

**O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO
ESPORTIVO:
CONHECENDO AS BASES PARA UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR**

Ana Clara Loch Padilha



**Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Odontologia**

ANA CLARA LOCH PADILHA

**O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO
ESPORTIVO: CONHECENDO AS BASES PARA UM TRABALHO
INTERDISCIPLINAR**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Odontologia da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Odontologia, na
área de Odontologia em Saúde Coletiva.**

**Orientadora: Prof.^a Dra. Daniela Lemos
Carcereri**

FLORIANÓPOLIS

2015

Esta dissertação é carinhosamente dedicada
aos **meus pais** e à **minha irmã** que sabem
que são os verdadeiros mestres.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais **Ênio Padilha e Áurea Loch** e minha irmã **Maria Helena**, que durante toda a minha formação participaram de forma tão ativa, dedicada e carinhosa que por esta razão são tão dentistas quanto eu!

A Professora **Daniela Lemos Carcereri**, minha orientadora acadêmica e de vida, que com muita generosidade abriu as portas para esta linha de pesquisa no Programa de Pós-Graduação e no curso de Graduação e, ajudou, esclareceu e guiou este trabalho em todas as suas etapas.

Agradeço aos **professores da banca examinadora, Cassiano Rech, Claudio Amante, Eli Namba e Rodrigo Moretti**, escolhidos com muito cuidado, prezando pelo seu profissionalismo e pelas contribuições com esta dissertação.

Agradeço muito especialmente à minha tia querida **Lúcia Maria, (Popy)**, pela hospitalidade e acolhimento, e por acompanhar todo o processo da dissertação com muito carinho.

A **Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação de Odontologia** por todas as oportunidades e principalmente pela formação em um dos melhores e mais bem conceituados programas de pós-graduação do país.

Aos **professores, alunos e funcionários do curso de Pós-Graduação em Odontologia**, em especial à **Ana Maria Frandolozo**, por sua incansável dedicação, mas também os dos

cursos de **Medicina, Fonoaudiologia, Psicologia, Farmácia, Nutrição, Educação Física e Enfermagem**, todos contribuintes direta ou indiretamente na minha formação.

Agradeço às **Fundações Municipais de Esportes de Florianópolis e Blumenau e seus funcionários e atletas** pela participação e colaboração neste trabalho.

Agradeço, com muito carinho às amigas e colegas de profissão **Ana Paula Haisi Klita e Thaís Rockenbach Gobbi** que acompanharam este trabalho de perto, me ajudaram diretamente na confecção deste e comemoraram comigo cada pequeno passo;

Aos alunos de graduação em Odontologia **Rúbia Seifert, Karina Pires, Miguel Nora, Bruno Coelho e Mateus Pereira** pelo interesse na Odontologia do Esporte e desempenho incansável em ajudar esta área a crescer cada vez mais e melhor.

Agradeço ao **Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Interdisciplinaridade, Educação e Saúde (GIS) e seus membros**, pelos ensinamentos, pela compreensão e pelo trabalho em equipe.

Gostaria de agradecer também a **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo financiamento desta pesquisa.

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.

“(...) sacrificio vem do latim, era uma combinação das palavras *sacrum* e *facere*. Juntas, significavam o fazer sagrado. O ofício sagrado. Arrematou dizendo que era assim que encarava o esporte, que jamais devia ser visto como tortura, mas como uma missão, uma relação de amor.”

Gustavo Kuerten, citando seu técnico Larri Passos, Guga: Um brasileiro
(2014)

RESUMO

Objetivo: Conhecer o discurso de um coletivo quanto à compreensão da odontologia do esporte (OE) e as possibilidades de inserção do cirurgião-dentista (CD) no contexto esportivo foi o objetivo deste estudo. **Metodologia:** Foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sedimentada na teoria das Representações Sociais (RS). Participaram do estudo duas fundações de esportes e a amostra, intencional, foi constituída por 5 dirigentes responsáveis pelas fundações, 9 técnicos e 46 atletas. Os critérios de inclusão exigiam que as fundações fossem de relevância destacada no cenário esportivo estadual, utilizando como parâmetro os campeões dos últimos dez anos da competição estadual mais importante: Jogos Abertos de Santa Catarina (JASC). Com o auxílio do *software* Qualiquantisoft o DSC foi elaborado e a análise dos resultados obtidos fundamentou-se no marco teórico da interdisciplinaridade. **Resultados:** O DSC estruturou-se em sete ideias centrais (IC), sendo a primeira sobre o conceito de saúde: A saúde é um processo global e o CD/Odontologia é também importante nesse processo; já a segunda sobre a saúde do atleta de alto rendimento, a terceira sobre o trabalho do profissional da saúde no esporte, a quarta IC sobre o local de trabalho dos profissionais da saúde esportiva: este seria mais bem aproveitado se realizado dentro do local de treino para agilizar a recuperação e evitar faltas; a quinta sobre as ações do CD no esporte: o CD poderia desenvolver atividades de diagnóstico, tratamento curativo, prevenção e orientação, de forma multidisciplinar, integrado à um programa sólido de apoio ao esporte, porém enfrentaria algumas dificuldades inicialmente, principalmente relacionado à infraestrutura; a sexta sobre as dificuldades do atleta para manutenção da saúde bucal: o acompanhamento da saúde bucal é favorável, pois os atletas podem não procurar o CD pela onerosidade do tratamento e por que não representar uma prioridade; e por fim, a sétima IC que fala sobre o trabalho do CD no esporte: a proximidade do CD com a comissão técnica traria melhorias ao trabalho, a prevenção ganharia importância, beneficiando o rendimento. **Conclusões:** A visão do coletivo sobre o trabalho do CD dentro do contexto esportivo é mais voltada à prevenção e orientações de saúde. O discurso considerou que a OE trará benefícios aos atletas como diminuição da ausência nos treinos e integralidade da atenção à saúde; que atletas de alto rendimento constituem uma população específica, que requer o acompanhamento de uma equipe de saúde interdisciplinar especializada para alcançar melhores resultados, incluindo o CD.

Palavras Chave: Comunicação Interdisciplinar, Equipe de Assistência ao Paciente, Prática Profissional, Medicina do Esporte

ABSTRACT

Objective: To know the speech of a collective understanding about the sport dentistry (SD) was the aim of this study. **Methods:** We used the technique of the Collective Subject Discourse (CSD), settled in the theory of social representations (SR). The study included two foundations of sports and the sample, intentional, comprised 5 leaders responsible for these institutions, 9 coaches and 46 athletes. Inclusion criteria required that the foundations are of outstanding importance in the state sports scene, using as parameter the champions of the last ten years of the most important state competition: Games of Santa Catarina. With Qualiquantisoft software the CSD was prepared and the analysis of the results was based on the theoretical framework of interdisciplinarity. **Results:** The DSC was structured in seven central ideas (CI): CI 1: The concept of health: Health is a global process and the dentist / Dentistry is also important in this process; CI 2: The health of the high-performance athlete: the athletes belong to a sphere of the population that requires special care and requires trained health professionals to deal with these; CI 3: The health professional work in sport: this is often incipient and without bond, based on agreements and specific contracts; CI 4: The workplace of sports health professionals: it would be better used if performed within the training ground to speed recovery and prevent shortages; CI 5: Dentists actions in sport: the dentist could develop diagnostic activities, curative treatment, prevention and guidance, multidisciplinary, integrated with a robust program of support for the sport, but would face some difficulties initially, mainly related to infrastructure ; CI 6: Athlete difficulties in oral health maintenance: monitoring of oral health is favorable, since the athletes can not search the dentist for the burden of treatment and why not be a priority; CI 7: The dentist work in sport: the proximity of the dentist with the coaching staff would bring improvements to the work, prevention gain importance, benefiting income. **Conclusions:** The vision of the collective on the dentist work within the sporting context is more focused on prevention and health guidelines. The speech held that the SD will bring benefits to athletes as decreased absence in practice and completeness of health care; that high performance athletes are a specific population, which requires the monitoring of a specialized interdisciplinary team of health to achieve better results, including the dentist.

Keywords: Interdisciplinary Communication, Patient Care Team, Professional Practice, Sports Medicine

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Fundações Municipais de Esportes campeãs e vice-campeãs do JASC no período de 2000 a 2011.....43

TABELA 2. Descrição dos sujeitos de estudo. Quantidade de participantes por fundação municipal.....44

TABELA 3. Modalidades mais vezes campeãs em cada fundação de 2009 a 2011.....46

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. A necessidade e o desejo pela multidisciplinaridade da saúde no esporte evidenciada no DSC 76
- Figura 2. Inserção do atleta na dimensão multifacetada do esporte, que possui suas vertentes complementares, entre elas a esfera da saúde, onde a Odontologia se encontra..... 79

LISTA DE DIAGRAMAS

| | |
|--|----|
| Diagrama 1. Classificação dos Esportes de acordo com características que diferenciam a demanda odontológica | 45 |
| Diagrama 1 do Artigo. Conjunto de DSC que relata a onerosidade e morosidade do serviço odontológico ofertado, como uma dificuldade para o atleta..... | 65 |
| Diagrama 2 do Artigo. Conjunto de DSC indicando a falta nos treinos como sendo um dos principais motivos apresentados para justificar a presença do profissional diretamente no local de treino e no acompanhamento de competições | 68 |
| Diagrama 3 do Artigo. DSC enfatizando a necessidade maior de prevenção e orientação em saúde | 70 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

CAQDAS – Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software

CD – Cirurgião-Dentista

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COI – Comitê Olímpico Internacional

CONFED- Conselho Federal de Educação Física

CRO – Conselho Regional de Odontologia

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ECH- Expressão-Chave

FESPORTE – Fundação de Esportes de Santa Catarina

FIFA – Fédération Internationale de Football Association

IC – Ideia Central

JASC – Jogos Abertos de Santa Catarina

OE – Odontologia do Esporte

PSF – Programa Saúde da Família

RS – Representação Social

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE IDEIAS CENTRAIS

- IC 1: O conceito de saúde: A saúde é um processo global e o CD/Odontologia é também importante nesse processo..... 51
- IC 2: A saúde do atleta de alto rendimento: os atletas pertencem a uma esfera da população que exige cuidados diferenciados e necessita de profissionais da saúde capacitados para lidar com essas.....52
- IC 3: O trabalho do profissional da saúde no esporte: este é muitas vezes incipiente e sem vínculo, baseado em convênios e contratos pontuais.....55
- IC 4: O local de trabalho dos profissionais da saúde esportiva: este seria mais bem aproveitado se realizado dentro do local de treino para agilizar a recuperação e evitar faltas.....57
- IC 5: Ações do CD no esporte: o CD poderia desenvolver atividades de diagnóstico, tratamento curativo, prevenção e orientação, de forma multidisciplinar, integrado à um programa sólido de apoio ao esporte, porém enfrentaria algumas dificuldades inicialmente, principalmente relacionado à infraestrutura.....58
- IC 6: Dificuldades do atleta para manutenção da saúde bucal: o acompanhamento da saúde bucal é favorável, pois os atletas podem não procurar o CD pela onerosidade do tratamento e por que não representar uma prioridade.....60
- IC 7: O trabalho do CD no esporte: a proximidade do profissional CD com a comissão técnica traria melhorias ao trabalho, a prevenção ganharia importância, beneficiando o rendimento.....62

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 1.1 | OBJETIVOS..... | 19 |
| | OBJETIVO | 19 |
| 1.1.2 | GERAL..... | |
| 1.1.3 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 20 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 21 |
| | O ESPORTE COMO POLÍTICA PÚBLICA EM BENEFÍCIO | 21 |
| 2.1 | DA SAÚDE..... | |
| | A INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO DE | |
| | PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO | |
| 2.2 | ESPORTIVO..... | 23 |
| 2.3 | O ESPORTE E A ODONTOLOGIA..... | 27 |
| 2.4 | A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ODONTOLOGIA..... | 35 |
| 3 | MATERIAL E MÉTODO..... | 40 |
| 3.1 | FUNDAMENTANDO O TRABALHO DE CAMPO..... | 41 |
| | QUESTÕES | 42 |
| 3.2 | ÉTICAS..... | |
| 3.3 | POPULAÇÃO DO ESTUDO..... | 43 |
| | ESCOLHA DAS MODALIDADES DOS | 44 |
| 3.3.1 | ENTREVISTADOS.. | |
| 3.4 | ELABORAÇÃO DO ROTEIRO DE PERGUNTAS..... | 46 |

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| 3.5 | APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA..... | 47 |
| 3.6 | PROTOCOLO DE PESQUISA..... | 48 |
| 3.7 | REGISTRO, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 48 |
| 4 | ANÁLISE DOS RESULTADOS..... | 50 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 85 |
| REFERÊNCIAS | | 89 |
| APÊNDICE A | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 97 |
| APÊNDICE B | INSTRUMENTO DE PESQUISA..... | 99 |

1. INTRODUÇÃO

O campo da Saúde Esportiva tem crescido e se organizado em decorrência do aumento do número de participantes em atividades físicas amadoras ou profissionais em nossa sociedade. A Constituição Federal (BRASIL, 1988) capítulo III, seção III, responsabiliza o Estado no atendimento ao direito ao esporte como estratégia para prevenção de doenças crônicas, representando a visão do Estado brasileiro sobre a relação esporte e saúde.

Competições esportivas tem significativo impacto no cotidiano (RATTON; MORAIS, 2011) e por esta razão ponderam-se as variáveis que afetam os resultados dessas competições e, sem dúvida alguma, a saúde é uma dessas variáveis (MEYER, 1999).

Dentre os diversos conceitos sobre esporte ou desporto, um conceito de referência está descrito na resolução do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) de 2002, que conceitua o esporte como: “atividade competitiva, institucionalizada, realizado conforme técnicas, habilidades e objetivos definidos pelas modalidades desportivas, determinado por regras preestabelecidas que lhe dá forma, significado e identidade, podendo também, ser praticado com liberdade e finalidade lúdica estabelecida por seus praticantes, realizado em ambiente diferenciado, inclusive na natureza (jogos: da natureza, radicais, orientação, aventura e outros). A atividade esportiva aplica-se, ainda, na promoção da saúde e em âmbito educacional de acordo com diagnóstico e/ou conhecimento especializado, em complementação a interesses voluntários e/ ou organização comunitária de indivíduos e grupos não especializados” e que será utilizado neste documento.

O interesse para que o desempenho físico seja aprimorado é uma realidade em várias conjunturas. O contexto esportivo atual evoluiu do “importante é competir”, ideal cunhado pelo Barão de Coubertin, idealizador do renascimento dos Jogos Olímpicos da era Moderna, para a supervalorização da vitória nestas competições. E a esta vitória pressupõe-se estar intimamente relacionados vários fatores, extrínsecos ou intrínsecos.

O esporte como potencializador das performances humanas, situação específica dos atletas de alto rendimento, atrai muitas discussões na literatura sobre a relação entre esse tipo de atividade e a saúde propriamente dita (BARROS et al., 2005; BATRA; BALAJI, 2012). Os autores Speed e Jaques(2011), consideram que a manutenção da saúde seja pré-requisito para o desempenho da profissão do atleta de alto nível e, sendo a saúde bucal parte importante de todo esse conjunto, é desejável que seja incluída nesse âmbito (ROSA et al., 1999; RANALLI, 2002; PICCININNI; FASEL, 2005; GAY-ESCODA et al., 2011).

Neste contexto, dentro da Odontologia uma movimentação iniciou-se, com maior proporção a partir dos anos 2000, para a sedimentação de uma nova

área, a Odontologia do Esporte (OE), visando atender a esta demanda crescente e desassistida da população. A Odontologia do Esporte visa formar cirurgiões dentistas com pensamento esportivo e devidamente capacitados para promover o cuidado da saúde bucal colaborando para manter ou melhorar o rendimento físico dos atletas (BASTIDA et al., 2010; GAY-ESCODA et al., 2011).

A OE ainda é incipiente no país, porém experimenta um crescimento veloz, o que pode ser constatado pelo recente reconhecimento da área como especialidade pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), e pelo número crescente de publicações científicas a partir de 2000, evidenciando um alcance de espaço no meio acadêmico, profissional e na mídia (COELHO et al., 2014).

Um espaço importante foi conquistado em 2006 com o acordo de Cooperação Técnica entre o Ministério do Esporte e da Saúde, para levar ações de saúde bucal, segurança alimentar e nutricional às crianças e adolescentes beneficiados pelo Programa Segundo Tempo, pois ele reitera a visão integradora saúde bucal-esporte (MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2003).

Porém, por ser uma área em pleno avanço científico e buscando por sedimentação e afirmação, as pesquisas a partir da saúde coletiva fazem-se necessárias com vistas a avançar na produção do conhecimento que atualmente tem priorizado relato de casos clínicos (LÓPEZ DEL VALLE et al.; KUMAMOTO et al., 1997; RANALLI, 2002; GLASS et al., 2007; VOUGIOUKLAKIS et al., 2008; NEWSOME et al., 2010).

Para a Odontologia consolidar-se nesse novo espaço são indispensáveis pesquisas buscando compreender o papel do cirurgião-dentista nesse contexto e quais as suas atribuições, do ponto de vista de quem vivencia o cotidiano do esporte, neste caso, os desportistas, técnicos e os dirigentes.

Para atingir estes objetivos uma revisão de literatura prévia foi realizada contemplando tópicos como o esporte utilizado como política pública em benefício da saúde, o processo de trabalho interdisciplinar dos profissionais da saúde junto aos atletas, o trabalho da odontologia no contexto esportivo e a representação social da odontologia, uma vez que vamos estudar a representação social desta ciência em um contexto específico, portanto é importante entender como ela se estabelece na sociedade em geral.

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 (CORREA et al., 2012) e a uma maior atenção aos cuidados de higiene bucal e acesso ao atendimento odontológico (RANALLI, 2002; CORREA et al., 2010).

Porém existe uma lacuna nas publicações científicas quanto à busca pelos reais motivos da falta de participação da Odontologia de maneira mais constante (GAY-ESCODA et al., 2011; CORREA et al., 2012) e incisiva no contexto esportivo e que esse estudo objetiva compreender.

Este estudo vem preencher esta lacuna ao envolver instituições esportivas, bem como seu público constituente, buscando a representação social deste coletivo quanto às potencialidades e possibilidades do trabalho do cirurgião-dentista (CD) no contexto esportivo.

O presente estudo justifica-se por buscar esse desenvolvimento científico em prol da saúde do atleta e também por auxiliar a OE a sedimentar-se como nova área de estudo agregando a visão da saúde coletiva.

Nesta pesquisa o modelo de entrevista pessoal foi utilizado como recurso na coleta das manifestações que compuseram o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): as várias manifestações dos diferentes sujeitos que compõem o coletivo esportivo sintonizados como sendo o discurso de um único indivíduo, expressando a representação social deste coletivo em relação aos objetos apresentados.

Por meio de um olhar interpretativo sobre os dados levantados a respeito da representação social da inserção do CD na equipe de saúde que atende o contexto esportivo de alto rendimento, pretende-se gerar material empírico e trazer subsídios para inclusão da Odontologia no esporte. O estudo contribui para o aperfeiçoamento da política de integração entre a saúde e o esporte agregando as especificidades do campo da saúde bucal.

O presente documento está organizado em cinco capítulos. Os objetivos deste trabalho são apresentados ainda no primeiro capítulo, que corresponde à introdução. No segundo capítulo, uma revisão de literatura dividida em quatro seções é apresentada ao leitor, contemplando temas como o esporte como política pública em benefício da saúde, a interdisciplinaridade no trabalho de profissionais da saúde no contexto esportivo, a relação entre o esporte e a odontologia e por fim, a representação social da odontologia. Estes temas buscam contextualizar o leitor em relação ao problema de pesquisa que será abordado.

O terceiro capítulo apresenta o percurso teórico-metodológico utilizado para a realização dessa dissertação sendo que os resultados e a análise destes são apresentados em forma de artigo científico no capítulo quatro. Finaliza-se este documento com as considerações finais, limitações e sugestões para novos estudos, no quinto capítulo e as referências.

1.1 OBJETIVOS

1.1.2 OBJETIVO GERAL:

- Conhecer as ideias que permeiam a compreensão da odontologia do esporte em um coletivo esportivo no estado de Santa Catarina - Brasil.

1.1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desvelar as potencialidades do trabalho do cirurgião-dentista no contexto esportivo.

-Compreender os benefícios e dificuldades da implantação da odontologia no esporte, do ponto de vista do coletivo desportista.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ESPORTE COMO POLÍTICA PÚBLICA EM BENEFÍCIO DA SAÚDE

Nos últimos anos as condições de vida e de saúde no Brasil evoluíram favoravelmente, não só em termos gerais para o país, como também na direção da diminuição dos diferenciais inter-regionais (WALDMAN, 2012), o que consequentemente contribuiu por elevar a expectativa de vida da população (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000).

Existem vários estudos na literatura relacionando o exercício físico com benefícios para a saúde (CARVALHO et al., 1996; ALVES et al., 2004; CIOLAC; GUIMARÃES, 2004), e baseado nisso entende-se que o ato de exercitar-se precisa estar incorporado não somente ao cotidiano das pessoas, mas também à cultura popular, bem como aos tratamentos médicos, ao planejamento da família e à educação infantil. Essa necessidade se dá por diferentes fatores: do fator social, quando se proporciona ao homem o direito de estar ativo fisicamente em grupo, promovendo inclusão social, ao fator econômico, quando se constata que os custos com saúde individual e coletiva caem em populações fisicamente ativas (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000).

Sobre a prática física no então Programa de Saúde da Família (PSF), os gestores de uma regional de saúde do estado do Paraná a identificaram como uma estratégia de prevenção de doenças crônicas, em especial diabetes, obesidade e hipertensão. Na perspectiva de se aproximar de um conceito mais ampliado de promoção da saúde, os gestores ressaltaram que a atividade física inserida no PSF poderia trazer outros benefícios além dos biológicos, tais como: desenvolvimento da autonomia para realização dos afazeres do dia-a-dia, melhoria do convívio social, interferência em situações de risco social, educação em saúde e como opção de lazer, no entanto, ainda de forma incipiente(COUTINHO, 2005).

Considerando esses fatores e devido às novas configurações das cidades e as demandas advindas da população, bem como a relevância alcançada pelo lazer e esporte, desde 1988 estes passam a fazer parte das agendas políticas municipais. Isto se deveu à promulgação da Constituição Federal, que previu a responsabilização do Estado no atendimento a esse direito(BRASIL, 1988). Esporte e lazer, nas dimensões de experiência prática e contemplativa, geram ações do Estado, como por exemplo as leis de incentivo ao esporte (BORGES; TONINI, 2012). Seguradoras investem em programas de saúde preventiva para reduzir os gastos com tratamento, inclusive proporcionando acesso gratuito a academias, para clientes com risco comprovado devido a hábitos sedentários (MOURA, 2004).

A Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte recomenda que os profissionais da saúde combatam o sedentarismo incluindo na anamnese questões específicas sobre a atividade física regular do paciente, estimulando essa atividade. Também recomendam que os governos considerem a atividade física como uma questão de saúde pública, e que as entidades profissionais e científicas e os meios de comunicação contribuam para a redução do sedentarismo e massificação da prática orientada de exercícios físicos regulares (CARVALHO et al., 1996).

Estudos concluem que 30 minutos de atividades aeróbicas de intensidade moderada realizadas pelo menos 3 vezes na semana já propiciam benefícios à saúde (NAHAS, 2001; PINTO, 2003) e podem ser consideradas atividades físicas realizadas de forma regular.

Muitos programas direcionados a aumentar o envolvimento das pessoas na prática de atividade física de forma regular têm sido realizados em momentos pontuais, sob a forma de campanhas de massa (por exemplo, Dia do Desafio, Agita Mundo, Arena da Saúde, entre outros), difundindo informações, mas não tendo uma continuidade como ação de caráter permanente (COUTINHO, 2005).

A máxima “Esporte é Saúde” bastante disseminada no meio popular, é uma relação que pode aparentar ser uma verdade absoluta, quando nem sempre é. O entendimento de promoção da saúde nesse aspecto está mais ligado à uma visão limitada do processo saúde-doença, pautado no conceito de saúde como ausência de doenças. Publicações mais recentes buscam relacionar conceitos como Esporte, Saúde e Qualidade de vida, debatendo e refletindo sobre essa relação com uma visão mais ampliada, abarcando aspectos sociais e psicológicos (BARRETO, 2003; COUTINHO, 2005).

