?	Não	15	6,7%
	Sim	210	93,3%
Já alguma vez recebeu instruções/ informação de algum médico dentista sobre prevenção de traumatismos dentários, boca ou estruturas anexas?	Não	115	51,1%
	Sim	110	48,9%
Acha que essa informação seria/ é importante para si?	Não	20	8,9%
	Sim	205	91,1%
Considera importante a presença/ acompanhamento de um médico dentista em ginásios ou outras infraestruturas onde se pratique algum tipo de desporto/ atividade física?	Acho que não é necessário	20	8,9%
	Acho pouco importante	62	27,6%
	Acho importante	104	46,2%
	Acho muito importante	39	17,3%

A estatística descritiva dos itens do questionário da escala ortodôntica do impacto estético subjetivo (OASIS) é apresentada na Tabela 14, observando-se de um modo geral níveis médios baixos de preocupação. Contudo os itens com níveis médios de preocupação mais elevados são o item referente à aparência dos seus dentes ($3,3 \pm 2,1$) e o item relativo a terem recebido comentários acerca da aparência dos dentes ($2,0 \pm 1,5$). Quanto ao desejo da correção dos dentes para melhorar a aparência (Tabela 15), 56,9% afirmam-no. A confiabilidade da medida apresentou um Alfa de Cronbach = 0,741, demonstrando que os indicadores são confiáveis.

Tabela 14 – Estatísticas descritivas (1 – Sem preocupação; 7 – Muito preocupado) da escala OASIS

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	DP
Como se sente relativamente à aparência dos seus dentes?	3,3	3,0	7,0	1,0	2,1
Tem reparado que as pessoas fazem comentários acerca da aparência dos seus dentes?	2,0	1,0	7,0	1,0	1,5
Tem observado que as pessoas o abordam devido à aparência dos seus dentes?	1,7	1,0	6,0	1,0	1,3
Evita sorrir devido à aparência dos seus dentes?	1,6	1,0	7,0	1,0	1,2
Já levou a mão à boca, quando sorri, com o propósito de esconder a aparência dos seus dentes?	1,5	1,0	6,0	1,0	1,2

Tabela 15 – Caracterização do desejo de correção dos dentes para melhorar a aparência

		N	%
Gostaria de tratar/ corrigir os seus dentes para melhorar a sua aparência?	Não	97,0	43,1%
	Sim	128,0	56,9%

4.4 Hábitos Alimentares

A Tabela 16 apresenta a caracterização dos hábitos alimentares dos inquiridos incluídos no estudo. Observa-se que 39,6% dos inquiridos raramente ou nunca ingerem fritos, 44,9% comem vegetais quase todos os dias ou todos os dias, sendo essa proporção 57,8% no que respeita à fruta, 88,0% e 91,1% têm por hábito beber leite ou consumir derivado do leite, respetivamente.

Tabela 16 – Caracterização dos hábitos alimentares

		N	%
Refeições diárias	Pequeno-Almoço	193	85,8%
	Meio da Manhã	105	46,7%
	Almoço	221	98,2%
	Lanche	178	79,1%
	Jantar	225	100,0%
	Ceia	69	30,7%
Com que frequência ingere/ come alimentos fritos?	Nunca	4	1,8%
	Raramente	85	37,8%
	Às vezes	127	56,4%
	Quase todos os dias	8	3,6%
	Todos os dias	1	0,4%
Com que frequência ingere/ come vegetais?	Nunca	2	0,9%
	Raramente	26	11,6%
	Às vezes	96	42,7%
	Quase todos os dias	78	34,7%
	Todos os dias	23	10,2%
Com que frequência ingere/ come fruta?	Nunca	1	0,4%
	Raramente	23	10,2%
	Às vezes	71	31,6%
	Quase todos os dias	69	30,7%
	Todos os dias	61	27,1%
Costuma consumir leite?	Não	27	12,0%
	Sim	198	88,0%
Se sim, com que frequência?	Menos de um copo por dia	33	16,7%
	1 a 2 copos por dia	132	66,7%
	3 ou mais copos por dia	32	16,2%
Costuma consumir derivados do leite?	Não	20	8,9%
	Sim	205	91,1%
Se sim, com que frequência?	Menos de uma vez por dia	45	22,0%
	Uma vez por dia	91	44,4%
	Duas vezes por dia	60	29,3%
	Três ou mais vezes por dia	9	4,4%

Quanto ao consumo de bebidas (Tabela 17), 62,7% consumiu bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias, 48,9% consumiu cerveja e 41,3% bebidas brancas, 18,7% costuma ingerir bebidas energéticas, 68,4% tomam usualmente café e 44,4% ingerem refrigerantes.

Relativamente aos inquiridos sofrerem atualmente ou no passado de algum distúrbio alimentar diagnosticado, somente 2 dos indivíduos responderem afirmativamente a esta questão.

Tabela 17 – Caracterização do consumo de bebidas

		N	%
Nos últimos 30 dias consumiu bebidas alcoólicas?	Não	84	37,3%
	Sim	141	62,7%
Se sim, com que frequência?	Ocasionalmente	158	70,2%
	Sim, todas as semanas	14	6,2%
	Sim, todos os dias	2	0,9%
Vinho		59	26,2%
Cerveja		110	48,9%
Bebidas brancas		93	41,3%
Costuma beber bebidas energéticas?	Não	183	81,3%
	Sim	42	18,7%
Costuma beber água?	Não	4	1,8%
	Sim	221	98,2%
Costuma tomar café?	Não	71	31,6%
	Sim	154	68,4%
Quantos cafés ingere por dia	0	71	31,6%
	1	74	32,9%
	2	54	24,0%
	3 ou mais	26	11,6%
Costuma ingerir refrigerantes?	Não	125	55,6%
	Sim	100	44,4%
Com que frequência?	1 a 3 vezes por mês	30	29,7%
	1 a 3 vezes por semana	52	51,5%
	Quase todos os dias	12	11,9%
	Todos os dias	7	6,9%

4.5 Hábitos Tabágicos

A caracterização dos hábitos tabágicos são apresentadas nas Tabela 18 e Tabela 19, visualizando-se que 33,8% já fumou alguma vez, a idade média que começaram a fumar foi aos $16,9 \pm 4,0$ anos, em média fumavam $5,9 \pm 4,1$ cigarros. A principal motivação para os que deixaram de fumar foi a saúde (11,1%), antes de deixarem de fumar consumiam em média $6.1 \pm 5,1$ cigarros ao dia e o tempo médio que estes deixaram de fumar foi $38,1 \pm 41,9$ meses.

Tabela 18 – Caracterização dos hábitos tabágicos

		N	%
É ou já foi fumador?	Não	149	66,2%
	Sim	76	33,8%

Tabela 19 – Estatísticas descritivas dos hábitos tabágicos

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	DP
Se sim, que idade tinha quando começou a fumar?	16,9	17,0	40,0	1,0	4,0
Se é ex-fumador, em média, quantos cigarros fumou por dia?	6,1	5,0	20,0	1,0	5,1
Se é fumador, quantos cigarros fuma por dia?	5,9	5,0	20,0	1,0	4,1
Se é ex-fumador, há quanto tempo deixou de fumar?	38,1	24,0	180,0	1,0	41,9

4.6 Hábitos Desportivos/Atividade Física

As Tabelas 20 e 21 apresentam a caracterização dos hábitos de atividade física dos elementos inquiridos, observando-se que 81,8% praticavam algum desporto, 36,9% referiram que a atividade física tinha um caráter lúdico, 29,8% amador e 25,8% eram profissionais federados, em média praticam $2,9 \pm 2,0$ vezes desporto por semana, com uma sessão média de $71,1 \pm 46,4$ minutos e praticam desporto há uma média de $10,1 \pm 8,2$ anos.

As principais motivações referidas para a realização de atividade física são a saúde e bem-estar (68,0%) e o *hobbie*/ atividade lúdica (42,7%) (Tabela 22).

Tabela 20 – Caracterização dos hábitos de atividade física

		N	%
Costuma praticar algum tipo de desporto/ atividade física?	Não	41	18,2%
	Sim	184	81,8%
Atividade física de caráter lúdico	Não	142	63,1%
	Sim	83	36,9%
Amador	Não	158	70,2%
	Sim	67	29,8%
Profissional Federado	Não	167	74,2%
	Sim	58	25,8%

Tabela 21 – Estatísticas descritivas da atividade física

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	DP
Costuma praticar algum tipo de desporto/ atividade física?	0,8	1,0	1,0	0,0	0,4
Quantas vezes por semana?	2,9	3,0	8,0	0,0	2,0
Por cada sessão, qual a média de duração de atividade?	71,1	90,0	240,0	0,0	46,4
Há quanto tempo pratica exercício físico?	10,1	10,0	35,0	0,0	8,2

Tabela 22 – Caracterização das motivações para a atividade física

	N	%
Saúde e bem-estar	153	68,0%
Preocupações estéticas/ beleza	55	24,4%
<i>Hobbie/</i> Atividade lúdica	96	42,7%
Melhorar a minha saúde	76	33,8%
Prevenir problemas de saúde	69	30,7%

Na Tabela 23 são apresentadas as estatísticas descritivas do questionário IPAQ. Constatase que o número médio de dias em que os participantes no estudo praticaram atividades físicas vigorosas foi $2,7 \pm 2,0$, o tempo médio dedicado a essas atividades foi $75,3 \pm 55,1$ minutos, durante os últimos 7 dias em média praticaram $2,0 \pm 8,1$ dias com atividades físicas moderadas. Em média nos dias em que praticaram atividades físicas moderadas são dedicados $40,7 \pm 47,7$ minutos, durante os últimos 7 dias, em média andaram $3,8 \pm 4,6$ vezes pelo menos 10 minutos seguidos, o tempo médio total para caminhar ou andar é $44,8 \pm 66,6$ minutos.

Tabela 23 – Estatísticas descritivas do questionário IPAQ

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	DP
Durante os últimos 7 dias, em quantos dias praticou atividades físicas vigorosas, como por exemplo levantar objetos pesados, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?	2,7	3,0	7,0	0,0	2,0
Nos dias em que pratica atividades físicas vigorosas, quanto tempo dedica em média a essas atividades?	75,3	90,0	360,0	0,0	55,1
Durante os últimos 7 dias, em quantos dias praticou atividades físicas moderadas, como por exemplo transporte de pesos leves, ciclismo a um ritmo regular ou jogar ténis de pares?	2,0	1,0	7,0	0,0	8,1
Nos dias em que pratica atividades físicas moderadas, quanto tempo dedica em média a essas atividades?	40,7	30,0	240,0	0,0	47,7
Durante os últimos 7 dias, em quantos dias andou/ caminhou por pelo menos 10 minutos seguidos?	3,8	3,0	7,0	0,0	4,6
Quanto tempo, no total, costuma passar a caminhar ou andar num desses dias?	44,8	30,0	480,0	0,0	66,6
Num dia normal, quanto tempo passa sentado (a)?	7,6	5,0	120,0	0,0	13,2

4.7 Observação e avaliação da saúde oral

A Tabela 24 apresenta as estatísticas descritivas da avaliação da saúde oral. Observa-se que em média os inquiridos possuíam CPOD total de $5,0 \pm 3,9$, sendo que $0,4 \pm 1,2$ se referem adentes perdidos, $1,5 \pm 1,8$ dentes cariados e $3,2 \pm 3,0$ dentes obturados.

