

Trabalho de Conclusão de Curso

Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional

Ana Clara Loch Padilha



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Ana Clara Loch Padilha

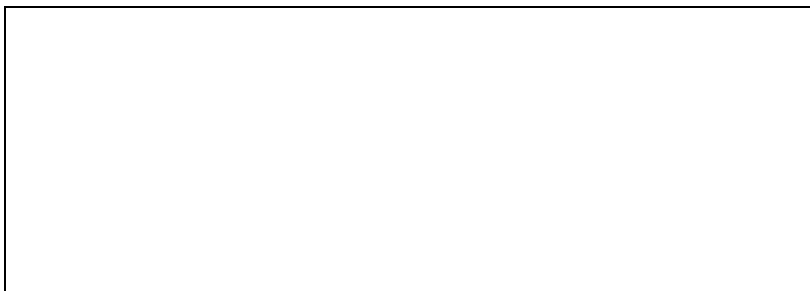
Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientadora: Prof.^a, Dr.^a Dayane
Machado Ribeiro

Florianópolis

2012

Catálogo na fonte elaborada pela biblioteca da
Universidade Federal de Santa Catarina



Ana Clara Loch Padilha

Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 11 de abril de 2012

Prof.^a. Graziela Canto, Dr.^a.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Dayane Machado Ribeiro
Presidente

Dr. Glaycon Michels
Membro

Prof., Dr. Élito Araújo
Membro

Prof., Dr. Alfredo Meyer Filho
Suplente

Este trabalho é carinhosamente dedicado aos **meus pais**, pelo amor e incentivo constantes e à **minha irmã** como um exemplo de que garotas inteligentes se divertem mais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais **Ênio Padilha e Áurea Loch** e minha irmã **Maria Helena**, que através de toda uma existência de dedicada colaboração ao meu lado me induzem a realizar algo de bom e útil na vida.

A Professora Doutora **Dayane Machado Ribeiro** que me orientou, ajudou, esclareceu e acalmou em todas as etapas deste processo. Que Deus lhe conceda saúde para que muitos outros acadêmicos tenham a sorte de tê-la como professora.

Aos Clubes **Avaí Futebol Clube, Figueirense Futebol Clube, Criciúma Esporte Clube e Joinville Esporte Clube**, pela participação e colaboração neste trabalho.

A **Universidade Federal de Santa Catarina** por todas as oportunidades.

A **Faculdade de Odontologia** por me formar em uma das melhores e bem conceituadas faculdades do país.

Aos **Professores e Funcionários do meu curso e dos cursos de Medicina, Fonoaudiologia, Psicologia, Educação Física e Enfermagem**, todos contribuintes direta ou indiretamente na minha formação.

Agradeço, com muito carinho as minhas amigas **Giovana Haendchen Fornasari, Elisa da Cunha Fujii e Luiza Silveira Lessa** companheiras de turma por cinco anos, sempre disponíveis e que me ensinaram a realizar a odontologia que combina qualidade com alegria.

Às amigas **Caroline Zimmermann, Helena Mendes Constante e Thaís Rockenbach Gobbi** que acompanharam este trabalho de perto e comemoraram comigo cada pequeno passo.

Agradeço a **Angélica Luciana Nau e Aline Nau** por terem sido minha família nesses anos e por transformarem nossa casa num lugar tranqüilo e sem preocupações.

Também sou grata a todas aquelas pessoas que de uma forma ou de outra, deram a sua contribuição para que eu pudesse realizar este trabalho.

A todas estas pessoas o meu reconhecimento de coração.

“Sete anos nos separam da abertura dos Jogos Olímpicos. Todos alimentamos a expectativa de que o país consiga avançar nas políticas públicas de inclusão da população nas práticas esportivas e nas de melhora do rendimento dos atletas. Já sabemos que o atleta, por exigir mais do seu corpo, precisa estar sempre atento à sua saúde. O rendimento dos atletas pode ser afetado se ele tiver algum distúrbio bucal. E devemos lembrar que, quando falamos de uma Olimpíada, o rendimento do atleta está intimamente relacionado com a vitória ou a derrota de uma nação”

Alênio Calil Mathias (2009)

RESUMO

Introdução: A Odontologia do Esporte surgiu da necessidade de se promover saúde bucal em atletas que, por exigir muito mais de seu condicionamento físico em relação às demais pessoas, demanda de um cuidado maior com sua saúde. As lesões que podem comprometer o rendimento de um atleta apresentam consequências como interrupção de jogos, despesas para clubes e patrocinadores além do comprometimento psicológico do atleta e de seus colegas. Surge a necessidade de um profissional especializado, que entenda e acompanhe o âmbito desportivo e mantenha-se atualizado. Sendo assim o estudo objetivou verificar a inserção da Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional de Santa Catarina. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo de campo, que tem como objetivo analisar e interpretar a realidade a partir da observação de fenômenos e causas. A população de estudo foi composta por quatro clubes de futebol profissional, dois da série A, um da série B e um da série C e a amostra por quatro médicos responsáveis pelos Departamentos de Saúde e dois Técnicos. O método de aplicação dos questionários foi realizado através de entrevista pessoal/ contato direto, no qual o pesquisador aplicou o questionário aos entrevistados-alvo. Os dados quantitativos foram tabulados e analisados no programa Excel. **Resultados e Discussão:** Inicialmente foi levantado o perfil dos profissionais responsáveis pelos Departamentos de Saúde e Técnicos dos clubes, o grau de conhecimento saúde bucal X condicionamento físico, o modelo em atenção a saúde e o grau de inserção do cirurgião-dentista dentro dos clubes. Dos técnicos entrevistados, 100% relacionaram uma higiene bucal deficiente com lesões musculares, porém nenhum dos técnicos considerou que a respiração bucal pode ser a mais prejudicial ao atleta. Os clubes realizam programas específicos para aumento ou manutenção do desempenho físico dos atletas, que podem ser realizados individualmente (75%) onde cada atleta possui o seu plano de rendimento físico, ou coletivamente (25%), uma vez que o grupo deve alcançar a mesma meta em desempenho físico. São feitas reuniões com a equipe de saúde para discutir estratégias em saúde e planejamento de casos, sendo a atenção em saúde dos atletas individualizada. Nenhum clube possui cirurgião-dentista efetivo em seu Departamento de Saúde, e apenas 25% possui um profissional terceirizado vinculado ao clube e utilizado em casos de emergência. **Conclusões:** Concluiu-se, portanto, que a Odontologia do Esporte encontra-se num estágio muito inicial de desenvolvimento nos clubes de Santa Catarina, visto que esta atuação do cirurgião-dentista fica restrita a prática corretiva e num regime de trabalho terceirizado, utilizado apenas em situações de emergência; o modelo de atenção à saúde nos clubes se restringe ao atendimento médico e os técnicos reconhecem a relação entre o condicionamento físico e a saúde bucal, porém demonstram ainda falta de conhecimento sobre o trabalho do cirurgião-dentista aos atletas.

Palavras-chave: futebol, promoção de saúde, trauma dental, odontologia do esporte, lesões bucais.

ABSTRACT

Introduction: Sports Dentistry arose from the need to promote health in athletes who, by demanding more from their fitness in relation to other people demand a greater concern about their health. Lesions that may compromise the performance of an athlete have consequences like interruption of games, expenses for the sports clubs and sponsors and psychological commitment of the athlete and his colleagues. Comes the need for a specialized professional that understands the sports context and it's updated. This study aimed to verify the insertion of sports dentistry in professional football clubs from Santa Catarina. **Material and Methods:** This is a cross-sectional and descriptive study of field, which aims to analyze and interpret reality from observation of phenomena and causes. The study population was composed of four professional football clubs, two from the series A, one from series B and one from series C and the sample of four doctors responsible for the Departments of Health and two Technicians. The method of application of the questionnaires was conducted via personal interview, in which the researcher applied the questionnaire to the target respondents. Quantitative data were tabulated and analyzed in Excel. **Results and Discussion:** It was initially raised the profile of professionals responsible for the Departments of Health and Technicians of the clubs, the level of knowledge about oral health X fitness, the health care model and the level of insertion of the dentist within the clubs. Technicians interviewed 100% associated poor oral hygiene with muscle injuries, but none of the technicians think that mouth breathing may be more harmful to the athlete. The clubs undertake specific programs to increase or maintain the physical performance of athletes, which can be individually (75%) where each athlete has his own plan of physical performance, or collectively (25%), since the group should reach the same goal in physical performance. Meetings are made with the health team to discuss strategies on health and planning cases, and the health care of athletes is individualized. No club has a dentist effective in its Department of Health, and only 25% have a professional bound to the club and used in emergencies. **Conclusions:** The sports dentistry is in a very early stage of development in the clubs of Santa Catarina, and the practice of the dentist is restricted to a corrective and outsourced work.,

used only in emergency situations; the model of health care in the clubs is restricted to medical and the technical recognize the relationship between oral health and fitness, but also demonstrate a lack of knowledge about the scope of the work that the dentist can provide for the health of the athlete.

Keywords: soccer, sports dentistry, health promotion, dental trauma, mouth injuries.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da frequência e percentual das características dos responsáveis pelo Departamento Médico.....	45
Tabela 2 - Distribuição da frequência e percentual das características dos Técnicos.....	90
Tabela 3 - Distribuição da frequência e percentual dos componentes da infra-estrutura do Clube.....	89
Tabela 4- Distribuição da frequência e percentual de profissionais do Departamento de Saúde.....	47
Tabela 5 - Distribuição da frequência e percentual dos profissionais quanto a da rotina de trabalho no Departamento de Saúde.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO - Associação Brasileira de Odontologia
ABO - MG - Associação Brasileira de Odontologia de Minas Gerais
ABRODESP - Associação Brasileira de Odontologia do Esporte
ATM - Articulação Têmporo Mandibular
CBF - Confederação Brasileira de Futebol
CETAO - Centro de Estudos Treinamento e Aperfeiçoamento em Odontologia
CODEC - Centro de Odontologia do Esporte do CETAO
CRO-SP - Conselho Regional de Odontologia de São Paulo
CT – Centro de Treinamento
MG – Minas Gerais
NYSF - National Youth Sports Foundation
PROBI - Protetor Bucal Individualizado
SBOESP - Sociedade Brasileira de Odontologia do Esporte
UFV – Universidade Federal de Viçosa
UNIGRANRIO - Universidade do Grande Rio

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	15
2. ARTIGO.....	38
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE I.....	73
ANEXO A - Tabela 5.....	87
ANEXO B – Tabela 3.....	89
ANEXO C – Tabela 2.....	90
ANEXO D - Projeto de Lei PL 5391/2005.....	92

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

1.1 INTRODUÇÃO

É considerada uma característica de vencedores, entre outras, saber viver e se destacar em situações de competitividade. Presenciam-se situações assim todos os dias em diversas esferas da vida como na profissão, relacionamentos interpessoais, questões financeiras, etc. Suportar todas as demandas que são exigidas e ainda conseguir ser o melhor é tarefa para reais competidores. Porém, no esporte a competição é analisada por outro ângulo, visto que as práticas desportivas estão fundamentadas e desenvolvidas para este fim.

A importância dada ao esporte, times e atletas é notável e não se pode negar o envolvimento íntimo das práticas desportivas no cotidiano das pessoas, em diferentes proporções. Saber que resultados de jogos e competições esportivas podem modificar a vida de tantas pessoas nos faz pensar nas variáveis que afetam tais resultados.

Segundo Nuno Cobra (2005), deve-se trabalhar a saúde buscando não só mantê-la, como também elevá-la. O autor considera que a saúde pode ser dividida em três partes, o sono, a alimentação e o movimento. Sendo assim, o esporte pode ser considerado um dos pilares da saúde. Pereira (2004) acrescenta ainda a esses fatores: moradia, o saneamento básico, trabalho, renda, educação entre outros.

No caso específico dos atletas profissionais a manutenção da saúde é pré-requisito para sua profissão e sendo a saúde bucal parte importante de todo esse conjunto, deve ser dado a ela a devida atenção (MOURA, 2004).

Neste contexto, surgiu uma nova área da Odontologia, a *Odontologia do Esporte*, que segundo Barberini (2010), visa oferecer ao atleta, cirurgiões dentistas com visão esportiva, que saibam detectar, tratar e prevenir as doenças do sistema bucal que possam interferir e comprometer o desempenho físico, assim como deve diagnosticar doenças do corpo que se manifestem na

boca. Resultando assim em um profissional que, a fim de manter ou melhorar o rendimento físico de um atleta, propõe a manutenção da saúde oral, prevenindo traumas e outras lesões decorrentes da prática esportiva, estando ciente da listagem de medicamentos que causam doping positivo e dos malefícios do uso excessivo de bebidas repositoras, como também diagnosticando situações já existentes e oferecendo tratamento especializado para tais lesões (BARBERINI, 2010).

Para Donadio (2010), o Presidente-fundador da ABRODESP - Associação Brasileira de Odontologia do Esporte o principal objetivo de um cirurgião-dentista do esporte é a partir da melhora da saúde bucal de um atleta, melhorar o seu rendimento. Entendendo que entre os dois existe uma relação estreita.

A criação da Abrodesp representou um passo significativo na sedimentação da Odontologia do Esporte na comunidade científica e, embora fundada e dirigida por cirurgiões-dentistas apresenta um caráter multidisciplinar. Participam da instituição profissionais das áreas de Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia e Educação física (SEIXAS, 2010; MOURA, 2004).

Com a saturação do mercado de trabalho em regiões sul-sudeste, a Abrodesp defende a Odontologia do Esporte como fonte de emprego para cirurgiões-dentistas especializados na área, bem como para que se torne disciplina curricular nos cursos de graduação em Odontologia no país. Existe a pretensão de tornar a Odontologia do Esporte uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (UEDA, 2010).

O Brasil é considerado pioneiro sob alguns aspectos por ter sido o primeiro país a levar um cirurgião-dentista, Dr. Mário Trigo, como membro da sua comissão técnica, em competições oficiais, como as Copas do Mundo de 1958, 1962 e 1966 (TRIGO, 2002). Porém, desde então, o país tem “perdido” em desenvolvimento na área para países da Europa, Japão e EUA, onde a utilização de equipamentos de segurança é regra em diversas competições (UEDA 2010).

Barberini (2010) considera que a presença de um cirurgião-dentista no âmbito desportivo e como membro das comissões técnicas faz-se necessária, pois à medida que se encontram problemas em atletas ocasionados pela prática esportiva, como acidentes e lesões na região orofacial, em especial, traumatismos dentários, os cirurgiões-dentistas são os profissionais mais bem qualificados para resolver essas situações.

De acordo com Castropil (2009), o grande diferencial do Brasil nos jogos olímpicos de 2016 serão os profissionais de saúde que estiverem trabalhando sinergicamente para atender os atletas brasileiros. Segundo Ueda (2010), deve-se, cada vez mais, estimular a adoção de técnicas e instrumentos que preservem a saúde dos atletas, apoiando o desenvolvimento científico e tecnológico em benefício do esporte competitivo.

Tiba (2009) entende que é necessária a conscientização das instituições de saúde, educação e esportivas para que sejam feitas campanhas públicas visando estimular atletas e comunidade a uma prática esportiva segura, alertando também sobre a questão do atendimento odontológico obrigatório, durante as atividades esportivas, para assegurar os procedimentos imediatos frente a um traumatismo dentário.

Este estudo se propõe a verificar a inserção da Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional de Santa Catarina, conhecer o modelo de atenção à saúde, detectar e qualificar a atuação do cirurgião-dentista junto às equipes e levantar o grau de conhecimento sobre a relação entre saúde bucal e desempenho físico do atleta, a fim de preencher, ainda que parcialmente, a lacuna na área de Odontologia do Esporte, por parte das publicações científicas.