A relação existente entre epidemiologia, atividade física, saúde e qualidade de vida, retrata evidências de componentes de ordem biopsicossocial, comportamentais e ambientais quando da prática sistemática de atividades físicas. A atividade física influencia na melhoria da eficiência do sistema imunológico e proporciona mudança de comportamento nos indivíduos, contribuindo para a redução de diversos agravos à saúde (NAHAS, 2001; PITANGA, 2004).

Quando se extrapolam esses conceitos para o esporte de alto rendimento, porém, temos um conflito quanto a real busca pela qualidade de vida através da atividade física. Como o esporte é também a profissão destes atletas, e não apenas uma atividade de lazer, eles precisam conviver com muitas limitações, restrições e em muitos momentos com dores e incômodos constantes.

Embora a situação específica dos atletas de alto rendimento (o esporte como potencializador das performances humanas) atraia muitas discussões sobre a relação entre esse tipo de atividade e a saúde propriamente dita (BARROS et al., 2005; BATRA; BALAJI, 2012) é considerado que ao atleta de alto nível a manutenção da saúde seja pré-requisito para o desempenho de sua profissão (SPEED; JQUES, 2011) e sendo a saúde bucal parte importante de todo esse

conjunto, não pode ser preterida nesse âmbito (ROSA et al., 1999; RANALLI, 2002; PICCININNI; FASEL, 2005; GAY-ESCODA et al., 2011).

2.2 A INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO ESPORTIVO

A partir da regulamentação da profissão de Educação Física, datada de 1998, o CONFEF, por meio da resolução no 046/2002, dispôs sobre a ação do Profissional de Educação Física. Este documento trata também de algumas conceituações de terminologias utilizadas atualmente pelos conselhos como, por exemplo, o conceito de “Esporte/Desporto. Segundo o documento “esporte ou desporto é uma “atividade competitiva, institucionalizada, realizado conforme técnicas, habilidades e objetivos definidos pelas modalidades desportivas, determinado por regras preestabelecidas que lhe dá forma, significado e identidade, podendo também, ser praticado com liberdade e finalidade lúdica estabelecida por seus praticantes, realizado em ambiente diferenciado, inclusive na natureza (jogos: da natureza, radicais, orientação, aventura e outros). A atividade esportiva aplica-se, ainda, na promoção da saúde e em âmbito educacional de acordo com diagnóstico e/ou conhecimento especializado, em complementação a interesses voluntários e/ ou organização comunitária de indivíduos e grupos não especializados”(CONFEF, 2002).

O esporte de rendimento baseia-se exclusivamente na obtenção de melhores resultados. O esporte de reabilitação direciona-se às pessoas deficientes ou com alguma seqüela de acidentes. O esporte de lazer é dedicado à prática da atividade física, como promoção da saúde. O esporte de espetáculo traduz a beleza de agregação do esporte, levando milhares de pessoas aos campos, estádios ou ginásios. O esporte escolar está diretamente relacionado aos conteúdos da Educação Física, que é tratada no ambiente escolar como as outras disciplinas fazendo parte da estrutura curricular do ensino (COUTO et al., 2004).

Tubino em 1984 relacionou cinco princípios do Treinamento Esportivo (Princípio da Individualidade Biológica, O Princípio da Adaptação, O Princípio da Sobrecarga, O Princípio da Continuidade, O Princípio da Interdependência Volume-Intensidade) e, a esses cinco primeiros, um princípio proposto por Dantas em 1995 (O Princípio da Especificidade) e outros dois propostos por Costa em 1996(Princípio da Variabilidade e O Princípio da Saúde) foram adicionados, constatando a inter-relação entre todos esses princípios para o treinamento. O oitavo princípio, proposto por Costa, o Princípio da Saúde, 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 (LUSSAC, 2008).

O trabalho do profissional da saúde inserido no contexto esportivo aconteceu e acontece ainda muitas vezes, de forma pluridisciplinar (HERNANDEZ, 2012).

A multidisciplinaridade indica uma execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação. Na pluridisciplinaridade haveria um núcleo comum, já aparecendo uma relação, com certo grau de colaboração, mas sem uma ordenação; haveria um toque, um tangenciamento entre as disciplinas. Estas duas terminologias são frequentemente colocadas como sinônimos, o que necessariamente não se constituiria um erro (JAPIASSU, 1976; PERINI; PAIXÃO; RODRIGUES, 2001; SAUPE et al., 2005).

Numa relação pluridisciplinar um paciente com síndrome da respiração bucal poderá primariamente ser atendido pelo médico, que pode encaminhar para otorrinolaringologista que, uma vez verificadas as condições de palato e oclusão, encaminha o paciente ao ortodontista e ao fonoaudiólogo. Numa perspectiva interdisciplinar a abordagem do problema seria vista conjuntamente, bem como a busca de soluções para resolvê-lo (SAUPE et al., 2005).

Ao se tratar da saúde de um atleta a separação do tratamento em disciplinas isoladas torna-se inviável na prática, pois cada intervenção pode afetar a função de outro sistema. O atleta exacerba as relações sistêmicas humanas por utilizar o próprio corpo como instrumento de trabalho e por essa razão necessita de atenção à saúde pensada de forma global (HOLLMAN; HETTINGER, 2005).

Dentre os profissionais da saúde que estão geralmente presentes em uma delegação estão o médico, o enfermeiro, o massagista, nutricionista, fisioterapeuta (PINI, 1983). Considera-se que a formação de uma comissão técnica em uma delegação depende muito da modalidade, mas que a presença de um treinador, um psicólogo e um preparador físico são imprescindíveis. A psicologia, assim como a odontologia do esporte, está ganhando espaço no meio esportivo e conquistando a confiança dos demais profissionais através do seu trabalho e resultados (LIMA, 2002). Os efeitos psicológicos da prática da atividade física na infância, na vida adulta e na terceira idade, e a sua atenção, não são desprezíveis antes, durante e depois do período competitivo. Outro exemplo de área afim é a assistência social, que cumpre papel relevante, particularmente nas classes sociais menos favorecidas, onde a atividade física e o esporte podem ser a diferença entre a criminalidade e a inclusão social (HERNANDEZ, 2012).

Neste contexto multidisciplinar, a nutrição voltada à saúde ou para a melhora do desempenho faz parte da atenção global da população em geral e de atletas. Está claro que a orientação nutricional é inerente a qualquer atenção clínica, mas, quando vinculada à promoção da atividade física, é mais eficiente e promove maior adesão ao controle nutricional. No esporte de alto desempenho a

suplementação nutricional é desejável e a utilização de recursos ergogênicos lícitos e seguros, uma necessidade (FAVANO et al., 2006; HERNANDEZ et al., 2009).

A enfermagem também tem papel relevante em todos os setores mencionados e a integração entre todos esses profissionais é de grande relevância para a atenção global à comunidade, e aos atletas (HERNANDEZ, 2012).

Destaca-se também como necessária a 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 (SILVA; PAULI; GOBATTO, 2006).

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; PAULI; GOBATTO, 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.

O trabalho do médico parece já estar bastante sedimentado no contexto esportivo e este profissional é valorizado por atletas e colegas. Pini (1983) relata que dentre as razões para a significativa melhora do rendimento esportivo que estamos presenciando nos últimos tempos, como a progressiva evolução tecnológica e científica, destaca-se o trabalho do médico especializado em Medicina Esportiva, através do trabalho que desempenha na delegação, particularmente o que desenvolve junto ao atleta nos períodos pré-competição e durante. Destaca-se a colaboração que se estabelece entre médico e técnico esportivo, para melhor aproveitamento do potencial psicofísico dos atletas e a união destes profissionais, como partes integrantes de um mesmo sistema, unindo seus conhecimentos especializados, suas experiências pessoais e seus esforços, para que sejam revelados através do desempenho do atleta. O autor conclui que é precisamente sobre essa colaboração recíproca que se baseia a grande possibilidade

de se alcançar o máximo rendimento de um atleta, ou de uma equipe de atletas, sem se acarretar danos à sua saúde (PINI, 1983).

Em exames admissionais ou, após a convocação para determinada competição, feita com antecedência, o trabalho preconizado em relação à saúde do atleta é restritamente médico, que seleciona o atleta fisicamente, do ponto de vista da sua saúde dinâmica. Geralmente o exame odontológico acontece, mas realizado pelo médico da delegação. As várias fases do preparo são acompanhadas de perto pelo médico através de reavaliações laboratoriais. Considera-se que a medicina do esporte é de natureza médica interdisciplinar, onde sua prática é estabelecida sobre inúmeras disciplinas médicas como a medicina interna, pediatria, geriatria, ginecologia, ortopedia e traumatologia, neurologia e psiquiatria, farmacologia clínica, bioquímica e fisiologia do rendimento (PINI, 1983; HOLLMAN; HETTINGER, 2005)

Porém, o trabalho interdisciplinar ou transdisciplinar da saúde no âmbito esportivo não se resume ao trabalho médico ou interdisciplinar médico. Para tanto, considera-se urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde [...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe (COSTA, 2000).

A interdisciplinaridade pode ser caracterizada como a possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando as bases disciplinares específicas. Refere-se à transdisciplinaridade como trabalho coletivo que compartilha “estruturas conceituais, construindo juntos, teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns” (PERINI; PAIXÃO; RODRIGUES, 2001). Neste caso a disciplina em si perde seu sentido e não há limites precisos nas identidades disciplinares (SAUPE et al., 2005).

Entre profissionais da saúde a interdisciplinaridade é sedimentada sobre a prática do exercício da tolerância. Significa permeabilizar o discurso de um profissional com o discurso do outro membro da equipe e entender que as contribuições teórico-práticas de outros coletivos de pensamento constituem elementos de uma construção coletiva. As limitações de cada disciplina tem que ser entendidas e respeitadas. Entender que as competências específicas do médico, do enfermeiro, do cirurgião-dentista são limitadas, porém estas mesmas limitações podem se tornar substrato na justificativa interdisciplinar. A própria condição da complexidade do objeto saúde/doença imprime em cada coletivo de pensamento a consciência de suas limitações; por outro lado, é exatamente nesta complexidade que emerge a possibilidade do trabalho em equipe. O respeito às limitações não pode ser “limitante”, mas uma alavanca para o trabalho cooperativo (SAUPE et al., 2005).

A proposta da interdisciplinaridade atua estabelecendo um novo sentido de relacionar saberes e de como realizar a articulação da aprendizagem individual com conteúdos de diferentes disciplinas. Podemos caracterizar a interdisciplinaridade como um intercâmbio, uma troca de “saberes com vista à complementaridade do conhecimento, para melhor explicar os fenômenos na sua totalidade”(COUTO et al., 2004).

Na perspectiva contemporânea, a interdisciplinaridade contempla: o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a consequente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde(SAUPE et al., 2005).

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 e preparados para resolver essas situações(BARBERINI et al., 2002).

2.3 O ESPORTE E A ODONTOLOGIA

O esporte e os eventos esportivos em suas diferentes magnitudes possuem significativo impacto no cotidiano(RATTON; MORAIS, 2011) e por esta razão recomenda-se ponderar as variáveis que afetam os resultados dessas competições e, sem dúvida alguma, a saúde esta inserida nessas variáveis (MEYER, 1999). Nesse contexto a Odontologia é inserida, pois a saúde bucal é uma parte importante da manutenção da saúde geral do indivíduo (ROSA et al., 1999; RANALLI, 2002; PICCININNI; FASEL, 2005; GAY-ESCODA et al., 2011).

Dentro da Odontologia então, propõe-se uma nova área: a Odontologia do Esporte, visando proporcionar ao atleta cirurgiões-dentistas com pensamento esportivo que, a fim de manter ou melhorar o rendimento físico de um atleta, propõe a manutenção da saúde bucal, entendendo que entre os dois existe uma relação estreita (BASTIDA et al., 2010; GAY-ESCODA et al., 2011).

Entende-se que, saúde é um estado do indivíduo que não se pode substituir com “saúdes parciais” dos diversos órgãos ou sistemas. A saúde bucal, como estado de normalidade ou higidez da cavidade bucal, só tem significado quando integrada a uma visão holística da saúde (CHAVES, 1986). Desta forma, considera-se o conceito de saúde bucal como uma abstração útil com finalidade

didática e/ou classificatória, possuindo utilidade no auxílio entre especialistas e leigos. Porém essa abstração perde utilidade quando tanto cirurgiões-dentistas quanto profissionais de outras áreas da saúde a tratam como algo de fato separado (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A saúde bucal corresponde a condições biológicas e psicológicas que possibilitam ao ser humano exercer funções (mastigação, deglutição, fonação) e, pela dimensão estética inerente à anatomia da região, exercitar auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição. Essas condições então, devem corresponder à ausência de doença ativa e permitir ao indivíduo exercer suas funções de modo adequado que lhe permita se sentir bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

O esforço para se obter um corpo saudável e uma melhora na qualidade de vida está cada vez mais integrado as aspirações da sociedade. Concomitantemente, a consciência da importância da saúde bucal é crescente. Torna-se fundamental a conscientização e o emprego de estratégias com as seguintes finalidades: 1) prevenção de traumatismos dentários, 2) prevenção de repercussões sistêmicas conseqüentes de um inadequado padrão de higiene bucal e 3) motivação dos praticantes de atividades esportivas a frequentarem o consultório odontológico (RODRIGUES, 2005).

A literatura nos mostra que a odontologia aplicada ao esporte deve focar em estudar, revisar, prevenir e tratar o traumatismo bucofacial, manter uma boa manutenção da saúde bucal do atleta e difundir o conhecimento com a comunidade médica do esporte (GAY-ESCODA et al., 2011), sendo considerada inclusive como uma das disciplinas mais importantes a ser consideradas num grupo multidisciplinar de especialistas em saúde integrantes de um departamento médico em uma instituição esportiva (ROSA et al., 1999). Com importantes pesquisas sobre a função preventiva e de tratamento da odontologia a lesões traumáticas e a prevalência destas no campo esportivo (RANALLI, 2000; FERRARI; FERREIRA, 2002; ANDRADE et al., 2010) a área ainda carece de estudos que não se limitem a esse aspecto (ROSA et al., 1999).

A proposta da Odontologia do Esporte é oferecer aos atletas, profissionais ou não, cirurgiões-dentistas com visão esportiva e interdisciplinar, a fim de manter e/ou melhorar o seu rendimento através da manutenção da saúde bucal, prevenindo e/ou tratando possíveis lesões decorrentes das atividades esportivas, desde o primeiro atendimento no local até o tratamento e reabilitação do atleta (DAVIS, 1995; KONIS, 1995; FERREIRA, 1998; LEMOS; OLIVEIRA, 2007).

O pensamento interdisciplinar deste profissional também deve lhe dar consciência e conhecimento para que realize os encaminhamentos corretos ao perceber esta necessidade, por exemplo, se um paciente tiver um dente fraturado ou avulsionado, o cirurgião-dentista deve verificar o estado sistêmico total do

paciente, a possibilidade de haver ferimento na cabeça ou contusão e encaminhar ao médico apropriado antes do tratamento dentário (DAVIS, 1995; KONIS, 1995).

Análises sobre grau de conhecimento por parte dos atletas quanto a relação existente entre saúde bucal e saúde geral são escassas, mas existem alguns exemplos, como um estudo onde buscou-se 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 doenças pode causar problemas sistêmicos maiores podendo inclusive 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).

Atletas possuem fatores de risco específicos para várias doenças e injúrias bucodentárias como cárie, erosão e traumatismo, e o diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação dessas condições podem preservar a boa saúde bucal e geral desses indivíduos, evitando maiores complicações futuras, principalmente em momentos de competição (FOSTER, 2009).

A preocupação da odontologia quanto ao padrão de higiene bucal e as repercussões sistêmicas é crescente. A aspiração de secreções purulentas, exsudato e agentes etiológicos patogênicos de produtos sépticos e tóxicos que são resultado de bactérias e células humorais em decomposição juntamente com o ritmo respiratório ofegante do atleta, facilitam a penetração desses elementos na corrente sanguínea e pulmões, resultando em bacteremia e redução da capacidade respiratória por inflamação dos tecidos pulmonares(RODRIGUES, 2005).

Alguns casos relatados pela imprensa esportiva nacional e mundial apontam para a queda de produção, de rendimento e de performance, quando a saúde do jogador é afetada, o que também pode acontecer quando manifestações bucais que muitas vezes passam despercebidas, evoluem para casos críticos (LIMA, 2002a).

Para um atleta profissional, a saúde bucal poderá assumir contornos decisivos no seu condicionamento, rendimento e recuperação. Contudo, a debilitação física provocada pelas doenças bucais manifesta-se também nos atletas amadores. As consequências das doenças bucais em atletas são: 1) perda de desempenho e, conseqüentemente, do rendimento, 2) maior predisposição para contrair lesões físicas, 3) dificuldade agravada para a recuperação de lesões físicas, 4) diminuição da capacidade aeróbica, 5) estafa e fadiga precoce, 6) sub-aproveitamento dos alimentos ingeridos e 7) queda da auto-estima (SCAPINI, 2004).

Percebe-se uma focalização da Odontologia Preventiva quando o assunto é cárie dentária, e não se preocupando igualmente em evitar

traumatismos dentários e/ou em tecidos moles e de suporte, principalmente nos esportes (CANTO, 1999). A crença de que o traumatismo dentário resulta de “acidentes” ou “eventos aleatórios” tem contribuído para que o evento e sua prevenção sejam negligenciados. A etiologia do traumatismo dentário necessita ser mais bem estudada (ANTUNES; PERES, 2006).

No Brasil os estudos epidemiológicos sobre traumatismos buco-dentários relacionados ao esporte e condições de saúde bucal de atletas ainda são incipientes (CORREA et al., 2010). Em países desenvolvidos a realidade é um pouco diferente, a exemplo dos Estados Unidos da América, onde o próprio governo tem financiado pesquisas sobre este tema, enfatizando a necessidade de prevenir tais injúrias (BIJELLA, 1990), e da Irlanda, onde a Associação Atlética Gaélica, uma associação esportiva muito importante do país, tem apoiado o desenvolvimento de um banco de dados completo como uma plataforma para prevenção de lesões de seus atletas (BLAKE et al., 2014).

No momento da ocorrência de um traumatismo dentário a maior parte dos pais e alguns cirurgiões-dentistas tem dúvida sobre como proceder (WET, 1981). Por esta razão, a situação ideal é que, quando existe a possibilidade de um traumatismo dentário acontecer, haja uma equipe de cirurgiões-dentistas presente, pois um cirurgião-dentista pode facilmente pertencer a uma equipe e/ou um número de equipes, atuando como um profissional consultor, ajustando protetores bucais e assegurando que o traumatismo dentário ou outras enfermidades dentárias sejam tratadas (RODRIGUES, 2005).

Esta ideia já foi fomentada por Dreyer, em 1984, instituindo que o Cirurgião-Dentista especialista em Odontologia do Esporte possui a responsabilidade de fornecer aos treinadores e técnicos, informações sobre procedimentos de emergência/urgência em casos de traumatismos orofaciais e, principalmente, conscientizá-los sobre a prevenção destes acidentes através da orientação quanto ao uso de acessórios de segurança ideais para cada esporte (DREYER, 1984).

Traumatismos dentários com etiologia esportiva poderiam ser evitados se houvesse um esforço conjunto de pais, treinadores e cirurgiões-dentistas em incentivar e motivar os atletas a usarem os protetores bucais durante treinos e jogos (MCNUTT, 1989). Sendo que o uso de protetores bucais vai além da garantia de saúde e integridade dos atletas, visto que, estes dispositivos proporcionam também uma economia significativa para os clubes, federações e patrocinadores em relação aos tratamentos odontológicos e tempo de recuperação de atletas que permanecem afastados (JOLLY; MESSER; MANTON, 1995; MARSHALL et al., 2001; NEWSOME et al., 2010).

Sobre esse prejuízo causado por traumatismos ou lesões musculares, ósseas e articulares, que além de emocional, físico e psicológico, é também financeiro, discute-se o papel preventivo da odontologia do esporte e a economia que estas

atitudes geram. Quando discutidas no âmbito econômico, atitudes preventivas podem ganhar magnitude. A razão para a medicina preventiva é frequentemente defendida com bases econômicas. A má saúde dificulta a capacidade produtiva, e os custos atribuídos ao cuidado médico são caros e continuamente ascendentes; por isso, diz-se que a prevenção poupa dinheiro. Essa afirmação, porém, só pode ser considerada verdadeira em faixas específicas da vida produtiva de uma pessoa. Por exemplo, evitar o tabagismo é uma excelente medida preventiva, oferecendo uma perspectiva de uma vida mais longa e saudável, mas pode, como medida isolada, na verdade aumentar o número de ataques cardíacos. Os custos correspondentes são postergados, não evitados (ROSE, 2010).

Prevenção de doenças, traumatismos e lesões em jovens adultos, em contraste, é uma perda econômica lamentável: eles custaram muito para crescer e serem educados, e suas mortes, doenças e/ou lesões significam perda de muitos anos produtivos. Por isso, um investimento em prevenção de acidentes no trânsito, que envolvem particularmente adultos jovens, seria de fato economicamente vantajoso, bem como qualquer sucesso em prevenir a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (ROSE, 2010).

Nesse âmbito, a prevenção em saúde visando melhor capacidade produtiva no esporte pode ser discutida. O jogador de futebol português Cristiano Ronaldo representa para a seleção portuguesa 96 milhões dos 400 milhões de euros que a seleção vale, segundo avaliação do Diário Económico, África do Sul 2010. Segundo esta avaliação, caso o jogador não jogasse uma das partidas da Copa de 2010 cada patrocinador deixaria de pagar 400 mil euros. Valor que diminuiria para 150 mil euros caso o jogador ficasse apenas no banco (ECONOMICO, 2010). Entre as razões para um jogador deste nível não participar dos jogos encontram-se lesões e traumatismos. Percebe-se com este exemplo a economia, ou a diminuição de prejuízo, que o papel preventivo da saúde pode gerar no esporte.

O custo do tratamento de traumatismos dentários em esportes ainda não possui estudos que não sejam superficiais. Mas o custo da realização de um tratamento de emergência é alto. O tratamento endodôntico e protético por vezes necessários são geralmente responsáveis por essa onerosidade, e o acompanhamento desses pacientes aumentam ainda mais o custo (SCHEER, 2001).

A importância da prevenção no esporte ficou bastante evidenciada no relatório médico da Copa do Mundo de 2010, apresentado pela Fédération Internationale de Football Association (FIFA), mostrando que todas as equipes realizaram exames preventivos nos jogadores seguindo o protocolo recomendado pela comissão médica da FIFA, e durante os jogos foram registrados os menores índices de lesão por partida dentro de uma Copa do Mundo (média de 1,9 por jogo, contra 2,3 em 2006, 2,7 em 2002 e 2,4 em 1998 - primeiro ano deste tipo de análise). Com relação à causa das lesões, foi reduzido o número de lesões por

“jogo brusco” em comparação com as últimas Copas do Mundo, mas em compensação aumentaram o número de lesões sem contato físico (FIFA, 2010).

A falta de interesse ou preocupação com a Odontologia do Esporte faz com que o profissional perca a oportunidade de ampliar sua área de atuação, principalmente em clubes que possuem grandes patrocinadores (JOHNSEN, 1991). Outros autores concordam que a Odontologia do Esporte caracteriza-se como um novo campo de trabalho e de pesquisas, em constante expansão, podendo estar envolvida em diversos esportes e práticas corporais (OLIVEIRA, 2000; LEMOS; OLIVEIRA, 2007; LIMA, 2009). Nos últimos anos essa área tem experimentado um crescimento no Brasil e, mesmo não sendo uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia, algumas comissões de Odontologia Desportiva já se formaram na maioria dos conselhos regionais de odontologia (LIMA, 2009).

