

PROTETORES BUCAIS E SEU IMPACTO NO CONDICIONAMENTO FÍSICO DE ATLETAS DE FUTEBOL

MOUTH PROTECTORS AND ITS IMPACT ON THE PHYSICAL OF FOOTBALL ATHLETES

Jansen Cremones¹ e Dhiego Gualberto de Abreu²

¹ Licenciado em Educação Física.

² Bacharel e licenciado em Educação Física, pela Universidade Estácio de Sá; pós-graduado em Fisiologia Neuromotora.

RESUMO

Uma vez que altos índices de acidentes bucomaxilofaciais acontecem no esporte de contato, dentre eles o futebol, vários especialistas recomendam o uso de protetores bucais que possam minimizar esses acidentes. No entanto, mesmo com a recomendação desses especialistas, a incidência de uso de protetor bucal é quase nula nessa modalidade, talvez pelo fato de se achar que o protetor bucal pode atrapalhar o desempenho dos atletas, principalmente no que diz respeito à respiração. Portanto, o objetivo deste estudo é buscar dados que possam esclarecer a viabilidade ou não do uso desses protetores bucais. Sendo assim, foi testado o uso do protetor bucal tipo II, normalmente vendido em lojas esportivas, procurando-se observar sua interferência na captação de oxigênio (VO_2 máx.) durante o esforço físico de atletas de uma escolinha de futebol, na faixa etária de 12 a 15 anos, no teste de Vaivém de 20 metros. O teste se dividiu em dois momentos, sendo que o primeiro foi realizado sem protetor bucal (VO_2 máx. SP) e, após 72 horas, o teste foi novamente realizado com o protetor bucal (VO_2 máx. CP). Os resultados foram analisados estatisticamente pelas suas médias, pelo desvio padrão e pelo teste t de Student, com nível de significância de 0,05, sendo encontrados os seguintes valores: no VO_2 máx. SP, $48,31 \pm 3,43$ ml/kg/min e, para o VO_2 máx. CP, $47,81 \pm 4,72$ ml/kg/min. Assim, o teste t de Student se mostrou com valor 0,59, não sendo esta uma diferença significativa. Assim, conclui-se que o uso do protetor bucal não interferiu no VO_2 máx.

Palavras-chave: acidentes bucomaxilofaciais, protetor bucal, VO_2 máx.

ABSTRACT

Since high rates of accidents buco maxillo-facial happen in contact sports including football, many experts recommend the use of mouth guards that can minimize such accidents and even with the recommendation of experts, the use of mouth guard is almost nil in this method, perhaps by the fact that you find the mouth guard can hinder performance especially with regard to breathing. Thus the objective of this study is to look for data that might clarify the feasibility or otherwise of the use of mouth guards. Thus, it was tested the use of mouth guard Type II usually sold in sports shops, trying to observe their interference on oxygen uptake (VO_2 max.) during the physical effort of athletes from a football school in the age group 12 to 15 years in the test back and forth 20 meters. The test was divided in two moments where the first was held without mouth guard (VO_2 max. SP) and 72 hours after the test was performed again with the mouth guard (VO_2 max. CP). The results were statistically analyzed by their average, standard deviation and Student t test with significance level of 0.05 with the values found in VO_2 max SP 48.31 ± 3.43 ml / kg / min and the VO_2 max CP 47.81 ± 4.72 ml / kg / min, so the Student t test with a value of 0.59 did not show significant difference. Thus it is concluded that the use of mouth guard did not interfere in VO_2 max.

Keywords: accidents maxillo-facial, mouth guard, VO_2 max.

I. INTRODUÇÃO

Um sorriso alegre e feliz demonstra saúde e autoestima. Sendo assim, o sorriso é considerado o cartão de visitas do ser humano, e necessita de cuidados especiais, onde se incluem cuidados como a escovação, o uso de fio dental e visitas periódicas ao dentista, dentre outros. Segundo Chaves (1986 *apud* PADILHA ELIAS *et al.*, 2001), a saúde bucal é um componente da saúde e esta, um componente do bem-estar individual. Entretanto, o cuidado não deve ser apenas tomado com a questão dos princípios higiênicos, mas também com possíveis acidentes, que podem ocasionar traumas e ocorrem, numa maior incidência, durante a prática desportiva.

