

ODONTOLOGIA DESPORTIVA NA LUTA PELO RECONHECIMENTO

DENTISTRY SPORTS IN THE FIGHT FOR THE RECOGNITION

Sueli de Souza Costa

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de enfatizar a necessidade da presença de CDs trabalhando junto ao esporte, considerando-se que é comum a existência de problemas odontológicos durante as competições, além daqueles originados por acidentes, que podem comprometer o trabalho de uma longa preparação, resultado de vários anos de esforços e sacrifícios dos atletas. Traça ainda um relato da atuação dos CDs brasileiros em olimpíadas e jogos pan-americanos e destaca pontos primordiais da atuação do CD no esporte.

Descritores: Traumatismos em atletas • Odontologia • Esporte

ABSTRACT

This work has for objective to emphasize the necessity of the presence of dental surgeons working next to the sport, considering that the existence of dental problems is common during the competitions, beyond those originated by accidents, that can compromise the work of a long preparation, resulted of some years of efforts and sacrifices of the athletes. It still traces a story of the performance of the Brazilian Dental Surgeons Brazilian in Olympic Games and pan-Americans games and detaches primordial points of the performance of the dental surgeons in the sport.

DESCRIPTORS: Athletic Injuries • Dentistry • Sports

* Especialista em Odontologia do Trabalho, especializanda em Estomatologia pela Universidade de Santo Amaro (UNISA), mestranda em laser em Odontologia pela Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL)

Introdução

Nem bem saímos de uma Copa do Mundo de Futebol, na Alemanha, e o Brasil está no ritmo da Olimpíada, reafirmando o esporte como uma prática de profundas raízes na nossa cultura. Entretanto, quando se fala sobre um determinado assunto, diz-se que ele é parte de algo, que integra tal matéria, que sua teoria começou a ser desenvolvida há décadas etc. Com a Odontologia desportiva isso ainda não acontece no Brasil, apesar dos esforços de diversos profissionais no sentido de seu reconhecimento (O orgulho¹⁰ 1992, Jornaldosite¹² 2007, Proposições¹³ 2007, Souza²⁰ 1992, Souza²¹ 1992, Souza²² 1992, Souza²³ 2001, Souza²⁴ 1992, Souza²⁵ 1992, Souza²⁶ 2002, Traumatismo³⁰ 2007). Enquanto isso não ocorre, em competições esportivas ou mesmo simples treinamentos, os problemas relacionados à Odontologia aparecem na prática, principalmente quando há queda no rendimento do atleta ou o surgimento de algum acidente.

a) Olimpíadas

Reconhecida como uma das ciências responsáveis pela saúde humana, justamente por se responsabilizar pela prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças bucais, assim como reconhecer manifestações buco-dentais e de anexos que representem doenças sistêmicas, a Odontologia é hoje peça fundamental para o desenvolvimento do esporte.

No Brasil, apesar de ser um dos países com maior índice de cárie do mundo, a preocupação com a saúde bucal dos atletas (Quando⁶ 2006, O orgulho¹⁰ 1992, Jornaldosite¹² 2007, Souza²¹ 1992, Souza²³ 2001) tem sido manifestada há alguns anos, embora estatísticas nesse sentido não apareçam.

Desde 1958, temos um cirurgião-dentista integrando nossa equipe esportiva, nas Copas do Mundo de Futebol. Considerado o pai da Odontologia desportiva em nosso país, Mário Trigo viajou com a seleção brasileira de futebol nas copas de 1958, 1962 e 1966. Só em 1958 examinou 33 jogadores e foi obrigado a realizar 118 extrações. Depois dele, Carlos Sérgio Araújo (1994, 1998 e 2002) integrou a seleção brasileira de futebol como dentista (Quando⁶ 2006).