Tabela 24 – Estatísticas descritivas da avaliação da saúde oral

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	DP
CPOD	5,0	4,0	17,0	0,0	3,9
Perdidos	0,4	0,0	8,0	0,0	1,2
Cariados	1,5	1,0	8,0	0,0	1,8
Obturados	3,2	3,0	17,0	0,0	3,0
Índice Periodontal Comunitário 1º Sextante	1,1	1,0	4,0	0,0	1,1
Índice Periodontal Comunitário 2º Sextante	0,9	0,0	4,0	0,0	1,1
Índice Periodontal Comunitário 3º Sextante	1,1	1,0	4,0	0,0	1,1
Índice Periodontal Comunitário 4º Sextante	1,2	1,0	4,0	0,0	1,1
Índice Periodontal Comunitário 5º Sextante	1,8	2,0	4,0	0,0	1,1
Índice Periodontal Comunitário 6º Sextante	1,2	1,0	4,0	0,0	1,1

4.8 Comparação entre Alunos de MIMD e Profissionais de Desporto

A Tabela 25 apresenta a caracterização da saúde oral segundo o grupo, constatando-se a existência de diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os dois grupos. Nos alunos MIMD há uma melhor perceção da saúde oral comparativamente aos PPD.

Tabela 25 – Caracterização da saúde oral segundo o grupo

	Grupo				p	
	Aluno de MIMD		PPD			
	N	%	N	%		
Como descreve a sua saúde oral?	Muito fraca	0	0,0%	2	1,5%	,000*
	Fraca	0	0,0%	9	6,6%	
	Razoável	7	8,0%	51	37,2%	
	Boa	57	64,8%	63	46,0%	
	Muito boa	24	27,3%	12	8,8%	

Na Tabela 26 visualizam-se os resultados da caracterização da aparência dos dentes segundo o grupo. Observa-se que os alunos MIMD (58,0%) efetuaram com maior proporção algum tratamento dentário com objetivos estéticos comparativamente aos PPD (32,8%), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabela 26 – Caracterização da aparência dos dentes segundo o grupo

		Grupo				p
		Aluno de MIMD		PPD		
		N	%	N	%	
Gosta da aparência dos seus dentes e do seu sorriso?	Não	25	28,4%	55	40,1%	,073
	Sim	63	71,6%	82	59,9%	
Já efetuou algum tratamento dentário com objetivos estéticos?	Não	37	42,0%	92	67,2%	,000*
	Sim	51	58,0%	45	32,8%	

Quanto à caracterização da higiene oral segundo o grupo (Tabela 27), observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os dois grupos nas variáveis número de vezes por dia que faz a higiene oral e no dia anterior ao questionário, tempo a fazer a sua higiene oral, em média, a realização da higiene oral depois do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar, realizar a sua higiene oral escovando apenas os dentes, escovando os dentes, gengiva e língua, utilizando fio ou fita dentária e colutório/ elixir. Os alunos MIMD fazem a higiene oral mais vezes por dia e demoram mais tempo a realizá-la, fazem em maior proporção a higiene oral depois do pequeno-almoço, depois do almoço e antes de deitar, escovam com maior frequência dentes, gengivas e língua e utilizam mais o fio dentário e colutório/elixir. Os PPD escovam apenas os dentes com maior frequência.

Tabela 27 – Caracterização da higiene oral segundo o grupo

		Grupo				p
		Aluno de MIMD		PPD		
		N	%	N	%	
Habitualmente, quantas vezes por dia faz a sua higiene oral?	Nenhuma	0	0,0%	0	0,0%	,021*
	Uma	4	4,5%	9	6,6%	
	Duas	34	38,6%	76	55,5%	
	Três ou mais	50	56,8%	52	38,0%	
No dia de ontem, quantas vezes fez a sua higiene oral?	Nenhuma	0	0,0%	2	1,5%	,032*
	Uma vez	6	6,8%	10	7,3%	
	Duas vezes	36	40,9%	79	57,7%	
	Três ou mais vezes	46	52,3%	46	33,6%	
De cada vez que faz a sua higiene oral, em média, quanto tempo demora?	Menos de 1 minuto	1	1,1%	7	5,1%	,000*
	1 minuto	10	11,4%	43	31,4%	
	2 minutos	39	44,3%	67	48,9%	
	3 ou mais minutos	38	43,2%	20	14,6%	
Faz a sua higiene oral - Depois de levantar	Não	64	72,7%	86	62,8%	,122
	Sim	24	27,3%	51	37,2%	
Faz a sua higiene oral - Depois do pequeno-almoço	Não	24	27,3%	55	40,1%	,048*
	Sim	64	72,7%	82	59,9%	
Faz a sua higiene oral - Depois do almoço	Não	30	34,1%	65	47,4%	,048*
	Sim	58	65,9%	72	52,6%	
Faz a sua higiene oral - Depois do lanche	Não	82	93,2%	129	94,2%	,767
	Sim	6	6,8%	8	5,8%	
Faz a sua higiene oral - Depois de jantar	Não	57	64,8%	88	64,2%	,934
	Sim	31	35,2%	49	35,8%	
Faz a sua higiene oral - Antes de deitar	Não	16	18,2%	51	37,2%	,002*
	Sim	72	81,8%	86	62,8%	
Como realiza a sua higiene oral - Escovo apenas os dentes	Não	84	95,5%	101	73,7%	,000*
	Sim	4	4,5%	36	26,3%	
Como realiza a sua higiene oral - Escovo os dentes e gengivas	Não	74	84,1%	104	75,9%	,141
	Sim	14	15,9%	33	24,1%	
Como realiza a sua higiene oral - Escovo os dentes e língua	Não	67	76,1%	100	73,0%	,599
	Sim	21	23,9%	37	27,0%	
Como realiza a sua higiene oral - Escovo dentes, gengivas e língua	Não	39	44,3%	106	77,4%	,000*
	Sim	49	55,7%	31	22,6%	
Como realiza a sua higiene oral - Fio ou fita dentária	Não	20	22,7%	100	73,0%	,000*
	Sim	68	77,3%	37	27,0%	
Como realiza a sua higiene oral - Colutório/ Elixir	Não	40	45,5%	97	70,8%	,000*
	Sim	48	54,5%	40	29,2%	

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

Na Tabela 28 visualiza-se a caracterização da utilização da pasta dentífrica e escova segundo o grupo. Observam-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os dois grupos na escolha devido a publicidade, textura, indicação do médico dentista e sensibilidade dentária, assim como a opção de mudar de escova de dentes com determinada frequência porque ouviu alguma anúncio. No grupo PPD há uma proporção superior de escolhas da pasta devido à publicidade bem como a mudança da escova ser realizada com base nos anúncios, enquanto no grupo de alunos do MIMD observa-se uma percentagem maior de opções devido à textura, indicação do médico dentista e sensibilidade dentária.

Tabela 28 – Caracterização da utilização da pasta dentífrica e escova segundo o grupo

		Grupo				P
		Aluno de MIMD		PPD		
		N	%	N	%	
Fator escolha pasta - Sabor	Não	48	54,5%	87	63,5%	,181
	Sim	40	45,5%	50	36,5%	
Fator escolha pasta - Preço	Não	56	63,6%	76	55,5%	,225
	Sim	32	36,4%	61	44,5%	
Fator escolha pasta - Cor	Não	84	95,5%	135	98,5%	,161
	Sim	4	4,5%	2	1,5%	
Fator escolha pasta - Cheiro	Não	79	89,8%	123	89,8%	,998
	Sim	9	10,2%	14	10,2%	
Fator escolha pasta - Publicidade	Não	82	93,2%	105	76,6%	,001*
	Sim	6	6,8%	32	23,4%	
Fator escolha pasta - Consistência/ Textura	Não	67	76,1%	120	87,6%	,025*
	Sim	21	23,9%	17	12,4%	
Fator escolha pasta - Facilmente disponível no mercado	Não	81	92,0%	128	93,4%	,693
	Sim	7	8,0%	9	6,6%	
Fator escolha pasta - Indicação do médico dentista	Não	50	56,8%	98	71,5%	,023*
	Sim	38	43,2%	39	28,5%	
Fator escolha pasta – Ação branqueadora	Não	81	92,0%	122	89,1%	,461
	Sim	7	8,0%	15	10,9%	
Fator escolha pasta – Ação antitártaro	Não	86	97,7%	135	98,5%	,653
	Sim	2	2,3%	2	1,5%	
Fator escolha pasta – Tratamento de sensibilidade dentária	Não	76	88,4%	135	100%	,000*
	Sim	10	11,6%	0	0,0%	
Costuma substituir a sua escova de dentes ao fim de Menos de 3 meses	Não	53	60,2%	95	69,3%	,160
	Sim	35	39,8%	42	30,7%	
Costuma substituir a sua escova de dentes Entre 3 a 6 meses	Não	38	43,2%	50	36,5%	,316
	Sim	50	56,8%	87	63,5%	

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

Costuma substituir a sua escova de dentes Mais de 6 Meses	Não	84	95,5%	128	93,4%	,525
	Sim	4	4,5%	9	6,6%	
Fator - Recomendação dada pelo meu médico dentista ou outro profissional de saúde	Não	64	72,7%	101	73,7%	,869
	Sim	24	27,3%	36	26,3%	
Fator - Porque ouvi em algum anúncio que deveria mudar de escova de dentes com determinada frequência	Não	88	100%	121	88,3%	,001*
	Sim	0	0,0%	16	11,7%	
Fator - Quando a escova fica velha e com as cerdas dobradas	Não	22	25,0%	49	35,8%	,090
	Sim	66	75,0%	88	64,2%	
Fator - Estou farto(a) da mesma, quero outra mais engraçada, de outra cor, forma ou <i>design</i>	Não	88	100%	136	99,3%	,422
	Sim	0	0,0%	1	,7%	

A Tabela 29 apresenta os resultados relativos à caracterização do conhecimento sobre selantes de fissuras segundo o grupo observando-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os grupos. A totalidade dos alunos de MIMD conhece os selantes de enquanto só 13,1% dos PPD diz ter conhecimento relativamente aos mesmos.

Tabela 29 – Caracterização do conhecimento e posse de selantes de fissuras segundo o grupo

		Grupo				p
		Aluno de MIMD		PPD		
		N	%	N	%	
Tem algum conhecimento sobre selantes de fissuras, sabe o que são?	Não	0	0,0%	119	86,9%	,000*
	Sim	88	100%	18	13,1%	

A caracterização das consultas por um médico dentista segundo o grupo é apresentada na Tabela 30, constando-se que os alunos do MIMD frequentaram significativamente ($p < 0,05$) mais o médico dentista nos últimos 12 meses.

Tabela 30 – Caraterização das consultas por um médico dentista segundo o grupo

		Grupo				p
		Aluno de MIMD		PPD		
		N	%	N	%	
Nos últimos 12 meses foi consultado(a) por um médico dentista?	Não	6	6,8%	27	19,7%	,008*
	Sim	82	93,2%	110	80,3%	

Na Tabela 31 são apresentados os resultados da caraterização do conhecimento de dispositivo/ acessório de proteção oral e/ou facial utilizado (s) na prática desportiva segundo o grupo, visualizando-se que os PPD possuem significativamente ($p < 0,05$) uma menor frequência de elementos que conhecem a existência de dispositivo/ acessório de proteção oral e/ou facial.

