

ODONTOLOGIA DESPORTIVA: A INFLUÊNCIA DA SAÚDE BUCAL NA PERFORMANCE DOS ATLETAS DA VILA OLÍMPICA DE MANAUS

Antônio Mario Galvão e Silva¹, Ricardo De Bonis²

¹Mestre Docente FEFF-UFAM, Manaus

² Doutor Docente Universidad Americana, Asunción

RESUMO

A Odontologia Desportiva (OD) é uma nova área de atuação ligada à Odontologia, com vistas a melhorar a performance esportiva e a saúde bucal dos atletas de alto rendimento, além de prevenir lesões e traumas orofaciais. O presente estudo teve como objetivo analisar de que modo a OD. Realizou-se uma avaliação clínica odontológica de 42 voluntários, atletas de competição, homens e mulheres saudáveis, da Vila Olímpica de Manaus. Assim, constatou-se que: 24 atletas apresentaram problemas com cárie, dado que significa que 57,2% podem ter uma deficiência de performance de cerca de 17%; 2 atletas possuíam raízes perdidas (problemas endodônticos), ou seja, 4,8% podem ter uma deficiência de performance de cerca de 17%; 20 atletas apresentaram problemas de gengiva, afirmando-se que 47,6% podem ter uma deficiência de performance de cerca de 10%. Ainda pôde-se encontrar 14 atletas com dois problemas (gengiva e cárie), verificando-se que eles estão doentes, com cerca de 18% de incapacidade física, fator que os impede de ter alta performance em competições. E entre os dados apresentados, houve também a incidência de outros 7 atletas com três problemas (cárie, gengiva e canal). Tais atletas estão 19% abaixo das suas próprias expectativas, concluindo-se, portanto, que os mesmos não estão aptos para competições de alto rendimento até que busquem os cuidados odontológicos necessários e passem pelo tratamento efetivo.

PALAVRAS-CHAVE: Atletas; Odontologia Desportiva; Performance; Saúde Bucal.

ABSTRACT

Sports Dentistry (OD) is a new area of activity linked to dentistry, aiming to improve the sports performance and oral health of high-performance athletes, as well as to prevent orofacial injuries and traumas. This study, aimed to analyze how OD. A clinical odontological evaluation of 42 volunteers, athletes of competition, healthy men and women, of the Olympic Village of Manaus was carried out. Thus, it was found that: 24 athletes presented problems with caries, since it means that 57.2% may have a performance deficiency of around 17%; 2 athletes had lost roots (endodontic problems), that is, 4.8% could have a performance deficiency of about 17%; 20 athletes had gingival problems, and it was stated that 47.6% may have a performance deficiency of around 10%. There were still 14 athletes with two problems (gingiva and caries), and they were found to be sick, with about 18% of physical disability, which prevents them from having high performance in competitions. And among the data presented, there were also the incidence of 7 other athletes with three problems (caries, gingiva and canal). These athletes are 19% below their own expectations, concluding, therefore, that they do not serve for high-performance competitions until they seek the necessary dental care and undergo the effective treatment.

KEYWORDS: Athletes; Sports Dentistry; Performance; Oral Health.

INTRODUÇÃO

O esporte foi considerado por vários estudiosos como um dos fenômenos socioculturais mais importantes dos dois últimos séculos (TUBINO, 1987; RUBIO, 2000a). A dimensão e a repercussão que foram tomando os eventos esportivos na modernidade, além da dimensão sociocultural merecem serem destacadas também as dimensões políticas e econômicas (VALLE, 2003). No tocante ao aspecto político, pode-se dizer que ao mesmo tempo em que barreiras culturais são rompidas (como a língua e os costumes), o esporte também pode servir como cenário de disputas políticas e étnicas importantes, como “constatado através de boicotes às Olimpíadas, atentados aos atletas, comparações entre países através de ranking de medalhas” (VALLE, 2005).

De qualquer modo, o chamado atleta de alto rendimento (AAR) tem como alvo a constante busca de superação de seu rendimento esportivo, ou seja, tal atleta requer sempre mais alternativas para conquistar vitórias e quebrar recordes. Todavia, para o alcance dessas metas, o organismo do atleta deve exibir perfeitas condições de funcionamento, com seus músculos respondendo imediatamente ordens do comando cerebral e sua saúde excelente, atingindo com precisão os objetivos. Neste sentido, é indispensável uma saúde bucal (SB) apropriada (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004; RODRIGUES, 2005).