1.1.22. FISILOGIA DO ESPORTE

Segundo Wilmore e Costill (1999), a fisiologia do exercício pode ser definida como uma área que estuda como as estruturas e funções do nosso organismo se alteram quando realiza-se o exercício agudo ou crônico. E quando se aplica estes conhecimentos ao esporte, tem-se conceituada a fisiologia do

esporte, considerada então, uma subárea da fisiologia do exercício.

Como lembram Powers e Howley (2000), muitos são os pesquisadores que se dedicam ao estudo do comportamento e a influência das variáveis fisiológicas existentes durante a *performance* esportiva.

Existem, atualmente, alguns parâmetros de avaliação usados para quantificar as cargas durante o treinamento, classificando o esforço em faixas de intensidade variadas. Para isso são utilizados equipamentos sofisticados que simulam competições e verificam as respostas do ser humano frente situações de estresse que exigem desempenho máximo (SILVA, *et al.*, 2006).

De acordo com o mesmo autor, mesmo com todas as pesquisas e avanços na área, profissionais ainda possuem dificuldades para maximizar capacidades físicas, técnicas e táticas dos atletas, uma vez que estes apresentam diferentes características fisiológicas, habilidades técnicas, comportamentos psicológicos e histórico de vida (SILVA *et al.*, 2006).

O treinamento esportivo obteve evoluções importantes nos últimos anos devido ao avanço das pesquisas em fisiologia do exercício, biomecânica, psicologia do esporte, bioquímica do esporte, nutrição do esporte, dentre outros. O treinamento físico sistematizado garante adaptações fisiológicas e bioquímicas, melhorando o desempenho de tarefas específicas, sendo que a magnitude da adaptação será dependente do tipo de atividade realizada, da interação entre o volume e a intensidade, da individualidade genética e nível de aptidão inicial de cada indivíduo (AZEVEDO *et al.*, 2007).

Quando se trata da formação da Comissão Técnica de uma equipe, Silva *et. al.* (2006), consideram que essa depende muito da modalidade, mas que a presença de um treinador, um psicólogo e um preparador físico são imprescindíveis. Assim como consideram necessária à qualquer profissional que atua no âmbito esportivo, o conhecimento acerca das perspectivas e novidades que surgirem na área e obtendo uma opinião crítica no

que tange a otimização do rendimento esportivo e suas correlações com outras áreas.

Os mesmos autores ressaltam a importância da incorporação de uma equipe multidisciplinar em equipes de alto rendimento. Independentemente da categoria de esporte, existe a necessidade da presença de profissionais especializados. Também lembram que em certas modalidades esportivas onde o primeiro e o último colocado são separados por milésimos de segundo, pode-se observar o progresso no desempenho de atividades atléticas que utilizam o avanço do suporte científico em prol do esporte: melhor dieta, melhores equipamentos atléticos e abordagens científicas mais sistemáticas e especializadas ao treinamento e condicionamento físico (SILVA *et. al.*, 2006).

Ter acesso às fontes científicas para atualização é considerado fundamental ao treinador. Em se tratando de otimização do rendimento esportivo destaca-se a capacidade do treinador em utilizar os recursos que lhe são disponíveis. Segundo Silva *et al.* (2006), há dificuldade em encontrar um programa ideal de treinamento, contudo consideram vantajoso o conhecimento sobre as variáveis que podem interferir ou auxiliar o rendimento do atleta, para auxiliar na escolha dos protocolos de avaliação e assim, determinar a melhor estratégia de treinamento.

Lussac (2008) verificou que existem oito princípios de Treinamento Esportivo, baseando-se no trabalho de Tubino (1984), e adicionando-se aos cinco primeiros proposto pelo autor acrescenta um princípio proposto por Dantas (1995) e outros dois de Costa (1996), constatando a inter-relação entre todos esses princípios para o treinamento.

O oitavo princípio relacionado por Lussac (2008) é o Princípio da Saúde, proposto por Costa em 1996, que destaca a importância durante o treinamento, não só da ginástica localizada e suas atividades complementares, mas também o apoio do departamento médico, avaliação funcional e departamento nutricional visando aquisição e manutenção de saúde. Lussac (2008) afirma ainda que este princípio está fundamentado na interdisciplinaridade.

1.1.3 RELAÇÃO ENTRE MÁ-OCCLUSÕES E CAPACIDADE RESPIRATÓRIA

Discute-se muito no âmbito acadêmico a inter-relação entre estrutura anatômica (forma) e função (mastigação, respiração, fonação, deglutição) realizadas pelo sistema estomatognático.

Esse sistema, formado por dentes, mandíbula, músculos, ossos, ligamentos, vasos sanguíneos, complexo neural, articulações têmporo mandibulares, é considerado de extrema sensibilidade e importância para a manutenção de todo o equilíbrio físico-biológico do ser humano e as alterações desse sistema provocam desequilíbrios que se manifestam na conformação dos órgãos (QUINTÃO, 2004).

A relação estática e dinâmica entre as superfícies oclusais dos dentes devem estar em harmonia com esse sistema estomatognático, sendo esta a definição de oclusão (CARDOSO, 2010).

A influência dos maus hábitos na determinação das má oclusões depende da associação de três fatores: a duração, frequência e intensidade e sua etiologia é considerada multifatorial, podendo ser determinada por ação muscular agindo no crescimento ósseo, por anormalidade nas demais funções do sistema estomatognático, ou por hábitos deletérios como sucção de dedo ou chupeta e interposição de lábio e língua (FERREIRA, 1998).

A classificação da oclusão dentária mais conhecida e utilizada é a proposta por Edward Angle em 1899, que dividiu as má oclusões em três grupos. Esta classificação baseia-se nas relações ântero-posteriores das arcadas dentárias, onde a linha vestibuloclusal do arco mandibular deve coincidir com a linha da fossa central do arco superior quando os dentes estiverem ocluídos. Os primeiros molares permanentes são considerados peças-chave para determinação da oclusão, pois supunha-se ser imutável sua posição na arcada. (PROFFIT, 2007).

Dentro dessa classificação o segundo grupo, a Classe II, 1ª divisão, os pacientes apresentam como característica um

overjet criado pela labioversão exagerada dos incisivos superiores. Em decorrência disso alterações como lábio superior hipofuncionante e/ou hipotônico e lábio inferior hipotônico ou evertido são freqüentes, assim como o auxílio do músculo mentalis hipertônico no vedamento do lábio inferior com os incisivos superiores e a língua não encostando no palato apresentando arcada superior atrésica. Pode haver correlação de hábitos viciosos como sucção de dedo ou de chupeta e respiração bucal nesses pacientes (FERREIRA, 1998; PROFFIT, 2007).

De acordo com Oliveira *et. al.* (2008) quando a criança respira pelo nariz ela está proporcionando um adequado desenvolvimento e crescimento de suas estruturas crânio faciais, tendo as funções de mastigação e deglutição sua responsabilidade nesse processo também. A presença de algum obstáculo obrigaria a criança a respirar pela boca. Como o desenvolvimento correto da dimensão vertical da fase depende do equilíbrio dinâmico das estruturas de mastigação e posição da mandíbula durante o repouso e tendo o respirador bucal este equilíbrio comprometido pela nova postura adotada, para facilitar sua respiração, poderão ocorrer alterações esqueléticas e miofuncionais durante o crescimento facial nesses pacientes.

Quintão (2004) observa que a etiologia da respiração bucal pode ser algum tipo de obstrução nas vias aéreas superiores. Para Gaspar (2001) essa obstrução pode ser provocada por aumento da adenóide e amígdalas, como também por obstrução mecânica no nariz por desvio do septo nasal, hipertrofia dos cornetos, pólipos e tumores. Quintão (2004) inclui como possível etiologia da respiração bucal a má oclusão ou maus hábitos, levando a um padrão suplente de respiração que, por sua vez, vai gerar uma série de outras alterações importantes na dinâmica corporal.

Este tipo de respiração é apontada por Ianni (2005), como fator etiológico de alterações oclusais e de deformidades esquelético-faciais. Pode-se, portanto, estabelecer uma inter-relação entre as duas intercorrências: tanto a respiração bucal pode ser fator etiológico para alterações oclusais (GASPAR, 2001; IANNI, 2005;) quanto as má oclusões serem as

responsáveis pela respiração bucal (FERREIRA, 1998; QUINTÃO, 2004; DIAS, 2005).

Quintão (2004) destaca ainda as características recorrentes em respiradores orais, apresentando-se com severidade variável e formando a face adenoideana, com olhos tristes e olheiras profundas, lábios hipotônicos, ressecados e entreabertos quando em repouso, língua hipotensa repousando no assoalho bucal, atresia maxilar com o arco maxilar em formato de “V”, dentes protusos e acentuação do crescimento facial vertical. Também verifica a existência de desarmonias oclusais como mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e incisivos superiores protusos.

A isso se soma a dificuldade de concentração com repercussão na aprendizagem e as alterações posturais cefálico-corporais, como cabeça flétida, ombros com rotação dianteira com exposição da escápula, cifose, lordose e região torácica mal desenvolvida e perda de ventilação pulmonar. A pessoa fica mais susceptível à infecções como otites médias, sinusites, pneumonias, amigdalites, como também à irritabilidade, falta de atenção, sono agitado e sonolência diurna, apresentando baixo rendimento escolar ou no trabalho (QUINTÃO, 2004).

O mesmo autor discute ainda as conseqüências posturais da respiração bucal nos pacientes, como a protusão da cabeça visando a melhor angulação da faringe e garantir uma melhor respiração, favorecendo a chegada mais rápida do ar aos pulmões. Consequentemente, os grupos musculares tomam uma nova trajetória de função que passa a ser para frente e para baixo. Com a musculatura do pescoço e da nuca nesta nova orientação é comum ver a coluna cervical assumir uma postura anormal, retificada. Quando a cabeça se anterioriza os ombros rodam internamente, mantendo o peito com um aspecto afundado levando a alterações no ritmo e na capacidade respiratória, pois o diafragma passa a trabalhar numa posição mais baixa e de forma assíncrona, o que ocasiona uma respiração mais rápida e curta, criando uma deficiência de oxigenação (QUINTÃO, 2004).

Sendo que essa respiração rápida e curta ocasiona um cansaço constante a qualquer tipo de atividade física. Soma-se a este fato a agressividade do ar inspirado que pode alterar o sistema de equilíbrio corporal definindo a expressão facial e o condicionamento físico (QUINTÃO, 2004).

Segundo Dias *et al.* (2005), a respiração bucal provoca alterações em um atleta diminuindo sua capacidade aeróbica significativamente. Em um atleta, a respiração é geralmente mista, no momento do exercício, mas se a respiração bucal for predominante existirá uma queda na resistência aeróbia e nos reflexos, por consequência o rendimento esportivo diminuirá, podendo representar uma queda de 20% da capacidade total do indivíduo.

Alguns autores concordam que para tratar um respirador bucal é necessária uma equipe multidisciplinar que baseie o tratamento em reeducação da musculatura oral, melhorando a postura dos lábios, língua e complexo maxilo-mandibular, adequando assim a mobilidade e motricidade, o vedamento bucal e a oclusão, aumentando a capacidade pulmonar e automatizando a respiração nasal, visto que a respiração nasal é considerada fator de equilíbrio fundamental para a manutenção da organização do sistema ósseo dentário e muscular e a respiração bucal, pelo contrário, é classificada como uma síndrome, necessitando de atenção dos especialistas da área da saúde (QUINTÃO, 2004; DIAS, 2005).

Um tratamento multidisciplinar é fundamental para que cada especialidade conheça as demais áreas que trabalham na reabilitação deste paciente e dos objetivos em comum do tratamento, realizando a prevenção conjuntamente e não isoladamente (IANIL, 2005).

1.1.4 ODONTOLOGIA DO ESPORTE NO MUNDO

Muitos são os fatores considerados quando da escolha de um país ou cidade sede de um evento esportivo. Assim como qualquer evento, ele mobiliza a população local, emprega pessoas, modifica estruturalmente a cidade ou país, demanda um

esquema complexo de segurança, movimenta dinheiro com patrocinadores e turismo, e possui a necessidade de suprir as necessidades de todos os que estejam envolvidos, principalmente os protagonistas do evento (COMITÊ OLÍMPICO INTERNACIONAL, 2007).

Ser escolhido para tal responsabilidade é considerada uma prova de credibilidade alcançada pela cidade ou país, e portanto, uma honra e oportunidade para desenvolvimento econômico, social, turístico entre outros. Evidenciando o poder do esporte na inclusão social e no combate à violência (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2005).

Muitas são as razões para um país sediar um evento esportivo. Dentre eles: atrair investimentos e atenção internacional, sendo os benefícios econômicos destes eventos uma justificativa para o esforço e o gasto público demandado (DOMINGUES, *et al.*, 2010).

Há no esporte, em qualquer lugar do mundo, uma aura de grandes sentimentos o envolvendo. Pessoas de todo o planeta se apaixonam por equipes, idolatram atletas como o que mais se assemelha a um herói real, modificam atitudes e planos em prol deles, igualam seus desejos e vontades a outras pessoas que elas nunca viram em suas vidas. Para Abraão (2010), o esporte é um fator unificador, nas mais diferentes proporções, chegando ao nível nacional, podendo até mesmo gerar descontentamento do povo quanto aos seus governantes.

A Odontologia do Esporte surge nesse contexto, com real necessidade de se promover saúde bucal em um atleta que possui como instrumento de trabalho e maior patrimônio o próprio corpo, e que, por exigir muito mais de seu condicionamento físico em relação às demais pessoas, a demanda de um cuidado com sua saúde aumenta, e a saúde bucal não pode ser preterida nesse âmbito (MOURA, 2004).

Muito se fala nessa área sobre os protetores bucais, porém a Odontologia do Esporte não se restringe apenas ao estudo e indicação destes. Segundo Moura (2004), a Odontologia do Esporte reúne profissionais de diversas especialidades odontológicas, caracterizando seu enfoque multidisciplinar, como

periodontia, endodontia, próteses e implantes, oclusão, ortodontia/ortopedia e cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial.

O trauma é recorrente nas práticas desportivas, principalmente dos esportes de contato. A National Youth Sports Foundation (NYSF), uma fundação sem fins lucrativos, dos EUA que se dedica a reduzir o número e a gravidade das lesões de jovens em atividades desportivas, afirma que cerca de cinco milhões de dentes foram perdidos em 2006 durante práticas desportivas, e de acordo com a American Dental Association (2008), 200 mil traumas podem ser evitados com o uso de protetores bucais.

Barberini (2002), num estudo realizado no Brasil sobre esportes de contato, onde atletas de várias modalidades esportivas - boxe, handebol, basquete, kung fu, jiu-jítsu, kickboxing, karatê e futebol foram entrevistados, concluiu que 73% sofreram lesões orofaciais, sendo que 60% em tecidos moles, 16% correspondendo a traumatismos dentários, 9% a fraturas maxilares e mandibulares e 15% a lesões combinadas.

