

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA MOTORA, PRATICANTES OU NÃO DE
PARADESPORTO**

PAULA ESTEVES CARVALHO

Aracaju
Março - 2022

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA MOTORA, PRATICANTES OU NÃO DE
PARADESPORTO**

Dissertação de mestrado submetida à banca examinadora de defesa, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração Saúde e Ambiente.

PAULA ESTEVES CARVALHO

Orientador
Prof. Dr. Estélio Henrique Martin Dantas, Ph.D.

Aracaju
Março – 2022

C331s Carvalho, Paula Esteves
Saúde bucal e qualidade de vida de pessoas com deficiência motora, praticantes ou não de paradesporto / Paula Esteves Carvalho; orientação [de] Prof. Dr. Estélio Henrique Martins Dantas – Aracaju: UNIT, 2022.

137 f. il ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2022
Inclui bibliografia.

1. Saúde bucal. 2. Paratletas. 3. Odontologia Preventiva. 4. Indicadores de Qualidade de Vida 5. Assistência odontológica para pessoas com deficiências. 6. (DeCS/MeSH)
I. Carvalho, Paula Esteves. II. Dantas, Estélio Henrique Martins (orient.). III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

CDU: 616.31-083:796-056.26/.37

Bibliotecária Gislene Maria S. Dias CRB-5/1410

**SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
MOTORA, PRATICANTES OU NÃO DE PARADESPORTO**

Paula Esteves Carvalho

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA, PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovada por:



Prof. Dr. Estélio Henrique Martin Dantas
Orientador



Dr. Rubens Riscala Madi
Examinador Interno PSA/UNIT



Prof. Dr. Divaldo Martins De Souza
Membro Externo
Universidade do Estado do Pará – UEPA

Aracaju
Março – 2022

“Dedico este trabalho aos meus queridos primos Everton Esteves e João Paulo
Carvalho (in memoriam), essenciais e eternos em minha vida”

Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que a fez tão
importante.

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio e incentivo de várias pessoas.

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer à Deus por ter me deixado firme durante esses dois anos de estudo e pesquisa, foram anos de muitas perdas familiares e sei que foi dele o maior sustento e força para continuar com o meu sonho em ser Mestre.

Em segundo lugar e não menos importante, agradeço do fundo do meu coração à minha família (minha base, minha força, meus maiores incentivadores, os que não me deixaram desmoronar e seguraram as minhas mãos nos piores meses de 2021) sem vocês, este sonho não estaria sendo concretizado. Sempre agradeço à Deus pelo presente que eu tenho em minha vida: Meu filho Miguel, o motivo da minha felicidade e a quem dedico todo meu amor e carinho, o meu grude mais lindo e amoroso que alguém poderia ter. Aos meus pais José Esteves e Josefa Jicelma e minha irmã Déborah, não há palavras que definam minha gratidão, amor e carinho que tenho por vocês. Essa conquista é nossa.

Quero agradecer também aos meus tios, meu afilhado Felipe, a todos primos e aos meus avós por sempre serem a minha maior força, cada um de vocês ao ler aqui chorarão junto comigo por cada palavra, porque só a gente sabe o quanto está difícil seguir, mas temos duas estrelas que nos guiam e nos darão forças para aprender a viver com a saudade. Dedico a todos vocês, porque sei que este título é motivo de orgulho e gratidão.

Ao meu orientador, Professor Doutor Estélio Dantas, que sempre acreditou em mim, agradeço a orientação exemplar, que auxiliou durante todo o processo de desenvolvimento deste projeto, pelas incontáveis horas dedicadas a construção e evolução deste projeto, por ser uma constante fonte de motivação e incentivo ao longo de todos esses dois anos de pesquisa, cuja dedicação e paciência serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho. Minha eterna gratidão professor.

Queria agradecer também ao Professor Divaldo Martins, pelo excepcional apoio, dedicação, companheirismo e incentivo que me deu durante a pesquisa, nobre e humilde que é, me ajudou e me propiciou chegar a esse momento tão especial. Meu muito obrigado, o senhor foi peça fundamental para a montagem e desenvolvimento desse projeto e serei eternamente grata por ter renunciado ao seu tempo pessoal para que chegássemos com sucesso ao dia de hoje. Não poderia de forma alguma esquecer de agradecer também ao Professor Rodrigo Gomes por todo apoio, incentivo e serviço prestado na estatística de uma das variáveis do meu trabalho.

Gostaria de agradecer também a todos os colegas da turma de mestrado em Saúde e Ambiente de 2020, em especial à Yasmim Dória e Cássio Murilo, os quais firmei uma amizade e que me serviam de força e otimismo nos momentos difíceis. Obrigada. Agradecer também

a todos integrantes do grupo de pesquisa em Inclusão de Pessoas com Deficiência e Esporte Paralímpico e todos os membros do Laboratório de Biociências da Motricidade Humana espalhados por todo o Brasil. Também faço meu agradecimento a todos os membros do programa de mestrado e doutorado em Saúde e Ambiente: a coordenação que se dedica efetivamente em manter um programa de excelência; ao corpo docente de extrema qualidade; aos membros do Colegiado e aos secretários, que sempre estiveram dispostos a prestar toda a ajuda necessária e nos socorrer nos momentos de aflição.

Deixo meus agradecimentos também e gratidão à todos os participantes da pesquisa que foram extremamente gentis, receptivos, prestativos em todos os questionários e avaliações feitas durante os dias de pesquisa. Todos vocês nos mostraram que força, auto estima, felicidade não se definem pela ausência de deficiência, mas sim em ser fortes aos propósitos que a vida nos impõe.

Agradeço e dedico esta dissertação e o meu título de Mestre também aos meus queridos primos Everton e João Paulo, que infelizmente não puderam presenciar em vida essa etapa de minha vida, mas que também contribuíram para o que sou hoje e para que eu pudesse chegar até aqui. É com lágrimas nos olhos que escrevo esses agradecimentos, a saudade de vocês e a falta que fazem em minha vida é imensa, mas sigo firme e grata por estar concluindo este grande sonho, que não é somente meu, mas de todos que eu amo. Tenho certeza que estão orgulhosos de mim, sempre será por e para vocês.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 JUSTIFICATIVA.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
1.2 OBJETIVOS.....	21
1.2.1 Geral	21
1.2.2 Específicos.....	21
1.3 HIPÓTESE	21
1.3.1 Hipótese Substantiva	22
1.3.2 Hipóteses Estatísticas.....	22
1.3.3. Hipóteses Nula	22
1.3.3.1 Hipóteses Derivadas	22
2. REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 DEFICIÊNCIA MOTORA.....	23
2.2 ESPORTE PARALÍMPICO	24
2.3 QUALIDADE DE VIDA	25
2.4 SAÚDE BUCAL	29
3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	39
3.1 DELINEAMENTO	39
3.2 UNIVERSO, AMOSTRAGEM E AMOSTRA.....	39
3.2.1. Universo	39
3.2.2.1 Critérios de Inclusão	40
3.2.2.2 Critérios de Exclusão	40
3.2.2.3. Amostra	40
3.3 ÉTICA DA PESQUISA	40
4 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	41
4.4.1. Procedimentos Preliminares.....	41
4.4.2 Avaliação das Variáveis	41
4.4.2.3. Avaliação da Qualidade de Vida.....	42
4.4.2.4. Avaliação da Saúde Bucal.....	43
4.5 RISCOS E DIFICULDADES ENCONTRADAS	43
4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4.6.1. ESTATÍSTICA DESCRITIVA	44
4.6.2. ESTATÍSTICA INFERENCIAL	44

4.6.3. NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA E POTÊNCIA DO EXPERIMENTO	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	45
5.2 RESULTADOS DESCRITIVOS DE QUALIDADE DE VIDA	46
6 DISCUSSÃO.....	78
7 CONCLUSÃO GERAL.....	86
7.1 JUSTIFICATIVA DA ADERÊNCIA DO TEMA À PROPOSTA DO PROGRAMA	88
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS.....	96
ANEXO I – ANAMNESE	97
ANEXO II - QUESTIONÁRIO WHOQOL-100	99
ANEXO III – SAÚDE BUCAL.....	113
SAÚDE BUCAL: QUESTIONÁRIO E EXAME CLÍNICO.....	113
ANEXO IV – PARECER APROVADO DO CEP DA UEPA.....	120
ANEXO V – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	125
APÊNDICES	126
APÊNDICE I – CLASSIFICAÇÃO DE CÁRIE DENTAL	127

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos atletas da amostra.....	45
Tabela 2 - Índice Geral e por Facetas de Qualidade de Vida dos paradesportistas com média, desvio padrão e significância.....	46
Tabela 3 - Índice Geral e por Facetas de Qualidade de Vida dos não atletas e com média, desvio padrão e significância.....	47
Tabela 4 - Características amostrais nos paradesportistas, relativas a erosão dentária em seus fatores extrínsecos.....	47
Tabela 5 - Características amostrais nos paradesportistas, relativas a erosão dentária em seus fatores intrínsecos.....	48
Tabela 6 - Características amostrais nos atletas, relativas a sensibilidade dentinária.....	48
Tabela 7 - Características amostrais nos atletas, relativas ao bruxismo auto relatado.....	49
Tabela 8 - Características amostrais nos atletas, relativas ao consumo de carboidrato.....	49
Tabela 9 - Características amostrais nos atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.....	50
Tabela 10 - Características amostrais nos atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.....	53
Tabela 11 - Características amostrais nos atletas, relativas a avaliação do cálculo dental.....	56
Tabela 12 - Características amostrais nos atletas, relativas a classificação da erosão dentária.....	57
Tabela 13 - Características amostrais nos atletas, relativas a classificação do traumatismo dentário.....	58
Tabela 14 - Características amostrais nos atletas, relativas a classificação de prótese.....	59
Tabela 15 - Características amostrais nos atletas, relativas a classificação de mal oclusão.....	59
Tabela 16 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a erosão dentária em seus fatores extrínsecos.....	60
Tabela 17 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a erosão dentária em seus fatores intrínsecos.....	61
Tabela 18 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a sensibilidade dentinária.....	61

Tabela 19 - Características amostrais nos não-atletas, relativas ao bruxismo auto relatado.....	62
Tabela 20 - Características amostrais nos não-atletas, relativas ao consumo de carboidrato.....	62
Tabela 21 - Características amostrais nos não-atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.....	62
Tabela 22 - Características amostrais nos não-atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.....	66
Tabela 23 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a avaliação do cálculo dental.....	70
Tabela 24 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação da erosão dentária.....	71
Tabela 25 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação do traumatismo dentário.....	71
Tabela 26 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação de prótese.....	73
Tabela 27 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação de mal oclusão.....	73
Tabela 28 - Características descritivas da saúde bucal para as variáveis categóricas nos grupos de Atletas e Não-atletas (valores absolutos e valores relativos) e comparação das prevalências (Qui-quadrado).....	74
Tabela 29 - Características descritivas da saúde bucal para as variáveis quantitativas nos grupos de Atletas e Não-atletas (Média aritmética $\pm$ desvio padrão) e comparação das médias (teste t de Student para amostras independentes).....	75
Tabela 30 - Características descritivas da qualidade de vida para as variáveis quantitativas nos grupos de Atletas e Não-atletas (Média aritmética $\pm$ desvio padrão) e comparação das médias (teste t de Student para amostras independentes).....	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categorias do nível de avaliação de Qualidade de Vida.....	43
Figura 2 – Gráfico comparativo de paratletas e não paratletas.....	76

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CIEP - Centro Integrado de Esportes Paratletas CNS - Conselho Nacional de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

ONU – Organização das Nações Unidas

WHO - World Health Organization

UEPA – Universidade Estadual do Pará

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PH – Potencial Hidrogênico

CAAE – Certificado de Apresentação de apreciação ética

Resumo

Atletas de alto rendimento realizam grandes esforços para atingir níveis de saúde e rendimento dentro de sua modalidade; no entanto, grande parte apresenta alta prevalência de doenças bucais. O Objetivo do presente estudo foi avaliar a influência da prática do paradesporto, na qualidade de vida e na saúde bucal de adultos com deficiência motora. Tratou-se de um estudo de campo, descritivo, transversal e de natureza correlacional exploratória multivariada. Os dados para a presente pesquisa, foram coletados dos integrantes (que atenderem aos critérios de inclusão e de exclusão do presente estudo) de três populações: os praticantes de basquete em cadeira de rodas da AFDPA; os paradesportistas de natação e de atletismo participantes do Meeting Paralímpico Loterias Caixa e os membros da Associação dos Deficientes Motores de Sergipe. O cálculo do tamanho amostral foi estimado por meio do software G*Power 3.1 (Fault et al., 2007), indicando um “n” de 30 participantes. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Pará – UEPA sob o número do CAAE 51930821.2.0000.5174, por meio do parecer nº 5.012.266, de 01 de outubro de 2021. A coleta dos dados ocorreu na UEPA de Belém com os atletas de basquetebol de cadeira de rodas da ADFPA no período de 22 a 26 de novembro de 2021, com os paradesportistas de natação e de atletismo participantes do Meeting Paralímpico Loterias Caixa no dia 04 de dezembro de 2021 em Aracaju e os membros da Associação dos Deficientes Motores de Sergipe, nos dias 12 e 13 de janeiro de 2022. Os dados foram analisados de forma descritiva e analítica no pacote estatístico SPSS 25.5 (USA) versão 15.1. Pode-se observar uma amostra homogênea no ponto de vista do índice de Qualidade de Vida, classificando-se na categoria alta (acima de 14 pontos), com índice geral de $\bar{X} = 13,82 \pm 2,51$, basicamente devido aos bons desempenhos encontrados nos domínios Psicológico ($\bar{X} = 14,27 \pm 1,36$) e de Espiritualidade ($\bar{X} = 16,41 \pm 3,75$) Quanto à saúde bucal, observou-se alguns números significativos: 90% relatou consumir alimentação e bebidas ácidas, hidratação constante durante os treinos somente com água, sem uso de energéticos, escovação dental por períodos longos em 93%, 53% apresentam sensibilidade dentinária, 54% periodonto saudável, perda inicial de esmalte em lesões não abrasivas de 61% (explicando o alto índice de sensibilidade), a prevalência dos traumatismos dentários nas unidades anteriores e 69% do grupo fazem uso de próteses parciais removíveis. É válido recordar que o objetivo geral da presente dissertação, que é avaliar se a prática do paradesporto influenciará na qualidade de vida e na saúde bucal de adultos com deficiência motora praticantes ou não do paradesporto. Pode constar que somente nas relações sociais e meio ambiente foram verificadas diferenças significativas, onde se pode constatar que os índices de qualidade de vida relativas aos dois domínios apresentaram-se significativamente superior no grupo de atletas quando comparado com o grupo de não-atletas. Quanto a Saúde Bucal, devido todos os casos apresentarem má oclusão nos dois grupos, se verificou uma prevalência significativa de casos de má oclusão entre os paratletas em comparação com os não-atletas, quanto as demais variáveis estudadas não foram verificadas diferenças estatísticas entre os grupos investigados. Pode constatar também um número significativamente maior de dentes restaurados com cáries e de dentes inclusos entre os não-atletas comparados com os atletas, quanto as demais variáveis, apesar de valores maiores entre os não-atletas (exceto para o número de dentes com traumatismos), as diferenças não foram significativas do ponto de vista estatístico.

Palavras-chave: Saúde bucal; Paratletas; Odontologia Preventiva; Indicadores de Qualidade de Vida; Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiências. (DeCS/MeSH)

Abstract

High performance athletes make great efforts to reach levels of health and performance within their modality; however, most have a high prevalence of oral diseases. The aim of the present study was to evaluate the influence of parasports practice on the quality of life and oral health of adults with motor disabilities. It will be a field study, descriptive, cross-sectional and of a multivariate exploratory correlational nature. Data for this research were collected from members (who met the inclusion and exclusion criteria of the present study) of three populations: AFDPA wheelchair basketball practitioners; the parasportsmen of swimming and athletics participating in the Meeting Paralímpico Loterias Caixa and the members of the Association of the Disabled People of Sergipe. The sample size calculation was estimated using the G*Power 3.1 software (Fault et al., 2007), indicating an “n” of 30 participants. The present study was approved by the Ethics Committee of the University of the State of Pará - UEPA under the number of CAAE 51930821.2.0000.5174, through opinion nº 5.012.266, of October 01, 2021. Data collection took place at the UEPA of Belém with AFDPA wheelchair basketball athletes from November 22 to 26, 2021, with swimming and athletics parasportsmen participating in the Loterias Caixa Paralympic Meeting on December 4, 2021 in Aracaju and members of the Association of Motor Disabled People of Sergipe, on January 12 and 13, 2022. Data were analyzed in a descriptive and analytical way in the SPSS 25.5 (USA) statistical package version 15.1. A homogeneous sample can be observed from the point of view of the Quality of Life index, classified in the high category (above 14 points), with a general index of $\bar{X} = 13.82 \pm 2.51$, basically due to the good performances found in the Psychological ($\bar{X} = 14.27 \pm 1.36$) and Spirituality ($\bar{X} = 16.41 \pm 3.75$) domains. Regarding oral health, some significant numbers were observed: 90% reported consuming food and acidic drinks, constant hydration during training with water only, without the use of energy drinks, brushing teeth for long periods in 93%, 53% have dentinal sensitivity, 54% healthy periodontium, initial loss of enamel in non-abrasive lesions of 61% (explaining the high sensitivity index), the prevalence of dental trauma in the previous units and 69% of the group use removable partial dentures. It is worth remembering that the general objective of this dissertation, which is to assess whether the practice of parasports will influence the quality of life and oral health of adults with motor disabilities who practice or not parasports. It can be noted that only in social relationships and environment were significant differences verified, where it could be seen that the quality of life indices related to the two domains were significantly higher in the group of athletes when compared to the group of non-athletes. As for Oral Health, because all cases had malocclusion in both groups, there was a significant prevalence of cases of malocclusion among para-athletes compared to non-athletes, as for the other variables studied, there were no statistical differences between these groups. Investigated. It can also be observed a significantly higher number of filled teeth with caries and impacted teeth among non-athletes compared to athletes, as for the other variables, despite higher values among non-athletes (except for the number of teeth with trauma). , the differences were not statistically significant.

Keywords: Oral health; Parathletes; Preventive Dentistry; Quality of Life Indicators; Dental Care for People with Disabilities. (DeCS/MeSH)

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, só no ano de 2019 aproximadamente 17,3 milhões de pessoas possuem pelo menos um tipo de deficiência, seja do tipo auditiva, motora, visual ou mental/intelectual (IBGE,2021). Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015). Existem diversos tipos de deficiências, e cada tipo tem especificidades comportamentais e fatores sociais díspares.

Segundo dados do IBGE (2021), estimou-se em 17,3 milhões o número de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência relacionada a pelo menos uma de suas funções. Esse número representava 8,4% da população de dois anos ou mais de idade. Dessas pessoas, 14,4 milhões encontravam-se em domicílios urbanos e 2,9 milhões em domicílios rurais. Dentre as Grandes Regiões, o percentual de pessoas com deficiência na Região Nordeste foi de 9,9%; na Região Sudeste, 8,1%; na Região Sul, 8,0%; na Região Norte foi de 7,7%; e na Região Centro-Oeste foi de 7,1%. Na Região Nordeste, observou-se que todas as Unidades da Federação tiveram percentuais acima da média nacional. O estado de Sergipe, teve destaque pois onde 12,3% da população com 2 anos ou mais de idade eram pessoas com deficiência.

Quando se fala da saúde de um atleta, costuma-se pensar exclusivamente na sua respiração, na sua alimentação e em seu bom desempenho físico, mas poucas vezes é lembrada a saúde bucal, uma parte tão importante da globalidade corporal e que, certamente, poderá exercer influências na vida de um esportista ou de um paradesportista (AZEREDO, 2018).

A atenção odontológica pode melhorar o rendimento dos paratletas, promovendo a saúde bucal e prevenindo a circulação de patógenos no organismo (Knapik et al., 2021). Considerando que as doenças bucais podem interferir diretamente na saúde geral do indivíduo, torna-se importante a atuação de uma equipe multidisciplinar de cirurgiões dentistas junto ao departamento esportivo (Tanaka et al., 2020).

A saúde bucal é um direito humano básico e um componente indissociável da saúde geral, como demonstrado em estudos que destacam a importância da higienização bucal na relação entre doenças orais e as principais doenças não transmissíveis (World Health Organization, 2014; Sisko et al., 2020).

Nesse sentido, as medidas educativas e preventivas são fundamentais para se obter condições satisfatórias de saúde bucal que proporcionem boa nutrição e bem-estar físico ao paratleta, possibilitando explorar ao máximo seu potencial esportivo, portanto, enfatiza-se a importância de compreender o comportamento e os hábitos que influenciem sua saúde para aprimorar as estratégias educativas voltadas à esta população (Bryant S et al., 2019; Winterfel et al., 2020).

No Brasil, a Odontologia do Esporte foi reconhecida como especialidade odontológica, durante a III Assembleia Nacional de Especialidades Odontológicas, realizada nos dias 13 e 14 de outubro de 2014, em São Paulo, e tornou-se oficial, com a resolução nº 160 de 02 de outubro de 2015 do Conselho Federal de Odontologia (CFO). “O artigo 4º da resolução define a odontologia do esporte como a área de atuação do cirurgião dentista que inclui segmentos teóricos e práticos da odontologia, com o objetivo de investigar, prevenir, tratar, reabilitar e compreender a influência das doenças da cavidade bucal no desempenho dos atletas profissionais e amadores, com a finalidade de melhorar o rendimento esportivo e prevenir lesões, considerando as particularidades fisiológicas dos atletas, a modalidade que praticam e as regras do esporte” (CFO, 2015).

Há evidências científicas apontando que a prática de atividade física é uma ferramenta essencial para a promoção da saúde, porque ela inibe o surgimento e o desenvolvimento de fatores de risco que predispõem ao aparecimento de disfunções crônico-degenerativas. Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado que indivíduos fisicamente ativos vivem mais que indivíduos sedentários e têm menor propensão a desenvolver vários tipos de doenças crônicas (DELFINO, 2018).

A prática esportiva para pessoas com deficiência proporciona diversos benefícios para saúde e bem-estar individual tendo um notável valor no contexto da inclusão e integração social, podendo incentivar uma inclusão social, sendo que a sua prática teve início com a intenção de ser uma atividade recreativa e terapêutica, constituindo uma das críveis alternativas de participação lúdica ou competitiva para pessoas com deficiência, sendo que apresenta propriedades para o esporte de alto rendimento e tem como seu basilar meio de divulgação de conquistas os jogos Paralímpicos, sendo o principal cenário singular de apoio a prática esportiva de pessoas com deficiência (D’ELIA et al., 2021; PULLEN; SILK, 2019).

A promoção e assistência saúde para pessoas com deficiência no Brasil é um grande desafio e até o momento, não foram realizados levantamentos a nível nacional que determine a prevalência de problemas de saúde bucal na população com deficiência, o que dificulta uma real comparação com a população em geral. Porém, alguns estudos realizados com pessoas com deficiência e que comparam os resultados

com as respectivas pesquisas nacionais reportam que o índice CPO-D de pessoas com deficiência é maior que o da população em geral, apresentando maior número de dentes cariados e perdidos, e um menor índice de dentes restaurados (Lee et al., 2019). Além disso, Rocha et al. (2019) relatam que pessoas com deficiência têm dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, devido às barreiras físicas e culturais, apontando falhas por parte do Serviço Único de Saúde (SUS) na conscientização e estímulo com cuidado em saúde bucal e uso dos serviços.

A atividade física pode promover importantes adaptações fisiológicas, agudas ou crônicas, afetando a qualidade de vida das pessoas, ao contrário, a inatividade física reduz a mobilidade, aumenta o peso corporal e diminui a disposição para realizar tarefas da vida diária. Em se tratando de pessoas com deficiência, a prática de atividades físicas é de fundamental importância. Quando bem orientada, influenciará no desenvolvimento biopsicossocial das pessoas, possibilitando uma melhoria na sua qualidade de vida (BORBA-PINHEIRO, 2017).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a Qualidade de vida, define como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele é inserido, levando-se em consideração seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A literatura demonstra que pessoas com deficiência física têm dificuldade de acessibilidade a lugares públicos, segurança física, proteção e transporte e uma provável explicação é a arquitetura/manutenção de muitas construções não serem configuradas para atender as pessoas com deficiência. Essa falta de acessibilidade não só dificulta a locomoção, mas também pode estar influenciando na forma de avaliação de QV.

A diminuição do fluxo salivar durante as atividades, sem a proteção das propriedades de tamponamento da saliva pode reforçar a ação de carboidratos para desenvolvimento da cárie e da ação dos alimentos e bebidas ácidas para a biocorrosão (Mulic et al., 2020). Sabendo que a rotina dos atletas os torna mais vulneráveis para desenvolver tais condições, surge a dúvida se eles podem caracterizar um grupo suscetível para desenvolvimento de doenças que têm sido detectadas frequentemente no cotidiano clínico, e tem despertado atenção dos cirurgiões-dentistas, como a lesão cervical não cariosa, hipersensibilidade dentinária e recessão gengival.

O conceito de qualidade de vida tem sido interpretado em diversas perspectivas, incluindo o bem-estar físico, psicológico e espiritual, além de aspectos sociais, econômicos e político. Qualidade de vida indica as condições básicas e suplementares do ser humano, como o bem-estar físico, funcional, emocional e psicológico, mas também outras condições importantes como trabalho, família e amigos. São escassos

os trabalhos de revisão literária que discorrem sobre a qualidade de vida em atletas paralímpicos, sendo assim como objetivo do trabalho torna-se importante investigar a qualidade de vida dos atletas paralímpicos, para proporcionar uma melhor compreensão do esporte competitivo na vida desta população. A expressão "qualidade de vida" tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular, amplamente utilizado na atualidade com relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, que interferem diretamente nos domínios psicológicos e sociais. Esses fatores exercem grande peso na qualidade de vida mostrando-se assim um domínio onde se expressa os maiores resultados de insatisfação.

Na última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), só no ano de 2019 aproximadamente 17,3 milhões de pessoas possuem pelo menos um tipo de deficiência, seja do tipo auditiva, motora, visual ou mental/intelectual (IBGE,2021). A PNS estimou que 1,7% da população (3,5 milhões de pessoas) apresentam deficiências motoras o que obrigam a dificuldade de locomoção e em grande parte ao uso de cadeira de rodas para podem ambular (IBGE,2021).

O paradesporto consiste em um subcampo do esporte, sendo uma das possíveis alternativas de participação esportiva para pessoas com deficiência, e tem nos Jogos Paralímpicos seu principal evento e meio de divulgação de feitos esportivos (MARQUES; GUTIERREZ, 2014).

De acordo com Marques (2016) o paradesporto se manifesta não apenas nos Jogos Paralímpicos, mas também em eventos organizados pelo Comitê Paralímpico Internacional e comitês, confederações e federações vinculados a ele. Abarca atletas com deficiência intelectual, visual ou física e se manifesta em práticas esportivas em diferentes níveis de desempenho e ambientes (escola, lazer, alto rendimento).

O paradesporto cresce, em grande medida, com o objetivo da inserção de pessoas com deficiência no mundo esportivo, marca de sua participação social mais ampla. Essa inclusão consiste na incorporação de corpos que se encontram fora da normatividade (física, fisiológica, social) estipulada e reafirmada pelo esporte. Pessoas com deficiência têm sido, no entanto, convidadas a tomar parte das práticas esportivas, oferecendo e auferindo legitimidade e prestígio às modalidades esportivas por elas praticadas, por meio dos discursos da inclusão e da superação, que também fazem parte do esporte convencional (TORRI, 2017).

O paradesporto é por sua natureza, multifatorial, assim, inúmeros fatores, variáveis podem afetar o rendimento esportivo de um paradesportista. Dentre eles pode citar a classificação funcional, a saúde geral, a qualidade de vida, aspectos

imunológicos, físicos, fisiológicos, dentre vários, o que, de forma isolada ou integrada merecem grande atenção dos pesquisadores da área, para que se trabalhe de forma científica na busca de respostas que possam elucidar estes inúmeros aspectos influenciadores da performance de um paradesportista (MEDEIROS, 2020).