A odontologia é a ciência que promove a manutenção de todo o sistema estomatognático (COELHO, 2004; SEQUEIRA, 2005). E a Odontologia Desportiva (OD) é uma nova área que surgiu com o propósito de desenvolver e manter as condições físicas ideais dos atletas, com vistas à detecção de mudanças na cavidade oral que podem comprometer a performance (MOURA, 2004 apud LEITE et al, 2007).

Também, a ampliação do número de traumatismos bucais durante a prática de esportes ensejou o surgimento do cirurgião-dentista especializado em OD. Para Canto et al. (1999 apud OLIVEIRA; LEMOS, 2007), enquanto existe um forte enfoque na odontologia preventiva quando o assunto é cárie, poucos indivíduos parecem estar preocupados em evitar traumas que podem ocorrer nos dentes e/ou estruturas de suportes devido aos impactos, especialmente, nos esportes.

Conforme Ferreira (1998 apud ANACLETO; SCHNEIDERS; SANTOS, 2007, p.1592) a OD “um ramo da odontologia que visa o tratamento e a prevenção dos traumas originados de práticas esportivas”. De um modo geral, pode-se dizer que a OD se constitui “uma área multidisciplinar que colabora na identificação de problemas bucais com repercussões sistêmicas, atletas e interessados sobre a necessidade de sua ampliação” (ROSA et al, 1999 apud LEITE et al, 2007, p.4).

Segundo Bicheri (2006 apud MEGALE, 2008), como área promissora, a OD desponta ao apresentar métodos de orientação, prevenção e tratamento imediato das injúrias, oferecendo aos técnicos e atletas um bom rendimento em suas atividades esportivas, e segurança para a preservação de um sorriso saudável durante a temporada de jogos, de treinamentos.

Com relação aos objetivos da OD, Oliveira (2000 apud ANACLETO; SCHNEIDERS; SANTOS, 2007, p.1596), informa que esta apresenta cinco principais: 1) o estabelecimento da saúde da boca; 2) a educação nas escolas e comunidades; 3) o tratamento de fatores predisponentes; 4) a legislação específica para o uso de equipamentos durante a prática esportiva e 5) a busca de espaço para cirurgiões-dentistas nas equipes esportivas.

MATERIAIS E MÉTODO

Pesquisa de campo realizada na Vila Olímpica de Manaus. O estudo limitou-se a investigar os voluntários atletas de competição, jovens e adultos, homens e mulheres, sadios, por meio de avaliação clínica odontológica, no consultório da Vila Olímpica de Manaus.

O método de amostragem foi a não probabilística, intencional (MARCONI; LAKATOS, 1996). Participaram do estudo 25 atletas voluntários (AV), com problemas dentários de qualquer natureza, sendo 11 do sexo feminino e 14 do sexo masculino, na faixa etária compreendida entre 8 e 58 anos, praticantes de esporte de competição, em diversas modalidades, na Vila Olímpica de Manaus. Todos os participantes, que se dispuseram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, os atletas passaram por avaliação clínica odontológica e responderam a questionários estruturados sobre problemas não identificados clinicamente. O protocolo de investigação foi dividido em duas etapas: a primeira constando de exame clínico e a segunda constando de interrogatório para avaliação da oclusão, com perguntas fechadas (dicotômicas), em que o entrevistado escolheu a resposta num conjunto de duas opções “sim” ou “não”

(MARCONI; LAKATOS, 1996). Dentre as vantagens, elas são de rápido preenchimento, fácil tabulação e análise dos dados.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra foi composta por 42 voluntários, deste total 16 (38%) era do sexo feminino e 26 (62%) masculino, como visto no Gráfico 1.

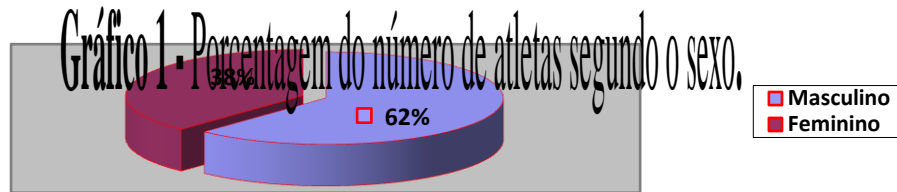


Gráfico 1 - Percentagem do número de atletas segundo o sexo.

Fonte: Os autores.