Tabela 31 – Caraterização do conhecimento de dispositivo/ acessório de proteção oral e/ou facial utilizado (s) na prática desportiva segundo o grupo

		Grupo				p
		Aluno de MIMD		PPD		
		N	%	N	%	
Conhece algum dispositivo/ acessório de proteção oral e/ou facial utilizado (s) na prática desportiva?	Não	10	11,4%	43	31,4%	,001*
	Sim	78	88,6%	94	68,6%	

Quanto à caraterização da relação entre os problemas orais e prática desportiva segundo o grupo (Tabela 32), constatam-se diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os dois grupos nas instruções/ informação, promovidas por algum médico dentista, sobre prevenção de traumatismos dentários, boca ou estruturas anexas. Os alunos MIMD referem em maior proporção terem obtido essas instruções/informações.

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

Tabela 32 – Caracterização da relação entre os problemas orais e prática desportiva segundo o grupo

		Grupo				p
		Aluno de MIMD		PPD		
		N	%	N	%	
Considera que os problemas orais e /ou dentários podem prejudicar a capacidade do atleta/ desportista/ praticante de exercício físico?	Não	3	3,4%	12	8,8%	,116
	Sim	85	96,6%	125	91,2%	
Já alguma vez recebeu instruções/ informação de algum médico dentista sobre prevenção de traumatismos dentários, boca ou estruturas anexas?	Não	27	30,7%	88	64,2%	,000*
	Sim	61	69,3%	49	35,8%	
Considera importante a presença/ acompanhamento de um médico dentista em ginásios ou outras infraestruturas onde se pratique algum tipo de desporto/ atividade física?	Acho que não é necessário	8	9,1%	12	8,8%	,620
	Acho pouco importante	20	22,7%	42	30,7%	
	Acho importante	43	48,9%	61	44,5%	
	Acho muito importante	17	19,3%	22	16,1%	

Na Tabela 33 apresentam-se as estatísticas descritivas da escala OASIS segundo o grupo não se observando diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os dois grupos.

Tabela 33 – Estatísticas descritivas do score da escala OASIS segundo o grupo

	N	Média	DP	P
Aluno de MIMD	88	10,4	5,6	,495
PPD	137	9,9	4,8	

Os resultados referentes à caracterização dos hábitos alimentares segundo o grupo são apresentados na Tabela 34. Consta-se que os elementos do grupo PPD têm significativamente uma maior proporção de refeições relativas ao pequeno-almoço, lanche e ceia.

Tabela 34 – Caracterização dos hábitos alimentares segundo o grupo

		Grupo				p
		Aluno de MIMD		PPD		
		N	%	N	%	
Refeição - Pequeno-Almoço	Não	19	21,6%	13	9,5%	,011*
	Sim	69	78,4%	124	90,5%	
Refeição - Meio da Manhã	Não	54	61,4%	66	48,2%	,053
	Sim	34	38,6%	71	51,8%	
Refeição - Almoço	Não	1	1,1%	3	2,2%	,560
	Sim	87	98,9%	134	97,8%	
Refeição - Lanche	Não	30	34,1%	17	12,4%	,000*
	Sim	58	65,9%	120	87,6%	
Refeição - Ceia	Não	72	81,8%	84	61,3%	,001*
	Sim	16	18,2%	53	38,7%	
Com que frequência ingere/ come alimentos fritos?	Nunca	3	3,4%	1	,7%	,135
	Raramente	40	45,5%	45	32,8%	
	Às vezes	42	47,7%	85	62,0%	
	Quase todos os dias	3	3,4%	5	3,6%	
	Todos os dias	0	0,0%	1	,7%	
Com que frequência ingere/ come vegetais?	Nunca	0	0,0%	2	1,5%	,763
	Raramente	9	10,2%	17	12,4%	
	Às vezes	37	42,0%	59	43,1%	
	Quase todos os dias	33	37,5%	45	32,8%	
	Todos os dias	9	10,2%	14	10,2%	
Com que frequência ingere/ come fruta?	Nunca	0	0,0%	1	,7%	,164
	Raramente	13	14,8%	10	7,3%	
	Às vezes	27	30,7%	44	32,1%	
	Quase todos os dias	30	34,1%	39	28,5%	
	Todos os dias	18	20,5%	43	31,4%	
Costuma consumir leite?	Não	11	12,5%	16	11,7%	,853
	Sim	77	87,5%	121	88,3%	
Costuma consumir derivados do leite?	Não	8	9,1%	12	8,8%	,932
	Sim	80	90,9%	125	91,2%	

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

A Tabela 35 apresente a caracterização do consumo de bebidas segundo o grupo, visualizando-se que os PPD tomam significativamente ($p < 0,05$) em maior proporção café.

Tabela 35 – Caracterização do consumo de bebidas segundo o grupo

		Grupo				p
		Aluno de MIMD		PPD		
		N	%	N	%	
Nos últimos 30 dias consumiu bebidas alcoólicas?	Não	36	40,9%	48	35,0%	,374
	Sim	52	59,1%	89	65,0%	
Costuma beber bebidas energéticas?	Não	75	85,2%	108	78,8%	,230
	Sim	13	14,8%	29	21,2%	
Costuma tomar café?	Não	37	42,0%	34	24,8%	,007*
	Sim	51	58,0%	103	75,2%	
Costuma ingerir refrigerantes?	Não	54	61,4%	71	51,8%	,160
	Sim	34	38,6%	66	48,2%	

Quanto à caracterização dos hábitos tabágicos segundo o grupo (Tabela 36), não foi possível identificar quaisquer diferenças com significância estatística ($p \geq 0,05$).

Tabela 36 – Caracterização dos hábitos tabágicos segundo o grupo

		Grupo				p
		Aluno de MIMD		PPD		
		N	%	N	%	
Já foi ou é fumador?	Não	61	69,3%	88	64,2%	,431
	Sim	27	30,7%	49	35,8%	

A Tabela 37 apresenta as estatísticas descritivas do score do questionário IPAQ segundo o grupo constatando-se que os PPD possuem scores significativamente ($p < 0,05$) mais elevados.

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

Tabela 37 – Estatísticas descritivas do questionário IPAQ segundo o grupo

	N	Média	DP	p
Aluno de MIMD	88	1374,3	1724,6	0,000*
PPD	137	4770,4	3871,7	

Quanto à avaliação da saúde oral segundo o grupo (Tabela 38), observa-se a existência de diferenças com significância estatística ($p < 0,05$) entre os dois grupos nas variáveis CPOD, Índice Periodontal Comunitário no 2º Sextante e Presença de recessões por sextante. Em relação aos dentes perdidos, cariados e Índice Periodontal Comunitário 2º Sextante os valores médios são superiores no grupo PPD, enquanto na variável Presença de recessões por sextante a média é superior no grupo de alunos do MIMD.

Tabela 38 – Estatísticas descritivas da avaliação da saúde oral segundo o grupo

	Grupo	N	Média	DP	p
CPOD	Aluno de MIMD	88	4,5	3,5	,125
	PPD	137	5,4	4,1	
Perdidos	Aluno de MIMD	88	0,1	0,4	,001*
	PPD	137	0,6	1,4	
Cariados	Aluno de MIMD	88	1,0	1,5	,002*
	PPD	137	1,8	2,0	
Obturados	Aluno de MIMD	88	3,4	2,8	,439
	PPD	137	3,1	3,2	
Índice Periodontal Comunitário 1º Sextante	Aluno de MIMD	88	1,0	0,9	,098
	PPD	137	1,2	1,2	
Índice Periodontal Comunitário 2º Sextante	Aluno de MIMD	88	0,6	0,9	,002*
	PPD	137	1,1	1,2	
Índice Periodontal Comunitário 3º Sextante	Aluno de MIMD	88	1,0	0,9	,115
	PPD	137	1,2	1,2	
Índice Periodontal Comunitário 4º Sextante	Aluno de MIMD	88	1,0	0,9	,077
	PPD	137	1,3	1,2	
Índice Periodontal Comunitário 5º Sextante	Aluno de MIMD	88	1,7	0,9	,181
	PPD	137	1,9	1,2	
Índice Periodontal Comunitário 6º Sextante	Aluno de MIMD	88	1,0	0,9	,107
	PPD	137	1,3	1,2	
Presença de recessões por sextante	Aluno de MIMD	88	3,0	1,7	,012*
	PPD	136	2,4	1,9	

CAPÍTULO 5

Discussão dos resultados

É do senso-comum que a atividade física e uma alimentação saudável são fatores decisivos para um completo estado de saúde. Contudo, apesar do conhecimento sobre esta óbvia relação é difícil motivar para corretos hábitos nutricionais, de atividade física e de saúde oral.⁴⁷

Tal como refere Gay-Escoda *et. al.* no seu estudo sobre o efeito da saúde oral na condição profissional dos jogadores de futebol do clube Barcelona, como a média de idades é compreendida num escalão de jovens adultos, não é possível fazer inferências acerca de uma possível relação entre a presença de doenças que geralmente surgem em escalões etários superiores e a prática de atividade física.⁴¹ Da mesma forma, os índices de saúde oral seriam diferentes caso a faixa etária considerada fosse mais alargada.¹²⁴

De uma forma geral, os resultados obtidos vão ao encontro do que seria expectável e ao que se encontra documentado na literatura, sendo que estes resultados salientam a importância da Medicina Dentária junto de profissionais de desporto bem como da formação ao nível de prevenção e atuação em caso de trauma oro-facial.^{63-66,72}

Os resultados do presente estudo demonstram que existem diferenças estatisticamente significativas da autoperceção da saúde oral, entre alunos de MIMD e PPD. Os alunos de MIMD consideram ter uma saúde oral melhor que os PPD apesar da percentagem de respostas predominante se referir à saúde oral como “Boa” em ambos os grupos. Tal como refere Freire *et. al.* no seu estudo sobre comportamentos e autoperceção de higiene oral em estudantes universitários, a maioria dos indivíduos encontra-se muito satisfeito (47%).¹²⁵ Há, portanto, que ter em conta o nível de conhecimento sobre a saúde oral e suas características, bem como as exigências em relação à mesma. Tendenciosamente estes aspetos são mais preponderantes em indivíduos que se encontram a receber formação nessa área.⁶⁴ Lee *et. al.* referem que o nível de estudos sobre a saúde está relacionado com uma melhor saúde oral mas que a mesma não está relacionada com situações de negligência dentária.¹²⁶ O facto de se constatar que a percentagem de tratamentos com objetivos estéticos é maior nos alunos de MIMD do que nos PPD também leva a crer que a formação na área da saúde oral pode contribuir para as

exigências e percepção em relação à mesma.^{127,128} Ainda assim, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas, mais de metade dos indivíduos está satisfeito com a estética dentária, tal como se observou no estudo de Freire *et. al.*¹²⁵

Quanto à caracterização da higiene oral, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao número de vezes que os elementos da amostra higienizam a cavidade oral bem como nas estruturas anatómicas em que incidem e no período que levam a fazê-lo, sendo que todas estas variáveis são mais significativas nos alunos de MIMD, isto é, higienizam com mais frequência a cavidade oral (56,8% três ou mais vezes), sendo a mesma mais abrangente (55,7% refere escovar dentes, gengivas e língua) e mais cuidada (77,3% usa fio ou fita dentária e 54,5% usa colutório/ elixir). Kumar *et.al.* estudaram os hábitos relativos à higiene oral e a sua relação com a cárie dentária em estudantes de Medicina e estudantes de Medicina Dentária concluindo que 56,4% dos estudantes de Medicina Dentária escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia e apresentam uma média de CPOD de 1,16, em contrapartida apenas 38,5% dos estudantes de Medicina escovam os dentes com a mesma frequência e apresentam uma média de CPOD de 1,96. Tal como no presente estudo, a literatura documenta que o nível de formação sobre saúde oral está relacionado com a saúde oral apresentada.¹²⁹

Relativamente aos fatores que levam à escolha da pasta dentífrica, é possível observar que os alunos de MIMD conferem maior importância à consistência (23,9%), indicação do médico dentista (43,2%) e na ação dessensibilizante (11,6%) o que provavelmente está relacionado com os conhecimentos técnicos que detêm. Já os PPD dão importância à publicidade como fator decisivo na escolha do produto referido (23,4%) bem como na troca da escova de dentes (11,7% porque ouviram em algum anúncio publicitário que deveriam mudar de escova de dentes com determinada frequência).