Assim, se estabelece como problemas de pesquisa a seguinte questão: a prática do paradesporto influenciará a saúde bucal e a qualidade de vida de pessoas com deficiência motora?

1.2 Objetivos

O presente estudo admite o estabelecimento de um objetivo geral e dois objetivos específicos

1.2.1 Geral

Avaliar se a prática do paradesporto influenciará na qualidade de vida e na saúde bucal de adultos com deficiência motora, praticantes ou não de paradesporto.

1.2.2 Específicos

- Analisar o nível de qualidade de vida de adultos com deficiência motora, praticantes ou não de paradesporto;
- Identificar as características de saúde bucal de adultos com deficiência motora, praticantes ou não de paradesporto.

1.3 Hipótese

É provável que muitas das variáveis estudadas apresentem elevados graus de correlação entre si, já que o estudo engloba questões de saúde, de bem-estar, de qualidade de vida, colhidas dentro de uma população especial, cadeirantes, atletas ou não atletas. Por conta de o estudo ser multifocal, as hipóteses estatísticas estão agrupadas.

1.3.1 Hipótese Substantiva

H_s = O estudo antecipa que os portadores de deficiência motora, quando praticantes de paradesporto, apresentarão melhor qualidade de vida e saúde bucal do que os não praticantes.

1.3.2 Hipóteses Estatísticas

Em função desta hipótese substantiva, pode-se estabelecer as hipóteses estatísticas, sendo uma nula e duas derivadas, da seguinte forma:

1.3.3. Hipóteses Nula

H_0 = Os paradesportistas não apresentarão melhorias significativas (para $p < 0,05$), nos seus níveis de qualidade de vida e de saúde bucal, quando comparados pessoas com deficiência motora não praticantes de esportes.

1.3.3 Hipóteses Derivadas

H_1 =. Não haverá diferença significativa (para $p < 0,05$) na qualidade de vida, de paradesportistas quando comparados com pessoas com deficiências não praticantes de esportes.

H_2 =. Não haverá diferença significativa (para $p < 0,05$) na saúde bucal, de paradesportistas quando comparados com pessoas com deficiências não praticantes de esportes.

1.4 Relevância

Os principais benefícios esperados com a conclusão do presente estudo, estão relacionados com o conhecimento individual dos participantes sobre seu estado relacionado às variáveis abordadas na pesquisa.

Além disso espera-se que o estudo possa contribuir para sanar a lacuna de conhecimentos observada nas fontes bibliográficas consultadas, sobre a influência da prática de esportes na saúde e na qualidade de vida das pessoas com deficiências motora, bem como propiciar a treinadores e demais profissionais envolvidos com o paradesporto, informações interdisciplinares ainda não explicitadas entre os atores estudados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A avaliação clínica dos deficientes motores deve ser planejada de maneira eficiente e individualizada para conhecer a sua saúde e poder classifica-los funcionalmente, levando em consideração seu potencial residual (funções que pode executar) e não nas suas limitações. Esta avaliação deve ser encarada como uma oportunidade única para garantir a segurança e para educar os cadeirantes sobre como manter um estilo de vida saudável e orientar na prevenção das doenças e lesões esportivas que poderiam prejudicá-los durante os treinamentos e competições (CARDOSO,2016).

Visando suportar teoricamente o presente estudo, este capítulo se constituirá das seguintes partes: 2.1. Deficiência Motora; 2.2. Esporte Paralímpico; 2.3. Qualidade de vida; 2.4. Saúde Bucal.

2.1 Deficiência Motora

Nesse contexto, destaca-se o uso de cadeira de rodas, ferramenta necessária à cerca de 75 milhões de pessoas no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al, 2019). Essas ferramentas são fundamentais para aumentar a mobilidade das pessoas com deficiência, sendo essencial para grande parte dos cadeirantes, já que é uma forma de se mover independente. A cadeira de rodas foi desenvolvida como um aparelho que visa harmonizar a mobilidade sobre rodas e dar um apoio para o assento de pessoas com dificuldade de mobilidade, como por exemplo, perda ou paralisia dos membros inferiores, sendo necessário o uso desse equipamento para sua locomoção, impactando diretamente na qualidade de vida dos usuários (VASCONCELOS,2019; CARNEIRO,2017).

A prática esportiva para pessoas com deficiência traz diversos benefícios para saúde e bem-estar individual tendo um notável valor no contexto da inclusão e integração social, podendo incentivar uma inclusão social, sendo que a sua prática teve início com a intenção de ser uma atividade recreativa e terapêutica, tornando uma das incríveis alternativas de participação lúdica ou competitiva para pessoas com deficiência, sendo que apresenta propriedades para o esporte de alto rendimento e tem como seu basilar meio de divulgação de conquistas os jogos Paralímpicos, sendo o principal cenário singular de apoio a prática esportiva de pessoas com deficiência (D'ELIA et al., 2021; PULLEN;SILK, 2019). As atividades esportivas adaptadas e o esporte Paralímpico, não ficam restritos apenas aos Jogos Paralímpicos que é maior

competição esportiva de alto rendimento para atletas com deficiência, mas são representadas nos diversos eventos organizados pelo Comitê Paralímpico Internacional, confederações e federações vinculados à ele, e abrange atletas com diversas deficiências como a física, visual ou intelectual, sendo manifestados em práticas esportivas nos diversos níveis de desempenhos, seja ele lazer ou de alto rendimento (CARDOSO, et al.,2020; MARQUES, 2016).

2.2 Esporte Paralímpico

O paradesporto vem crescendo com rapidez, atraindo Paratletas de todo mundo, com isso surgem novos recordes, marcas, demonstrando que o sucesso é cada vez mais decorrente do trabalho intenso e de um grande planejamento por parte dos envolvidos como : atletas, treinadores e gestores, também é observado que nível de desempenho dos atletas Paralímpicos surpreende a cada nova competição, e já não é possível apreciar ascensões rápidas sem preparação e treinamento (DENARDIN-CARDOSO et al., 2019; FAGHER et a.l, 2017).

Os esportes Paralímpicos são divididos por tipos de deficiência, entre os principais estão: a amputação ou deficiência de membro, paralisia cerebral, deficiência relacionada à medula espinhal, deficiência visual e deficiência intelectual (GRIGGS et al., 2020). O esporte para atletas com deficiência tem mais de 100 anos de existência, mas só após a segunda guerra mundial que ele foi amplamente introduzido (INTERNATIONAL PARALYMPIC COMMITTEE, 2020a). Os Jogos Paralímpicos surgiram em 1960 e apareceram como fruto de um movimento que tinha como objetivo a reabilitação de pessoas com diferentes tipos de deficiência (SANTOS et al.,2019). Além disso é um evento esportivo internacional que envolvem atletas com uma variedade de deficiências (IPC, 2018).

O esporte Paralímpico está crescendo com rapidez, atraindo Paratletas de todo mundo, com isso surgem novos recordes, marcas, demonstrando que o sucesso é cada vez mais decorrente do trabalho intenso e de um grande planejamento por parte dos envolvidos como: atletas, treinadores e gestores, também é observado que nível de desempenho dos atletas paralímpicos surpreende a cada nova competição, e já não é possível apreciar ascensões rápidas sem preparação e treinamento (DELFINO,2018). Os esportes paralímpicos são classificados por tipos de deficiência, entre os principais estão: a amputação ou deficiência de membro, paralisia cerebral, deficiência relacionada à medula espinhal, deficiência visual e deficiência intelectual (GRIGGS et al., 2020). O esporte para atletas com deficiência tem mais de 100 anos de existência,

mas só após a segunda guerra mundial que ele foi introduzido em grande escala (INTERNATIONAL PARALYMPIC COMMITTEE, 2020a).

Em 2 de setembro de 1989, o Comitê Paralímpico Internacional foi fundado como uma organização internacional sem fins lucrativos em Dusseldorf, Alemanha, para atuar como órgão governante global do Movimento Paraolímpico (IPC, 2020a). Ele tem a função de liderar o Movimento Paralímpico, supervisionar a realização dos Jogos Paralímpicos e apoiar os membros para capacitar os atletas paraenses a alcançar a excelência esportiva e tem como principais responsabilidades apoiar os mais de 200 membros a desenvolver o esporte Paralímpico, defender a inclusão social, garantir a realização e organização bem-sucedidas dos Jogos Paralímpicos e atuar como a federação internacional para 10 modalidades (IPC, 2020b).

A visão do International Paralympic Committee (2020a) é permitir que os paratletas atinjam a máxima excelência esportiva e inspirem e entusiasmem o mundo. Com isso é necessário um sistema apropriado de classificação, sendo um requisito significativo para a legitimidade do para-esporte, e uma forma de classificação baseada em evidências que ajudará a garantir a legitimidade (MINUZZI, 2017).

O processo de classificação é um artifício fundamental no esporte paralímpico onde os paratletas são divididos em classes esportivas de acordo com os critérios mínimos de elegibilidade que avaliam o impacto que a deficiência de cada jogador tem no desempenho de suas habilidades esportivas (DANTAS et al., 2020). Através da classificação esportiva é possível estruturar ambientes competitivos, que valorizem não as limitações funcionais do indivíduo, mas sim os aspectos residuais referentes às habilidades motoras, condicionamento físico, estratégias técnicas e capacidade intelectual (DANTAS et al., 2020). Esse sistema foi criado para que os atletas com deficiência sejam agrupados para competir contra outros que possuem um nível semelhante de limitação de atividade e é um objetivo importante para o esporte paralímpico pois garante que o vencedor da competição seja o melhor paratleta, ao invés do atleta com menos deficiência (MANN; RAVENSBERGEN, 2018).

2.3 Qualidade de Vida

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, onde declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente compartilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e ciências

afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização (DANTAS et al., 2020).

A expectativa de vida em países em desenvolvimento como o Brasil vem crescendo consideravelmente, fruto dos avanços da medicina, das melhorias nas condições ambientais e sociais que têm possibilitado um tempo de sobrevivência maior para a população. Contudo, não basta apenas viver muito é necessário também viver bem. Para viver bem é preciso que todas as pessoas possam alcançar níveis dignos de sobrevivência, bem como ter acesso aos avanços científicos e ter seus direitos humanos preservados. Uma vida fisicamente ativa favorece esse advento, e se agregado a outras medidas pode refletir positivamente na vida dos seres humanos. Assim, possuir níveis adequados de atividade física é um dos pré-requisitos essenciais para apresentar um estilo de vida considerado saudável (OLIVEIRA, 2019).

Entretanto, a atividade física possui as suas limitações, já que podem ser atividades mais simples e sem a devida intencionalidade. Dessa forma, o exercício físico é recomendado, tendo em vista que proporciona atividades mais estruturadas que correspondem melhor às especificidades desejadas. O exercício físico pode ser entendido como um movimento humano que possui objetivos prático-pedagógicos, necessitando ser uma ação desejada e operacionalizada pelos sistemas e aparelhos corporais humanos, se apresentando como um dos pilares desse conjunto. Dessa forma, movimentos presentes na dança, luta, ginástica, jogos entre outros são considerados exercícios e colaboram para uma vida saudável. Estudos epidemiológicos apontam que a adesão à prática de exercícios físicos regulares caracterizados por níveis desejados de aptidão física está relacionada a menores taxas de mortalidade e melhor qualidade de vida na medida em que facilitam a locomoção, adequam a composição corporal e aumentam a disposição para as tarefas diárias (BLAIR et al., 2020).

Além dos benefícios biológicos, desfechos positivos na esfera psicológica também têm sido observados, destacando-se a melhora do humor e o aumento do autoconceito. Em se tratando de pessoas com deficiência, os exercícios físicos possuem benefícios ainda mais perceptíveis, pois além de prover melhorias nas capacidades funcionais, também apresentam grande participação no desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo, promovendo uma melhor qualidade de vida. É em função dessa prerrogativa, que os esportes adaptados têm se tornado parte integrante da vida de muitas pessoas com deficiência, pois além de ajudar no processo de reabilitação e melhora das capacidades, tem papel fundamental na sociabilização e na melhora da autoestima (ZUCHETTO;CASTRO, 2019).

Com relação ao autoconceito, Gallahue e Ozmun (2021) definem como a percepção do indivíduo a respeito de suas características, atributos e limitações, sendo similares ou diferentes das outras pessoas. Além disso, a autoestima é considerada como um componente que determina essa variável, indicando de forma consciente ou inconsciente, quem ou o que achamos que somos (BRANDEN, 2020). Nessa perspectiva estes conceitos remetem à definição adotada pelo presente estudo, que define o autoconceito como a estrutura cognitiva que organiza as experiências passadas do indivíduo, reais ou imaginárias, controla o processo informativo relacionado consigo mesmo e exerce uma função de autorregulação.

Assim, conhecendo a importância da prática regular de atividade física/exercício físico para as pessoas com deficiência física, sobretudo no que tange à esfera psicológica e sua emergente área de investigação do presente estudo teve como objetivo, investigar a percepção de qualidade de vida e o nível de autoconceito em atletas da modalidade de basquetebol em cadeira de rodas, buscando especificamente comparar a percepção da qualidade de vida dos atletas de basquete em cadeira de rodas considerando a dimensão autocontrole do autoconceito e correlacionar a qualidade de vida e o autoconceito dos atletas.

A Qualidade de vida (QV) é um conceito complexo, multideterminado e que deve ser interpretado num contínuo, não como uma dicotomia (ter ou não ter QV). A qualidade de vida resultante da inter-relação de fatores que modelam e diferenciam o dia-a-dia dos indivíduos, sob os pontos das percepções, relacionamentos e situações vivenciadas. Pode ser considerada como resultante de um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano, uma comunidade ou uma nação. Sob o ponto de vista holístico é a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano. É como o entrevistado percebe sua vida e tudo relacionado à cultura e sistema de valores em que ele vive, bem como os seus “objetivos, expectativas, padrões e preocupações (SCHIMIDT, 2020).

Estado de satisfação pessoal perante aspectos sociais, econômicos, físicos, psicológicos, culturais e ambientais. O instrumento utilizado para identificação dos níveis de qualidade de vida será WHOQOL-100, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde [OMS]. Esse instrumento é composto de cem questões, as quais avaliam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais, religião e crenças pessoais (DE ALMEIDA, 2019).

A Qualidade de Vida definida como a percepção do estado individual de cada pessoa de acordo com suas culturas e valores, incluindo objetivos, expectativas,

padrões, e interesses desses mesmos indivíduos. Os componentes da Qualidade de Vida contribuem para uma grande variedade de instrumentos para a avaliação da mesma, principalmente por questões culturais, o que dificulta o surgimento de um conceito universal (MATOS, 2019).

No contexto esportivo se observa uma forte necessidade de acompanhamento dessa variável, pois durante a rotina de treinamento é gerado um grande volume de demandas físicas e psicológicas, o que afeta diretamente a percepção da qualidade de vida principalmente em atletas (FREIRE, 2019).

Entre outros fatores que podem influenciar na Qualidade de Vida em atletas, verifica-se questões como *over training*, lesões ou doenças (SCHIMDT, 2020). De Almeida, (2019) avaliaram a qualidade de vida de 14 atletas de ambos os gêneros, de basquetebol em cadeira de rodas, e observaram que a média geral dos escores foi 73,8, com o domínio físico com média de 72,9; o psicológico de 74,5; o meio ambiente de 68,5 e o de relações sociais de 79,4, inferindo que tais resultados poderiam estar relacionados ao fato da amostra ser composta por atletas, favorecidos pelos benefícios da prática regular de atividade física. Verificaram ainda que o domínio mais bem avaliado foi o das relações sociais, refletindo o impacto positivo que da prática desportiva sobre a vida desses jogadores ao promover a criação e fortalecimento de laços afetivos, além da interação social como auxílio para superação de obstáculos.

Ferraz & Leite (2017) em um grupo de atletas paralímpicos, sendo 22 de atletismo e 10 de natação a percepção da qualidade de vida destes e não encontraram diferenças significativas entre os atletas com e sem patrocínio, o fator sócio econômico não interferiu na percepção de Qualidade de Vida dos atletas avaliados e os atletas com escolaridade mais elevada apresentaram maiores percepções da Qualidade de Vida nos domínios ambiental e em geral.

De Almeida. (2019) pesquisaram a qualidade de vida percebida em indivíduos sedentários e fisicamente ativos, através de uma amostra de 120 pessoas, 60 homens e 60 mulheres, encontraram um escore médio de 72 pontos na avaliação, a maior variação ocorreu no domínio das relações pessoais e a menor no domínio físico, o meio ambiente foi o pior avaliado, enquanto o domínio psicológico foi bem avaliado. Não houve diferença entre a percepção de homens e mulheres e os atletas de alto rendimento não estão preocupados com seu bem-estar, mas com seu desempenho.

Cardoso (2020) em estudo sobre a qualidade de vida e a qualidade do sono em atletas paralímpicos, verificaram que a maioria dos atletas apresentou eficiência de sono e não observaram diferença entre os grupos de diferentes deficiências quanto a qualidade do sono, verificaram que o domínio meio ambiente apresentou os menores escores comparado aos demais domínios, enquanto o domínio de relações sociais foi o

que apresentou menor escore comparado ao domínio psicológico, não sendo verificada diferença nas duas variáveis entre as diferentes deficiências.

2.4 Saúde Bucal

A saúde bucal é parte integrante da saúde geral e tem sido associada à melhor qualidade de vida. A condição de saúde bucal possui grande influência sobre a vida do atleta. Indivíduos com problemas bucais relatam impacto negativo sobre suas vidas, como maior limitação funcional, dor física e desconforto psicológico. Há uma grande preocupação com o conforto, a função e a estética e estes fatores possuem um fator potencial sobre as expectativas dos indivíduos e as respostas psicossociais, como ansiedade, insegurança e autoestima. A percepção da influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida também inclui outros fatores relacionados à vida diária, como a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto. Quando se pontua as consequências da má condição de saúde bucal de atletas devemos considerar os mecanismos que envolvem situações de dor, efeitos sobre a alimentação, impactos sócio psicológicos, aumento da carga inflamatória sistêmica, infecções agudas e crônicas e outros, que colocam em risco a saúde do atleta e influenciam na participação efetiva das atividades (SOUZA, 2017).

A saúde bucal é parte importante da saúde geral do organismo e pode influenciar no bem-estar e na qualidade do ser humano. Neste sentido, problemas na cavidade bucal afetam o desenvolvimento e/ou realização de funções diárias de qualquer pessoa. Assim, a relação entre Odontologia e esporte já está sendo amplamente investigada, embora pouco divulgada e conhecida de todos (ASHLEY *et al.*, 2015).

Dentre os problemas bucais que podem afetar o rendimento do atleta, não somente pela sintomatologia estão: Cárie, a doença periodontal, os traumatismos dentários, a pericoronarite e a necessidade de extração de terceiros molares inclusos. Adicionalmente, os hábitos parafuncionais, como a onicofagia ou o bruxismo, para além da abrasão dentária, provocam um aumento da sobrecarga muscular do sistema estomatognáticas gerando contraturas e espasmos musculares, e um consequente desequilíbrio das estruturas anatómicas, podendo desencadear dores de cabeça e stress. A cárie dentária, apesar de ser uma doença que afeta a cavidade oral, apresenta repercussões a nível da saúde geral, uma vez que influencia a função mastigatória, o desenvolvimento psicossocial, a estética facial, a fonética, para além de provocar dor e poder resultar em complicações infecciosas que têm consequências a nível local e geral (OLIVEIRA, 2019).

Em 2015, o primeiro grande estudo representativo sobre saúde bucal no futebol profissional no Reino Unido foi realizado com os seguintes números: 187 jogadores de 8 clubes de futebol profissional foram estudados, dando resultados tão preocupantes quanto o estudo anterior. 37% dos atletas tinham cáries dentárias ativas, 53% tinham erosões dentárias moderadas a graves (grau 2-3), 76,7% e 5% dos futebolistas apresentavam respectivamente gengivite e periodontite e 3.2% dos atletas apresentaram sinais de pericoronarite. A saúde bucal deficiente pode ser evitada com instruções de higiene bucal e acompanhamento com um cirurgião-dentista, porém esta conduta ainda é pouco valorizada no meio esportivo (NEEDLEMAN *et al.*, 2015).

Os resultados obtidos através dos estudos têm mostrado consistentemente má saúde bucal em atletas de alta competição devido à elevada presença de cáries, erosões dentárias, doença periodontal e problemas relacionados com os terceiros molares (pericoronarite, dente impactado). A maior incidência de doenças orais em atletas de alto rendimento pode ser explicada por um conjunto de vários fatores diretos tais como nutrição, desidratação oral e imunossupressão induzida por exercícios intensivos (PLICHTA, 2019).

Os desportistas em geral, para alcançar um determinado nível atlético, são dependentes da dieta. Esta ajuda, a melhorar a produtividade e também a recuperação. Os hidratos de carbono e as gorduras são uma reserva essencial para repor os níveis de energia durante a prática desportiva. Para além dos alimentos, as bebidas são também essenciais para o rendimento do atleta, pois são fundamentais para manter os níveis de hidratação (Sousa, *et al.*, 2016). Os atletas devem manter/aumentar a glicemia, pois a glicose no sangue é a principal fonte de energia durante o exercício físico. Por exemplo, a sacarose é uma boa substância na alimentação dos atletas pois oferece glicose e frutose. É recomendável também, uma dieta rica em hidratos de carbono antes, durante e após o treino, uma vez que está associada ao aumento da reserva de glicógeno. O açúcar consumido é uma das principais fontes de glicose para o corpo. O contato dentário com alimentos compostos por hidratos de carbono e também são um fator de risco para o aparecimento de problemas como, a erosão dentária, cáries e periodontite (BROAD; RYE., 2015).

As bebidas energéticas, nem sempre consumidas com fins desportivos, podem apresentar um alto conteúdo de hidratos de carbono, nomeadamente açúcares, à semelhança dos refrigerantes. Para além destes constituintes, apresentam na sua composição vitaminas e substâncias altamente energéticas, como a cafeína e a taurina, que aumentam a percepção, a concentração, o metabolismo energético e o rendimento dos atletas. Estes hábitos nutricionais, combinados com a diminuição de fluxo salivar decorrente da prática de exercício físico, produzem um efeito negativo agravado, uma

vez que há uma diminuição da diluição, neutralização e remoção dos ácidos e dos hidratos de carbono levando a que o pH intraoral se mantenha baixo por um período prolongado de tempo, aumentando o risco de desenvolvimento de lesões de cárie dentária e de erosão dentária (PRECIOSO, 2017).

O risco à cárie, doença periodontal e erosões dentárias aumenta devido à ingestão de bebidas com pH ácido e açúcar, às dietas hipercalóricas de alta frequência e ao estresse causado pelos treinos exaustivos. O estresse também contribui para o desenvolvimento de apertamento dental e bruxismo, com consequentes lesões de abfração (perdas localizadas de esmalte e dentina resultantes do trauma oclusal), erosão e abrasão. A desidratação e o estresse são predisponentes à xerostomia (redução da saliva), agregando mais um fator de risco à cárie, doenças gengivais, mucosite e infecções fúngicas, além do mau hálito (VASCONCELOS, 2019).

Frese *et al.* (2015) avaliou trinta e cinco atletas de equipes, que treinavam cinco ou mais horas por semana de triatlo, participaram de uma investigação para avaliar o risco de cárie, erosão e parâmetros salivares, e foram comparados a um grupo controle. Foram submetidos a um questionário, exame clínico e salivar antes e durante o exercício. O grupo de atletas apresentou mais casos de erosão dentária do que o grupo controle, sendo que os participantes mostraram redução de fluxo salivar estimulado após exercício físico e mais desgaste erosivo, indicando que o exercício árduo diminuiu as taxas de fluxo salivar estimulado. Não foram verificadas diferenças significativas entre os dois grupos. As causas são muito variáveis: dependem do tipo, da frequência e da quantidade de ingestão de carboidrato durante o exercício. Mais estudos são necessários para definir o papel da saliva sobre a saúde bucal durante os exercícios. Mas não menos importante é o domínio da odontologia e regimes nutricionais para controle destes problemas.

A atividade desportiva está frequentemente associada a um aumento do risco de lesão orofacial. Os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos e a interação entre eles, tornam os atletas mais vulneráveis a lesões relacionadas a um evento desportivo. Os fatores de risco extrínsecos estão essencialmente relacionados com o tipo de atividade. Na prática de um desporto de contato, os atletas têm até 10% mais hipótese de sofrer uma lesão oral e facial do que os não praticantes e 33 a 56% mais hipótese de sofrer uma lesão facial durante sua carreira (RAMAGONI *et al.*, 2014). Os fatores intrínsecos são as características biológicas incluindo idade, lesões anteriores, condição física e fatores psicológicos que podem predispor alguns indivíduos a um tipo de lesão desportiva. Relativamente à idade, adolescentes e jovens adultos estão entre a população mais afetada por lesões desportivas. E em relação ao sexo, homens e

meninos são mais propensos aos traumatismos devido à sua tendência para escolher desportos mais propensos ao contato (SOLLEVELD, 2015).

Os protetores são dispositivos resilientes que previnem e reduzem possíveis lesões nos dentes, tecidos moles e outras estruturas intraorais, amortecendo e distribuindo o impacto na parte superior, protegendo os tecidos moles e dentes anteriores, e na parte inferior, evitando contusões ou fraturas mandibulares, deslocamentos e traumas na articulação temporomandibular. Entre os diferentes tipos de protetores bucais, os mais aceitáveis e seguros são os protetores bucais fabricados sob medida, em particular, os laminados de pressão (ANDRADE, 2018).

Ao que se refere a indicação dos protetores bucais na prática esportiva, Tuna & Ozel (2014) relacionaram a existência de diversos tipos de protetores; os pré-fabricados e os sob medida (individualizados). As propriedades essenciais dos materiais utilizados na confecção dos protetores incluem a absorção de água, densidade e espessura, bem como a transmissão de temperatura, absorção de energia e resistência. A odontologia tem um papel importante na individualização do desenho do protetor bucal segundo as necessidades do atleta. A principal função dos dispositivos intraorais é melhorar a relação de posição da cabeça da mandíbula em relação à fossa articular. Com isso, o dispositivo vai atuar como uma espécie de palmilha individualizada; fazendo com que as cadeias musculares funcionem em perfeita harmonia, abrindo mais as vias aéreas e proporcionando uma melhor oxigenação.

Em outra revisão de literatura, Dhillon *et al.* (2014), realizaram um levantamento bibliográfico na base de dados do PubMed sobre as incidências de lesões dentais durante atividades desportivas e o papel dos protetores bucais. Com isso, obtiveram que vários autores mostraram que o uso de protetores bucais reduz significativamente a gravidade das lesões orofaciais no esporte e que os protetores auto adaptados, quando comparados com os feitos sob medida, com o auxílio do dentista, são mais eficientes na prevenção das lesões. Demonstrando, portanto, a necessidade de tais protetores para atletas que participam de esportes de contato.

As condições de saúde bucal dos atletas que participaram dos Jogos Olímpicos de 2012, foram avaliadas em Londres. Participaram da amostra 278 atletas da África, América e Europa, brancos e negros, com idade média de 25,7 anos, praticantes de 25 diferentes esportes. 46,5 % dos atletas descreveram que há pelo menos 12 meses não visitaram um dentista e que 8,7 % nunca foram ao dentista. 55,1% tinham Cárie com 41 % das cavidades em dentina, 44,6 % apresentavam erosão semelhante em dentes anteriores e posteriores, sendo que a severidade era de grau 2-3. 30% tinham história de traumas buco-faciais, sendo que 17,3% apresentaram novos traumas na competição. 75% dos atletas tinham gengivites em grau 1-2 e 15% tinham periodontite em grau

irreversível, nível 3-4. Os autores se surpreenderam com os altos índices de problemas bucais em atletas de elite, e destacaram que a grande maioria deles poderia ter sido evitada com a associação de cuidados odontológicos dentro da equipe médica (FRONZA, 2019).