A arcada dentária permanente da espécie humana é composta de 32 dentes (MEGALE, 2008). Na avaliação dos 42 atletas, constatou-se que 4 (9,5%) apresentaram todos os 32 dentes íntegros. A maior média obtida entre os AV foi de 28 dentes íntegros com o número de 15 indivíduos (35,7%), seguida de 24 dentes íntegros, com 8 indivíduos (19%). E o AV que apresentou o menor número tinha apenas 16 dentes íntegros. Conforme Rosa *et al* (1999), a avaliação odontológica preventiva em atletas é de suma importância, pois permite verificar na cavidade bucal alterações instaladas, em andamento ou ainda não; além disso, algumas moléstias dão seus primeiros sinais nessa região.

Na avaliação, o quesito “dentes cariados” foi detectado em 24 indivíduos (57,2%), contra 18 (42,8%) que não apresentaram tal incidência. Segundo Costa *et al* (2011), a cárie dentária pode ser considerada uma doença crônica devido ao fato de ser necessário um longo período de tempo para o seu desenvolvimento. É conceituada como uma doença multifatorial, infecciosa bacteriana e dieta-dependente, que produz desmineralização das estruturas dentárias.

As doenças orais, particularmente a cárie dentária, têm custos de tratamento muito elevados. Por esta razão, é necessário apostar na promoção da saúde oral e em estratégias preventivas, claramente mais sustentáveis (WHO, 2003; MOYNIHAN, 2005 *apud* SILVA, 2007). Dos AV, 12 indivíduos (28,6%) apresentaram dentes perdidos. Ressalta-se que as cáries (COSTA *et al*, 2011; ANTUNEZ; REIS, 2010), as doenças gengivais (LEITE *et al*,

2007) e os traumas ocorridos por acidentes (MEGALE, 2008) são os principais fatores que causam a perda dos dentes.

Em apenas 2 indivíduos (4,8%) de todos os atletas foi constatada a presença de raiz residual. Resultado muito positivo, visto que no tocante à saúde geral e bem-estar dos atletas, como ressalta Teixeira (2009), a presença de raízes residuais pode provocar infecções generalizadas, dores musculares, diminuição da capacidade de resposta imunitária, dificuldade em debelar lesões musculares e dores em geral, e, certamente, levando à redução do desempenho do atleta.

Quanto aos dentes restaurados, tal fato foi observado em 26 indivíduos avaliados (61,9%). Conforme Rodrigues (2005), a OD envolve desde o primeiro atendimento no local do acidente até o tratamento dentário e suas consequências. Geralmente, os atletas, profissionais e amadores, são tratados de forma convencional, o que é um grande erro, porque o tratamento de um esportista, sobretudo daquele que compete, deve ser diferente do de um sujeito não praticante de esportes (RODRIGUES, 2005).

A tarefa dos especialistas em OD deve ser a de identificar até que ponto o tipo de material usado na restauração de um dente do atleta pode se partir, levando em conta o grau do impacto da atividade física (GHEM, 2005 *apud* BATTAGIN, 2009).

Em relação aos dentes restaurados com prótese, isso foi observado em apenas 4 atletas (9,5%). Salienta-se que o tratamento restaurador não protege o dente das doenças bucais. Dentes restaurados ou com próteses serão muito mais suscetíveis à cárie e doença periodontal (SOUZA; RIBAS, 2009). a

Dos atletas entrevistados, observou-se a presença de periodontia em 20 (47,6%). Segundo Antunez e Reis (2010), inflamações na gengiva ou no periodonto (estrutura responsável por absorver forças mastigatórias e manter o dente integrado ao osso) permitem que bactérias ou vírus passem para a corrente sanguínea. Não foi constatado entre os participantes nenhum caso de edentado total. Entre os entrevistados, observou-se a presença de 10 atletas (23,8 %) respiradores bucais. Vale mencionar que para o crescimento e desenvolvimento do complexo craniofacial, a respiração nasal influencia no bom desempenho da sucção, mastigação e deglutição, comprometendo a boa digestão e absorção dos nutrientes dos atletas.

A necessidade de tratamento de canal surgiu em 13 dos atletas (30,9%). Ressalta-se que a maioria dos problemas de canal acontece quando uma cárie se aprofunda e chega até a

polpa do dente causando inflamação e infecção. O canal também pode precisar de tratamento quando há algum trauma dental ou fratura (ODONTOLOGIKA, 2012). No caso do esporte, “um dente com canal aberto significa 17% de queda no condicionamento físico, lesões nas articulações e dificuldade de recuperação em lesões musculares” (PARDO, 2011, p.15).