Nas olimpíadas, entretanto, o Brasil já era o único país do mundo que contava com um cirurgião-dentista permanente em sua delegação olímpica, desde 1963, quando aconteceram os Jogos Pan-americanos em São Paulo. Era Aldo Forli Scocate, que foi o responsável pela

saúde bucal de brasileiros que participaram de Olimpíadas, como a última em que esteve, em Barcelona. Só nesta, foram 265 atendimentos, representando uma média de 14,6 casos por dia, um índice bastante alto para uma equipe como a nossa, com pouco mais de 300 integrantes (O orgulho¹⁰ 1992). A consequência desse trabalho foi a tranquilidade psicológica para os atletas, reconquista da performance muscular, melhora no rendimento e até boas colocações esportivas para o Brasil (O orgulho¹⁰ 1992, Souza²⁰ 1992, Souza²⁵ 1992).

Nas Olimpíadas de Atenas, em 2004, o Brasil contou com uma delegação de 245 atletas, recorde de sua participação na história dos jogos olímpicos. E a exemplo do que aconteceu no ano anterior (Pan 2003), o país mais uma vez teve a presença de um cirurgião-dentista na comissão médica. Nos Jogos Pan-Americanos de 2003, em Santo Domingo, na República Dominicana, a delegação brasileira também foi a única a ter um CD exclusivo, André Luiz Camargo, que permaneceu durante toda a competição a serviço dos atletas (Quando⁶ 2006).

Além disso, a Confederação Brasileira de Futebol (CBF) também possui um CD em seus quadros, Afonso Rocha. E a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) é idealizadora do projeto de lei PL 5391/2005 que obriga a presença de CD especializado em odontologia desportiva em competições, sendo esse projeto encampado e apresentado por Gilmar Machado (PT-MG) na Câmara dos Deputados (Proposições¹³ 2007, Regimento¹⁴ 2007). O projeto continua em andamento.

b) Odontologia desportiva no mundo

O tema odontologia desportiva faz parte do currículo escolar de várias universidades norte-americanas. Conta também com publicações a respeito em diversas revistas odontológicas e médicas de países como França, Inglaterra, Estados Unidos, Espanha, Austrália, Itália, Alemanha, Finlândia, Checo-Eslováquia e Canadá. E integra ainda documentos do Comitê Olímpico Internacional, quando trata especificamente da prevenção de concussão (McCroory *et al.*⁹ 2005, Kumamoto e Diorio⁷ 1989), durante a prática esportiva.

No Brasil, de acordo com a pesquisa realizada pelo Serviço de Documentação Odontológica (SDO) da biblioteca de Odontologia da Universidade de São Paulo, nada existia sobre o tema, que tenha sido registrado em seus arquivos até os anos 90. Apesar disso, o jornal diário A Gazeta Esportiva publicou dois artigos destacando a odontologia desportiva (Souza²¹ 1992, Souza²⁵ 1992).

DISCUSSÃO

a) Exigências norte-americanas

A odontologia desportiva não se resume ao uso de protetores bucais como medida de prevenção, mas também à profilaxia de prejuízos à cavidade oral e ao tratamento de tais manifestações que, direta ou indiretamente, possam comprometer o desenvolvimento atlético, tais como o atleta respirador bucal (Carvalho¹ 2007, Kumamoto e Diorio⁷ 1989, Lamendin⁸ 1978, McCrory *et al.*⁹ 2005, Respiração bucal¹⁵ 2007, Quando⁶ 2006).

Nos Estados Unidos, há exigência do uso de protetores bucais aos praticantes de modalidades esportivas violentas como a principal medida de prevenção. Há cerca de três décadas, o uso de protetores bucais era considerado uma realidade. Mas só foi possível devido ao *National Collegiate Athletic Association* exigir o uso de protetores bucais nas escolas norte-americanas, durante jogos e competições, desde o verão de 1973. E somente a partir desta data os times profissionais manifestaram interesse pelo uso, bem como os de outros países, já que reduzia muito as injúrias provocadas pela prática de futebol e boxe (Cathcart² 1952, De Wet *et al.*³ 1980, Kumamoto e Diorio⁷ 1989, Lamendin⁸ 1978).