Levin (2003) realizou um estudo sobre o uso de protetores bucais durante atividades esportivas em Israel e relata que os traumas devido ao esporte acontecem mais freqüentemente no basquete, futebol, hóquei e boxe, sendo que 70% dos entrevistados não possuíam conhecimento do protetor bucal. Segundo o autor, esses traumas além das lesões físicas também apresentam outras conseqüências como a interrupção repentina de um jogo, algumas vezes de um time inteiro, também destaca que uma lesão de recuperação a curto ou longo prazo pode representar uma preocupação econômica para seus clubes e patrocinadores, além do comprometimento psicológico do atleta e de seus colegas. Canto (1999) concorda com Levin (2003) neste aspecto, ressaltando que o uso de protetores vai além da garantia de saúde dos atletas uma vez que garante uma economia significativa em relação a tratamentos odontológicos para os clubes esportivos. Andreasen (2000) lembra que com o aumento da competitividade e do número de participantes a tendência é que aconteça um aumento substancial de acidentes traumáticos no esporte. O

mesmo autor afirma que todas as atividades esportivas estão associadas com riscos de lesões orofaciais devido a quedas, colisões e contato com superfícies duras, destacando-se os esportes de maior contato. Segundo a NYSF, os atletas de esportes de contato tem cerca de 10% a mais de possibilidade de sofrer lesões orofaciais durante uma competição esportiva, sendo de 33 % a 56% durante toda a sua carreira.

Segundo o autor o pico da incidência do trauma em meninos situa-se entre nove e dez anos, por motivo de brincadeiras ou atividades esportivas, também afirmando que as lesões mais comuns na dentição surgem de quedas, seguidas por acidentes de trânsito, atos de violência e prática de esportes.

Segundo Montovani (2006), a etiologia do trauma facial é heterogênea e o predomínio maior ou menor de um fator etiológico se relaciona com algumas características da população estudada como idade, sexo, classificação social, local, urbana e residencial. Em certas regiões do país e em países europeus, o uso da bicicleta como lazer, esporte ou meio de transporte, é muito difundido, o que aumenta a possibilidade de acidentes. Em crianças e idosos, as fraturas faciais estão associadas com quedas dentro de casa ou com jogos e brincadeiras infantis. Em adultos jovens, até a quarta década, as causas mais comuns, além dos acidentes automobilísticos, são as agressões e traumas decorrentes de práticas esportivas.

Este autor realizou um estudo sobre a etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças, avaliando 513 casos diagnosticados com fratura facial, atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu pela Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, durante um período de 13 anos (1991 a 2004). Dos 513 casos, 5,3% foram relacionados ao esporte e 72,3% foram diagnosticados como fratura simples. Das fraturas classificadas como simples 9% envolviam a prática de atividades esportivas, encontrando como fraturas mais comuns as nasais e zigomáticas, sendo a maioria delas resultado de esportes coletivos, principalmente o futebol. Relata que algumas das lesões faciais poderiam ser consideradas verdadeiras agressões, pois eram

descritos socos, pontapés, cotoveladas, cabeçadas, etc., quase sempre intencionais (MONTOVANI, 2006).

Os resultados deste estudo podem ser comparados com outro, realizado na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com 164 pacientes diagnosticados com trauma facial. Destes, 5,4% tiveram como etiologia atividades desportivas, sendo que homens e mulheres apresentaram a mesma incidência (5,5%), nos homens a idade média dos acometidos por trauma foi 17 anos e nas mulheres 22 (WULKAN, 2005).

A literatura destaca o papel preventivo da Odontologia no trauma buco-dental, diminuindo as chances de ocorrerem e preservando o bem-estar e bom rendimento do profissional. (CANTO, 1999; ANDRADE, 2010).

Os tipos de protetores bucais podem ser divididos em protetores prontos, feitos de látex ou cloreto de polivinil, de baixo custo e tamanhos padrão. Possuem a desvantagem de impedir a fala e a respiração, já que só são mantidos no lugar pela oclusão, também não existindo evidências de que eles redistribuam o impacto. Os protetores feitos em boca constituem-se de uma moldeira externa razoavelmente rígida e um material de preenchimento macio e resiliente, possuem melhor adaptação. É considerado o melhor tipo de protetor os individualizados, feitos sob medida por um cirurgião-dentista, porém são muito mais caros que os anteriores, mas não atrapalham a fala, a respiração e são confortáveis (ANDREASEN, 2000).

Sizo e Silva (2009) destacam ainda, a existência de um quarto tipo de protetor, semelhante ao terceiro tipo, confeccionado em várias camadas, que pode ser feito por um cirurgião-dentista também, tendo a diferença do modelo três porque é feito com um equipamento pressurizado. Segundo os autores as universidades e clubes esportivos ainda apresentam faltam de conhecimento sobre a Odontologia direcionada ao esporte, bem como os cirurgiões-dentistas e, por esse motivo, acabam perdendo a oportunidade de reivindicar seu espaço para orientar seus pacientes e indicar o uso de tais protetores.

Segundo Canto (1999), o primeiro protetor bucal foi usado em 1913 por Ted “Kid” Lewis, um boxeador inglês, e a

luta pelo uso deste dispositivo já é mais abrangente em países como EUA onde o uso de protetores é obrigatório entre praticantes de esportes de contato, como principal medida preventiva. A Associação Atlética do Colegiado Nacional dos EUA começou a exigir o uso dos protetores na década de 70, , regra que expandiu-se para outros países, com o intuito de reduzir injúrias provocadas pelo futebol e boxe.

Segundo a Academia Americana de Odontologia Esporte (2009), o uso deste aparelho diminui em até 80% os riscos de trauma dental. Além da prevenção de lesões muco-dentárias, protegia cabeça e do pescoço, uma vez que evita que o côndilo force para cima e para trás a base craniana (TOSCANO 2009).

Após um trauma o atleta pode evitar jogadas mais violentas, ou algum outro contato com outro atleta, e nesse contexto outro profissional é importante, e deve trabalhar interdisciplinarmente com o cirurgião-dentista, que é o psicólogo do esporte. A psicologia, assim como a odontologia do esporte, está ganhando espaço no meio esportivo e conquistando a confiança dos demais profissionais (LIMA, 2002).

A metodologia para o tratamento odontológico dos atletas e busca identificar a presença de focos dentários, que podem diminuir a resistência orgânica do atleta, lesões cáries tentando-se evitar a dor e a progressão da doença, hábitos viciosos que ocasionem abrasão, má-oclusões, e demais problemas que possam originar deficiências de mastigação, comprometendo a nutrição adequada, ou na articulação têmporo-mandibular. Somam-se a esses fatores a existência de terceiros molares impactados, que podem deixar a mandíbula mais susceptível a traumas e fraturas na região do ângulo, a respiração bucal, que diminui o rendimento do atleta em até 20%, traumas e fraturas da face, que podem causar hemorragias e comprometer ossos faciais e estruturas anatômicas importantes como cavidade nasal e seios maxilares (DIAS *et al.*, 2005).

Segundo Ferrari (2000), o tempo de recuperação de lesões no atleta, aumenta quando o profissional possui lesões em boca, uma vez que um atleta com lesões na boca leva até duas vezes mais tempo para se recuperar, pois o sistema de defesa do

organismo divide-se em dois. O cuidado com os dentes torna-se indispensável uma vez que a aspiração das secreções purulentas, resultado de bactérias e células em decomposição junto com a respiração ofegante do atleta podem facilitar a penetração desses elementos na circulação sanguínea e pulmões, inflamando os tecidos pulmonares e diminuindo capacidade respiratória, expondo o atleta a bacteremias.

Neste contexto, a doença periodontal destaca-se, pois cria certas condições bucais como a queda da inserção gengival, podendo liberar endotoxinas na corrente sanguínea e bactérias presentes nas bolsas periodontais. Outro perigo são as bactérias presentes no sangue que podem alojar-se em válvulas cardíacas danificadas ou anormais, resultando em endocardite bacteriana e, a partir desta doença podendo surgir outras infecções como pericardite supurativa, abscesso miocárdico, miocardite, abscessos em rins, baço e cérebro (DIAS *et al.*, 2005).

Outro fator a ser considerado, são as bebidas hidroeletrólíticas, que possuem o propósito inicial de repor líquido e sais minerais para desportistas. Eles possuem potencial erosivo e cariogênico sobre os dentes, devido à presença de açúcares e ácidos (BONFIM, A. *et al.*, 2001; VENABLES, M. C. *et al.*, 2005).

O cirurgião-dentista caracteriza-se então como profissional mais capacitado para resolver tais problemas, transmitindo mais segurança, habilidade e conforto aos esportistas. Porém, existe a necessidade de ser um profissional especializado, que entenda e acompanhe o âmbito desportivo e mantenha-se atualizado (BARBERINI, 2010).

Alguns aspectos do tratamento odontológico em atletas diferem do tratamento dado a pessoas comuns. Uma das preocupações do cirurgião-dentista deve ser quanto a medicação prescrita que não devem interferir no exame antidoping (MOURA, 2004).

É importante ressaltar que o trabalho do cirurgião-dentista não se restringe ao consultório e que esse deve estar

presente durante as práticas desportivas (BARBERINI, 2010). Hoje em dia eventos esportivos são acompanhados por equipes de saúde, mas como o cirurgião-dentista não está presente, não se pode classificar como uma equipe de saúde efetivamente, pois do âmbito da saúde bucal os atletas continuam desprotegidos (MATHIAS, 2009). As funções dos profissionais da saúde no âmbito desportivo abrangem desde o atendimento preventivo de doenças, tratamento e recuperação de lesões, constantes reavaliações, cuidados com automedicações e o incentivo a boa alimentação e a qualidade de vida. (MELLO, 2010)

Segundo Toscano (2009), a Odontologia do esporte já faz parte do currículo escolar de várias universidades norte-americanas, contando também com publicações em diversas revistas odontológicas e médicas de países como França, Inglaterra, Estados Unidos, Espanha, Austrália, Itália, Alemanha, Finlândia, Tchecoslováquia e Canadá e também integrando documentos do Comitê Olímpico Internacional, quando trata especificamente da prevenção de concussão, durante a prática esportiva.

Canto (1999) ressalta a necessidade de um esforço conjunto de pais, cirurgiões-dentistas e treinadores visando o convencimento de atletas sobre os riscos da participação de atividades esportivas sem a devida proteção e incentivar o uso dos dispositivos e que o cirurgião-dentista possua conhecimento para orientar sobre o tipo de proteção mais eficaz e adequada para cada atleta.

1.1.5 ODONTOLOGIA DO ESPORTE NO BRASIL

A preocupação com a saúde bucal dos atletas tem sido manifestada há poucos anos (TOSCANO, 2009). Segundo Assad (2007), em se tratando de evolução científica na preparação de jogadores no país, ela não está completa, pois os atletas não contam com um acompanhamento odontológico em seus clubes, apenas o dos médicos, sendo que algumas lesões poderiam ser

evitadas com o trabalho conjunto do cirurgião-dentista e do médico. A história da Odontologia do Esporte no Brasil caminha com a história dos eventos desportivos e remonta à época da Copa do Mundo de Futebol de 1958, quando o Dr. Mário Trigo acompanhou a seleção durante a competição, e repetindo este trabalho nas copas de 1962 e 1966, relatando as histórias dessas três competições e outras em seu livro “O Eterno Futebol”. Como cirurgião-dentista do time do Fluminense, Trigo relata ter observado que os jogadores que apresentavam maior demora na recuperação de contusões eram justamente aqueles que apresentavam focos infecciosos, sendo que com a eliminação destes a recuperação era mais rápida, facilitando a escalação do time. Em 1958 ao examinar a seleção brasileira de futebol, nos 33 jogadores foi obrigado a realizar 118 extrações (TRIGO, 2002).

Depois dele, comenta Toscano (2009), Carlos Sérgio Araújo (1994, 1998 e 2002) foi quem representou a Odontologia na Seleção Brasileira de Futebol. Sendo o Brasil o único país do mundo que contava com um cirurgião-dentista permanente em sua delegação olímpica, desde 1963, quando aconteceram os Jogos Pan-americanos em São Paulo. Ainda no contexto olímpico, Toscano (2009), discorre sobre o trabalho do cirurgião-dentista Aldo Forli Scocate, responsável pela saúde bucal dos atletas olímpicos em Barcelona (1992)g, que realizou 265 atendimentos, representando uma média de 14,6 casos por dia, um índice bastante alto para uma equipe com pouco mais de 300 integrantes. Como consequência deste trabalho destaca-se a tranquilidade psicológica para os atletas, a performance muscular reconquistada e consequente melhora no rendimento.

Já nos jogos olímpicos o Brasil contava com um cirurgião em sua equipe de saúde desde as Olimpíadas de Sydney, em 2000. Nas Olimpíadas de Atenas, em 2004, por sua vez, o Brasil foi representado por 245 atletas, recorde de sua participação na história dos jogos olímpicos e, assim como no Pan-Americano de 2003, o país contou com a presença de um cirurgião-dentista na comissão de saúde, sendo que nesta competição, a delegação brasileira foi a única a ter um cirurgião-dentista exclusivo à serviço dos atletas (TOSCANO, 2009).

A criação deste primeiro centro de Odontologia Desportiva do Ibirapuera, e da Comissão de Odontologia Desportiva do CRO-SP, segundo Seixas (2010), deu-se por meio do interesse de dois profissionais, o cirurgião-dentista e professor de educação física José Carlos Teixeira Winther e o cirurgião-dentista especializado em cirurgia buco-maxilo facial César Augusto Bertini Donadio, que percebeu que no hospital em que trabalhava, os traumas desportivos correspondiam em número ao terceiro atendimento de traumas de face. Somando-se a este fato o de que a respiração bucal diminuiu em 22% o rendimento de um atleta e o entrave que representa para ele uma infecção bucal. Os dois profissionais passaram a observar vários esportes, principalmente as lutas marciais e criaram um curso em Odontologia do esporte. Os bons resultados deste projeto tornaram-se conhecidos pelo CRO-SP que sugeriu então a formação, dentro da entidade, de uma Comissão de Odontologia Desportiva. O secretário estadual do Esporte e Turismo convidou-os para que formassem o primeiro Centro de Odontologia Desportiva no Ginásio Ibirapuera. A Associação Brasileira de Odontologia (ABO) é idealizadora do projeto de lei PL 5391/2005 que obriga a presença de cirurgião-dentista especializado em odontologia desportiva em competições, sendo esse projeto encampado e apresentado por Gilmar Machado (PT-MG) na Câmara dos Deputados (Proposições 13 2007, Regimento 14 2007). O projeto continua em andamento (ANEXO D)

Segundo Costa (2008), a Confederação Brasileira de Futebol (CBF) assinou com a Universidade do Grande Rio (Unigranrio) em 1992 um acordo para o desenvolvimento de um programa de tratamento com os jogadores convocados para as equipes nacionais. O autor relata os resultados deste convênio nos primeiros cinco anos, de 1992 a 1996, sendo atendidos 283 jogadores da seleção masculina de futebol com idade entre 14 e 34 anos. A Unigranrio realizou 557 exames clínicos e concluiu que 33% dos jogadores convocados para a seleção não têm qualquer problema bucal, 47% apresentam problemas pequenos e 20% são acometidos por problemas sérios. Cinqüenta e um (51%)

dos jogadores analisados possuíam todos os dentes, a despeito de 91% dos atletas estarem na faixa etária de 14 a 21 anos. Dentre todos os examinados, 46% apresentaram perda de um a cinco elementos. Sobre os hábitos viciosos, destacam-se 54% que roem unhas ou comem peles dos dedos e 8% que apresentam bruxismo, respiração bucal, deglutição atípica ou hábito de chupar o dedo. Vinte e nove (29%) dos atletas tinham má-oclusões Classe II de Angle e 5% de Classe III. Quase metade (47%) dos jogadores tinha problemas na articulação têmporo mandibular.

Costa (2008) relata que dos 42 clubes que forneceram jogadores para a seleção brasileira nesse período, apenas dez contavam com consultórios odontológicos em suas sedes, concluindo que os clubes de futebol na sua grande maioria não contam com cirurgiões-dentistas trabalhando em suas comissões técnicas, utilizando-se de serviços terceirizados, visando muito mais o tratamento curativo do que o preventivo.

Um aspecto positivo no Brasil é o aparecimento de algumas instituições que se dedicam ao estudo e aplicação da Odontologia do Esporte, obtendo resultados positivos nos últimos anos. Uma delas é o CODEC, o Centro de Odontologia do Esporte do CETAO (Centro de Estudos Treinamento e Aperfeiçoamento em Odontologia), coordenado pelos Drs. Hilton Sadayuki Tiba e Alexandre Jun Ueda, que cooperando cientificamente com a Universidade Japonesa de Nihon, está realizando diversas pesquisas sobre a aplicabilidade de técnicas na Odontologia do Esporte no Brasil. Segundo Ueda (2009), no Japão a Odontologia do Esporte já está consolidada há mais de 20 anos e que o intercâmbio com o país favorece a troca de conhecimento e experiência. Um resultado dessa troca é que hoje o CODEC dispõe do PROBI (protetor bucal individualizado), desenvolvido pela equipe com técnica 100% nacional.

O CETAO organizou em outubro de 2009, o I Fórum de Odontologia do Esporte para Atletas de Alto Rendimento, reunindo 90 pessoas de diversas profissões da saúde, em São Paulo, concentrando a discussão sobre a presença do cirurgião dentista nas equipes de saúde de clubes e de federações esportivas.

Pode-se citar ainda a SBOESP, Sociedade Brasileira de Odontologia do Esporte, fundada em 2006, como intuito de congrega profissionais de Odontologia e empresas especializadas em Odontologia, visando estender o conhecimento tecnol3gico ao esporte nacional e internacional.

Segundo Moura (2004), foi formado no Conselho Regional de Odontologia de S3o Paulo (CRO-SP), uma Comiss3o de Odontologia Desportiva e, no Gin3sio do Ibirapuera, o 1º Centro de Odontologia Desportiva do Brasil, onde s3o tratados atletas como Eder Jofre, bi-campe3o mundial de boxe e Zequinha Barbosa, campe3o pan-americano de atletismo, Maurren Maggi, campe3a brasileira de salto triplo, George Arias, campe3o brasileiro de Boxe e ainda Paulo Zorello e Francisco Veras: tri-campe3o mundial e campe3o pan-americano de kick-boxing. Tamb3m s3o tratados atletas da Seleç3o Ol3mpica de Boxe, de Handball Feminino e todos os atletas ol3mpicos do projeto Futuro do Ibirapuera (SEIXAS, 2010).

Poucos s3o os times de futebol profissional que utilizam a Odontologia como recurso no pa3s, bons exemplos s3o os times mineiros Cruzeiro e Atl3tico Mineiro, que segundo o informativo da ABO-MG de agosto de 2006, possuem serviços odontol3gicos pr3prios e garantem atendimento aos seus atletas j3 h3 algum tempo. O Canal de televis3o “SporTV”, em parceria com o curso de Especializaç3o em Futebol da Universidade Federal de Viçosa (UFV), realizou uma pesquisa (2010) para determinar qual o melhor Centro de Treinamento (CT) do Brasil, e elegeu a “Cidade do Galo”, CT do Clube Atl3tico Mineiro como o melhor do pa3s. O CT possui consult3rio odontol3gico.

A presenç a do cirurg3o-dentista dentro do clube facilita a execuç3o de um exame admissional da sa3de bucal do atleta. A funç3o de um exame admissional, 3 detecta alguma doenç a ou problema de sa3de que possa atrapalhar na realizaç3o das tarefas no futuro emprego, tais como problemas de coluna, problemas no coraç3o, alergias ou problemas de respiraç3o (SIMONI, 2010).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro verificou a preval3ncia de trauma dental em atletas que representaram 42 pa3ses competidores do Pan - Americano 2007, e buscou

determinar o uso e o tipo de protetor utilizado pelos atletas. Foram analisados 409 atletas, 55% homens e 45% mulheres, a prevalência de trauma dental entre eles foi de 49,6%, sem diferenciação de gênero. 63,6% das injúrias aconteceram durante treino ou competição, sendo os esportes com a maior prevalência de traumas a luta (83,3%), boxe (73,7%), basquete (70,6%) e o karatê (60%). A lesão mais comum apresentada foi fratura de esmalte, e a menos comum foi fratura radicular, e os dentes mais afetados foram os incisivos centrais superiores (maior proporção) e inferiores. Apenas 17% dos atletas relataram o uso de protetor bucal sendo o mais comumente utilizado o modelo “ferve e morde” (tipo I). Segundo Andrade (2007), os resultados encontrados reforçam a importância dos esforços em educação para a prevenção de traumas e injúrias, com o uso de protetores bucais em atletas profissionais, principalmente nos esportes onde o uso do protetor bucal é imprescindível.

Realizou-se um estudo (CORREA, 2010) semelhante ao do Rio de Janeiro por pesquisadores de Pelotas, em 40 times envolvidos na primeira e segunda divisões da liga de futebol profissional do Brasil, em 2007, e buscou-se verificar a ocorrência de traumas dentais em jogadores profissionais de futebol brasileiros, o nível de conhecimento sobre os protetores bucais e as condutas adotadas nos casos de trauma durante o jogo. O estudo deu-se por meio de questionários fechado para os responsáveis pelo departamento de saúde dos clubes e, dos 38 que responderam, constatou-se que 71.1% reportaram a ocorrência de algum tipo de trauma durante a prática desportiva, sendo 74,1% fraturas dentais e 59,3% avulsões. Aproximadamente 50% responderam que o reimplante bem sucedido pode ser realizado num período de 6 a 24 horas após o trauma e 27,8% não sabiam como responder esta questão. Quase a metade dos pesquisados não conheciam os protetores bucais e apenas 21,6% recomendam seu uso para jogadores. Os que não recomendam justificam sua resposta julgando que o dispositivo não é necessário. Também atingindo quase a metade dos clubes pesquisados a não participação de cirurgiões-dentistas no departamento de saúde. Destaca-se pelo autor a falta de informação dos

departamentos de saúde sobre condutas emergenciais e a prevenção do trauma dental (CORREA, 2010).

Outro estudo realizado em Bauru buscou verificar o conhecimento do atleta amador sobre os cuidados em saúde bucal constatando que mesmo os atletas não possuindo o conhecimento considerado ideal sobre higiene bucal e da correlação existente entre saúde geral e saúde bucal, são conscientes de que uma boca com problemas pode causar problemas maiores e comprometer seu desempenho e julgam muito importante o acompanhamento feito por um cirurgião-dentista em treinos, jogos e competições. Contudo 33% dos atletas pesquisados não frequentam consultório odontológico, sendo a maior motivação para a visita ao dentista a dor (RODRIGUES, 2005).

O diagnóstico precoce e o tratamento de condições dentais que afetam os atletas irão garantir a boa saúde bucal. O profissional precisa estar ciente da variedade de problemas dentários que podem ocorrer, e da possibilidade de evitar traumas dentários significativos e manifestações agudas, no momento da competição (FOSTER, 2009).

Os estudos disponíveis na literatura concordam sobre a necessidade da conscientização das instituições de saúde, educação e esportivas visando estimular os praticantes de esportes e a comunidade em geral a uma prática esportiva segura e a uma maior atenção aos cuidados de higiene bucal e acesso ao atendimento odontológico (CANTO, 1999; FERRARI, 2002; MOURA, 2004; DIAS, 2005; RODRIGUES, 2005; LEMOS, OLIVEIRA, 2007; SIZO, *et. al.*, 2009; TOSCANO, 2009; CORREA, 2010).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a inserção da Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional de Santa Catarina.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o modelo de atenção à saúde;
- Detectar e qualificar a atuação do cirurgião-dentista junto às equipes;
- Levantar o grau de conhecimento sobre a relação entre saúde bucal e desempenho físico do atleta;

2. ARTIGO

Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional

Sports Dentistry in professional football clubs

Ana Clara Loch **Padilha**¹

Acadêmica do curso de Odontologia, Universidade Federal de Santa
Catarina (UFSC)

Endereço: Rua Deputado Antonio Edu Vieira, 1422, apto 331

Pantanal – Florianópolis – SC – CEP: 88040-001

e-mail: claralochpadilha@gmail.com

Dayane Machado **Ribeiro**²

Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva

Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Especialista em Endodontia

Cirurgiã-dentista

Profa. Adjunto III, Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço:

Cel: 55 48 9973-0383

e-mail:

dayanemribeiro@yahoo.com.br

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia 2012.

Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional

Sports Dentistry in professional football clubs

RESUMO

Introdução: A Odontologia do Esporte surgiu da necessidade de se promover saúde bucal em um atleta que, por exigir muito mais de seu condicionamento físico em relação às demais pessoas, demanda de um cuidado maior com sua saúde. As lesões que podem comprometer o rendimento de um atleta apresentam consequências como interrupção de jogos, despesas para clubes e patrocinadores além do comprometimento psicológico do atleta e de seus colegas. Surge a necessidade de um profissional especializado, que entenda e acompanhe o âmbito desportivo e mantenha-se atualizado. Sendo assim o estudo objetivou verificar a inserção da Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional de Santa Catarina. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo de campo, que tem como objetivo analisar e interpretar a realidade a partir da observação de fenômenos e causas. A população de estudo foi composta por quatro clubes de futebol profissional, dois da série A, um da série B e um da série C e a amostra por quatro médicos responsáveis pelos Departamentos de Saúde e dois Técnicos. O método de aplicação dos questionários foi realizado através de entrevista pessoal/ contato direto, no qual o pesquisador aplicou o questionário aos entrevistados-alvo. Os dados quantitativos foram tabulados e analisados no programa Excel. **Resultados e Discussão:** Inicialmente foi levantado o perfil dos profissionais responsáveis pelos Departamentos de Saúde e Técnicos dos clubes, o grau de conhecimento saúde bucal X condicionamento físico, o modelo em atenção à saúde e o grau de inserção do cirurgião-dentista dentro dos clubes. Dos técnicos entrevistados, 100% relacionaram uma

higiene bucal deficiente com lesões musculares, porém nenhum dos técnicos considerou que a respiração bucal pode ser a mais prejudicial ao atleta. Os clubes realizam programas específicos para aumento ou manutenção do desempenho físico dos atletas, que podem ser realizados individualmente (75%) onde cada atleta possui o seu plano de rendimento físico, ou coletivamente (25%), uma vez que o grupo deve alcançar a mesma meta em desempenho físico. São feitas reuniões com a equipe de saúde para discutir estratégias em saúde e planejamento de casos, sendo a atenção em saúde dos atletas individualizada. Nenhum clube possui cirurgião-dentista efetivo em seu Departamento de Saúde, e apenas 25% possui um profissional terceirizado vinculado ao clube e utilizado em casos de emergência. **Conclusões:** Concluiu-se, portanto, que a Odontologia do Esporte encontra-se num estágio muito inicial de desenvolvimento nos clubes de Santa Catarina, visto que esta atuação do cirurgião-dentista fica restrita a prática corretiva e num regime de trabalho terceirizado, utilizado apenas em situações de emergência; o modelo de atenção à saúde nos clubes se restringe ao atendimento médico e os técnicos reconhecem a relação entre o condicionamento físico e a saúde bucal, porém demonstram ainda falta de conhecimento sobre a abrangência do trabalho que o cirurgião-dentista pode proporcionar à saúde do atleta.

Palavras-chave: futebol, promoção de saúde, trauma dental, odontologia do esporte, lesões bucais.

ABSTRACT

Introduction: Sports Dentistry arose from the need to promote health in athletes who, by demanding more from their fitness in relation to other people demand a greater concern about their health. Lesions that may compromise the performance of an athlete have consequences like interruption of games, expenses for the sports clubs and sponsors and psychological commitment of the athlete and his colleagues. Comes the need for a specialized professional that understands the sports context and it's updated. This study aimed to verify the insertion of sports dentistry in professional football clubs from Santa Catarina.

Material and Methods: This is a cross-sectional and descriptive study of field, which aims to analyze and interpret reality from observation of phenomena and causes. The study population was

composed of four professional football clubs, two from the series A, one from series B and one from series C and the sample of four doctors responsible for the Departments of Health and two Technicians. The method of application of the questionnaires was conducted via personal interview, in which the researcher applied the questionnaire to the target respondents. Quantitative data were tabulated and analyzed in Excel.

Results and Discussion: It was initially raised the profile of professionals responsible for the Departments of Health and Technicians of the clubs, the level of knowledge about oral health X fitness, the health care model and the level of insertion of the dentist within the clubs. Technicians interviewed 100% associated poor oral hygiene with muscle injuries, but none of the technicians think that mouth breathing may be more harmful to the athlete. The clubs undertake specific programs to increase or maintain the physical performance of athletes, which can be done individually (75%) where each athlete has his own plan of physical performance, or collectively (25%), since the group should reach the same goal in physical performance. Meetings are made with the health team to discuss strategies on health and planning cases, and the health care of athletes is individualized. No club has a dentist effective in its Department of Health, and only 25% have a professional bound to the club and used in emergencies. **Conclusions:** The sports dentistry is in a very early stage of development in the clubs of Santa Catarina, and the practice of the dentist is restricted to a corrective and outsourced work., used only in emergency situations; the model of health care in the clubs is restricted to medical and the technical recognize the relationship between oral health and fitness, but also demonstrate a lack of knowledge about the scope of the work that the dentist can provide for the health of the athlete.

Keywords: soccer, sports dentistry, health promotion, dental trauma, mouth injuries.

INTRODUÇÃO

A Odontologia do Esporte surgiu da necessidade de se promover saúde bucal em um atleta que, por exigir muito mais de seu condicionamento físico em relação às demais pessoas, demanda de um cuidado maior com sua saúde, o que inclui sua saúde bucal. (MOURA, 2004).

Os traumas, frequentes na prática desportiva, além da lesão física, apresentam conseqüências como a interrupção de jogos, despesas para seus clubes e patrocinadores, além do comprometimento psicológico do atleta e de seus colegas. E podem ser evitados com o uso de protetores bucais (CANTO, 1999; LEVIN, 2003; American Dental Association, 2008). Porém, não apenas traumas podem comprometer o desempenho de um atleta: focos dentários diminuem a resistência orgânica, lesões cáries acarretam em dor, hábitos viciosos ocasionam abrasão, má-oclusões e demais problemas que originam deficiências de mastigação, comprometendo a nutrição, ou a articulação têmporo mandibular; terceiros molares impactados que deixam a mandíbula mais susceptível a traumas e fraturas na região do ângulo, respiração bucal, que diminui o rendimento do atleta em até 20%, traumas e fraturas da face que podem causar hemorragias e comprometer ossos faciais e estruturas anatômicas importantes como cavidade nasal e seios maxilares (DIAS, 2005).

O cirurgião-dentista é o profissional mais capacitado para resolver tais problemas, transmitindo maior segurança, habilidade e conforto aos esportistas. Porém, existe a necessidade de ser um profissional especializado, que entenda e acompanhe o âmbito desportivo e mantenha-se atualizado. (BARBERINI, 2010).

A Associação Brasileira de Odontologia (ABO) é idealizadora do projeto de lei PL 5391/2005 que obriga a presença de CD especializado em odontologia desportiva em competições, (Proposições13 2007, Regimento14 2007). O projeto continua em andamento.

Os estudos disponíveis na literatura concordam sobre a necessidade da conscientização das instituições de saúde, educação e esportivas visando estimular os praticantes de esportes e a comunidade em geral a uma prática esportiva segura e a uma maior atenção aos cuidados de higiene bucal e acesso ao atendimento odontológico (CANTO, 1999; FERRARI, 2002; MOURA, 2004; DIAS, 2005; RODRIGUES, 2005; LEMOS, OLIVEIRA, 2007; SIZO, *et. al.*, 2009; TOSCANO, 2009; CORREA, 2010).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi verificar a inserção da Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional de Santa Catarina, por meio de entrevistas com os técnicos e chefes de departamento de saúde dos clubes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo de campo, que tem como objetivo analisar e interpretar a realidade a partir da observação de fenômenos e causas. A população de estudo foi composta por quatro clubes de futebol profissional, dois da série A, um da série B e um da série C e a amostra por quatro médicos responsáveis pelos Departamentos de Saúde e dois Técnicos. O método de aplicação dos questionários foi realizado através de entrevista pessoal/ contato direto, no qual o pesquisador aplicou o questionário: “Inquérito de Saúde Bucal X Condicionamento Físico” e “Inquérito do Modelo de Atenção à Saúde” aos entrevistados-alvo. O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação da comissão de ética da Universidade

Federal de Santa Catarina, tendo sido aprovado por unanimidade. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2011. Sendo os dados agrupados e categorizados para posterior análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, caracterizou-se os profissionais responsáveis pelos Departamentos de Saúde e Técnicos dos clubes, onde variáveis como idade, sexo, escolaridade, tempo de formado, especialidade, trabalho no exterior, renda individual, carga horária diária de trabalho e tempo de serviço no clube na mesma função, foram pesquisados (tabela 1 e 2).

Tabela 1 – Distribuição da frequência e percentual das características dos responsáveis pelo Departamento Médico.

Característica	n	%
Idade (anos)		
menos de 35	-	-
35 a 45	2	50
45 a 55	-	-
mais de 55	2	50
Sexo		
feminino	-	-
masculino	4	100
Tempo de formado (anos)		
menos de 10	1	25
10 a 15	1	25
15 a 20	-	-
20 a 25	-	-

25 a 30	1	25
30 a 40	1	25
mais de 40	-	-
Estado Civil		
Casado	3	75
Solteiro	1	25
Especialidade		
não possui	-	-
Medicina do Esporte	2	50
Medicina do Trabalho	1	25
Ortopedia e Traumatologia	1	25
Cirurgia Geral	1	25
Cirurgia do Aparelho Digestivo	1	25
Trabalho no exterior		
Sim	-	-
Não	4	100
Renda salarial		
Entre 10 a 20	1	25
20 e 40	1	25
40 a 60	2	50
60 a 100	-	-
Mais de 100	-	-
Carga horária diária total de trabalho		
12	2	50
10	2	50
Tempo de trabalho no clube na mesma função		
menos de 5 anos	1	25
5 a 10	1	25
10 a 20	1	25
20 a 30	1	25
mais de 30	-	-

A amostra foi constituída exclusivamente por homens, médicos, com idade média de 46 anos e tempo de formado 20,25 anos. Todos possuem especialização, sendo Medicina do Esporte a mais freqüente (50%). O tempo médio no clube exercendo a mesma função foi de 13,25. Nenhum dos responsáveis pelo Departamento Médico trabalhou no exterior. O salário variou de 10 a 20 salários mínimos e 40 a 60 salários mínimos.

O Inquérito Modelo de Atenção à Saúde foi direcionado aos médicos responsáveis pelos Departamentos de Saúde, conforme tabela abaixo:

Tabela 4 – Distribuição da frequência e percentual de profissionais do Departamento de Saúde.		
Profissionais	N	%
Número de médicos		
menos de 2	1	25
entre 2 e 4	2	50
entre 4 e 6	1	25
mais de 6	-	-
Número de enfermeiros		
menos de 2	4	100
entre 2 e 4	-	-
entre 4 e 6	-	-
mais de 6	-	-
Número de fisioterapeutas		
menos de 2	1	25
entre 2 e 4	3	75
entre 4 e 6	-	-
mais de 6	-	-
Número de massagistas		
menos de 2	1	25

entre 2 e 4	1	25
entre 4 e 6	2	50
mais de 6	-	-
Número de preparadores físicos		
menos de 2	1	25
entre 2 e 4	1	25
entre 4 e 6	1	25
mais de 6	1	25
Número de fisiologistas		
menos de 2	3	75
entre 2 e 4	-	-
entre 4 e 6	-	-
mais de 6	-	-
Número de nutricionistas		
menos de 2	3	75
entre 2 e 4	-	-
entre 4 e 6	-	-
mais de 6	-	-
Número de cirurgiões-dentistas		
menos de 2	1	25
entre 2 e 4	-	-
entre 4 e 6	-	-
mais de 6	-	-
Número de psicólogos		
menos de 2	1	25
entre 2 e 4	-	-
entre 4 e 6	-	-
mais de 6	-	-
Número de assistentes sociais		
menos de 2	1	25
entre 2 e 4	-	-
entre 4 e 6	-	-
mais de 6	-	-

A frequência de médicos, fisioterapeutas, preparadores físicos e massagistas é superior aos outros profissionais nos clubes. Segundo Carravetta (2009) o médico é o responsável pela integridade e saúde de seus jogadores, o fisioterapeuta pela recuperação de atletas lesionados e também pela prevenção de tais lesões e os preparadores físicos por compreender as carências na capacidade física do elenco e elaborar um treinamento para compensá-las. Já o massagista possui a função de acelerar o processo de recuperação, reduzir a fadiga e as tensões musculares.

Apenas 25% dos clubes afirmou possuir um psicólogo entre os profissionais de saúde. O psicólogo do esporte pode contribuir com os atletas e com a comissão técnica através de observações das condutas, análise de processos e resultados, aconselhamento e orientação psicológica adequados ao contexto esportivo, compartilhando informações e sugestões de intervenção com todos os envolvidos neste processo. A psicologia, assim como a odontologia do esporte, está ganhando espaço no meio esportivo e conquistando a confiança dos demais profissionais (LIMA, 2002).

Cem por cento (100%) dos profissionais do Departamento Médico atendem a todas as categorias do clube (infantil, juvenil, sub-20) e não só a profissional, em todos os clubes pesquisados. Sendo a incorporação de uma equipe multidisciplinar em times de alto rendimento exaltada por Silva *et al.* (2006), que considera a necessidade da presença de profissionais especializados, independentemente da categoria do esporte.

A rotina dos profissionais do departamento também foi pesquisada conforme descrição abaixo (Anexo A):

O médico e o massagista são os profissionais com maior frequência entre as atividades do Departamento de Saúde, acompanham os jogos, treinamentos e viagens em 100% dos clubes, Segundo Carravetta (2001) o massagista oferece assistência permanente aos médicos, deve possuir conhecimentos

sobre os procedimentos básicos de primeiros socorros e auxiliar inclusive na administração e controle da ingestão de medicamentos por parte dos jogadores, sempre orientado pelos especialistas em questão.

Durante os treinamentos, os Preparadores Físicos estão presentes em 100% da amostra, também trabalhando em conjunto com o massagista (100%) que oferece ao preparador medidas de suporte para a prevenção de contusões.

Os responsáveis pelos exames admissionais em 50% dos clubes são os Fisiologistas, e em apenas 25% o médico participa deste processo. A função de um exame admissional, é detectar alguma doença ou problema de saúde que possa atrapalhar na realização das tarefas no futuro emprego, tais como problemas de coluna, problemas no coração, alergias ou problemas de respiração (SIMONI, 2010).

Trabalhando exclusivamente em consultório são listados o Nutricionista (25%) e o Cirurgião-Dentista (25%) demonstrando o isolamento do cirurgião-dentista que ainda não realiza uma efetiva inserção no meio esportivo, pois continua limitado ao consultório.

O maior número de profissionais diferentes envolvidos em uma atividade acontece durante as avaliações de saúde periódicas, desta participam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, preparadores físicos, fisiologistas e nutricionista, porém não necessariamente essa avaliação ocorre concomitantemente. Em nenhum clube o cirurgião-dentista participa deste processo.

Os Médicos declararam realizar reuniões com a equipe de saúde para discutir estratégias em saúde e planejamento de casos, sendo a atenção em saúde dos atletas individualizada.

Os atletas são submetidos a um exame de saúde admissional realizados no início de cada temporada (75%) ou em datas pré-determinadas durante a temporada (50%), em casos de novas contratações. Um exame admissional é composto de avaliação clínica, ortopédica, exames cardiovasculares (teste ergométrico e ecocardiograma) e quando há necessidade são feitos exames específicos, como exame radiográfico, ressonância

magnética, exame de urina e sangue. Segundo Simoni (2010), durante o exame admissional padrão, o atleta é orientado a ter boas condições de sua saúde bucal. Contudo, não é comum, que o atleta passe por uma avaliação odontológica no momento de sua admissão no clube.

Tendo sido aprovado na parte médica o atleta passará pela avaliação do fisiologista e do nutricionista para então iniciar seus treinamentos.

Os clubes realizam programas específicos para aumento e ou manutenção do desempenho físico dos atletas. Esses programas são realizados individualmente (75%) onde cada atleta possui o seu plano de rendimento físico ou coletivamente (25%), uma vez que o grupo deve alcançar a mesma meta em desempenho físico, apenas um clube realiza ambos. Mesmo com todas as pesquisas e avanços na área, profissionais ainda possuem dificuldades para maximizar capacidades físicas, técnicas e táticas dos atletas, uma vez que estes apresentam diferentes características fisiológicas, habilidades técnicas, comportamentos psicológicos e histórico de vida (SILVA, *et. al.*, 2006). O treinamento físico sistematizado garante adaptações fisiológicas e bioquímicas, melhorando o desempenho de tarefas específicas, sendo que a magnitude da adaptação será dependente do tipo de atividade realizada, da interação entre o volume e a intensidade, da individualidade genética e nível de aptidão inicial de cada indivíduo (AZEVEDO *et. al.*, 2007).

Na elaboração dos programas de aumento e manutenção do desempenho físico vários profissionais estão envolvidos, porém com maior frequência o preparador físico (100%) e os médicos (75%). Lussac (2008), por sua vez, relaciona o oitavo princípio do treinamento esportivo como o Princípio da Saúde, proposto por Costa em 1996, que destaca a importância durante o treinamento, não só da ginástica localizada e suas atividades complementares, mas também o apoio do departamento médico, avaliação funcional e departamento nutricional visando aquisição e manutenção de saúde. Este princípio está fundamentado na interdisciplinaridade.

Já em relação à atuação do Cirurgião-Dentista foi observado que em nenhum dos clubes pesquisados este faz parte da comissão técnica (100%). Como argumenta Costa (2008), das categorias de base até o profissional, em times da elite mundial ou de menor expressão, o tratamento odontológico muitas vezes é encarado como um supérfluo na preparação de atletas. E quando é realizado, na maioria das vezes ignora as especificidades inerentes ao esporte de alto rendimento.

O que acaba trazendo prejuízos para os atletas e conseqüentemente para os clubes nos quais atuam. O esporte intensifica a gravidade dos problemas bucais por causa da sua grande exigência física e emocional. Uma dor de dente, por exemplo, pode impedir o jogador de atuar numa partida ou render o que lhe é esperado. Segundo Ferrari (2000), o tempo de recuperação de lesões no atleta, aumenta quando o profissional possui lesões em boca, uma vez que leva até duas vezes mais tempo para se recuperar, pois o sistema de defesa do organismo divide-se em dois.

Focos infecciosos nos atletas são igualmente perigosos uma vez que a aspiração das secreções purulentas, resultado de bactérias e células em decomposição junto com a respiração ofegante do atleta podem facilitar a penetração desses elementos na circulação sanguínea e pulmões, inflamando os tecidos pulmonares e diminuindo capacidade respiratória, expondo o atleta a bacteremias (DIAS *et al.*, 2005).

No Brasil, onde a maioria dos jogadores vem de classes sociais mais baixas e não teve o tratamento dentário adequado durante a infância e adolescência, o cirurgião-dentista é vital para prevenir distensões com origem bucal (ASSAD, 2007).

A doença periodontal cria certas condições bucais como a queda da inserção gengival, podendo liberar endotoxinas na corrente sanguínea e bactérias presentes nas bolsas periodontais. Outro perigo são as bactérias presentes no sangue que podem alojar-se em válvulas cardíacas danificadas ou anormais, resultando em endocardite bacteriana e, a partir desta doença

podendo surgir outras infecções como pericardite supurativa, abscesso miocárdico, miocardite, abscessos em rins, baço e cérebro (DIAS *et. al.*, 2005). A essas lesões, Assad (2007) acrescenta a ameaça de sérias e longas distensões musculares e tendinites, artrite, doenças gastrointestinais, doenças oculares, da pele e renais.

Sendo assim, o cirurgião-dentista deve atuar principalmente no âmbito preventivo, garantindo orientação de higiene bucal, controle de consumo de alimentos cariogênicos (trabalho em conjunto com o nutricionista), fluoroterapia e até mesmo auto-exame para prevenção de câncer bucal. Caracteriza-se então como profissional mais capacitado para resolver tais problemas, transmitindo mais segurança, habilidade e conforto aos esportistas. Além disso, o dentista tem de ficar atento à lista de medicamentos que podem atrapalhar o rendimento do atleta ou até mesmo ser detectado em exames antidoping, por essa razão, mais uma vez destaca-se a importância de um profissional especializado nesta área. (BARBERINI, 2010).

Costa (2008) lembra que a eficiência da odontologia desportiva, contudo, depende de como ela é tratada pelos clubes. Na maioria das associações esportivas, os jogadores passam apenas por consultas com periodicidade semestral ou anual. Essas intervenções quase sempre são feitas com profissionais terceirizados, que não têm especialização na área da atividade física, o que corrobora com este estudo onde 100% dos clubes terceiriza a atenção odontológica.

Felizmente a falta do cirurgião-dentista nas comissões técnicas é uma realidade que deve ser alterada já que a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) é idealizadora do projeto de lei PL 5391/2005 que obriga a presença de cirurgião-dentista especializado em odontologia desportiva em competições, sendo esse projeto encampado e apresentado por Gilmar Machado (PT-MG) na Câmara dos Deputados (Proposições13 2007, Regimento14 2007). O projeto continua em andamento (ANEXO D).

Mesmo sem a presença do cirurgião-dentista na comissão técnica ou na equipe multiprofissional do Departamento de Saúde (100%), os atletas passam por uma avaliação odontológica, que é realizada no exame admissional (25%) ou quando necessário, em casos de lesão bucal, trauma ou dor (75%), sendo estes profissionais terceirizados.

Contudo, nenhum clube possui um programa de prevenção de traumas buco/dentais, mesmo o trauma sendo recorrente nas práticas desportivas, principalmente dos esportes de contato. Segundo a National Youth Sports Foundation (NYSF), cerca de cinco milhões de dentes foram perdidos em 2006 durante práticas desportivas, e de acordo com a American Dental Association (2008), 200 mil traumas podem ser evitados com o uso de protetores bucais. Número corroborado pela Academia Americana de Odontologia Esporte (2009) que afirma que o uso deste aparelho diminui em até 80% os riscos de trauma dental.

Levin (2003) e Canto (1999) ressaltam que os traumas além das lesões físicas também apresentam outras conseqüências como a interrupção repentina de um jogo, algumas vezes de um time inteiro. Uma lesão de recuperação a curto ou longo prazo pode representar uma preocupação econômica para seus clubes e patrocinadores, além do comprometimento psicológico do atleta e de seus colegas. Sendo que, de acordo com a NYSF, atletas de esportes de contato têm cerca de 10% a mais de possibilidade de sofrer lesões orofaciais durante uma competição esportiva, sendo de 33 % a 56% durante toda a sua carreira.

Os protetores bucais não previnem apenas o trauma por contato físico dos jogadores, também previne o pequeno desgaste que ocorre nos dentes, no movimento de abrir e fechar a boca que é feito durante a corrida, que pode causar calcificações na polpa, entre outras complicações (FOLCO, 2008).

Na maioria dos clubes (75%) não são realizadas atividades de orientações de higiene bucal como escovação supervisionada, revelação de placa ou uso de colutórios. Já para o restante da amostra (25%) as atividades de promoção de saúde

acontecem semestralmente, em forma de palestras, porém as palestras não são ministradas por profissionais da Odontologia e sim de outras áreas, como Medicina, Nutrição e Fisioterapia.

Um estudo realizado em Bauru (2005) verificou o conhecimento do atleta amador sobre os cuidados em saúde bucal constatando que mesmo os atletas não possuindo o conhecimento considerado ideal sobre higiene bucal e da correlação existente entre saúde geral e saúde bucal, são conscientes de que uma boca com problemas pode causar problemas maiores e comprometer seu desempenho e julgam muito importante o acompanhamento feito por um cirurgião-dentista em treinos, jogos e competições. Contudo 33% dos atletas pesquisados não frequentam consultório odontológico, sendo a maior motivação para a visita ao dentista a dor (RODRIGUES, 2005).

Metade da amostra acredita ser possível o cirurgião-dentista realizar atendimento a traumas/lesões que acontecem durante jogos ou treinos, mas não especifica como esse atendimento pode ser feito e até onde ele se estende. Uma pesquisa envolvendo 40 times envolvidos na primeira e segunda divisões da liga de futebol profissional do Brasil, em 2007, destacou a falta de informação dos departamentos de saúde sobre condutas emergenciais e a prevenção do trauma dental (CORREA, 2010).

Entretanto, todos julgam que procedimentos como revelação de placa, orientação de higiene bucal e escovação supervisionada, confecção de próteses e protetores bucais, procedimentos clínicos e cirúrgicos não podem ser realizados nas instalações do clube. Esse resultado está provavelmente relacionado com o fato de que não há, em nenhum dos clubes pesquisados, infra-estrutura compatível com estas atividades e nem o profissional responsável por ela, no caso, o cirurgião-dentista. Apenas 25% dos clubes declararam a presença de um cirurgião-dentista, trabalhando como funcionário terceirizado e acionado apenas em casos de necessidade curativa, realizando seu trabalho exclusivamente em consultório.

A confecção de protetores bucais para prevenir traumas dentários ou bucais nos atletas foi relatada por apenas 25% dos

clubes, 25% responderam que isto não acontece e 50% não responderam a essa questão.

Em 25% existe a preocupação, por parte do cirurgião-dentista, quanto aos medicamentos prescritos ou utilizados antes, durante ou após as consultas para não acusarem o uso de doping positivo nos exames, 25% responderam que isto não acontece e 50% não responderam a essa questão.

Desta forma fica clara a necessidade de um cirurgião-dentista especializado em Odontologia do Esporte, capaz de detectar, tratar e prevenir as doenças do sistema bucal que possam interferir e comprometer o desempenho físico, assim como diagnosticar doenças sistêmicas que se manifestem na boca. A função deste profissional é a de manter ou aprimorar o rendimento físico do atleta, prevenindo traumas e outras lesões decorrentes da prática esportiva, estando ciente da listagem de medicamentos que causam doping positivo e dos malefícios do uso excessivo de bebidas repositoras, como também diagnosticando situações já existentes e oferecendo tratamento para tais lesões (BARBERINI, 2010). Corroborar com essa idéia Mello (2010) que acrescenta que o profissional deve incentivar a boa alimentação e promover a qualidade de vida.

O trabalho interdisciplinar em conjunto com o nutricionista para monitorar a dieta e o uso racional dos repositores hidroeletrólíticos pelos atletas não ocorre em 50% dos clubes e 50% dos clubes não responderam a essa pergunta. Essas bebidas hidroeletrólíticas possuem o propósito inicial de repor líquido e sais minerais para desportistas, porém elas possuem potencial erosivo e cariogênico sobre os dentes, devido à presença de açúcares e ácidos nessas bebidas (BONFIM, A. *et. al.*, 2001; VENABLES, M. C. *et. al.*, 2005).

Os dados mostram que existe um trabalho de identificação dos atletas respiradores bucais para posterior tratamento e monitoramento do desempenho destes atletas de maneira diferenciada em apenas um dos clubes (25%), os outros responderam a questão negativamente (25%) ou não souberam respondê-la (50%).

Foi aplicado aos técnicos o questionário a fim de levantar o grau de conhecimento quanto a relação existente entre saúde bucal e o condicionamento físico do atleta, tendo sido suas características levantadas conforme tabela 2 (ANEXO C) com a descrição abaixo:

A amostra é exclusivamente masculina, com idades variando entre 25 e 50 anos, casados (50%) e solteiros (50%). Metade possui especialização e a outra não possui ensino superior. Todos possuem passagem profissional pelo exterior, e possuíam carreiras diferentes antes de ocupar o cargo de técnico, como por exemplo, personal trainer (50%) e jogador de futebol profissional (50%). A renda salarial varia entre até 20 salários mínimos (50%) e chega a ser acima de 100 salários mínimos (50%). Sobre a carga horária diária total de trabalho 50% da amostra não respondeu e 50% trabalha entre 3 a 4 horas diárias. O tempo exercendo esta função no clube variou entre 1 mês (50%) e 2 anos e 7 meses (50%).

Os técnicos também foram questionados sobre a infraestrutura do clube conforme descrição abaixo (Anexo B).

Alguns componentes da infra-estrutura são comuns aos clubes como o campo de futebol para jogos oficiais, campo de treinamento, vestiário, sala de massagem, banheiros, academia, secretaria, estacionamento e rouparia (100%), e outros componentes não fazem parte da infra-estrutura de nenhum dos clubes pesquisados como sauna, consultório odontológico, salão de jogos/recreação e ginásio de esportes (100%). Porém existem partes em que os clubes não se assemelham como piscina, consultório médico, enfermaria, quartos, cozinha, refeitório e cabines para TV/Rádio (50%).

O Canal de televisão “SporTV”, em parceria com o curso de Especialização em Futebol da Universidade Federal de Viçosa (UFV), realizou uma pesquisa (BOUZAS, 2010) para determinar qual o melhor Centro de Treinamento (CT) do Brasil, e elegeu a “Cidade do Galo”, CT do Clube Atlético Mineiro como o melhor do país. A pesquisa avaliou os 20 clubes da série A do Campeonato Brasileiro.

Os critérios foram definidos por docentes da Universidade Federal de Viçosa (MG), onde se consideraram mais de 400 itens, como refeitório, recursos humanos, equipamentos, etc.

O CT do Clube Atlético Mineiro possui quatro campos de tamanho oficial, vestiários, academia completa, departamento médico, de fisiologia e fisioterapia, sala de radiografias, equipamento para ultrassonografia, consultório odontológico, sala de musculação, piscina aquecida, tanque de gelo, caixa de areia, lavanderia e hotel para concentração. Possui uma área de 110.000 m² e por causa de seu tamanho é chamada de “Cidade do Galo”. A pesquisa adverte que estrutura não ganha títulos, porém deixa os jogadores numa situação muito mais confortável que é a de se preocupar apenas em jogar bem e mais nada, sabendo que existe uma infra-estrutura e profissionais a postos para lhe acompanhar a qualquer momento (BOUZAS, 2010)

O Inquérito Grau de conhecimento sobre saúde bucal versus desempenho físico também foi direcionado aos Técnicos dos Clubes. Todos responderam que o desempenho físico de um atleta pode ser afetado pela sua saúde bucal, seja por meio de cáries ou por problemas musculares (contusões, lesões consecutivas) provenientes de focos dentários. Também acreditam que traumas buco/dentais podem afetar o desempenho do atleta durante uma partida, pois o atleta pode apresentar dor e/ou inflamação e dividir menos jogadas. Consideraram que uma higienização bucal deficiente poderia causar e/ou agravar doenças respiratórias, coronárias, acidentes vasculo-cerebrais (50%) e lesões musculares (100%). Cem por cento (100%) ignoraram a possível relação entre uma má higiene dental e a diabetes mellitus e o abscesso em rins.

Quanto à respiração, avaliam que esta pode prejudicar o rendimento de um atleta quando predominantemente nasal (50%) ou mista (50%). Nenhum dos técnicos considerou que a respiração bucal pode ser a mais prejudicial ao atleta. Segundo Dias *et al* (2005), a respiração em um atleta é geralmente mista, no momento do exercício, mas se a respiração bucal for

predominante existirá uma queda na resistência aeróbia e nos reflexos, por consequência o rendimento esportivo diminuirá, podendo representar uma queda de 20% da capacidade total do indivíduo. Soma-se a este fato a agressividade do ar inspirado que pode alterar o sistema de equilíbrio corporal definindo a expressão facial e o condicionamento físico. Outras consequências prejudiciais como dificuldade de concentração, alterações posturais e perda da ventilação pulmonar podem surgir. O atleta também fica mais susceptível à infecções como otites, sinusites, pneumonias, amigdalites e à irritabilidade, sono agitado e falta de atenção, prejudicando o rendimento em jogos e treinos (QUINTÃO, 2004).

Cem por cento (100%) dos técnicos entendem como necessária a presença de um Cirurgião-Dentista disponível no clube para suas equipes, acompanhando jogos e treinos, fazendo um trabalho de prevenção e avaliando clinicamente a todos os atletas. Já 50% não considera a presença do Cirurgião-dentista na equipe técnica necessária, sendo este profissional solicitado quando necessário. Segundo Mathias (2009) os eventos esportivos são acompanhados por equipes de saúde, mas do âmbito da saúde bucal os atletas continuam desprotegidos, pois o cirurgião-dentista não está presente, não podendo ser classificados como uma equipe de saúde efetivamente.

Como lembra Toscano (2009) a Odontologia do esporte já faz parte do currículo escolar de várias universidades norte-americanas, contando também com publicações a respeito em diversas revistas odontológicas e médicas de países como França, Inglaterra, Estados Unidos, Espanha, Austrália, Itália, Alemanha, Finlândia, Tchecoslováquia e Canadá.

No Brasil destacam-se algumas instituições, que se dedicam ao estudo e aplicação da Odontologia do Esporte, obtendo resultados positivos nos últimos anos, como o CODEC e outras instituições que tem o intuito de congregam profissionais interessados na área e empresas de Odontologia, que é o caso da SBOESP (Universidade do Futebol, 2010).

A literatura concorda que o esforço conjunto de pais, cirurgiões-dentistas e treinadores visando o convencimento de atletas sobre os riscos da participação de atividades esportivas sem a devida proteção e o incentivo ao uso dos dispositivos é necessário, bem como estimular a adoção de técnicas e instrumentos que preservem a saúde dos atletas, apoiando o desenvolvimento científico e tecnológico em benefício do esporte competitivo. Entende-se a necessidade da conscientização das instituições de saúde, educação e esportivas para que sejam feitas campanhas públicas visando estimular atletas e comunidade a uma prática esportiva segura, alertando também sobre a questão do atendimento odontológico obrigatório, durante as atividades esportivas (CANTO, 1999; TIBA, 2009, UEDA, 2010).

CONCLUSÕES

Com base nos resultados desse estudo pode-se concluir que:

- A Odontologia do Esporte encontra-se num estágio muito inicial de desenvolvimento nos principais clubes de Santa Catarina, visto que a atuação do cirurgião-dentista fica restrita a prática corretiva e num regime de trabalho terceirizado, utilizado apenas em situações de emergência.
- O modelo de atenção à saúde é baseado na atenção médica ambulatorial;
- A atuação do cirurgião-dentista junto às equipes é limitada, o profissional não faz parte do departamento de saúde sob regime de trabalho efetivo em nenhum dos clubes e sua atuação é feita apenas em consultório e demonstra-se necessária apenas em situações de dor e/ou trauma.
- Os técnicos demonstraram reconhecer a relação entre o condicionamento físico e a saúde bucal; admitiram a importância do cirurgião-dentista para a saúde do atleta, defenderam sua presença dentro do clube e relacionaram parcialmente lesões e hábitos bucais com possíveis manifestações sistêmicas. Porém demonstram ainda falta de conhecimento sobre a abrangência do trabalho que o cirurgião-dentista pode proporcionar à saúde do atleta e consideram-na ainda muito restrita a situações emergenciais, ignorando as práticas preventivas e de promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

ABO –MG, Informativo da Associação Brasileira de Odontologia - Seção Minas Gerais, **O esporte vai ao dentista**, nº 252 - Ano XXIII, agosto, 2006. Disponível em: <<http://abomg.no-ip.com/abo/pdfs/abo%20-%20252.pdf>> Acesso em 06/09/2010

ANDRADE, R. *et al*, Prevalence of dental trauma in Pan American games athletes, **Dental Traumatology**, Rio de Janeiro, vol. 26, 248-253, 2010

ANDREASEN, J.O, ANDREASEN, F.M., **Fundamentos de Traumatismo Dental**, 2ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2001
ANDREASEN, J.O *et al*, **Manual de Traumatismo Dental**, Porto Alegre :Artmed, 2000.

ALOISE, J. **Odontologia Desportiva**, Instituto Smile, 2009.
Disponível em:
<<http://www.institutosmile.com.br/index.php/odontologia-desportiva-a-pratica-de-esportes-e-os-cuidados-com-a-boca/>>
Acesso em 12/09/2010

ARAÚJO, C. S.; **Odontologia Desportiva – Atendimento odontológico aos jogadores das seleções brasileiras de futebol**, Medcenter Odontologia, 2000. Disponível em:
<<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=28&idesp=10&ler=s> > Acesso em 26/10/2007

ARGIMOM, I., **Técnicos de Futebol e a prática da psicologia no esporte**, O Portal dos Psicólogos, Porto Alegre, 2006.
Disponível em:
<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0273.pdf>> Acesso em 16/10/2007

ASSAD, M. **Odontologia é esquecida nas comissões técnicas**, Universidade do Futebol, 2007. Disponível em:

<<http://www.universidadedofutebol.com.br/2007/08/1,517,ODO NTOLOGIA+E+ESQUECIDA+NAS+COMISSOES+TECNICA S.asp?p=3>> Acesso em 12/09/2010

AZEVEDO, P. *et al*, Atualidades científicas sobre a avaliação e prescrição do treinamento físico para atletas de alta performance, **Revista Digital Buenos Aires**, vol. 12, n° 111 – Agosto, 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd111/avaliacao-e-prescricao-do-treinamento-fisico-para-atletas.htm>> Acesso em: 13/09/2010

BARBERINI A. F.; AUN C.E.; CALDEIRA C. L. Incidência de injúrias orofaciais e utilização de protetores bucais em diversos esportes de contato. **Revista de Odontologia - Unicid**, vol. 14, n° 1, jan/abr, 2002.

BASTONE, E., FREER, T. MCNAMARA, J., Epidemiology of dental trauma: A review of the Literature, **Australian Dental Journal**, vol. 45, n° 1, 2000

BONFIM, A., COIMBRA, M., MOLITERNO L. Potencial erosivo dos repositores hidroeletrólíticos sobre o esmalte dentário: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, vol. 58, n° 3, 164-168, mai/jun, 2001.

BOUZAS, J.C., PAOLI, P., CORREA, R., **Qual o melhor CT do Brasil?**, SporTV, Rio de Janeiro, 2010.