Porém, ainda existe espaço para discussão sobre o regime de trabalho destes profissionais. Em pesquisa com 33 atletas de Bauru, em 2005, em resposta a questão: “Quem cuida de seus dentes?” obtiveram-se os seguintes resultados: Cirurgião-Dentista particular (37%), Cirurgião-Dentista do serviço público (21%), Cirurgião-Dentista do clube (9%), Não vou ao Dentista (33%) e 9% não responderam a questão. Apesar dos clubes aos quais os atletas da pesquisa pertenciam não possuírem cirurgiões-dentistas em seu quadro de funcionários, 9% dos sujeitos da pesquisa responderam que o “Dentista do clube” cuida dos seus dentes, o que pode sugerir que a demanda está sendo suprida por funcionários terceirizados, vinculados ao clube (RODRIGUES, 2005). Resultados esses que corroboram com outros estudos, que também encontraram a terceirização do profissional, ou convênios odontológicos, como opção recorrente em clubes esportivos (PADILHA; RIBEIRO, 2012; CARNEIRO et al., 2014)

O futebol de campo é hoje o esporte mais popular no Brasil, porém a maioria dos clubes desconhece os benefícios que um cirurgião-dentista pode oferecer aos atletas, apenas 10 dos 42 grandes clubes nacionais mantinham consultório dentário em suas sedes até 1996. Como consequência, 67% dos 283 jogadores que passaram pela Granja Comary, centro de treinamentos da CBF em Teresópolis-RJ, no período de janeiro de 1992 a janeiro de 1996, apresentavam problemas bucais e apenas 51% possuíam todos os dentes e 47% possuíam distúrbios na ATM. Considerando que estes atletas estavam no mais alto nível que poderiam alcançar em seu país os autores concluíram que a falta de interesse dos clubes e dirigentes pela manutenção da saúde de seus atletas, provavelmente acontece devido à desinformação quanto a relação da saúde bucal com a saúde geral (ANDRADE, 1996).

Em 2014, 33 clubes dos 40 participantes das séries A e B do campeonato brasileiro foram entrevistados e destes, 23 relataram possuir consultório odontológico em suas sedes (CARNEIRO et al., 2014).

Em pesquisa realizada com técnicos de clubes de futebol profissionais concluiu-se que os 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. Porém, não consideram que a presença do cirurgião-dentista seja necessária na comissão técnica e sim como um profissional solicitado quando for constatada sua necessidade. Necessidade esta, determinada pelos atletas e técnicos, correndo o risco de ser caracterizada apenas em situações de emergência traduzindo-se a atenção à saúde num modelo médico-ambulatorial, ignorando as práticas preventivas e de promoção de saúde (PADILHA; RIBEIRO, 2012). Outro estudo semelhante e mais recente encontrou resultados diferentes, que demonstram que a maioria dos clubes de futebol brasileiros (33 entrevistados) consideram a presença do cirurgião-dentista na comissão técnica necessária (19 clubes) ou extremamente necessária (13 clubes). Resultados como estes demonstram a crescente importância construída pela odontologia do esporte no país, conquistando a consciência dos demais profissionais da saúde e atletas de que a saúde bucal é importante para seu desempenho físico (CARNEIRO et al., 2014).

Outra questão levantada na discussão sobre a necessidade de um profissional especializado no esporte ou não, é que a falta de conhecimento específico de um cirurgião-dentista não familiarizado com as especificidades do tratamento odontológico relacionado ao esporte pode causar alguns problemas, como casos de doping positivo, por exemplo, gerando um prejuízo incalculável para a carreira de um atleta (FERREIRA, 1998; MELLO; FLÓRIO, 2010).

Segundo o professor Alexandre Fonseca Barberini (SANTOS, 2013), o dentista do esporte deve:

- a) Realizar avaliações de saúde bucal pré-contratual, pré-participação e pós-participação, obedecendo sempre o calendário dos atletas;
- b) Prestar atendimento inicial no local dos eventos, treinos e jogos, principalmente nos casos de acidentes orofaciais;
- c) Administrar corretamente substâncias e medicamentos, descartando os que podem causar doping ao atleta, podendo também utilizar da metodologia para detecção de doping e estresse pela saliva.
- d) Trabalhar em equipe multidisciplinar, promovendo campanhas de prevenção de saúde bucal para os atletas, fornecendo aos treinadores, técnicos e dirigentes informações sobre: procedimentos de urgência, uso de acessórios de proteção adequados para cada modalidade esportiva.
- e) Saber os protocolos de atendimento médico apropriado antes do tratamento dentário;

- f) Acompanhar treinamentos e jogos;
- g) Respeitar os direitos desportivos do atleta e sua imagem;
- h) Saber como o esporte pode ser uma ferramenta para o marketing estratégico da Odontologia;
- i) Utilizar metodologias, tecnologias, produtos capazes de treinar, ensinar avaliar, alimentar e recuperar melhor atletas de alto rendimento;
- j) Aplicar a Odontologia Neurofisiológica (Neuromuscular).

Em um consenso do Comitê Olímpico Internacional (COI), publicado em 2009, sobre avaliações de saúde periódicas, foi concluído que mais estudos são necessários para avaliar com mais precisão a saúde bucal de atletas e programas educacionais devem ser ampliados e direcionados a esses esportes onde os riscos identificados influenciam a saúde do atleta.

A maioria dos estudos publicados nesse sentido, não se ocupam de investigar a saúde bucal de atletas olímpicos diretamente, mas, em vez disso, relatam cuidados dispensados durante os jogos como uma forma de estimar o estado da saúde bucal. Carecem na literatura mundial, estudos que avaliem a saúde bucal dos atletas de elite e do impacto da saúde bucal no bem-estar, treinamento e desempenho.

Um estudo mais recente, com este objetivo, foi realizado com 278 atletas de 25 esportes que participaram nos Jogos de Londres 2012. A maioria dos atletas eram da África, das Américas e da Europa. No geral, os resultados demonstraram altos níveis de má saúde bucal, incluindo lesão por cárie (55% de atletas), erosão dentária (45%) e doença periodontal (gingivite 76%, periodontite 15%).

Mais de 40% dos atletas relatavam estar "incomodados" por sua saúde bucal, com 28% relatando um impacto na qualidade de vida e 18% não treinamento e desempenho. Quase metade dos participantes não tinham sido submetidos a um exame bucal ou cuidados de higiene no ano anterior.

Sendo a saúde bucal um elemento importante da saúde geral e bem-estar, os profissionais responsáveis pelos atendimentos odontológicos da Vila Olímpica dos Jogos de 2012 em Londres, consideram que as intervenções de prevenção de doenças e de promoção da saúde são urgentemente necessárias para otimizar o desempenho.

O esportista deve ser orientado quanto à necessidade e importância da realização de um acompanhamento odontológico periódico por um profissional qualificado (RIBEIRO; GUEDES, 2002). E destaca-se a necessidade de, ao ser detectado algum problema, o tratamento ser executado dentro da realidade esportiva. Escolher o momento ideal para o início e término dos procedimentos,

respeitando o calendário de competições, e tempo de treinamento e recuperação do atleta, são especificidades do contexto que devem ser levadas em consideração sempre (SANTOS, 2013).

Enfatiza-se que a postura de todos os profissionais envolvidos com a saúde do atleta deveria ser consoante no sentido de valorizar a saúde bucal, mas que se limita sob o aspecto científico de informação desses profissionais. Sugerem-se então trabalhos de campo, para criação de mais conhecimento e compreensão interdisciplinar (ROSA et al., 1999).

2.4 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ODONTOLOGIA

Os mais antigos relatos conhecidos sobre a relação da humanidade com a odontologia datam de cinco mil anos atrás, passando pela Mesopotâmia (atual Iraque), Egito, Grécia, e Oriente Médio. E eventualmente mais descobertas vem sendo feitas que aumentam a luz do conhecimento sobre o tratamento odontológico dispensado naquela época e como ele era praticado e como evoluiu durante os anos (ALMEIDA; JÚNIOR, 2002).

Os monges católicos, na Idade Média, eram os responsáveis por exercer a medicina. A partir de 1163, foram proibidos, pela Igreja católica, de realizar qualquer tipo de procedimento cirúrgico – incluindo os tratamentos dentários. Essas tarefas foram remanejadas para os barbeiros, que ao realizar o corte de cabelo e barba dos monges dentro dos mosteiros, aprenderam a atividade médica em retorno. Tornaram-se auxiliares cirúrgicos dos monges, especializando-se nos diversos tipos de intervenção que os sacerdotes não podiam mais realizar (KLATCHOIAN, 2002).

O aumento de prestígio dos cirurgiões-barbeiros, como passaram a ser chamados, começou a causar um desconforto dentro da medicina. Em 1540, o rei Henrique VIII, da Inglaterra, publicou um estatuto para a Real Comunidade dos Cirurgiões-Barbeiros, delimitando as áreas de atuação dos barbeiros e dos médicos. As extrações dentárias ficaram permitidas aos dois grupos. Até o século 18, a maior parte dos barbeiros seguiu oferecendo serviços dentários aos seus clientes, e a odontologia continuou sendo exercida de forma mambembe, por profissionais muitas vezes inaptos, e assistir às manipulações bucais feitas pelos barbeiros em feiras e mercados era uma das diversões preferidas dos passantes. A atividade odontológica era primitiva e rudimentar e em algumas localidades, usadas inclusive como penalidade para transgressores (GUERINI, 1909; RESENDE, 1994). Muitos mitos estavam acoplados à atividade da odontologia e a saúde bucal, mitos envolvendo a produção da dor, sofrimento, tortura e sadismo. (KLATCHOIAN, 2002)

O hábito de extração de dentes em praça pública começou a mudar quando o francês Pierre Fauchard escreveu “O Cirurgião Dentista”. Publicado em 1728, o livro foi um marco na história da odontologia, contava com peças artificiais para substituição de dentes aperfeiçoadas ou inventadas (pivôs e dentaduras), pelo próprio autor, além de conhecimentos sobre anatomia, fisiologia, doença periodontal (que recebeu o nome de “enfermidade de Fauchard”) e reconhecia a relação entre condições orais e saúde geral (FAUCHARD, 1728).

A partir deste trabalho e da criação de instituições de ensino a odontologia foi separada da medicina (e da barbearia). Este movimento divisor de águas possui uma importante relação com uma das origens e propagação do medo acoplado à profissão. A criação de instituições de ensino dificultava o ingresso de irregulares na profissão e elevava o status da odontologia para ciência, agregando um maior respeito por parte da população. A intenção era claramente segregar a técnica odontológica da “arte mecânica” e ao mesmo tempo atingir os “irregulares” e médicos, pois a medicina ameaçava o espaço profissional da Odontologia. Com a intenção de adquirir um maior respeito da sociedade, conquistar autonomia e poder profissional, cirurgiões-dentistas utilizaram-se das metáforas da dor e complicações operatórias. Apesar da dor, geralmente, não se constituir como uma causa direta da morte, ela desafia as ciências biomédicas. Existe um mistério em torno da dor e sua ligação com o desconhecido. Por ser uma experiência subjetiva, necessita de “autoridade” para ser abordada. A dor de dente foi um elemento fundamental na construção do discurso da ciência, justificando a utilidade social da odontologia como profissão (CARVALHO, 2003).

Embora tanto a literatura quanto a realidade demonstrem a evolução científica da odontologia e sua contribuição para a ciência, como o aperfeiçoamento da anestesia e radiografia, no sentido de realizar tratamentos de forma segura e indolor, a imagem associada ao profissional não parece dissociar-se destes fatores (CRUZ; COTA; et al., 1997). Mitos sobre dor, tortura e sofrimento, permanecem profundamente enraizados no pensamento coletivo (KLATCHOIAN, 2002).

Alguns fatores que contribuem para a perpetuação da imagem negativa do profissional cirurgião-dentista como: influência familiar ou de pessoas próximas, traumas físicos ou emocionais vividos pessoalmente ou por terceiros, influência da mídia, o uso da odontologia apenas por conveniência e circunstância.

A influência familiar e os traumatismos físico e emocionais vividos pessoalmente ou por terceiros podem influenciar na representação encontrada na população em relação ao cirurgião-dentista.

Indivíduos têm a capacidade de citar experiências e opiniões de outras pessoas, aceitando-as como verdades e identificando-as como suas próprias opiniões. O medo é assimilado de uma maneira natural e, até mesmo, inconsciente. (KLEINKNECHT, 1973)

O medo pode se estabelecer de duas maneiras: a) através de experiências próprias; b) através das expectativas e experiências de outros, da mídia ou do senso comum;

As situações vividas anteriormente influenciam a postura atual frente ao profissional cirurgião-dentista. As experiências complicadas, más ou desagradáveis, tem a capacidade de condicionar o paciente ao medo, assim como experiências boas parecem atenuar o impacto de experiências ruins (CRUZ; COTA; et al., 1997).

A odontologia influencia os pacientes em todos os níveis sensoriais, audição, visão, olfação, tato e gustação (SCHUMAN, 1993). Sabe-se que a ansiedade e o medo gerados por certos procedimentos são fatores que devem ser levados em consideração frente a um tratamento dentário. A associação da dor a estímulos específicos envolve o instrumental utilizado pelo profissional e traduz situações de agressão ao paciente, como o uso das brocas, agulhas e instrumentais cirúrgicos, e pode inclusive até inviabilizar a execução do procedimento (CRUZ; COTA; et al., 1997; BARROS; LOPES, 2003).

Quando extrapolados esses conceitos para o contexto esportivo a realidade não difere. Em pesquisa realizada em Bauru, 2005, com 33 atletas questionados quanto ao medo de freqüentar a clínica odontológica, 72% responderam que não possuíam, enquanto 28% afirmaram ter medo de ir ao dentista. Neste quesito as mulheres se mostraram mais temerosas com 80%, e os homens mais encorajados, apresentado apenas 20% dos atletas que afirmaram ter medo de dentista. Neste quesito os atletas puderam relatar de forma aberta seus motivos por terem medo de freqüentar o consultório odontológico, o que gerou as seguintes respostas: “medo do motorzinho” (30%), “medo de agulha” (20%), “medo de doer” (20%), “medo de anestesia” (10%) e “uma dentista mexeu no dente errado” (10%).

Os poucos competidores (12%), que afirmaram não ter medo de freqüentar o consultório odontológico relataram tais motivos: “Sou acostumado” (4%), “Porque não tem o porquê” (4%), “Ajuda a tratar meus dentes” (4%). Oitenta e oito por cento dos atletas não justificaram (RODRIGUES, 2005).

2.4.1 - Influência da Mídia

Na literatura romanesca, percebe-se que o cirurgião-dentista é retratado, geralmente, de forma negativa, aparecendo como uma pessoa má e ridícula. A própria história da mártir Santa Apolônia, padroeira dos cirurgiões-dentistas, está relacionada a elementos de tortura e à produção de dor (KLATCHOIAN, 2002). Essa imagem é, também, veiculada pela TV e cinema (MARTINEZ, 1990; PRIDE, 1991; GERBERT, 1992, 1994; SCHUMAN, 1993), além de peças publicitárias, que frequentemente relacionam à figura do cirurgião-dentista a produção de dor, tortura ou sadismo, ou o retrataram de forma negativa, sendo uma pessoa má e ridícula. Filmes como “A pequena loja de horrores”; “O Dentista”; “Nunca te vi

sempre te amei”; “Meu vizinho mafioso”, etc., mostram o estereótipo do profissional sádico, louco, suicida, insensível, e/ ou mercenário (MARTINEZ, 1990; KLATCHOIAN, 2002).

2.4.2 -- Uso da odontologia por conveniência e circunstância

A Odontologia costumeiramente vem sendo utilizada por parte da população apenas quando a doença já está estabelecida e exige um tratamento mais invasivo, isto pode estar associado ao fato de que por muito tempo a assistência foi orientada pelo modelo tecnicista e centrado na doença (BRASIL, 2004). Conseqüentemente, as pessoas, quando chegam ao consultório, trazem consigo uma carga de medo e ansiedade muito grande. Parece ser o medo uma reação natural e ser fato conhecido que os dentistas causam dor (KLEINKNECHT, 1973; BERND, 1992; SCHUMAN, 1993).

Nos estudos realizados (CRUZ; PAIXÃO; et al., 1997) sobre a representação social da Odontologia entre o público em geral, a imagem do cirurgião-dentista é geralmente negativa, sendo referido como um mal necessário, castigo e associado ao estresse, ansiedade e fortemente ao medo e ao instrumental utilizado por ele, assim como a dor. Esse sentimento aparece como resultado de experiências próprias ou de outrem.

Nos estudos de representação social que contemplam acadêmicos de odontologia a representação tende a ser mais positiva e vai na direção da valorização da profissão (COSTA; PAULO ROGÉRIO FERRETI BONANA; et al., 2008). Em uma faixa etária acima de 50 anos, o dentista aparece como um profissional mais capacitado, tanto em aspectos técnicos quanto pessoais. Calma, paciência, capacidade de informação e comunicação são as características que aparecem com maior freqüência na definição de um dentista ideal (CRUZ; COTA; et al., 1997).

Uma característica comum entre os achados dos estudos é a visão reducionista da Odontologia, que entende que as complicações odontológicas não são tão importantes, pois não levam ao risco de morte e estão sempre acopladas a um alto custo (CRUZ et al., 1997; COSTA et al., 2008).

A maioria dos clubes não possui consultório odontológico e/ou cirurgião-dentista. Isto mostra que os padrões de saúde bucal apresentado por atletas apontam para a falta de importância dada aos cuidados com a saúde dos atletas. Na maioria das vezes, o Departamento Médico dos clubes dão mais preferência, por exemplo, ao exame de sangue do que o odontológico do atleta (LIMA, 2002b). Um estudo realizado em Bauru questionou 33 sujeitos sobre a importância dada por eles em relação à presença de um cirurgião-dentista na equipe acompanhando treinos e jogos e a opção extremamente importante foi a campeã com 66% da opinião (RODRIGUES, 2005). A atuação do profissional em contato direto com o atleta durante treinos e jogos é potencialmente proveitosa, pois mesmo sem uso de

radiografias, o profissional pode encaminhar o futuro tratamento, influenciando o prognóstico dos traumatismos (FERREIRA, 1998).

Percebe-se através das leituras sobre a representação social desta ciência, que ainda será necessário muito esforço por parte da odontologia para integrar-se ao trabalho inter e multidisciplinar, que outras profissões já alcançaram. No esporte é imprescindível esta integração, ou o trabalho do profissional fica impossibilitado.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Para alcançar os objetivos desta pesquisa a abordagem qualitativa (NEVES, 1996) foi utilizada, pois se entende que esta abordagem seja o caminho para desenvolver esta investigação, na medida em que tal perspectiva nos possibilita uma abertura para a apreensão da complexidade presente nas relações sociais, permitindo incorporar o significado e a intencionalidade dos atos. Utilizando-se uma entrevista semi-estruturada contendo quatro questões abertas, os discursos dos entrevistados permitiram o melhor delineamento da pesquisa a fim de obter o subsídio necessário para a análise proposta.

A entrevista semi-estruturada é coerente para este estudo, e tem o objetivo de coletar um material discursivo que possibilite identificar as percepções dos sujeitos inseridos no contexto esportivo em diferentes funções, sobre um tema pouco debatido, principalmente, quando se trata da implantação de uma nova área da saúde no âmbito esportivo. Através das indagações propostas por uma entrevista desta natureza, cada entrevistado pôde manifestar um discurso sobre o tema proposto, de acordo com as experiências ou representações que ele tem sobre o assunto.

Esta ferramenta é uma das melhores formas de coleta de dados, pois o informante pode seguir espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, participando assim na elaboração do conteúdo da pesquisa. Utilizando-se esta abordagem, além de se valorizar a presença do investigador, são oferecidas todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS, 1992).

A abordagem foi direta porque não é disfarçada e o objetivo do projeto poderia ser revelado aos entrevistados (MALHOTRA, 2006).

A presente pesquisa insere-se no campo da saúde coletiva explorando a temática do processo de trabalho em saúde bucal voltada para um coletivo específico. A idéia básica que faz a sua orientação é a de que a representação social da odontologia no meio esportivo está intimamente relacionada com as possibilidades de inserção do CD neste contexto.

A estratégia metodológica utilizada foi a da pesquisa qualitativa baseada na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE, FERNANDO; LEFÈVRE, 2003), a qual está sedimentada na teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2003). Com o auxílio do *software* Qualiquantisoft (LEFÈVRE, FERNANDO; LEFÈVRE, 2003) o DSC foi elaborado e a análise dos resultados fundamentou-se no marco teórico da interdisciplinaridade (COUTO et al., 2004; COSTA, 2007; LIMA, 2009; SCHERER et al., 2013).

3.1 FUNDAMENTANDO A PESQUISA DE CAMPO

TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL E O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A teoria das Representações Sociais (RS) pode ser entendida como a atividade de construção do real, efetuada por pessoas através de suas percepções e sensações, de seus sentidos, em decorrência de informações previamente recebidas. As RS podem ser entendidas como o conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais (MOSCOVICI, 2003). Nas sociedades tradicionais, equivalem-se aos mitos e sistemas de crenças, podendo também ser vista como a versão contemporânea do senso comum.

O conceito de representação social nasceu na sociologia e na antropologia, obra de Emily Durkheim e de Lévi-Bruhl (OLIVEIRA, 2004) e resgatado em 1961 por Serge Moscovici (SÊGA, 2000) que estudou, então, as diversas maneiras pelas quais a psicanálise era percebida (representada), difundida e propagandeada ao público parisiense (MOSCOVICI, 2012). Esta teoria é considerada “matéria-prima” para análise social e para ação pedagógico-política de transformação, pois retrata uma realidade.

As RS também podem ser consideradas formas de conhecimento prático que se inserem entre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum. Pode-se considerar como a ampliação do olhar de modo a ver o senso comum como conhecimento legítimo e motor das transformações sociais (SPINK, 1995).

O uso desta teoria para estudar um objeto amplia a capacidade de explicação deste, na compreensão de atitudes, dos conceitos e das ações, e considera a relação particular-universal (COSTA; BONAN et al., 2008).

A importância da teoria das Representações Sociais na psicologia da saúde se dá ao possibilitar o referencial teórico-metodológico para a investigação de fenômenos, os quais implicam na complexidade psicossocial, facilitando a sua compreensão. O conhecimento produzido pelas Representações Sociais permite reinterpretar e replanejar as ações na prática (MOSCOVICI, 2003).

As representações de saúde bucal são construídas através da vivência do cotidiano e de reinterpretações do discurso do profissional. Essas imagens surgem como reflexo das realidades de cada indivíduo, determinadas histórica e culturalmente (BERND, 1992).

O DSC consiste na forma de pesquisa qualitativa de representar o pensamento da coletividade, agregando num discurso-síntese os conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas. Esta estratégia de pesquisa pressupõe que o discurso, apesar de expresso de forma individualizada, é

socialmente compartilhado, traduzindo a natureza do pensamento coletivo (MOSCOVICI, 2003).

O DSC pressupõe que os indivíduos que vivem em sociedade costumam compartilhar ideias, crenças, valores, representações. Ao compartilhar representações, também compartilham os elementos que as conformam, como seus sentidos, os conteúdos destes sentidos e os argumentos correspondentes (LEFÈVRE, FERNANDO; LEFÈVRE, 2003).

Trata-se, portanto, de uma estratégia metodológica que utiliza discursos visando tornar mais clara uma determinada representação social, bem como o conjunto das representações que configura um dado imaginário. Procura resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos, através da reconstrução de pedaços de discursos individuais com o intuito de expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno.

A idéia central (IC) é a descrição mais sucinta e objetiva possível do sentido do discurso do indivíduo entrevistado podendo haver neste mesmo discurso várias IC. Tem a importante função de individualizar um dado discurso ou conjunto de discursos, descrevendo positivamente, suas especificidades semânticas o que permite distingui-lo de outros discursos portadores de outras especificidades semânticas. Portanto, a IC é eminentemente classificatória, permitindo identificar e distinguir cada sentido ou posicionamento presente nos depoimentos ou conjuntos semanticamente equivalentes de depoimentos (SILVEIRA, GHISLEINE TRIGO; PEREIRA, 2003).

As expressões-chave (ECH) são transcrições literais de partes dos depoimentos que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente, servindo para a construção dos discursos. O significado da seleção das expressões-chave é o depuramento do discurso de tudo aquilo considerado irrelevante, secundário, ficando-se o máximo possível com a essência do conteúdo do pensamento tal como ele aparece. Encadeando-se discursivamente essas expressões-chave, obtêm-se um discurso de todos como se fosse o discurso de apenas um (LEFÈVRE, FERNANDO; LEFÈVRE, 2003).

O DSC, portanto, pretende tornar de maneira mais clara e expressiva as representações sociais, pois a inter-relação entre a IC e as ECH é que contribui para descrever o sentido dos discursos presentes, possibilitando que determinado grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns compartilhados entre seus membros (LEFÈVRE, FERNANDO; LEFÈVRE, 2003).