Stenger e Cols (Lamendin⁸ 1978), em cinco anos de estudos de injúrias na região da cabeça e pescoço ocorridas durante os jogos colegiais de futebol, concluíram que não houve apenas a prevenção de lesões dentais e de mucosa da cavidade oral através do uso de protetores bucais, mas também a proteção da cabeça e do pescoço. Esta proteção adicional é especialmente evidenciada durante os jogos nos quais aparecem lesões ou há predisposição de seu aparecimento.

Cathcart² (1952) reporta que o uso de protetores bucais tem prevenido a concussão ou até a morte, ou problemas intracranianos mais sérios como a hemorragia subdural, por evitar que o côndilo mandibular force para cima e para trás a base craniana, em jogos violentos. Esse resultado encorajou os colégios e associações universitárias a exigirem o uso de protetores bucais também em outros esportes, como o hóquei sobre o gelo, o basquete, o futebol e a ginástica.

b) Prevenção

O desempenho dos atletas nos jogos olímpicos depende de uma longa preparação, resultado de anos de esforços e sacrifícios, necessitando da orientação de profissional experiente, assim como de um compromisso fiel

com a saúde bucal, especialmente a prevenção.

Mesmo assim, é comum a eventualidade de acidentes locais ou de origem dolorosa no meio esportivo, além da existência de infecções que podem provocar consequências à distância (psicológicas, de desempenho muscular, entre outras). Essa noção de infecção à distância foi relatada pela primeira vez há 2.500 anos (Souza²⁵ 1992), época em que o rei da Assíria passou a reclamar do aparecimento de um reumatismo após a extração de um dente infeccionado.

Um alerta também já havia ocorrido durante os Jogos Olímpicos de Paris, em 1924, quando o cirurgião suíço Martin chegou a afirmar que o atleta de competição pode subitamente ter queda de rendimento em prova de força devido à perda de resistência provocada por um foco de infecção dental ou de amídala (para citar as localizações mais frequentes), que atingem pontos do organismo como músculos, tendões ou inserções (Souza²⁵ 1992). Ou devido à inflamação dolorosa da região, alterando a irrigação de áreas peritendinosas, diz. Essa teoria é reforçada por Lamedin⁸ (1978), que numa conferência, na França, em 1977, afirmou ser possível compreender que o tratamento local da tendinite ou da epicondilita ou de todas as outras infecções dolorosas e sensíveis ao atleta não resultará positivo por ser um tratamento local, enquanto a causa inicial não for suprimida.

Apesar de ser uma teoria muito discutida, a origem da dor ou da infecção pode provocar queda de rendimento no atleta, alterar sua performance, gerando a necessidade de medicamentos que também podem comprometer o seu desempenho, entre outras consequências.

c) O 3º molar inferior

A prática desportiva é mais comum nas idades mais jovens, época em que aparecem os primeiros problemas com o 3º molar inferior. Os acidentes leves envolvendo esse dente são capazes de provocar (Kumamoto e Diorio⁷ 1989, Lamendin⁸ 1978, Souza²¹ 1992, Souza²⁴ 1992, Traumatismo³⁰ 2007) a indisponibilidade brutal e total do atleta, manifestando hiperemia, dor, trisma e inchaço. Nos estágios mais avançados, provoca mau hálito, gengivite, amidalite e inchaços repetitivos.

Se os primeiros são largamente descritos, os estágios avançados são ignorados pela maioria dos atletas, apesar de consequências graves devido à sua localização na região do ângulo mandibular. Além disso, a idade média da aparição do terceiro molar, 16 a 22 anos, corresponde à idade de melhor performance desportiva.

Assim, certas patologias podem ser prevenidas ou previstas no decorrer dos anos, através dos exames clínico e radiográfico e, em certos casos, indicada a germectomia ou a extração, programada para o período menos desfavorável ao calendário esportivo.