Souza (2017), em seu estudo percebeu que houve relato de um grupo de atletas avaliado indicando a percepção de comprometimento da Qualidade de Vida (28%) em relação aos problemas de saúde bucal e, 18% de outra população de esportistas apontou perceber queda de seu desempenho durante o esporte. Outro apontamento importante é referente às necessidades urgentes de atendimento (8% a 47%). Muitos atletas chegam ao momento da competição apresentando situações de urgências odontológicas. Este fato pode significar que a saúde bucal é uma área que talvez não esteja sendo devidamente considerada, quando se avalia a saúde dos atletas.

E embora ainda o cirurgião dentista não esteja incluso na equipe multidisciplinar do paratleta, a história da odontologia no esporte não é recente, teve seu início, em 1890, com o dentista londrino Woolf Krauser que utilizou um primitivo protetor bucal feito de guta-percha para proteção dos incisivos de um lutador de boxe. Posteriormente, em 1913, seu filho Phillip Krauser confeccionou outro protetor bucal para o boxeador inglês Ted “Kid” Lewis, registrando pela primeira vez um protetor bucal reutilizável que promovia a proteção dos tecidos orais durante os esportes de contato. No Brasil, começou com a presença do dentista Mário Trigo, acompanhando as Copas do Mundo de Futebol de 1958, 1962 e 1966. Segundo ele, os jogadores que apresentavam maior demora na recuperação de contusões eram aqueles que apresentavam focos de infecção dentária e que com a eliminação destes, a recuperação era rápida. Em 1958, ao examinar a seleção brasileira de futebol, nos 33 jogadores realizou 118 extrações (RIBEIRO, 2020).

A odontologia desportiva atua na prevenção, diagnóstico e tratamentos das doenças bucais em atletas. A odontologia desportiva é uma nova forma de atuação profissional para o cirurgião dentista. A falta da saúde bucal pode afetar as atividades e desempenho esportivo dos atletas. Cárie dentária, erosão dentária e problemas periodontais são comuns na comunidade esportiva, além de muitos traumatismos que poderiam ser evitados com um correto dispositivo de proteção. Com isso, o profissional visa contribuir para um melhor quadro da saúde geral do atleta, proporcionando um melhor desempenho em suas atividades extrações (ANDRADE *et al.*, 2018).

Sendo também responsável pelo controle, prevenção e tratamento das lesões orofaciais; doenças orais; e a prevenção com a utilização de protetores bucais que diminuem o impacto sobre o atleta, reduzindo assim os ferimentos (FIDELIS, 2018).

Tem crescido o reconhecimento dos problemas bucais como causadores de impacto negativo no desempenho das atividades diárias e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos indivíduos. De fato, além de dor e sofrimento, as doenças bucais e seus agravos também podem causar privações sociais e constrangimentos psicológicos. Quanto ao acesso ao serviço odontológico, é importante resgatar que a história do atendimento odontológico brasileiro foi marcada há muito tempo por ações básicas curativas em sua expressa maioria, além do acesso restrito da população aos serviços públicos de saúde bucal para escolares. O restante da população normalmente era atendido em serviços de urgência, onde a conduta geralmente era a exodontia. Isso gerou uma população com alta taxa de edentulismo e uma cultura de que o serviço público odontológico era de baixa qualidade, crescendo assim a percepção de que o tratamento preventivo odontológico não tem importância (BULGARELI *et al.*, 2018).

Diversas podem ser as origens dos focos infecciosos, a saber: cárie dentária, notadamente com envolvimento pulpar, a doença periodontal, gengivite, pericoronarite, presença de raízes residuais, especialmente com área radiolúcida em torno de si. A segunda fase do protocolo de um atleta diz respeito às más oclusões e a respiração bucal. A respiração bucal conduz o indivíduo ao cansaço. É muito mais fácil a um atleta manter o seu condicionamento físico sendo respirador nasal. O ar é aquecido, umedecido e filtrado a partir da cavidade nasal. Na cavidade bucal, o ar entra em temperatura ambiente com impurezas, muitas vezes resseca a superfície dentária de incisivos superiores, provoca inflamações nas tonsilas palatinas e necessita maior gasto de energia para aspiração, evidentemente, comprometendo o rendimento físico (MAGRINI, 2018).

Os atletas devem ter uma atenção especial na prevenção e no tratamento de doenças periodontais, uma vez que essa doença pode afetar o metabolismo muscular. Esses fatos podem levar ao desenvolvimento de impacto nas funções físicas e psicossocial influenciando no treinamento e competições. Uma avaliação de saúde ideal está relacionada com a saúde física da pessoa, bem-estar físico, social e psicológico e qualidade de vida (DE VASCONCELOS, 2020).

A existência de infecção na cavidade bucal pode ter conseqüências em outras partes do organismo, visto que os microrganismos podem entrar na circulação sanguínea, e pode dificultar a recuperação após lesão muscular, uma vez que o sistema imunitário tem de combater dois problemas em simultâneo. Atletas com respiração bucal têm mais dificuldade em recuperar de lesões musculares, fadiga, sensação de boca seca, halitose, problemas visuais e posturais (Sousa *et al.*, 2016). As desordens da articulação temporomandibular, doença periodontal, má oclusão e conseqüentemente a dor, restringem a alimentação, prejudicando o repouso, reduzindo a motivação e o

desempenho nos treinamentos, causando a diminuição do rendimento do atleta. Para evitar esses problemas é necessário a atuação de um dentista na equipe multidisciplinar para a conscientização, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce dessas alterações e suas consequências (REINHEL *et al.*, 2015).

Existe uma correlação positiva entre a acumulação de treino semanais e a prevalência de cárie dentária. O mecanismo responsável seria o aumento da frequência de consumo de hidratos de carbono associado a uma diminuição do fluxo salivar. A respiração bucal, apesar de não afetar o fluxo salivar, faz com que a saliva evapore mais facilmente da cavidade oral. Assim, o exercício físico poderá ser responsável pela diminuição do fluxo salivar não estimulado e estimulado e pela alteração, diminuição ou aumento, do pH salivar, visto que este parâmetro depende de vários fatores como a dieta praticada pelos atletas (GREGÓRIO, 2017).

Devido à perda de água e sais minerais no suor, a hidratação é outro aspecto importante para manter o desempenho desportivo e evitar alterações prejudiciais para o rendimento dos atletas. De forma a colmatar estas necessidades, os atletas ingerem frequentemente bebidas energéticas e desportivas, vulgarmente denominadas como “isotônicas” por terem uma osmolaridade semelhante ao sangue. A maioria das bebidas desportivas contém ácido cítrico na sua composição e apresenta valores baixos de pH, o que faz com que exista um elevado potencial erosivo da estrutura dentária, sobretudo quando consumidas em excesso e/ou com elevada frequência. As bebidas energéticas, nem sempre consumidas com fins desportivos, podem apresentar um alto conteúdo de hidratos de carbono, nomeadamente açúcares, à semelhança dos refrigerantes. Para além destes constituintes, apresentam na sua composição vitaminas e substâncias altamente energéticas, como a cafeína e a taurina, que aumentam a percepção, a concentração, o metabolismo energético e o rendimento dos atletas (DULIERI, 2019).

Estes hábitos nutricionais, combinados com a diminuição de fluxo salivar decorrente da prática de exercício físico, produzem um efeito negativo agravado, uma vez que há uma diminuição da diluição, neutralização e remoção dos ácidos e dos hidratos de carbono levando a que o pH intraoral se mantenha baixo por um período prolongado de tempo, aumentando o risco de desenvolvimento de lesões de cárie dentária e de erosão dentária. O fenómeno fisiológico de desmineralização/remineralização dos dentes encontra-se em equilíbrio uma vez que, quando existe uma diminuição do pH, a saliva consegue neutralizar os ácidos e repor os valores de pH através da sua capacidade tampão. Contudo, as alterações provocadas pelo exercício físico no fluxo e composição salivar, provocam um

desequilíbrio no ambiente oral, contribuindo para o aparecimento de lesões de cárie e erosão dentária (DIAS, 2018).

Durante a prática de exercício físico, o Sistema Nervoso Simpático (SNS) é responsável pelas alterações que ocorrem na secreção salivar e na composição da saliva. Com o estresse associado à competição ou à antecipação do esforço e com o aumento da intensidade do exercício existe um aumento progressivo da atividade do SNS e uma diminuição acentuada da concentração de imunoglobulina A, afetando o sistema imunitário, e um aumento do conteúdo proteico, cortisol, lactato e conteúdo mineral (sódio, potássio e magnésio). Há uma correlação positiva entre a acumulação de treino semanais e a prevalência de cárie dentária. O mecanismo responsável seria o aumento da frequência de consumo de hidratos de carbono associado a uma diminuição do fluxo salivar (PORTENSEIGNE, 2017).

A literatura mostra também que o excesso de treinamento (*over training*), a necessidade de equilíbrio hídrico, a natureza da dieta, o uso contínuo de isotônicos e energéticos, o risco de imunossupressão, a pressão comportamental e emocional pelo excelente desempenho esportivo, entre outros, são características da vida do atleta que têm consequências importantes na cavidade bucal. O controle e trânsito de micro-organismos da boca para outros nichos do corpo físico, tanto a nível sistêmico, (humoral e celular) como local, (quantidade de fluxo e composição da saliva), podem estar significativamente alterados em atletas submetidos a altas cargas de treinamento (PASTORE, 2017)

Há muitos desafios potenciais para a saúde bucal dos atletas, incluindo aspectos nutricionais, desidratação oral, supressão imunológica induzida pelo exercício, falta de consciência com a própria necessidade de atenção à saúde, comportamentos negativos de saúde e desconhecimento sobre a importância da saúde bucal (PADILHA, 2019). Os cuidados com a saúde bucal praticados por quem faz esportes, primeiramente, deve ser o mesmo que para qualquer outra pessoa. Uma alimentação equilibrada, higiene bucal adequada escovando os dentes após as refeições e usando fio dental diariamente. Também é fundamental manter consultas regulares com o dentista, para profilaxia e prevenção. Além disso, certos esportes necessitam do uso de protetores bucais, para evitar possíveis fraturas (ARAÚJO *et al.*, 2018).

A atuação do cirurgião dentista no contexto esportivo não se resume apenas à indicação e confecção de protetores bucais como medida de prevenção a traumatismos dentários. Seu campo de trabalho é bem mais amplo, contemplando o estudo das manifestações bucais diretas ou indiretas que possam comprometer o desempenho do atleta. O atendimento odontológico tem por objetivo a prevenção e tratamento de patologias da cavidade bucal, de forma a contribuir para melhoria do rendimento

esportivo do atleta, prevenção e tratamento de traumatismos bucomaxilofaciais, desordens das articulações temporomandibulares, alterações respiratórias, além de informar ao atleta sobre a importância da utilização de fármacos que não configurem doping, caso seja necessário um tratamento odontológico. Além disso, estudos sugerem que a dor de origem dentária pode provocar queda de rendimento do atleta e alterar seu desempenho, gerando a necessidade de medicamentos que também podem interferir em suas atividades. Por isso, o acompanhamento odontológico deve fazer parte da rotina do atleta (ALVES, 2017).

Carletti, L (2019) relata que esse acompanhamento é importante para assim tratar problemas como a cárie e doenças periodontais, podendo o mesmo atuar nessa área por contribuir para uma melhor fase nos desempenhos dos atletas, pois dores e incômodos podem atrapalhar a concentração dos esportistas. A atuação do cirurgião-dentista juntamente com uma equipe multidisciplinar pode melhorar a atuação do atleta em suas atividades, visto que é cada vez mais evidente a estreita relação entre a odontologia e as práticas esportivas (GOSWAMI *et al.*, 2017).

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada a riscos de disseminações sistêmicas de bactérias com consequente diminuição do rendimento físico em atletas. Assim, torna-se fundamental a divulgação no meio esportivo sobre a importância da manutenção da saúde bucal (GONÇALVES, 2018).

Variáveis clínicas odontológicas que serão utilizadas:

- 1- Classificação da Presença de Cárie (WHO,2013);**
- 2- Classificação Periodontal IPC (WHO,2013);**
- 3- Avaliação de Cálculo Dental (VOLPE, et.al., 1965);**
- 4- Classificação da Erosão Dentária (BARTLETT, GANS e LUSSI, 2008);**
- 5- Classificação do Traumatismo Dentário (WHO,2013);**
- 6- Classificação quanto à prótese (WHO,2013);**
- 7- Classificação de Mal oclusão (JENNY e CONS, 1996);**
- 8- Classificação de Bruxismo (JOANHSSON, et al., 1993);**

Esses índices terão o objetivo de investigar, prevenir e compreender a influência das doenças da cavidade bucal no desempenho dos atletas e se tem alguma influência no rendimento esportivo, analisando também como é o conceito e a qualidade de higiene bucal desses atletas, verificada através dos instrumentos e intervenções propostas na investigação. Convém ressaltar que esse tema já foi inclusive

trabalhado em artigo publicado pelo grupo de pesquisas, conforme pode ser visto no Apêndice II.

3 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Neste Capítulo serão apresentadas as condicionantes metodológicas que permitiram a realização da pesquisa.

3.1 Delineamento

Em virtude da característica do estudo, este foi de campo, do tipo descritivo, transversal e de natureza exploratória, com uma abordagem multivariada correlacional.

O estudo tratou-se de uma pesquisa descritiva, transversal, e de natureza exploratória, realizado quando o conhecimento sobre um determinado problema é limitado e não se tem muita informação sobre o objeto de estudo (GOMES; GOMES, 2019).

3.2 Universo, Amostragem e Amostra

3.2.1. Universo

Segundo dados do IBGE (2020) o Brasil encontra-se atualmente com 45 milhões de pessoas com deficiências, com o Comitê Paralímpico Brasileiro informando que apenas 3,5% destas pratiquem esportes de forma formal e estejam, federadas de alguma maneira.

Os universos do presente estudo são constituídos por:

- Paradesportistas de basquetebol em cadeira de rodas e voleibol sentado da AFDPA (Belém/Pará) - 80 integrantes;
- Membros da Associação dos Deficientes Motores - ADM de Sergipe – 132 inscritos
- Paradesportistas de Natação, participantes do Meeting Paralímpico Loterias Caixa – 56 participantes e
- Paradesportistas de Atletismo, também participantes do Meeting Paralímpico Loterias Caixa – 64 participantes

3.2.2. Amostragem

A população do estudo foi constituída pela totalidade dos integrantes dos grupos amostrais que atenderem os critérios de inclusão e não incidirem nos critérios de exclusão.

3.2.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo: pessoas com deficiência motora; paradesportistas ou não de ambos os sexos; que estejam dentro da faixa etária do adulto jovem de 19 a 40 anos ou do adulto maduro de 41 a 59 anos conforme classificação da OMS.

3.2.2.2 Critérios de Exclusão

Em outra via serão excluídos no estudo os cadeirantes que:

- Tenham apresentado incoerências de saúde, decorrentes ou não de sua deficiência que possam ter comprometido suas atividades da vida diária nas últimas duas semanas;
- Foram excluídos: os indivíduos que: que tenha apresentando problemas de saúde; os que não completarem a totalidade da coleta de dados.

3.2.2.3. Amostra

A amostra da segunda fase do estudo foi composta pelo total de integrantes dos grupos amostrais que atenderem os critérios de inclusão e não incidam nos critérios de exclusão. O cálculo do tamanho amostral foi estimado por meio do software G*Power 3.1 (Holstein,2020).

Foram introduzidas as seguintes informações: teste estatístico t de student, tamanho de efeito (d) de Cohen = 0,4; erro α = 0,05; poder do teste = 0,80 para três grupos com uma medida. O tamanho da amostra à partir do processo indicado, foi calculada em 27 participantes para cada coleta (Beck, 2013). Visando prevenir a morte amostral e existência de *outliers*, se fará uma majoração de 10%, chegando-se a um tamanho amostral de 30 indivíduos.

3.3 Ética da Pesquisa

O presente trabalho atende as normas para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Declaração de Helsinki (2008) e pela Resolução 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Brasil. No intuito de instruir a solicitação ao CEP foi enviado um Termo de Informação à

Instituição -TII, na qual se realizou a pesquisa, contendo: objetivo do estudo, procedimentos de avaliação, possíveis consequências, procedimentos de emergência, caráter de 14 voluntariedade da participação do sujeito e respeitando os princípios da acessibilidade, confiabilidade, liberdade e responsabilidade. Além disso, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Pará – UEPA sob o número do CAAE 51930821.2.0000.5174, por meio do parecer nº 5.012.266, de 01 de outubro de 2021, devido ao fato de atender às normas para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012, conforme apresentado no ANEXO VI.

3.4 Procedimentos metodológicos

A coleta dos dados para o estudo, realizar-se-á duas distintas etapas:

3.4.1. Procedimentos Preliminares

Preliminarmente foi realizado contato com as pessoas com deficiência para explicar os procedimentos e convidá-los para a participação na pesquisa.

Após a tomada das precauções para os cuidados relativos à ética da pesquisa, no tocante ao anonimato e a confidencialidade dos dados que serão fornecidos, e tendo os participantes, dado o seu consentimento através da assinatura no TCLE; foram coletados os dados individuais dos participantes da pesquisa por meio da metodologia descrita.

3.4.2 Avaliação das Variáveis

As coletas dos paradesportistas da equipe AFDPA, foi realizada nos dois primeiros dias (23 e 24 NOV) no ginásio da UEPA e nos dois últimos dias no centro de treinamento deles (25 e 26 de novembro de 2021).

A coleta dos paradesportistas do meeting foi realizada em Aracaju durante todo o dia 04 de dezembro na quadra poliesportiva da UNIT.

Já a coleta dos membros da Associação dos Deficientes Motores - ADM de Sergipe, ocorreu na semana de 07 a 12 de fevereiro de 2022.

As aplicações dos instrumentos, impressos em formulário Google, foram realizadas de forma coletiva, em uma sala privada, com a ausência dos treinadores.

Em cada Modalidade que será estudada, os testes serão aplicados na seguinte ordem:

- Primeiro dia – foram coletados os dados da anamnese individual e os dados referentes à Qualidade de Vida;
- Segundo dia - foram coletados os dados da saúde bucal.

3.4.2.3. Avaliação da Qualidade de Vida

O instrumento utilizado para identificação dos níveis de qualidade de vida foi o WHOQOL-100, (ANEXO II), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse instrumento validado é composto de 100 questões, as quais avaliam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais, religião e crenças pessoais (FRONZA,2019).

O WHOQOL-100 possui vinte e quatro facetas, cada faceta possui quatro perguntas. Além dessas, o instrumento possui uma 25ª faceta composta de 40 perguntas gerais sobre a qualidade de vida. As respostas para as questões do WHOQOL são dadas através de uma escala do tipo Likert, onde são apresentadas cinco respostas, sendo: 1- a mais forte em desacordo e – 5 - o mais alto grau de concordância. O resultado final será por intermédio da obtenção de escores, nos quais 4 será o menor nível, 20 o maior nível e 14 o nível mínimo satisfatório de qualidade de vida. Serão respondidas por meio de quatro tipos de escalas, dependendo do conteúdo da pergunta: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. (FRONZA,2019; GONÇALVES E ALCHIERI 2010).

A Organização Mundial de Saúde considera que a subjetividade, a multidimensionalidade e as dimensões positivas e negativas são aspectos fundamentais e baseiam-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um constructo subjetivo, multidimensional e composto de seis dimensões: Domínio 1- Físico; Domínio 2- Psicológico; Domínio 3 – Independência; Domínio 4 – Relações Sociais; Domínio 5 – Ambiente; Domínio 6 – Espiritualidade (WHOQOL, 1998).

O instrumento possui facetas que identificam: imagem corporal, aparência, capacidade para o trabalho, sentimentos negativos, capacidade sexual, apoio social e meio ambiente. (FRONZA,2019).

A avaliação da qualidade de vida com o uso de WHOQOL -100 além da quantificação de cada uma de suas dimensões já citadas acima, propicia a identificação de um índice geral de QV, numérico que tem um valor máximo de 20. Esse índice pode ser classificado em níveis, conforme apresentado na **Figura 1** (MELLO, 2008).

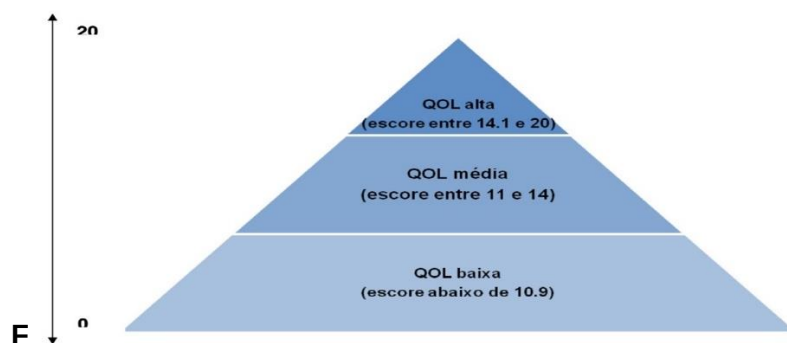


Figura 1 – Categorias do nível de avaliação de Qualidade de Vida.
Fonte: MELLO, 2008.

3.4.2.4. Avaliação da Saúde Bucal

A avaliação da Saúde Bucal abordou os seguintes parâmetros: a) Classificação da Presença de Cárie, b) Classificação Periodontal IPC, c) Avaliação de Cálculo Dental, d) Classificação da Erosão Dentária, e) Classificação do Traumatismo Dentário, f) Classificação quanto à prótese, g) Classificação de Mal oclusão, e h) Classificação de Bruxismo.

Foram realizados exames clínicos intra e extra orais individualmente, onde verificou-se a análise de: presença de Cárie; presença de doença periodontal; avaliação de cálculo dental, erosão dentária, presença de algum tipo de traumatismo dentário, uso de próteses, presença de mal oclusão e bruxismo. Depois, todos os resultados colhidos foram avaliados e analisados individualmente e no conjunto.

A coleta de dados será realizada no formulário apresentado no (ANEXO III).

3.5 Riscos e Dificuldades Encontradas

O presente estudo apresentou alguns riscos, como exemplo, a continuidade da pandemia e do isolamento social, a insuficiência do tamanho amostral depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão.

As dificuldades observadas ocorreram por conta dos deslocamentos até as instituições que abrigarão a pesquisa e pela desistência dos participantes da pesquisa por falta de interesse ou quaisquer outros motivos.

3.6 Procedimento de análise dos dados

Os dados foram analisados através do pacote estatístico SPSS 25.5 e apresentados na forma de tabelas e figuras. A análise foi feita pela estatística descritiva através dos valores de prevalência para as variáveis categóricas (valores absolutos e relativos) e da média aritmética e desvio padrão para as variáveis quantitativas.

Para verificação da normalidade dos dados foi adotado o teste de Shapiro Wilk.. Para a estatística inferencial se utilizou o teste do Qui-quadrado para a análise das diferenças nas prevalências para os dados categóricos e o teste t de Student para amostras independentes para analisar as diferenças entre os grupos de atletas e de não-atletas para as variáveis quantitativas. Foi adotado um nível de significância de $p < 0,05$ para as inferências.

Os procedimentos estatísticos propostos para a adequada análise dos dados visaram caracterizar a amostra e testar as hipóteses formuladas, sendo grupados da seguinte forma:

Para o planilhamento dos dados em questão foi utilizado o Microsoft Excel® versão 2016; enquanto para o tratamento dos dados se adotou o programa estatístico pacote estatístico SPSS 25.0 for Windows para atender os objetivos do estudo.

3.6.1. Estatística Descritiva

O emprego de técnicas de estatística descritiva visou caracterizar o universo amostral que foi pesquisado. Para a descrição dos dados coletados, foram utilizadas medidas de localização e medidas de dispersão. Dentre as primeiras, foi calculada a média aritmética por ser uma medida de tendência central. As medidas de dispersão estimam a variabilidade existente nos dados e neste intuito, foram verificados o desvio padrão. Além dessas medidas, serão utilizadas medidas de frequência absoluta e relativa (NOGUEIRA,2020; SILVERMAN, 2012).

3.6.2. Estatística Inferencial

A normalidade e a homogeneidade de variância dos dados da amostra foram analisadas através dos testes de Shapiro-Wilk. (KITAMURA, 2021).

3.6.3. Nível de significância e Potência do Experimento

Com o propósito de manter a cientificidade da pesquisa, o presente estudo admitiu o nível de significância de $p < 0,05$, isto é, 95% de probabilidade de que estejam certas as afirmativas e/ou negativas denotadas durante as investigações, admitindo-se, portanto, a probabilidade de 5% para resultados obtidos por acaso.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão sendo apresentados por etapas, na ordem de aplicação e realização da pesquisa e coleta de dados.

4.1 Características da Amostra

Amostra foi constituída por 20 praticantes de basquete em cadeira de rodas, da equipe AFDPA (Belém/Pará) e 17 paratletas de atletismo e natação do Meeting Paralímpico que aconteceu em (Aracaju-Sergipe). Conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização descritiva geral da amostra.

Variável	Classificação	Prevalência	Qui-quadrado	
		%	χ^2	p
Gênero	Feminino	11,8	9,94	<0,01*
	Masculino	88,2		
Etnia	Branco	23,5	2,94	0,23
	Pardo	52,9		
	Negro	23,5		
Estado Civil	Solteiro	41,2	3,65	0,16
	Casado	47,1		
	Outro	11,8		
Deficiência	Nascença	17,6	5,06	0,08
	Doença	58,8		
	Acidente	23,5		
Tempo de Prática da Modalidade	0,2 anos	5,9	3,25	0,98
	3 anos	5,9		
	4 anos	11,8		
	5 anos	17,6		
	8 anos	11,8		
	13 anos	5,9		
	17 anos	5,9		
	18 anos	5,9		
	20 anos	11,8		
	24 anos	5,9		
	25 anos	5,9		
Frequência Semanal de Treinos	2 vezes	12,5	14,77	<0,01*
	3 vezes	68,7		
	4 vezes	18,8		
Nível de Prática	Local	6,3	17,00	<0,01*
	Estadual	18,7		
	Universitário	6,3		
	Nacional	68,7		
Nível de Escolaridade	Médio Incompleto	17,6	1,12	0,77
	Médio Completo	23,5		
	Superior Incompleto	35,3		
	Superior Completo	23,5		
Atividade Laboral	Estuda	47,1	3,65	0,16
	Trabalha e cuida da Família	41,2		
	Estuda, Trabalha e C. da Família	11,8		

Ocupação	Aposentado	22,2	1,11	0,98
	Empreendedor	11,1		
	Professor de Educação Física	11,1		
	Comerciário	11,1		
	Mecânico de Cadeira de Rodas	11,1		
	Atleta	22,2		
	Ourives	11,1		
Horas de Trabalho por dia	2 horas	14,3	1,57	0,67
	4 horas	42,9		
	5 horas	14,3		
	8 horas	28,6		
Renda Familiar	Até 2 salários mínimos	47,1	1,53	0,47
	2 a 4 salários mínimos	29,4		
	4 a 10 salários mínimos	23,5		

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Como se pode observar na tabela 1, a amostra apresenta uma significativa maior prevalência de participantes do gênero masculino, que treinam já há mais de 2 anos, realizam até uma hora por sessão de treino, 3 vezes por semana e participam de competições em nível nacional.

Sobre os aspectos socioculturais pode-se observar uma prevalência do ensino superior incompleto (35,3%), estudantes (47,1%) e com renda familiar de até dois salários mínimos (47,1%)

4.2 Resultados Descritivos de Qualidade de Vida

Em seguida serão apresentados os índices de Qualidade de vida, no grupo amostral dos paradesportistas utilizado para a apuração dos resultados, coletados através do preenchimento do questionário WHOQOL-100, pelo Google Forms, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Índice Geral e por Facetas de Qualidade de Vida dos paradesportistas com média, desvio padrão e significância.