Segundo Wanderley (2003), várias práticas esportivas e recreativas podem provocar traumas dentários. O índice de traumas em crianças, devido à fragilidade dos tecidos ósseos com dentes decíduos, chega a 35%, sendo os dentes mais afetados os incisivos superiores, por sua posição mais anterior.

Vasconcellos *et al.* (2003) disseram que, nos jovens, algumas das causas principais são os jogos e esportes em geral. Nesses casos, o tratamento endodôntico encontra alguma dificuldade, devido à grande abertura do forame apical. Nos adultos, os traumas ainda são mais frequentes. Padilla & Balikov (1993) relataram que estudos têm demonstrado que 13% a 39% das lesões dos dentes estão relacionadas ao esporte, tornando-se, assim, a atividade desportiva uma das causas mais comuns dos traumatismos dentários. Tais traumas, quando ocorrem, acarretam diversas consequências e necessitam de cuidados especiais de diversos profissionais de diferentes especialidades, tais como dentística, endodontia, cirurgia, periodontia, prótese e ortodontia. Desta forma, pode-se concluir que o tratamento é complexo e o prognóstico, muitas das vezes, duvidoso (VASCONCELLOS, MARZOLA & GENU, 2006).

Quando estes traumas envolvem os dentes anteriores, podem afetar a função, a atratividade física e a autoestima do paciente, interferindo no seu comportamento e em seu sucesso pessoal (ARAÚJO *et al.*, 1999 *apud* MENEZES *et al.*, 2007). De acordo com o mesmo autor, há um crescente número de traumatismos maxilofaciais e injúrias dentárias traumáticas, com a possibilidade de envolver fraturas, avulsões, luxações e trincas dentárias, podendo ocasionar implicações estéticas e funcionais capazes de afetar física, funcional e emocionalmente a vida das pessoas. Segundo Siqueira (2005), os traumas desportivos correspondem ao terceiro atendimento de traumas na face. Miranda, Ha-

bitante & Candelária (2000) afirmaram que a avulsão dental após um trauma bucal é uma das mais sérias emergências dos consultórios odontológicos. De acordo com Bastos *et al.* (2005), os traumatismos dentários representam um dos mais sérios problemas de saúde pública entre crianças e adolescentes.

Com esse grande número de traumas dentais no esporte, vários autores recomendam o uso de protetores bucais. Segundo Fitzner (1979 *apud* FERRARI, SIMI JUNIOR & MEDEIROS, 2000), os protetores bucais oferecem proteção às estruturas dentais e periodontais durante a prática de esportes de contato, reduzindo em número e gravidade os danos a essas estruturas causados por quedas ou pancadas na região bucal. Em 1999, Canto *et al.* (*apud* RODRIGUES, 2005), revisando a literatura sobre o uso de protetores bucais, entre outras considerações, chamavam a atenção para a importância de se dispor do uso de proteção mais adequada a todos os jovens envolvidos com exercícios físicos e esportes de contato. Estes autores também afirmaram que os protetores bucais conferem um alto grau de proteção aos dentes e às estruturas de suporte, por isso devem fazer parte dos equipamentos de proteção utilizados pelos atletas. Siqueira (2005) relatou que o risco de um jogador sofrer contusões orofaciais, durante sua carreira, é de 33% a 56%.

Segundo Poscidônio (2007), o protetor bucal é o dispositivo mais importante para proteção dos dentes e da boca, bem como para reduzir a predisposição às fraturas dos maxilares, aos traumas no pescoço, às concussões ou aos danos ao cérebro durante as atividades atléticas. Levantamentos epidemiológicos estimam que aproximadamente 150 mil injúrias aos tecidos da boca são prevenidas anualmente, por meio do uso dos protetores bucais, nos EUA. Assim, por prevenir os traumas, o uso de protetores bucais é uma medida que assegura a integridade do atleta (CARVALHO & MURAD, 2007).