Os acidentes provocados pelo surgimento e evolução desse dente estão ligados diretamente às condições anatómicas e embriológicas, além daqueles condicionados às condições de higiene local. Embriologicamente, a calcificação do germe do 3º MI pode ser radiograficamente visível a partir dos oito anos de idade, a formação de raízes se faz entre 15 e 18 anos e sua calcificação mostra-se concluída a partir dos 20 anos de idade, em média (Elstein⁵ 1979, Jornaldosite¹² 2007, Sametzky¹⁹ 1982).

Concomitantemente ao desenvolvimento dos acidentes de evolução dental do 3º MI, há a sua complicação a partir do momento em que ocorrem gripes, inchaços, fadiga e outros fatores que comprometem a boa saúde. E vão desde uma pericoronarite reversível a trismas e adenopatia ou complicações mais graves devido à proximidade do trato orofaríngeo, ou ainda acidentes relacionados à crista marginal posterior, à crista coronariodentária associada à presença de ameloblastomas. Há também dores, manifestações oculares, manifestações cutâneas...

d) Protetores bucais

Os acidentes de bicicleta, lesões em casa ou em quadras esportivas ocasionam fraturas coronárias e radiculares, polpas necrosadas e dentes avulsionados, girados ou mobilizados, quando não são mais graves as situações. Assim, indica-se o uso de protetores bucais principalmente nos esportes onde há contato físico entre os jogadores; essencial como no basquete, boxe, luta e, em menor grau, o futebol, e nos esportes individuais como no ciclismo, motociclismo etc (Cathcart² 1952, De Wet *et al.*³ 1980, Elstein⁵ 1979, Picozzi¹¹ 1975, Stenger *et al.*²⁸ 1964).

Nos Estados Unidos, o uso de protetores é obrigatório entre os praticantes de esportes onde há contato entre equipes. Essa obrigação chegou a gerar controvérsias, com repercussão na Espanha em 1979 (Elstein⁵ 1979), onde houve o questionamento do papel que caberia ao dentista na colocação de tais protetores, pois grande parte deles seria aceito e obrigado aos escolares, passados pelo treinador das equipes, visando lucro financeiro.

A Associação Atlética do Colegiado Nacional (EUA) somente passou a exigir o uso de protetores em jogos ou competições a partir de meados da década passada,

enquanto que em 1962 a *Federação Nacional de Futebol dos Estados Unidos* tinha exigido que os protetores fossem construídos e adaptados ao jogador a partir da moldagem de sua boca.

No Brasil, no entanto, acidentes que tenham originado no esporte lesões maxilofaciais e dentais sequer entram nas estatísticas, mesmo considerando-se o futebol como o esporte mais popular do mundo, praticado por mais de 40 milhões de pessoas (Souza²¹ 1992).

Mas os traumatismos provocados em partidas de futebol (jogos ou treinos) apresentam índices bastante elevados em países, por exemplo, onde a prática desse esporte não é tão difundida (Quando⁶ 2006, Souza²¹ 1992). Só na Finlândia, por exemplo, entre 1979 e 1982 foram registrados 8640 acidentes em jogos ou treinos de futebol para o total de 201.316 jogadores inscritos. Desse, de acordo com o estudo realizado por Sane & Ylipaavalniemi, pela Universidade de Helsinki, 552 (6,4%) afetaram as regiões dental e maxilofacial.

Além disto, o serviço médico atendeu mais de 537 casos (97%) em que havia também o relato de traumatismos das áreas. De um total de 843 injúrias, 681 (80,8%) afetaram os dentes e o processo alveolar e 95 (11,2%) fraturaram o terço médio do esqueleto da face. A causa mais comum (em 86,4%), segundo esse relato, foi colisão entre dois jogadores de futebol e mais da metade





dos casos (50,5%) foi por cotovelada ou chute.

Na França, num estudo incluindo outras modalidades além do futebol, realizado pelo *Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial do Hospital Bel-Air*, de Thionville, em 1981 e 1982, constatou-se que o futebol é o mais implicado (71%) entre os esportes que provocaram injúrias dentais ou maxilofaciais (45%) do total daquele departamento.

A frequência dos acidentes provocados na face pela prática esportiva é muito maior do que o número divulgado, como já ocorre em países que mantêm relatos sobre tais casos. No Brasil esse número seria muito mais significativo se registros fossem feitos de praxe, e apontariam a necessidade de uma prevenção eficaz, principalmente do uso de protetores (Carvalho¹ 2007, Cathcart² 1952, De Wet *et al.*³ 1980, Picozzi¹¹ 1975, Rupp¹⁷ 2004, Rupp¹⁸ 2004, Sport²⁷ 2005, Stenger²⁸ 1964, Traumatismo³⁰ 2007).

e) Função dos protetores bucais:

Devido ao fato dos dentes encontrarem-se separados dos tecidos moles, do lábio e da língua, com o uso de protetores bucais é possível evitar-se a laceração de tais tecidos, por encontrarem-se fora do contato dental durante o golpe. Os protetores também amortecem e distribuem as forças dos golpes frontais diretos, evitando as fraturas ou a avulsão de dentes anteriores.

Para que os protetores consigam desempenhar corretamente a função são necessários requisitos mínimos. As qualidades desejáveis de um protetor bucal foram determinadas pelo *Comitê Conjunto de Protetores Buciais dos Estados Unidos*. E são as seguintes: retenção, comodida-

de, facilidade ao falar, resistência à fratura, facilidade de respiração e proteção para os dentes, lábios e adjacências. Os protetores geralmente são fabricados para a arcada superior, mas pacientes com maloclusão classe III o utilizam na arcada inferior, protegendo os dentes anteriores inferiores, que se encontram proeminentes.

CONCLUSÃO

O desempenho dos atletas nos jogos e competições depende de uma longa preparação, resultado de anos de esforços e sacrifícios, sendo comuns problemas odontológicos durante as competições, além daqueles originados por acidentes. Assim, é necessário evitar o comprometimento da performance ou rendimento em treinamentos ou práticas esportivas.

É também necessário que estatísticas sejam realizadas catalogando-se casos, épocas, idades, jogos envolvidos, conseqüências etc, para que um melhor plano de prevenção possa ser colocado em prática em cada caso.

Deve, ainda, ser de responsabilidade do dentista e dos meios de comunicação de massa informar aos pacientes as maneiras de prevenir acidentes desportivos ou conseqüências odontológicas no esporte (inclusive utilizando-se protetores bucais) numa tentativa de diminuir tais casos e proteger aos pacientes que têm relações com os esportes mais violentos.