Domínios	Físico	Psicológico	Nível de Independência	Relações Sociais	Meio Ambiente	Espiritualidade	QV G
MÉDIA	13,26	14,27	13,09	14,71	13,79	16,41	13,82
DP	1,60	1,36	1,23	2,41	1,79	3,75	2,51
MIN	10,67	10,80	9,75	7,67	10,00	5,00	9,00
MÁX	16,33	16,40	15,00	18,67	17,13	20,00	19,00

Valor p- (SW)	0,130	0,130	0,130	0,130	0,130	0,130	0,130
------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Na tabela 2 pode-se observar que a qualidade de vida da amostra se coloca na categoria alta (acima de 14 pontos) com $\bar{X} = 13,82 \pm 2,51$; com o domínio físico, o de relações sociais e o impacto do meio ambiente se classificando como médio (de 14 a 17 pontos). Por outro lado, o melhor desempenho nos domínios Psicológico e de Espiritualidade, puxou o índice geral para cima.

Já a Tabela 3, apresenta os mesmos dados (relativos à qualidade de vida) colhidos da amostra de não atletas.

Tabela 3 - Índice Geral e por Facetas de Qualidade de Vida dos não atletas e com média, desvio padrão e significância.

Domínios	Físico	Psicológico	Nível de Independência	Relações Sociais	Meio Ambiente	Espiritualidade	QVG
Media	13,07	13,76	12,85	12,67	12,41	17,80	13,20
DP	2,19	1,93	1,97	2,67	1,82	1,99	2,04
Min	9,00	10,80	9,25	7,33	10,25	15,00	9,00
Max	16,00	16,80	15,50	16,33	15,50	20,00	16,00
Valor p- (SW)	0,690	0,823	0,728	0,577	0,353	0,053	0,507

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

4.3 Resultados Descritivos de Saúde Bucal

A Tabela 4 apresenta os fatores extrínsecos responsáveis pela erosão dentária no grupo de paradesportistas.

Tabela 4 - Características amostrais nos paradesportistas, relativas a erosão dentária em seus fatores extrínsecos.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Trabalho em fábrica	Não	13	100,0	---	---
Prática de natação	Não	21	77,8	8,33	<0,01*
	Sim	6	22,2		
Uso de medicamento ou droga	Não	19	70,4	4,48	0,03*
	Sim	8	29,6		
Qual medicamento ou droga	Hipertensão	7	77,8	2,78	0,10
	Ansiolítico	2	22,2		
Ingestão de alimentos ácidos	Não	14	51,9	0,04	0,85
	Sim	13	48,1		
Ingestão de bebidas ácidas	Não	6	22,2	8,33	<0,01*
	Sim	21	77,8		
Se hidrata no esporte	Sim	27	100,0	---	---

Período da hidratação	Antes e durante	11	40,7	1,56	0,46
	Durante	10	37,0		
	Durante e depois	6	22,2		
Qual o líquido Escova os dentes após alimentação	Água	27	100,0	10,70	<0,01*
	Não	5	18,5		
	Sim	22	81,5		
Usa escova de cerdas duras	Não	20	74,1	6,26	0,01*
	Sim	7	25,9		
	Não	25	92,6	19,59	<0,01*
Usa pasta dental arenosa	Sim	2	7,4		
	Não	6	22,2		
Escovação longa	Sim	21	77,8	8,33	<0,01*

Na tabela 4 se pode constatar uma discreta maior prevalência de atletas dentre os que usam medicamento, usuários destes para hipertensão arterial, que não ingerem alimentos ácidos e que se hidratam antes e durante os treinos. Observa-se ainda uma significativa prevalência de atletas que não praticam natação, não usam medicamentos ou drogas, ingerem bebidas ácidas, escovam os dentes após a alimentação, não usam escovas de cerdas dura, não usam pasta dental arenosa e tem escovação longa.

Se observa ainda que todos os atletas da amostra não trabalham e fábricas, se hidratam durante as atividades esportivas e usam água como hidratante principal.

Por outro a Tabela 5 apresenta os fatores intrínsecos causadores de erosão dentária, nos paradesportistas

Tabela 5 - Características amostrais nos paradesportistas, relativas a erosão dentária em seus fatores intrínsecos.

Variável	Classificação	Prevalência N	%	Qui-quadrado X ²	p
Vômito	Não	24	88,9	16,33	<0,1*
	Sim	3	11,1		
Anorexia	Não	27	100,0	---	---
Regurgitação	Não	27	100,0	---	---
Xerostomia	Não	27	100,0	---	---
Problema gastroesofágico	Não	14	51,9	0,04	0,85
	Sim	13	48,1		
Radioterapia	Não	26	96,3	23,15	<0,01*
	Sim	1	3,7		
Bulimia	Não	27	100,0	---	---
Hemodiálise	Não	27	100,0	---	---

Na tabela 5 se pode constatar uma discreta maior prevalência de atletas que não tem problemas gastroesofágicos, uma significativa maior prevalência de atletas que não vomitam durante a escovação e que não fazem radioterapia, além de que nenhum dos atletas da amostra tem anorexia, regurgitação, xerostomia, bulimia e nem fazem hemodiálise.

A tabela 6 apresenta as características amostrais nos atletas, relativas a sensibilidade dentinária pesquisadas dentro do estudo.

Tabela 6 - Características amostrais nos atletas, relativas a sensibilidade dentinária.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Apresenta sensibilidade nos dentes	Não	13	48,1	0,04	0,85
	Sim	14	51,9		
Caso sim	Quente	4	28,6	7,00	0,03*
	Frio	1	7,1		
	Frio e quente	9	64,3		
Dor ao ingerir alimento ou bebida	Não	12	44,4	22,56	<0,01*
	Quente e doce	8	29,6		
	Gelado	3	11,1		
	Doce	2	7,4		
	Fio dental	1	3,7		
	Quente, doce e gelado	1	3,7		

Na tabela 6 se pode constatar uma discreta prevalência de atletas que apresentam sensibilidade dentária, com significativa prevalência de sensibilidade a frio e quente e que não tem dor ao ingerir alimento ou bebida.

A tabela 7 apresenta as características amostrais nos atletas, relativas ao bruxismo auto relatado.

Tabela 7 - Características amostrais nos atletas, relativas ao bruxismo auto relatado.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Sabe se range os dentes	Não	19	70,4	4,48	0,03*
	Sim	8	29,6		
Alguém já falou	Não	22	81,5	10,70	<0,01*
	Sim	5	18,5		
Frequência	Não	19	70,4	4,48	0,03*
	Mais de 3 vezes/sem	8	29,6		
Diurno	Não	22	81,5	10,70	<0,01*
	Sim	5	18,5		
Noturno	Não	19	70,4	4,48	0,03*
	Sim	8	29,6		
Faz apertamento dentário	Não	22	81,5	10,70	<0,01*
	Sim	5	18,5		

Na tabela 7 se pode constatar uma significativa prevalência de atletas que não sabem se rangem os dentes, que não foram informados por alguém se rangem os dentes, que não rangem os dentes nem de dia nem de noite e que não fazem apertamento dentário.

Na tabela 8 está apresentada as características amostrais nos atletas, relativas ao consumo de carboidrato.

Tabela 8 - Características amostrais nos atletas, relativas ao consumo de carboidrato.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Consumo de carboidrato	Almoço	10	37,0	8,11	0,04*
	Janta	6	22,2		
	Café	1	3,7		
	Café, almoço e janta	10	37,0		

Na tabela 8 é possível constatar uma significativa maior prevalência de consumo de carboidrato durante o almoço ou durante as três refeições diárias.

Na tabela 9 está descrito as características amostrais nos atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.

Tabela 9 - Características amostrais nos atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
V17	Hígido	17	63,0	14,22	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
	Restaurado sem cárie	9	33,3		
V16	Hígido	26	96,3	23,15	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
V15	Hígido	27	100,0	---	---
V14	Hígido	23	85,2	13,37	<0,01*
	Cárie	4	14,8		
V13	Hígido	23	85,2	13,37	<0,01*
	Cárie	4	14,8		
V12	Hígido	26	96,3	23,15	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
V11	Hígido	26	96,3	23,15	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
V21	Hígido	26	96,3	23,15	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
V22	Hígido	26	96,3	23,15	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
V23	Hígido	27	100,0	---	---
V24	Hígido	27	100,0	---	---
V25	Hígido	27	100,0	---	---
V26	Hígido	27	100,0	---	---
V27	Hígido	22	81,5	28,67	<0,01*
	Cárie	4	14,8		
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
L17	Hígido	23	85,2	32,89	<0,01*
	Cárie	3	11,1		
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
L16	Hígido	11	40,7	8,67	0,01*
	Cárie	14	51,9		
	Restaurado sem cárie	2	7,4		

L15	Hígido	14	51,9		
	Cárie	12	44,4	10,89	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
L14	Hígido	12	44,4		
	Cárie	15	55,6	0,33	0,56
L13	Hígido	11	40,7		
	Cárie	16	59,3	0,93	0,34
L12	Hígido	10	37,0		
	Cárie	16	59,3	12,67	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
L11	Hígido	10	37,0		
	Cárie	14	51,9	6,89	0,03*
	Restaurado sem cárie	3	11,1		
L21	Hígido	14	51,9		
	Cárie	13	48,1	0,04	0,85
L22	Hígido	23	85,2		
	Cárie	2	7,4	32,67	<0,01*
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
L23	Hígido	22	82,5		
	Cárie	3	11,1	28,22	<0,01*
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
L24	Hígido	26	96,3		
	Restaurado sem cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
L25	Hígido	23	85,2		
	Cárie	3	11,1	32,89	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
L26	Hígido	23	85,2		
	Cárie	3	11,1	32,89	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
L27	Hígido	20	74,1		
	Cárie	5	18,5	20,67	<0,01*
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
M17	Hígido	12	44,4		
	Restaurado sem cárie	15	55,6	0,33	0,56
M16	Hígido	13	48,1		
	Cárie	2	7,4	8,22	0,02*
	Restaurado sem cárie	12	44,4		
M15	Hígido	17	63,0		
	Cárie	1	3,7	14,22	<0,01*
	Restaurado sem cárie	9	33,3		
M14	Hígido	15	55,6		
	Cárie	6	22,2	6,00	0,05
	Restaurado sem cárie	6	22,2		
M13	Hígido	11	40,7		
	Cárie	9	33,3	0,89	0,64
	Restaurado sem cárie	7	25,9		
M12	Hígido	19	70,4		
	Cárie	7	25,9	18,67	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
M11	Hígido	14	51,9		
	Cárie	12	44,4	10,89	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
M21	Hígido	14	51,9		
	Cárie	13	48,1	0,04	0,85

M22	Hígido	14	51,9	13,15	<0,01*
	Cárie	7	25,9		
	Restaurado com cárie	5	18,5		
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
M23	Hígido	9	33,3	3,56	0,17
	Cárie	13	48,1		
	Restaurado com cárie	5	18,5		
M24	Hígido	19	70,4	18,67	<0,01*
	Cárie	7	25,9		
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
M25	Hígido	11	40,7	4,22	0,12
	Cárie	12	44,4		
	Restaurado sem cárie	4	14,8		
M26	Hígido	18	66,7	14,89	<0,01*
	Cárie	7	25,9		
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
M27	Hígido	24	88,9	37,56	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
D17	Hígido	26	96,3	23,15	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
D16	Hígido	27	100,0	---	---
D15	Hígido	24	88,9	16,33	<0,01*
	Restaurado sem cárie	3	11,1		
D14	Hígido	20	74,1	21,56	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
	Restaurado sem cárie	6	22,2		
D13	Hígido	21	77,8	24,89	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
	Restaurado sem cárie	5	18,5		
D12	Hígido	19	70,4	16,89	<0,01*
	Cárie	3	11,1		
	Restaurado sem cárie	5	18,5		
D11	Hígido	26	96,3	23,15	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
D21	Hígido	19	70,4	4,88	0,03*
	Restaurado sem cárie	8	29,6		
D22	Hígido	18	66,7	3,00	0,08
	Cárie	9	33,3		
D23	Hígido	15	55,6	9,56	0,01*
	Cárie	10	37,0		
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
D24	Hígido	13	48,1	2,89	0,24
	Cárie	6	22,2		
	Restaurado com cárie	8	29,6		
D25	Hígido	12	44,4	9,30	0,03*
	Cárie	6	22,2		
	Restaurado com cárie	8	29,6		
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
D26	Hígido	20	74,1	21,56	<0,01*
	Cárie	6	22,2		
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
D27	Hígido	11	40,7	8,67	0,01*

	Cárie	2	7,4		
	Restaurado com cárie	14	51,9		
O17	Hígido	12	44,4		
	Cárie	7	25,9	7,52	0,06
	Restaurado com cárie	6	22,2		
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
O16	Hígido	19	70,4		
	Cárie	6	22,2	17,56	<0,01*
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
O15	Hígido	16	59,3		
	Cárie	1	3,7	21,15	<0,01*
	Restaurado com cárie	8	29,6		
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
O14	Hígido	10	37,0		
	Cárie	7	25,9	5,15	0,16
	Restaurado com cárie	8	29,6		
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
O13	Hígido	25	92,6		
	Cárie	1	3,7	42,67	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	2,7		
O12	Hígido	15	55,6		
	Cárie	11	40,7	11,56	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
O11	Hígido	15	55,6		
	Restaurado com cárie	11	40,7	11,56	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
O21	Hígido	26	96,3		
	Restaurado sem cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
O22	Hígido	27	100,00	---	---
O23	Hígido	25	92,6		
	Cárie	1	3,7	42,67	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
O24	Hígido	25	92,6		
	Cárie	1	3,7	42,67	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
O25	Hígido	15	55,6		
	Restaurado com cárie	11	40,7	11,56	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
O26	Hígido	24	88,9		
	Cárie	1	3,7	37,56	<0,01*
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
O27	Hígido	16	59,3		
	Cárie	4	14,8	8,67	0,01*
	Restaurado sem cárie	7	25,9		

Na tabela 9 é possível constatar uma significativa maior prevalência de dentes hígidos no V17, V16, V14, V13, V12, V11, V21, V22, V27, L17, L15, L22, L23, L24, L25, L26, L27, M16, M15, M12, M11, M22, M24, M26, M27, D17, D15, D14, D13, D12, D11, D21, D23, D25, D26, O16, O15, O13, O12, O11, O21, O23, O24, O25, O26 e O27.

Na tabela 10 está as Características amostrais nos atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.

Tabela 10 - Características amostrais nos atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
V47	Hígido	26	96,3	23,15	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
V46	Hígido	20	74,1	6,26	0,01*
	Cárie	7	25,9		
V45	Hígido	26	96,3	23,15	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
V44	Hígido	20	74,1	6,26	0,01*
	Cárie	7	25,9		
V43	Hígido	20	74,1	6,26	0,01*
	Cárie	7	25,9		
V42	Hígido	20	74,1	6,26	0,01*
	Cárie	7	25,9		
V41	Hígido	18	66,7	16,22	<0,01*
	Cárie	8	29,6		
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
V31	Hígido	27	100,0	---	---
V32	Hígido	20	74,1	6,26	0,01*
	Cárie	7	25,9		
V33	Hígido	27	100,0	---	---
V34	Hígido	27	100,0	---	---
V35	Hígido	20	74,1	6,26	0,01*
	Cárie	7	25,9		
V36	Hígido	27	100,0	---	---
V37	Hígido	8	29,6	2,62	0,17
	Cárie	4	14,9		
	Restaurado com cárie	7	25,9		
	Restaurado sem cárie	8	29,6		
L47	Hígido	9	33,3	3,56	0,17
	Cárie	13	48,1		
	Restaurado sem cárie	5	18,5		
L46	Hígido	27	100,0	---	---
L45	Hígido	27	100,0	---	---
L44	Hígido	14	51,9	20,26	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
	Restaurado com cárie	11	40,7		
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
L43	Hígido	26	96,3	23,15	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
L42	Hígido	18	66,7	3,00	0,08
	Restaurado sem cárie	9	33,3		
L41	Hígido	27	100,0	---	---
L31	Hígido	26	96,3	23,15	<0,01*
	Cárie	1	3,7		
L32	Hígido	20	74,1	20,22	<0,01*
	Cárie	4	13,6		
	Restaurado sem cárie	3	11,1		
L33	Hígido	12	44,4	4,22	0,12
	Cárie	11	40,7		

	Restaurado sem cárie	4	14,8		
L34	Hígido	25	92,6	19,59	<0,01*
	Cárie	2	7,4		
L35	Hígido	21	44,4		
	Cárie	1	40,7	24,89	<0,01*
	Restaurado sem cárie	5	14,8		
L36	Hígido	21	77,8		
	Cárie	6	22,2	8,33	<0,01*
L37	Hígido	26	96,3		
	Cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
M47	Hígido	21	77,8		
	Cárie	6	22,2	8,33	<0,01*
M46	Hígido	26	96,3		
	Cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
M45	Hígido	25	92,6		
	Cárie	1	3,7	42,67	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
M44	Hígido	10	37,0		
	Cárie	15	55,6	9,56	0,01*
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
M43	Hígido	26	96,3		
	Cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
M42	Hígido	26	96,3		
	Restaurado sem cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
M41	Hígido	21	77,8		
	Cárie	6	22,2	8,33	<0,01*
M31	Hígido	18	66,7		
	Cárie	9	33,3	3,00	0,08
M32	Hígido	26	96,3		
	Cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
M33	Hígido	21	77,8		
	Restaurado sem cárie	6	22,2	8,33	<0,01*
M34	Hígido	18	66,7		
	Restaurado sem cárie	9	33,3	3,0	0,08
M35	Hígido	18	66,7		
	Cárie	7	25,9	14,89	<0,01*
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
M36	Hígido	22	81,5		
	Cárie	5	18,5	10,70	<0,01*
M37	Hígido	20	74,1		
	Cárie	6	22,2	21,56	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
D47	Hígido	23	85,2		
	Restaurado sem cárie	4	14,8	13,37	<0,01*
D46	Hígido	27	100,0	---	---
D45	Hígido	24	88,9		
	Cárie	3	11,1	<0,01*	<0,01*
D44	Hígido	26	96,3		
	Restaurado sem cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
D43	Hígido	27	100,0	---	---
D42	Hígido	26	96,3		
	Cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
D41	Hígido	26	96,3		
	Cárie	1	3,7	23,15	<0,01*

D31	Hígido	26	96,3		
	Restaurado sem cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
D32	Hígido	24	88,9		
	Restaurado sem cárie	3	11,1	16,33	<0,01*
D33	Hígido	26	96,3		
	Cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
D34	Hígido	16	59,3		
	Cárie	8	29,6	9,56	0,01*
	Restaurado sem cárie	3	11,1		
D35	Hígido	22	81,5		
	Cárie	3	11,1	28,22	<0,01*
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
D36	Hígido	26	59,3		
	Cárie	3	11,1	9,56	0,01*
	Restaurado sem cárie	8	29,6		
D37	Hígido	21	77,8		
	Cárie	6	22,2	8,33	<0,01*
O47	Hígido	20	74,1		
	Cárie	7	25,9	6,26	0,01*
O46	Hígido	11	40,7		
	Cárie	16	59,3	0,93	0,34
O45	Hígido	10	37,0		
	Cárie	15	55,6	9,56	0,01*
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
O44	Hígido	22	81,5		
	Cárie	2	7,4	28,22	<0,01*
	Restaurado sem cárie	3	11,1		
O43	Hígido	7	25,9		
	Cárie	20	74,1	6,26	0,01*
O42	Hígido	12	44,4		
	Cárie	10	37,0	2,89	0,24
	Restaurado sem cárie	5	18,5		
O41	Hígido	7	25,9		
	Cárie	15	55,6	6,22	0,04*
	Restaurado sem cárie	5	18,1		
O31	Hígido	9	33,3		
	Cárie	15	55,6	8,00	0,02*
	Restaurado sem cárie	3	11,1		
O32	Hígido	24	88,9		
	Cárie	3	11,1	16,33	<0,01*
O33	Hígido	15	55,6		
	Cárie	1	3,7	11,56	<0,01*
	Restaurado sem cárie	11	40,7		
O34	Hígido	24	88,9		
	Cárie	1	3,7	37,56	<0,01*
	Restaurado sem cárie	2	7,4		
O35	Hígido	15	55,6		
	Cárie	11	40,7	11,56	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	3,7		
O36	Hígido	26	96,3		
	Cárie	1	3,7	23,15	<0,01*
O37	Hígido	7	25,9		
	Cárie	4	14,8	8,67	0,01*
	Restaurado sem cárie	16	59,5		

Na tabela 10 é possível constatar uma significativa maior prevalência de dentes hígidos no V47, V46, V45, V44, V43, V42, V41, V32, V35, L44, L43, L31, L32, L34, L35, L36, L37, M47, M46, M45, M43, M42, M41, M32, M33, M35, M36, M37, D47, D45, D44, D42, D41, D31, D32, D33, D34, D35, D36, D37, O47, O44, O32, O33, O34, O35 e O35.

Na tabela 11 está sendo apresentado as características amostrais nos atletas, relativas a avaliação do cálculo dental.

Tabela 11 - Características amostrais nos atletas, relativas a avaliação do cálculo dental.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Sextante 1	Periodonto saudável	8	29,6	6,89	0,03*
	Sangramento após escovação	4	14,8		
	Presença de cálculo	15	55,6		
Sextante 2	Periodonto saudável	5	18,5	13,56	<0,01*
	Sangramento após escovação	4	14,8		
	Presença de cálculo	18	66,7		
Sextante 3	Periodonto saudável	6	22,2	15,52	<0,01*
	Sangramento após escovação	6	22,2		
	Presença de cálculo	15	55,6		
Sextante 4	Periodonto saudável	6	22,2	8,22	0,02*
	Sangramento após escovação	5	18,5		
	Presença de cálculo	16	59,3		
Sextante 5	Periodonto saudável	7	25,9	6,22	0,04*
	Sangramento após escovação	5	18,5		
	Presença de cálculo	15	55,6		
Sextante 6	Periodonto saudável	8	29,6	4,48	0,03*
	Sangramento após escovação	19	70,4		

Na tabela 11 se pode constatar uma significativa maior prevalência de atletas com presença de cálculo nos sextantes 1, 2, 3, 4 e 5, além de sangramento após a escovação no sextante 6.

Na tabela 12 está descrito as características amostrais nos atletas, relativas a classificação da erosão dentária.

Tabela 12 - Características amostrais nos atletas, relativas a classificação da erosão dentária.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Sextante 1	Sem perda	8	29,6	4,48	0,03*
	Perda inicial	19	70,4		

Sextante 2	Sem perda	10	37,0	1,82	0,18
	Perda inicial	17	63,0		
Sextante 3	Sem perda	13	48,1	10,67	0,01*
	Perda inicial	13	48,1		
	Perda de dentina	1	3,7		
Sextante 4	Sem perda	12	44,4	8,22	0,02*
	Perda inicial	13	48,1		
	Defeito distinto	2	7,4		
Sextante 5	Sem perda	13	48,1	8,22	0,02*
	Perda inicial	12	44,4		
	Defeito distinto	2	7,4		
Sextante 6	Sem perda	27	100,0	---	---

Na tabela 12 se pode constatar uma discreta maior prevalência entre os atletas de perda inicial no sextante 2, uma significativa maior prevalência de perda inicial nos sextantes 1 e 4, ausência de perda dentária no sextante 5, além de nenhuma perda no sextante 6.

Na tabela 13 está descrito as características amostrais nos atletas, relativas a classificação do traumatismo dentário.

Tabela 13 - Características amostrais nos atletas, relativas a classificação do traumatismo dentário.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Dente 17	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 16	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 15	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 14	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 13	Sem traumatismo	21	77,8	8,33	<0,01*
	Somente fratura de esmalte	6	22,2		
Dente 12	Sem traumatismo	21	77,8	8,33	<0,01*
	Somente fratura de esmalte	6	22,2		
Dente 11	Sem traumatismo	26	96,3	23,15	<0,01*
	Somente fratura de esmalte	1	3,7		
Dente 21	Sem traumatismo	26	96,3	23,15	<0,01*
	Somente fratura de esmalte	1	3,7		
Dente 22	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 23	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 24	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 25	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 26	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 27	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 47	Sem traumatismo	26	96,3	23,15	<0,01*
	Dente excluído	1	3,7		
Dente 46	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 45	Sem traumatismo	27	100,0	---	---

Dente 44	Sem traumatismo Somente fratura de esmalte	20 7	74,1 25,9	6,26	0,01*
Dente 43	Sem traumatismo Somente fratura de esmalte	19 8	70,4 29,6	4,48	0,03*
Dente 42	Sem traumatismo Somente fratura de esmalte	19 8	70,4 29,6	4,48	0,03*
Dente 41	Sem traumatismo Somente fratura de esmalte	26 1	96,3 3,7	23,15	<0,01*
Dente 31	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 32	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 33	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 34	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 35	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 36	Sem traumatismo	27	100,0	---	---
Dente 37	Sem traumatismo Somente fratura de esmalte	7 20	25,9 74,1	6,26	0,01*

Na tabela 13 se pode constatar uma significativa maior prevalência de ausência de traumatismos nos dentes 13, 12, 11, 21, 47, 44, 43, 42 e 41, enquanto na maioria dos dentes uma ausência total de traumatismos e somente no dente 37 uma significativa prevalência de fratura de esmalte.

Na tabela 14 está descrito as características amostrais nos atletas, relativas a classificação de prótese.

Tabela 14 - Características amostrais nos atletas, relativas a classificação de prótese.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Prótese	Prótese parcial	27	100,0	---	---

Na tabela 14 ainda, é possível constatar ainda que todos os atletas são usuários de próteses parciais.

Na tabela 15 está descrito as características amostrais nos atletas, relativas a classificação de mal oclusão.

Tabela 15 - Características amostrais nos atletas, relativas a classificação de mal oclusão.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Número de dentes ausentes	0	21	77,8	24,22	<0,01*
	4	2	7,4		
	6	4	14,8		
Apinhamento	Nenhum	15	55,6	8,00	0,02*

	1mm	9	33,3		
	2mm	3	11,1		
Espaçamento	Nenhum	20	74,1	6,26	0,01*
	Um segmento	7	25,9		
Diastema incisal	Ausente	12	44,4	8,22	0,02*
	Presente	15	55,6		
Desalinhamento maxilar anterior	0mm	16	59,3	9,56	0,01*
	1mm	8	29,6		
	2mm	3	11,1		
Desalinhamento mandibular anterior	0mm	27	100,0	---	---
Overjet maxilar anterior	0mm	27	100,0	---	---
Overjet mandibular anterior	0mm	26	96,3	23,15	<0,01*
	1mm	1	3,7		
Mordida aberta vertical anterior	0mm	6	22,2	2,00	0,37
	1mm	12	44,4		
	2mm	9	33,3		
Relação molar anteroposterior	Normal	6	22,2	2,00	0,37
	Meia cúspide	12	44,4		
	Uma cúspide	9	33,3		
Mordida cruzada posterior	Ausente	20	74,1	6,26	0,01
	Presente	7	25,9		
Mordida cruzada posterior	Ausente	10	37,0	3,96	0,27
	Direita	6	22,2		
	Esquerda	3	11,1		
	Bilateral	8	29,6		

Na tabela 15 é possível constatar uma significativa maior prevalência de atletas sem ausência de dentes, com nenhum apinhamento, com nenhum espaçamento, com diastema incisal presente, sem desalinhamento maxilar anterior, sem overjet mandibular anterior e com ausência de mordida cruzada posterior, enquanto nenhum atleta apresentou desalinhamento mandibular anterior.

A tabela 16 apresenta os fatores extrínsecos da erosão dentária nos não atletas.

Tabela 16- Características amostrais nos não-atletas, relativas a erosão dentária em seus fatores extrínsecos.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Trabalho em fábrica	Não	14	100,0	---	---
Prática de natação	Não	10	71,4	2,57	0,11
	Sim	4	28,6		
Uso de medicamento ou droga	Não	7	50,0	0,00	1,00
	Sim	7	50,0		
Qual medicamento ou droga	Hipertensão	5	71,4	1,29	0,26
	Ansiolítico	2	28,6		
Ingestão de alimentos ácidos	Não	6	42,9	0,29	0,59
	Sim	8	57,1		
Ingestão de bebidas ácidas	Não	9	64,3	1,14	0,29
	Sim	5	35,7		
Escova os dentes após alimentação	Não	3	21,4	4,57	0,03*
	Sim	11	78,6		

Usa escova de cerdas duras	Não	7	50,0	0,00	1,00
	Sim	7	50,0		
Usa pasta dental arenosa	Não	10	71,4	2,57	0,11
	Sim	4	28,6		
Escovação longa	Não	6	42,9	0,29	0,59
	Sim	8	57,1		

Na tabela 16 se pode constatar uma discreta maior prevalência de não praticantes de natação, dentre os usuários de medicação todos usam para hipertensão arterial, que ingerem alimentos ácidos, que não ingerem bebidas ácidas, não usam pasta dental arenosa. Prevalência significativa de participantes que escovam os dentes após as refeições.

Se observa ainda que todos os atletas da amostra não trabalham em fábricas, não praticam natação.

Na tabela 17 está descrita as características amostrais nos não-atletas, relativas a erosão dentária em seus fatores intrínsecos.

Tabela 17 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a erosão dentária em seus fatores intrínsecos.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Vômito	Não	14	100,0	---	---
Anorexia	Não	14	100,0	---	---
Regurgitação	Não	14	100,0	---	---
Xerostomia	Não	11	78,6	4,57	0,03*
	Sim	3	21,4		
Problema gastroesofágico	Não	7	50,0	0,00	1,00
	Sim	7	50,0		
Radioterapia	Não	14	100,0	---	---
Bulimia	Não	14	100,0	---	---
Hemodiálise	Não	14	100,0	---	---

Na tabela 17 se pode constatar uma significativa maior prevalência de participantes que não tem xerostomia. Ninguém da amostra vomita na escovação, não tem anorexia, regurgitação, não faz radioterapia, não tem bulimia e nem fazem hemodiálise.

Na tabela 18 está descrita as características amostrais nos não-atletas, relativas a sensibilidade dentinária.

Tabela 18 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a sensibilidade dentinária.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Apresenta sensibilidade nos dentes	Não	6	42,9	0,29	0,59
	Sim	8	57,1		

Caso sim	Quente	4	50,0	1,00	0,61
	Frio	2	25,0		
	Frio e quente	2	25,0		
Dor ao ingerir alimento ou bebida	Não	5	35,7	6,57	0,26
	Quente e doce	2	14,3		
	Gelado	4	28,6		
	Doce	1	7,1		
	Fio dental	1	7,1		
	Quente, doce e gelado	1	7,1		

Na tabela 18 se pode constatar uma discreta prevalência de participantes que apresentam sensibilidade dentária, especialmente a substâncias quentes e que não sentem dor ao ingerir alimentos ou bebidas.

Na tabela 19 está descrita as características amostrais nos não-atletas, relativas ao bruxismo auto relatado.

Tabela 19 - Características amostrais nos não-atletas, relativas ao bruxismo auto relatado.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Sabe se range os dentes	Não	8	57,1	0,29	0,59
	Sim	6	42,9		
Alguém já falou	Não	10	71,4	2,57	0,11
	Sim	4	28,6		
Frequência	Não	8	57,1	0,29	0,59
	Mais de 3 vezes/sem	6	42,9		
Diurno	Não	9	64,3	1,14	0,29
	Sim	5	35,7		
Noturno	Não	10	71,4	2,57	0,11
	Sim	4	28,6		
Faz apertamento dentário	Não	10	71,4	2,57	0,11
	Sim	4	28,6		

Na tabela 19 se pode constatar uma discreta prevalência de participantes que não sabem se rangem os dentes, que não foram informados por alguém se rangem os dentes, que não rangem os dentes nem de dia nem de noite e que não fazem apertamento dentário.

Na tabela 20 está descrita as características amostrais nos não-atletas, relativas ao consumo de carboidrato.

Tabela 20 - Características amostrais nos não-atletas, relativas ao consumo de carboidrato.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Consumo de carboidrato	Almoço	9	64,3	1,14	0,29
	Janta	5	35,7		

Na tabela 20 é possível constatar uma discreta maior prevalência de consumo de carboidrato durante o almoço.

Na tabela 21 está descrita nas características amostrais nos não-atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.

Tabela 21 - Características amostrais nos não-atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
V17	Hígido	9	64,3	7,00	0,03*
	Cárie	4	28,6		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
V16	Hígido	9	64,3	7,00	0,03*
	Cárie	4	28,6		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V15	Hígido	9	64,3	7,00	0,03*
	Cárie	4	28,6		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V14	Hígido	10	71,4	9,57	0,01*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
V13	Hígido	10	71,4	9,57	0,01*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V12	Hígido	11	78,6	21,43	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V11	Hígido	10	71,4	16,29	<0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V21	Hígido	11	78,6	4,57	0,03*
	Cárie	3	21,4		
V22	Hígido	10	71,4	9,14	0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado com cárie	2	14,3		
V23	Hígido	13	92,9	10,29	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V24	Hígido	12	85,8	17,29	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V25	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V26	Hígido	14	100,0	---	---
V27	Hígido	10	71,4	9,14	<0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
L17	Hígido	9	64,3	12,29	<0,01*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
L16	Hígido	9	64,3	6,14	0,04*

	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
L15	Hígido	13	92,9	10,20	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
L14	Hígido	11	78,6	4,57	0,03*
	Cárie	3	21,4		
L13	Hígido	10	71,4	2,57	0,11
	Cárie	4	28,6		
L12	Hígido	9	64,3	7,00	0,03*
	Cárie	4	28,6		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
L11	Hígido	9	64,3	6,14	0,04*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	3	21,4		
L21	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado com cárie	2	14,3		
L22	Hígido	10	71,4	9,14	0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
L23	Hígido	8	57,1	8,29	0,04*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
L24	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
L25	Hígido	10	71,4	9,57	0,01*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
L26	Hígido	9	64,3	6,14	0,04*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
L27	Hígido	8	57,2	4,00	0,14
	Cárie	4	28,6		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
M17	Hígido	10	71,4	2,57	0,11
	Restaurado sem cárie	4	28,6		
M16	Hígido	12	85,7	7,14	0,01*
	Cárie	2	14,3		
M15	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
M14	Hígido	10	71,4	16,29	<0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
M13	Hígido	7	50,0	2,71	0,26
	Cárie	5	35,7		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
M12	Hígido	10	71,4	9,57	0,01*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
M11	Hígido	8	57,2	5,29	0,07

	Cárie	5	28,6		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
M21	Hígido	10	71,4	2,57	0,11
	Cárie	4	28,6		
M22	Hígido	10	71,4	9,59	0,01*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
M23	Hígido	8	57,2	0,29	0,59
	Cárie	6	42,8		
M24	Hígido	9	64,3	12,29	0,01*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
M25	Hígido	7	50,0	1,86	0,40
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	4	28,6		
M26	Hígido	10	71,4	9,14	0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
M27	Hígido	9	64,3	7,00	0,03*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	4	28,6		
D17	Hígido	12	85,8	17,30	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
D16	Hígido	12	85,8	17,30	<0,01*
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
D15	Hígido	11	78,6	4,57	0,03*
	Restaurado sem cárie	3	21,4		
D14	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
D13	Hígido	12	85,7	17,30	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
D12	Hígido	9	64,3	6,14	0,04*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
D11	Hígido	12	85,7	17,30	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
D21	Hígido	12	85,7	7,14	0,01*
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
D22	Hígido	10	71,4	16,29	<0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
D23	Hígido	8	57,2	3,57	0,16
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	3	21,4		
D24	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado com cárie	1	7,1		

D25	Hígido	10	71,4	9,57	0,01*
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	3	21,4		
D26	Hígido	13	92,9	10,29	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
D27	Hígido	10	71,4	16,29	<0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O17	Hígido	5	35,7	2,71	0,26
	Cárie	7	50,0		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
O16	Hígido	10	71,4	16,29	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
O15	Hígido	10	71,4	16,29	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
O14	Hígido	4	28,6	6,00	0,11
	Cárie	7	50,0		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
O13	Hígido	10	71,4	9,57	0,01*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O12	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
O11	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
O21	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Restaurado com cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O22	Hígido	12	85,7	17,29	<0,01*
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O23	Hígido	12	85,7	17,29	<0,01*
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O24	Hígido	12	85,7	17,29	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O25	Hígido	10	71,4	16,29	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado com cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O26	Hígido	10	71,4	9,14	0,01*
	Restaurado com cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
O27	Hígido	9	64,3	6,14	0,04*
	Cárie	2	14,3		

	Restaurado sem cárie	3	21,4
--	----------------------	---	------

Na tabela 21 é possível constatar uma significativa maior prevalência de dentes hígidos no V17, V16, V15, V14, V13, V12, V11, V21, V22, V23, V24, V25, V27, L17, L16, L15, L14, L12, L11, L21, L22, L23, L24, L25, L26, L27, M16, M15, M14, M12, M22, M24, M26, M27, D17, D16, D15, D14, D13, D12, D11, D21, D22, D24, D25, D26, D27, O16, O15, O13, O12, O11, O21, O22, O23, O24, O25, O26 e O27.

Na tabela 22 Características amostrais nos não-atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.

Tabela 22 - Características amostrais nos não-atletas, relativas ao exame clínico dos dentes.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
V47	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
V46	Hígido	12	85,7	7,14	0,01*
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
V45	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V44	Hígido	12	85,7	17,29	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V43	Hígido	13	92,9	10,29	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V42	Hígido	13	92,9	10,29	<0,01*
	Restaurado com cárie	1	7,1		
V41	Hígido	12	85,7	17,29	<0,01*
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V31	Hígido	12	85,7	17,129	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
V32	Hígido	12	85,7	7,14	0,01*
	Cárie	2	14,3		
V33	Hígido	12	85,7	7,14	0,01*
	Cárie	2	14,3		
V34	Hígido	12	85,7	7,14	0,01*
	Cárie	2	14,3		
V35	Hígido	11	78,6	4,57	0,03*
	Cárie	3	21,4		
V36	Hígido	11	78,6	4,57	0,03*
	Cárie	3	21,4		
V37	Hígido	13	92,9	10,29	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
L47	Hígido	8	57,2	10,07	0,02*
	Cárie	4	28,6		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
L46	Hígido	9	64,3	6,14	0,04*

	Cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	3	21,4		
L45	Hígido	12	85,7		
	Cárie	1	7,1	17,29	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
L44	Hígido	13	92,9		
	Cárie	1	7,1	10,29	<0,01*
L43	Hígido	12	85,7		
	Cárie	1	7,1	17,29	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
L42	Hígido	13	92,9		
	Restaurado sem cárie	1	7,1	10,29	<0,01*
L41	Hígido	11	78,6		
	Cárie	1	7,1	13,00	<0,01*
	Restaurado com cárie	2	14,3		
L31	Hígido	14	100,0	---	---
	Cárie				
L32	Hígido	12	85,7		
	Cárie	2	14,3	7,14	0,01*
L33	Hígido	9	64,3		
	Cárie	4	28,6	7,00	0,03*
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
L34	Hígido	7	50,0		
	Cárie	5	35,7	2,71	0,26
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
L35	Hígido	10	71,4		
	Cárie	2	14,3	9,14	0,01*
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
L36	Hígido	10	71,4		
	Cárie	1	7,1	9,57	0,01*
	Restaurado sem cárie	3	21,4		
L37	Hígido	11	78,6		
	Cárie	1	7,1	13,00	<0,01*
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
M47	Hígido	13	92,9		
	Cárie	1	7,1	10,29	<0,01*
M46	Hígido	12	85,7		
	Cárie	1	7,1	17,29	<0,01*
	Restaurado com cárie	1	7,1		
M45	Hígido	12	85,7		
	Cárie	1	7,1	17,29	<0,01*
	Restaurado com cárie	1	7,1		
M44	Hígido	11	78,6		
	Cárie	1	7,1	13,00	<0,01*
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
M43	Hígido	7	50,0		
	Cárie	5	35,7	2,71	0,26
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
M42	Hígido	13	92,9		
	Restaurado sem cárie	1	7,1	10,29	<0,01*
M41	Hígido	13	92,9		
	Cárie	1	7,1	10,29	<0,01*
M31	Hígido	11	78,6		
	Cárie	3	21,4	4,57	0,03*

M32	Hígido	11	78,6	4,57	0,03*
	Cárie	3	21,4		
M33	Hígido	12	85,7	17,29	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
M34	Hígido	13	92,9	10,29	<0,01*
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
M35	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
M36	Hígido	10	71,4	9,57	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	3	21,4		
M37	Hígido	9	64,3	12,29	0,01*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
D47	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
D46	Hígido	9	64,3	6,14	0,04*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
D45	Hígido	14	100,0	---	---
D44	Hígido	13	92,9	10,29	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
D43	Hígido	10	71,4	9,57	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	3	21,4		
D42	Hígido	13	92,9	10,29	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
D41	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
D31	Hígido	11	78,6	13,00	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
D32	Hígido	11	78,6	5,57	0,03
	Restaurado sem cárie	3	21,4		
D33	Hígido	10	71,4	9,57	0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	3	21,4		
D34	Hígido	10	71,4	9,14	0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
D35	Hígido	5	35,7	1,00	0,61
	Cárie	6	42,8		
	Restaurado sem cárie	3	21,4		
D36	Hígido	9	64,3	6,14	0,04*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
D37	Hígido	3	21,4	3,57	0,17
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	8	57,2		

O47	Hígido	8	57,2	0,29	0,59
	Cárie	6	42,8		
O46	Hígido	12	85,7	7,14	0,01*
	Cárie	2	14,3		
O45	Hígido	9	64,3	7,00	0,03*
	Cárie	4	28,6		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O44	Hígido	3	21,4	6,14	0,04*
	Cárie	9	64,3		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
O43	Hígido	10	71,4	9,57	0,01*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O42	Hígido	5	35,7	1,14	0,29
	Restaurado sem cárie	9	64,3		
O41	Hígido	12	85,7	17,29	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O31	Hígido	5	35,7	5,29	0,07
	Cárie	8	57,2		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O32	Hígido	4	28,6	7,00	0,03*
	Cárie	9	64,3		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O33	Hígido	10	71,4	9,57	0,01*
	Cárie	3	21,4		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O34	Hígido	4	28,6	7,0	0,03*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	9	64,3		
O35	Hígido	9	64,3	11,71	0,01*
	Cárie	2	14,3		
	Restaurado com cárie	1	7,1		
	Restaurado sem cárie	2	14,3		
O36	Hígido	4	28,6	7,00	0,03*
	Cárie	9	64,3		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		
O37	Hígido	10	71,4	16,29	<0,01*
	Cárie	1	7,1		
	Restaurado com cárie	2	14,3		
	Restaurado sem cárie	1	7,1		

Na tabela 22 é possível constatar uma significativa maior prevalência de dentes hígidos no V47, V46, V45, V44, V43, V42, V41, V31, V32, V33, V34, V35, V36, V37, L47, L46, L45, L44, L43, L42, L41, L32, L33, L35, L36, M47, M46, M45, M44, M42, M41, M31, M32, M33, M34, M35, M36, M37, D47, D44, D43, D42, D41, D31, D32, D33, D34, D36, O46, O45, O43, O41, O33, O35 e O37.

Na tabela 23 está apresentada as características amostrais nos não-atletas, relativas a avaliação do cálculo dental.

Tabela 23 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a avaliação do cálculo dental.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Sextante 1	Periodonto saudável	6	42,8	1,00	0,61
	Sangramento após escovação	3	21,4		
	Presença de cálculo	5	35,7		
Sextante 2	Periodonto saudável	5	35,7	1,00	0,61
	Sangramento após escovação	3	21,4		
	Presença de cálculo	6	42,8		
Sextante 3	Periodonto saudável	5	35,7	1,00	0,61
	Sangramento após escovação	3	21,4		
	Presença de cálculo	6	42,8		
Sextante 4	Periodonto saudável	5	35,7	0,14	0,93
	Sangramento após escovação	4	28,6		
	Presença de cálculo	5	35,7		
Sextante 5	Periodonto saudável	5	35,7	1,00	0,61
	Sangramento após escovação	3	21,4		
	Presença de cálculo	6	42,8		
Sextante 6	Periodonto saudável	7	50,0	1,86	0,40
	Sangramento após escovação	3	21,4		
	Presença de cálculo	4	28,6		

Na tabela 23 se pode constatar uma discreta maior prevalência de participantes com periodontia saudável nos sextantes 1 e 6, além de periodontia saudável ou presença de cálculo no sextante 4 e presença de cálculos nos sextantes 2, 3 e 5.

Na tabela 24 está descrita as características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação da erosão dentária.

Tabela 24 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação da erosão dentária.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Sextante 1	Sem perda	4	28,6	2,57	0,11
	Perda inicial	10	71,4		
Sextante 2	Sem perda	4	28,6	2,57	0,11
	Perda inicial	10	71,4		
Sextante 3	Sem perda	5	35,7	1,14	0,29
	Perda inicial	9	64,3		
Sextante 4	Sem perda	9	64,3	7,00	0,03*
	Perda inicial	4	28,6		
	Defeito distinto	1	7,1		
Sextante 5	Sem perda	7	50,0	2,71	0,26
	Perda inicial	5	35,7		

	Defeito distinto	2	14,3		
Sextante 6	Sem perda	8	57,2		
	Perda inicial	4	28,6	4,00	0,14
	Defeito distinto	2	14,3		

Na tabela 24 se pode constatar uma discreta maior prevalência entre os participantes de ausência de perda dentária nos sextantes 5 e 6, além de perda inicial nos sextantes 1, 2 e 3 e de significativa prevalência de ausência de perda no sextante 4.

Na tabela 25 está descrita as características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação do traumatismo dentário.

Tabela 25 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação do traumatismo dentário.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Dente 17	Sem traumatismo	13	92,9	10,29	<0,01*
	Somente fratura de esmalte	1	7,1		
Dente 16	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 15	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 14	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 13	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 12	Sem traumatismo	13	92,9	10,29	<0,01*
	Somente fratura de esmalte	1	7,1		
Dente 11	Sem traumatismo	13	92,9	10,29	<0,01*
	Somente fratura de esmalte	1	7,1		
Dente 21	Sem traumatismo	13	92,9	10,29	<0,01*
	Somente fratura de esmalte	1	7,1		
Dente 22	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 23	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 24	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 25	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 26	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 27	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 47	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 46	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 45	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 44	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 43	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 42	Sem traumatismo	13	92,9	10,29	<0,01*
	Somente fratura de esmalte	1	7,1		
Dente 41	Sem traumatismo	13	92,9	10,29	<0,01*
	Somente fratura de esmalte	1	7,1		
Dente 31	Sem traumatismo	13	92,9	10,29	<0,01*

	Somente fratura de 1 esmalte	7,1			
Dente 32	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 33	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 34	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 35	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 36	Sem traumatismo	14	100,0	---	---
Dente 37	Sem traumatismo	14	100,0	---	---

Na tabela 25 se pode constatar uma significativa maior prevalência de ausência de traumatismos nos dentes 12, 11, 21, 42, 41 e 31, enquanto na maioria dos dentes uma ausência total de traumatismos.

Na tabela 26 está descrita as características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação de prótese.

Tabela 26 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação de prótese.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Prótese	Sem prótese	6	42,8	0,29	0,59
	Prótese parcial	8	57,2		

Na tabela 26 é possível constatar uma discreta prevalência de participantes usuários de próteses parciais.

Na tabela 27 está descrito as características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação de mal oclusão.

Tabela 27 - Características amostrais nos não-atletas, relativas a classificação de mal oclusão.

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Número de dentes ausentes	4	3	21,4	1,43	0,70
	5	2	14,3		
	6	4	28,6		
	8	5	35,7		
Apinhamento	Nenhum	10	71,4	2,57	0,11
	1mm	4	28,6		
Espaçamento	Nenhum	10	71,4	2,57	0,11
	Um segmento	4	28,6		
Diastema incisal	Ausente	10	71,4	2,57	0,11
	Presente	4	28,6		
Desalinhamento maxilar anterior	0mm	3	21,4	6,14	0,04*
	1mm	9	64,3		
	2mm	2	14,3		

Desalinhamento mandibular anterior	0mm	9	64,3	6,14	0,04*
	1mm	3	21,4		
	2mm	2	14,3		
Overjet maxilar anterior	0mm	14	100,0	---	---
Overjet mandibular anterior	0mm	14	100,0	---	---
Mordida aberta vertical anterior	0mm	12	85,7	7,14	0,01*
	1mm	2	14,3		
Relação molar anteroposterior	Normal	1	7,1	5,29	0,07
	Meia cúspide	8	57,1		
	Uma cúspide	5	35,7		
Mordida cruzada posterior	Ausente	9	64,3	1,14	0,29
	Presente	5	35,7		
Mordida cruzada posterior	Direita	4	28,6	7,00	0,03*
	Bilateral	9	64,3		
	XXXXXX	1	7,1		

Na tabela 27 é possível constatar uma significativa maior prevalência de participantes com desalinhamento maxilar anterior de 1 milímetro, sem desalinhamento mandibular anterior, com ausência de mordida aberta vertical anterior e com mordida cruzada posterior bilateral, enquanto nenhum apresentou overjet maxilar anterior e overjet mandibular anterior.

Na tabela 28 está descrito as características descritivas da saúde bucal para as variáveis categóricas nos grupos de Atletas e Não-atletas (valores absolutos e valores relativos) e comparação das prevalências (Qui-quadrado).

Tabela 28 - Características descritivas da saúde bucal para as variáveis categóricas nos grupos de Atletas e Não-atletas (valores absolutos e valores relativos) e comparação das prevalências (Qui-quadrado).

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Sensibilidade dentária	Atletas	14	63,6	1,64	0,20
	Não-atletas	8	36,4		
Dor dentária	Atletas	0	---	---	---
	Não-atletas	2	100,0		
Bruxismo	Atletas	8	53,3	0,07	0,80
	Não-atletas	7	46,7		
Mais de 8 dentes hígidos	Atletas	18	69,2	3,85	0,05
	Não-atletas	8	30,8		
Tártaro	Atletas	14	63,6	1,64	0,20
	Não-atletas	8	36,4		
Sangramento gengival	Atletas	7	50,0	0,00	1,00
	Não-atletas	7	50,0		
Doença periodontal	Atletas	7	50,0	0,00	1,00
	Não-atletas	7	50,0		
Erosão em estágio inicial	Atletas	13	72,2	3,56	0,06
	Não-atletas	5	27,8		
Erosão em estado avançado	Atletas	4	57,1	0,14	0,71
	Não-atletas	3	42,9		

Perda dentária no esmalte	Atletas	10	58,8	0,53	0,47
	Não-atletas	7	41,2		
Perda dentária na dentina	Atletas	4	44,4	0,11	0,74
	Não-atletas	5	55,6		
Má oclusão	Atletas	27	65,9	4,12	0,04*
	Não-atletas	14	34,1		

Como se pode observar na tabela 28, devido todos os casos apresentarem má oclusão nos dois grupos, se verificou uma prevalência significativa de casos de má oclusão entre os atletas em comparação com os não-atletas, quanto as demais variáveis estudadas não foram verificadas diferenças estatísticas entre os grupos investigados.

Na tabela 29 está descrito características descritivas da saúde bucal para as variáveis quantitativas nos grupos de Atletas e Não-atletas (Média aritmética $\pm$ desvio padrão) e comparação das médias (teste t de Student para amostras independentes).

Tabela 29- Características descritivas da saúde bucal para as variáveis quantitativas nos grupos de Atletas e Não-atletas (Média aritmética $\pm$ desvio padrão) e comparação das médias (teste t de Student para amostras independentes).

Variável	Grupos		Comparação	
	Atletas	Não-atletas	t	p
Número de dentes cariados	1,48 $\pm$ 1,09	2,29 $\pm$ 1,86	-1,75	0,09
Número de dentes restaurados sem cáries	3,22 $\pm$ 1,72	3,29 $\pm$ 1,64	-0,12	0,91
Número de dentes restaurados com cáries	0,67 $\pm$ 0,88	1,93 $\pm$ 0,84	-4,53	<0,01*
Número de dentes inclusos	0,30 $\pm$ 0,61	0,79 $\pm$ 0,80	-2,19	0,04*
Número de dentes com traumatismos	0,48 $\pm$ 0,64	0,43 $\pm$ 0,85	0,22	0,82
Número de dentes ausentes	5,93 $\pm$ 1,81	6,14 $\pm$ 1,61	-0,39	0,70

Na tabela 29 se pode constatar um número significativamente maior de dentes restaurados com cáries e de dentes inclusos entre os não-atletas comparados com os atletas, quanto as demais variáveis, apesar de valores maiores entre os não-atletas (exceto para o número de dentes com traumatismos), as diferenças não foram significativas do ponto de vista estatístico.

4.5 Estatística Inferencial da Qualidade de Vida

Na tabela 30 está apresentada as Características descritivas da qualidade de vida para as variáveis quantitativas nos grupos de Atletas e Não-atletas (Média aritmética $\pm$ desvio padrão) e comparação das médias (teste t de Student para amostras independentes).

Tabela 30 - Características descritivas da qualidade de vida para as variáveis quantitativas nos grupos de Atletas e Não-atletas (Média aritmética $\pm$ desvio padrão) e comparação das médias (teste t de Student para amostras independentes).

Variável	Grupos		Comparação		Δ	$\Delta\%$	valor-p
	Atletas	Não-atletas	t	p			
Dom 1 - Físico	13,26 ± 1,60	13,07 ± 2,19	0,31	0,76	0,19	1,45	0,759
Dom 2 - Psicológico	14,27 ± 1,36	13,76 ± 1,93	0,96	0,34	0,51	3,68	0,341
Dom 3 - Independência	13,09 ± 1,23	12,85 ± 1,97	0,48	0,63	0,24	1,87	0,721
Dom 4 - Relações Sociais	14,71 ± 2,41	12,67 ± 2,67	2,34	0,02*	2,04	16,13	0,024
Dom 5 - Meio Ambiente	13,80 ± 1,79	12,41 ± 1,83	2,17	0,04*	1,38	11,14	0,035
Dom 6 - Espiritualidade	16,41 ± 3,75	17,80 ± 1,99	-1,60	0,12	-1,39	-7,81	0,266
Índice Geral	13,82 ± 2,51	13,20 ± 2,04	0,82	0,43	0,62	4,70	0,475

Na tabela 30 se pode constatar que somente nos domínios 4 e 5 foram verificadas diferenças significativas, onde se pode constatar que os índices de qualidade de vida relativas aos dois domínios apresentaram-se significativamente superior no grupo de atletas quando comparado com o grupo de não-atletas.

Na figura 3 está apresentada a Análise comparativa da qualidade de vida entre os grupos de Paradesportistas e Não-atletas e logo em seguida a tabela que descreve o gráfico.

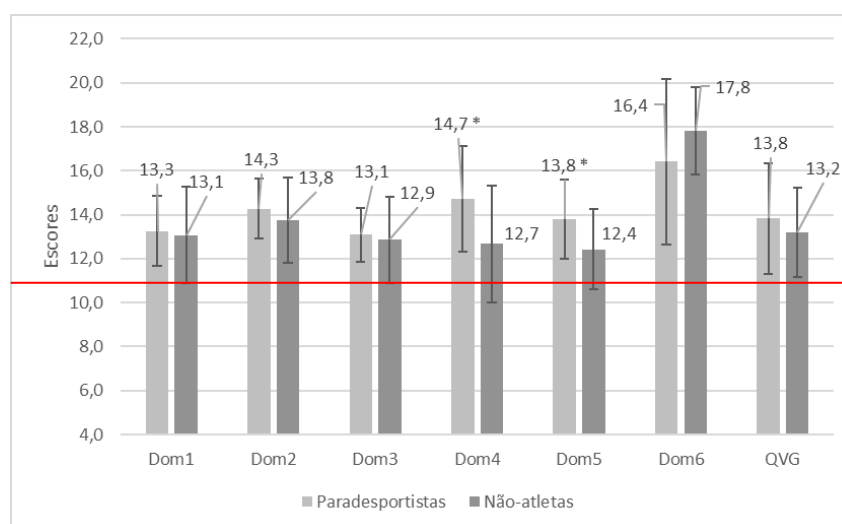


Figura 3. Análise comparativa da qualidade de vida entre os grupos de Paradesportistas e Não-atletas

4.6 Estatística Inferencial da Saúde Bucal

Características descritivas da saúde bucal para as variáveis categóricas nos grupos de Atletas e Não-atletas (valores absolutos e valores relativos) e comparação das prevalências (Qui-quadrado).

Variável	Classificação	Prevalência		Qui-quadrado	
		N	%	X ²	p
Sensibilidade dentária	Atletas	14	63,6	1,64	0,20
	Não-atletas	8	36,4		
Dor dentária	Atletas	0	---	---	---
	Não-atletas	2	100,0		
Bruxismo	Atletas	8	53,3	0,07	0,80
	Não-atletas	7	46,7		
Mais de 8 dentes hígidos	Atletas	18	69,2	3,85	0,05
	Não-atletas	8	30,8		
Tártaro	Atletas	14	63,6	1,64	0,20
	Não-atletas	8	36,4		
Sangramento gengival	Atletas	7	50,0	0,00	1,00
	Não-atletas	7	50,0		
Doença periodontal	Atletas	7	50,0	0,00	1,00
	Não-atletas	7	50,0		
Erosão em estágio inicial	Atletas	13	72,2	3,56	0,06
	Não-atletas	5	27,8		
Erosão em estado avançado	Atletas	4	57,1	0,14	0,71
	Não-atletas	3	42,9		
Perda dentária no esmalte	Atletas	10	58,8	0,53	0,47
	Não-atletas	7	41,2		
Perda dentária na dentina	Atletas	4	44,4	0,11	0,74
	Não-atletas	5	55,6		
Má oclusão	Atletas	27	65,9	4,12	0,04*
	Não-atletas	14	34,1		

Como se pode observar na tabela, devido todos os casos apresentarem má oclusão nos dois grupos, se verificou uma prevalência significativa de casos de má oclusão entre os atletas em comparação com os não-atletas, quanto as demais variáveis estudadas não foram verificadas diferenças estatísticas entre os grupos investigados.

Características descritivas da saúde bucal para as variáveis quantitativas nos grupos de Atletas e Não-atletas (Média aritmética $\pm$ desvio padrão) e comparação das médias (teste t de Student para amostras independentes).

Variável	Grupos		Comparação	
	Atletas	Não-atletas	t	p
Número de dentes cariados	1,48 $\pm$ 1,09	2,29 $\pm$ 1,86	-1,75	0,09
Número de dentes restaurados sem cáries	3,22 $\pm$ 1,72	3,29 $\pm$ 1,64	-0,12	0,91
Número de dentes restaurados com cáries	0,67 $\pm$ 0,88	1,93 $\pm$ 0,84	-4,53	<0,01*
Número de dentes inclusos	0,30 $\pm$ 0,61	0,79 $\pm$ 0,80	-2,19	0,04*
Número de dentes com traumatismos	0,48 $\pm$ 0,64	0,43 $\pm$ 0,85	0,22	0,82
Número de dentes ausentes	5,93 $\pm$ 1,81	6,14 $\pm$ 1,61	-0,39	0,70

Nesta tabela se pode constatar um número significativamente maior de dentes restaurados com cáries e de dentes inclusos entre os não-atletas comparados com os atletas, quanto as demais variáveis, apesar de valores maiores entre os não-atletas (exceto para o número de dentes com traumatismos), as diferenças não foram significativas do ponto de vista estatístico.

5 DISCUSSÃO

A promoção e assistência saúde para pessoas com deficiência no Brasil é um grande desafio e até o momento, não foram realizados levantamentos a nível nacional que determine a prevalência de problemas de saúde bucal na população com deficiência, o que dificulta uma real comparação com a população em geral. Porém, alguns estudos realizados com pessoas com deficiência e que comparam os resultados com as respectivas pesquisas nacionais reportam que o índice CPO-D de pessoas com deficiência é maior que o da população em geral, apresentando maior número de dentes cariados e perdidos, e um menor índice de dentes restaurados (Lee et al., 2019). Além disso, Rocha et al. (2015) relatam que pessoas com deficiência têm dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, devido às barreiras físicas e culturais, apontando falhas por parte do Serviço Único de Saúde (SUS) na conscientização e estímulo com cuidado em saúde bucal e uso dos serviços.

Nossa pesquisa foi composta por 27 paratletas e 14 não praticantes de paradesporto. Foi assinado o termo de compromisso com a pesquisa, preenchimento dos questionários do google forms e após isso a realização do exame clínico

odontológico. Os exames foram feitos individualmente, observando cada item da saúde bucal, além da orientação e instrução de higiene oral feita em cada participante. Finalizado o exame clínico, fez-se a aplicação tópica de flúor e entrega da cartilha de higiene oral. Os dados foram analisados e estudados. Esta avaliação clínica ajudou a entender melhor e observar algumas prevalências que praticamente todos possuíam: Escovação por um período longo (76,9%), quando se trata de atletas com deficiências, diferentes estudos sugerem que esses indivíduos podem ter um estado geral de saúde bucal piorado quando comparado com pessoas sem deficiências (Plichita,2019) pois as limitações físicas enfrentadas por muitas pessoas com deficiências podem interferir na habilidade para a realização de uma higiene bucal eficiente. A maioria tem o conhecimento sobre as cerdas macias serem menos agressivas ao periodonto e somente (23,1%) utilizavam ainda escovas de cerdas duras.

As doenças periodontais são muito prevalentes e afetam cerca de 20-50% da população global. A alta prevalência de doença periodontal em adolescentes, adultos e idosos torna-a uma preocupação de saúde pública. Vários fatores de risco, como tabagismo, déficit na higiene oral, diabetes, medicamentos, condições hereditárias e estresse estão relacionados a doenças periodontais. As doenças periodontais são os primeiros sinais de certas complicações sistêmicas que podem surgir num paciente. Na verdade, muitos estudos têm mostrado que as doenças periodontais podem ter consequências como doença respiratória, doença renal crônica, artrite reumatoide, obesidade, síndrome metabólica e cancro (Ashraf Nazir, 2017). As doenças periodontais mais prevalentes são gengivite e periodontite.

As duas doenças bucais mais prevalentes são a cárie e a doença periodontal, e suas consequências podem comprometer a alimentação, a fala e a autoestima dos indivíduos acometidos, produzindo níveis variáveis de impacto no bem-estar dos mesmos (FERRUZI,2019).

Em 2014, Ashley e colaboradores conduziram uma revisão sistemática, com 34 estudos selecionados, visando avaliar o estado de saúde bucal dos atletas. Os principais agravos encontrados no estudo são bem parecidos com os dados colhidos nesta primeira parte da coleta de dados: Cárie, Erosão, trauma dentário em unidades anteriores, perda dentária de no mínimo 06 dentes e presença de cálculo gengival. Observou-se também durante a entrevista com os atletas que ambos não tinham conhecimento da influência da saúde bucal na prática esportiva, apesar de concordarem da importância da consulta anualmente ao dentista.

A lesão cervical não cariosa, hipersensibilidade dentinária e recessão gengival podem ocorrer simultaneamente (TEIXEIRA et al., 2018), sendo alguns fatores de risco comuns para o surgimento e evolução destas. Alguns grupos populacionais podem estar

mais expostos a esses fatores, tornando-os mais suscetíveis ao desenvolvimento desses problemas. Os fatores de risco incluem dieta ácida, doenças gástricas, mal oclusão, hábitos parafuncionais como apertamento e bruxismo. Assim, considera-se importante a realização de um estudo a fim de compreender a prevalência da lesão cervical não cariosa, hipersensibilidade dentinária e recessão gengival no grupo específico de atletas com deficiência em Uberlândia-MG, além de avaliar se podem interferir na qualidade de vida e analisar a presença e influência dos fatores de risco, com o intuito de possibilitar a sua prevenção e controle (ÁLVAREZ-ARENAL et al., 2019).

A ausência de dentes permanentes é considerada fator de risco para doenças cardiovasculares. A falta da eficiência mastigatória causada pelas extrações leva o indivíduo a preferência por alimentos mais moles e frágeis a mastigação, este padrão é rico em gorduras e carboidratos, alimentos considerados de risco à doença cardiovascular (PLICHITA, 2019). Nos resultados obtidos, uma porcentagem acima de 60% faz uso de próteses pela grande quantidade de ausência dentária, eles não se queixam de dor na mastigação, nem de qualquer outro tipo de dor, embora com ausência dentárias, mas as próteses ajudam nessa mastigação permitindo que eles utilizem qualquer tipo de padrão de alimento.

Nos jogos de 2012, em Londres, além dos atendimentos, um estudo transversal foi realizado para analisar a condição de saúde bucal de 302 atletas paralímpicos. Os resultados demonstraram alto índice de problemas de saúde bucal, incluindo cáries (55% dos atletas), erosão dentária (45%) e doença periodontal (75% com gengivite e 15% com periodontite). Quanto aos jogos Rio 2016, não foram publicados dados sobre os atendimentos odontológicos nas olimpíadas e paralimpíadas (NEEDLEMAN et al., 2020).

Sob a ótica da promoção de saúde, a relação entre qualidade de vida e saúde bucal tem sido motivo de atenção dos profissionais da odontologia, principalmente pela relevância de problemas bucais e dos impactos físicos e psicossociais que ela acarreta na vida das pessoas. Os problemas bucais podem causar dor, desconforto, limitações e outras condições decorrentes de fatores estéticos que afetam a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo, acarretando problemas significativos na qualidade de vida do indivíduo, o que torna essencial entender como o indivíduo percebe a própria condição bucal, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção (VANZ, et.al., 2014).

No geral, 32,0% dos atletas relataram um impacto relacionado à saúde oral no desempenho desportivo: dor oral (29,9%), dificuldade em participar nos treinos

regulares e competição (9,0%), desempenho afetado (5,8%) e redução no volume de treinos (3,8 %). Outros impactos foram dificuldade para comer (34,6%), relaxar (15,1%) e sorrir (17,2%). Vários problemas de saúde oral foram associados a impactos no desempenho. Os resultados encontrados foram que existe uma associação com o estado de saúde oral e impactos psicossociais, incluindo dor. Vários problemas de saúde oral auto relatados tiveram uma associação com impactos relatados por atletas no bem-estar ou desempenho desportivo. A triagem regular e o uso de estratégias eficazes de promoção da saúde oral podem minimizar os impactos no desempenho de problemas de saúde oral.

Um estudo de Frese et al., 2015 revelou uma correlação positiva entre a acumulação de treinos semanais e a prevalência de cárie dentária. O mecanismo responsável seria o aumento da frequência de consumo de hidratos de carbono e energéticos. Os 30 atletas paralímpicos entrevistados não fazem uso de energéticos, nem hidratos de carbono, eles utilizam somente a água como forma de hidratação.

Apesar de que raramente se constituem em situações de vida ou morte, os agravos de saúde bucal persistem como um grande problema de saúde pública, devido a sua prevalência, e existem indícios significativos de que provocam consequências sociais, econômicas e psicológicas acarretando em um impacto na qualidade de vida das pessoas (LIMA,2019). Os estudos de (De Araújo, 2020) relata que as principais ocorrências relacionadas aos problemas de desordem bucal são a cárie dentária, erosão dental e doenças periodontais. Em nosso estudo, houve prevalência de cárie dentária, dentes restaurados com amálgama na maioria, graus leves de erosão dentárias e outros tipos de lesões não abrasivas e doença periodontal não teve, apenas presença de cálculo dental em alguns sextantes.

O consumo de alimentos, incluindo bebidas esportivas, suplementos, refrigerantes, doces e bebidas ácidas é um dos principais fatores intervenientes na saúde bucal, especialmente relacionados ao desenvolvimento da cárie dentária, doença periodontal e erosão dentária. Durante os treinos e jogos, os atletas ingerem com frequência bebidas esportivas e géis contendo carboidratos, que podem ser energéticos (normalmente com uma concentração de CHO > 10%), isotônicos (4-8% CHO) e hipotônicos (normalmente em torno de 2% de CHO ou menos).

A ingestão de carboidratos na dieta é um dos fatores causais mais bem caracterizados para a cárie dentária e os alimentos e bebidas ácidas são os principais fatores que causam a erosão (NEEDLEMAN et al., 2013; LUSSI et al., 2004). A relação entre cárie dentária e o consumo de bebidas esportivas tem sido relatada em crianças, no entanto, poucos estudos têm sido realizados em atletas de elite (KAWASHITA et al., 2011).

Os efeitos pró-inflamatórios de uma alta ingestão de carboidratos também podem aumentar o risco de doença periodontal. O esforço físico, ao praticar esportes, pode influenciar na secreção e composição da saliva. A viscosidade da saliva aumenta, enquanto a secreção aquosa diminui de modo que, após um único esforço físico, as alterações são reversíveis e os valores retornam à linha de base em poucas horas. No caso de esforços físicos intensivos e duradouros, com duração de vários meses, a diminuição da composição da saliva pode ter um caráter mais permanente. Isso tem um efeito prejudicial na defesa imunológica, o que pode comprometer a saúde do paratleta.

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) foi definida como sendo “um auto relato referente à saúde bucal, que visa capturar os impactos funcional, social e psicológico das doenças bucais”. Contudo, o conceito de QVRSB é bastante subjetivo e deve ser avaliado levando-se em consideração o ambiente sociocultural no qual o indivíduo está inserido, bem como suas crenças e histórico de vida. Por isso, mesmo pacientes com graves condições de saúde bucal podem relatar que desfrutam de boa qualidade de vida, pelo fato de que a QVRSB é singular para cada indivíduo. Em nosso estudo com a média do índice de Qualidade de Vida reflete nisso, numa porcentagem de 14,41%, mostra que os paratletas embora apresentem algumas más oclusões, cáries dentárias, não relatam modificar ou reclamar de sua qualidade de vida e bem-estar. Parâmetros clínicos de saúde bucal oferecem medidas objetivas de distúrbios bucais que são inegavelmente importantes para entender o estado de saúde de uma população (LLANOS, 2020).

Neste sentido, quanto à análise entre os domínios da QV entre os atletas paralímpicos, observamos que o domínio ambiental foi o menor avaliado quando comparado com os outros domínios, corroborando com os achados de Esteves et al. (2019), que afirmaram em seu estudo que esse fato está relacionado à maioria dos atletas paralímpicos apresentarem baixo nível socioeconômico e esse contexto sociocultural, no qual o atleta está inserido, influencia diretamente na sua forma de pensar, sentir e agir.

Um estudo comparou a QV entre homens e mulheres com deficiência, identificando-se que a qualidade e a satisfação com a vida são mais bem avaliada em homens e mulheres por fatores como maior capacidade física e funcional, bem-estar, saúde em geral, apoio social, recursos financeiros e idade cronológica (TATE et al., 2020). Mas quando comparados entre Paratletas de alto rendimento, não houve diferenças significativas na QV, na questão gênero como demonstrado por (MODOIO et al. 2019).

É necessário destacar que em nosso estudo não foram constatadas diferenças significativas entre os paratletas que possuíam algum tipo de patrocínio esportivo

público ou privado e os paratletas sem patrocínio. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), fatores econômicos influenciam na percepção de QV (WORLD, 2011). Contudo, nossos achados corroboram com os de Parreiras (2018) no qual o fator socioeconômico não interferiu na percepção de QV dos paratletas avaliados.

Em suma, os resultados do presente estudo mostraram que atletas paralímpicos da modalidade atletismo e natação não apresentaram diferenças significativas na QV geral, gênero e patrocínio. Entretanto, quando comparamos os níveis de escolaridades, fundamental I e nível superior apresentaram diferenças nos domínios ambientais e de QV geral; comparando o ensino fundamental I com ensino médio, apenas na QV geral e comparando ensino fundamental II com ensino superior, apenas no domínio ambiental.

Ademais, se sugere uma maior intervenção dos órgãos responsáveis em relação à segurança física, transporte e recursos financeiros (bolsas, financiamento de materiais e equipamentos) para essa população específica que tem contribuído para engrandecer o esporte brasileiro por meio de conquistas altamente significativas.

Alguns estudos relatam que a qualidade de vida das pessoas com deficiência física é bastante satisfatória. A pesquisa de (Modoio et al. 2019) também encontrou satisfatória qualidade de vida de cadeirantes e, quando comparados os domínios, o social demonstrou menor qualidade de vida. (PARREIRAS,2018) avaliou a qualidade de vida de 79 homens adultos com distrofia muscular. Os principais problemas foram relações íntimas, trabalho, lazer, transporte e sentido da vida. Setenta e três por cento dos participantes declararam sua qualidade de vida como “ (muito) boa”.

Os resultados do estudo de (França et al.,2019) mostraram que a QV das pessoas acometidas pela lesão medular não é satisfatória. As limitações decorrentes desse agravo repercutem negativamente na vida dos acometidos e os domínios de maior influência negativa para a QV são o físico e o ambiental. Avaliaram a QV de pessoas paraplégicas e observaram baixos escores médios para os domínios de saúde física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente ($49,76 \pm 18,74$, $48,57 \pm 17,04$, $57,88 \pm 17,04$ e $49,85 \pm 17,77$, respectivamente).

(Milioli et al.2020) avaliaram a qualidade de vida de amputados e concluíram que 36,4% dos sujeitos avaliaram sua QV como nem ruim, nem boa; entretanto, 45,50% dos participantes não estavam satisfeitos nem insatisfeitos com sua saúde. Quanto aos domínios, o físico, social e ambiental, que representaram 34,70%, 31,85% e 30,30% respectivamente, foram avaliados como nem boa, nem ruim, enquanto que 33,32% dos participantes avaliaram o domínio psicológico como de boa QV.

No domínio psicológico, demonstra que a prática de esporte para pessoa com deficiência é de suma importância para melhoria da autoestima, amizades, inspirações,

emoções, dor, vitalidade corporal e QV. Além disso, foi possível observar que os paratletas com patrocínio apresentaram uma maior percepção de qualidade de vida no domínio psicológico e no geral comparado aos que não tinham patrocínio. Por sua vez, o domínio físico apresenta escores inferiores de QV agregado aos paratletas com mais de 8 anos de treinamento, reforçando, assim, a hipótese de que o treinamento físico excessivo e competições podem influenciar uma série de transtornos para saúde como cansaço físico e mental, lesões, dores, baixa qualidade de sono prejudicando assim a qualidade de vida.

De acordo com os dados obtidos, a qualidade de vida geral para a população estudada, que avalia a percepção da qualidade de vida e a satisfação com a saúde, obteve a pontuação de 57,75, ou seja, a auto avaliação para esse item se apresenta de forma regular, indicando necessidade de melhora. O domínio físico apresenta avaliação das facetas, dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho e obteve a pontuação de 55,80, o que indica situação regular nesse domínio. O domínio psicológico apresenta como facetas: pensamentos positivos, pensar, aprender, memória de concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade/religião, crenças pessoais. A pontuação para esse domínio foi de 61,20, o que indica situação regular. Apesar da maioria dos indivíduos participantes da pesquisa morar com a família, este item mostra que os relacionamentos pessoais e sociais estão prejudicados, indicando necessidade de intervenção. Em relação ao meio ambiente, chegou-se à pontuação de 56,25, também indicando situação regular. Esse domínio apresenta como facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico, poluição/ruído/clima e transporte.

Apenas 3% dos atletas faltaram a um treino ou competição devido à saúde oral, mas 27,3% relataram que sua saúde oral impactou sua qualidade de vida. Embora 90% tenham relatado que sua saúde oral nunca afetou seu treino, apenas 28,2% dos atletas relataram nunca ter problemas com a boca (Bramantoro et al., 2020).

Também durante a periodontite, há um aumento da taxa de proteína CRP durante a inflamação que tem uma resposta negativa sobre as lesões musculares, forças musculares, forma física e função muscular (Bramantoro et al., 2020). Este desempenho atlético será afetado com a interrupção da preparação ou competição. O ritmo de vida de um atleta de alto nível gera importantes fatores de risco para a saúde periodontal, como a dieta e suplementação de carboidratos, desidratação oral e

depressão de vários aspectos imunológicos relacionados com exercícios extenuantes, comportamentos não saudáveis em geral, falta de consciência do problema ou tempo e priorização (Martin, 2020).

No geral, os resultados demonstraram altos níveis de saúde oral precária. Gengivite, como o pior achado, estava presente em mais de 3/4 dos atletas (76%) e havia periodontite avançada em mais de 15% dos atletas. Houve um impacto negativo auto relatado substancial da saúde oral no bem-estar e desempenho, mais de 40% dos atletas estavam "incomodados" com sua saúde oral, com 28% relatando um impacto na qualidade de vida e 18% no treino e desempenho (MARTIN,2020).

Dezesseis estudos consideraram a saúde bucal de paratletas e relataram alta prevalência de doenças bucais: cáries dentais 15-75%, erosão dental 36-85%, doença periodontal 15%. Em quatro estudos, 5% a 18% dos atletas relataram um impacto negativo da saúde bucal e trauma em seu desempenho físico. A qualidade da metodologia dos estudos, geralmente era baixa. Os autores concluíram a saúde bucal dos paratletas como pobre; e, supuseram que a saúde bucal está associada ao desempenho relatado, mas fazem a ressalva de que essa hipótese precisa ser testada, e concluem que, mais estudos devem ser realizados para apresentar o tamanho do problema de uma saúde bucal deficiente, assim como investigar seu possível impacto no desempenho físico dos atletas, utilizando medidas objetivas para a variável.

8 equipes foram incluídas, 5 da Liga Premier, 2 da Liga Championship, e 1 da Liga One. 6 cirurgiões dentistas examinaram 187 jogadores que representaram 90% de cada equipe sênior. As análises mostraram que, a saúde bucal dos atletas é deficiente: 37% dos jogadores tinham cáries ativas, 53% erosão dental e 5% doença periodontal irreversível, de moderada a severa. 45% estavam incomodados com sua saúde bucal, 20% relataram impacto em sua qualidade de vida, e 7% em seu desempenho físico ou treino. Apesar dos atendimentos para avaliação odontológica, a saúde bucal se deteriorou com a idade.

Os domínios que mais se destacaram foram o psicológico, social e físico. Os domínios psicológico e social apresentaram os melhores resultados em relação ao físico. A qualidade de vida dos atletas paralímpicos pode estar relacionada com o treinamento excessivo, estresse nas competições, assim como a falta de investimentos, seja quanto aos locais de treinamentos como de profissionais da área da saúde que orientem ou ainda tratem as lesões relacionadas ao esporte, visto que estes fatores dificultam a motivação e a persistência do atleta no esporte. Por outro lado, é necessário o investimento em pesquisas para que seja aprofundado o entendimento sobre a qualidade de vida e condições de saúde dos atletas paralímpicos.

6 CONCLUSÃO GERAL

Neste capítulo estarão sendo apresentadas as conclusões que chegamos ao término do presente estudo e também algumas recomendações que estão ligadas a continuidade e a aplicabilidade e riqueza bibliográfica do estudo.

Como resultado desta revisão, a consideração da gestão e prevenção no mundo do desporto profissional precisa de ser reconsiderada. A monitorização dentária e a consciência das possíveis repercussões de uma saúde oral deficiente no desporto é demasiado baixa. A nossa hipótese final é que uma saúde oral deficiente está associada a um desempenho reduzido, mas isto precisa de ser provado com maior precisão (diagnóstico clínico e radiográfico mais completo). São necessários mais estudos sobre amostras representativas de atletas para avaliar a extensão da saúde oral deficiente, bem como para investigar o possível impacto no desempenho utilizando medidas objetivas de desempenho.

É válido recordar que o objetivo geral da presente dissertação, que é avaliar se a prática do paradesporto influenciará na qualidade de vida e na saúde bucal de adultos com deficiência motora praticantes ou não do paradesporto. Pode constar que somente nas relações sociais e meio ambiente foram verificadas diferenças significativas, onde se pode constatar que os índices de qualidade de vida relativas aos dois domínios apresentaram-se significativamente superior no grupo de atletas quando comparado com o grupo de não-atletas. Quanto a Saúde Bucal, devido todos os casos apresentarem má oclusão nos dois grupos, se verificou uma prevalência significativa de casos de má oclusão entre os paratletas em comparação com os não-atletas, quanto as demais variáveis estudadas não foram verificadas diferenças estatísticas entre os grupos investigados. Pode constatar também um número significativamente maior de dentes restaurados com cáries e de dentes inclusos entre os não-atletas comparados com os atletas, quanto as demais variáveis, apesar de valores maiores entre os não-atletas (exceto para o número de dentes com traumatismos), as diferenças não foram significativas do ponto de vista estatístico.

No entanto, pode-se apresentar as seguintes conclusões parciais: trata-se de uma amostra homogênea no ponto de vista do índice de Qualidade de Vida, classificando-se na categoria alta (acima de 14 pontos), com índice geral de $\bar{X} = 13,82 \pm 2,51$, basicamente devido aos bons desempenhos encontrados nos domínios Psicológico ($\bar{X} = 16,41 \pm 3,15$) e de Espiritualidade ($\bar{X} = 16,51 \pm 2,67$).

Quanto à saúde bucal, observou-se alguns números significativos: 90% relatou consumir alimentação e bebidas ácidas, hidratação constante durante os treinos somente com água, sem uso de energéticos, escovação dental por períodos longos em

93%, 53% apresentam sensibilidade dentinária, 54% periodonto saudável, perda inicial de esmalte em lesões não abrasivas de 61% (explicando o alto índice de sensibilidade), porém observa que somente 15% relatam dor, o que mostra que a sensibilidade não atingiu ainda o grande limiar de dor neles, não impedindo ainda de realizar seus treinos e competições. A prevalência dos traumatismos dentários nas unidades anteriores superiores e inferiores (que são as unidades mais expostas em quedas, traumas) e 69% do grupo fazem uso de próteses parciais removíveis, explicando também a porcentagem acima da média de no mínimo ausência de 8 unidades dentárias.

Todos os participantes da pesquisa relataram que as saúdes bucais deles embora não estivessem perfeitas, mas que não impediam de realizar suas atividades físicas e nem atrapalhavam a sua qualidade de vida.

A escovação dentária é o principal método de autocuidado para prevenir doenças bucais e a frequência de duas vezes ao dia é uma recomendação universalmente aceita para manter uma boa saúde bucal, em contraposição, a higiene oral inadequada pode estar associada as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão e síndrome metabólica (de Oliveira et al., 2010; Kobayashi et al., 2012). A eficácia da escovação regular na prevenção de doenças bucais tornou-se ainda mais importante com a confirmação de uma forte associação entre doenças bucais e as quatro principais doenças não transmissíveis, diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias.

O cirurgião-dentista pode oferecer melhorias no desempenho físico dos atletas por meio da manutenção da saúde bucal, prevenindo e tratando quaisquer e todas as mudanças no sistema estomatognáticas, como maloclusões dentais, que comprometam o desempenho dos mesmos.

Saúde bucal adequada oferece ao atleta condições ideais para o desenvolvimento de suas atividades, para isso a presença dos dentes e seu funcionamento correto durante o processo de mastigação são fundamentais. Qualquer alteração no sistema mastigatório pode levar a manifestação de enfermidades. A mastigação deficiente pode dificultar o processo digestivo, através de uma ineficaz absorção de nutrientes, prejudicando a produção de energia adequada para os atletas, consequentemente diminuindo seu rendimento.

Em virtude dos aspectos observados sobre a Odontologia do esporte, percebe-se que ainda há carência de estudos sobre essa nova especialidade odontológica. Além disso, os cirurgiões dentistas e atletas possuem pouco conhecimento sobre essa prática preventiva e curativa. Portanto, é imprescindível maior divulgação e conscientização sobre a importância dessa especialidade, uso de protetores bucais personalizados e o quanto um foco infeccioso bucal e uma oclusão deficiente podem influenciar no

desempenho do esportista; enfim, sobre o papel do dentista junto a uma equipe multidisciplinar para manter e melhorar a qualidade de vida dos atletas e consequentemente seu rendimento nas atividades esportivas.