Existem diferentes tipos de protetores bucais: o tipo I, que é o pré-fabricado, encontrado facilmente em quase todas as lojas especializadas para desportistas; o tipo II, chamado de termoplástico, é o mais usado atualmente pelo preço e pela praticidade; e o tipo III, que é fabricado de maneira exclusiva. Porém, é preciso saber a viabilidade do uso dos protetores bucais porque, segundo MCarle *et al.* (1998 *apud* LIMA, OLIVEIRA & SILVA, 2005), a *performance* cardiorrespiratória tem sido avaliada pela capacidade do organismo de captar, transportar e utilizar o oxigênio proveniente do ar atmosférico. Assim, o consumo máximo de oxigênio (VO_2 máx.) é tradicionalmente aceito como um bom indicador da capacidade para o exercício

prolongado (COSTILL *et al.*, 1973 *apud* LIMA, OLIVEIRA & SILVA, 2005). Nesse contexto, todo e qualquer empecilho que venha atrapalhar a captação de ar contribuirá para uma ineficiência orgânica, que, em se tratando de atletas de alto nível, define resultados.

No Brasil, o esporte de paixão nacional é o futebol, e nele também há uma grande incidência de injúrias na região facial. Cada vez mais o futebol torna-se uma modalidade extremamente competitiva e de alto rendimento (MATTOS & JABUR, 2008). Sendo um esporte de alto rendimento, um dos requisitos para a sua prática é a capacidade aeróbica, que pode ser avaliada pelo VO_2 máximo. A resistência aeróbica, segundo Weineck (2000), é fundamental para o atleta de futebol, podendo ela ser expressa pelo VO_2 máximo. O VO_2 máximo pode ser caracterizado como um índice que fornece uma avaliação da capacidade funcional de transporte e utilização de oxigênio (BARROS *et al.*, 1999). Confrontam-se, portanto, as duas realidades: o futebol necessita de uma grande capacidade de utilização de oxigênio e nele acontecem muitas lesões na área na região da cabeça, sendo necessário verificar se o uso do protetor bucal afetaria a capacidade de oxigênio pelo atleta. Por essa razão, é importante avaliar a viabilidade do uso do referido protetor e sua influência no desempenho do atleta.

Barbrine (2003 *apud* RODRIGUES, 2005) avaliou a influência do uso de diferentes tipos de protetores bucais no rendimento físico de desportistas, quantificando de maneira precisa a ventilação pulmonar, o consumo de oxigênio e a produção de dióxido de carbono dos atletas. Os protetores usados foram do tipo II, pré-fabricado, e do tipo III, feito sob medida. O resultado da avaliação comprovou que o uso do protetor tipo II, pré-fabricado, prejudicou o desempenho, com queda no rendimento físico. Para um atleta, respirar é essencial e, no caso de profissionais, um pequeno detalhe pode resultar em derrota ou vitória. O VO_2 máx. pode ser caracterizado como um índice que fornece uma avaliação da capacidade funcional de transporte e utilização de oxigênio (BARROS *et al.*, 1999)