Verificou-se que entre os atletas pesquisados 11 responderam sim (26%) e 31 responderam não (74%) sobre sentirem dor na ATM ao abrir a boca ou mastigando.

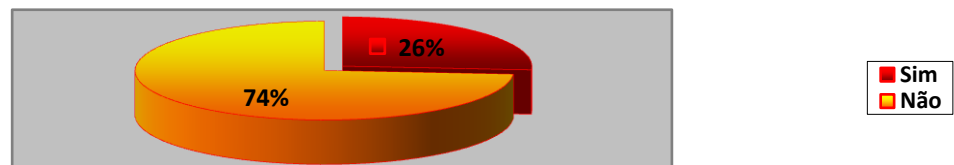


Gráfico 2 - Porcentagem do número de atletas com dor na região da atm.

Fonte: Os autores

Estudos levam a pensar no sistema postural como um todo, ou seja, não se deve ter uma visão única sobre os fatores do organismo, havendo a necessidade de se entender que suas características são fruto de processos multiplicativos e diferenciados. Isso leva à conclusão de que há uma íntima relação entre postura e ATM, a articulação pela qual o crânio se relaciona com a mandíbula. A ATM tem uma grande relação com a postura, mastigação, deglutição, respiração etc. Portanto, uma disfunção nessa estrutura (DTM) além de impedir o alto rendimento de atletas (ABREU *et al*, 2006).

Verificou-se que entre os atletas pesquisados 6 responderam sim (14%) e 36 responderam não (86%) sobre dificuldades de abrir a boca em amplitude máxima.

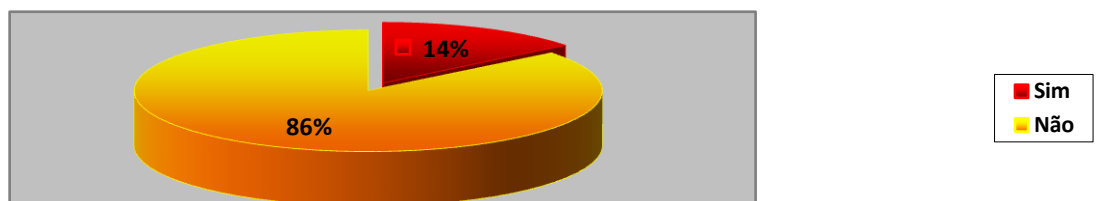


Gráfico 3 - Porcentagem do número de atletas com dificuldade de abrir a boca em amplitude máxima

Fonte: Os autores

A ATM é constituída por várias estruturas internas e externas (Alves *et al*, 2009), sendo capaz de realizar movimentos complexos, como abertura, fechamento, protrusão, retrusão e lateralidade da mandíbula. No caso de disfunções, como a DCM, é comum as dores

de cabeça, na nuca, no pescoço e nas costas, pois a origem dessas dores pode estar no posicionamento dos dentes e na postura mandibular.

Verificou-se que entre os atletas pesquisados 8 responderam sim (19%) e 34 responderam não (81%) sobre mastigação dolorosa.

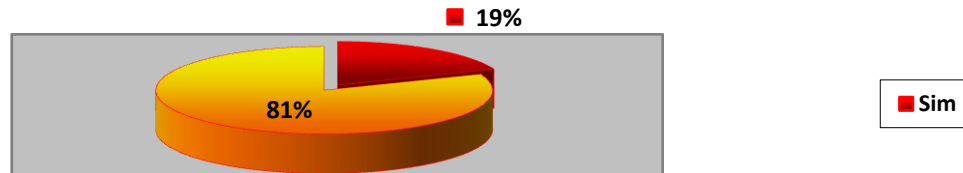


Gráfico 4 - Porcentagem do número de atletas com mastigação dolorosa
Fonte: Os autores

As dores de cabeça na lateral do crânio, provocadas por contração dos músculos da mastigação, têm elevada ocorrência na população (AGUIAR, 1998). Para Rodrigues (2005), um simples exame de rotina pode identificar problemas que podem prejudicar o desempenho de atletas, destacando-se a importância da OD na melhoria do alto rendimento dos atletas, relatando-se os prejuízos mais comuns: mau aproveitamento dos alimentos pela deficiência da mastigação e digestão; lesões; má recuperação dessas lesões; diminuição da capacidade aeróbia; fadiga precoce, entre outros (SOUZA, 2003 *apud* ABREU, 2009).

Verificou-se que entre os atletas pesquisados 12 responderam sim (29%) e 30 responderam não (71%) relacionados à queixa ou presença de ruído na ATM.

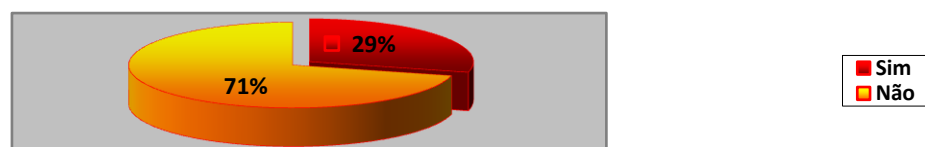


Gráfico 5 - Porcentagem do número de atletas com queixa ou presença de ruído na atm

Fonte: Os autores

Conforme Marzotto e Bianchini (2007), a ATM, estrutura do sistema estomatognático, é uma das mais complexas e dinâmicas dentre as articulações do corpo. Diante de alterações na ATM, irão ocorrer prejuízos ao sistema estomatognático (COELHO; TERRA, 2004; SEQUEIRA, 2005) no que diz respeito ao desenvolvimento das funções, sobretudo, a mastigação, visto que a mesma é totalmente dependente do movimento mandibular.

Os principais sinais e/ou sintomas da DTM verificados por Takahashi & Araújo (1995) foram: dores nos músculos da mastigação ou nas ATMs ou em áreas vizinhas. As dores são espontâneas ou à mastigação, apresentando ainda ruídos articulares, limitação de abertura, incoordenação de movimentos mandibulares, abrasões dentárias acentuadas ou fraturas frequentes de dentes e/ou de restaurações.

Verificou-se que entre os atletas pesquisados 15 responderam sim (36%) e 27 responderam não (64%) com queixa de apertamento nos dentes.

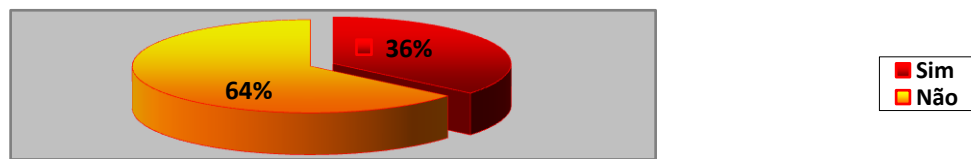


Gráfico 6 - Porcentagem do número de atletas com queixa de apertamento nos dentes

Fonte: pesquisa empírica

Os traumas ocasionados na prática esportiva representam uma parcela importante, de 14% a 39%, entre as etiologias do traumatismo dentário (SANE e YLIPAAVALNIEMI, 1988 *apud* BATTAGIN, 2009). Os índices em atletas são altos, variando de acordo com o esporte praticado, e superior se comparados ao índice global da população (ANDREASEN, 1994; SANE e YLIPAAVALNIEMI, 1988 *apud* BATTAGIN, 2009). Isso pode acontecer em virtude da correlação do apertamento dental com a prática de alguns esportes. Amaral e Baldan (2007 *apud* BATTAGIN, 2009) citam que a carga excessiva diária deste apertamento dos dentes gera complicações prejudiciais para o atleta e pode repercutir em seu desempenho. Sendo o apertamento dental ou bruxismo cêntrico um ato inconsciente agravado por situação de estresse, nervosismo, ansiedade, além de esforços que envolvam forças musculares de contração, há de se considerar que está envolvido em várias modalidades esportivas. E com o passar dos anos de treinamento, o apertamento, que é patológico, se fará com maior pressão, potência (AMARAL e BALDAN, 2007 *apud* BATTAGIN, 2009).

Verificou-se que entre os atletas pesquisados 7 responderam sim (17%) e 35 responderam não (83%) apresentando dentes com sinal de desgaste.