BORGES, R., Acidentes de trabalho, **Jus Navigandi**, 1999. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4990>> Acesso em 13/09/2010

BRASIL DENTISTRY - Revista para profissionais da Saúde Bucal, **1º Fórum de Odontologia do Esporte para Atletas de Alto-Rendimento**, 2009. Disponível em:

<<http://www.dentistry.com.br/article.php?a=457>> Acesso em 18/09/2010

CANTO, G. L.; OLIVEIRA, J.; HAYASAKI, S. M.; CARDOSO, M. Protetores bucais: uma necessidade dos novos tempos. **Revista Dental Press. Ortodontia e OrtopediaFacial**, v. 4, n° 6, p. 20-26, nov/dez, 1999

CARDOSO, A. C., **Oclusão para você e para mim**, São Paulo: Santos, 2010, 233p.

CARRAVETTA, E., **O jogador de Futebol**. Editora Mercado Aberto, 2001.

CETAO - Centro de Estudos Treinamento e Aperfeiçoamento em Odontologia, Página Oficial disponível em:

<<http://www.cetao.com.br/default.asp>> Acesso em 08/09/2010

CODEC - Centro de Odontologia do Esporte. Página Oficial disponível em:

<<http://www.cetao.com.br/conteudo.asp?id=32&idc=3>> Acesso em 08/09/2010

COSTA, G. Atletas da Seleção Brasileira confirmam negligência com saúde bucal, Universidade do Futebol, 2008.

Disponível em:

<<http://www.universidadedofutebol.com.br/2008/08/1,1777,ATLETAS+DA+SELECAO+BRASILEIRA+CONFIRMAM+NEGLIGENCIA+COM+SAUDE+BUCAL.aspx?p=3>> Acesso em 12/09/2010

COSTA, G. Odontologia ainda encara barreiras para cuidar de atletas, Universidade do Futebol, 2008. Disponível em: <

<http://www.universidadedofutebol.com.br/2008/08/1,1775,ODO>

NTOLOGIA+AINDA+ENCARA+BARREIRAS+PARA+CUIDAR+DE+ATLETAS.aspx?p=3> Acesso em 18/10/2011

CORREA, M. B., Survey analysis on the occurrence of dental and preventive strategies among professional Brazilian soccer players, **Journal of Applied Oral Science**, vol. 18, nº 6, p. 572-6, dezembro, 2010.

DIAS, R. *et al*, Problemas Odontológicos X Rendimento Esportivo. **Revista de Odontologia da Universidade de Santo Amaro**, vol. 10, nº 2, p.28 – 31, jul./dez. 2005

DOMINGUES, E. P., BETARELLI, A. A., MAGALHÃES, A. S., **Copa do mundo 2014: Impactos econômicos no Brasil, em Minas Gerais e Belo Horizonte, 2010**. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2010/D10A119.pdf> Acesso em 18/09/2010

FERRARI, C. H. Dental trauma and level of information: mouthguard use in different contact sports, **Dental Traumatology**, São Paulo, vol. 18, p. 144-147, junho, 2002

FERREIRA M. L., **A Incidência de respiradores bucais em indivíduos com oclusão classe II**, Monografia de conclusão do curso de especialização em Motricidade Oral do Curso de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – CEFAC, São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses/b99be2a527c907ebb5d35f43b2db0ed1.pdf>> Acesso em 08/09/2010

FOLCO, M. **Ante preconceito, protetor bucal tenta mostrar eficiência**, Universidade do Futebol, 2008. Disponível em: <<http://www.universidadedofutebol.com.br/2008/08/1,1776,ANTE+PRECONCEITO+PROTETOR+BUCAL+TENTA+MOSTRAR+EFICIENCIA.aspx?p=3>> Acesso em 18/10/2011

FOSTER, M; READMAN, P. Sports dentistry--what's it all about?, **Dental Update**, vol 36, n° 3, p.135-8, 141-4. abril, 2009

GASPAR, C., **A Respiração bucal e a sua influência sobre as alterações no desenvolvimento crânio facial**. Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica –CEFAC, Recife, 2001. Disponível em:

<<http://www.cefac.br/library/teses/e099bb706dbf16b37c7bcd7dbdc5473.pdf>> Acesso em 11/09/2010.

IANII, D. BERTOLINI, M. LOPES, M., **Contribuição multidisciplinar no diagnóstico e no tratamento das obstruções da nasofaringe e da respiração bucal**, Revista Clin Ortodon Dental Press, Maringá, v. 4, n. 6 - dez. 2005/jan. 2006. Disponível em: < <http://www.aipro.info/drive/File/195.pdf>> Acesso em 06/09/2010

INTERNATIONAL OLYMPIC COMMITTEE, **2016 Candidature Procedure and Questionnaire: Games of the XXXI Olympiad**, 2008. Disponível em: <http://multimedia.olympic.org/pdf/en_report_1318.pdf> Acesso em 18/09/2010

INTERNATIONAL OLYMPIC COMMITTEE, **Olympic charter:**

In force as from 7 July 2007, 2007. Disponível em: <http://multimedia.olympic.org/pdf/en_report_122.pdf> Acesso em 18/09/2010.

IZUKA, E., A influência da respiração oral na oclusão dentária: uma visão geral da literatura, **ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia**, vol. 26, nº3, 151-154, 2008

LEVIN, L., FRIEDLANDER, D., GEIGER, S., Dental and oral trauma and mouthguard use during sports activities in Israel, **Dental Traumatology**, Tel Aviv, vol. 19, p. 237-242, fevereiro, 2003

LIMA, N.S., **Psicologia do Esporte: trajetórias de uma nova prática**. Tese de doutorado em Psicologia/ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/ Faculdade de Psicologia/Orientadora: Marlene Neves Strey. Porto Alegre, 2002.

LUSSAC, R.; Os Princípios do treinamento esportivo: Conceitos, definições, possíveis aplicações e um possível novo olhar, **Revista Digital - Buenos Aires** - ano 13, nº 121 , junho, 2008.

MACIEL, C. LEITE, I. Etiological aspects of anterior open bite and its implications to the oral functions, **Pró-Fono R. Atual. Cient.** vol.17, nº.3, Barueri, setembro/dezembro, 2005.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. 720 p.

MEDCENTER ODONTOLOGIA, **Um dentista rumo à Sydney**, 2000. Disponível em:
<http://www.odontologia.com.br/noticias_rel.asp?guid=22&id=82> Acesso em: 13/09/2010

MELLO, A. B.; MARTAO, F. M., Odontologia do Esporte: Como atuar em equipe na prescrição de medicamentos?, **FIEP Bulletin**, vol. 80 – special edition, 2010. Disponível em: <http://fiepbulletin.net/index.asp?a=trabalho_ler.asp&id=989&ido> Acesso em 18/05/2011.

MONTOVANI, J. *et al*, Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos, **Rev. Bras. Otorrinolaringologia**, vol.72, nº.2, São Paulo, março/abril, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992006000200014&script=sci_arttext> Acesso em 14/09/2020.

MOURA, A.P.F.; **Odontologia desportiva e o desempenho dos atletas**, Hospitalar, 2004. Disponível em: <http://www.hospitalar.com/opiniaio/opiniaio_1172.html> Acesso em 12/09/2010

NYSSF – National Youth Sports Safety Foundation, página Oficial Disponível em: <<http://www.nyssf.org/wframeset.html>> Acesso em 07/09/2010

PANZO, A., APF do Kwanza-Norte elogia apoio ao Clube, **Jornal dos Desportos**, setembro, 2010. Disponível em: <http://jornaldosdesportos.sapo.ao/24/0/apf_do_kwanza-norte_elogia_apoio_ao_clube> Acesso em: 18/09/2010

PARDO, M., 1º Fórum de Odontologia do Esporte: balanço final, **Odonto Fórum**. 2009. Disponível em: <<http://www.odontoforum.com.br/viewtopic.php?f=36&t=475>> Acesso em 09/09/2010

PEREIRA, S. D., **Conceitos e Definições da Saúde e Epidemiologia usados na Vigilância Sanitária**, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf> Acesso em 17/09/2010

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. **Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento físico e ao desempenho**. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2000. 527 p

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, Rio, cidade-referência do esporte rumo ao Pan-2007, **Coleção Estudos da Cidade – Rio Estudos nº 151**, Abril, 2005. Disponível em:<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/1413_rio,%20cidade%20refer%C3%Aancia%20rumo%20ao%20pan.PDF> Acesso em 12/09/2010

QUINTÃO, F.; ANDRADE, D.; LAGÔA, L. **A Síndrome do respirador oral, suas influências na postura e atuação da fisioterapia**, 2004. Disponível em:

<http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/respiratoria/respirador_oral.htm> Acesso em 11/09/2010

RAMFJORD, A. **Oclusão**, 4ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 1996. 334p

RIBEIRO, D. M., **Gestão para qualidade em serviços de Saúde Pública: Um estudo de caso sobre liderança situacional**, Tese apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutor em Odontologia na área de concentração: Saúde Coletiva, Florianópolis, 2006, 119p

RODRIGUES, H., **Padrão de conhecimento do atleta amador de Bauru- SP, relacionados aos cuidados de saúde bucal**, Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Bauru, 2005, 149 p

SEIXAS, L. **Odontologia Desportiva em ação**. Medcenter Odontologia, 2010. Disponível em:

<<http://www.odontologia.com.br/noticias.asp?id=82&idesp=10&ler=s>> Acesso em 13/09/2010

SEQUEIRA, E. **Odontologia Desportiva - O Esporte e a Saúde Bucal**. Saúde Total, 2005. Disponível em:

<<http://www.saudetotal.com.br/artigos/saudebucal/odontodesportiva.asp>> Acesso em 12/09/2010

SILVA, A.; PAULI, J.; GOBATTO, C. Fisiologia aplicada ao rendimento esportivo: bases científicas do treinamento de alta *performance*, **Revista Digital – Buenos Aires**, ano 11, nº 95, abril de 2006.

SIMONI, M. **A admissão médica num clube de futebol**, Blog do Simoni, 2010. Disponível em: <<http://simoninetflu.blogspot.com/2010/11/admissao-medica-num-clube-de-futebol.html>> Acesso em 17/10/2011.

SIS SAÚDE, **Odontologia do Esporte: mercado de trabalho, alto desempenho esportivo, inclusão social**, 2010. Disponível em:
<<http://www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=2&idnot=6812>> Acesso em 06/09/2010

SIZO, S. R.; SILVA, E. S.; ROCHA, M. P. C.; KLAUTAU, E.B. Avaliação do conhecimento em odontologia e educação física acerca dos protetores bucais. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol.15, p. 282-286, 2009.

TOSCANO, R. Odontologia Desportiva na luta pelo reconhecimento. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, vol. 21, nº2, mai/ago, 2009. Disponível em:
<<http://odontologiadotrabalhotoscano.blogspot.com/2010/02/odontologia-desportiva-na-luta-pelo.html>> Acesso em 12/09/2010

TRIGO, M. **O Eterno Futebol**, Brasília, Editora Thesaurus, 2002, 240p

UNIVERSIDADE DO FUTEBOL, **Especialista em odontologia do esporte fala sobre a importância do tratamento dentário contínuo**, Blog da SBOESP, agosto, 2010. Disponível em:
<http://sboesp.blogspot.com/2010_08_01_archive.html> Acesso em 25/08/2010

VENABLES, M. C. *et al*, Erosive Effect of a New Sports Drink on Dental Enamel during exercise, **Medicine and Science in Sports and Exercise**, ed. 37, vol. 1, p. 39-44, 2005. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/497801>> Acesso em 18/05/2011.

WILMORE, J. H.; COSTILL, D. L. **Physiology of sport and exercise**. 2nd ed. Champaign: Human Kinetics, 1999. 710 p

WULKAN, M., PARREIRA, J., BOTTER, D. Epidemiologia do Trauma Facial, **Revista Assoc Med Bras**, vol 51, n° 5, 2005

**APÊNDICE I – Inquérito de Saúde bucal X
Condicionamento Físico**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Prezado Técnico:

Nos próximos meses serão estudados os quatro maiores Clubes de Futebol Profissional Catarinense, afim de, avaliar a inserção da Odontologia do esporte nestes clubes, trata-se de um trabalho de conclusão de curso, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-dentista. Sendo assim, o presente questionário pretende compreender melhor seu conhecimento sobre saúde bucal e o condicionamento físico de atletas. Este formulário não objetiva identificar o entrevistado, mas obter respostas verdadeiras e precisas que externem seu real conhecimento sobre a saúde bucal e a condicionamento físico dos atletas. Salientamos que sua colaboração é imprescindível para o sucesso de nosso trabalho e antecipadamente agradecemos ao senhor por atender nossa solicitação.

Cordialmente,

Ana Clara Loch Padilha, graduanda em Odontologia

1. Identificação

1.1 Nome:

1.2 Sexo: 1. () masculino 2. () feminino

1.3 Idade: _____ anos

1.4 Estado Civil: 1. () solteiro 2. () casado 3. () viúvo 4. () divorciado

5. () União Estável

1.5 Telefones para contato: () _____ () _____

1.6 Endereço:

1.7 Escolaridade: () Ensino Primário () Ensino Fundamental () Ensino médio () Ensino Superior () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado

1.8 Ano de Graduação: _____

1.9 Se possui pós-graduação, em qual (is) área(as)?

_____/_____

1.10 Exerceu outra(s) atividade (s) anteriormente a este cargo? () Sim () Não

Qual

(is)? _____

1.11 Já trabalhou no exterior? () Sim () Não

Onde?

1.12 Renda Individual: () Até 20 Salários Mínimos

() De 20 a 50 Salários Mínimos

() De 50 a 100 Salários Mínimos

() Acima de 100 Salários Mínimos

1.13 Carga Horária Diária Total de Trabalho:

1.14 Tempo de serviço no clube nessa mesma função:

_____meses/anos

2. Grau de conhecimento sobre saúde bucal X desempenho físico

2.1 Quanto à estrutura do clube, do que é composto? (anotar a quantidade)

- Campo de futebol para jogos oficiais
- Campo de treinamento
- Piscina
- Sauna
- Vestiário
- Consultório médicos
- Consultório odontológico
- Enfermaria
- Sala de massagem / fisioterapia
- Academia
- Secretaria
- Banheiros
- Quartos
- Cozinha
- Salão de Jogos/Recreação
- Refeitório
- Estacionamento
- Rouparia
- Cabines para transmissão TV/rádio
- Ginásio
- Outros

2.2 Você acha que o desempenho físico de um atleta pode ser afetado pela sua saúde bucal?

- Sim Não Não sei

2.3 Se você acha que sim, como você considera que a saúde bucal pode afetar o desempenho físico?

2.4 Uma lesão bucal

pode ser a causa de uma outra lesão (muscular, por exemplo) em outro lugar do corpo?

- Sim Não Não sei

2.5 Traumas bucais/dentais podem de alguma forma afetar o desempenho do atleta durante uma partida?

- Sim Não Não sei
-

2.6 Em caso de sim, como você acha que o trauma pode afetar o atleta?

2.7 Uma higienização bucal deficiente poderia causar e /ou agravar qual (is) das doenças citadas abaixo:

- Doenças respiratórias
- Doenças coronárias
- Diabetes mellitus
- Acidentes vasculo-cerebrais
- Lesões musculares
- Abscesso em rins
- Outras

2.8 Quando a respiração pode prejudicar o rendimento de um atleta? Quando predominantemente:

- Nasal Bucal Mista

2.9 Você considera necessária a presença de um Cirurgião-Dentista na equipe técnica?

- Sim Não

2.10 Justifique:

Inquérito do Modelo de Atenção à Saúde

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Prezado(a) Coordenador(a) do Departamento de Saúde:

Estamos dirigindo aos Coordenadores de Departamento de Saúde de quatro times de futebol profissional de Santa Catarina o presente questionário, que pretende compreender melhor a organização do serviço de atenção à saúde e a participação do cirurgião-dentista. As respostas deste questionário serão utilizadas em nosso Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia. Este formulário não objetiva identificar o entrevistado, mas obter respostas verdadeiras e precisas que externem seu real conhecimento sobre a atenção à saúde e a participação da Odontologia em seu clube. Salientamos que sua colaboração é imprescindível para o sucesso de nosso trabalho e antecipadamente agradecemos ao senhor(a) por atender nossa solicitação.