Os órgãos de comunicação de massa devem cumprir o papel de informar a todos, principalmente atletas e adeptos de práticas onde a questão bucal esteja direta ou indiretamente envolvida, além de alavancar as pesquisas no setor de odontologia desportiva, divulgando a prevenção de conseqüências desagradáveis.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho GD. SOS respirador bucal, obstáculos nas diferentes estruturas dificultando ou impedindo o livre processo respiratório. Disponível em <http://www.ceaodontofono.com.br/artigos/art/1999/out99.htm>, acesso em 20/02/2007.
2. Cathcart JF. Mouth protectors for contact sports, *Dental Digest*, 1952 Aug; 57(87): 348.
3. De Wet FA, Potgieter PJ, Russow LM. Mouthguards for sports participation, *Journal of Dental Association for South Africa*, 1980; (35):417.
4. Dentists to parents: good oral health starts early. Disponível em <http://oral.health.ivillage.com/newsstories/dentistsparentsgoodoralhealthstarts.cfm>, acesso em 20/02/2007.
5. Elstein SC. La odontología preventiva y actividades deportivas, Espanha, 1979 Nov-Dic; 6(36):660-2
6. Quando a odontologia entra em campo. *Jornal do CFO*, 2006 mar-jun; 14(70-71): 4-5.
7. Kumamoto DP, Diorio LP. An Interprofessional learning experience in sports dentistry, *J Dent Educ*, 1989Aug; 53 (8): 491-4.
8. Lamendin H. Importance pour les sportifs de l'hygiène et de la surveillance bucco-dentaires, *Chir Dent Fr*, Paris, 1978;17(48):47-50.
9. McCrory P, Johnston K, Meeuwisse W, et all. Summary and agreement statement of the 2nd international conference on concussion in sport, Prague 2004, International Olympic Committee. Disponível em http://multimedia.olympic.org/pdf/en_report_926.pdf, acesso em 10/10/2005.
10. O Orgulho de trabalhar com atletas, *Odonto*, EDI-MS, 1992;(8):4-7.
11. Picozzi A. Mouth protectors, *Dent Clin Nort Am*, 1975 Apr; (19): 385-8.
12. Problemas odontológicos podem reduzir em 21% o rendimento do jogador. Disponível em <http://www.jornaldosite.com.br/materias/saudebucal/anteriores/saudebucal1084.htm>, acesso em 20/02/2007.
13. Proposições, Câmara dos Deputados, Brasil, Câmara. Disponível em http://www2.camara.gov.br/proposicoes/loadFrame.html?link=http://www.camara.gov.br/internet/sileg/prop_lista.asp?fMode=1&btnPesquisar=OK&Ano=2005&Numero=5391&sigla=PL, acesso em 19/02/2007.
14. Regimento interno da Câmara dos Deputados, Brasil, Câmara, Legislação. Disponível em (<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/RegInter-no.pdf>) acesso em 19/02/2007.
15. Respiração bucal causa muitos problemas? Disponível em www.ortocamp.com.br/respira_boca.htm, acesso em 20/02/2007.
16. Respiração bucal, síndrome do respirador bucal. Disponível em www.Respirebem.com.br, acesso em 20/02/2007.
17. Rupp TJ, Bednar M. Facial fractures. Disponível em www.emedicine.com/sports/topic33.htm, acesso em 9/01/2004.
18. Rupp TJ, Bednar, M. Facial fractures. 33-34/84 Disponível em www.emedicine.com/sports.htm, acesso em 9/01/2004.
19. Sametzky S. Importance de la pathologie d'évolution de la dent de sagesse inférieure em odontologie du sport, *Chir Dent Fran*, dez 1982; (16-23):49-51.
20. Souza S. Esporte sem dentes. *A Gazeta Esportiva*, São Paulo, 22/11/92.
21. Souza S. Futebol, muitos traumas. Paineis de debates, *A Gazeta Esportiva*, São Paulo, 27/09/1992.
22. Souza S. O mal que vem pela boca. *A Gazeta Esportiva*, São Paulo, 06/12/92.
23. Souza S. Odontodesportiva. *Jornal da APCD*, out/2001.
24. Souza S. Odontologia esportiva. I Congresso internacional UNICID, 1992.
25. Souza S. Odontologia no esporte. Paineis de Debates, *A Gazeta Esportiva*, São Paulo, 04/09/1992.
26. Souza S. Pioneirismo da odontologia desportiva no Brasil. *Rev Consult Méd*, mai/jun/2002, II, (6).

- 27.** Sport concussion assessment tool, athlete information. Disponível em http://multimedia.olympic.org/pdf/en_report_1005.pdf, acesso em 10/10/2005
- 28.** Stenger JM, Lawson EA, Wright LM *et al.* Mouthguards protection against shock to head, neck, and teeth. *J Am Dent Assoc*, 1964 Sep; 69: 273-81.
- 29.** Tommasi AF. Diagnóstico bucal. 1ª ed, São Paulo: Medisa, 1977 p 188-220, 294-320, 523-533, 557-569, 570-638.
- 30.** Traumatismo dental. Disponível em <http://www.cdof.com.br/odonto8.htm>, acesso em 20/02/2007.

Recebido em: 28/05/2008

Aceito em: 24/06/2009