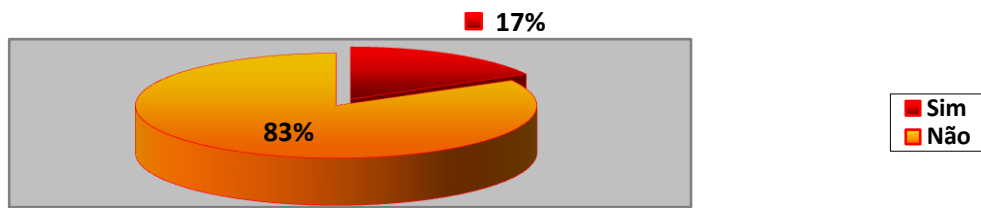


Gráfico 7 - Porcentagem do número de atletas com dentes com sinal de desgaste

Fonte: Os autores

O bruxismo é um hábito parafuncional, ou seja, uma função exercida além da normalidade, caracterizado pelo atrito excessivo e constante dos dentes e, portanto, por intensa atividade do sistema mastigatório. Isso pode provocar a disfunção da ATM, na musculatura e também desgastes nos dentes com ou sem dor (MOLINA, 1989 *apud* BATTAGIN, 2009).

Fisiopatologicamente, o esmalte dentário é o primeiro a receber os prejuízos do bruxismo. O padrão de desgaste dental do bruxismo prolongado é, repetidamente, não uniforme e mais severo nos dentes anteriores. O bruxismo ainda pode ser definido como um hábito que consiste em movimentos involuntários ritmados e espasmódicos de ranger ou apertar os dentes, ocorrendo normalmente durante o sono (ODONTOLOGIKA, 2012).

Verificou-se que entre os atletas pesquisados 2 responderam sim (5%) e 40 responderam não (95%) que tenham a abertura máxima da boca sem a presença de ruídos.

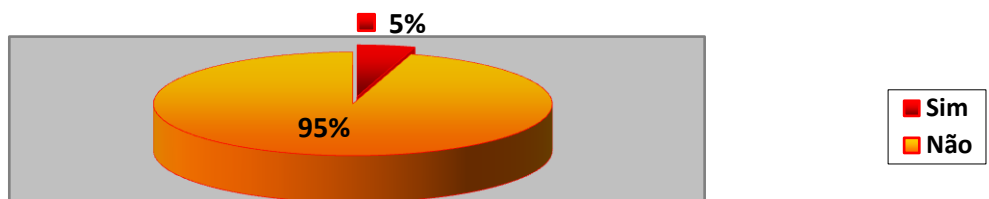


Gráfico 8 - Porcentagem do número de atletas com abertura máxima da boca sem a presença de ruídos

Fonte: Os autores

Como já observado nesta pesquisa, qualquer sobrecarga que atue na ATM (MARZOTTO; BIANCHINI, 2007) pode causar danos às estruturas ou alterar o relacionamento normal entre cêndilo, disco e eminência articular, provocando dor ou disfunção (TAKAHASHI; ARAÚJO, 1995). Disfunções articulares manifestam-se

cl clinicamente alterando o movimento mandibular (desvios, restrições), promovendo desvios da linha mediana e o aparecimento de ruídos (vibrações).

Verificou-se que entre os atletas pesquisados 14 responderam sim (33%) e 28 responderam não (67%) sobre apresentarem mordida cruzada.

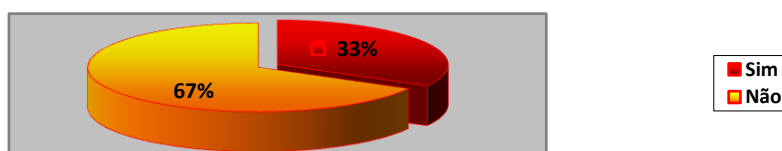


Gráfico 9 - Porcentagem do número de atletas com presença de mordida cruzada
Fonte: Os autores

Conforme Penatti (2012), o problema de má oclusão pode ocorrer em qualquer fase da vida, sendo por: mordida cruzada; mordida aberta anterior; prognatismo (mandíbula ou queixo para frente), retrognatismo (mandíbula para trás), dentes apinhados e encavalados. E quanto às causas, variam desde defeitos estruturais, como má ordenação da dentição, dentes muito largos, dentes extraídos, perda prematura dos dentes-de-leite, maxilares muito grandes ou pequenos, até alterações desencadeadas por maus hábitos (morder canetas, pressionar a língua sobre os dentes, respirar pela boca) e distúrbios e doenças (apertamento anormal dos dentes um contra o outro, bruxismo, traumas causados por amídalas e adenoides grandes, desvio de septo, rinites alérgicas ou sinusites crônicas).

Baseado na literatura que indica porcentagens de redução da eficiência, em atletas portadores de problemas odontológicos, como para cárie 17% (ANTUNEZ; REIS, 2010), para canais abertos 17% (MOURA, 2004; PARDO, 2011), Respirador bucal 20% (LEITE *et al*, 2007; BATTAGIN, 2009) e para problemas gengivais 10% (BATTAGIN, 2009).

Os índices específicos de cada problema são colhidos na literatura e acrescentados mais (+) um (1), a cada outro fator de doença que vier aparecendo na tabela, em função da sua ocorrência. Por exemplo, alguém que apresente gengivite e cáries terá como fator indicativo de deficiência o valor 17%, que é referente à cárie (sendo este maior que o da gengivite), e acrescido de mais 1%, que é a segunda ocorrência constatada. Desse modo, o atleta terá uma deficiência de cerca de 18% em seu rendimento físico e como consequência a redução da sua performance de competição, mormente nos AAR.

Pode-se constatar diante do cenário apresentado que atletas que não cuidam dos dentes e que não se importam com a SB, dificilmente terão êxito em suas competições.

CONCLUSÃO

Identificou-se nos participantes do estudo, que dentre os fatores odontológicos mais comuns e de maior relevância que podem causar deficiência no rendimento dos atletas estão: apertamento dos dentes; dor na ATM; dentes cariados; ausência de dentes e periodontite. Tais fatores são suficientes para reduzir o rendimento dos atletas em suas competições. É de fundamental importância a necessidade do enfoque de várias especialidades odontológicas citadas, tais como: periodontia, próteses e implantes, além de outras especialidades interessantes para o bem-estar dos atletas como: ortodontia/ortopedia (correção de dentes mal posicionados e alterações ósseas), e da cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial (traumatismos decorrentes da prática esportiva).

Na amostra pesquisada, utilizando-se o método da tabela AMGS, foi identificado cerca de 32 atletas que necessitam de cuidados odontológicos para se tornar competitivos. Nesse sentido, ao visar oferecer ao atleta todas as condições necessárias para melhorar sua performance em competição, faz-se necessário à intervenção de um profissional de OD, a fim de promover o tratamento de maneira adequada das patologias bucais e atuar efetivamente em medidas de prevenção.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. G.; MOTA, R.; SERQUEIRA, C.M.; LISBOA, G.; GOMES, A.L.M. A possível queda de performance aeróbica em atletas de futebol de 14 a 15 anos, causada pela respiração bucal. *Fitness & Performance Journal*, v.5, n. 5, p. 282-289, 2006.

AGUIAR, A.P. Introduccion al diagnostico y terapia miofuncional su integración tratamiento ortopedico maxilofacial. *Odont. Postgrado*, v.2, n.1, pp. 3-20, 1988.

ANACLETO, F. N.; SCHNEIDERS, R.; SANTOS, J. F. F. dos. *Uso de protetores bucais nas práticas esportivas*. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação - Universidade do Vale do Paraíba. São José dos Campos - SP, 2007.

ANTUNEZ, M. E. M.; REIS, Y. B. O binômio esporte-odontologia. *Adolescência & Saúde*, v. 7, n. 1, jan. 2010.

BATTAGIN, J. *A importância da odontologia desportiva em benefício de atletas de alto rendimento*. 2005. Monografia (Licenciatura em Educação Física). Faculdade de Ciências e Letras. Bragança Paulista, 2005. 55 f.

BENATTI, R. M.; TROTTA, E. A. A saúde bucal da criança e do adulto: aspectos atuais. *Revista HCPA*, v.20, n.1, abril, 2000.

CHAVÉZ, O. F. M. *Necessidade de tratamento odontológico dos pacientes da Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP*. Dissertação (Mestrado). Araraquara: Faculdade de Odontologia. UNESP; 1998.

COELHO, M. F.. TERRA, V. H. T. C. Implicações Clínicas em Pacientes Respiradores Bucais. *Revista Brasileira de Patologia Oral*, v. 3, a. 1, p. 17-19, jan./mar. 2004.

COSTA, C. S.; ZANINI, R. V.; PINHEIRO, C. T.; SANTOS, A. P. G.; BENDER, E. Consumo de alimentos cariogênicos e ocorrência de cárie dentária em pacientes atendidos na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. *Anais. UFPEL. XX Congresso de Iniciação Científica. III Mostra Científica. 2011*. Disponível em: www.ufpel.edu.br/cic/2011/anais/pdf/CS/CS_00223.pdf. Acesso em: 20 dez. 2011.

DE BONIS, R. *Articulação temporomandibular: estudo anatômico e videofluoroscópico*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, 2007.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1991.

LEITE, J. V. M.; FEITOSA, G. M.; SOUZA, F. A. S. P.; PEDROSA, J. C. P.; ANTUNES, L. L.; BEZERRA, R. *Odontologia Desportiva x Performance Física*. Curso de Educação Física - Universidade Católica de Brasília - UCB. Maio, 2007. Disponível em: www.4shared.com. Acesso em: 12 nov. 2011.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas, 1996.

MARZOTTO, S. R.; BIANCHINI, E. M. G. Anquilose temporomandibular bilateral: aspectos fonoaudiológicos e procedimentos clínicos. *Rev. CEFAC* [online]. 2007, v.9, n.3, pp. 358-366. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 12 jan. 2012.

MEGALE, R. G. T. *Importância dos Protetores Bucais para Esportes no meio militar*. TCC (Especialização). Escola de Saúde do Exército. Rio de Janeiro, 2008.

MERODE, A. *La odontologia deportiva y el atleta de elite: guia sobre la importancia de una buena higiene dental para mejorar el rendimiento deportivo*. 2000. Disponível em: www.sportsdentistry.com/spanish-booklet.html. Acesso em: 17 jan. 2012.

MOURA, Ana Paula Falcão. *Odontologia desportiva e o desempenho dos atletas*. 04/10/2004. Disponível em: www.hospitalar.com/opiniaio/opiniaio_1172.html. Acesso em: 30 out. 2011.

ODONTOLOGIKA. Disponível em: www.odontologika.uol.com.br. Acesso em: 10 jan. 2012.

OLIVEIRA, R. S.; LEMOS, L. F. C. A influência de patologias odontológicas em atletas de canoagem e handebol. *Revista Digital*, Buenos Aires, a. 12, n. 107, abr. 2007. Disponível em: www.efdeportes.com. Acesso em: 19 jul. 2011.

PARDO, Silvio. *Odontologia e esportes: cada vez mais integrados*. Diário da Região. São José do Rio Preto, 28 de agosto de 2011. Disponível em: www.pardoodonto.com.br/pardo_bemestar_28_agosto.pdf. Acesso em: 12 jan. 2012.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.1, pp. 121-130, 2004.

RODRIGUES, H. J. G. *Padrão de conhecimento do atleta amador de Bauru – SP relacionado aos cuidados de saúde bucal*. Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo, Bauru, 2005. 128 p.

ROSA, A. F.; COSTA, S. B.; SILVA, P. R. S.; ROXO, C. D. M. N.; MACHADO, G. S.; TEIXEIRA, A. A. A.; VISCONTI, A. M.; TAVARES, E. V.; REBELLO, L. C. W.; ROCHA, F. O.; ZAGALLO, M. J. L. Estudo descritivo de alterações odontológicas verificadas em 400 jogadores de futebol. *Rev Bras Med Esporte* [online]. 1999, v.5, n.2, pp. 55-58. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbme/v5n2/v5n2a04.pdf. Acesso em: 17 set. 2011.

RÚBIO, K.. *O Atleta e o Mito do Herói*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000a.

SEQUEIRA, Érika. *Odontologia desportiva: o esporte e a saúde bucal*. 2005. Disponível em: www.saudetotal.com. Acesso em: 10 de out. de 2011.

SILVA, J. M. F. *Avaliação da frequência do consumo de alimentos cariogênicos e sua relação com a cárie dentária numa amostra de crianças*. Dissertação (Mestrado). Universidade do Porto. Porto, 2007.

SOUZA, B. C.; RIBAS, M. E. *Associação entre condição periodontal e níveis séricos de creatina quinase em jovens atletas jogadores de futebol*. TCC de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

TAKAHASHI, F.E.; ARAÚJO, M.A.M. Distúrbios funcionais da oclusão e sua correlação com radiografias transcranianas da articulação temporomandibular em pacientes portadores de fissuras labiopalatais. *Rev. Odontol. UNESP*, v. 24, n. 1, pp.137-51, 1995.

TEIXEIRA, J. A. *Raízes dentárias, uma extracção complicada?* 07/07/2009. Disponível em: www.oesteonline.pt. Acesso em: 10 jan. 2012.

TUBINO, M. J. G. *Teoria geral do esporte*. São Paulo: IBRASA, 1987.

VALLE, M. P. do. *Atletas de alto rendimento: identidades em construção*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Psicologia. PUCRS, Porto Alegre, 2003. 97 f.