As diferenças estatisticamente significativas entre os alunos de MIMD e PPD no que se refere aos selantes de fissuras e aos dispositivos orais de proteção permitem inferir que os PPD têm um conhecimento muito reduzido acerca da prevenção de cárie dentária e de trauma oro-facial. Estes conhecimentos são significativamente maiores nos alunos de MIMD em relação aos PPD. Ainda assim mais de metade dos

PPD refere ter conhecimentos dos dispositivos de proteção oral e/ ou facial. A literatura faz referência a alguns estudos realizados, que comprovam o risco de trauma oro-facial aquando da prática desportiva, riscos que agravam com vários fatores. Estes estudos alertam para a importância do uso de protetores bucais bem como para a necessidade de motivar para o uso dos mesmos, pois apesar dos riscos o seu uso é inferior ao desejável.^{49,66} Samir Qazi *et. al.* estudaram o conhecimento dos dentistas e outros profissionais acerca da intervenção em caso de avulsão dentária, sendo que os não-dentistas, incluindo médicos, têm um conhecimento inferior aos médicos dentistas sobre a correta forma de intervenção. Ainda assim, a percentagem da amostra que revela conhecimento sobre o tema é inferior à desejável, tal como acontece no presente estudo.¹³⁰ Kaly Bruno *et. al.* estudaram o nível de conhecimento em profissionais de Educação Física e concluíram que estes apresentam conhecimento insuficiente acerca da intervenção de emergência em caso de avulsão, sendo que apenas 26,6% da amostra referiu ter conhecimento do significado do termo.⁶³

No último ano 93,2% dos alunos de MIMD foram consultados por um médico dentista enquanto só 80,3% dos PPD recorreu à consulta de Medicina Dentária. Está descrito que a dificuldade que os profissionais de desporto têm de serem acompanhados regularmente pelo médico dentista, devido ao elevado número de treinos e por vezes deslocações frequentes, acarreta maior incidência de cáries ativas, gengivite, maloclusão, trauma dentário, influência no rendimento desportivo e condição física associada à falta de saúde oral.⁴¹ Para agravar a situação é reconhecido que os profissionais de desporto, mesmo os pós-graduados, não têm conhecimentos suficientes sobre os protocolos de intervenção em caso de avulsão dentária.⁶³

O principal motivo referido, pelo total da amostra, que remete à última consulta no médico dentista foi tratamento de cáries (34,1%). Ao contrário do que ocorre no estudo de Freire *et. al.* em que o principal motivo é consulta de rotina/ *check-up* (54,4%).¹²⁵ Esta diferença pode estar relacionada com o acesso aos serviços médico-dentários e com a motivação da população para recorrer aos mesmos, uma vez que o estudo referido decorreu no Brasil.

No que se refere à informação/ instruções facultadas por médicos dentistas sobre prevenção de trauma oro-facial, uma reduzida percentagem de PPD (35,8%) comparativamente com os alunos de MIMD (69,3%) refere ter recebido algum tipo de informação. Não foram demonstradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos no que concerne à influência negativa de problemas orais e/ ou faciais na performance desportiva, relação esta reconhecida pela maioria dos indivíduos. Grande parte dos indivíduos considera importante a presença do médico dentista junto da comunidade desportiva. As ações de sensibilização e instruções acerca da temática podem não se refletir na prática,⁴⁹ o que leva a crer que é necessário estabelecer uma relação de proximidade entre o médico dentista e profissional de desporto, para que a partilha de informação seja mais personalizada e possa, desta forma, ter melhores resultados ao nível motivacional para o uso dos protetores bucais.⁶⁴ Está evidenciado que os protetores bucais otimizam a coordenação neuromuscular e conseqüentemente a performance desportiva.¹⁰²

Quanto aos resultados obtidos pela aplicação do questionário OASIS, não houve diferenças estatisticamente significativas entre alunos de MIMD e PPD o que vai ao encontro ao do que está descrito, talvez porque os atletas são uma classe profissional que revela maior nível de preocupação e exigências com a estética do sorriso que a população em geral, logo, a preocupação referida é possivelmente semelhante à revelada por médicos dentistas.⁸⁵

Os hábitos nutricionais revelam ser mais saudáveis nos PPD do que nos alunos de MIMD uma vez que os primeiros ingerem com mais frequência o pequeno-almoço, lanche e ceia. Também os PPD ingerem mais quantidade de café por dia (75,2% costuma tomar café). Tal facto pode estar relacionado com as necessidades energéticas devido ao elevado gasto calórico necessário para promover o rendimento e o restabelecimento físico.⁷ Relativamente aos hábitos nutricionais é necessário referir que os distúrbios alimentares estão frequentemente associados à prática de atividade física e apesar de só terem sido registados dois casos, há que estar alerta para o facto destes casos muitas vezes não estarem diagnosticados e serem tão bem ocultados pelos pacientes. Para além disso, é provável que doentes com distúrbios alimentares não recorram a cuidados médicos com receio que o seu

problema seja detetado e diagnosticado. Cabe ao médico dentista estar alerta aos sinais e sintomas.^{36,44,131}

Os resultados do questionário IPAQ também foram ao encontro do que seria expectável uma vez que a prática de atividade física é mais predominante nos PPD do que nos alunos de MIMD.

Quanto à avaliação da saúde oral é evidente que os PPD têm uma saúde oral mais debilitada em relação aos alunos de MIMD, sendo que relativamente ao índice de CPOD o número de dentes perdidos bem como o número de dentes cariados é maior nos PPD do que nos alunos de MIMD, à semelhança do que foi verificado no estudo desenvolvido por Gay-Escoda *et. al.*⁴¹ Neste estudo não houve diferenças estatisticamente significativas entre o número de dentes obturados, mas o mesmo pode diferir sendo maior em médicos dentistas uma vez que estão mais sensibilizados para o tratamento da cárie dentária.⁴¹ O índice periodontal foi registado por sextante sendo que há diferenças estatisticamente significativas no 2º sextante, média de 0,6 em alunos de MIMD e 1,1 em PPD. O pior estado de saúde oral associado a doenças dentárias e gengivais em PPD está associado ao aumento da produção de ácido láctico e consequente erosão dentária durante a prática de atividade física bem como a alterações no sistema imunitário, também o aumento do cortisol decorrente do *stress* desportivo desencadeia inflamação gengival.^{35,87,89} Já a presença de recessões por sextante é maior nos alunos de MIMD (média de 3,0) comparativamente com os PPD (2,4) o que pode estar relacionado com a maior frequência, duração e força exercida durante a escovagem, tipo de escova utilizada e utilização de outros métodos de higiene oral.¹³²

CAPÍTULO 6

Conclusões

6.1 Conclusões gerais

- A relação recíproca entre saúde oral, hábitos alimentares e rendimento físico é evidente influenciando-se mutuamente;
- A autoperceção de saúde oral é caracterizada predominantemente como boa,
- Na generalidade os indivíduos gostam da aparência dos seus dentes;
- Os alunos de MIMD têm mais cuidado e são mais exigentes com a higiene oral do que os PPD;
- Os PPD têm hábitos alimentares mais saudáveis do que os alunos de MIMD;
- Existe um nível de conhecimento muito escasso sobre trauma oro-facial e protocolos de intervenção junto da comunidade desportiva;
- A generalidade dos intervenientes no estudo considera que os problemas orais e/ ou dentários afetam a performance desportiva e reconhece a importância do médico dentista como profissional com papel interventivo junto da comunidade desportiva;
- Os profissionais de desporto são mais influenciados na procura de produtos de higiene oral, por campanhas publicitárias do que aconselhados por médicos dentistas, o que também está relacionado com a procura escassa de cuidados de saúde oral especializados.

6.2 Limitações

A área geográfica abrangida é limitada podendo existir diferenças de comportamentos nos indivíduos da área geográfica estudada em relação a outras áreas geográficas. O mesmo pode ocorrer em relação aos hábitos e costumes nas diferentes zonas geográficas nomeadamente na estudada em relação às referidas na bibliografia uma vez que tal pode variar entre nacionalidades e culturas.

Existem poucos estudos acerca da Medicina Dentária Desportiva realizados em Portugal o que condiciona a comparação de resultados do presente estudo com os estudos publicados, o que remete também para as condicionantes supracitadas.

6.3 Aplicações

Este estudo possibilita futuras intervenções como ações de sensibilização e de educação para a saúde e rastreios orais junto da população em geral nomeadamente dos profissionais de desporto.

6.4 Implicações

Possibilidade de definir linhas orientadoras acerca da prescrição de exercício físico de acordo com a saúde sistémica e oral bem como do acompanhamento dos praticantes de atividade física por equipas médicas onde os médicos dentistas sejam integrados.

6.5 Sugestão para futuros estudos

- Necessidade de desenvolver mais estudos, nomeadamente estudos longitudinais, que se debrucem sobre a Medicina Dentária Desportiva;
- Estudar a composição salivar de amostras de saliva recolhidas em desportistas e não-desportistas e a sua possível relação com alterações e doenças orais;
- Aprofundar conhecimentos sobre alguns aspetos referidos como são o diagnóstico de distúrbios alimentares no consultório médico-dentário, influência do tratamento ortodôntico ou outros tratamentos dentários na performance dos atletas, estudar a relação entre *stress* desportivo e influência na saúde oral, hábitos parafuncionais como causa ou consequência de problemas estomatognáticos em desportistas, alterações da densidade óssea e dentária de acordo com a prática de atividade física e hábitos nutricionais e relação entre composição e consumo de bebidas desportivas e doenças orais;

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

- Analisar a prática desportiva desenvolvida por médicos dentistas e sua influência na ergonomia, pertinência da ginástica laboral como método preventivo de lesões músculo-esqueléticas em profissionais de saúde oral;
- Investigação acerca do impacto da complementação das licenciaturas em desporto e atividade física com ações de sensibilização e informação sobre protocolos de atuação em caso de trauma, explorar o absentismo laboral dos desportistas por causa oral e/ ou dentária, estudar o perfil lipídico de indivíduos que pratiquem atividade física e sua relação com doenças sistémicas, como diabetes, e suas manifestações orais;
- Validar o questionário OASIS na população portuguesa.