Assim, com todas essas afirmações presentes, oriundas das referências bibliográficas consultadas, fica clara a importância desse assunto e a necessidade de realização de uma pesquisa mais a fundo, podendo esclarecer melhor dúvidas sobre a viabilidade e os efeitos do uso de protetores bucais no futebol, de modo a assegurar, assim, a integridade do jogador de futebol sem comprometer seu rendimento.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia aplicada realizou-se, em seu primeiro momento, na avaliação antropométrica do somatotipo dos atletas, a qual se constitui das seguintes medidas: peso, por meio da balança eletrônica pessoal PL 180 – Filizola, com capacidade de 180kg e divisão em 100g; altura, por intermédio do estadiômetro *standard* da Sanny, com campo de uso de 0,80mm até 2,20mm, resolução em milímetros e tolerância ± 2 mm em 2,2m; diâmetros ósseos biepicondiliano de úmero e bicondiliano de fêmur com paquímetro 300mm da Sanny, campo de uso de 0 até 300mm, resolução em milímetros; circunferência de braço contraído e panturrilha, através da fita métrica Sanny, precisão 1mm, e das dobras cutâneas subescapular, tricipital, supraespinhal, panturrilha média, feitas com adipômetro científico da Sanny, campo de medição 0 a 78mm, precisão em décimos de milímetros, tolerância $\pm 0,5$ mm em 78mm. Após a coleta desses dados, foi calculada a média e o desvio padrão do somatotipo, e foram também plotados esses resultados na somatocarta, procurando-se analisar a homogeneidade do grupo.

Depois desta avaliação da somatotipia, os atletas se submeteram a duas avaliações do VO_2 máximo (consumo máximo de oxigênio estimado em ml/kg·min) por meio do teste de Vaivém de 20 metros, a primeira sem o protetor bucal (SPB) e a segunda, após 72 horas, com o protetor bucal (CPB), sendo o protetor usado no teste o de tipo II pelo fato de ser um produto de fácil acesso e o mais usado pelos esportistas. Assim, procurou-se analisar se o uso do protetor bucal pode atrapalhar o consumo de oxigênio. Os dados foram coletados e analisados pelo *software* Galileu para análise do somatotipo. Já em relação ao teste de Vaivém, para sua realização foram necessários os seguintes itens: local plano de, pelo menos, 25 metros, um *notebook* ligado a uma caixa de som amplificada, CD do teste, dez cones, cronômetro, folhas de anotação. Este teste pode ser aplicado em grupos de seis a dez pessoas, que, correndo juntas num ritmo cadenciado por um CD gravado especialmente para este fim, devem cobrir um espaço de 20 metros, delimitado entre duas linhas paralelas. A fita emite *bips* a intervalos específicos para cada estágio, sendo que, a cada *bip*, o avaliado deve estar cruzando com um dos pés uma das duas linhas paralelas, ou seja, saindo de uma das linhas corre em direção à outra, cruza esta com, pelo menos, um dos pés ao ouvir um *bip* e volta

em sentido contrário. Na fita, o término de um estágio é sinalizado com dois *bips* consecutivos e com uma voz avisando o número do estágio concluído. A duração do teste depende da aptidão cardiorrespiratória de cada pessoa, sendo máximo e progressivo, menos intenso no início e se tornando mais intenso no final.

No primeiro estágio, a velocidade é de 8,5km/h, que corresponde a uma caminhada rápida, sendo acrescida de 0,5km/h a cada um dos estágios seguintes. Cada estágio tem a duração de, aproximadamente, um minuto. Em cada estágio, são realizadas de sete a 15 idas e vindas de 20 metros. O ajuste de velocidade pela pessoa é facilmente conseguido em duas ou três idas e vindas. Uma distância de dois metros, antes das linhas paralelas, é a área de exclusão (limítrofe) do teste, ou seja, toda pessoa que estiver antes dessa faixa ao som do *bip* será avisada para acelerar a corrida, mas, se ela não conseguir acompanhar mais o ritmo, será então excluída do teste, ou seja, o teste termina quando o avaliado não consegue mais seguir o ritmo imposto pela fita. O último estágio atingido deve ser anotado para se obter o VO_2 máximo em ml/kg/min, por meio das equações publicadas por Léger *et al.* (1998 *apud* DUARTE & DUARTE, 2001), que estão descritas abaixo:

- pessoas de 6 a 18 anos; $y = 31,025 + 3,238 X - 3,248 A + 0,1536 AX$;

- pessoas de 18 anos ou mais; $y = - 24,4 + 6,0 X$, onde $y = VO_2$ em ml/kg/min; $X =$ velocidade em km/h (no estágio atingido);

$A =$ idade em anos.

O tipo de pesquisa para este estudo será descritivo, o que, para Thomas & Nelson (2002), é um estudo de *status* amplamente utilizado nas ciências comportamentais, pois se baseia na resolução do problema e no fato de que as suas ações podem ser melhoradas por meio de observação, análise e descrição objetiva. O método da pesquisa descritiva será normativo, pois, ainda segundo Thomas & Nelson (2002), é um estudo em que há comparação dos resultados do fenômeno em função das condições preestabelecidas. Quanto ao tratamento estatístico a ser empregado, foram utilizados, fundamentalmente, os métodos da estatística descritiva no sentido de caracterizar o universo amostral, sob os seus aspectos de distribuição de frequência, quando se tratar de dados discretos e médias, desvios padrão, variâncias e demais estatísticas pertinentes, quando se tratar de dados contínuos. Será

utilizada a estatística de comparação, em análise pelo teste t de Student. Como teste complementar *post-hoc*, utilizar-se-á o teste de Scheffe, por meio do qual se identifica, de modo combinatório e comparativo, onde podem ocorrer as possíveis diferenças manifestadas pelo teste t de Student, com nível de significância considerado de $p < 0,05$, isto é, 95% de certeza para as afirmativas e/ou negativas que o presente estudo venha apresentar. Os atletas participantes da pesquisa foram escolhidos em uma faixa etária de 12 a 15 anos de idade. Procurou-se, por intermédio do somatotipo, classificá-los de forma que a amostra ficasse o mais homogênea possível, sendo escolhidos 16 atletas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os primeiro resultado a ser analisado é a composição corporal através do somatotipo. A Tabela I mostra as médias e o desvio padrão que foram obtidos dessa avaliação, podendo, assim, ser relatado que os componentes Meso e Ecto foram um pouco maiores que o componente Endo, o que pode ter se dado pela faixa etária dos avaliados. É possível, por essa razão, os atletas terem um desenvolvimento muscular “Mes” bem desenvolvido, o que é favorável aos resultados porque relatos de Chamorro (2005 *apud* ABREU, 2006) destacaram que a mesomorfia alta é um fator positivo para o alto desempenho; já a endomorfia alta é considerada um fator negativo para o rendimento.

Leite, Cossenza & Simão (2004) também concordaram e disseram que a força muscular pode melhorar a capacidade de resistência. Porém, é preciso ressaltar, de acordo com Rocha (2002), que o somatotipo não é o único fator determinante para a alta *performance*. Um exemplo disso foi relatado por Rodrigues (2002), que disse que dois indivíduos com características somatotípicas, massa muscular e alavancas parecidas podem apresentar diferenças na força de contração, o que se explica pelo fato de os estímulos nervosos entre eles serem diferentes.

Tabela I: Apresentação das médias e do desvio padrão do somatotipo

Dados estatísticos	MES	END	ECT
Média	3,9	2,5	3,4
Desvio padrão	0,93	1,55	1,10

Legenda: (MES) representa a mesomorfia; (END) representa a endomorfia; e (ECT) representa a ectomorfia.

A Figura 1 apresenta a somatocarta, onde se observa que o grupo se mostrou bastante homogêneo, estando os atletas no centro da carta sem ter uma grande dispersão. Como já observado anteriormente, os avaliados se afastam do componente Endo, o que também ajuda na confiabilidade dos resultados.

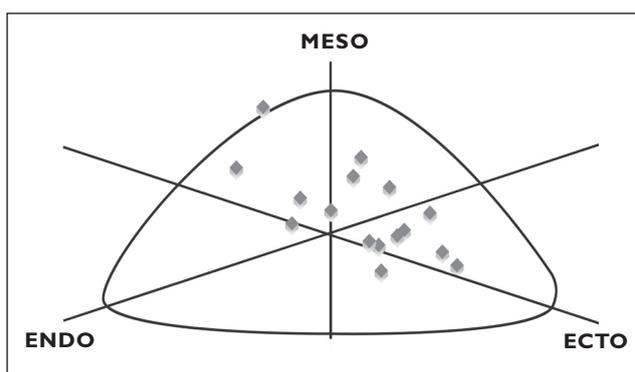


Figura 1: Apresentação da Somatocarta
Legenda: (MESO) representa a mesomorfia; (ENDO) representa a endomorfia; e (ECTO) representa a ectomorfia.

Serão discutidos agora os resultados encontrados pelo teste de Vaivém de 20 metros, os quais são apresentados na Tabela 2: as médias, o desvio padrão e o teste t de Student. Esses resultados mostram a diferença entre os dois momentos (VO_2 máx. SP) VO_2 máximo do teste sem o protetor e (VO_2 máx. CP) VO_2 máximo com o protetor. Tais resultados não apresentaram grandes diferenças em suas médias, sendo o VO_2 máx. SP $48,31 \pm 3,43$ ml/kg/min e o VO_2 máx. CP $47,81 \pm 4,72$ ml/kg/min. Assim, o teste t de Student se mostrou com valor de 0,59, muito distante de 0,05, o que seria uma diferença significativa. Isso não corrobora os relatos de Barbrine (2003 *apud* Rodrigues, 2005), segundo o qual os resultados da avaliação da capacidade respiratória comprovaram que o uso do protetor tipo II pré-fabricado prejudicou o desempenho dos avaliados, com queda no rendimento físico.

Ainda procurando analisar os dados da pesquisa e fazendo uma relação com os atletas avaliados, sobre o uso do protetor, pôde-se observar que, dos 16 avalia-

Tabela 2: Apresentação das médias, do desvio padrão e do teste t de Student do VO_2 máximo

Dados estatísticos	VO_2 máx. SP	VO_2 máx. CP
Média	48,31	47,81
Desvio padrão	3,43	4,72
Teste t Student	0,59	

Legenda: (VO_2 máx. SP) representa os resultados VO_2 máximo do teste sem o protetor e (VO_2 máx. CP) representa o VO_2 máximo com o protetor.

dos, três deles relataram que o uso do protetor bucal não atrapalhou a respiração, mas esses reclamaram da alta produção de saliva. Sete desses 16 disseram que o protetor atrapalhou a respiração, mas que não houve produção de saliva aumentada. Três ainda reclamaram do uso do protetor bucal, pois este atrapalhou a respiração e houve uma alta produção de saliva. Já os três restantes disseram que o protetor atrapalhou a respiração, mas não houve produção de saliva aumentada.

4. CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa mostram que o uso do protetor bucal tipo II pode ser utilizado no futebol, principalmente por atletas que tenham uma maior necessidade pelo fato de usarem aparelhos ortodônticos. Porém, outros estudos apontaram uma dificuldade na respiração no uso do protetor bucal tipo II. Isso mostra que novos dados precisam ser coletados e analisados para que se tenha uma melhor resposta sobre este assunto. Entretanto, é muito importante que a opinião e o conforto do atleta, em relação ao uso do protetor, sejam levados em consideração, não apenas analisando-se dados matemáticos oferecidos pelas avaliações. Outro fator que também deve ser levado em conta e pode contribuir para uma melhor análise é fazer com que os atletas passem por um período adaptativo de uso do protetor bucal, o que pode minimizar ainda mais seus prejuízos quanto ao desempenho. Assim, fica em aberto uma nova oportunidade para que outras pesquisas sejam realizadas, a fim de melhor esclarecer essas dúvidas.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Juliana V.; CORTÉS, Maria Ilma de S.; GONÇALVES, Aline Cristina P.; CANÇADO, Caroline de Fátima L.; FERREIRA, Fernando S.; LOUREIRO, Melissa S.; AROUCA, Ana Carolina G.; BASTOS, Jásilio V. & BRAGA, Julia M. Avulsão dental: manejo e tratamento emergencial dos casos encaminhados à Clínica de Traumatismos Dentários da FO-UFMG. In: 8º ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG. *Anais...* Belo Horizonte: UFMG, 2005.

CARVALHO, Ísis Maria P & MURAD, Vivian. Protetores bucais. Centro Universitário de Lavras – artigos de alunos. Disponível em: <http://www.unilavras.edu.br/cursos/graduacao/odontologia/artigos/protetores_bucais.pdf>.

DUARTE, Maria de Fátima da Silva & DUARTE, Carlos Roberto Duarte. Validade do teste aeróbico de corrida de vaivém de 20 metros. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Brasília, v. 9, n. 3, p. 7-14, julho, 2001.

FERRARI, Carlos Henrique; SIMI JUNIOR, Jacy & MEDEIROS, João Marcelo F. de. Ocorrência de traumatismo dental e nível de esclarecimento e uso do protetor bucal em diferentes grupos de esportistas. *Medcenter.com Odontologia*, março, 2000. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=88>>. Acesso em: 29 de agosto de 2008.

LEITE, Rommel da Silva; COSSENZA, Pedro Ivo Cardoso & SIMÃO, Roberto. Efeitos do treinamento de força sobre o desempenho de resistência muscular. *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 10, n. 75, agosto, 2004. Disponível em: <<http://www.efdesportes.com/efd75/forca.htm>>. Acesso em: 03 de setembro de 2005.

LIMA, Ricardo M.; OLIVEIRA, Ricardo J. de & SILVA, Valter A. P. da. Efeitos do treinamento resistido sobre a capacidade cardiorrespiratória de indivíduos idosos. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, ano 10, n. 84, 2005.

MATTOS, Danilo M & JABUR, Marcelo N. Capacidade aeróbica e composição corporal nas diferentes posições do futebol. *Revista Digital*, Buenos Aires, n. 123, ano 13, agosto, 2008.

MENEZES, Marcia M.; YUI, Karen Cristina K.; ARAUJO, Maria Amélia M. & VALERA, Márcia C. Prevalência de traumatismos maxilofaciais e dentais em pacientes atendidos no Pronto-Socorro Municipal de São José

dos Campos/SP. *Revista Odonto Ciência*, v. 22, n. 57, p. 210-216, julho/setembro, 2007.

MIRANDA, Antônio Carlos E.; HABITANTE, Sandra Márcia & CANDELÁRIA, Luís Fernando de A. Revisão de determinados fatores que influenciam no sucesso do replante dental. *Revista Biociências*, Taubaté, v. 6, n. 1, p. 35-39, 2000.

PADILHA ELIAS, Marina S.; CANO, Maria Aparecida T.; MESTRINER JUNIOR, Wilson & FERRIANI, Maria das Graças C. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do Município de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 9, n. 1, p. 88-95, Ribeirão Preto, janeiro, 2001.

POSCIDÔNIO, Carina Fernanda. *Protetor bucal na prevenção dos traumas aos tecidos bucais nas práticas esportivas*. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia do Centro Universitário de Lavras. Lavras: Unilavras, 2007. Disponível em: <<http://www.unilavras.edu.br/cursos/graduacao/odontologia/artigos/Carina.pdf>>. Acesso em: 05 de setembro de 2008.

ROCHA, Paulo Eduardo Carnaval P. da. *Medidas e avaliação em ciências do esporte*. 5. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2002.

RODRIGUES, Carlos Eduardo C. & CARNAVAL, Paulo Eduardo. *Musculação: teoria e prática*. 24. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2002.

RODRIGUES, Hilton José G. 2005. Padrão de conhecimento do atleta amador de Bauru-SP, relacionado ao cuidado da saúde bucal. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru: FOB/USP. Disponível em: <http://servicos.capes.gov.br/arquivos/avaliacao/estudos/dados/1/2005/33002053/018/2005_018_33002053004P7_Teses.pdf>. Acesso em: 08 de agosto de 2008.

SIQUEIRA, E. Saúde bucal-odontológica. O esporte e a saúde bucal. 2005. