

Ficha de Recolha de Dados



“Estudo da prevalência de utilização de protetores bucais intraorais no âmbito de uma amostra populacional de praticantes de Muay Thai”

Este questionário será usado como parte integrante de um projeto de graduação do curso de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa. Procura-se estudar o uso de protetores bucais intra-orais no *Muay Thai* e avaliar o conhecimento destes dispositivos e os benefícios que estão associados à sua utilização entre os praticantes desta arte marcial. Trata-se de um questionário totalmente anónimo, sem respostas certas ou erradas, pedindo-se que responda com o máximo de sinceridade.

Aceito participar neste estudo, de forma voluntária, sabendo que os resultados e os dados obtidos no decorrer desta investigação serão utilizados exclusivamente para fins académicos, preservando sempre o anonimato dos participantes.

Dados do Atleta

Inquérito número

Idade: _____

Sexo:

Feminino

Masculino

História Desportiva

Há quanto tempo pratica *Muay Thai*?

Há menos de 6 meses

Entre 6 meses e 1 ano

Entre 1 e 3 anos

Há mais de 3 anos

Já alguma vez se lesionou na região da face e/ou da boca no decorrer desta prática desportiva?

Sim

Não

Se já se lesionou na região da face e da boca, em que local específico ocorreu o trauma? Se for o caso pode assinalar mais que uma opção. Se nunca se tiver lesionado nesta região ignore esta questão.

Articulação temporomandibular (articulação do maxilar inferior, localizada na região das têmporas e à

frente do ouvido)

Maxilar superior

Maxilar inferior/mandíbula

Dentes

Língua

Lábios

Bochechas

Se já se lesionou na região da face e da boca, qual o tipo de trauma sofrido? Se for o caso pode assinalar mais que uma opção. Se nunca se tiver lesionado nesta região ignore esta questão.

- Fratura dentária
- Avulsão dentária (perda do dente)
- Fratura do maxilar superior
- Fratura do maxilar inferior/mandíbula
- Fratura no côndilo mandibular (região da articulação dos maxilares, zona ligeiramente á frente dos ouvidos)
- Subluxação da articulação temporomandibular (deslocamento parcial da articulação dos Maxilares)
- Luxação da articulação temporomandibular (deslocamento total da articulação dos maxilares)
- Laceração dos tecidos moles (rompimento dos lábios e/ou bochechas)
- Mordedura da língua
- Trauma neurológico
- Não sabe

Após ocorrência da lesão na região da face e/ou da boca dirigiu-se a um Médico Dentista? Se nunca se tiver lesionado nesta região ignore esta questão

- Sim
- Não

Um protetor bucal é um dispositivo oral que é colocado sobre os dentes (superiores e/ou inferiores) e que visa a proteção dos mesmos e das estruturas orofaciais: língua, maxilares e articulação temporomandibular.

Tinha conhecimento sobre a utilização deste tipo de protetores bucais na prática desportiva?

- Sim
- Não

Se sim, que tipos de protetores bucais conhece? Se for o caso pode assinalar mais que uma opção. Se não tinha qualquer tipo de conhecimento sobre protetores bucais ignore esta questão.

Pré-fabricados (à venda em lojas de desporto com padrão universal)

Boile and Bite (moldados pelo calor)

Custom-Made (efetuados à medida em consulta de Medicina Dentária)

Não conheço nenhum dispositivo específico

Considera a utilização dos protetores bucais indispensável?

Sim

Não

Utiliza algum tipo de protetor bucal na prática de *Muay Thai*?

Sim, sempre

Às vezes

Não, nunca

Se sim, qual o tipo que utiliza? Se não utiliza nenhum protetor ignore esta questão.

Pré-fabricados (à venda em lojas de desporto com padrão universal)

Boil and Bite (moldados pelo calor)

Custom-Made (efetuados à medida em consulta de Medicina Dentária)

Porque começou a utilizar o protetor bucal? Se for o caso pode assinalar mais que uma opção. Se não utiliza nenhum protetor ignore esta questão.

Recomendação do Treinador

Através de colegas de treino

Através de amigos e/ou familiares

Recomendação do Médico Dentista

Iniciativa própria

Outros: Quais? _____

Desde que utiliza protetor bucal sente-se mais protegido de eventuais lesões e traumatismos? Se não utiliza nenhum protetor ignore esta questão.

Sim

Não

Sente que o protetor bucal já o protegeu especificamente de algum traumatismo? Se não utiliza nenhum protetor ignore esta questão.

Sim

Não

Tem algo tipo de cuidados para a conservação do seu protetor bucal? Se não utiliza nenhum protetor ignore esta questão.

Sim

Não

Se sim, quais os cuidados? Se for o caso pode assinalar mais que uma opção. Se não utiliza nenhum protetor ignore esta questão.

Coloco sempre o protetor molhado na boca

Sempre que possível lavo o protetor com pasta dentária/sabão

Guardo o meu protetor numa caixa, deixando-o secar sozinho

Evito a exposição do protetor ao calor, nomeadamente à luz solar

Não partilho o protetor com mais ninguém

Outros cuidados: Quais? _____

Em relação ao seu protetor bucal costuma consultar o Médico Dentista? Se não utiliza nenhum protetor ignore esta questão.

Consulto o Médico Dentista regularmente para verificação do protetor

Consulto o Médico Dentista apenas quando surgem problemas com o meu protetor

Não consulto o Médico Dentista em nenhuma ocasião

Na sua opinião o que tem de negativo a utilização deste tipo de protetores? Se for o caso pode assinalar mais que uma opção. Se não utiliza nenhum protetor ignore esta questão.

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Dificuldade na respiração | <input type="checkbox"/> |
| Dificuldade ao falar | <input type="checkbox"/> |
| Dificuldade de fixação na boca | <input type="checkbox"/> |
| Dificuldade no manuseio e limpeza | <input type="checkbox"/> |
| Reflexo de vômito | <input type="checkbox"/> |
| Dispendioso | <input type="checkbox"/> |
| Outro: Quais? _____ | <input type="checkbox"/> |

Se não utiliza protetor bucal, qual a razão? Se utiliza protetor bucal ignore esta questão.

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Simplesmente nunca experimentei | <input type="checkbox"/> |
| Acho desconfortável | <input type="checkbox"/> |
| É dispendioso | <input type="checkbox"/> |
| Nunca tinha ouvido falar | <input type="checkbox"/> |
| Outra: Qual? _____ | <input type="checkbox"/> |

Hábitos de Higiene Oral

Nº de escovagens por dia:

- | | |
|----|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> |
| >3 | <input type="checkbox"/> |

Utiliza algum destes Meios Auxiliares de Higiene Oral?

Se for o caso pode seleccionar mais que uma opção.

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Fita Dentária | <input type="checkbox"/> |
| Escovilhão | <input type="checkbox"/> |
| Colutório | <input type="checkbox"/> |
| Não utiliza | <input type="checkbox"/> |