3.2 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado sob o número de protocolo:34474214.4.0000.0121

Os procedimentos que foram realizados nesta pesquisa não apresentaram nenhum risco físico ou emocional, pois foi realizada a partir de um formulário pré-elaborado não gerando desconforto aos sujeitos do estudo. Os participantes obtiveram esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e das implicações de sua participação. Receberam garantia de sigilo, anonimato e possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento garantindo os aspectos éticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (apêndice A) permanecendo com uma cópia do mesmo. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento a pesquisa foi realizada, exigências da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi definida intencionalmente, para que fundações de relevância destacada no cenário esportivo estadual fossem incluídas, bem como os campeões dos últimos dez anos da competição estadual mais importante: Jogos Abertos de Santa Catarina (JASC). Esta forma de seleção justifica-se, pois na pesquisa qualitativa a escolha do lócus e do grupo de sujeitos é relevante, pois deve conter o conjunto de experiências e expressões que se pretende observar com a pesquisa. (MINAYO, 1999).

A população de estudo foi composta por duas fundações municipais de esportes, escolhidas por constituírem o grupo de fundações mais vezes campeãs nesta competição nos últimos 10 anos: Blumenau e Florianópolis.

Tabela 1. Fundações Municipais de Esportes campeãs e vice campeãs do JASC de 2000 a 2011.

| Ano | Campeão | Vice-Campeão |
|------|---------------|---------------|
| 2000 | Blumenau | Florianópolis |
| 2001 | Florianópolis | Joinville |
| 2002 | Florianópolis | Blumenau |
| 2003 | Blumenau | Florianópolis |
| 2004 | Blumenau | Florianópolis |
| 2005 | Blumenau | Joinville |
| 2006 | Blumenau | Joinville |
| 2007 | Blumenau | Joinville |

| | | |
|--------------|---------------|-----------|
| 2008* | - | - |
| 2009 | Florianópolis | Blumenau |
| 2010 | Florianópolis | Joinville |
| 2011 | Florianópolis | Criciúma |

*Jogos cancelados em razão das chuvas no Estado.

Fonte: Fundação Catarinense de Esportes, 2013

A amostra, intencional, é constituída pelos responsáveis/dirigentes das fundações, técnicos e atletas de modalidades coletivas e individuais.

As fundações municipais disponibilizaram, a partir das modalidades selecionadas para entrevistas, 60 participantes:

Tabela 2. Descrição dos sujeitos de estudo. Quantidade de participantes por fundação municipal.

| Fundação | Dirigente | Atletas | Técnicos | Total |
|----------------------|------------------|----------------|-----------------|--------------|
| Blumenau | 2 | 28 | 5 | 33 |
| Florianópolis | 3 | 18 | 4 | 27 |
| Total | 5 | 46 | 9 | 60 |

Fonte: Do autor, 2014

A intenção ao entrevistar técnicos e atletas de modalidades tanto coletivas quanto individuais é identificar diferentes demandas por se tratarem de diferentes contextos dentro de competições esportivas. A entrevista direcionada aos dirigentes busca compreender como a interface entre odontologia e esporte é entendida do ponto de vista administrativo nessas fundações.

3.3.1 ESCOLHA DAS MODALIDADES DOS ENTREVISTADOS

Os esportes podem ser classificados de acordo com vários critérios como: cooperação, interação com o adversário, local onde é ambientado, desempenho comparado e objetivos táticos de ação (GONZALEZ, 2004). Em relação à Odontologia conhecimentos técnico-científicos referentes à modalidade esportiva e à fisiologia do exercício são de importância singular, uma vez que ambas podem influenciar diferentemente no processo de desenvolvimento de alterações ou lesões, assim como no processo de recuperação. Além disso, é necessário o conhecimento de cada modalidade esportiva, pois as mesmas possuem peculiaridades (NAMBA et al., 2012; SOUZA, 2013).

O diagrama a seguir busca classificar os esportes de acordo com características que podem diferenciar sua demanda odontológica.

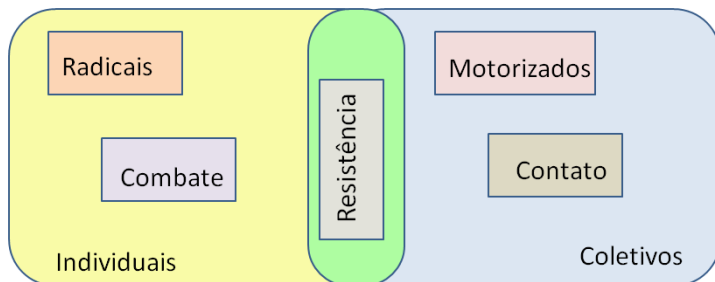


Diagrama 1. Classificação dos Esportes de acordo com características que diferenciam a demanda odontológica. Fonte: Do autor, 2014

Embora todos os atletas estejam sujeitos à agravação de uma lesão bucal e uma consequente lesão sistêmica, que prejudica seu rendimento, a partir da perspectiva odontológica esportes individuais não apresentam o mesmo risco de traumatismo do que esportes individuais que também são de combate ou radicais, justificando seu subconjunto. A mesma justificativa vale para esportes coletivos que são de contato direto com o adversário, produzindo lesões por colisão de forma repetitiva. Ainda dentro deste subconjunto, podemos dividir os esportes de contato em esportes de contato direto, como taekwondo, jiu-jitsu, boxe, kickboxing, muaythai, entre outros, onde o uso de protetores bucais parece estar já melhor disseminado, e os esportes de contato indireto como basquete, handebol, futebol, hockey, entre outros (DHILLON et al., 2014). Nos esportes de contato direto como o objetivo é o contato o uso de equipamento de proteção é mais aceito pois o traumatismo já é esperado. Já nos esportes de contato indireto este aspecto é negligenciado e invariavelmente lesões provenientes desta categoria costumam ser mais graves e extensas do que as de esportes de contato direto.

Esportes de resistência também foram subcategorizados por representar para a Odontologia um público de risco elevado à cárie, mesmo em adultos, em virtude da sua alta ingestão de carboidratos em forma gel (que são normalmente pastosos e de grande retenção aos dentes), durante atividades físicas extenuantes, que, invariavelmente levam à xerostomia transitória.

Esportes motorizados foram considerados esportes coletivos, pois é um consenso que nesses esportes a presença da equipe técnica é imprescindível para a vitória ou derrota, e as competições são por equipe, e não por atleta.

Alguns esportes possuem competições por equipe, como por exemplo judô e ginástica artística, mas nessa classificação foram considerados esportes individuais apenas, pois quando competem por equipe o desempenho de um atleta não interfere diretamente no desempenho do outro, seus pontos apenas são somados no final. É diferente da dinâmica encontrada em provas de revezamento

no atletismo ou na natação por exemplo, que são classificadas na área comum entre esportes por possuir provas coletivas e individuais.

As modalidades selecionadas para esta pesquisa forma eleitas a partir de dois motivos: por estarem frequentemente incluídas em programas esportivos de competições internacionais priorizados pela mídia e porque se organizaram nos últimos anos de forma a manter competições de nível nacional que despertam interesse da mídia e do público, sendo comumente realizadas pelas suas confederações, mas com organização conjunta das “ligas” de clubes filiados.

A partir disso a escolha das modalidades coletivas e individuais* de onde se extrairão os técnicos e atletas a serem entrevistados se deu baseada nas estatísticas fornecidas pela Fundação Catarinense de Esporte (FESPORTE) que mostra quais as modalidades mais campeãs de cada fundação, de 2009 a 2011.**

Tabela 3. Modalidades mais vezes campeãs em cada fundação de 2009 a 2011.

| Fundação | Mod. Individual | Mod. Coletiva |
|----------------------|------------------------|----------------------|
| Blumenau | Gin. Artística | Basquete |
| Florianópolis | Caratê | Vôlei de Praia |

*Para esta seleção as modalidades atletismo, natação, remo e tênis foram consideradas individuais, e foram contabilizadas vitórias de equipes femininas e masculinas.

**Foram excluídas modalidades que não competiram em pelo menos uma das edições contabilizadas.

3.4 ELABORAÇÃO DO ROTEIRO DE PERGUNTAS

Após uma revisão inicial e definido os objetivos da pesquisa e a técnica de coleta de dados, as questões do roteiro foram elaboradas. Durante esse processo os seguintes cuidados foram tomados: verificar se a pergunta é importante para a pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2008), analisar se existe necessidade de ter mais de uma pergunta sobre o assunto, utilização de uma linguagem clara, de fácil entendimento, com termos de conhecimento geral para os desportistas que não sugira respostas e que não causem constrangimento aos entrevistados.

Para a realização da entrevista foi utilizado um roteiro de questões norteadoras. As questões norteadoras indagavam os dirigentes das fundações entrevistadas, os técnicos e os atletas sobre o profissional cirurgião-dentista na sociedade em geral, sobre o trabalho realizado pelos profissionais da saúde no esporte, e sobre a possibilidade de inserção do profissional cirurgião-dentista no contexto esportivo:

1 - O que você pensa sobre o cirurgião-dentista na sociedade? Qual a função/papel dele?

2- Fale um pouco sobre o trabalho do profissional da saúde e o esporte.

3- O ministério da Saúde está pensando em inserir o cirurgião-dentista como profissional de saúde nas fundações esportivas, fale um pouco sobre essa iniciativa. Se você fosse consultado, qual seria o seu parecer?

4- Supondo que o Ministério da Saúde tenha aprovado uma portaria com verba para contratação de dentistas nas fundações, como seria o trabalho que este profissional desenvolveria?

Foram realizadas entrevistas pilotos com participantes da Fundação Municipal de Esportes de Balneário Camboriú – SC para testar as questões formuladas no roteiro e evitar que o discurso se tornasse enviesado, e por essa razão, optou-se por iniciar-se a entrevista com perguntas mais abertas possibilitando extrair das próprias respostas do entrevistado, os conteúdos que possibilitassem articular com questões relacionadas ao tema proposto pela pesquisa.

A questão inicial tem a intenção de provocar uma primeira abertura para que o informante fale sobre o assunto. A partir da primeira resposta, o investigador poderá inferir na condução da entrevista através de outros questionamentos, sem que isso caracterize uma indução ou um juízo de valor (PALHA, 2001), não necessitando seguir exatamente esta mesma ordem organizada anteriormente.

3.5 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Utilizou-se a forma de entrevista pessoal/contato direto para a aplicação destas questões norteadoras, as manifestações foram gravadas e posteriormente transcritas.

O instrumento de pesquisa foi aplicado aos responsáveis dirigentes, aos profissionais da saúde, técnicos e atletas das fundações.

Essa metodologia de pesquisa aquiesce-se a princípios defendidos por Briceño-Léon, amplamente aceitas na literatura, que entendem que se deve conhecer os indivíduos para os quais se destina as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem, além de considerar muito importante o envolvimento dos indivíduos nas ações, o que se contrapõe à sua imposição (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

3.6 PROTOCOLO DE PESQUISA

A coleta dos dados foi realizada nas sedes das fundações municipais de esportes selecionadas. O protocolo de pesquisa constitui:

- Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: em duas vias, uma cópia será anexada à pasta individual da mestrandia junto ao roteiro de perguntas e a outra cópia do documento entregue ao participante. (Apêndice A)
- Aplicação do roteiro de perguntas (Apêndice B), que será constituído por:

1. Identificação

- Dados pessoais: nome, idade (anos completos na ocasião da entrevista), sexo, endereço e telefones.
- Dados profissionais: escolaridade, tempo de serviço, formação, tempo de formado.

2. Potencialidades da Odontologia no contexto esportivo

O roteiro de perguntas semi-estruturado não disfarçado será composto por 4 (quatro) questões abertas.

3.7 REGISTRO, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para possibilitar a análise dos dados, por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), foi necessário seguir alguns passos na organização do material proveniente dos depoimentos gravados.

Como forma de garantir o anonimato dos indivíduos cada participante recebeu um código composto de uma letra (Dirigentes =D, Técnicos=T e Atletas=A) e um número (Fundação 1=Blumenau, Fundação 2=Florianópolis) correspondentes ao grupo que pertencem. O Subgrupo dos atletas recebeu mais uma letra em sua identificação correspondente à sua modalidade (Individual =I e Coletivo = C). Utilizou-se nas falas a identificação do grupo a que o entrevistado pertencia (exemplo: D1= Dirigente da fundação de Blumenau ou AI2 = Atleta de modalidade individual da fundação de Florianópolis).

O material coletado nas gravações foi transcrito para o programa Word, agrupado por instituição, por grupo e por questão norteadora, de forma integral e literal. Após as transcrições, o seu conteúdo foi conferido com cada discurso gravado.

O próximo passo foi realizar a análise temática de conteúdo de cada um dos discursos. Com a finalidade de facilitar à pesquisadora o processo de organização e categorização dos dados, durante o processo de análise, foi utilizado um software de análise de dados qualitativos, ou um CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software): o Qualiquantisoft©.

Este software foi desenvolvido pela USP e está disponível para download gratuito na versão demonstrativa. A economia de tempo gerada pelo uso deste software é significativa e permite ao pesquisador diminuir as tarefas mecânicas da pesquisa para se concentrar mais nos aspectos conceituais (LEFÈVRE, FERNANDO; LEFÈVRE, 2003).

Para utilização deste software é importante que o pesquisador esteja previamente embasado em uma teoria para realizar a análise e proceder à codificação, exceto se estiver empregando grounded theory. Além da teoria de base, também é relevante que o pesquisador esteja fundamentado em uma metodologia de análise.

Para realizar a análise de conteúdo do tipo temática com o auxílio do software os dados devem ser arquivados, e o aplicativo facilita o processamento dos depoimentos em todas as suas etapas até sua reunião final em DSC.

Para facilitar a análise do material obtido, as ideias centrais e respectivos discursos serão incluídos em temas relacionados às questões de pesquisa.

Como recomenda a técnica do DSC, a sua redação foi feita em itálico indicando que se trata de uma fala ou de um depoimento coletivo, não se usando aspas em virtude de não se tratar de citação.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em forma de artigo científico, configurado para a Revista Ciência & Saúde Coletiva (ISSN 1413-8123):

O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO ESPORTIVO: CONHECENDO AS BASES PARA UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR

The dentist in sports: Knowing the basis for a interdisciplinary work

Introdução: O esporte tem notável importância na construção da cidadania. A própria Constituição Federal responsabiliza o Estado no atendimento ao direito ao esporte¹ como estratégia para prevenção de doenças crônicas, inclusão social e construção de valores na sociedade. Competições esportivas tem significativo impacto no cotidiano e por esta razão é importante ponderar as variáveis que afetam os resultados dessas competições e, sem dúvida alguma, a saúde é uma dessas variáveis². É considerado que ao atleta de alto nível a manutenção da saúde seja pré-requisito para o desempenho de sua profissão³ e sendo a saúde bucal parte importante de todo esse conjunto, é desejável que seja incluída nesse âmbito⁴⁻⁷.

O interesse para que o desempenho físico seja aprimorado é uma realidade em várias esferas, inclusive na saúde esportiva. Neste contexto, se fez necessário estudar a Odontologia do Esporte, uma das mais recentes especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia e representa uma nova oportunidade de atuação profissional ao cirurgião- dentista.

A Odontologia do Esporte visa formar cirurgiões dentistas com pensamento esportivo e devidamente capacitados para promover o cuidado da saúde bucal colaborando para manter ou melhorar o rendimento físico dos atletas (BASTIDA et al., 2010; GAY-ESCODA et al., 2011).

A literatura encontrada sobre o tema concorda que a atenção à saúde do esportista deve ser observada de forma multiprofissional e a odontologia deve fazer parte desta atuação em saúde^{6,30-32,60,61}.

Sendo assim, conhecer as ideias que permeiam a compreensão da odontologia do esporte em um coletivo esportivo no estado de Santa Catarina e as potencialidades e possibilidades do trabalho do cirurgião-dentista neste contexto foi o objetivo deste estudo.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁴, a qual está sedimentada na teoria das

Representações Sociais (RS)¹⁵⁻¹⁷. Participaram duas fundações de cidades distintas do sul do país e a amostra, intencional, foi constituída pelos responsáveis/dirigentes das fundações (n=5), técnicos (n=9) e atletas (n=46) totalizando 60 sujeitos. Os critérios de inclusão exigiam que as fundações fossem de relevância destacada no cenário esportivo estadual, utilizando como parâmetro os campeões dos últimos dez anos da competição estadual mais importante: Jogos Abertos de Santa Catarina (JASC). A coleta de dados foi realizada mediante entrevista individual guiada por um roteiro de quatro perguntas. Com o auxílio do *software* Qualiquantisoft¹⁴ o DSC foi elaborado e a análise dos resultados fundamentou-se no marco teórico da interdisciplinaridade¹⁸⁻²⁴.

Os aspectos éticos respeitaram a Resolução CNS 466/12, tendo sido aprovado o projeto sob o número de protocolo: 34474214.4.0000.0121.

Resultados e Discussão: Os sujeitos desta investigação foram 60 indivíduos, sendo 38 homens e 12 mulheres, cuja idade variou de 19 a 56 anos. Todos os participantes estavam no momento da pesquisa trabalhando ou participando de atividades nas fundações municipais de esporte, como dirigentes, técnicos ou atletas.

Após adição das transcrições no *software* utilizado e considerando-se os objetivos do estudo construíram-se sete DSC, que expressam as representações dos sujeitos pesquisados. A construção do DSC deu-se após leitura criteriosa das manifestações dos participantes e categorização das expressões-chave semelhantes que constituíram as ideias centrais que nortearam os DSC encontrados.

IC 1: O conceito de saúde: a saúde é um processo global e o cirurgião-dentista/Odontologia é tão importante nesse processo quanto outros profissionais da saúde.

O trabalho do cirurgião-dentista na sociedade é fundamental, importantíssimo, como qualquer outro profissional da saúde.

Quando você trabalha com a área da saúde você entende que ela engloba vários aspectos, e a área de atuação da odontologia, dentro da sociedade, do desenvolvimento humano, é fundamental. A saúde envolve vários fatores, e ela não pode ser única, ela tem que ser geral.

Tanto do ponto de vista estético, já que é uma carta de apresentação, e todo mundo precisa disso hoje em dia, o atleta também, pois aparece na televisão e em propaganda quanto na situação de prevenção, de doenças graves que podem ocorrer na pessoa que não se cuida e nesse caso o dentista tem grande importância no diagnóstico e no tratamento.

Por que alguma dificuldade que a pessoa possa ter, principalmente na questão de lesões e de foco infeccioso... esse tratamento dentário é importante principalmente para evitar essa condição que possa desfavorecer depois mais tarde o atleta.

Pra um atleta a manutenção do tratamento dentário é fundamental. É importante, o corpo é o instrumento de trabalho, tem que estar “ok” em tudo. Como a gente tem o cuidado com a saúde a gente tem que ter cuidado com a boca.

Há muitos anos atrás, não se dava tanta importância pra saúde bucal, mas hoje ela é fundamental. É um jeito de cuidar da saúde também. Todas as partes do corpo tu tens que cuidar, as coisas estão interligadas.

Hoje muitas doenças são identificadas pela questão bucal, pois a boca é a porta de entrada do nosso corpo e se ela não estiver saudável é complicado. Se você não tá bem com a sua arcada dentária e tudo, pode ocasionar outros problemas e o acompanhamento é sempre bom. Se tem algum problema bucal, ou dente ou gengiva acaba ocasionando até doenças mais graves.

Não é só a saúde pessoal assim, tipo a boca também influencia bastante às vezes, não é? Eu acho que o dentista tem a mesma função que um médico, ou um nutricionista... um psicólogo...a mesma importância. E a participação dele na sociedade é importantíssima, como qualquer outro profissional da saúde. Todos tem a sua função e sua utilidade e são igualmente importantes pra uma pessoa. Cuidam de partes diferentes mas para chegar na nossa saúde completa, logo eles tem a mesma importância no seu espaço de trabalho.

A gente sabe que questões do dente prejudicam a pessoa como um todo, se existe alguma deficiência nessa área ela não consegue fazer nada direito, na vida profissional ou em qualquer situação. Incomoda muito, atrapalha e a pessoa não consegue trabalhar ou nesse caso aqui, treinar né?

O problema é que não existe a prevenção, só quando a questão já está instalada e aí pode ficar caro pro atleta e aí mesmo é que não vai, podendo causar uma lesão mais grave ainda, que vai demandar um tempo maior de recuperação e o atleta não se dá conta disso.

As pessoas geralmente não percebem o quanto iriam sentir falta de um dente até que de fato perderam um.

Os três DSC a seguir dizem respeito a situações envolvendo o trabalho do profissional da saúde no esporte, seu local de atuação e necessidade de capacitação para o trabalho na área esportiva. Caracteriza com mais detalhes a representação social do cirurgião-dentista e também de outros profissionais da saúde quando inseridos no contexto esportivo.

IC 2: A saúde do atleta de alto rendimento: os atletas pertencem a uma esfera da população que exige cuidados diferenciados e necessita de profissionais da saúde capacitados para lidar com essas especificidades.

Todo profissional da saúde é bem vindo e pra quem pratica esporte é essencial. Voltamos nesse feriado de uma competição... a alimentação que pra

equipe de direção poderia estar excelente, pros atletas é inadequada, ta entendendo? Por exemplo, o bife a milanesa que pra alguém tava uma delicia, pro atleta iria dificultar a digestão a tempo de se preparar para a competição. Então se tivesse, um profissional da nutrição, pra poder fazer um cardápio voltado pros atletas seria melhor. Assim como temos muitos excelentes atletas que na hora da competição treme na base. Então uma psicóloga na área esportiva seria fundamental.

Não vou conseguir praticar esporte se eu to com um problema de articulação, ou no fígado, no rim... e o atleta não ta livre disso não, pelo contrário, hoje ele é o mais suscetível a alguma doença por que ele ta sempre no limite do esforço físico. É mais fácil ele pegar uma gripe do que uma pessoa não atleta por que ele está sempre no limite, né? O sistema imune lá embaixo. A questão da alimentação, por exemplo, é importantíssima hoje, o atleta tem que estar alimentado com aquela alimentação que vai fazer ele render, e não simplesmente comer por comer.

Eu acho que os profissionais têm que ser formados na área do esporte pra poder dar suporte e apoio ao atleta. No futebol muitos médicos tão se especializando na área de esporte até pra entender melhor o que está acontecendo com aquele atleta naquele determinado momento que ele esta praticando a atividade dele. E o atleta também deveria procurar pessoas especializadas pra ser atendido pra que ele possa se desenvolver mais.

O profissional da saúde, num primeiro momento ele tem que dar condição pra saúde do atleta, examinar o atleta, ver se está tudo perfeito, se não tem problema do coração, se as articulações tão bem... então ele dá esse apoio, no esporte eu diria apoio técnico, ele vai ver se você está em condições de praticar atividade é claro que depois que vierem as lesões ele vai tratar do atleta.

Então seria melhor, mais interessante, se os profissionais da saúde que tratam os atletas tenham especialização no esporte, por que essa área é mais específica e de emergência, pode até acontecer uma lesão de coluna como já aconteceu com a atleta da ginástica que quebrou o pescoço. As vezes o atendimento pode ser complexo. Então de preferência é melhor que o profissional seja sempre especializado.

Ou então esse profissional deveria fazer alguns cursos pra saber quais as situações específicas que se desencadeiam no esporte, nas competições e no atleta em si. Ele tem que ter uma noção de que o atleta vai responder mais rápido do que um sedentário, do tempo de recuperação... Fisiologicamente o atleta responde de maneira diferenciada a todos os estímulos que acontecem e profissionais que não estão treinados pra isso acabam aumentando o tempo de recuperação dos atletas desnecessariamente...isso é ruim pra equipe, principalmente se a gente tem mais de um atleta lesionado. Isso pensando em um time né? Mas e se for um esporte individual? Complica... O profissional da saúde tem que trabalhar pra manter o

atleta treinando e jogando, não parado.

Acho que o médico, dentista, o psicólogo especializado na área do esporte é muito bem vindo, por que já lida com o dia a dia, o atleta é um ser que não pára, né? Aliás, não pode parar, pois estão correndo o risco de jogar fora o treinamento, e o médico tem que ter essa visão diferenciada. O médico normal ao se deparar com uma torção ou luxação já pede pra parar por 30 dias, imobiliza e tudo mais ali, já o médico desportista já tem uma visão diferente, pois o atleta de alto rendimento em si se recupera muito mais rápido. Em muitos casos o médico "normal" não realiza um bom acompanhamento dos atletas, pois não entende que um atleta não pode ficar tanto tempo parado como uma pessoa normal, pois o processo de recuperação tem que ser um pouquinho mais rápido. Então um médico que é do esporte tem uma visão melhor.

Existem certas doenças que aparecem mais em atletas, acho que esse é um grupo que tem um risco aumentado pra certas situações não é?

Inclusive, na área da odontologia mesmo, tem várias doenças do corpo inteiro que podem ser identificadas pela boca e dá pra gente ver uma relação.

Sobre um dentista especializado no esporte, por que não? Eu acredito que se o dentista tiver essa vivência, essa visão, seria muito melhor, por que os atletas são diferentes. É uma população diferente. Que corre risco o tempo inteiro. No treino tu tá sujeito a qualquer coisa e eu acho que uma torção pode afetar bastante coisa ou quebra um osso, ou mesmo uma dor de dente afeta bastante, uma dor de cabeça... eu acho que está tudo relacionado, atletas, mais do que a sociedade em geral precisam de alguém da saúde presente. Acho que afeta o rendimento com certeza, não há como render a mesma coisa se o atleta está com dor. A gente nunca sabe o que vai acontecer.

Outra coisa, se você só trabalhar com profissionais da saúde especializados no esporte todo mundo ganha, tu vê, um atleta que sofreu um traumatismo mais forte ali, fraturou ossos da face, dentes... pode ficar comprometido psicologicamente, passar a não participar mais de jogadas que ele julga mais perigosas pois tem medo de se machucar de novo, aí você tem que abrir mão de um acompanhamento psicológico também. Perceba aí a quantidade de profissionais envolvidos no tratamento desse único atleta, o médico, o dentista, o psicólogo, talvez um fisioterapeuta ou o próprio nutricionista. O trabalho tem que ser interdisciplinar, multidisciplinar.

Aconteceu aqui na cidade, não aqui na fundação, mas em um clube aqui, o caso de um atleta... que parecia saudável, estava com rendimento acima da média até... Mas aí teve uma lesão muscular na coxa, que não sarava, e o fisioterapeuta desconfiou e pediu pro dentista do clube avaliar. O dentista fez lá os testes que tinham que ser feitos e encontrou um foco infeccioso embaixo de uma restauração que tinha sido feita com um dentista particular, antes de uma competição em outro estado, e acredito que o material que foi colocado ali não era adequado, pois o

dente estava necrosado. Ao sanar aquele foco infeccioso o atleta conseguiu se recuperar da lesão na coxa. Não sei até que ponto isso está interligado mas... na nossa experiência, presenciado casos como esse ou semelhantes a esse, a gente percebe essa relação, percebe essa importância. E acredito que se o dentista que tivesse atendido esse atleta tivesse essa visão esportiva teria utilizado um material mais adequado, não sei, ou pelo menos o controle seria mais próximo e a lesão na coxa possivelmente não viria a acontecer.

Tem que ver que essas coisas acontecem por que a prevenção também não é priorizada né? Se fosse seria outra história em relação aos nossos departamentos médicos. Acho que focos infecciosos assim podem atingir tanto atletas profissionais quanto os de final de semana. Às vezes desconfortos musculares vem de um foco dentário. Só que em relação aos atletas profissionais, além de responder de maneira diferente a essas manifestações, pois estão sempre no limite fisiológico, ainda coloca muita coisa em risco né? Se o atleta de fim de semana se machuca quem ele prejudica? Mas do atleta profissional depende muita gente, empregos até... você entende o tamanho que isso toma?

IC 3: O trabalho do profissional da saúde no esporte: este é muitas vezes incipiente e sem vínculo, baseado em convênios e contratos pontuais.

Infelizmente, a estrutura hoje do esporte não tem acompanhamento da forma devida. Eu vejo essa relação bem distante. Acho que todo início de temporada tinha que ter uma avaliação clínica, do médico, do preparador físico, do dentista... pra justamente a partir dessa abordagem nós termos condições de trabalhar com o atleta na plenitude da saúde. Isso que falta e a gente peca nisso. Se o órgão público pudesse fazer esse acompanhamento seria muito benéfico, até por evitar lesões que atrapalham o rendimento da atleta.

Afinal essa relação entre profissional da saúde e profissional do esporte é fundamental! Hoje em dia não se pensa em fazer uma competição, levar um atleta que representa uma cidade sem que tenha a companhia do profissional da área da saúde. Já tivemos alguns acidentes em quadra, em jogos, decisões, e sempre nos faltou a participação de um médico ou dentista. Realmente fica difícil quando não tem um atendimento médico imediato. Quando acontece o acidente, e estamos em outras cidades pra competição, temos que procurar um profissional pro atleta ser atendido. Em modalidades como futebol de salão, futebol, handebol, que é muita força, muita explosão, o contato físico é muito forte e é inevitável a quebra de um dente, algum tipo de sangramento de gengiva, hoje inclusive alguns atletas já usam o protetor bucal, né? Além do médico, somos acompanhados pela fisioterapia, eles passam por um processo licitatório. Já tivemos acompanhamento antes e pós-lesão, mas tudo depende do contrato firmado com o grupo de fisioterapeutas.

O que não ocorre no Brasil é essa questão assim, dessa parceria, você vê

assim, só clubes que tem uma estrutura muito grande ou entidades que tem uma estrutura que possa bancar isso é que tem apoio médico, tem o profissional no dia a dia, fora isso o atleta não tem esse acompanhamento. Clubes ou associações que tem condições financeiras de ter digamos assim a interdisciplinaridade de médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos... tem um rendimento melhor. Já quem não tem, com certeza sai perdendo muito... Por exemplo, um fisiologista não tá lá 24 horas por dia disponível pro atleta, nem o nutricionista, nem o ortopedista, nada. Então ele só procura mesmo na hora que ele precisa, e ainda assim a gente encontra dificuldades inclusive no acesso, de plano de saúde, SUS, em muitas locais no Brasil e aqui também tem essa dificuldade. Hoje o atleta precisa de uma ressonância... e o custo disso? Tá na Constituição, todos os princípios básicos e necessários pro cidadão, agora a prática é bem diferente. Nós não temos aqui nenhum programa que visa atendimento clínico né?

No Brasil a gente espera surgir um talento pra daí sim investir nele... A gente não desenvolve os talentos.

A fundação ela entra no suporte técnico e de amparo ao atleta com uma bolsa, o programa bolsa atleta, onde o governo do município dá um subsídio, para a carreira daquele atleta. A questão assim ó, quando há lesões em atletas, quando a gente pode, a gente indica alguma clínica, ou faz um convênio ou faz parcerias. A fundação nesse ano de 2014 conseguiu fazer um convênio com uma fisioterapeuta a título de estágio, e ela tá fazendo isso voluntariamente.

Antes nós tínhamos um convenio com a equipe de vôlei, chegando inclusive a criar um centro de excelência de fisioterapia e montamos todos os equipamentos necessários pra prevenir e recuperar atletas lesionados. E isso se desfez com a dissolução da equipe de vôlei, que levou todo o equipamento.

Tem que dar o respaldo pra que o desportista possa exercer a sua atividade que é a prática de alguma modalidade esportiva. Então, nós temos coração, mente, nós temos músculos, articulação, ossos...então cada profissional dessa área é importante pro atleta. Não adianta eu ter uma condição física boa se eu não to com saúde. Todo profissional da saúde é bem vindo e pra quem pratica esporte é essencial.

Seria essencial ter o dentista também eu acho, por que eu acho que quem já teve algum problema, ou um dia terá, seria importante ter assim como psicólogo que ajuda a se acalmar, o nutricionista afeta o rendimento, o médico a gente não tem, mas ele nos ajudaria.

A gente não tem todos os profissionais...tem alguns, e eles ajudam a gente muito, cuidam da nossa saúde, nosso rendimento físico, em tudo...

Talvez agora você não precise do médico, mas é bom sempre visitar, por causa do futuro, pra prevenir lesões, por que o atleta está mais exposto a lesões. O fisioterapeuta no caso, é quando você já se lesionou, e pra um atleta é fundamental pra dar continuidade ao trabalho.

IC 4: O local de trabalho dos profissionais da saúde esportiva: este seria mais bem aproveitado se realizado dentro do local de treino para agilizar a recuperação e evitar faltas.

Acho super importante, e seria ótima se fosse aqui dentro. A gente tem uma vida muito corrida, de treinar e estudar, e quando a gente não está aqui o dentista não é a minha prioridade. Por causa do deslocamento... até chegar... eu não quero perder meu treino. Às vezes a gente deixa de ir, e não dá prioridade por que vai perder treino, por que não tem tempo, tem estudo, sabe? Isso é muito importante. A maioria não vai por que perde muito tempo, mas se fosse aqui dentro seria usado sim.

A gente se machuca bastante no treino e geralmente a gente tem que ficar horas na fila pra conseguir o raio-x só, depois ficar na fila de novo pra ser atendido no médico, se tivesse disponível pra gente seria melhor, muito mais rápido. Muitas vezes a gente não sabe o que a gente tem, às vezes a gente pode ter um problema grave, e quando a gente procurar eles mais rápido, eles podem ajudar a gente, pra eu ter o retorno o mais rápido possível.

Se precisar ir no dentista particular... Até chegar lá, até ele marcar o dia, até ser atendido, talvez o problema sumiu! Ou pelo menos a dor né? Precisava ter aquilo praquele momento... Se tivesse o dentista aqui dentro seria muito mais prático, por que até eu chegar lá no meu dentista, até ele me atender eu já perdi meu treino e eu não quero isso.

E também tem a questão de, numa competição acontece alguma coisa, aí o dentista já sabe, já tá ali, isso é bom, no mesmo caso o fisioterapeuta, machuquei, ele tá lá pra atender a gente, ou o próprio médico pra dizer "não pode treinar por que se machucou"... eu acho importante esses três pelo menos, eles seriam os principais, os que mais se precisa.

La ficar mais acessível, não precisaria ir até lá no centro ou outro lugar. Às vezes tem que ir de ônibus ou coisa assim e dificulta.

Seria muito bom pra gente. Tem umas coisas assim que acontecem, um problema na boca e aqui já teria o procedimento, você não precisa ter que faltar no treino... você já tem o profissional pra isso e ajuda a gente a continuar aqui. A não ter que sair daqui e resolver rapidamente.

A gente precisa de um médico aqui na fundação, ou um nutricionista, a gente também precisa de um dentista, acho que não pode cuidar só de fora, isso é muito interessante. Por que as vezes as pessoas que tão aqui não tem condição de fazer os tratamentos.

Muitas vezes eu sei que o cuidado em relação à saúde e também com a

prevenção de lesões não existe pois não é a prioridade, a prioridade é o treino, é estar presente aqui, é cumprir o papel junto com a equipe... pode não parecer mais faltar essas etapas pode prejudicar e muito o atleta e por essa razão nunca se opta pela falta aqui. Agora... se o médico estiver aqui do lado... se o dentista estiver aqui dentro, aí não tem desculpa né? Além de nos dar mais segurança, qualquer coisa que aconteça ele já está ali, também facilita as consultas de controle, o que melhora a prevenção e acredito que até mesmo o número de lesões iria diminuir se essa preocupação existisse, eu acho.

No treino o atleta se machuca bastante, quando precisa tirar raio-x a gente tem que sair. Sair daqui pra ser atendido prejudica bastante. Se tivesse esse grupo de trabalho ligado a um órgão público, tivesse esse acompanhamento local seríamos muito mais eficientes. Fortalece a comunicação entre departamento médico e técnico por que eles nos orientariam sobre cuidados que temos que tomar. Beneficiaria a prevenção.

Uma consulta de rotina entre um treino e outro... acho que seria bem mais simples do que uma coisa, um procedimento maior, de algo que aumentou por que eu não fui ver antes. Aí eu posso perder o dia de treino por ter que ir no médico ou no dentista e ainda perder outros dias pela recuperação...

O próximo DSC está também apoiado no imaginário do coletivo esportista, sobre a abrangência do trabalho do cirurgião-dentista como recurso humano dentro de uma instituição esportiva, sedimentado na interdisciplinaridade, mostrando os benefícios desta inclusão e também as dificuldades que a inserção deste profissional em instituições esportivas públicas enfrentaria.

IC 5: Ações do CD no esporte: este poderia desenvolver atividades de diagnóstico, tratamento curativo, prevenção e orientação, de forma multidisciplinar, integrado à um programa sólido de apoio ao esporte, porém enfrentaria algumas dificuldades inicialmente, principalmente relacionadas à infra-estrutura.

Então esse trabalho teria que ser de duas formas, via convenio ou um plano, estando na saúde tem que ter um plano pra isso, simplesmente não pode cair de para quedas sem suporte, sem condições mínimas de trabalho. Eu vejo assim, tem que partir realmente de um programa, que isso se torne um programa de governo, não de um governo, não de uma gestão, não de ano eleitoral, que isso seja colocado em prática como uma questão publica de governos. Pra não ficar uma coisa de momento.

Hoje nós não teríamos estrutura, teríamos que criar essa estrutura para esse profissional. Em tendo essa estrutura eu penso que ele deveria começar lá na base, acompanhando os jovens talentos, acompanhando o pessoal do rendimento e aí sim, nós teríamos aí a efetivação de um grande projeto. Estaríamos

acompanhando desde a base, acompanhando aquele atleta durante a sua carreira, durante os anos em que ele está desenvolvendo... por isso que eu te digo que não pode ser uma ação isolada, tem que ser uma ação continuada, eu vejo dessa forma. Nas categorias e competições de base os atletas estão em formação. Então ali quanto mais respaldo ele tiver, melhor. Além dos atletas idosos, onde o acompanhamento dos médicos e dentistas é primordial, é um leque de oportunidades pros profissionais da saúde. O número de atletas de uma fundação é grande, e em competições para portadores de deficiência e adultos a demanda é ainda maior.

Acabou aquela época do técnico ser o preparador físico, técnico, psicólogo... Hoje em dia nós temos que ter uma equipe multidisciplinar. Então assim, caso nós tenhamos aí uma equipe multidisciplinar com psicólogo, nutricionista, que é super importante pro desenvolvimento corporal do atleta, principalmente com crianças em fase de desenvolvimento, fisioterapeutas, médicos do esporte, e um profissional da odonto também direcionado... quanto mais profissionais inseridos na área, pra tratamento, prevenção e aí diagnosticar certas patologias ou futuras intervenções, eu acho super importante.

Ele teria que ter o seu local de trabalho, os atletas deveriam se dirigir até lá, deveria ter a ficha cadastral de cada qual e o acompanhamento.

Atleta já perdeu campeonatos mundiais por uma questão de higiene bucal... um canal que, teoricamente, foi só durante o vôo que a pressão deflagrou aquela situação e aí o atleta não pode competir, por que teve que tomar antibiótico e o rendimento dele caiu, a dor era insuportável enfim, o trabalho de um ano foi jogado fora por causa da falta de recursos, falta de orientação... Não há prioridade para a questão da saúde, só quando se deflagra o problema é que se vai tentar resolver. Esse campeonato em questão era um campeonato mundial, nós tivemos que ir até uma clínica particular fazer um curativo, paliativo, mas é obvio que ele não competiu direito, o rendimento dele foi muito abaixo do esperado. E isso não é só ele, acontece com vários atletas, por que sabemos que várias das lesões em atletas começam pela boca. Se você tem uma lesão, tem uma inflamação na boca, teu rendimento vai caindo, daqui a pouco você tem uma lesão no posterior e você vai ter que estudar do que é essa lesão e percebe, poxa, era uma coisa simples que eu podia ter evitado e não teria perdido todo o ano de treinamento.

Então acho que primeiro fazer uma triagem, um diagnóstico, dar preferência pros que estiverem em piores condições e gradativamente atender a todos. O tratamento seria preventivo e emergencial. Quando ele faz a triagem ele sabe o que será de atendimento imediato. Por que na triagem ele também vai saber quem precisa de mais orientação. Cada caso é um caso.

Tudo é uma questão de conscientização, dos técnicos em relação aos profissionais e aos atletas, de abrir esse espaço para o profissional vir aqui

conversar com os pais, pra dar valor à suma importância e da necessidade preventiva ou de tratamento da atual situação que requer a criança, que futuramente pode influenciar. E também da facilidade de acesso dos pais à esse profissional, por que financeiramente pode ser complicado.

Hoje gente se machuca e fica sem nada. Se ele estivesse aqui com a gente poderia nos ajudar melhor nesse quesito. Acho que ele ia explicar pra gente o trabalho dele e ia desenvolver algumas ações, apresentar slides, mostrando pra gente a forma correta de fazer alguma coisa, se é bom a gente ir no dentista de tanto em tanto tempo, ou mesmo se a gente mesmo tiver algum problema poder falar com ele, que ele possa nos ajudar, a gente teria mais informação e o profissional aqui do lado iria ajudar. A maioria dos atletas não tem esclarecimento sobre isso. Uma inflamação no teu corpo e outra no teu dente você não percebe. Só sente quando? Quando tem dor. A verdade é essa: só procura o dentista quando já tá doendo, já tá cariado, quando o tratamento já tem que ser mais forte. O médico é quando houve algum acidente, não tem aquele check-up, aquela prevenção, como deveria ser feito né?

Ninguém vai fazer preventivo. Tá errado, mas infelizmente é uma cultura nossa.

Escovação de dentes é outra coisa que o atleta não tem orientação, eles escovam rápido e forte, acaba com a gengiva e fica sensível, usa o fio daí entra lá em cima e machuca. No primeiro momento o atleta pode achar ridículo essa orientação “eu sei escovar meu dente”, mas aí não faz. E isso tem que vir lá de baixo. Não adianta depois você querer lá em cima falar com o cara de 30 anos... e aí volta àquela questão da política esportiva, como existe em outros países.

Então o atendimento dele seria mais de prevenção e se precisar fazer algum tratamento seria bom não precisar ter que perder treino.

Enfim, como todo profissional da área médica o trabalho seria de prevenção, primeira parte é prevenção. É chamar todos os atletas e dizer “ó, quem tiver algum problema vai ser tratado”, mas num primeiro momento é de avaliação e prevenção. E se acontecer de alguém estar com um problema no dente, e o problema no dente afeta diretamente o rendimento do atleta pelo foco inflamatório aí sim, fazer o tratamento. Mas só num primeiro momento, depois disso acredito que a prevenção seria o objetivo principal.

Os próximos dois DSC apontam de forma hipotética e no imaginário do coletivo esportista, quais seriam os benefícios da inserção de um CD em instituições esportivas, e quais as dificuldades encontradas para o acesso ao tratamento odontológico atualmente.

IC 6: Dificuldades do atleta para manutenção da saúde bucal: o acompanhamento interno é favorável, pois os atletas podem não procurar o

CD pela onerosidade do tratamento e por que não representar uma prioridade.

Eu diria que é uma iniciativa muito importante, por que a gente sabe que muitos atletas deixam de procurar ajuda odontológica por questões financeiras, pois não são tratamentos baratos, e muitas vezes eles não entendem e importância de se tratar e vão deixando... por que as vezes não é uma coisa tão aparente, ou que incomode tanto, então se a gente tivesse alguma coisa dentro da fundação com certeza seria muito útil e teriam benefícios a longo prazo muito importantes.

Nós temos atletas que não são apenas de rendimento, temos também a parte de inclusão social, nós formamos atletas e nessa formação tu pega atleta de tudo quanto é classe social, e nesse ponto seria interessante, já que a saúde começa pela boca, seria interessante que a gente fizesse um acompanhamento dentário, ou talvez de todas as áreas, nesses atletas. Nós temos quase cinco mil atletas na fundação, envolvendo 90 modalidades esportivas, então, não só aqueles atletas que vão pra competir, mas também os atletas que fazer parte do contexto, e que de uma hora pra outra vão estar participando.

Isso falando da nossa realidade de fundação municipal de esportes é claro, mas se você considerar o panorama esportivo do nosso país hoje em dia, a maioria dos atletas que estão em times de elite hoje, ou nas seleções nacionais, são provenientes de fundações municipais como a nossa, ou de programas de inclusão social nas escolas e aí é que o atleta em formação desperta pra esta carreira. Sendo assim a maioria destes atletas vem de classes sociais mais baixas, que não tem esse acompanhamento de saúde de forma constante. Mal e mal tem o que comer, e aproveita a competição pra poder fazer refeições decentes.

Os atletas hoje em dia recebem ajuda de custo, uma bolsa, que não é vitalícia, e patrocínio, mas o patrocínio você pode ter esse ano e ano que vem acaba.

Quer dizer... a gente gosta de ver o time ganhando, gosta de chegar em primeiro lugar, mas não pensa no preparo que isso custa e os sacrifícios que estão sendo feitos no processo. Sem preparo os resultados não serão vitalícios, serão sempre pontuais, resultado do esforço incondicional de uma equipe é claro, mas que não podem ser garantidos a longo prazo, e é aí que as grandes campanhas esportivas morrem. É aí que o Brasil, que tem uma população com biótipo propício ao exercício físico carece de mais atletas importantes, e de mais títulos mundiais... sempre ficando atrás de outros países que muitas vezes não tem as vantagens que nós temos nesse sentido.

Quando chega em competições adultas a gente já percebe que a vivência é maior, a vivência esportiva, e existe um cuidado em relação à sua saúde, já com um maior preparo, e de qualidade, tem o hábito de dormir cedo, comer... Mas no caso de competições infanto-juvenis, de 15 a 17 anos, quando ele está iniciando

essa vida esportiva, ele não tem essa formação, essa disciplina, nem a estrutura familiar pra conseguir isso. Muitas vezes tem atletas que se alimentam no alojamento de uma forma muitas vezes melhor do que em casa. Então a gente percebe isso quando o atleta tá comendo de uma forma exagerada...que ele não tem isso em casa e depois ele põe pra fora por que ele não consegue manter isso. O hábito saudável, o habito esportivo ele ainda não tá sedimentado nessa idade, ele ainda está aprendendo, descobrindo o mundo esportivo dele, né?

E como a manutenção da saúde dele não é estimulada da forma como deveria, a de prevenção, isso acaba não se tornando uma preocupação... uma prioridade. É só quando a água já tá batendo na bunda mesmo, quando a lesão já se estabeleceu e aí a competição já pode estar indo por água abaixo, infelizmente.

IC 7: O trabalho do CD no esporte: A proximidade do profissional CD com a comissão técnica traria melhorias ao trabalho, a prevenção ganharia importância, beneficiando o rendimento.

Acho uma boa iniciativa, seria ótimo e traria bons resultados, até em relação pra ter um feedback diretamente com o profissional de odonto. Às vezes tem um atleta que não se alimenta direito, tem umas anormalidades, não dorme direito, cárie, infecção... então tudo isso, são pequenas coisas mas no final vão agravar o rendimento e o desenvolvimento do atleta também.

Quando a gente tem um acompanhamento dentro do espaço onde a gente trabalha até pra comissão técnica é melhor, quanto mais próximo o trabalho, melhor. Cada caso poderia ser discutido individualmente e com muito mais cuidado não só entre os profissionais como o médico e fisioterapeuta, mas também o próprio técnico do time, indicando se aquele atleta está apto ou não a ir pra competição naquele momento, não tecnicamente, mas em relação a sua saúde.

Mas eu diria que isso tem que ser feito preventivamente, não adianta só o CD ou o médico acompanhar as delegações, ele tem que fazer um trabalho anterior a isso. Se só vai lá e percebe que o atleta tem um problema de canal ou uma lesão, enfim, que precisa de uma intervenção odontológica, o rendimento do atleta já foi comprometido. O trabalho tem que ser anterior, eu vejo dessa forma. Só colocar ele ali pra seguir as fundações nas competições o objetivo não vai ser atendido. O objetivo tem que ser prevenção. E essa prevenção acontece se o profissional da saúde estiver ali pra acompanhar o atleta diariamente, durante o treino, acompanhando aquele contexto, aquela situação... conversando com o técnico, ou com os pais em casos de atletas menores de idade, sempre pensando num melhor aproveitamento deste atleta e do treinamento que está sendo imposto aqui.

Toda a estrutura e os atletas seriam melhor aproveitados se o trabalho de

prevenção fosse melhor organizado e não dependesse exclusivamente só dos técnicos e dos atletas e tivesse a colaboração dos profissionais da saúde que muitas vezes podem ser os mais bem capacitados pra dizer se aquele hábito é o melhor pra atingir o objetivo que queremos ou não. Mas ele não decide isso sozinho. Por isso que ele precisa ter esse contato direto com a comissão técnica, que é quem muitas vezes vai ter a palavra final.

Inicialmente, percebe-se que a representação social encontrada, tanto do CD, quanto da Odontologia em si, apresenta-se de forma muito positiva e afasta-se da representação social encontrada muitas vezes em outros segmentos da sociedade^{25,26}, que relaciona a Odontologia e seus profissionais com sentimentos como dor, sofrimento e tortura²⁷.

Outra dissociação encontrada nesta pesquisa em relação a outros estudos^{25,28} foi o aspecto reducionista da Odontologia que considera que as complicações odontológicas não são tão importantes e que não levam a riscos graves como a morte, por exemplo, e por esta razão seria negligenciada:

Por que a gente sabe que questões do dente prejudicam a pessoa como um todo, se existe alguma deficiência nessa área ela não consegue fazer nada direito, na vida profissional ou em qualquer situação.

Se você tem uma lesão, tem uma inflamação na boca, teu rendimento vai caindo, daqui a pouco você tem uma lesão no posterior e você vai ter que estudar do que é essa lesão e percebe, poxa, era uma coisa simples que eu podia ter evitado e não teria perdido todo o ano de treinamento.

A preocupação quanto ao padrão de higiene bucal e as repercussões sistêmicas é crescente²⁹⁻³³. A aspiração de secreções purulentas, exsudato e agentes etiológicos patogênicos de produtos sépticos e tóxicos que são resultado de bactérias e células humorais em decomposição juntamente com o ritmo respiratório ofegante do atleta, facilitam a penetração desses elementos na corrente sanguínea e pulmões, resultando em bacteremia e redução da capacidade respiratória por inflamação dos tecidos pulmonares³⁴.

Para um atleta profissional, a saúde bucal poderá assumir contornos decisivos no seu condicionamento, rendimento e recuperação. As consequências das doenças bucais em atletas são: 1) perda de desempenho e, conseqüentemente, do rendimento, 2) maior predisposição para contrair lesões físicas, 3) dificuldade agravada para a recuperação de lesões físicas, 4) diminuição da capacidade aeróbica, 5) estafa e fadiga precoce, 6) sub-aproveitamento dos alimentos ingeridos e 7) queda da auto-estima^{34,35}.

Além da importância da saúde bucal o coletivo expressa que o cirurgião-dentista é fundamental e tão necessário quanto outros profissionais da área da saúde:

Eu acho que o dentista tem a mesma função que um médico, a mesma importância. E a participação dele na sociedade é importantíssima, como qualquer outro profissional da saúde.

O fato da Odontologia ser apresentada como uma ciência tão importante quanto as outras profissões da saúde evidencia já no início da construção do pensamento uma vertente interdisciplinar de avaliar a saúde, que é considerada por este coletivo esportivo, um processo global:

Há muitos anos atrás, não se dava tanta importância pra saúde bucal, mas hoje ela é fundamental. É um jeito de cuidar da saúde também. Todas as partes do corpo tu tens que cuidar.

A representação social apresentada corrobora com o pensamento de que a saúde é um estado do indivíduo que não pode ser substituído com “saúdes parciais” dos diversos órgãos ou sistemas. A saúde bucal, como estado de normalidade ou higiene da cavidade bucal, só tem significado quando integrada a uma visão holística da saúde³⁶.

Este coletivo esportivo considera o acompanhamento odontológico fundamental para a manutenção da saúde, porém, muitas vezes inacessível aos atletas por sua onerosidade e morosidade (Diagrama 1). Mas não é apenas a onerosidade dos tratamentos odontológicos que mantêm os atletas longe dos consultórios e esta relação distante não se limita apenas aos cirurgiões-dentistas, mas se estende a todos os profissionais da saúde:

Infelizmente, a estrutura hoje do esporte não tem acompanhamento da forma devida. Eu vejo essa relação bem distante(...)Se o órgão público pudesse fazer esse acompanhamento seria muito benéfico, até por evitar lesões que atrapalham o rendimento da atleta.

A falta de vínculo entre times, atletas e profissionais da saúde e o trabalho limitado a convênios e contratos pontuais para competições específicas é visto como empecilho para um trabalho de longo prazo que priorize a prevenção e não apenas o aspecto curativo/emergencial.

A gente se machuca bastante no treino e geralmente a gente tem que ficar horas na fila pra conseguir o raio-x só, depois ficar na fila de novo pra ser



Diagrama 1. Conjunto de DSC que relata a onerosidade e morosidade do serviço odontológico ofertado, como uma dificuldade para o atleta.

atendido no médico, se tivesse disponível pra gente seria melhor, muito mais rápido.

Hoje gente se machuca e fica sem nada.

Destacam que ao disponibilizar uma equipe de profissionais da saúde multidisciplinar para os atletas este apresentariam um melhor rendimento:

Clubes ou associações que tem condições financeiras de ter digamos assim, a interdisciplinaridade de médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos... tem um rendimento melhor.

Mesmo o trabalho que é alcançado parece não resistir a mudanças de gestão e as instituições e atletas prejudicam-se no processo.

Antes nós tínhamos um convênio com a equipe de vôlei, chegando inclusive a criar um centro de excelência de fisioterapia e montamos todos os equipamentos necessários pra prevenir e recuperar atletas lesionados. E isso se desfez com a dissolução da equipe de vôlei, que levou todo o equipamento.

Reforça-se no discurso a necessidade de uma política de apoio ao esporte e ao esportista que seja de longo prazo:

Então esse trabalho teria que ser de duas formas, via convênio ou um plano, estando na saúde tem que ter um plano pra isso, simplesmente não pode cair de para quedas sem suporte, sem condições mínimas de trabalho...que isso se torne um programa de governo, não de um governo, não de uma gestão, não de ano eleitoral, que isso seja colocado em prática como uma questão publica de governos. Pra não ficar uma coisa de momento.

No Brasil a gente espera surgir um talento (...) a gente não desenvolve o talento.

O fato da inclusão dos profissionais da saúde estar neste imaginário, ligada necessariamente a um programa de longo prazo visa um trabalho realizado desde a base, com acompanhamento do atleta em todas as suas fases de crescimento, para efetivar o resultado de um programa de saúde bem orientado:

...eu penso que ele deveria começar lá na base, acompanhando os jovens talentos, acompanhando o pessoal do rendimento e aí sim, nós teríamos a efetivação de um grande projeto. Estaríamos acompanhando desde a base, acompanhando aquele atleta durante a sua carreira, durante os anos em que ele está desenvolvendo... por isso que eu te digo que não pode ser uma ação isolada, tem que ser uma ação continuada, eu vejo dessa forma.

Os indivíduos relatam priorizar treinos e competições ou outras atividades em detrimento da manutenção da saúde bucal e à prevenção. Esta situação é relatada como um dos desafios potenciais que devem ser superados pelo profissional de Odontologia, juntamente com desafios nutricionais, desidratação e xerostomia transitória, supressão imune induzida pelo exercício, falta de consciência e cuidados e comportamentos negativos dos atletas, por autores que discutem a saúde bucal e o desempenho do atleta de elite nos Jogos Olímpicos^{6,10}.

A possibilidade de realizar os tratamentos odontológicos (ou outros) sem ter que abandonar os treinos aparece como um dos principais motivos apresentados para justificar a possível presença do profissional diretamente no local de treino e no acompanhamento de competições (Diagrama 2).

Além da falta nos treinos, o coletivo esportivo relatou que esta proximidade do cirurgião-dentista com a comissão técnica traria benefícios no sentido de que o acompanhamento e comunicação estariam facilitados, favorecendo a prevenção de lesões.

Piccininni e Fasel⁶ ao relatar seu trabalho nos Jogos Olímpicos e sugerir melhorias para as próximas edições, expuseram que o consultório odontológico dentro da Vila Olímpica garante conveniência e segurança para o atleta e permite o uso de serviços compartilhados, tais como recepção e tradução. Além destes benefícios os autores acrescentam a possibilidade de consultas em conjunto com outros colegas profissionais de saúde em casos difíceis.



Diagrama 2. Conjunto de DSC indicando a falta nos treinos como sendo um dos principais motivos apresentados para justificar a presença do profissional diretamente no local de treino e no acompanhamento de competições.

Na literatura encontram-se relatos destacando esta colaboração que se estabelece entre médico e técnico esportivo, para melhor aproveitamento do potencial psicofísico dos atletas e a união destes profissionais, como partes integrantes de um mesmo sistema, unindo seus conhecimentos especializados, suas experiências pessoais e seus esforços, para que sejam revelados através do desempenho do atleta. É precisamente sobre essa colaboração recíproca que se baseia a grande possibilidade de se alcançar o máximo rendimento de um atleta, ou de uma equipe de atletas, sem se acarretar danos à sua saúde³⁷.

Ao se apresentar o imaginário do processo de trabalho do CD dentro do contexto esportivo o coletivo demonstra maior preocupação com a prevenção do que com aspectos curativos apenas (Diagrama 3). Preocupação esta que se justifica uma vez que é diretamente ligada à possibilidade de surgimento de lesões e a diminuição do número de lesões significa também, indiretamente, a manutenção do bom rendimento físico:

Eu diria que isso tem que ser feito preventivamente, não adianta só o CD ou o médico acompanhar as delegações, ele tem que fazer um trabalho anterior a isso. Se só vai lá e percebe que o atleta tem um problema de canal ou uma lesão, enfim, que precisa de uma intervenção odontológica, o rendimento do atleta já foi comprometido. O trabalho tem que ser anterior, eu vejo dessa forma. Só colocar ele ali pra seguir as fundações o objetivo não vai ser atendido. O objetivo tem que ser prevenção.

Percebe-se que a visão dos atletas sobre o trabalho do CD dentro do contexto esportivo é mais voltada à prevenção e orientações de saúde, o que difere do pensamento mais imediato identificado em outros estudos, que relacionam o esporte e o trabalho da saúde no contexto esportivo, como sendo majoritariamente curativo e pós-lesão^{13,37,38}.

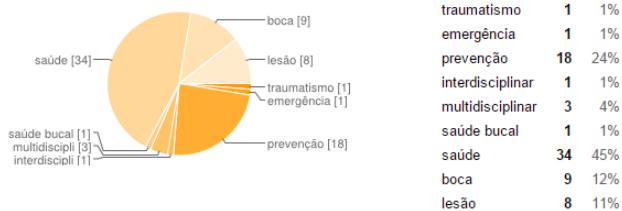


Gráfico 1. Frequência em que termos específicos surgem no DSC.



Diagrama 3. DSC enfatizando a necessidade maior de prevenção e orientação em saúde.

No imaginário do processo de trabalho surgem perspectivas e hipóteses para explicar como a inserção deste profissional poderia acontecer:

Ele teria que ter o seu local de trabalho, os atletas deveriam se dirigir até lá, deveria ter a ficha cadastral de cada qual e o acompanhamento...

Acho que primeiro fazer uma triagem, um diagnóstico, dar preferência pros que estiverem em piores condições e gradativamente atender a todos.

Porém, mesmo considerando a iniciativa hipotética positiva, o coletivo destaca as dificuldades da sua realidade e contextualiza a possibilidade de inserção da Odontologia no contexto esportivo com estes possíveis empecilhos:

Hoje não nós teríamos estrutura, teríamos que criar essa estrutura para esse profissional.

Refere-se aqui à falta de infra-estrutura considerada necessária para o atendimento odontológico no local de treinamento destes atletas, que, em razão da onerosidade e necessidade de constante manutenção pode se tornar uma dificuldade para a implantação do serviço em instituições públicas.

Outra dificuldade apresentada é a questão financeira pela qual as fundações municipais estão submetidas e que consideram, seja determinante na escolha da possibilidade de recursos humanos e materiais disponíveis, gerando impacto direto no desempenho do atleta e da instituição esportiva como um todo:

O que não ocorre no Brasil é essa parceria, você vê assim, só clubes que tem uma estrutura muito grande ou entidades que tem uma estrutura que possa bancar isso é que tem apoio médico, tem o profissional no dia a dia, fora isso o atleta não tem esse acompanhamento. Clubes ou associações que tem condições financeiras de ter a interdisciplinaridade de médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos... tem um rendimento melhor. Já quem não tem, com certeza sai perdendo muito.

Ainda sobre as dificuldades da inserção, tanto do cirurgião-dentista, quanto de outros profissionais da saúde na área esportiva, pode-se destacar a necessidade de capacitação e habilitação destacada pelo coletivo para o trabalho com o atleta, que é considerado por este grupo como sendo um trabalho com especificidades diferenciadas uma vez que lida com um público que responde fisiologicamente de maneira desigual, como podemos perceber nesta manifestação:

Então seria mais interessante, se os profissionais da saúde que tratam os atletas tenham especialização no esporte, por que essa área é mais específica(...) ou então esse profissional deveria fazer alguns cursos pra saber quais as situações específicas que se desencadeiam no esporte, nas competições e no atleta em si. Ele tem que ter uma noção de que o atleta vai responder mais rápido do que um sedentário, do tempo de recuperação... Eu acredito que se o dentista tiver essa vivência, essa visão, por que os atletas são diferentes.

Ressalta-se na literatura a importância da incorporação de uma equipe multidisciplinar em equipes de alto rendimento. 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^{11,37,39}.

A proposta da Odontologia do Esporte é oferecer aos atletas cirurgião-dentistas com visão esportiva e interdisciplinar, a fim de manter e/ou melhorar o seu rendimento através da manutenção da saúde bucal, prevenindo e/ou tratando possíveis lesões decorrentes das atividades esportivas, desde o primeiro atendimento no local até o tratamento e reabilitação do atleta^{34,40-43}.

Outra questão levantada na discussão sobre a necessidade de um profissional especializado no esporte ou não, é que a falta de conhecimento específico de um cirurgião-dentista não familiarizado com as especificidades do tratamento odontológico relacionado aos esportes pode causar alguns problemas, como casos de doping positivo, por exemplo, gerando um prejuízo incalculável para a carreira de um atleta^{9,44-46}.

Essa preocupação e conhecimento sobre a relação saúde bucal e sistêmica aparecem no discurso:

Aconteceu aqui na cidade (...) o caso de um atleta que parecia saudável, mas aí teve uma lesão muscular na coxa, que não sarava, e o fisioterapeuta desconfiou e pediu pro dentista avaliar. O dentista encontrou um foco infeccioso embaixo de uma restauração que tinha sido feita antes de uma competição em outro estado(...) Ao sanar aquele foco infeccioso o atleta conseguiu se recuperar da lesão na coxa. Não sei até que ponto isso está interligado, mas... na nossa experiência, presenciando casos como esse ou semelhantes, a gente percebe essa relação.

A relação entre lesões na boca, mencionadas no DSC como *foco infeccioso*, e lesões sistêmicas é estudada na literatura há muitos anos, encontrando mais recentemente pesquisadores que extrapolaram esta relação para o contexto

esportivo²⁹⁻³³. Além disso, atletas possuem fatores de risco específicos para várias doenças e injúrias bucodentárias como cáries, erosão e traumatismo, e o diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação dessas condições podem preservar a boa saúde bucal e geral desses indivíduos, evitando maiores complicações futuras, principalmente em momentos de competição^{33,47}.

A preocupação com esportes de colisão e traumatismos bucais também foi registrada:

Quando acontece o acidente, e estamos em outras cidades pra competição, temos que procurar um profissional pro atleta ser atendido. Em modalidades como futebol de salão, futebol, handebol, que é muita força, muita explosão, o contato físico é muito forte e é inevitável a quebra de um dente, algum tipo de sangramento de gengiva, hoje inclusive alguns atletas já usam o protetor bucal, né?

Percebe-se uma focalização da Odontologia Preventiva quando o assunto é cárie, e não se preocupando igualmente em evitar traumatismos dentários e/ou em tecidos moles e de suporte, principalmente nos esportes⁴⁸. A crença de que o traumatismo dentário resulta de “acidentes” ou “eventos aleatórios” tem contribuído para que o evento e sua prevenção sejam negligenciados. A etiologia do traumatismo dentário necessita ser mais bem estudada⁴⁹.

No Brasil os estudos epidemiológicos sobre traumatismos buco-dentários relacionados ao esporte e condições de saúde bucal de atletas ainda são incipientes⁵⁰. Em países desenvolvidos a realidade é um pouco diferente, a exemplo dos Estados Unidos da América, onde o próprio governo tem financiado pesquisas sobre este tema, enfatizando a necessidade de prevenir tais injúrias⁵¹, e da Irlanda, onde a Associação Atlética Gaélica, uma associação esportiva muito importante do país, tem apoiado o desenvolvimento de um banco de dados completo como uma plataforma para prevenção de lesões de seus atletas⁵².

No momento da ocorrência de um traumatismo dentário a maior parte dos pais e alguns cirurgiões-dentistas tem dúvida sobre como proceder⁵³. Por esta razão, a situação ideal é que, quando existe a possibilidade de um traumatismo dentário acontecer, haja uma equipe de cirurgiões-dentistas presente, pois um cirurgião-dentista pode facilmente pertencer a uma equipe e/ou um número de equipes, atuando como um profissional consultor, ajustando protetores bucais e assegurando que o traumatismo dentário ou outras enfermidades dentárias sejam tratadas^{23,40}.

Traumatismos dentários com etiologia esportiva poderiam ser evitados se houvesse um esforço conjunto de pais, treinadores e cirurgiões-dentistas em incentivar e motivar os atletas a usarem os protetores bucais durante treinos e jogos⁴⁸. Sendo que o uso de protetores bucais vai além da garantia de saúde e integridade dos atletas, visto que, estes dispositivos proporcionam também uma

economia significativa para os clubes, federações e patrocinadores em relação aos tratamentos odontológicos e tempo de recuperação de atletas que permanecem afastados^{48,54-56}.

A má saúde dificulta a capacidade produtiva, e os custos atribuídos ao cuidado médico são caros e continuamente ascendentes; por isso, diz-se que a prevenção poupa dinheiro. Essa afirmação, porém, só pode ser considerada verdadeira em faixas específicas da vida produtiva de uma pessoa⁵⁷.

O planejamento na clínica odontológica para o atleta requer do cirurgião-dentista conhecimentos abrangentes para poder visualizar o paciente como um ser integral, oferecendo a ele um tratamento eficiente que devolve estética, função e saúde, sem prejudicar o desenvolvimento de suas atividades profissionais.

Segundo o professor Alexandre Barberini⁵⁹, o dentista do esporte deve:

- a) Realizar avaliações de saúde bucal pré-contratual, pré-participação e pós-participação, obedecendo sempre o calendário dos atletas;
- b) Atendimento inicial no local dos eventos, treinos e jogos, principalmente nos casos de acidentes orofaciais;
- c) Administrar corretamente substâncias e medicamentos, descartando os que podem causar doping ao atleta, podendo também utilizar da metodologia para detecção de doping e estresse pela saliva.
- d) Trabalhar em equipe multidisciplinar, promovendo campanhas de prevenção de saúde bucal para os atletas, fornecendo aos treinadores, técnicos e dirigentes informações sobre: procedimentos de urgência, uso de acessórios de proteção adequados para cada modalidade esportiva.
- e) Saber os protocolos de atendimento médico apropriado antes do tratamento dentário;
- f) Acompanhar treinamentos e jogos;
- g) Respeitar os direitos desportivos do atleta e sua imagem;
- h) Saber como o esporte pode ser uma ferramenta para o marketing estratégico da Odontologia;
- i) Utilizar metodologias, tecnologias, produtos capazes de treinar, ensinar, avaliar, alimentar e recuperar melhor atletas de alto rendimento;
- j) Aplicar a Odontologia Neurofisiológica (Neuromuscular).

Em relação a esta necessidade de capacitação do profissional ela justifica-se ao se encarar a demanda que o mercado esportivo pode proporcionar:

O número de atletas de uma fundação é grande, e em competições para portadores de deficiência e adultos a demanda é ainda maior.

A falta de interesse ou preocupação com a Odontologia do Esporte faz com que o profissional perca a oportunidade de ampliar sua área de atuação,

principalmente em clubes que possuem grandes patrocinadores⁴⁵. Outros autores concordam que a Odontologia do Esporte caracteriza-se como um novo campo de trabalho e de pesquisas, em constante expansão, podendo estar envolvida em diversos esportes e práticas corporais^{9,11,60}. Nos últimos anos essa área tem experimentado um crescimento no Brasil, com a criação de Comissões de Odontologia do Esporte formadas na maioria dos conselhos regionais de odontologia⁴⁷ e o reconhecimento do CFO da Odontologia do Esporte como especialidade odontológica. A área da Odontologia do esporte é reconhecida no Comitê Olímpico Internacional (COI) que lançou em 2000, através de sua comissão médica, um manual exclusivamente sobre o tema, tendo como público-alvo os atletas olímpicos⁶¹.

Ainda existe espaço, porém, para discussão sobre o regime de trabalho destes profissionais, uma vez que os poucos estudos realizados nacionalmente indicam a terceirização deste profissional e utilização apenas em situações de emergência^{35,43,45}.

Percebe-se em todos os discursos apresentados o desejo de que a equipe esportiva seja acompanhada por uma equipe multidisciplinar (Figura 1). Porém, a maneira como a relação entre estes profissionais da saúde se daria, no imaginário do coletivo esportivo, demonstra que o trabalho destes profissionais seria, na verdade, interdisciplinar, onde objetivos parciais devem ser atingidos em cada área para que um objetivo maior seja alcançado, este sendo o melhor rendimento físico do atleta, porém respeitando as bases disciplinares durante esse processo.

Segundo Minayo²², interdisciplinaridade consiste em uma articulação entre várias disciplinas tendo como foco o objeto, o problema ou o tema complexo, para o qual não basta a resposta de uma só área, o objeto neste contexto sendo, então, o rendimento físico do atleta.

O coletivo relata como essa relação de trabalho funcionaria na prática:

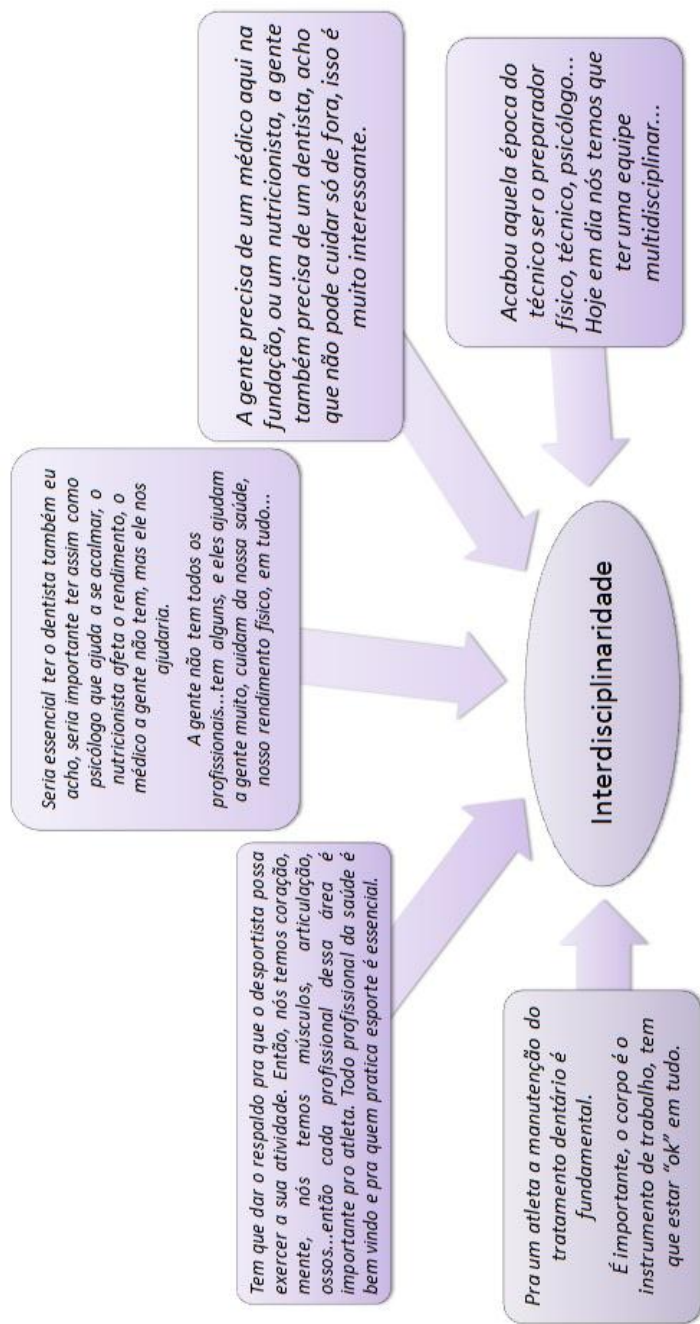


Figura 1. A necessidade e o desejo pela multidisciplinaridade da saúde no esporte evidenciada no DSC.

(...) um atleta que sofreu um traumatismo mais forte ali, fraturou ossos da face, dentes... pode ficar comprometido psicologicamente, passar a não participar mais de jogadas que ele julga mais perigosas pois tem medo de se machucar de novo, aí você tem que abrir mão de um acompanhamento psicológico também. Perceba aí a quantidade de profissionais envolvidos no tratamento desse único atleta, o médico, o dentista, o psicólogo, talvez um fisioterapeuta ou o próprio nutricionista. O trabalho tem que ser interdisciplinar, multidisciplinar.

Na literatura encontramos o trabalho do profissional da saúde inserido no contexto esportivo classificado como multidisciplinar (ou pluridisciplinar, muitas vezes usado como sinônimo)^{62,63}.

No entanto, ao se tratar da saúde de um atleta a separação do tratamento em disciplinas isoladas torna-se inviável na prática, pois cada intervenção pode afetar a função de outro sistema. O atleta exacerba as relações sistêmicas humanas por utilizar o próprio corpo como instrumento de trabalho e por essa razão necessita de atenção à saúde pensada de forma global⁶³.

Considera-se urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde [...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe⁶⁴.

Esta relação interdisciplinar entre profissionais da saúde deve estar sedimentada sobre a prática do exercício da tolerância. Significa permeabilizar o discurso de um profissional com o discurso do outro membro da equipe e entender que as contribuições teórico-práticas de outros coletivos de pensamento constituem elementos de uma construção coletiva. As limitações de cada disciplina tem que ser entendidas e respeitadas. Entender que as competências específicas do médico, do enfermeiro, do cirurgião-dentista são limitadas, porém estas mesmas limitações podem se tornar substrato na justificativa interdisciplinar. A própria condição da complexidade do objeto saúde/doença imprime em cada coletivo de pensamento a consciência de suas limitações; por outro lado, é exatamente nesta complexidade que emerge a possibilidade do trabalho em equipe⁶⁵.

Na perspectiva contemporânea, a interdisciplinaridade contempla: o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a consequente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde⁶⁵. Transformações ideológicas, políticas e pedagógicas nas instituições formadoras destes profissionais no país são necessárias. A Odontologia ao responder a essas

transformações precisa reaproximar-se das outras áreas da saúde e combater o isolamento em que esteve por tantos anos de formação e mercado de trabalho regidos pela iniciativa privada^{18,66}.

Considera-se a presença de um cirurgião-dentista no âmbito desportivo necessária, pois à medida que se encontram problemas bucais ou consequentes de lesões inicialmente bucais, em atletas ocasionados pela prática esportiva os cirurgiões-dentistas são os profissionais mais bem qualificados e preparados para resolver essas situações⁴⁰.

Para Rodrigues³⁵ é fundamental a conscientização e o emprego de estratégias com as seguintes finalidades: 1) prevenção de traumatismos dentários, 2) prevenção de repercussões sistêmicas consequentes de um inadequado padrão de higiene bucal e 3) motivação dos praticantes de atividades esportivas a frequentarem o consultório odontológico.

O pensamento interdisciplinar deste profissional também deve lhe dar consciência e conhecimento para que realize os encaminhamentos corretos¹⁹. Porém não se limita exclusivamente a esses encaminhamentos. A prática interdisciplinar não se processa só pela alocação de vários profissionais de categorias diversas em um único local de trabalho. Ela está vinculada à responsabilidade individual que advém do envolvimento do profissional com o projeto, com as pessoas envolvidas e com a instituição¹⁹. Exige a integração não somente de saberes, mas também de práticas, e integra e renormaliza as disciplinas e as profissões delas decorrentes, concretizando, ao final, a íntima relação entre conhecimento e ação²¹.

Scherer, ao estudar a interdisciplinaridade²⁰ conclui que esta não tem um fim em si mesmo, não está presente em todos os momentos e se constrói a partir de necessidades e capacidades determinadas pelo meio e pelos sujeitos que produzem o cuidado em saúde. Conclusões estas que podem se adequar ao contexto esportivo também. A interdisciplinaridade, segundo a mesma autora, desenvolve-se a partir da incompetência em tratar a descontinuidade do objeto, e esta deve ser reconhecida pelos profissionais, o que implica num posicionamento ético e político compartilhado. Exige, portanto, diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados. Enfatiza-se que a produção de conhecimentos e o agir profissional se situa para além das disciplinas. Ao agir se utiliza saberes e conhecimentos de várias origens, não só os disciplinares, mas também aqueles construídos na realização da atividade de trabalho, saberes que se recompõem permanentemente e que permitem visão ampla da realidade²¹.

O trabalho do cirurgião-dentista é relatado por este coletivo esportivo como sendo importante para o esporte e que a comunicação com outros profissionais da saúde e comissão técnica traria benefícios para o rendimento do atleta/equipe. Baseado nestas manifestações obtidas no DSC e nas colocações

destes autores sobre a relação interdisciplinar entre profissionais da saúde e a percepção de que esta é uma necessidade para o trabalho no contexto esportivo entendemos que a relação entre profissionais da saúde que trabalham no esporte apresenta-se desta forma:



Figura 2. Inserção do atleta na dimensão multifacetada do esporte, que possui suas vertentes complementares, entre elas a esfera da saúde, onde a Odontologia se encontra.

Conclusões: A representação social encontrada, tanto do profissional cirurgião-dentista, quanto da ciência Odontologia em si, apresenta-se de forma muito positiva neste coletivo. Percebe-se que a visão sobre o trabalho do cirurgião-dentista dentro do contexto esportivo é mais voltada à prevenção e orientações de saúde, o que difere do pensamento mais imediato identificado em outros estudos, que relacionam o esporte e o trabalho da saúde no contexto esportivo, como sendo majoritariamente curativo e pós-lesão.

Este coletivo considerou que a inclusão do CD no contexto esportivo traria benefícios como a melhor comunicação com a comissão técnica, a prevenção priorizada, a não falta nos treinos, maior segurança e melhor rendimento para os atletas que dispõe deste recurso. E como principais dificuldades que este profissional enfrentaria para sua inserção relatam a falta de infra-estrutura que abrigue os equipamentos necessários para o trabalho integral e a falta de um plano que proteja a continuidade das ações em saúde, que não esteja conectada apenas a uma gestão de administradores.

Na avaliação das projeções e perspectivas da inserção do cirurgião-dentista no contexto esportivo este coletivo considera a necessidade de aquisição de novas habilidades e competências profissionais, pois atletas de alto rendimento constituem uma população bastante específica e sensível às mudanças nos

tratamentos de saúde, e que deveriam ser sempre acompanhadas por uma equipe interdisciplinar, para alcançar melhores resultados.

Referências:

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil; 1988 p. 544.
2. Meyer F. Avaliação da saúde e aptidão física para recomendação de exercício em pediatria. *Rev Bras Med Esporte*. 1999;5(1):24–6.
3. Speed C, Jaques R. High-performance sports medicine: an ancient but evolving field. *Br J Sports Med*. 2011 Feb;45(2):81–3.
4. Rosa AF, Costa SB da, Silva PRS, Roxo CDMN, Machado GS, Teixeira AAA, et al. Estudo descritivo de alterações odontológicas verificadas em 400 jogadores de futebol. *Rev Bras Med do Esporte*. 1999 Apr;5(2):55–8.
5. Ranalli DN. Sports dentistry and dental traumatology. *Dent Traumatol*. 2002 Oct;18(5):231–6.
6. Piccininni PM, Fasel R. Sports dentistry and the olympic games. *J Calif Dent Assoc*. 2005 Jun;33(6):471–83.
7. Gay-Escoda C, Vieira-Duarte-Pereira D, Ardevol J, Pruna R, Fernandez J, Valmaseda-Castellon E. Study of the effect of oral health on physical condition of professional soccer players of the Football Club Barcelona. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2011;16(3):436–9.
8. Bastida E, Peron R, Queiroz A, Hayacibara M, Terada R. Prevalência do uso de protetores bucais em praticantes de artes marciais de um município do Paraná. *Rev Bras Odontol*. 2010;67(2):194–8.
9. Bastos S, Mar EM, Aparecida C, Sim D, Peres CS, Caldana L, et al. Sports dentistry : proposal of a dental health attention protocol for athletes. *Rev Gaucha Odontol*. 2013;61(1):461–8.
10. IOC CM. Sports Dentistry and the elite athlete. 2000.
11. Costa SDS. Odontologia desportiva na luta pelo reconhecimento. *Rev Odontol da Univ Cid São Paulo*. 2009;21(2):162–8.
12. Tolentino AB. Sports dentistry : a perspective for the future. *Rev Bras Educ Fís Esporte*. 2014;28(2):351–8.
13. Foster M. Sports dentistry--what's it all about? *SADJ*. 2009 Jun;64(5):198, 200–2, 204 passim.
14. Lefèvre, Fernando; Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). *Caxias do Sul: EDUCS*; 2003.
15. Moscovici S. *Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes; 2003.
16. SPINK MJ. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI PA. J, Sandra, editors. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 1995.

17. Oliveira MSBS de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Rev Bras Ciências Sociais*. 2004 Jun;19(55).
18. Carcereri DL, Amante CJ, Reibnitz MT, Mattevi GS, Garret G, Clara A, et al. Formação em odontologia e interdisciplinaridade : o Pró-Saúde. *Rev da ABENO*. 2002;11(1):62–70.
19. Costa RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *MENTAL*. 2007;5(8):107–24.
20. Scherer MD dos A, Pires DEP de, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2013 Nov;18(11):3203–12.
21. Scherer MD dos A, Pires D. Interdisciplinaridade: processo de conhecimento e ação. *Tempus - Actas Saúde Coletiva -O Trab em Saúde*. 2011;5(1):69–84.
22. Minayo MCDS. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Disciplinary, interdisciplinarity and complexity*. *Emancipacao*. 2010 Jul 12;10(2):435–42.
23. Lima DLF. *Odontologia Desportiva e Interdisciplinaridade*. Coleção *Pesqui em Educ Física*. 2009;8:193–8.
24. Couto ACP, Aleixo IM, Couto M, Freitas HR de. *Esporte e Interdisciplinaridade: Proposta de Ação Desenvolvida no Projeto Guanabara*. Belo Horizonte; 2004.
25. Cruz J de S, Paixão LO de MCHH, Pordeus IA. A imagem do Cirurgião-dentista: Um estudo de Representação Social. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1997;11(4):307–13.
26. Costa S de M, Bonan PRF, Abreu MHG de, Durões SJA. Representação social da Odontologia : uma abordagem qualitativa junto aos graduandos da Unimontes *Social representation of Dentistry : a qualitative study with dental students of Unimontes*. *Rev Odonto Ciência*. 2008;23(3):238–42.
27. Klatchoian DA. *Psicologia Odontopediátrica*. 2nd ed. Santos; 2002.
28. Rodrigues HJ. *Padrão de conhecimento do atleta amador de Bauru-SP, relacionado aos cuidados de saúde bucal*. Universidade de São Paulo; 2005. p. 149.
29. Glass RT, Wood CR, Bullard JW, Conrad RS. Possible disease transmission by contaminated mouthguards in two young football players. *Gen Dent*. 2007;55(5):436–40.
30. Glass RT, Conrad RS, Wood CR, Warren AJ, Kohler G a, Bullard JW, et al. Protective athletic mouthguards: do they cause harm? *Sports Health*. 2009 Sep;1(5):411–5.
31. Glass R, Bullard J, Goodson L CR. Microbial contamination of protective mouth-guards in hockey players: an in vivo study. *Compend Cont Educ Dent*. 2001;22:1093–108.

32. Glass RT, Conrad RS, Köhler G a, Warren AJ, Bullard JW. Microbiota found in protective athletic mouthguards. *Sports Health*. 2011 May;3(3):244–8.
33. Souza BC de, Ribas ME, Haas AN, Burzlaff JB, Oliveira AR. Impact of periodontal inflammation on changes of a marker of muscle injury in young soccer players. *Rev Odonto Ciência*. 2013;
34. Brito e Dias R, Coto NP. *Odontologia do Esporte: Uma abordagem multidisciplinar*. 1st ed. São Paulo: Medbook; 2013.
35. Rodrigues HJG. *Padrão de conhecimento do atleta amador de Bauru-SP*. Universidade de São Paulo; 2005.
36. Narvai PC, Frazão P. *Saúde Bucal no Brasil: Muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Editora Focruz; 2008.
37. Pini MC. Assistência Médica numa Delegação Esportiva ou o Médico numa Delegação Esportiva. *Fisiologia Esportiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 1983. p. 320.
38. Piccininni PM, Fasel R. Sports dentistry and the olympic games. *J Calif Dent Assoc*. 2005 Jun;33(6):471–83.
39. LIMA DL. *Odontologia Desportiva e Interdisciplinaridade*. Coleção Pesquisa em Educ Física. 2009;8:193–8.
40. Barberini AF, Aun CE, Caldeira CL. Incidência de injúrias orofaciais e utilização de protetores bucais em diversos esportes de contato. *Rev Odontol UNICID*. 2002;14(1):7–14.
41. Sizo SR, Silva ES da, Rocha MP da C da, Klautau EB. Avaliação do conhecimento em odontologia e educação física acerca dos protetores bucais. *Rev Bras Med do Esporte*. 2009 Aug;15(4).
42. Ribeiro A de A, Silva RG da, Souza IPR de. Recuperação da confiança do atleta com o uso de protetores bucais na prática de esporte: relato de caso. *J Bras Odontopediatria Odontol do bebê*. 2002;5(23):11–5.
43. Padilha AC, Ribeiro D. *Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional*. Universidade Federal de Santa Catarina; 2012. p. 140.
44. Gizzarelli G. Point of Care: As a team dentist, what issues in doping control and banned substances do I need to be concerned about? *J Can Dent Assoc (Tor)*. 2005;71:267–8.
45. Vanhegan IS, Palmer-Green D, Soligard T, Steffen K, O'Connor P, Bethapudi S, et al. The London 2012 Summer Olympic Games: an analysis of usage of the Olympic Village “Polyclinic” by competing athletes. *Br J Sports Med*. 2013 May;47(7):415–9.
46. Mello AB, Flório FM. Como atuar em equipe na prescrição segura de medicamentos? *FIEP Bull*. 2010;80(2005):1–4.
47. Namba EL, Bonotto D, Grégio AMT, Alanis LRA, Rosa EAR. *Odontologia Esportiva*. In: Linden MS, Carli J de, Busatto A, Cauduro R,

- editors. *Multidisciplinaridade na Saúde Bucal*. 5^a ed. Porto Alegre: RGO; 2012. p. 190.
48. CANTO G de L et al. Protetores bucais: uma necessidade dos novos tempos. *Rev Dent Press Ortodon Ortoped facial*. 1999;4(6):20–6.
 49. Antunes JLF, Peres MA. *Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da Saúde Bucal*. 1^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2006.
 50. Correa MB, Schuch HS, Collares K, Torriani DD, Hallal PC, Demarco FF. Survey on the occurrence of dental trauma and preventive strategies among Brazilian professional soccer players. *J Appl Oral Sci*. 2010 Dec;18(6):572–6.
 51. White JA, Beltrán ED, Malvitz DM, Perlman SP. Oral health status of special athletes in the San Francisco Bay Area. *J Calif Dent Assoc*. 1998 May;26(5):347–54.
 52. Blake C, John M, Conor G, O'Malley E. Injury to the head region in elite male gaelic football and hurling: 2007-2012. *Br J Sports Med*. 2014 Apr;48(7):569.
 53. Needleman I, Ashley P, Petrie A, Fortune F, Turner W, Jones J, et al. Oral health and impact on performance of athletes participating in the London 2012 Olympic Games: a cross-sectional study. *Br J Sports Med*. 2013 Sep 24;47:1054–8.
 54. Badel T, Jerolimov V, Pandurić J. Dental/Orofacial trauma in contact sports and intraoral mouthguard programmes. *Kinesiology*. 2007;39(1):97–105.
 55. Levin L, Friedlander LD, Geiger SB. Dental and oral trauma and mouthguard use during sport activities in Israel. *Dent Traumatol*. 2003 Oct;19(5):237–42.
 56. Tuna EB, Ozel E. Factors Affecting Sports-Related Orofacial Injuries and the Importance of Mouthguards. *Sports Med*. 2014 Mar 20
 57. Rose G. *Estratégias da Medicina Preventiva*. Estratégias da Medicina Preventiva. São Paulo: ArtMed Editora; 2010.
 58. Santos V. *Odontologia do Esporte*. *Odonto Mag*. 2013;3(34):18–20.
 59. Johnsen DC. Prevention of intraoral trauma in sports. *Dent Clin North Am*. 1991;35(4):654–66.
 60. McNutt T. Oral trauma in adolescent athletes: a study of mouth protectors. *Pediatr Dent*. 1989;11(3):209–13.
 61. IOC CM. *Sports Dentistry and the Elite Athlete*. Paris; 2000 p. 10.
 62. Hollman W, Hettinger T. *Medicina do Esporte: Fundamentos Anatômicos-Fisiológicos para a prática esportiva*. 4^a ed. Barueri: Manole; 2005.
 63. Hernandez AJ. *Perspectivas profissionais da Medicina do Esporte*. *Rev Med São Paulo*. 2012;91(1):9–13.
 64. *Programa Saúde da Família*. *Rev Saude Publica*. 2000 Jun;34(3).

65. Saupe R, Cutolo, Agea LR, Wendhausen, Pereira ÁL, Benito, et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2005;9(18):521–36.
66. Souza AL de, Carcereri DL. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2011 Dec;15(39):1071–84.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisas sobre odontologia do esporte a partir da visão da saúde coletiva são necessárias para contextualizar essa nova área à necessidade da população.

É desejável que a Odontologia seja cada vez mais valorizada como uma área integrante do campo da saúde, sendo imprescindível para que haja melhora efetiva na assistência à saúde das pessoas. O distanciamento das demais profissões de saúde que a Odontologia manteve por entre os anos, está pouco a pouco sendo revisto e essa ciência vem reaproximando-se e desenvolvendo oportunidades de aprendizado no que se refere a essa forma de trabalhar.

Na última década, a formação de profissionais de saúde tem sido reformulada com base em políticas de educação e de saúde promovidas em parceria por dois ministérios: o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e o Ministério da Saúde (MS). Essas políticas sinalizam na direção de uma reforma curricular imprescindível nos cursos de graduação da área da saúde: aproximar a formação do cirurgião-dentista dos demais profissionais de saúde constitui uma tarefa essencial à realidade. Desde a graduação, o cirurgião-dentista deve ser preparado para atuar em equipes de saúde, independente do enfoque de atendimento ou perfil do paciente. Assim, é necessário transformar e integrar os novos conhecimentos vindos da Odontologia do Esporte, tanto as bases teóricas como o conhecimento sobre o manejo clínico do paciente atleta, aos saberes prévios, ampliando o enfoque do sistema educacional de maneira a contemplar não somente o ensino, mas também o aprendizado do aluno.

A Odontologia do Esporte não se diferencia da Odontologia convencional apenas pelo seu objeto de estudo e universo, a exemplo da Odontogeriatrics e Odontopediatria. A Odontologia do Esporte oferece como produto final, a exemplo de outras especialidades da saúde no esporte, o rendimento físico mantido ou aprimorado, e não o seu tratamento ou cuidado, tornando-se assim, um meio e não um fim. O serviço ofertado pela Odontologia tradicional é considerado um fim, por exemplo, o paciente que necessita de um tratamento de canal pois quer sanar a infecção e terminar a dor, ao realizar o tratamento, consegue, na maioria das vezes, alcançar essa meta. Na Odontologia do Esporte, o cuidado realizado é sempre em prol da manutenção do bom rendimento físico, mesmo que as necessidades imediatas de eliminação da dor, infecção e inflamação também sejam atingidas durante o processo. Logo, a atenção em saúde bucal deve ser sempre adaptada a essa função.

As funções da Odontologia são realizadas com esse objetivo, porém o rendimento físico aprimorado depende de outros fatores que fogem à competência odontológica e por esta razão argumentamos que esta área da Odontologia não pode ser considerada como obrigação de fim, e sim de meio.

Na Odontologia apenas algumas especialidades são consideradas, juridicamente, obrigações de meio, como no caso da Cirurgia Buco Maxilo Facial, Prótese Buco Maxilo Facial e Periodontia. Nas demais especialidades, em geral, há entendimento de que devam ser consideradas como sendo de resultado. Contudo, não há consenso na literatura, nem dos tribunais sobre quais especialidades devam responder pela obrigação de meio ou de resultado. Critica-se o fato de que a imputação da obrigação de resultado ao Cirurgião Dentista, não considera as inúmeras variáveis envolvidas no tratamento odontológico, que frequentemente estão fora do controle do cirurgião-dentista, impedindo-o de ter em suas mãos o pleno controle do resultado (DESPINOY, 2014).

O paciente atleta possui alterações fisiológicas dinâmicas que devem ser conhecidas pelos profissionais que atuam nesta área de cuidado.

A integralidade da atenção significa a inclusão dos diversos aspectos que constituem o processo saúde-doença, tanto dos indivíduos quanto da coletividade. A integralidade enquanto princípio de assistência em saúde busca garantir ao indivíduo um serviço que transcenda a prática curativa, considerando ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde, evidenciando a necessidade de articulação entre a equipe multiprofissional que cuida dos atletas. O cirurgião-dentista ao integrar as equipes que prestam assistências aos atletas pode contribuir para a integralidade do cuidado para que este seja realizado considerando o indivíduo em sua totalidade. Excluir a Odontologia do grupo das profissões que trabalham na prática esportiva é ir de encontro com os princípios básicos da assistência em saúde tão enfatizados e requeridos atualmente.

Este coletivo esportivo tem consciência da importância da manutenção da saúde para um perfeito aproveitamento do desempenho, porém a maior parte desta população procura atendimento odontológico apenas para urgências, não havendo um atendimento continuado e preocupado com a manutenção da saúde constatando que há uma demanda odontológica com dificuldade de acesso aos serviços de saúde e que está desassistida. Atletas possuem fatores de risco específicos para várias doenças e injúrias buco-dentárias como cáries, erosão e traumatismo. O diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação dessas condições podem preservar a boa saúde bucal desses indivíduos, evitando complicações futuras, principalmente em momentos de competição. Além disso representa um promissor mercado de trabalho que não está tendo a atenção devida.

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.

O modelo de prática odontológica em nosso país ainda se encontra dentro do paradigma biomédico, caracterizado por uma prática centrada na assistência

odontológica, com foco no tratamento das sequelas das doenças bucais, realizada pelo dentista de forma individualizada. O papel do esporte como estímulo ao desenvolvimento humano, como ferramenta civilizadora para promover a paz, como direito de todo ser humano e como instrumento educacional já foi tema para inúmeros debates. Como contribuição social, o objetivo é de democratizar o acesso a prática esportiva e de lazer, além de possibilitar parcerias com diversos serviços. Tendo em vista a peculiaridade do atendimento ao esportista, muitos municípios já possuem um serviço público de assistência à saúde de atletas, profissionais ou amadores, que não possuem condições financeiras ou patrocinadores. Na odontologia, o compromisso social com as necessidades de atenção da população e com a transferência de conhecimentos na busca da autonomia, a intersetorialidade, a contextualização da aprendizagem na realidade de inserção social dos sujeitos, a problematização da realidade e do conhecimento e a participação como base para a cidadania são temas desafiadores para uma educação humanizada na área de saúde bucal.

Aliada ao esporte, o acesso aos serviços de saúde bucal a esta população poderiam ficar mais acessíveis e a Odontologia poderia participar, mais ativamente, da construção e desenvolvimento humano. Dessa maneira, a Odontologia teria sua contribuição social mais fortalecida e reconhecida pela sociedade.

5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA NOVOS ESTUDOS

Foi considerado uma limitação deste estudo a necessidade de conciliar calendário esportivo com as visitas às delegações para obter as entrevistas, de maneira que a presença do pesquisador não atrapalhasse a sequência de treinamento e atividades das equipes que se dispuseram a colaborar com o estudo.

O campo da pesquisa em Odontologia do Esporte é incipiente e estudos voltados ao processo de trabalho do profissional inserido no contexto esportivo são ainda mais escassos. Mais pesquisas, nesse sentido e também no seu âmbito técnico e de relações causais sobre problemas de saúde bucal e repercussões sistêmicas, com métodos diferenciados, devem ser incentivadas, pois permitirão a sedimentação da área e do profissional no esporte, colaborarão com o desenvolvimento da ciência e tanto atletas e profissionais do esporte, quanto profissionais da saúde se beneficiarão destes estudos.

Os macrodeterminantes da saúde no esporte de alto rendimento devem ser identificados. A capacidade destes determinantes de se externalizar para outros contextos (outros esportes ou outras localizações) devem ser avaliadas também. Qual o modelo de atenção a saúde que pode ser incorporado por fundações incentivadoras do esporte nos âmbitos municipal, estadual ou federal? Quais as diferenças entre instituições formadoras de atletas que são públicas das que recebem financiamento privado?

A linha de pesquisa abordada nesta dissertação ainda permite muitos questionamentos que podem ser aproveitados por outros pesquisadores, para preencher, mesmo que parcialmente, esta lacuna do conhecimento em nossa ciência. A própria seleção da amostra pode ser ampliada ou qualificada para obtenção de novos resultados. Certamente os profissionais da saúde que trabalham inseridos no esporte também devem ser ouvidos, e poderiam, com suas manifestações, ajudar a completar a visão do coletivo esportivo.

Referências

- ALMEIDA, É. C.; JÚNIOR, D. M. V. W. M. A conformação da odontologia enquanto profissão: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Odontol**, v. 59, n. 6, p. 370–3, 2002.
- ALVES, R.; MOTA, J.; COSTA, M.; ALVES, G. Aptidão física relacionada à saúde de idosos : influência da hidroginástica. **Rev Bras Med Esporte**, v. 10, n. 1, p. 31–37, 2004.
- ANDRADE, M. A odontologia entra em campo. **Rev Assoc Bras Odonto**, v. 4, n. 2, p. 76–80, 1996.
- ANDRADE, R.; EVANS, P.; ALMEIDA, A.; et al. Prevalence of dental trauma in Pan American games athletes. **Dental traumatology : official publication of International Association for Dental Traumatology**, v. 26, n. 3, p. 248–53, 2010..
- ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da Saúde Bucal**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006.
- ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física , saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 6, n. 5, p. 194–203, 2000.
- BARBERINI, A. F.; AUN, C. E.; CALDEIRA, C. L. Incidência de injúrias orofaciais e utilização de protetores bucais em diversos esportes de contato. **Rev Odontol UNICID**, v. 14, n. 1, p. 7–14, 2002.
- BARRETO, S. M. G. Esporte e Saúde. **Revista Eletrônica de Ciências**, , n. 22, 2003.
- BARROS, T. L.; ANGELI, G.; BARROS, L. F. Preparação do Atleta de Esportes Competitivos. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 114–20, 2005.
- BARROS, L.F.P DE; LOPES, C. O uso do midazolam via oral em cirurgia ambulatorial: relato de dois casos clínicos. **Rev Bras Cir Protese Implant**, v. 10, n. 38, p. 169–73, 2003.
- BASTIDA, E.; PERON, R.; QUEIROZ, A.; HAYACIBARA, M.; TERADA, R. Prevalência do uso de protetores bucais em praticantes de artes marciais de um município do Paraná. **Rev Bras Odontol**, v. 67, n. 2, p. 194–198, 2010.
- BATRA, A. S.; BALAJI, S. Prevalence and spectrum diseases predisposing to sudden cardiac death: are they the same for both the athlete and the nonathlete? **Pediatric cardiology**, v. 33, n. 3, p. 379–86, 2012.
- BERND, B. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde em Debate**, , n. 34, p. 33–9, 1992.
- BIJELLA, M. F. T. B. Occurrence of primary incisor traumatism in Brazilian children: house-by-house survey. **J Dent Child**, v. 57, n. 6, p. 424–7, 1990.

- BLAKE, C.; JOHN, M.; CONOR, G.; O'MALLEY, E. Injury to the head region in elite male gaelic football and hurling: 2007-2012. **British journal of sports medicine**, v. 48, n. 7, p. 569, 2014..
- BORGES, C. N. F.; TONINI, G. T. O INCENTIVO AO ESPORTE DE ALTO RENDIMENTO COMO POLÍTICA PÚBLICA : **Rev Bras Ciênc Esporte**, v. 34, n. 2, p. 281–296, 2012.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. , 1988. Brasil.
- BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 7–30, 1996.
- CANTO, G. DE L. ET AL. Protetores bucais: uma necessidade dos novos tempos. **Rev Dent Press Ortodon Ortoped facial**, v. 4, n. 6, p. 20–6, 1999.
- CARNEIRO, S. D. R. M.; MARTINS, P. H. M. C.; JÚNIOR, W. B.; et al. Preocupação com a saúde bucal em clubes de futebol profissional. **EFDeportes.com, Revista Digital**, v. 19, n. 191, 2014.
- CARVALHO, C. L. **Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira**, 2003. Fundação Oswaldo Cruz.
- CARVALHO, T. DE; NÓBREGA, A.; LAZZOLI, J. K.; et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte : atividade física e saúde. **Rev Bras Ciênc Esporte**, v. 2, n. 4, p. 79–81, 1996.
- CHAVES, M. **Odontologia Social**. São Paulo: Artes Médicas, 1986.
- CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício físico e síndrome metabólica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 4, p. 319–324, 2004.
- COELHO, B.; PADILHA, A. C.; CARCERERI, D. L. **A Odontologia do Esporte na mídia: uma pesquisa documental e análise de conteúdo**, 2014. Universidade Federal de Santa Catarina.
- CONFED. RESOLUÇÃO CONFED n° 046. , 2002. BRASIL.
- CORREA, M. B.; SCHUCH, H. S.; COLLARES, K.; et al. Survey on the occurrence of dental trauma and preventive strategies among Brazilian professional soccer players. **Journal of applied oral science : revista FOB**, v. 18, n. 6, p. 572–6, 2010. CORREA, M.; KNABACH, C.; COLLARES, K.; HALLAL, P.; DEMARCO, F. Video analysis of craniofacial soccer incidents: a prospective study. **Journal of science and medicine in sport / Sports Medicine Australia**, v. 15, n. 1, p. 14–8, 2012. Sports Medicine Australia. COSTA, A. C. G. **Ideário do programa de educação pelo esporte**. São Paulo: Instituto Ayrton Senna, 2000.
- COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **MENTAL**, v. 5, n. 8, p. 107–124, 2007.
- COSTA, S. DE M.; BONAN, P. R. F.; ABREU, M. H. G. DE; DURÕES, S. J. A. Representação social da Odontologia : uma abordagem qualitativa junto aos graduandos da Unimontes Social representation of Dentistry : a qualitative study

with dental students of Unimontes. **Rev Odonto Ciência**, v. 23, n. 3, p. 238–242, 2008.

COSTA, S. DE M.; PAULO ROGÉRIO FERRETI BONANA; ABREUC, M. H. N. G. DE; DURÃES, S. J. A. Representação social da Odontologia: uma abordagem qualitativa junto aos graduandos da Unimontes. **Rev. odonto ciênc.**, v. 23, n. 3, p. 238–242, 2008.

COUTINHO, S. D. S. **Atividade física no Programa Saúde da Família , em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná - Brasil Ribeirão Preto**, 2005. Universidade de São Paulo.

COUTO, A. C. P.; ALEIXO, I. M.; COUTO, M.; FREITAS, H. R. DE. Esporte e Interdisciplinaridade: Proposta de Ação Desenvolvida no Projeto Guanabara. , 2004. Belo Horizonte.

CRUZ, J. DE S.; COTA, L. O. DE M.; PAIXÃO, H. H.; PORDEUS, I. A. A IMAGEM DO CIRURGIÃO-DENTISTA: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v. 11, n. 4, 1997.

CRUZ, J. DE S.; PAIXÃO, L. O. DE M. C. H. H.; PORDEUS, I. A. A imagem do Cirurgião-dentista: Um estudo de Representação Social. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 11, n. 4, p. 307–13, 1997.

DAVIS, M. J. Orofacial trauma management. **N Y State Dent J**, v. 61, n. 7, p. 42–6, 1995.

DESPINOY, E. Direito e Odontologia: Obrigação de Meio e de Resultado. **Scribd**, 2014.

DHILLON, B. S.; SOOD, N.; SOOD, N.; et al. Guarding the precious smile: incidence and prevention of injury in sports: a review. **Journal of international oral health : JIOH**, v. 6, n. 4, p. 104–7, 2014.

DREYER, R. Mouth protectors, trauma care top sport dentistry agenda. **Dent Stud**, v. 62, n. 4, p. 12–5, 1984.

ECONOMICO, D. ÁFRICA DO SUL 2010. **4914**, p. 1–28, 9. Jun. 2010. Lisboa.

FAUCHARD, P. **Le Chirurgien dentiste**. Paris: Universidade Circle, 1728.

FAVANO, A.; SANTOS-SILVA, P. R.; NAKANO, E. Y.; et al. Peptide glutmine supplementation for tolerance of intermittent exercise in soccer players. **Clinics São Paulo**, v. 63, n. 1, p. 27–32, 2006.

FERRARI, C.; FERREIRA, J. M. Dental trauma and level of information: mouthguard use in different contact sports. **Dental Traumatology**, v. 18, n. 3, p. 144–147, 2002. FERREIRA, R. A. Impacto radical. **Rev Ass Paul Cir Dent**, v. 52, n. 4, p. 265–71, 1998.

FIFA. **Technical Report and Statistics Technical Report and Statistics**. África do Sul, 2010.

FOSTER, M. Sports dentistry--what's it all about? **SADJ : journal of the South African Dental Association = tydskrif van die Suid-Afrikaanse**

- Tandheelkundige Vereniging**, v. 64, n. 5, p. 198, 200–2, 204 passim, 2009.
- GAY-ESCODA, C.; VIEIRA-DUARTE-PEREIRA, D.; ARDEVOL, J.; et al. Study of the effect of oral health on physical condition of professional soccer players of the Football Club Barcelona. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 16, n. 3, p. 436–9, 2011.
- GERBERT, B. How dentists see themselves, their profession, the public. **J Am Dent Assoc.**, v. 123, n. 12, p. 72–8, 1992.
- GERBERT, B. Dentists and patients who love them: professional and patients view of dentistry. **J Am Dent Assoc.**, v. 125, n. 3, p. 265–72, 1994.
- GLASS, R. T.; WOOD, C. R.; BULLARD, J. W.; CONRAD, R. S. Possible disease transmission by contaminated mouthguards in two young football players. **General dentistry**, v. 55, n. 5, p. 436–40, 2007.
- GONZALEZ, F. J. G. F. J. Sistema de classificação de esportes com base nos critérios: cooperação, interação com o adversário, ambiente, desempenho comparado e objetivos táticos da ação. **EFDeportes Revista Digital - Buenos Aires**, v. 10, n. 71, 2004.
- GUERINI, V. Part I, First Period - Antiquity - Introduction. **History of Dentistry: from the most ancient times until the end of eighteenth century**. p.17–18, 1909. New York: Lea & Febiger.
- HERNANDEZ, A. J. Perspectivas profissionais da Medicina do Esporte. **Rev Med São Paulo**, v. 91, n. 1, p. 9–13, 2012.
- HERNANDEZ, A. J.; NAHAS, R. M.; RODRIGUES, T. R.; et al. Modificações dietéticas, reposição hídrica suplementos alimentares e drogas: comprovação de ação ergogênica e potenciais riscos para a saúde. **Rev Bras Med Esporte**, v. 15, n. 3, p. 3–11, 2009.
- HOLLMAN, W.; HETTINGER, T. **Medicina do Esporte: Fundamentos Anatômicos-Fisiológicos para a prática esportiva**. 4^a ed. Barueri: Manole, 2005.
- JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- JOHNSEN, D. C. . W. J. E. Prevention of intraoral trauma in sports. **Dent Clin North Am**, v. 35, n. 4, p. 654–66, 1991.
- JOLLY, K.A.; MESSER, L.B.; MANTON, D. Mouthguard protection in sports injuries. **Aust Dent J**, v. 40, n. 6, p. 399, 1995.
- KLATCHOIAN, D. A. **Psicologia Odontopediátrica**. 2nd ed. Santos, 2002.
- KLEINKNECHT, R. A. Origins and characteristics of fear of dentistry. **J Am Dent Assoc.**1, v. 86, n. 4, p. ?, 1973.
- KONIS, A. B. Treatment of a traumatic tooth avulsion. **N Y State Dent J**, v. 61, n. 7, p. 39–41, 1995.
- KUMAMOTO, D. P.; WINTERS, J.; NOVICKAS, D.; MESA, K. Tooth avulsions resulting from basketball net entanglement. **Journal of the American Dental Association (1939)**, v. 128, n. 9, p. 1273–5, 1997. LEFÈVRE, FERNANDO;

- LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
- LEMOS, L. F. C.; OLIVEIRA, R. S. DE. Odontologia desportiva. Uma breve revisão sobre essa nova tendência no esporte. **Revista Digital - Buenos Aires**, v. 12, n. 113, p. online, 2007.
- LIMA, D. L. F. Odontologia Desportiva e Interdisciplinaridade. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v. 8, p. 193–8, 2009.
- LIMA, I. C. A odontologia exercida nos clubes de futebol. **J Ass Paul Cir Dent**, , n. 546, p. 26–7, 2002a.
- LIMA, I. C. A importância do Cirurgião-Dentista na seleção brasileira de futebol. **J Ass Paul Cir Dent**, , n. 542, p. 22–3, 2002b.
- LIMA, N. S. **Psicologia do Esporte: trajetórias de uma nova prática.**, 2002. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- LÓPEZ DEL VALLE, L. M.; WALDMAN, H. B.; PERLMAN, S. P. Puerto Rican athletes with special health care needs: an evaluation of oral health status. **Journal of dentistry for children (Chicago, Ill.)**, v. 74, n. 2, p. 130–2. LUSSAC, R. Os Princípios do treinamento esportivo: Conceitos, definições, possíveis aplicações e um possível novo olhar. **Revista Digital - Buenos Aires**, v. 13, n. 121, 2008.
- MALHOTRA, N. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. 4th ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução das pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7th ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- MARSHALL, S. W.; WALLER, A. E.; LOOMIS, D. P.; et al. Use of protective equipment in a cohort of rugby players. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 33, n. 12, p. 2131–8, 2001.
- MARTINEZ, H. Interpreters of mumblings. **Br Dent J**, v. 169, n. 11, 1990.
- MCNUTT, T. Oral trauma in adolescent athletes: a study of mouth protectors. **Pediatr Dent**, v. 11, n. 3, p. 209–13, 1989.
- MELLO, A. B.; FLÓRIO, F. M. Como atuar em equipe na prescrição segura de medicamentos? **FIEP BULLETIN**, v. 80, n. 2005, p. 1–4, 2010.
- MEYER, F. Avaliação da saúde e aptidão física para recomendação de exercício em pediatria. **Rev Bras Med Esporte**, v. 5, n. 1, p. 24–26, 1999.
- MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MINISTÉRIO DO ESPORTE, B. Programa Segundo Tempo. , 2003. Brasil.
- MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- MOSCOVICI, S. **A Psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.
- MOURA, B. Melhor para todos. **Revista Época**, p. 72, Aug. 2004. São Paulo.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.

- NAMBA, E. L.; BONOTTO, D.; GRÉGIO, A. M. T.; ALANIS, L. R. A.; ROSA, E. A. R. Odontologia Esportiva. In: M. S. Linden; J. de Carli; A. Busatto; R. Cauduro (Eds.); **Multidisciplinaridade na Saúde Bucal**. 5ª ed., p.190, 2012. Porto Alegre: RGO.
- NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: Muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 3, p. 1–5, 1996.
- NEWSOME, P.; OWEN, S.; REANEY, D. The dentist's role in the prevention of sports-related oro-facial injuries. **Aesthetic dentistry today**, v. 4, n. 1, 2010.
- OLIVEIRA, M. B. R. G. DE. Novo campo para a odontologia. **ROBRAC**, v. 9, n. 27, p. 30–1, 2000.
- OLIVEIRA, M. S. B. S. DE. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, n. 55, 2004.
- PADILHA, A. C.; RIBEIRO, D. **Odontologia do Esporte em clubes de futebol profissional**, 2012. Universidade Federal de Santa Catarina.
- PALHA, F. **Vivências do cotidiano: A Promoção da Saúde como um exercício de cidadania no Programa de Integração Comunitária da Vila Tibério**, 2001. Universidade de São Paulo.
- PERINI, E.; PAIXÃO, H.H.; MODENA C. M.; RODRIGUES, R. N. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n. 8, p. 101–18, 2001.
- PICCININNI, P. M.; FASEL, R. Sports dentistry and the olympic games. **Journal of the California Dental Association**, v. 33, n. 6, p. 471–83, 2005. PINI, M. C. Assistência Médica numa Delegação Esportiva ou o Médico numa Delegação Esportiva. **Fisiologia Esportiva**. p.320, 1983. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- PINTO, V. L. M. ET AL. Influência de programas não-formais de exercícios (doméstico e comunitário) sobre a aptidão física, pressão arterial e variáveis bioquímicas em pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 9, n. 5, p. 267–74, 2003.
- PITANGA, F. J. G. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde**. São Paulo: Phorte, 2004.
- PRIDE, J. Dealing with dentistry's dilemma. **J Am Dent Assoc.**, v. 122, n. 10, p. 91–2, 1991.
- RANALLI, D. N. Prevention of sports-related traumatic dental injuries. **Dental clinics of North America**, v. 44, n. 1, p. 35–51, v–vi, 2000.
- RANALLI, D. N. Sports dentistry and dental traumatology. **Dental Traumatology**, v. 18, n. 5, p. 231–236, 2002.

- RATTON, J. L.; MORAIS, J. V. FUTEBOL E SOCIEDADE NO MUNDO CONTEMPORÂNEO: VISÕES DAS CIÊNCIAS SOCIAIS. **Rev Ciências Sociais**, v. 42, n. 1, p. 8–10, 2011.
- RESENDE, V. L. S. **A história da Odontologia**. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 1994.
- RIBEIRO, A.A.; GUEDES, R. S. . S. P. R. Recuperação da confiança do atleta com o uso de protetores bucais na prática de esportes. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebe**, v. 5, n. 23, p. 11–5, 2002.
- RODRIGUES, H. J. **PADRÃO DE CONHECIMENTO DO ATLETA AMADOR DE BAURU-SP , RELACIONADO AOS CUIDADOS DE SAÚDE BUCAL**, 2005. Universidade de São Paulo.
- ROSA, A. F.; COSTA, S. B. DA; SILVA, P. R. S.; et al. Estudo descritivo de alterações odontológicas verificadas em 400 jogadores de futebol. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 5, n. 2, p. 55–58, 1999.
- ROSE, G. **Estratégias da Medicina Preventiva**. São Paulo: ArtMed Editora, 2010.
- SANTOS, V. Odontologia do Esporte. **Odonto Magazine**, v. 3, n. 34, p. 18–20, 2013.
- SAUPE, R.; CUTOLO; AGEA, L. R.; et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 521–36, 2005.
- SCAPINI, C. A importância da saúde oral no condicionamento físico do atleta profissional e do atleta amador. , 2004.
- SCHEER, B. Prevenção dos Traumatismos Dentais e Oraís. In: J. O. Andreasen; F. M. Andreasen (Eds.); **Texto e Atlas colorido de traumatismo dental**. 3^a ed., p.770, 2001. Porto Alegre: ArtMed Editora.
- SCHERER, M. D. DOS A.; PIRES, D. E. P. DE; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203–3212, 2013.
- SCHUMAN, J. N. Dentistry as portrayed in motion pictures on television. **Compend Contin Educ Dent.**, v. 14, n. 1, p. 102–6, 1993.
- SÊGA, R. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90**, , n. 13, 2000.
- SILVA, A.; PAULI, J.; GOBATTO, C. Fisiologia aplicada ao rendimento esportivo: bases científicas do treinamento de alta performance. **Revista Digital – Buenos Aires**, v. 11, n. 95, 2006.
- SILVEIRA, GHISLEINE TRIGO; PEREIRA, I. M. T. B. Escola promotora de saúde: quem sabe faz a hora! **O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**, 2003. Caxias do Sul: EDUCS.
- SOUZA, B. C. DE. **IMPACTO DA CONDIÇÃO PERIODONTAL NOS NÍVEIS SÉRICOS DE MARCADORES INFLAMATÓRIOS E NO**

PROCESSO DE REPARO MUSCULAR DE RATOS WISTAR TREINADOS E SEDENTÁRIOS, 2013. UFRGS.

SPEED, C.; JAQUES, R. High-performance sports medicine: an ancient but evolving field. **British journal of sports medicine**, v. 45, n. 2, p. 81–3, 2011.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: P. A. . J. GUARESCHI; Sandra (Eds.); **Textos em representações sociais.**, 1995. Petrópolis: Vozes.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1992.

VOUGIOUKLAKIS, G.; TZOUTZAS, J.; FARMAKIS, E.-T.; et al. Dental data of the Athens 2004 Olympic and Paralympic Games. **International journal of sports medicine**, v. 29, n. 11, p. 927–33, 2008.

WALDMAN, E. A. Os 110 anos de Vigilância em Saúde no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 3, p. 365–366, 2012.

WET, F. A. DE. The prevention of orofacial sports injuries in the adolescent. **Int Dent J**, v. 31, n. 4, p. 313–9, 1981.

APENDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
e-mail: ppg@contato.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado: **CONHECENDO AS BASES PARA UM TRABALHO INTERDISCIPLINAR DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO ESPORTIVO: ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO COM AUXÍLIO DO SOFTWARE ATLAS-TI** é desenvolvido pela mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva **Ana Clara Loch Padilha** (RG nº: 5360641-8 - SSP/SC - CPF nº: 01049405900). Trata-se de pesquisa em Saúde Coletiva pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Odontologia em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Área Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva,

sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Daniela Carcereri (pesquisadora responsável). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC sob o número xxxxxx.

A pesquisa tem como **objetivo principal** averiguar a compreensão de desportistas a respeito da inserção da Odontologia no Esporte em seu campo de atuação. Para tanto **procedimento** usado será entrevista individual composta por questionamentos abertos, que serão respondidos em horário conveniente por cada um dos indivíduos que concordar em participar do estudo. As entrevistas serão registradas em gravador digital e por escrito.

Os **possíveis riscos** oferecidos nesta pesquisa são: desconforto ao participar da entrevista e possível constrangimento em caso de identificação do participante informante que, no entanto, tem o sigilo garantido pelas pesquisadoras. Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos determinados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo e observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;

- liberdade de recusa à participação total;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios no sentido de oferecer subsídios para uma avaliação fundamentada da compreensão por parte dos desportistas em relação aos recursos da Odontologia que estão ou podem ser utilizados em seu campo de atuação.

Eu.....,fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que autorizarei a gravação da minha entrevista em aparelho digital. Estou ciente de que participações em pesquisa não podem ser remuneradas e que minha participação no estudo pode ser interrompida a qualquer momento se assim eu o desejar, sem nenhum tipo de prejuízo. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo e concordo com a participação no mesmo. Por fim, declaro que estou recebendo uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

_____, ____ de _____ de 2014.

Em caso de necessidade, contate com: Ana Clara Padilha.

Endereço: Rua Manoel Athanásio Correia, 89, Barra, 88332-150 – Balneário Camboriú/SC.

Telefone: (47) 91583050. E-mail: claralochpadilha@gmail.com

APENDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS DE PESQUISA

1. Identificação

Nome: _____

Sexo: 1. masculino 2. feminino Idade: _____ anos

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

Endereço: _____

Escolaridade: Ensino Fundamental Ensino médio

Ensino Superior Ano de Graduação: _____

Pós-Graduação - Mestrado Doutorado Área: _____

Já trabalhou no exterior? Sim Não

Onde? _____

Tempo de serviço na fundação nessa mesma função: _____ meses/anos

2. Potencialidades do Cirurgião-Dentista no contexto esportivo

1 - O que você pensa sobre o cirurgião-dentista na sociedade? Qual a função/papel dele?

2- Fale um pouco sobre o trabalho do profissional da saúde e o esporte.

3- O ministério da Saúde está pensando em inserir o cirurgião-dentista como profissional de saúde nas fundações esportivas, fale um pouco sobre essa iniciativa. Se você fosse consultado, qual seria o seu parecer?

4- Supondo que o Ministério da Saúde tenha aprovado uma portaria com verba para contratação de dentistas nas fundações, como seria o trabalho que este profissional desenvolveria?