Referências Bibliográficas

1. Council of European Dentists. EU Manual of Dental Practice: version 4 [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 1]. p. 1–10. Available from: <https://www.omid.pt/md/europa/cedmanual/2008/cedmanual-portugal.pdf>
2. WHO. Global Recommendations on Physical Activity for Health [Internet]. WHO, editor. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010 [cited 2013 Jan 31]. p. 7–33. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
3. Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H, McCabe M. A re-examination of the benefits of exercise for state body satisfaction: consideration of individual difference factors. *J Sports Sci.* 2013 Jan
4. Costa SDS. Odontologia Desportiva na Luta pelo Reconhecimento. *Revista de odontologia da UNICID.* [Internet]. 2009 [cited 2013 Jun 9];21(2):162–8. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-5183/2009/v21n2/a009.pdf>
5. Instituto do Desporto de Portugal. Orientações da União Europeia para a Actividade Física -Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar [Internet]. Instituto do Desporto de Portugal; 2009 [cited 2013 Feb 14]. p. 7, 52. Available from: http://www.idesporto.pt/ficheiros/File/Livro_IDPfinalJan09.pdf
6. Palmer CA. Important Relationships Between Diet, Nutrition, and Oral Health. *Prim Care.* 2001 Jan; 4(1):4–14.
7. Kreider RB, Wilborn CD, Taylor L, Campbell B, Almada AL, Collins R, *et al.* ISSN exercise & sport nutrition review: research & recommendations. *J Int Soc Sports Nutr.* 2010 Jan; 7:7.
8. Segre M, Ferraz F. O conceito de saúde. *Rev Saude Publica* [Internet]. 1997 [cited 2013 Jun 8]; Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n3/2334.pdf>
9. Silva S a, Costa PL, Costa R, Tavares SM, Leite ES, Passos AM. Meanings of quality of care: Perspectives of Portuguese health professionals and patients. *Br J Health Psychol.* 2013 Feb 15.
10. Moghaddasi H, Asadi F, Hosseini A, Ebnehoseini Z. E-Health: a global approach with extensive semantic variation. *J Med Syst.* 2012 Oct; 36(5):3173–6.
11. Awofeso N. Re-defining 'Health' [Internet]. 2005 [cited 2013 Feb 16]. Available from: http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/

12. WHO. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Public Health Rep. 1946 p. 11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2016784/pdf/pubhealthreporig02065-0001.pdf>
13. Lopes M, Mendes F, Escoval A, Agostinho M. Plano Nacional De Saúde 2011-2016 [Internet]. 2011 p. 2–29. Available from: <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf>
14. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Public Health Rep. 2005 Sep;83(9):644.
15. Schmid-Schwab M, Bristela M, Kundi M, Piehslinger E. Sex-specific differences in patients with temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 2013 Jan; 27(1):42–50.
16. Huang S, Dang H, Huynh W, Sambrook PJ, Goss a N. The healing of dental extraction sockets in patients with Type 2 diabetes on oral hypoglycaemics: a prospective cohort. Aust Dent J. 2013 Mar; 58(1):89–93.
17. Lockhart PB, Bolger AF, Papapanou PN, Osinbowale O, Trevisan M, Levison ME, *et al.* Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association?: a scientific statement from the American Heart Association. J Am Heart Assoc. 2012 May 22;125(20):2520–44.
18. Akar H, Akar GC, Carrero JJ, Stenvinkel P, Lindholm B. Systemic consequences of poor oral health in chronic kidney disease patients. Clin J Am Soc Nephrol. 2011 Jan; 6(1):218–26.
19. Salek H, Balouch A, Sedghizadeh PP. Oral manifestation of Crohn's disease without concomitant gastrointestinal involvement. Odontology. 2013 May 8; 3–5.
20. Donnelly LR, MacEntee MI. Social interactions, body image and oral health among institutionalised frail elders: an unexplored relationship. Gerodontology. 2012 Jun; 29(2):e28–33.
21. Claudino D, Traebert J. Malocclusion, dental aesthetic self-perception and quality of life in a 18 to 21 year-old population: a cross section study. BMC oral health. BMC Oral Health; 2013 Jan;13(1):3.
22. Cádima MCF. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral [Internet]. 2008 p. 1–20. Available from: <https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/public/newsDetails.jsp?id=80>
23. Baptista F, Silva A, Santos D, Mota J, Santos R. Livro Verde da Actividade Física. Instituto. Lisboa: Observatório Nacional da Actividade Física e

- Desporto; 2011 [cited 2013 Jun 8];1–144. Available from: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/4295>
24. Dishman RK, Heath GW, Lee IM. Physical Activity Epidemiology. *Human Kinetics*; 2012. p. 6–14. Available from: <http://books.google.pt/books?id=B6jtf4WDINEC>
 25. Haskell WL, Lee I-M, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin B a, *et al.* Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007 Aug; 39(8):1423–34.
 26. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, *et al.* Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007 Aug; 39(8):1435–45.
 27. Roston TM, De Souza AM, Sandor GGS, Sanatani S, Potts JE. Physical Activity Recommendations for Patients With Electrophysiologic and Structural Congenital Heart Disease: A Survey of Canadian Health Care Providers. *Pediatr Cardiol.* 2013 Feb 23
 28. De Barros CR, Cezaretto A, Salvador EP, Dos Santos TC, Siqueira-Catania A, Ferreira SRG. [Implementation of a structured healthy lifestyle program to reduce cardiometabolic risk]. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2013 Feb; 57(1):7–18.
 29. Berry TR, Chan CB, Bell RC, Walker J. Collective knowledge: using a consensus conference approach to develop recommendations for physical activity and nutrition programs for persons with type 2 diabetes. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2012 Jan; 3(December):161.
 30. Waidyatilaka I, Lanerolle P, Wickremasinghe R, Atukorala S, Somasundaram N, De Silva A. Sedentary behaviour and physical activity in South Asian women: time to review current recommendations? *PloS one.* 2013 Jan; 8(3).
 31. Guitard Sein-Echaluce ML, Torres Puig-Gros J, Farreny Justribó D, Gutiérrez Vilaplana JM, Martínez Orduna M, Artigues Barberá EM. [Adherence to physical activity recommendations in a hypertensive primary care population.]. *Gac Sanit.* 2012 Dec 31; (12).
 32. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, De Oliveira V, Mazzardo O, De Campos W. The prevalence and correlates of meeting the current physical activity for health guidelines in older people: a cross-sectional study in Brazilian women. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013; 56(3):492–500.

33. Hill RL, Brown WJ. Older Australians and physical activity levels: do we know how many are meeting guidelines? *Australas J Ageing*. 2012 Dec; 31(4):208–17.
34. Dawes C, Boroditsky CL. Rapid and severe tooth erosion from swimming in an improperly chlorinated pool: case report. *J Can Dent Assoc*. 2008 May; 74(4):359–61.
35. Andreia J, Quintal R. The influence of physical stress on gingival inflammation. *Arch. oral res*. [Internet]. 2011;7(2):193–202. Available from: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/AOR?dd99=olds>
36. Thein-Nissenbaum JM, Carr KE. Female athlete triad syndrome in the high school athlete. *Phys Ther Sport*. Elsevier Ltd; 2011 Aug; 12(3):108–16.
37. Pavey TG, Taylor AH, Fox KR, Hillsdon M, Anokye N, Campbell JL, *et al*. Effect of exercise referral schemes in primary care on physical activity and improving health outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011 Jan 6; 343(November).
38. Oredugba F a, Perlman SP. Oral health condition and treatment needs of Special Olympics athletes in Nigeria. *Spec Care Dentist*. 2010; 30(5):211–7.
39. Dellavia C, Allievi C, Pallavera A, Rosati R, Sforza C. Oral health conditions in Italian Special Olympics athletes. *Spec Care Dentist*. 2009; 29(2):69–74.
40. Bissar A-R, Kaschke I, Schulte AG. Oral health in 12- to 17-year-old athletes participating in the German Special Olympics. *Int J Paediatr Dent*. 2010 Nov; 20(6):451–7.
41. Gay-Escoda C, Vieira-Duarte-Pereira D, Ardevol J, Pruna R, Fernandez J, Valmaseda-Castellon E. Study of the effect of oral health on physical condition of professional soccer players of the Football Club Barcelona. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011; 16(3):e436–e439.
42. Van Durme K, Goossens L, Braet C. Adolescent aesthetic athletes: a group at risk for eating pathology? *Eat Behav*. Elsevier Ltd; 2012 Apr; 13(2):119–22.
43. Francisco R, Alarcão M, Narciso I. Aesthetic sports as high-risk contexts for eating disorders--young elite dancers and gymnasts perspectives. *Int J Clin Health Psychol*. 2012 Mar; 15(1):265–74.
44. Martinsen M, Sundgot-Borgen J. Higher Prevalence of Eating Disorders among Adolescent Elite Athletes than Controls. *Med Sci Sports Exerc*. 2013 Jun; 45(6):1188–97.
45. Direccção-Geral da Saúde, editor. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais [Internet]. Lisboa; 2008. p. 124. Available from: <http://www.dgs.pt/?cr=12995>

46. Shriver LH, Harrist AW, Page M, Hubbs-Tait L, Moulton M, Topham G. Differences in body esteem by weight status, gender, and physical activity among young elementary school-aged children. *Body Image*. Elsevier Ltd; 2013 Jan; 10(1):78–84.
47. WHO Library Cataloguing in Publication Data, editor. Physical activity and health in Europe: evidence for action: World Health Organization [Internet]. Cavill, Ni. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf
48. Espinoza P, Penelo E, Raich RM. Prevention programme for eating disturbances in adolescents. Is their effect on body image maintained at 30 months later? *Body image*. Elsevier Ltd; 2013 Mar; 10(2):175–81.
49. Lebrun CM, Mrazik M, Prasad AS, Tjarks BJ, Dorman JC, Bergeron MF, *et al.* Sport concussion knowledge base, clinical practises and needs for continuing medical education: a survey of family physicians and cross-border comparison. *Br J Sports Med*. 2013 Jan; 47(1):54–9.
50. Ferreira C, Pinto-Gouveia J, Duarte C. Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: implications for eating disorders. *Eat Behav*. Elsevier B.V.; 2013 Apr; 14(2):207–10.
51. Camargo B, Goetz E. Social representations of body: aesthetic and health. *Temas em Psicologia*. 2011; 19(1):257–68.
52. Witt J, Schneider A. Esthetic nutrition: body and beauty enhancement through nutritional care. *Cien Saude Colet*. 2011; 3909–16.
53. Sundgot-Borgen J, Garthe I. Elite athletes in aesthetic and Olympic weight-class sports and the challenge of body weight and body compositions. *J Sports Sci*. 2011 Jan; 29 Suppl 1(March 2013):S101–14.
54. Manuscript A, Triad A. Bone Health in Adolescent Athletes with a Focus on Female Athlete Triad. 2013; 39(1):131–41.
55. Bhuvaneshwaran M. Principles of smile design. *J Conserv Dent*. 2010 Oct;13(4):225–32.
56. WHO. Programme on Mental Health WHOQOL User Manual [Internet]. 1998 [cited 1013 Mar 1]. p. 11. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf
57. Liu Z, McGrath C, Hägg U. Associations between orthodontic treatment need and oral health-related quality of life among young adults: does it depend on how you assess them? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011 Apr; 39(2):137–44.