6.1 Recomendações referentes à continuidade do estudo

Serão apresentadas nesta parte as recomendações para que futuras pesquisas possam dar continuidade ao nosso estudo:

- Realizar o mesmo design de pesquisa para atletas que não apresentem deficiência motora;
- Possibilitar além da cartilha de higiene oral e orientação de higiene, fazer entrega de kits de escovação odontológica e instrução de higiene oral.

6.2 Recomendações referentes à aplicabilidade do estudo

- Sugerir ao Comitê Paralímpico Brasileiro a observação e aconselhamento sobre saúde bucal, para praticantes das diversas modalidades paradesportistas, de distintos níveis competitivos;
- Validar uma Cartilha de Higiene Oral específica para paradesportistas
- Tentar realizar convênios com clínicas odontológicas universitárias para que os exames clínicos sejam realizados regularmente e, além da aplicação de flúor, possa realizar também profilaxia ou até mesmo alguma necessidade de urgência nos paradesportistas.

6.3 Justificativa da aderência do tema à proposta do programa

O ano de 2015 poderia passar à história como o ano de definição dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), programa de ação em dimensão mundial para a melhoria das condições de vida dos povos e do planeta, fixados em uma conferência de cúpula da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em Nova Iorque entre 25 e 27 de setembro. Tratou-se de uma nova agenda de ação prevista até 2030, baseada nos progressos e lições aprendidos com os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre 2000 e 2015. A agenda é fruto do trabalho conjunto de governos e cidadãos de todo o mundo para criar um novo modelo global que possa acabar com a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar de todos, proteger o ambiente e combater as alterações climáticas (DE CASTRO FILHO, 2018).

Relacionando a interdisciplinaridade do nosso estudo, as principais ODS que se destacam com as nossas variáveis são:

A **saúde bucal** é parte importante da saúde geral do organismo e pode influenciar no bem-estar e na qualidade do ser humano. Neste sentido, problemas na cavidade bucal afetam o desenvolvimento e/ou realização de funções diárias de qualquer pessoa. Assim, a relação entre Odontologia e esporte já está sendo amplamente investigada, embora pouco divulgada e conhecida de todos (ASHLEY *et al.*, 2015).

ODS 4 - Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos. Item: 4.7 até 2030, garantir que todos os alunos adquiram conhecimentos e habilidades necessárias para promover o desenvolvimento sustentável, inclusive, entre outros, por meio da educação para o desenvolvimento sustentável e estilos de vida sustentáveis, direitos humanos, igualdade de gênero, promoção de uma cultura de paz e não-violência, cidadania global, e valorização da diversidade cultural e da contribuição da cultura para o desenvolvimento sustentável.

Muitas vezes, o tratamento para essas doenças bucais é dificultado pelo acesso a **serviços de saúde**. Para a criação de hábitos adequados de saúde bucal, é necessário o uso de **estratégias educativas**, que serão capazes de motivar o paciente para cooperar com o tratamento odontológico e com as medidas de higiene bucal. Neste sentido, é de suma importância a **educação e conscientização** sobre a importância de modificar comportamentos incorretos, com a intenção de estimular hábitos que propiciem a manutenção de sua saúde bucal (D'OTTAVIANO *et al.*, 2016).

ODS 10 - Reduzir a desigualdade dentro dos países. Item: 10.2 até 2030, empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos, independentemente da idade, sexo, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra.

As **pessoas com deficiência**, podem ser consideradas como de alto risco para as patologias bucais, sendo a cárie e a doença periodontal, as doenças bucais mais comuns e constituem-se num dos principais problemas de saúde pública, afetando a qualidade de vida do indivíduo. Os métodos, de controle de placa bacteriana, mais eficazes incluem os procedimentos de natureza mecânica, dos quais muitos deficientes não conseguem ter essa higienização completa. A remoção ativa do biofilme pelo paciente, também denominada autocuidado, é o resultado de diversos fatores, tais como: conhecimento sobre etiologia, patogenia, tratamento e controle das doenças dentárias, motivação, instrução em **higiene bucal**, destreza manual e adequação dos instrumentos de limpeza, além da **grande falta de acesso ao dentista** (FERRAZ; LEITE, 2017).

ODS 11 - Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis. Item: 11.7 até 2030, proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, em particular para as mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência.

Com a evolução do esporte Paralímpico e dos direitos das pessoas com deficiência, esta população só vem a ganhar com melhoria de saúde e qualidade de vida. O esporte está completamente ligado à melhoria de amizades, inspirações, emoções, dor, vitalidade corporal e Qualidade de vida (YAZICIOGLU *et al.*, 2012).

Circunstâncias como custo financeiro, problemas com autoimagem, dificuldade de mobilidade e **acessibilidade** de alguns pacientes com deficiência, especialmente a motora, prejudicam o acesso ao tratamento odontológico (FIGUEIREDO; LEONARDI; ECKE, 2016).

Portanto, considerando o exposto, o presente estudo se enquadra adequadamente na temática de Saúde e Ambiente do Programa, e em especial na Linha de Pesquisa 1 “Ambiente, Desenvolvimento e Saúde”, que tem como objetivo os “Estudos das relações entre ambiente, desenvolvimento e saúde, e das diferentes formas de intervenção que propiciem conhecimentos para a conservação do meio ambiente, melhoria da condição de vida de indivíduos, grupos e comunidades”.

Convém ressaltar que esse tema já foi inclusive trabalhado em artigo publicado pelo grupo de pesquisas, conforme pode ser visto no Apêndice III.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.G.N.; SILVA, M.A.; LEITE, J.J.G.; CASTRO FILHO, C.S. Os desafios da odontologia no esporte: uma nova perspectiva: revisão de literatura. *Revista Diálogos Acadêmicos* 2018;. 6(2); 2018.
- ALVES, D.C.B.; ANJOS, V.D.L.D.; GIOVANNINI, J.F.B.G.; LIMA, R.P.E.; MENDONÇA, S. M.S. Odontologia no esporte: Conhecimento e hábitos de atletas do futebol e basquetebol sobre saúde bucal. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* 2017; 23(5):407–411.
- ARAÚJO, G.; FILGUEIRA, A.; SILVA, J. Fique esperto: orientações de saúde para adolescentes. 2018.
- ASHLEY, P.; DI IORIO, A.; COLE, E.; TANDAY, A.; NEEDLEMAN, I. Oral health of elite Athletes and association with performance: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine* 2015; 49(1): 14-19.
- AZEREDO F. *Saúde bucal em atletas: Avaliação clínica e sistematizada* [Dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Odontologia; 2018.
- BAUMGARTEN, A. Características de saúde e nível de dependência na deficiência intelectual: impactos da saúde do cuidador na saúde bucal do escolar deficiente. 2020.
- BELLUSCI, S.M. **Doenças profissionais ou do trabalho**. Senac. 2017.
- BORBA-PINHEIRO, C.J. et al. A prática de exercícios físicos como forma de prevenção. *O Envelhecimento Populacional um Fenômeno*. 171, 2017.
- BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência**. 2015.
- BROAD, E.M.; RYE, L.A. Do current sports nutrition guidelines conflict with good oral health? *General Dentistry* 2015; 63(6): 18–23.
- BULGARELI, J.V.; FARIA, E.T.D.; CORTELLAZZI, K.L.; GUERRA, L.M. MENEGHIM, M.D.C.; AMBROSANO, G.M. B.; PEREIRA, A.C. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Revista de Saúde Pública* 2018; 52(44).
- CARDOSO, V.D. O desenvolvimento da carreira esportiva de atletas paraolímpicos no Brasil. 2016.
- CARDOSO, R.B. *Associação da condição bucal na saúde geral e na qualidade de vida dos indivíduos* [Dissertação]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2020.
- CARLETTI, L. *Saúde cardiovascular, nível de atividade física e qualidade de vida de adultos em processo de envelhecimento de um programa de saúde pública* [Dissertação]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo, 2019.
- CARNEIRO, R.A.F. Doenças emergentes, respostas rápidas de prevenção. [Tese]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2017.
- DE ALMEIDA, A.N.F. *Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida. Qualidade de Vida e Condições Crônicas no Meio do Mundo*, 2019.
- DE ARAUJO SILVA, A. *Aptidão física e saúde: exercício físico e seu papel na promoção da saúde*. Pimenta Cultural, 2020.

- DE CASTRO FILHO, C.M. The 2030 agenda for sustainable development: A reading of public policy in the key of the school library. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciencia da Informacao* 2018; 16(3): 355–372.
- DE VASCONCELOS, L.B. et al. Qualidade de Vida relacionada à Saúde: Análise Dimensional do Conceito. *New Trends in Qualitative Research* 2020; 3: 226-238.
- DELFINO, L.D. *Fatores associados ao padrão de comportamento sedentário em professores da rede pública de ensino*. 2018.
- D'ELIA, F. Inclusion in physical and sport education for special movement needs. *J. Hum. Sport Exerc.* 2021, 16, 781–787
- DHILLON, B.S. et al. Guarding the precious smile: incidence and prevention of injury in sports: a review. *Journal of International Oral Health* 2014; 104–107.
- DIAS, P.M.C. *O papel da saliva na erosão dentária* [Tese]. 2018.
- D'OTTAVIANO, L.H.A.A. et al. Ambulatório de pacientes especiais: humanizando o tratamento odontológico. *Revista Eletrônica do SIMTEC* 2016; 1(3): 221-222.
- DULIÈRE, A.M.S. *Alimentação e saúde oral* [Tese] 2019.
- FERRAZ, G.A.; LEITE, I.C.G. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. *Revista de APS* 2017; 19(2).
- FERRUZZI, Luciana Paula do Carmo et al. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de atletas com deficiência. 2019.
- FIDELIS, M.G.; CORRÊA, E.G.; PAPA, L.P. Importância da Utilização de Protetores Bucais Na Prevenção De Traumas Orais Durante a Prática de Esportes de Contato. *In: VII JORNACITEC-Jornada Científica e Tecnológica*. 2018.
- FIGUEREIDO, M.C.; LEONARDI, F.M.; ECKE, V.G. Avaliação do perfil dos pacientes com deficiência atendidos na faculdade de odontologia da UFRGS. *Revista da ACBO* 2016; 5(1): 1-21.
- FREIRE, G.L.M. *Percepção de Qualidade de Vida em Atletas Paralímpicos de Atletismo*. 2019.
- FRESE, C.; FRESE, F.; KUHLMANN, S.; SAURE, D.; RELJIC, D.; STAEHLE, H.J.; WOLFF, D. Effect of endurance training on dental erosion, caries, and saliva. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 2015; 25(3): e319–e326.
- FRONZA, H.P. *Perfil de risco para o traumatismo orofacial no esporte: fatores extrínsecos*. 2019.
- GOMES, A. S., & GOMES, C. R. A. Classificação dos tipos de pesquisa em Informática na Educação. Jaques, Patrícia Augustin; Pimentel, Mariano; Siqueira, Sean; Bittencourt, Ig.(Org.) Metodologia de Pesquisa em Informática na Educação: Concepção da Pesquisa. Porto Alegre: SBC, 2019.
- GONÇALVES, B.S. *A importância da odontologia no rendimento esportivo: revisão de literatura*. 2018.
- GOSWAMI, M.; KUMAR, P.; BHUSHAN, U. Evaluation of Knowledge Awareness, and Occurrence of Dental Injuries in Participant Children during Sports in New Delhi: A Pilot Study. *Int J Clin Pediatr Dent* 2017; 10: 373-8.
- GREGÓRIO, D.S.T. *Padrão de Consumo de Bebidas Energéticas e Auto Percepção de Saúde Oral em Corredores*. 2017.
- GRIGGS, K. E. et al. Heat-related issues and practical applications for Paralympic athletes at Tokyo 2020. *Temperature*, v. 7, n. 1, p. 37-57, 2020.

HOLSTEIN, J.M. *Prevenção e Tratamento de Lesões em Ambiente Hospitalar: Abordagem Fisioterapêutica e Multiprofissional; um Enfoque no Retorno das Funções*. Editora Appris, 2020.

IBGE. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**, IBGE, 2010.

INTERNATIONAL PARALYMPIC COMMITTEE . History of the Paralympic Movement . 2020a . Disponível em: <https://www.paralympic.org/ipc/history> .

INTERNATIONAL PARALYMPIC COMMITTEE. About the International Paralympic Committee. 2020 b. Disponível em: <https://www.paralympic.org/ipc/who-we-are> .

JACINTO, L.A.O. Atividade física, depressão e qualidade de vida em pessoas idosas do Estado do Amazonas, Brasil. 2020. Tese de Doutorado.

JOHANSSON, A.; HARALDSON, T.; OMAR R, et al. A system for assessing the severity and progression of occlusal tooth wear. *J Oral Rehabil* 1993; 20(2): 125-31.

LIMA, Daniela Cristina Braga de et al. Lesão cervical não cariosa, hipersensibilidade dentinária cervical e recessão gengival: prevalência, fatores de risco e qualidade de vida em atletas com deficiência. 2019.

LLANOS, Alexandre Hugo et al. Impacto da periodontite agressiva e da periodontite crônica na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2020; 2(8): 37-49.

LOPES, D.T.; DE LIMA, H.B. Fatores Motivacionais Relacionados À Prática Do Voleibol Na Terceira Idade: Uma Revisão Integrativa. *Diálogos em Saúde* 2020; 2(1).

MAGRINI, A.L.S. *Alterações fenotípicas decorrentes da síndrome do respirador bucal: revisão de literatura e relato de caso*. 2018.

MARQUES, R.F.R. A Contribuição dos Jogos Paralímpicos para a Promoção da Inclusão Social: o discurso midiático como um obstáculo. *Revista USP* 2016; 108: 87-96.

MARQUES, R.F.R.; GUTIERREZ, G.L.O. *Esporte Paralímpico no Brasil: profissionalismo, administração e classificação de atletas*. 2017.

MATOS, D.R. *Reabilitação e qualidade de vida em pessoas com amputação de membros inferiores*. 2019.

MEDEIROS, L.M. *Bocha adaptada: análise da qualidade de vida dos atletas da classe BC4*. 2020.

MINUZZI, L.G. *Desporto e envelhecimento ativo: efeitos do treino físico realizado ao longo da vida sobre a imunosenesescência em atletas master* [Tese]. Coimbra: Universidade de Coimbra, Portugal; 2017.

NEEDLEMAN, I.; ASHLEY, P.; FINE, P.; HADDAD, F.; LOOSEMORE, M.; DE MEDICI, A.; JAKES, R. Oral health and elite sport performance. *British Journal of Sports Medicine* 2015; 49(1): 3–6.

NOGUEIRA, T.A. Análise da Aptidão Física relacionada à Saúde de Estudantes do Curso de Educação Física de uma Universidade Federal do Nordeste. 2020.

OLIVEIRA, A.C. Avaliação do estado de saúde oral de atletas de alto rendimento – Atletismo. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 2019; 60(1).

PADILHA, A.C.L. Odontologia do esporte: contribuindo para a formação interdisciplinar

do cirurgião-dentista. 2019.

PASTORE, G.U. Odontologia do esporte – uma proposta inovadora. *Rev Bras Med Esport* 2017; 23(2).

Pesquisa nacional de saúde : 2019 : ciclos de vida : Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2021. 139p.

PLICHTA, M.L.R. O papel do Médico Dentista na saúde oral do desportista de alta competição. 2019.

PORTENSEIGNE, L.P. *O impacto dos alimentos e das bebidas na saúde oral dos adultos: revisão da literatura* [Tese]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Portugal; 2017.

PRECIOSO, J.; Santos B.; CORREIA C.; SAMORINHA C.; SOUSA I.; ALVES R.; ANTUNES H. O essencial sobre alimentação. In: *Revista Fórum de Projetos de Educação Alimentar–Atas* 2017; 90.

PULLEN, E., SILK, M. Gender, technology and the ablenational Paralympic body politic. *Cultural Studies*, v. 34, n. 3, p. 466-488, 2020.

RAMAGONI N.; RAO S.; SINGAMANENI V.; KARTHIKEYAN, J. Sports dentistry: A review. *J Int Soc Prev Community Dent* 2014; 4(6), 139. doi:10.4103/2231-0762.149019

REINHEL, A.F.; SCHERMA A.P.; PERALTA F.S.; PALMA I.C.R. Saúde bucal e performance física de atletas. *ClipeOdonto* 2015; 7(1): 45-56.

RIBEIRO, C.S.; SANTOS, R.M.G.; ANDRADE, E.P. Odontologia do Esporte: revisão da literatura sobre a saúde bucal voltada para atletas. 2020.

SCHMIDT, A.C.; SANTOS, M.P. Qualidade de vida de idosos: uma intervenção possível? *Revista Longevidade* 2020.

SEULA, R.S. *Jogando para vencer e jogando para entreter: análise comparativa da performance do pro-player brTT de League of Legends em live streamings* [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.

SILVA, G.; BERGAMASHINE, R.; ROSA, M.; MELO, C.; MIRANDA, R.; FILHO, M. Avaliação do nível de atividade física de estudantes de graduação das áreas saúde/biológica. *Rev Bras Med Esporte* 2007; 13(1).

SOLLEVELD H.; GOEDHART A.; BOSSCHE L.V. Associations between poor oral health and reinjuries in male elite soccer players: A cross-sectional self-report study. *BMC Sports Sci Med Rehabil* 2015; 7(1): 1-8

SOUSA, M.; TEIXEIRA, V.H.; GRAÇA, P. Nutrição no Desporto. Direção Geral de Saúde. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*, 2016.

SOUSA, M.; MENDES, J.; GODINHO, C. Medicina Dentária Desportiva: ideologia ou necessidade? *Proelium* 2017; 7: 135-164.

SOUZA, B.C. Saúde bucal do atleta: Uma relação paradoxal com a qualidade de vida? *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research* 2017; 20(1): 147-150.

SOUZA, R.S.L. *Esporte paralímpico: fatores motivacionais que influenciam a prática do atletismo* [Trabalho de Conclusão de Curso]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2018.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46(12):1569-85.

- TORRES, R.S.; NERO, D.S.M. A Influência do Treinamento Resistido na Imunidade. *Aptidão física e saúde: exercício físico, saúde e fatores associados a lesões*, 2020, p. 32.
- TORRI, D.; VAZ, A.F. Esporte paralímpico: difícil inclusão, incorporação tecnológica, corpos competitivos. *Práxis Educativa* 2017; 12(2): 19-33.
- TUNA, E.B.; OZEL, E. Factors affecting sports-related orofacial injuries and the importance of mouth guards. *Sports Med* 2014; 44(6): 777-83.
- VANZ, M.P.; GEHLEN, G.L.A.; ROVANI, G.; CONTO, F.; FLORES, M.E. (2014). Alteração do desempenho esportivo associado a causas bucais. *Odonto science: editora plena* 2014; 77-81.
- VASCONCELOS, E. Oral Health in Focus for High-Performance Athletes. *Rev Ed Física / J Phys Ed* 2019; 88(3): 921-925.
- VITAL, R.; LEITÃO, M.; MELLO, M.; TUFIK, S. Avaliação clínica dos atletas paraolímpicos. *Rev Bras Med Esporte* 2018; 8(3).
- WHO. World Health Organization. Oral health surveys: basics methods. 5th ed. Geneva: Word Health Organization. 2019.
- YAZICIOGLU, K.; YAVUZ, F.; GOKTEPE, A.S.; TAN, A.K. Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disability and Health Journal* 2012; 5(4): 249-53.

ANEXOS

ANEXO I – ANAMNESE

Anamnese

1 – Identificação pessoal

1.1 Nome: _____ 1.2 Data de nascimento: / /

1.3 Endereço: _____

1.4 Email: _____ 1.5 Fone: _____

1.6 WhatsApp: _____ 1.7 Sexo: () M () F

1.8 Naturalidade _____ 1.9 Nacionalidade: _____

1.10 Etnia: () Pardo () Negro () Branco () indígena

1.11 Estado civil: () Solteiro () Casado

1.12 Nível educacional:

Nunca estudou: ()

Ensino fundamental: () Incompleto () Completo

Ensino Médio: () Incompleto () Completo

Ensino superior: () Incompleto () Completo

Pós-graduação finalizada: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Em caso afirmativo para ensino superior, qual o curso: _____

1.13 Atividades desempenhadas:

() Só estuda () Estuda e trabalha () Estuda e cuida de familiares

() Trabalha e cuida de familiares () Estuda, cuida de familiares e trabalha

Em caso afirmativo de trabalho, qual a ocupação profissional: _____

Quantas horas por dia? R.: _____

1.14 Renda familiar: Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

() Até 02 salários mínimos () De 02 a 04 SM () De 04 a 10 SM

() De 10 a 20 SM () Acima de 20 SM

2 – Indicadores relacionados à saúde

2.1 Antecedente Pessoal:

2.1.1 Apresenta alguma doença? Sim () Não ()

Caso afirmativo, qual (quais)? _____

2.1.2 Faz a utilização de alguma medicação controlada? Sim () Não ()

Caso afirmativo, qual (quais)? _____

2.1.3 Quantos cigarros você fuma por dia?

() Não fumo () Até 10 cigarros () De 11 a 20 () De 21 a 30 () Mais de 30

2.1.4 Quantos “drinques” você toma por semana?

(OBS: 1 drinque = ½ garrafa de cerveja ou uma long neck, um copo de vinho ou uma dose de Whisky)

() Não bebo () Menos de 05 () De 05 a 09 () De 10 a 15 () Mais de 15

2.1.5 O seu auto-controle do stress é:

() Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Excelente

2.2 Antecedentes familiares:

Acidente Vascular Cerebral – AVC ()

Pai () Mãe () Irmão ()

Infarto Agudo do Miocárdio – IAM ()

Pai () Mãe () Irmão ()

Hipertensão Arterial – HA ()

Pai () Mãe () Irmão ()

Diabetes Mellitus – ()

Pai () Mãe () Irmão ()

Obesidade – ()

Pai () Mãe () Irmão ()

Outra patologia cardíaca: _____

Pai () Mãe () Irmão ()

Avaliador: _____

Data/hora: _____

ANEXO II - QUESTIONÁRIO WHOQOL-100

QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-100

NOME: _____

INSTRUÇÕES

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como felicidade ou satisfação. Se você sentiu estas coisas "extremamente", coloque um círculo no número abaixo de "extremamente". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "nada". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "nada" e "extremamente", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. **As questões se referem às duas últimas semanas.**

F1.2	Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F1.3	Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F1.4	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F2.2	Quão facilmente você fica cansado(a)?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F2.4	O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F3.2	Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente

1	2	3	4	5		
F3.4	O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F4.1	O quanto você aproveita a vida?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F4.3	Quão otimista você se sente em relação ao futuro?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F4.4	O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		

F5.3	O quanto você consegue se concentrar?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F6.1	O quanto você se valoriza?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F6.2	Quanta confiança você tem em si mesmo?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F7.2	Você se sente inibido(a) por sua aparência?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F7.3	Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F8.2	Quão preocupado(a) você se sente?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F8.3	Quanto algum sentimento de	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente

	tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?					
1	2	3	4	5		
F8.4	O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F10.2	Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F10.4	Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F11.2	Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F11.3	Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F11.4	Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F13.1	Quão sozinho você se sente em sua vida?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		

F15.2	Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F15.4	Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F16.1	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F16.2	Você acha que vive em um ambiente seguro?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F16.3	O quanto você se preocupa com sua segurança?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F17.1	Quão confortável é o lugar onde você mora?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F17.4	O quanto você gosta de onde você mora?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F18.2	Você tem dificuldades financeiras?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F18.4	O quanto você se preocupa com dinheiro?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F19.1	Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F21.3	O quanto você aproveita o seu tempo livre?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		

F22.1	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F22.2	Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F23.2	Em que medida você tem problemas com transporte?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F23.4	O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?	Nada	M. Pouco	+/-	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades completamente, coloque um círculo no número abaixo de "completamente". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "nada". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "nada" e "completamente", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos.

As questões se referem às duas últimas semanas.

F2.1	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		
F7.1	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		
F10.1	Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		

F11.1	Quão dependente você é de medicação?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		
F14.1	Você consegue dos outros o apoio que necessita?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		
F14.2	Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		
F17.2	Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		
F18.1	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		
F20.1	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		
F20.2	Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		
F21.1	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		
F21.2	Quanto você é capaz de relaxar	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente

	e curtir você mesmo?					
1	2	3	4	5		
F23.1	Em que medida você tem meios de transporte adequados?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		

As questões seguintes perguntam sobre o quão satisfeito(a), feliz ou bem você se sentiu a respeito

de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito (a) ou não satisfeito (a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. **As questões se referem às duas últimas semanas.**

G2	Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
G3	Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
G4	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F2.3	Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F3.3	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		

F5.2	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F5.4	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F6.3	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F6.4	Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F7.4	Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F10.3	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		

F13.3	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F15.3	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F14.3	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F14.4	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F13.4	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F16.4	Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		

Quão satisfeito(a) você está com as condições do	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito	
--	--------------------	--------------	---------------------------------------	------------	------------------	--

F17.3	local onde mora?	1	2	3	4	5
F18.3	Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F19.3	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F19.4	Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F20.3	Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F20.4	Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F21.4	Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito

	seu tempo livre?					
1	2	3	4	5		
F22.3	Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F22.4	Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F23.3	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F13.2	Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
G1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F15.1	Como você avaliaria sua vida sexual?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F3.1	Como você avaliaria o seu sono?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F5.1	Como você avaliaria sua memória?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F19.2	Como você avaliaria a qualidade dos	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito

	serviços de assistência social disponíveis para você?					
1	2	3	4	5		

As questões seguintes referem-se a "com que frequência" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre".
As questões referem-se às duas últimas semanas.

Nunca	Raramente	Às Vezes	Repetidamente	Sempre		
F1.1	Com que frequência você sente dor (física)?	1	2	3	4	5
F4.2	Em geral, você se sente contente?	Nunca	Raramente	Às Vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5		
F8.1	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como: mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca	Raramente	Às Vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5		

As questões seguintes se referem a qualquer "trabalho" que você faça. Trabalho aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, trabalho, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia.
As questões referem-se às últimas duas semanas.