Cordialmente,

Ana Clara Loch Padilha, graduanda em Odontologia

1. Identificação

1.1 Nome:

1.2 Sexo: 1. masculino 2. feminino

1.3 Idade: _____ ano

1.4 Estado Civil: 1. solteiro 2. casado 3. viúvo 4. divorciado

5. União Estável

1.5 Telefones para contato: (____) _____ (____) _____

1.6 Endereço:

1.7 Escolaridade: () Ensino Primário () Ensino Fundamental () Ensino médio () Ensino Superior () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado

1.8 Ano de Graduação: _____

1.9 Se possui pós-graduação, em qual(is) área(s)?

/_____

1.10 Exerceu outra(s) atividade (s) anteriormente a este cargo?

() Sim () Não

Qual

(is)? _____

1.11 Já trabalhou no exterior? () Sim () Não

Onde?

1.12 Renda Individual: () Até 10 Salários Mínimos

() De 10 a 20 Salários Mínimos

() De 20 a 40 Salários Mínimos

() De 40 a 60 Salários Mínimos

() Acima de 60 Salários Mínimos

1.13 Carga Horária Diária Total de Trabalho:

1.14 Tempo de serviço no clube nessa mesma função:
_____meses/anos

2. Modelo de atenção à saúde

2.1 Em relação ao departamento de saúde do clube, como é composto?

Profissional (assinalar os que estão disponíveis para os atletas)	Quantida de	Regime de trabalho (sublinhar o correspondente)	Carga horária diária total de
--	------------------------	--	--

			Trabalho
() Médico		Estatutário/Efetivo/ Contrato por Tempo limitado/Consultoria (terceirizado)	
() Enfermeiro		Estatutário/Efetivo/ Contrato por Tempo limitado/Consultoria (terceirizado)	
() Fisioterapeuta		Estatutário/Efetivo/ Contrato por Tempo limitado/Consultoria (terceirizado)	
() Massagista		Estatutário/Efetivo/ Contrato por Tempo limitado/Consultoria (terceirizado)	
() Preparador físico ()		Estatutário/Efetivo/ Contrato por Tempo limitado/Consultoria (terceirizado)	
() Fisiologista		Estatutário/Efetivo/ Contrato por Tempo limitado/Consultoria (terceirizado)	
() Nutricionista		Estatutário/Efetivo/ Contrato por Tempo limitado/Consultoria (terceirizado)	
() Cirurgião-		Estatutário/Efetivo	

Dentista		vo/ Contrato por Tempo limitado/Consultoria (terceirizado)	
() Outro. Qual? _____		Estatutário/Efetivo/ Contrato por Tempo limitado/Consultoria (terceirizado)	

2.2 Os profissionais atendem apenas a categoria profissional?

() Sim () Não

2.3 Em caso negativo, quais outras categorias também atendem?

2.4 Como é a rotina dos profissionais do departamento de saúde? (Assinalar)

	Médico	Enfermeiro	Fisioterapeuta	Massagista	Fisiologista	Nutricionista	Cirurgião-Dentista
Acompanham jogos							
Acompanham treinos							
Atende exclusivamente em consultório							
Viajam							

com a(s) equipe(s)) em competi ções							
Particip am apenas dos exames admissi onais							
Particip am das avaliaçõ es periódic as de saúde							

2.5 São realizadas reuniões com toda a equipe de saúde para discutir estratégias em saúde e planejamento de casos?

Sim Não Apenas se necessário, para casos específicos

2.5 A atenção em saúde dos atletas é individualizada?

Sim Não

2.6 Os atletas são submetidos a um exame de saúde admissional?

Sim Não

2.7 Qual a periodicidade dos exames?

A cada início de temporada

Datas pré-determinadas durante o ano (seguindo um calendário)

Quando é necessário, em casos de lesões ou doença

2.8 São feitos programas específicos para aumento ou manutenção do desempenho físico dos atletas?

Sim Não

2.9 Se sim para a questão 2.8, o(s) programa(s) funciona(m) de forma individualizada ou para todo o time?

Individualmente, cada atleta possui o seu plano para rendimento físico

Coletivamente, o grupo deve alcançar a mesma meta em desempenho físico

2.10 Se sim para questão 2.8, durante a elaboração desses programas, quais profissionais participam?

Médico Enfermeiro Fisioterapeuta

Massagista

Preparador físico Fisiologista

Nutricionista

Cirurgião-Dentista Outro. Qual?

3. Atuação do Cirurgião Dentista

3.1 O Cirurgião-Dentista participa da Comissão Técnica do time de futebol?

Sim Não

3.2 Os atletas do clube passam por avaliação odontológica?

Sim Não

3.3 Em caso afirmativo, quando é feito?

- Exame admissional
- Controles Periódicos
- Apenas quando necessário (lesão bucal, trauma, doença ou dor)

3.4 Há programa de prevenção de traumas dento/buciais no clube?

- Sim () Não Responsável:

3.5 São realizadas atividades de promoção de saúde bucal como escovação supervisionada e orientações sobre a correta higiene bucal?

- Sim () Não

3.6 Em caso afirmativo, com que frequência acontece?

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- Semestralmente
- Anualmente

3.7 De acordo com a infra-estrutura disponível quais os procedimentos que o dentista pode realizar dentro do clube?

- () Revelação de placa e orientação quanto à escovação
- () Atendimento à traumas/lesões que acontecem durante jogos ou treinos
- () Procedimentos laboratoriais como confecções de próteses e protetores bucais
- () Procedimentos clínicos como restaurações, tratamentos endodônticos, raspagens, profilaxia, etc.
- () Procedimento cirúrgicos como extrações dentais ou remoção de tecido para biópsia.

3.8 O cirurgião-dentista do clube já confeccionou/confecciona protetores bucais para prevenir traumas dentais ou bucais nos atletas?

- () Sim () Não () Não sei

3.9 Existe uma preocupação do Cirurgião-Dentista quanto aos medicamentos prescritos e/ou utilizados antes, durante ou após as consultas não acusarem o uso de doping positivo nos exames?

Sim Não Não sei

3.10 O Cirurgião-Dentista trabalha conjuntamente com o(a) Nutricionista do time monitorando a dieta e o uso racional dos repositores hidroeletrólíticos pelos atletas?

Sim Não Não sei

3.11 O Cirurgião-Dentista faz um trabalho de identificação dos atletas respiradores bucais para posterior tratamento?

Sim Não Não sei

3.12 Em caso afirmativo, é realizado um monitoramento do desempenho físico desses atletas de maneira diferenciada?

Sim Não Não sei

ANEXO A – Tabela 5 – Distribuição da frequência e percentual dos profissionais quanto a da rotina de trabalho no Departamento de Saúde.

Tabela 5 – Distribuição da frequência e percentual dos profissionais quanto a da rotina de trabalho no Departamento de Saúde.

Profissionais	N	%
Acompanham jogos		
Médico	4	100
Enfermeiro	1	25
Fisioterapeuta	2	50
Massagista	4	100
Preparador Físico	0	0
Fisiologista	2	50
Nutricionista	0	0
Cirurgião-Dentista	0	0
Acompanham treinos		
Médico	3	75
Enfermeiro	1	25
Fisioterapeuta	2	50
Massagista	4	100
Preparador Físico	4	100
Fisiologista	2	50
Nutricionista	2	50
Cirurgião-Dentista	0	0
Atendem exclusivamente em consultório		
Médico	0	0
Enfermeiro	0	0
Fisioterapeuta	0	0
Massagista	0	0
Preparador Físico	0	0
Fisiologista	0	0
Nutricionista	1	25

Cirurgião-Dentista	1	25
Viajam em competições		
Médico		
Enfermeiro	4	100
Fisioterapeuta	0	0
Massagista	1	25
Preparador Físico	4	100
Fisiologista	0	0
Nutricionista	0	0
Cirurgião-Dentista	1	25
	0	0
Participam dos exames admissionais		
Médico		
Enfermeiro	1	25
Fisioterapeuta	0	0
Massagista	1	25
Preparador Físico	0	0
Fisiologista	0	0
Nutricionista	2	50
Cirurgião-Dentista	0	0
	0	0
Participam das Avaliações Periódicas		
Médico		
Enfermeiro	4	100
Fisioterapeuta	1	25
Massagista	3	75
Preparador Físico	0	0
Fisiologista	2	50
Nutricionista	2	50
Cirurgião-Dentista	2	50
	0	0

ANEXO B – Tabela 3 - Distribuição da frequência e percentual dos componentes da infra-estrutura do Clube.

Tabela 3 – Distribuição da frequência e percentual dos componentes da infra-estrutura do Clube.				
Infra-estrutura	Sim		Não	
	n	%	n	%
Campo de futebol para jogos oficiais	2	100	0	0
Campo de treinamento	2	100	0	0
Piscina	1	50	1	50
Sauna	0	0	2	100
Vestiário	2	100	0	0
Consultórios Médicos	1	50	1	50
Consultório Odontológico	0	0	2	100
Enfermaria	1	50	1	50
Sala de massagem	2	100	0	0
Academia	2	100	0	0
Secretaria	2	100	0	0
Banheiros	2	100	0	0
Quartos	1	50	1	50
Cozinha	1	50	1	50
Salão de Jogos/Recreação	0	0	2	100
Refeitório	1	50	1	50
Estacionamento	2	100	0	0
Rouparia	2	100	0	0
Cabines para TV/Rádio	1	50	1	50
Ginásio de Esportes	0	0	2	100

ANEXO C – Tabela 2 – Distribuição da frequência e percentual das características dos Técnicos.

Tabela 2 – Distribuição da frequência e percentual das características dos Técnicos.		
Característica	N	%
Idade (anos)		
menos de 35	1	50
35 a 45	0	0
45 a 55	1	50
mais de 55	0	0
Sexo		
feminino	0	0
masculino	4	100
Tempo de formado (anos)		
menos de 10	1	50
10 a 15	0	0
15 a 20	0	0
mais de 20	0	0
Estado Civil		
Casado	1	50
Solteiro	1	50
Especialidade		
não possui	1	50
Fisiologia do Exercício	1	50
Treinamento Desportivo	1	50
Trabalho no exterior		
Sim	2	100
Não	0	0

Renda salarial		
Entre 10 a 20	1	50
20 e 40	0	0
40 a 60	0	0
60 a 100	0	0
Mais de 100	1	50
Carga horária diária total de trabalho		
menos que 2 horas	0	0
entre 2 e 4 horas	1	50
entre 5 a 10 horas	0	0
mais que 10 horas	0	0
Tempo de trabalho no clube na mesma função		
menos de 5 anos	2	100
5 a 10	0	0
10 a 20	0	0
20 a 30	0	0
mais de 30	0	0

ANEXO D - Projeto de Lei PL 5391/2005

Autor	Deputado GILMAR MACHADO (PT / MG)
Título	PL. 5391 de 2005 - PROJETO DE LEI (CD)
Apelido	PLC 304 de 2009 - PROJETO DE LEI DA CÂMARA
Data	26/11/2009
Resumo	Dispõe sobre as medidas a serem adotadas no traumatismo dentário ocasionado pela prática esportiva e dá outras providências.
Situação	Tramitando: Sim
Tramitação	26/11/2009 - PLEG PROTOCOLO LEGISLATIVO Este processo contém 13 (treze) folha(s) numerada(s) e rubricada(s). À SSCLSF. 27/11/2009 - SSCLSF SUBSEC. COORDENAÇÃO LEGISLATIVA DO SENADO Aguardando leitura. 27/11/2009 - ATA-PLEN SUBSECRETARIA DE ATA - PLENÁRIO Leitura. A Presidência comunica ao Plenário que, nos termos do art. 91, § 1º, do inciso IV do Regimento Interno, o

presente **Projeto de Lei** será apreciado pelas Comissões de Assuntos Sociais e de Educação, Cultura e Esporte, cabendo à última a decisão terminativa. O **projeto** poderá receber emendas perante a primeira comissão pelo prazo de cinco dias úteis, nos termos do art. 122, II, c, da referida Norma. À CAS. Publicação em 28/11/2009 no DSF Página(s): 62921-62923 ([Ver Diário](#)) Publicação em 28/11/2009 no DSF Página(s): 62941 ([Ver Diário](#))

27/11/2009 - CAS Comissão de Assuntos Sociais
Recebido na CAS. Matéria sobre a Mesa desta Comissão aguardando abertura de prazo para apresentação de emendas, e posterior distribuição.

30/11/2009 - CAS Comissão de Assuntos Sociais
Prazo para apresentação de emendas:
Primeiro dia: 30/11/2009. Último dia: 04/12/2009.

07/12/2009 - CAS Comissão de Assuntos Sociais
Não foram oferecidas emendas no prazo regimental. Matéria aguardando designação de Relator.

11/12/2009 - CAS Comissão de Assuntos Sociais
A Presidente da Comissão, Senadora Rosalba Ciarlini, designa o Senador Papaléo Paes Relator da matéria.

15/03/2010 - CAS Comissão de Assuntos Sociais

Recebido o Relatório do Senador Papaléo Paes, com voto pela aprovação do **Projeto**, na forma da emenda apresentada. Matéria pronta para a Pauta na Comissão. *****
Retificado em 16/03/2010*****
Onde se lê: emenda apresentada. Leia-se: Emenda Substitutiva apresentada.

22/03/2010 - CAS Comissão de Assuntos Sociais
Matéria incluída na Pauta da 8ª Reunião desta Comissão, dia 24/03/2010.

24/03/2010 - CAS Comissão de Assuntos Sociais
Reunida a Comissão nesta data, a Presidência concede vista ao Senador Roberto Cavalcanti, nos termos regimentais. Encaminhada cópia do Relatório do Senador Papaléo Paes e do avulso da matéria ao Senador Roberto Cavalcanti.

30/03/2010 - CAS Comissão de Assuntos Sociais
Matéria incluída na Pauta da 10ª Reunião desta Comissão, dia 31/03/2010.

31/03/2010 - CAS Comissão de Assuntos Sociais
Reunida a Comissão nesta data, a apreciação da matéria foi adiada.

06/04/2010 - CAS Comissão de Assuntos Sociais
Matéria incluída na Pauta da 11ª Reunião desta Comissão, dia

07/04/2010.

07/04/2010 - CAS Comissão de Assuntos Sociais
Reunida a Comissão nesta data, lido o Relatório do Senador Papaléo Paes, a discussão e a votação foram adiadas.

05/05/2010 - CAS Comissão de Assuntos Sociais
Juntei o Voto em Separado do Senador Roberto Cavalcanti que conclui pela rejeição do **Projeto** . Matéria incluída na pauta da Comissão.

Editor	Câmara dos Deputados
Indexação	GARANTIA, ATLETAS, ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, SAÚDE BUCAL, RESPONSABILIDADE, ENTIDADE DE PRÁTICA DESPORTIVA, CLUBE, PREVENÇÃO, PRIMEIROS SOCORROS, ACIDENTES, DENTES, OBRIGATORIEDADE, PRESENÇA, DENTISTA, COMPETIÇÃO ESPORTIVA.
Idioma	por
Formato	text/xml
Código	94.355

FONTE: Página Oficial do Senado, Disponível em:
<<http://www6.senado.gov.br/sicon/index.jsp>> Acesso
07/09/2010