58. Saini R. Sports dentistry. *Natl J Maxillofac Surg.* 2011 Jul; 2(2):129–31.
59. Mendes R, Sousa N, Barata JLT. Physical activity and public health: recommendations for exercise prescription. *Acta Med Port.* 2011 ; 24(6):1025–30.
60. The International Olympic Committee (IOC) consensus statement on periodic health evaluation of elite athletes: March 2009. *J Athl Train.* 2009; 44(5):538–57.
61. Vanhegan IS, Palmer-Green D, Soligard T, Steffen K, O'Connor P, Bethapudi S, *et al.* The London 2012 Summer Olympic Games: an analysis of usage of the Olympic Village “Polyclinic” by competing athletes. *Br J Sports Med.* 2013 May; 47(7):415–9.
62. Santiago E, Simões R, Soares D. Protector Bucal“ Custom-Made”: Indicações, Confecção e Características Essenciais. *Arq Med.* 2008; 22(1):25–33.
63. Bruno K. Conhecimento de profissionais de Educação Física frente ao tratamento emergencial de dentes permanentes avulsionados. *Rev Odontol UNESP.* 2012; 41(4):267–72.
64. Levin L, Jeffet U, Zadik Y. The effect of short dental trauma lecture on knowledge of high-risk population: an intervention study of 336 young adults. *Dent Traumatol.* 2010 Feb; 26(1):86–9.
65. Merz M, Krastl G, Kühl S, Filippi A. A survey of Swiss swimming pool attendants’ knowledge of first-aid treatment after lip and dental injuries. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2011 Jan; 121(6):528–44.
66. Frontera RR, Zanin L, Ambrosano GMB, Flório FM. Orofacial trauma in Brazilian basketball players and level of information concerning trauma and mouthguards. *Dent Traumatol.* 2011 Jun; 27(3):208–16.
67. Pujita C, Nuvvula S, Shilpa G, Nirmala S, Yamini V. Informative promotional outcome on school teachers’ knowledge about emergency management of dental trauma. *J Conserv Dent.* 2013 Jan; 16(1):21–7.
68. Ziltener J-L, Leal S, Fournier P-E. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for athletes: an update. *Ann Phys Rehabil Med.* 2010 May; 53(4):278–82, 282–8.
69. Van Wijck K, Lenaerts K, Van Bijnen AA, Boonen B, Van Loon LJC, Dejong CHC, *et al.* Aggravation of exercise-induced intestinal injury by Ibuprofen in athletes. *Med Sci Sports Exerc.* 2012 Dec; 44(12):2257–62.
70. Antunez M, Reis Y barbosa dos. O binômio esporte-odontologia. *Adolesc Saude.* 2010; 7:37–9.

71. Reid BC, Chenette R, Macek MD. Special Olympics: the oral health status of U.S. athletes compared with international athletes. *Spec Care Dentist*. 2003;23(6):230–3.
72. Reid BC, Chenette R, Macek MD. Prevalence and predictors of untreated caries and oral pain among Special Olympic athletes. *Spec Care Dentist*. 2001;23(4):139–42.
73. Fuselier JC, Ellis EE, Dodson TB. Do mandibular third molars alter the risk of angle fracture? *J Oral Maxillofac Res*. Elsevier; 60(5):514–8.
74. Bezerra T, Studart-Soares E, Pita-Neto I, Costa F, Batista S. Do third molars weaken the mandibular angle? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011; 16(5):e657–e663.
75. Bezerra TP, Silva Junior FI, Scarparo HC, Costa FWG, Studart-Soares EC. Do erupted third molars weaken the mandibular angle after trauma to the chin region? A 3D finite element study. *Int J Oral Maxillofac Surg*. International Association of Oral and Maxillofacial Surgery; 2013 Apr; 42(4):474–80.
76. Subhashraj K. A study on the impact of mandibular third molars on angle fractures. *J Oral Maxillofac Surg*. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons; 2009 May; 67(5):968–72.
77. Gupta S, Kumar-Jindal S, Bansal M, Singla A. Prevalence of traumatic dental injuries and role of incisal overjet and inadequate lip coverage as risk factors among 4-15 years old government school children in Baddi-Barotiwala Area, Himachal Pradesh, India. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 Nov; 16(7):e960–5.
78. Souza LA De, Elmadjian TR, Brito e Dias R, Coto NP. Prevalence of malocclusions in the 13-20-year-old categories of football athletes. *Braz Oral Res*. 2011;25(1):19–22.
79. Goyatá F, Taira N. Avaliação de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular entre os acadêmicos do curso de odontologia da Universidade Severino Sombra, Vassouras-RJ. *IJD, Int. j. dent*. 2010; 9(4):181–6.
80. Bhat S. Etiology of temporomandibular disorders: the journey so far. *Int Dent SA*. 2010; 12(129).

81. Weiler RME, Santos FM, Kulic MA, De Souza Lima MPC, Pardini SR, Mori M, et al. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular dysfunction in female adolescent athletes and non-athletes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. Elsevier Ireland Ltd; 2013 Apr; 77(4):519–24.
82. Oztürk O, Tek M, Seven H. Temporomandibular disorders in scuba divers-an increased risk during diving certification training. *J Craniofac Surg*. 2012 Nov; 23(6):1825–9.
83. Yuill E, Howitt SD. Temporomandibular joint: conservative care of TMJ dysfunction in a competitive swimmer. *J Can Chiropr Assoc*. 2009 Aug;53(3):165–72.
84. Zadik Y, Drucker S. Diving dentistry: a review of the dental implications of scuba diving. *Aust Dent J*. 2011 Sep; 56(3):265–71.
85. Henson ST, Lindauer SJ, Gardner WG, Shroff B, Tufekci E, Best AM. Influence of dental esthetics on social perceptions of adolescents judged by peers. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2011 Sep; 140(3):389–95.
86. Bryant S, McLaughlin K, Morgaine K, Drummond B. Elite athletes and oral health. *Int J Sports Med*. 2011 Sep; 32(9):720–4.
87. Walsh NP, Gleeson M, Shephard RJ, Gleeson M, Woods JA, Bishop NC, et al. Position statement. Part one: Immune function and exercise. *Exerc Immunol Rev*. 2011 Jan; 17:6–63.
88. Rosa NR das neves. Do Proteoma Salivar ao Oraloma. Universidade Católica Portuguesa; 2011. p. 33–46. Available from: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9019>
89. Figueiredo AS de P. Exercício, Lactato e Cárie Dentária. Universidade de Coimbra; 2009. p. 62, 63. Available from: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/13542>
90. Mulic A, Tveit AB, Songe D, Sivertsen H, Skaare AB. Dental erosive wear and salivary flow rate in physically active young adults. *BMC oral health*. BioMed Central Ltd; 2012 Jan; 12(1):8.
91. Zadik Y. Barodontalgia: what have we learned in the past decade? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010 Apr; 109(4):e65–9.
92. Peker I, Erten H, Kayaoglu G. Dental restoration dislodgment and fracture during scuba diving: a case of barotrauma. *J Am Dent Assoc*. 2009 Sep; 140(9):1118–21.
93. Stoetzer M, Kuehlhorn C, Ruecker M, Ziebolz D, Gellrich NC, Von See C. Pathophysiology of barodontalgia: a case report and review of the literature. *Case Rep Dent*. 2012 Jan; 2012:453415.

94. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol.* 2012 Feb; 28(1):2–12.
95. Andersson L, Andreasen JO, Day P, Heithersay G, Trope M, Diangelis AJ, *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol.* 2012 Apr; 28(2):88–96.
96. Tiwari U, Mishra V, Bhalla A, Singh N, Jain SC, Garg H, *et al.* Fiber Bragg grating sensor for measurement of impact absorption capability of mouthguards. *Dent Traumatol.* 2011 Aug 1 , 27(4):263–8.
97. FDI. Protectores Bucais para Desporto [Internet]. 2008 p. 1,2. Available from: <http://doc.ond.pt/docs/fdi/fdi-protectores-bocais-desporto.pdf>
98. FDI Policy Statement Sports Mouthguards [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 13]. p. 3–4. Available from: <http://www.fdiworldental.org/media/11363/Sports-mouthguards-2008.pdf>
99. Policy on prevention of sports-related orofacial injuries. *Pediatr Dent.* 2010; 30(7 Suppl):58–60.
100. Takeda T, Ishigami K, Mishima O, Karasawa K, Kurokawa K, Kajima T, *et al.* Easy fabrication of a new type of mouthguard incorporating a hard insert and space and offering improved shock absorption ability. *Dent Traumatol.* 2011 Dec;27(6):489–95.
101. Pacheco G, Clemente MP, Vasconcelos M, Ferreira AP. The orthodontic sports protection appliance. *J Clin Orthod.* 2010 Jan; 44(1):41–4.
102. D’Erme V, Basile M, Rampello A, Di Paolo C. Influence of occlusal splint on competitive athletes performances. *Ann Stomatol (Roma).* 2012 Jul;3(3-4):113–8.
103. Imamura H, Iide K, Yoshimura Y, Kumagai K, Oshikata R, Miyahara K, *et al.* Nutrient intake, serum lipids and iron status of collegiate rugby players. *J Int Soc Sports Nutr.* 2013 Jan;10(1):9.
104. Bescós García R, Rodríguez Guisado FA. Low levels of vitamin D in professional basketball players after wintertime: relationship with dietary intake of vitamin D and calcium. *Nutr Hosp.*;26(5):945–51.
105. Waterhouse J. Effects of Ramadan on physical performance: chronobiological considerations. *Br J Sports Med.* 2010 Jun; 44(7):509–15.
106. Fuhrman J, Ferreri DM. Fueling the vegetarian (vegan) athlete. *Curr Sports Med Rep.* 2010;9(4):233–41.

107. Torres-McGehee TM, Pritchett KL, Zippel D, Minton DM, Cellamare A, Sibilia M. Sports nutrition knowledge among collegiate athletes, coaches, athletic trainers, and strength and conditioning specialists. *J Athl Train.* 2012;47(2):205–11.
108. Palk L, Sneyd J, Shuttleworth TJ, Yule DI, Crampin EJ. A dynamic model of saliva secretion. *J Theor Biol.* 2010 Oct 21; 266(4):625.
109. Rodriguez NR, Di Marco NM, Langley S. American College of Sports Medicine position stand. Nutrition and athletic performance. *Med Sci Sports Exerc.* 2009 Mar;41(3):709–31.
110. Zoorob R, Parrish M-EE, O'Hara H, Kalliny M. Sports nutrition needs: before, during, and after exercise. *Prim Care.* 2013 Jun; 40(2):475–86.
111. Ross AC, Manson JE, Abrams S a, Aloia JF, Brannon PM, Clinton SK, *et al.* The 2011 report on dietary reference intakes for calcium and vitamin D from the Institute of Medicine: what clinicians need to know. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011 Jan; 96(1):53–8.
112. Hamilton B. Vitamin D and human skeletal muscle. *Scand J Med Sci Sports.* 2010 Apr; 20(2):182–90.
113. Ortenblad N, Nielsen J, Saltin B, Holmberg H-C. Role of glycogen availability in sarcoplasmic reticulum Ca²⁺ kinetics in human skeletal muscle. *J Physiol.* 2011 Feb 1; 589:711–25.
114. Ross A, Taylor C, Yaktine A, Valle H Del. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. Washington: The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health.; 2011. p. 662.
115. Burrows T, Pursey K, Neve M, Stanwell P. What are the health implications associated with the consumption of energy drinks? A systematic review. *Nutr Rev.* 2013 Mar; 71(3):135–48.
116. Küster M, Renner B, Ooppel P, Niederweis U, Brune K. Consumption of analgesics before a marathon and the incidence of cardiovascular, gastrointestinal and renal problems: a cohort study. *BMJ open.* 2013 Jan; 3(4).
117. Scheer BV, Valero Burgos E. The hidden danger of endurance races: analgesic use among ultramarathon runners. *Br J Sports Med.* 2013 Jul; 47(10):e3.
118. Cox AJ, Pyne DB, Saunders PU, Fricker PA. Oral administration of the probiotic *Lactobacillus fermentum* VRI-003 and mucosal immunity in endurance athletes. *Br J Sports Med.* 2010 Mar; 44(4):222–6.

119. Mandall NA, McCord JF, Blinkhorn AS, Worthington H V, O'Brien KD. Perceived aesthetic impact of malocclusion and oral self-perceptions in 14-15-year-old Asian and Caucasian children in greater Manchester. *Eur J Orthod.* 2000 Apr; 22(2):175–83.
120. Pimenta WV, Traebert J. Adaptation of the Oral Aesthetic Subjective Impact Score (OASIS) questionnaire for perception of oral aesthetics in Brazil. *Oral Health Prev Dent.* 2010 Jan; 8(2):133–7.
121. The IPAQ group. International Physical Activity Questionnaire [Internet]. [cited 2013 Feb 20]. Available from: <https://sites.google.com/site/theipaq/>
122. WHO. Oral Health Surveys-Basic Methods [Internet]. 4th ed. Organization WH, editor. *Community Dent Oral Epidemiol.* Geneva: World Health Organization; 1976 [cited 2013 Jun 9]. p. 44, 76. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41905>
123. Landry RG, Jean M. Periodontal Screening and Recording (PSR) Index: precursors, utility and limitations in a clinical setting. *Int Dent J.* 2002 Feb; 52(1):35–40.
124. Lu HX, Wong MCM, Lo ECM, McGrath C. Trends in oral health from childhood to early adulthood: a life course approach. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011 Aug; 39(4):352–60.
125. Freire M, Martins A, Santos C *et. al.* Condição de saúde bucal, comportamentos, autopercepção e impactos associados em estudantes universitários moradores de residências estudantis. *Rev Odontol UNESP* [Internet]. 2012;41(3):181–91. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:m0YmbcPtNEQJ:rou.hostcentral.com.br/PDF/v41n3a07.pdf+%&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
126. Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Vann WF. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *Am J Public Health.* [Internet]. 2012 May [cited 2013 Jul 7];102(5):923–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3267012&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
127. Pithon MM, Santos AM, Couto FS, Da Silva Coqueiro R, De Freitas LMA, De Souza RA, et al. Perception of the esthetic impact of mandibular incisor extraction treatment on laypersons, dental professionals, and dental students. *Angle Orthod.* 2012 Jul; 82(4):732–8.
128. Olivares a., Vicente A, Jacobo C, Molina S, Rodriguez A, Bravo L. Canting of the occlusal plane: Perceptions of dental professionals and laypersons. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013;18(3):e516–e520.

129. Kumar S, Motwani K, Dak N, Balasubramanyam G, Duraiswamy P, Kulkarni S. Dental health behaviour in relation to caries status among medical and dental undergraduate students of Udaipur district, India. *Int J Dent Hyg.* 2010 May; 8(2):86–94.
130. Qazi SR, Nasir KS. First-aid knowledge about tooth avulsion among dentists, doctors and lay people. *Dent Traumatol.* 2009 Jun; 25(3):295–9.
131. Bratland-Sanda S, Sundgot-Borgen J. Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *Eur J Sport Sci.* 2012 Nov 13; (June 2013):1–10.
132. Greggianin BF, Oliveira SC, Haas AN, Oppermann RV. The incidence of gingival fissures associated with toothbrushing: crossover 28-day randomized trial. *J Clin Periodontol.* 2013 Apr;40(4):319–26.

Apêndices

Apêndice 1- Pedido de autorização para proceder à recolha de dados



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Centro Regional das Beiras - Departamento das Ciências da Saúde

Exmo. (a) Senhor (a),

Sou aluna de Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras e encontro-me a desenvolver a minha dissertação para obtenção do grau de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, recorrendo a um estudo de investigação, orientado pela Professora Doutora Cláudia Ribeiro e co-orientado pelo Mestre Nélio Veiga. Este estudo tem como objetivo examinar os **Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais Associados à Atividade Física**. Para tal, venho pedir a sua autorização para poder desenvolver a recolha de dados neste local, tendo como métodos de estudo: questionário autoaplicado, exame intraoral e avaliação das medidas antropométricas peso e altura. A participação no estudo é voluntária e todos os dados recolhidos têm carácter confidencial destinando-se exclusivamente a tratamento estatístico.

Agradeço a sua compreensão e colaboração.

Autorização:

Eu, _____ (nome completo), responsável por _____ (indicar função), declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) em relação ao estudo elaborado pela aluna de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Tânia Sofia Marques dos Santos, tendo consentido a recolha de dados supracitada, no/ em _____ (designação do local). Por ser verdade e me ter sido solicitado, assino a presente declaração de livre e espontânea vontade, estando ciente do seu conteúdo.

_____, ____ de _____ de 2013 (local e data)

Mestre Nélio Veiga

Tânia Sofia Marques dos Santos, aluna de MIMD

Apêndice 2- Questionário e Consentimento Informado



Código: _____

Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional das Beiras
Departamento das Ciências da Saúde
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Questionário realizado no âmbito do projeto de investigação para obtenção do grau de Mestre no quadro do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, orientado pela Professora Doutora Cláudia Ribeiro e coorientado pelo Mestre Nélio Veiga, com o objetivo de estudar os **Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais Associados à Atividade Física – Estudo Piloto**. Este estudo visa analisar os comportamentos de saúde oral e hábitos nutricionais associados à atividade física em profissionais de desporto e em alunos de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Todos os dados recolhidos com este instrumento têm carácter confidencial e destinam-se unicamente ao seu tratamento, no âmbito do estudo supracitado.

Por favor, leia os enunciados com a máxima concentração e responda a todas as questões, de forma sincera, pois o não cumprimento destes requisitos poderá pôr em causa a viabilidade do mesmo, bem como o rigor científico das informações obtidas. Verifique, no final, se respondeu a todas as páginas (frente e verso).

Muito obrigado pela colaboração.

Tânia Sofia Marques dos Santos

Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ (*nome completo*),
aceito participar no estudo supracitado, designadamente no preenchimento do questionário e avaliações intraoral, de peso e altura. Por ser verdade e me ter sido solicitado, assino a presente declaração.

_____, ____/_____/2013 (*local e data*)

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

Parte 1 – Caracterização sociodemográfica

1. Sexo:

- Feminino
- Masculino

2. Idade: _____ anos.

3. Data de nascimento: ____ / ____ / _____ (dia/mês/ano).

4. Onde reside?

- Aldeia
- Vila
- Cidade

5. Altura atual: _____ cm.

6. Quais as suas habilitações literárias? (*Assinale a mais elevada.*)

- 1º ciclo ou ensino primário
- 9º ano ou 5º ano antigo
- 12º ano ou complementar
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Parte 2 – Saúde geral

1. Atualmente, sofre de alguma doença?

- Não
- Sim

1.1 Se sim, qual(ais)?

_____.

2. Alguma vez lhe foi diagnosticada osteopenia ou osteoporose?

- Não
- Sim

3. Neste momento toma algum tipo de medicação? *(considerar também contraceptivos orais e suplementos alimentares)*

- Não Sim

3.1 Se sim qual(ais)?

_____.

Parte 3 – Saúde oral

1. Como descreve a sua saúde oral?

- Muito fraca
 Fraca
 Razoável
 Boa
 Muito boa

2. Gosta da aparência dos seus dentes e do seu sorriso?

- Não Sim

2.1 Se respondeu não, dos aspetos seguintes, o que mudaria no aspeto do seu sorriso? *(Pode seleccionar mais do que uma opção.)*

- Posição dos dentes
 Cor dos dentes
 Cor das gengivas
 Saúde gengival
 Saúde dentária
 Colocação de prótese (s) ou implante (s)
 Outro (s).

Qual(ais)?_____.

3. Já efectuou algum tratamento dentário com objetivos estéticos *(por exemplo colocação de aparelho ortodôntico)?*

- Não Sim

4. Habitualmente, quantas vezes por dia faz a sua higiene oral?

_____ vezes.

5. No dia de ontem, quantas vezes fez a sua higiene oral?

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

- Nenhuma
- Uma vez
- Duas vezes
- Três ou mais vezes

6. De cada vez que faz a sua higiene oral, em média, quanto tempo demora?

- Menos de 1 minuto
- 1 Minuto
- 2 Minutos
- 3 ou mais minutos

7. Quando faz a sua higiene oral? (Pode assinalar mais do que uma opção.)

- Depois de levantar
- Após o pequeno-almoço
- Após o almoço
- Após o lanche
- Após o jantar
- Antes de deitar

8. Como realiza a sua higiene oral?

- Escovo apenas os dentes
- Escovo dentes e gengivas
- Escovo os dentes e língua
- Escovo as gengivas, dentes e língua

9. Habitualmente, que produto (s) utiliza para fazer a sua higiene oral?

- Pasta dentífrica
- Colutório/ elixir
- Fio ou fita dentária
- Outro (s).
- Qual? _____.
-

10. Se usa o fio/ fita dentária, refira a frequência:

- Uma vez
- Uma a três vezes por semana
- Três a cinco vezes por semana
- Mais que cinco vezes por semana
- Após as refeições principais
- Outros

11. Qual (ais) o(s) fator(es) que o levam a escolher a pasta dentária?

- Sabor
- Preço
- Cor
- Cheiro
- Publicidade
- Consistência/ textura
- Facilmente disponível no mercado
- Indicação do médico dentista
- Ação branqueadora
- Ação antitártaro
- Dessensibilizante
- Outro. Qual? _____.

12. Costuma substituir a sua escova de dentes ao fim de quanto tempo de utilização?

- Menos de 3 meses
- Entre 3 a 6 meses
- Mais de 6 meses

13. Qual o fator que considera mais importante para substituir a sua escova de dentes?

- Recomendação pelo meu médico dentista ou outro profissional de saúde
- Porque ouvi em algum anúncio que deveria mudar de escova de dentes com determinada frequência
- Quando a escova de dentes fica velha e com as cerdas dobradas

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

- Estou farto (a) da mesma, quero outra mais engraçada, de outra cor, forma ou *design*.
- Outro. Qual?

14. Tem algum conhecimento sobre selantes de fissuras, sabe o que são?

- Não
- Sim

15. Nos últimos 12 meses foi consultado(a) por um médico dentista?

- Não
- Sim

15.1 Se respondeu Não, qual(ais) o(s) motivo(s)?

- Falta de tempo
- Nunca me doeu nenhum dente
- Nunca me preocupei
- Acho que sou novo (a) para ter problemas de dentes
- Não posso pagar o (s) tratamento/ acho caro
- Tenho vergonha dos meus dentes
- Tenho medo do médico dentista, fobia a agulhas ou outro tipo de fobia, trauma ou receio

16. Qual o critério que acha mais importante para a escolha do seu médico dentista? (Indique apenas um)

- Ser o médico dentista da família
- Ser um médico dentista recomendado pelos amigos/ conhecidos
- Ser o médico dentista com o consultório mais próximo da minha habitação e/ ou local de trabalho
- O facto de o médico dentista ser do sexo feminino ou masculino
- O preço dos tratamentos/ consulta ser mais barato
- O preço dos tratamentos/ consulta ser mais caro
- Gosto de mudar de médico dentista com frequência
- O aspeto, decoração e/ ou ambiente do consultório/ clínica

Outro. Qual? _____.

17.A última vez que recorreu a um médico dentista foi por que motivo?

- Dor de dentes
- Tratamento estético e/ ou ortodôntico (colocar aparelho nos dentes)
- Cara inchada
- Tratamento de cáries
- Nunca fui a um consultório/ clínica dentária
- Outro.

Qual? _____.

18.Conhece algum dispositivo/ acessório(s) de proteção oral e/ou facial utilizado(s) na prática desportiva?

- Não Sim

18.1 Se respondeu sim, usa ou já usou algum dispositivo de proteção na prática de exercício físico?

- Não Sim

18.1.1 Qual(ais)? _____

_____.

18.1.2 O protetor oral que usa ou usou foi adquirido em:

- Médico dentista
- Loja de equipamento de desporto
- Outro.

Qual? _____

_____.

19.Alguma vez teve de suspender a atividade física por problemas de origem oral/ dentária?

- Não Sim

19.1 Se sim, foi por que motivo(s)?

- Dor dentária
- Cirurgia oral/extração dentária
- Outro (s).

Qual(ais)? _____.

20. Durante a prática de atividade física alguma vez sofreu de algum trauma das estruturas orais e/ ou faciais (perda de dentes, fratura de ossos ou dentes, etc.)?

(Se respondeu Nunca, passe à pergunta 28)

- Nunca
- Apenas pancada
- Fratura
- Perda total de dente(s)
- Outro. Qual? _____.

20.1 Durante a prática de que modalidade desportiva? _____.

20.2 Usava algum tipo de dispositivo de proteção no momento da lesão?

- Não
- Sim

20.3 Foi necessária intervenção de algum profissional de saúde?

Qual(ais)? _____.

20.4 Esse traumatismo impediu-o/a de continuar com e/ou suspender a prática de atividade física?

- Não
- Sim

21. Considera que os problemas orais e/ou dentários podem prejudicar a capacidade do atleta/desportista/praticante de exercício físico?

- Não
- Sim

22. Já alguma vez recebeu instruções/informação de algum médico dentista sobre prevenção de traumatismos dentários, boca ou estruturas anexas?

- Não
- Sim

23. Acha que essa informação seria/é importante para si?

Não

Sim

24. Considera importante a presença/acompanhamento de um médico dentista em ginásios ou outras infraestruturas em que se pratique algum tipo de desporto/atividade física?

- Acho que não é necessário
- Acho pouco importante
- Acho importante
- Acho muito importante

QUESTIONÁRIO DA ESCALA ORTODÔNTICA DO IMPACTO ESTÉTICO SUBJECTIVO (OASIS). (RESPONDA ÀS PRÓXIMAS 5 QUESTÕES APENAS SE NÃO ESTÁ CONTENTE COM O ASPETO DOS SEUS DENTES E/OU SORRISO).

Responda às seguintes questões em que 1 corresponde a “sem preocupação” ou “Nunca” e 7 “Muito preocupado” ou “Sempre”. Faça um círculo no número que corresponde à sua resposta.

1. Como se sente relativamente à aparência dos seus dentes?

Sem preocupação 1 2 3 4 5 6 7 Muito preocupado

2. Tem reparado que as pessoas fazem comentários acerca da aparência dos seus dentes?

Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Sempre

3. Tem observado que as pessoas o abordam devido à aparência dos seus dentes?

Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Sempre

4. Evita sorrir devido à aparência dos seus dentes?

Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Sempre

5. Já levou a mão à boca, quando sorri, com o propósito de esconder a aparência dos seus dentes?

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Sempre

25. Gostaria de tratar/corriger os seus dentes para melhorar a sua aparência?

- Não Sim

Parte 4 – Hábito Alimentares

1. Habitualmente, quantas refeições faz por dia? (Pode assinalar mais do que uma opção.)

- Pequeno-almoço
 Meio da manhã
 Almoço
 Lanche
 Jantar
 Ceia

2. Com que frequência ingere/come alimentos fritos?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Quase todos os dias
 Todos os dias

3. Com que frequência ingere/come vegetais?

- Nunca
 Raramente
 Às vezes
 Quase todos os dias
 Todos os dias

4. Com que frequência ingere/come fruta?

- Nunca
 Raramente

- Às vezes
- Quase todos os dias
- Todos os dias

5. Costuma consumir leite?

- Não Sim

5.1 Se sim, com que frequência?

- Menos de 1 copo por dia
- 1 a 2 copos por dia
- 3 ou mais copos por dia

6. Costuma consumir derivados do leite (Não considere o leite)?

- Não Sim

- Se sim, com que frequência?
- Menos de uma vez por dia
- Uma vez por dia
- Duas vezes por dia
- Três ou mais vezes por dia

7. Nos últimos 30 dias consumiu bebidas alcoólicas?

- Não Sim

7.1 Se sim, com que frequência?

- Ocasionalmente
- Sim, todas as semanas
- Sim, todos os dias

7.2 Que bebidas alcoólicas costuma beber?

- Vinho
- Cerveja
- Bebidas brancas ou espirituosas

8. Costuma beber bebidas energéticas?

- Não Sim

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

9. Costuma beber água?

- Não Sim

10. Costuma tomar café?

- Não Sim

11.1 Se sim, habitualmente quantos cafés ingere por dia? _____.

11. Costuma ingerir refrigerantes?

- Não Sim

11.1 Com que frequência?

- 1 a 3 vezes por mês
 1 a 3 vezes por semana
 Quase todos os dias
 Todos os dias

Parte 5 – Hábitos Tabágicos

1. Foi ou é fumador?

- Não Sim

1.1 Se sim, que idade tinha quando começou a fumar? _____ anos.

**2.1 Em média, quantos cigarros fumou por dia?
_____ cigarros.**

2. Se é fumador, quantos cigarros fuma por dia? _____ cigarros.

3. Se é ex-fumador, há quanto tempo deixou de fumar? ____ (meses).

Parte 6 – Hábitos desportivos/ de Atividade Física

1. Costuma praticar algum tipo de desporto/ atividade física (Responda só se atualmente pratica atividade física)?

- Não Sim

Se a sua resposta foi Sim, responda às seguintes questões (2 a 7):

2. Quantas vezes por semana? _____ vezes.

3. **Por cada sessão, qual a média de duração de atividade?**

_____ minutos.

4. **A sua prática desportiva insere-se em:**

- Atividade física de carácter lúdico
- Amador
- Profissional/ Federado(a)

5. **Há quanto tempo pratica exercício físico?**

_____ meses.

_____ anos.

6. **Qual(ais) a(s) sua(s) principais motivação(ões) para a prática de exercício físico?**

- Saúde e bem-estar;
- Preocupações estéticas/beleza
- Hobby*/ atividade lúdica
- Melhorar a minha saúde
- Prevenir problemas de saúde
- Outro (s).

Qual(ais)? _____.

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

Este questionário tem como objetivo conhecer os diferentes tipos de atividades físicas que as pessoas fazem no seu quotidiano. Este questionário faz parte de um estudo alargado realizado em vários países. As suas respostas vão ajudar a conhecer o seu nível de atividade física.

Atividades físicas vigorosas referem-se a atividades de esforço físico intenso que provocam respiração ofegante.

Atividades físicas moderadas referem-se a atividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração ligeiramente mais forte que o normal.

Comportamentos de Saúde Oral e Hábitos Nutricionais associados à Atividade Física.

Ao responder às seguintes questões considere apenas atividades físicas que realize durante pelo menos **10 minutos seguidos**.

1. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias praticou atividades físicas vigorosas, como, por exemplo, levantar objetos pesados, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

_____ Dias por semana

Se não praticou nenhuma atividade física vigorosa passe à pergunta 3.

2. Nos dias em que pratica atividades físicas vigorosas, quanto tempo dedica em média a essas atividades?

_____ Horas por dia

_____ Minutos por dia

3. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias praticou atividades físicas moderadas, como, por exemplo, transporte de pesos leves, ciclismo a um ritmo regular ou jogar ténis de pares? Por favor NÃO CONSIDERE “caminhar” ou “andar”.

_____ Dias por semana

Se não praticou nenhuma atividade física moderada passe à pergunta 5.

4. Nos dias em que pratica atividades físicas moderadas, quanto tempo dedica em média a essas atividades?

_____ Horas por dia

_____ Minutos por dia

5. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias andou/caminhou por pelo menos 10 minutos seguidos?

_____ Dias por semana

Se não caminhou passe à questão 7.

6. Quanto tempo, no total, costuma passar a caminhar ou andar num desses dias?

_____ Horas por dia

_____ Minutos por dia

7. Num dia normal, quanto tempo passa sentado (a)? *(inclui estar sentado(a) à secretária, visitar amigos, ler, estudar, ver televisão).*

_____ Horas por dia

_____ Minutos por dia

Obrigada pela sua participação.

Apêndice 3 – Registo dos dados recolhidos



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras

Departamento das Ciências da Saúde

Mestrado Integrado em Medicina

Código: _____

Exame Clínico

1. Índice de 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

- O – Hígido
- 1 – Cariado
- 2- Restaurado com cárie
- 3 – Restaurado sem cária
- 4 – Ausente por cárie
- 5 – Ausente por outro motivo que não cárie
- 6 – Selante
- 7 – Prótese ou implante
- 8 – Não erupcionado
- 9 - Não registado
- T - Traumatismo

2. Índice Periodontal Comunitário

Sextantes		
1º	2º	3º
6º	5º	4º

- 0 Hígido (Periodonto Saudável)
- 1 Sangramento Gengival
- 2 Presença de Cálculos
- 3 Bolsas Periodontais entre 3,5 a 5,5 mm
- 4 Bolsas Periodontais com 6 mm ou mais
- 6 Sextante Excluído (menos de 2 dentes presentes)
- * Presença de Recessões Gengivais

3. Dados Antropométricos:

Peso (kg)	
Altura (cm)	