F12.1	Você é capaz de trabalhar?	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5		
F12.2	Você se sente	Nada	M. Pouco	Médio	Muito	Completamente

	capaz de fazer as suas tarefas?					
1	2	3	4	5		
F12.4	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito
1	2	3	4	5		
F12.3	Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?	M. Ruim	Ruim	Nem Ruim/Nem Boa	Boa	M. Boa
1	2	3	4	5		

As questões seguintes perguntam sobre "quão bem você é capaz de se locomover" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1	Quão bem você é capaz de se locomover?	M. Ruim	Ruim	Nem Ruim/Nem Boa	Boa	M. Boa
1	2	3	4	5		
F9.3	O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?	Nada	M. Pouco	+ ou -	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F9.4	Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?	Nada	M. Pouco	+ ou -	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F9.2	Quão satisfeito(a) você está	M. Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito	Satisfeito	M. Satisfeito

	com sua capacidade de se locomover?					
1	2	3	4	5		

As questões seguintes referem-se às suas crenças pessoais, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, **elas referem-se às duas últimas semanas.**

F24.1	Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?	Nada	M. Pouco	+ ou -	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F24.2	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	Nada	M. Pouco	+ ou -	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
F24.3	Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?	Nada	M. Pouco	+ ou -	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5		
Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a	Nada	M. Pouco	+ ou -	Bastante	Extremamente	

F24.4	entender as dificuldades da vida?	1	2	3
-------	-----------------------------------	---	---	---

ANEXO III – SAÚDE BUCAL

Saúde Bucal: Questionário e Exame Clínico

INFORMAÇÕES RELATIVAS AO ATLETA E ESPORTE PRATICADO
Qual esporte pratica?
Quantas vezes pratica esporte durante a semana? ☐ 1 a 3 vezes ☐ 4 ou mais vezes

Há quanto tempo pratica atividade esportiva? ☐ Até 2 anos ☐ Mais de 2 anos
Tempo gasto durante o treinamento? ☐ Até 1 hora ☐ Até 2 horas ☐ Até 3 horas
Tempo gasto durante a competição? ☐ Até 1 hora ☐ Até 2 horas ☐ Até 3 horas
EROSÃO DENTÁRIA
FATORES EXTRÍNSICOS RELACIONADOS À EROSÃO DENTÁRIA
Trabalha em fábrica (dinamite, baterias, galvanização ou fabricas envolvidas com limpezas ou ácidos)? ☐ Sim ☐ Não
Pratica natação rotineiramente em piscina clorada (3X ou mais semana)? ☐ Sim ☐ Não
Faz uso rotineiro de algum medicamento ou drogas? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual (is)?
Ingere muitos alimentos ácidos, incluindo frutas, molhos para saladas e iogurte? ☐ Sim ☐ Não
Bebe bebidas ácidas usualmente, tais como vinho, suco de frutas e refrigerantes? ☐ Sim ☐ Não
Costuma hidratar-se no esporte? ☐ Sim ☐ Não ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois
Se sim, qual tipo de líquido ingere? _____
Escova seus dentes imediatamente após alimentar-se? ☐ Sim ☐ Não
Utiliza escova de cerdas duras? ☐ Sim ☐ Não

Utiliza pasta dental arenosa demais? ☐ Sim ☐ Não	
Escova os dentes por um período muito longo? ☐ Sim ☐ Não	
FATORES INTRÍNSECOS RELACIONADOS A EROSÃO DENTÁRIA	
Vômito ☐ Sim ☐ Não	Anorexia ☐ Sim ☐ Não
Regurgitação ☐ Sim ☐ Não	Xerostomia (boca seca) ☐ Sim ☐ Não
Problema gastroesofágico ☐ Sim ☐ Não	Radioterapia ☐ Sim ☐ Não
Bulimia ☐ Sim ☐ Não	Hemodiálise ☐ Sim ☐ Não
SENSIBILIDADE DENTINÁRIA	
Você apresenta sensibilidade nos dentes? (quente ou frio) ☐ sim ☐ não	
Caso sim: ☐ quente ☐ frio	
Seus dentes doem quando você: ingere comidas ou bebidas: ☐ quentes ☐ doces ☐ geladas quando você: ☐ escova ☐ passa fio dental	
BRUXISMO AUTO RELATADO	
Você sabe se range os dentes? ☐ sim ☐ não	
Alguém te falou? ☐ sim ☐ não	
Se presente, qual a frequência desses ruídos? ☐ uma vez na semana ☐ mais de 3 vezes na semana	
Diurno? ☐ sim ☐ não	Noturno? ☐ sim ☐ não
Você faz apertamento dentário? ☐ sim ☐ não	
DIETA	

Qual é seu consumo diário de carboidrato? (anotar resumo do dia, café da manhã, almoço e jantar)

Outras observações importantes:

EXAME CLÍNICO

Classificação da presença de cárie (WHO, 2013)

0	Hígido	Sítio	Dentes													
1	Cárie		1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
2	Restaurado, com		7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
3	Restaurado, sem	V														
4	Perdido devido a	L														
5	Perdido por outro	M														
6	Selante	D														
7	Pilar de prótese	O														
8	Dente incluído com															
9	exposição da raiz		4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
	Não registrado		7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
		V														
		L														
		M														
		D														
		O														

Classificação periodontal (IPC) (WHO, 2013):

	Maior pontuação
Sextante 1 (17-14)	
Sextante 2 (13 – 23)	
Sextante 3 (24 – 27)	
Sextante 4 (37 – 34)	
Sextante 5 (33 – 43)	
Sextante 6 (44 – 47)	

0	Periodonto saudável, sem sinais de enfermidade.
1	Presença de sangramento gengival após exploração suave.
2	Presença de cálculo supra ou subgengival.
3	Presença de bolsa periodontal patológica, com profundidade entre 4-5mm.
4	Presença de bolsa periodontal patológica, com 6mm ou mais de profundidade.
x	Ausência do dente-índice no sextante (menos de 2 dentes com função)

Avaliação de cálculo dental (VOLPE et al., 1965):

Dentes	Vertical*	MI**	DI**	Total	Valor Total (mm)
33					
32					
31					
41					Média por dente (mm)
42					
43					

*Bisseção na superfície lingual = Vertical

**Diagonalmente pela região de maior altura de cálculo no ângulo mesioincisal do dente = MI

***Diagonalmente, pela região de maior altura de cálculo no ângulo distoincisal do dente = DI

Classificação da erosão dentária (BARTLETT, GANSS E LUSSI, 2008):

	Maior pontuação
Sextante 1 (17-14)	
Sextante 2 (13 – 23)	
Sextante 3 (24 – 27)	
Sextante 4 (37 – 34)	
Sextante 5 (33 – 43)	
Sextante 6 (44 – 47)	
Soma das pontuações	

0 = Sem perda de superfície dentária;
1 = Perda inicial da superfície de esmalte;
2 = Defeito distinto, perda de dentina menor que 50% da área de superfície; 3 = Perda de dentina superior a 50% da área de superfície.

Classificação do traumatismo dentário (WHO, 2013):

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

0 = sem traumatismo; 1 = traumatismo tratado; 2 = somente fratura de esmalte; 3 = fratura de esmalte e dentina; 4 = envolvimento pulpar; 5 = dente perdido devido ao trauma; 6 = outros danos; 9 = dente excluído.

Classificação quanto à prótese (WHO, 2013):

- ☐ 0 = sem prótese.
- ☐ 1 = prótese parcial superior/inferior.
- ☐ 2 = prótese total superior/inferior.
- ☐ 9 = não registrado.

Classificação de maloclusão(DAI) (JENNY E CONS, 1996):

VARIÁVEL AVALIADA		PESO
Número de dentes ausentes na arcada superior e inferior		6
Apinhamento anterior, 0-nenhum1-um segmento 2- dois segmentos		1
Espaçamento anterior, 0-nenhum1-um segmento 2- dois segmentos		1
Diastema incisal em mm, 0-ausente 1- presente		3
Desalinhamento maxilar anterior em mm		1
Desalinhamento mandibular anterior em mm		1
overjet maxilar anterior em mm		2
overjet mandibular anterior em mm		4
Mordida aberta vertical anterior em mm		4

Relação molar antero-posterior, 0-normal1-meia cúspide 2-uma cúspide		3
VALOR TOTAL DO ÍNDICE		
Mordida cruzada posterior, 0-ausente 1-presente		
Mordida cruzada posterior, 1-direita 2-esquerda 3- bilateral		

ANEXO IV – PARECER APROVADO DO CEP DA UEPA



UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ- CENTRO
DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E
DA SAÚDE - CAMPUS II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo da Classificação Funcional, Condicionamento Físico, Coordenação Motora, Estresse, Perfil Imunológico e Inflamatório, Qualidade de Vida, Rendimento Esportivo, Resiliência e Saúde Bucal de Pessoas com Deficiência Motora e Atletas Paralímpicos.

Pesquisador: Divaldo Martins de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51930821.2.0000.5174

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Pará - UEPA / Centro de Ciências Biológicas e da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.012.266

Apresentação do Projeto:

A pesquisa é descritiva e inferencial onde será avaliadas variáveis morfofuncionais, físicas e de saúde em atletas paralímpicos de diferentes modalidades e em deficientes físicos cadeirantes, a coleta de dados ocorrerá em Belém(Pa) e em Aracaju (Se) após aprovação do CEP em uma única etapa e será realizadas análise comparativas entre modalidades e entre classes funcionais além de entre atletas e não-atletas, como também correlações entre as variáveis estudadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- 1 – Criar e estabelecer a autenticidade científica, em termos de validade (conteúdo e aparência), fidedignidade e objetividade, bem como estabelecer os critérios de classificação, de uma bateria de avaliação da coordenação motora para cadeirantes - BACMoC.
- 2 – Avaliar se a prática do esporte paralímpico influenciará nos perfis imunológico e inflamatório, na qualidade de vida e na saúde bucal de dois grupos de adultos cadeirantes: os membros da Associação dos Deficientes Motores de Sergipe - ADM e os atletas da Seleção de

Endereço: Trav. Perebeui, 2623 (1º andar da biblioteca do Campus II da UEPA, Sala 01)
Bairro: Marco **CEP:** 66.087-670
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3131-1781 **E-mail:** cepccbs@uepa.br



UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ- CENTRO
DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E
DA SAÚDE - CAMPUS II



Continuação do Parecer: 5.012.266

Paralímpica de Halterofilismo da Universidade Federal de Sergipe – SPH/UFS.

3 – Avaliar a relação entre Classificação Funcional, Coordenação Motora, Estresse e Qualidade de Vida em atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas.

4 – Comparar os níveis de estresse, resiliência e qualidade da vida de dois grupos de adultos cadeirantes: os membros da Associação dos Deficientes Motores de Sergipe -

ADM e os atletas da Seleção de Paralímpica de Halterofilismo da Universidade Federal de Sergipe – SPH/UFS, visando avaliar a influência da prática do esporte paralímpico em adultos cadeirantes.

5 – Analisar a influência do Rendimento Esportivo de Atletas Paralímpicos de Basquetebol em Cadeira de Rodas no Perfil Imunológico e Qualidade de Vida.

6 – Correlacionar as variáveis técnicas, de composição corporal, de classificação funcional, fisiológicas e de rendimento esportivo em atletas de basquetebol em cadeira de rodas.

Objetivo Secundário:

- a) Estabelecer a validade (conteúdo e aparência) de uma bateria de avaliação da coordenação motora para cadeirantes;
- b) Verificar a fidedignidade de uma bateria de avaliação da coordenação motora para cadeirantes;
- c) Avaliar a objetividade de uma bateria de avaliação da coordenação motora para cadeirantes;
- d) Estabelecer os critérios de classificação em quartis;
- e) Avaliar o nível de atividade física dos atletas paraolímpicos;
- f) Estudar as possíveis influências da saúde bucal sobre o rendimento dos atletas paralímpicos;
- g) Definir os perfis imunológico e inflamatório que estão diretamente relacionados no desempenho e qualidade de vida dos atletas paralímpicos;
- h) Verificar o índice de Classificação Funcional em atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas;
- i) Verificar o índice de Coordenação Motora de atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas; j) Analisar o nível de Qualidade de Vida em atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas;
- k) Verificar o nível de Estresse em atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas;
- l) Mensurar o grau de Resiliência em Atletas Paralímpicos;
- m) Analisar o nível de Estresse em Atletas Paralímpicos;
- n) Analisar o Perfil Imunológico pós treinamento de Atletas Paralímpicos de Natação; o) Avaliar a Qualidade

Endereço: Trav. Perebeul, 2623 (1º andar da biblioteca do Campus II da UEPA, Sala 01)
Bairro: Marco **CEP:** 66.087-670
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3131-1781 **E-mail:** cepocbs@uepa.br



UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ- CENTRO
DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E
DA SAÚDE - CAMPUS II



Continuação do Parecer: 5.012.266

de Vida de Atletas Paralímpicos de Natação;

p) Investigar o Rendimento Esportivo de Atletas Paralímpicos de Natação;

q) Identificar as características técnicas de atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas;

r) Identificar as características de composição corporal de atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas;

s) Identificar as características de classificação funcional de atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas;

t) Identificar as características fisiológicas de atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas;

u) Identificar as características de rendimento esportivo em atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Presentes e adequados a pesquisa e de acordo com a Resolução nº 466/12 CNS e descrito abaixo:

- Riscos:

Existem riscos relativos ao desconforto em responder questões não compreendidas e o risco de lesões osteomioarticulares decorrentes do esforço físico desempenhado nos testes físicos e motores, além dos riscos aos pesquisadores relacionados a aplicação indevida dos protocolos de avaliação, porém, os pesquisadores estão plenamente treinados e habilitados com os procedimentos adotados na pesquisa, afim de minimizar estes riscos.

Caso ocorra algum dano físico ou emocional decorrente da aplicação dos testes, os participantes serão imediatamente atendidos pelos pesquisadores e encaminhados ao atendimento médico do local onde estão sendo coletados os dados.

- Benefícios:

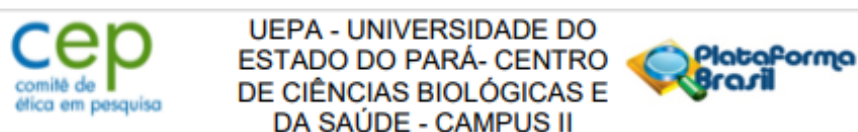
Os principais benefícios esperados estão relacionados com o conhecimento individual dos participantes sobre seu estado relacionado aos tópicos abordados na pesquisa. Para a comunidade científica os benefícios estão relacionados a descoberta de possíveis relações entre as variáveis estudadas e o aumento do aporte científico sobre o esporte paralímpico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Pesquisa é relevante para o estudo de atletas paralímpicos de diferentes modalidades e em deficientes físicos cadeirantes.

Endereço: Trav. Perebeul, 2623 (1º andar da biblioteca do Campus II da UEPA, Sala 01)
Bairro: Marco **CEP:** 66.087-670
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3131-1781 **E-mail:** cepccbs@uepa.br

Página 03 de 06



Continuação do Parecer: 5.012.266

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presente e adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem Pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a avaliação pelos referêes que compõem o Comitê de Ética em Pesquisa do CCBS/UEPA e aprovação em reunião de colegiado realizada no dia 24/09/2021, a proposta atendeu as exigências das Resoluções em vigor.

Conforme as Resoluções 466/12 e 510/2016, é atribuição do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente a pesquisa. Ressaltamos as seguintes atribuições do pesquisador: Desenvolver o projeto conforme delineado; Elaborar e apresentar os relatórios parcial (is) e final até 60 dias após o seu término (como notificação); Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto. Justificar fundamentadamente, perante o CEP, qualquer modificação (emenda) ou interrupção do projeto e identificar nas Informações Básicas tais mudanças.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALECEPCBSUEPACorrigido.pdf	01/10/2021 11:46:39	REGINA GABRIELA CALDAS DE MORAES	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEPCBSUEPACorrigido.pdf	01/10/2021 11:46:17	REGINA GABRIELA CALDAS DE MORAES	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEBATERIAPERITOCBSUEPACorrigido.pdf	01/10/2021 11:45:32	REGINA GABRIELA CALDAS DE	Acelto

Endereço: Trav. Perebeui, 2623 (1º andar da biblioteca do Campus II da UEPA, Sala 01)
Bairro: Marco **CEP:** 66.087-670
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3131-1781 **E-mail:** cepccbs@uepa.br

Página 04 de 06



**UEPA - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ- CENTRO
DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E
DA SAÚDE - CAMPUS II**



Continuação do Parecer: 5.012.266

Justificativa de Ausência	TCLEBATERIAPERITOCBSUEPACorr ligido.pdf	01/10/2021 11:45:32	MORAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEBATERIACMCEPCBSUEPACorr ligido.pdf	01/10/2021 11:45:03	REGINA GABRIELA CALDAS DE MORAES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO_1828489.pdf	20/09/2021 11:07:10		Aceito
Folha de Rosto	FROSTO2021.pdf	20/09/2021 11:05:37	Divaldo Martins de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPERITO.pdf	18/09/2021 01:12:09	Divaldo Martins de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEBATERIA.pdf	18/09/2021 01:11:54	Divaldo Martins de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/09/2021 01:11:41	Divaldo Martins de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	18/09/2021 01:11:29	Divaldo Martins de Souza	Aceito
Outros	DECASSDEFICIENTES.pdf	18/09/2021 01:11:10	Divaldo Martins de Souza	Aceito
Outros	CARTAHALTEROFILISMO.pdf	18/09/2021 01:10:46	Divaldo Martins de Souza	Aceito
Outros	CARTACIEP.pdf	18/09/2021 01:10:23	Divaldo Martins de Souza	Aceito
Declaração de concordância	CARTACBBC.pdf	18/09/2021 01:09:18	Divaldo Martins de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.pdf	18/09/2021 00:57:10	Divaldo Martins de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Trav. Perebeul, 2623 (1º andar da biblioteca do Campus II da UEPA, Sala 01)
Bairro: Marco **CEP:** 66.087-670
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3131-1781 **E-mail:** cepcbs@uepa.br

ANEXO V – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



Declaração da Instituição

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Universidade Tiradentes - UNIT

Declaramos, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado "Características Epigenéticas, Classificação Funcional, Condicionamento Físico, Coordenação Motora, Estresse, Perfil Imunológico e Inflamatório, Qualidade de Vida, Rendimento Esportivo, Resiliência e Saúde Bucal de Pessoas com Deficiência Motora, Atletas Paralímpicos e de Crianças com Transtornos do Espectro Autista.", sob a responsabilidade do pesquisador **Estélio Henrique Martin Dantas**, Ph.D. e com a participação dos pesquisadores: Cássio Murilo Almeida Lima Júnior; Karollyni Bastos Andrade Dantas e Paula Esteves Carvalho, que a **Associação dos Deficientes Motores de Sergipe**, autoriza que seus membros sejam convidados para participar da pesquisa, caso assim o desejem e, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), além de zelar para que o pesquisador cumpra os objetivos do projeto, por meio de acompanhamento do curso de origem dos pesquisadores e relatório semestral enviado ao CEP/UNIT.

De acordo e ciente,

Aracaju, 30 de setembro de 2020

Nome completo: Antônio Francisco da Fonseca Filho

CPF: 481.944.175-20

Cargo: Diretor Presidente da Associação dos Deficientes Motores de Sergipe

CNPJ: 32715906/0001-89

Obs.: Cada instituição envolvida no projeto de pesquisa deverá apresentar esta declaração em separado.

V2_14nov13

APÊNDICES

APÊNDICE I – CLASSIFICAÇÃO DE CÁRIE DENTAL

Tabela 13 - Características amostrais relativas ao exame clínico dos dentes.

Variável	Classificação	Prevalência	Qui-quadrado	
		%	X ²	P
V17	Hígido	84,6	15,39	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	7,7		
V16	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
V15	Hígido	100,0	---	---
V14	Hígido	100,0	---	---
V13	Hígido	100,0	---	---
V12	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
V11	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
V21	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
V22	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
V23	Hígido	100,0	---	---
V24	Hígido	100,0	---	---
V25	Hígido	100,0	---	---
V26	Hígido	100,0	---	---
V27	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
L17	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	7,7		
L16	Hígido	69,2	7,54	0,02*
	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	15,4		
L15	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
L14	Hígido	76,9	3,77	0,05
	Cárie	23,1		
L13	Hígido	76,9	3,77	0,05
	Cárie	23,1		
L12	Hígido	61,5	5,69	0,06
	Cárie	30,8		
	Restaurado sem cárie	7,7		
L11	Hígido	61,5	4,77	0,09
	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	23,1		
L21	Hígido	100,0	---	---
L22	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	15,4		
L23	Hígido	69,2	7,54	0,02*
	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	15,4		
L24	Hígido	100,0	---	---
L25	Hígido	76,9	11,23	<0,01*

	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	7,7		
L26	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	7,7		
L27	Hígido	53,8	2,92	0,23
	Cárie	30,8		
	Restaurado sem cárie	15,4		
M17	Hígido	76,9	3,77	0,05
	Restaurado sem cárie	23,1		
M16	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
M15	Hígido	84,6	15,39	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	7,7		
M14	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	7,7		
M13	Hígido	53,8	2,92	0,23
	Cárie	30,8		
	Restaurado sem cárie	15,4		
M12	Hígido	69,2	8,00	0,02*
	Cárie	23,1		
	Restaurado sem cárie	7,7		
M11	Hígido	69,2	8,00	0,02*
	Cárie	23,1		
	Restaurado sem cárie	7,7		
M21	Hígido	69,2	1,93	0,17
	Cárie	30,8		
M22	Hígido	69,2	8,00	0,02*
	Cárie	23,1		
	Restaurado sem cárie	7,7		
M23	Hígido	61,5	0,69	0,41
	Cárie	38,5		
M24	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	7,7		
M25	Hígido	46,2	1,08	0,58
	Cárie	23,1		
	Restaurado sem cárie	30,8		
M26	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	15,4		
M27	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	15,4		
D17	Hígido	100,0	---	---
D16	Hígido	100,0	---	---
D15	Hígido	84,6	6,23	0,01*
	Restaurado sem cárie	15,4		
D14	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	15,4		
D13	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
D12	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	7,7		
D11	Hígido	92,3	9,31	<0,01*

	Cárie	7,7		
D21	Hígido	100,0	---	---
D22	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
D23	Hígido	69,2	7,54	0,01*
	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	15,4		
D24	Hígido	100,0	---	---
D25	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
D26	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
D27	Hígido	84,6	6,23	0,01*
	Cárie	15,4		
O17	Hígido	30,8	2,92	0,23
	Cárie	53,8		
	Restaurado sem cárie	15,4		
O16	Hígido	84,6	6,23	0,01*
	Restaurado sem cárie	15,4		
O15	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	15,4		
O14	Hígido	30,8	2,92	0,23
	Cárie	53,8		
	Restaurado sem cárie	15,4		
O13	Hígido	84,6	11,23	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	7,7		
O12	Hígido	92,3	9,31	0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
O11	Hígido	92,3	9,31	0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
O21	Hígido	92,3	9,31	0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
O22	Hígido	100,0	---	---
O23	Hígido	84,6	15,39	0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	7,7		
O24	Hígido	84,6	15,39	0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	7,7		
O25	Hígido	92,3	9,31	0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
O26	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	15,4		
O27	Hígido	92,3	9,31	0,01*
	Cárie	7,7		

Na tabela 14 é possível constatar uma significativa maior prevalência de dentes hígidos no V17, V16, V12, V11, V21, V22, V27, L17, L16, L15, L22, L23, L25, L26, M16, M15, M14, M12, M11, M22, M24, M26, M27, D15, D14, D13, D12, D11, D22, D23, D25, D26, D27, O16, O15, O13, O12, O11, O21, O23, O24, O25, O26 e O27.

Tabela 14 - Características amostrais relativas ao exame clínico dos dentes.

Variável	Classificação	Prevalência	Qui-quadrado	
		%	X ²	p
V47	Hígido	92,3	9,31	0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
V46	Hígido	100,0	---	---
V45	Hígido	92,3	9,31	0,01*
	Cárie	7,7		
V44	Hígido	100,0	---	---
V43	Hígido	100,0	---	---
V42	Hígido	100,0	---	---
V41	Hígido	84,6	15,39	<0,1*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	7,7		
V31	Hígido	100,0	---	---
V32	Hígido	100,0	---	---
V33	Hígido	100,0	---	---
V34	Hígido	100,0	---	---
V35	Hígido	100,0	---	---
V36	Hígido	100,0	---	---
V37	Hígido	100,0	---	---
L47	Hígido	53,8	5,09	0,08
	Cárie	27,7		
	Restaurado sem cárie	9,1		
L46	Hígido	61,5	4,77	0,09
	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	23,1		
L45	Hígido	100,0	---	---
L44	Hígido	100,0	---	---
L43	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
L42	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
L41	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
L31	Hígido	100,0	---	---
L32	Hígido	100,0	---	---
L33	Hígido	61,5	5,09	0,08
	Cárie	30,8		
	Restaurado sem cárie	7,7		
L34	Hígido	46,2	2,00	0,37
	Cárie	38,5		
	Restaurado sem cárie	15,5		
L35	Hígido	84,6	6,23	0,01*
	Cárie	15,4		
L36	Hígido	69,2	8,00	0,02*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	23,1		
L37	Hígido	100,0	---	---
M47	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
M46	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
M45	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
M44	Hígido	84,6	15,39	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	7,7		

M43	Hígido Cárie	61,5 23,1	4,77	0,09
	Restaurado sem cárie	15,4		
M42	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
M41	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
M31	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
M32	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
M33	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
M34	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
M35	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
M36	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	15,4		
M37	Hígido	84,6	6,23	0,01*
	Cárie	15,4		
D47	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
D46	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
D45	Hígido	100,0	---	---
D44	Hígido	100,0	---	---
D43	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
D42	Hígido	100,0	---	---
D41	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
D31	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
D32	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
D33	Hígido	100,0	---	---
D34	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Cárie	7,7		
D35	Hígido	38,5	0,62	0,74
	Cárie	38,5		
	Restaurado sem cárie	23,1		
D36	Hígido	61,5	4,77	0,09
	Cárie	23,1		
	Restaurado sem cárie	15,4		
D37	Hígido	15,4	4,77	0,09
	Cárie	23,1		
	Restaurado sem cárie	61,5		
O47	Hígido	53,8	0,08	0,78
	Cárie	46,2		
O46	Hígido	84,6	6,23	0,01*
	Cárie	15,4		
O45	Hígido	84,6	6,23	0,01*
	Cárie	15,4		
O44	Hígido	69,2	7,53	0,02*
	Cárie	15,4		
	Restaurado sem cárie	15,4		
O43	Hígido	84,6	6,23	0,01*

	Cárie	15,4		
O42	Hígido	30,8	1,92	0,17
	Cárie	69,2		
O41	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		
O31	Hígido	30,8	5,69	0,06
	Cárie	61,5		
	Restaurado sem cárie	7,7		
O32	Hígido	38,5	0,69	0,41
	Cárie	61,5		
O33	Hígido	100,0	---	---
O34	Hígido	30,8	5,69	0,06
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	61,5		
O35	Hígido	76,9	11,23	<0,01*
	Cárie	7,7		
	Restaurado sem cárie	15,4		
O36	Hígido	30,8	5,69	0,06
	Cárie	61,5		
	Restaurado sem cárie	7,7		
O37	Hígido	92,3	9,31	<0,01*
	Restaurado sem cárie	7,7		

Na Tabela 15 é possível constatar uma significativa maior prevalência de dentes hígidos no V47, V45, V41, L43, L42, L41, L35, L36, M47, M46, M45, M44, M42, M41, M31, M32, M33, M34, M35, M36, M37, M47, M46, M45, M44, M42, M41, M31, M32, M33, M34, M35, M36, M37, D47, D46, D43, D41, D31, D32, D34, O47, O46, O45, O44, O43, O41, O35 e O37.



efdeportes.com

Lecturas: Educación Física y Deportes

ISSN 1514-3465 - DOI: 10.46642 - RNPI 901172 - Depósito Legal 923110

CERTIFICACIÓN

Por la presente certificamos que **Karollyni Bastos Andrade Dantas, Cristiane Costa da Cunha de Oliveira, Divaldo Martins de Souza, Cássio Murilo Almeida Lima Júnior, Frederico Barros Costa, Paula Esteves Carvalho y Estélio Henrique Martin Dantas** publicaron el artículo

Los Juegos Paralímpicos como propulsor de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

en el número 281, Vol. 26, de octubre de 2021 de *Lecturas: Educación Física y Deportes*, revista digital, páginas 215-231, DOI: <https://doi.org/10.46642/efd.v26i281.2657>

Nuestra producción es la primera en su temática en idioma español en configurarse en la World Wide Web, publica artículos con interés científico o didáctico, inéditos y originales, que atraviesan un proceso previo de revisión anónima por pares. Además, su contenido es indizado en Dialnet Plus (Universidad de La Rioja, España), cuenta con registros en el Catálogo de LATINDEX versión 2.0 (UNAM, México), CAPES y CEV (Brasil), Google Académico, Carhus Plus+ (Generalitat de Cataluña), REDIB, LatinRev (FLACSO), ERIH PLUS, BINPAR y Malena (CAICYT-CONICET, Argentina), Dimensions (EE.UU.), REBIUN (España) y PKP-Index. Dichos artículos aparecen en nuestra base de datos bibliográfica y solo se publican en formato digital.

Este aporte profesional altamente calificado contribuye con el desarrollo y expansión de la publicación que se inició en marzo de 1997.

A la fecha se han publicado 282 números, la totalidad de los cuales está a disposición de cualquier navegante que desee consultarlos en <http://www.efdeportes.com>.

En Buenos Aires, a los 18 días del mes de noviembre de 2021.

Lic. Tulio Guterman
Director

EFDEPORTES.COM
INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Gurruchaga 448 4° A - 1414 - Buenos Aires - Argentina
WhatsApp +54911-65605047 · (54-11) 4856-5279 · E-mail: efdeportes@gmail.com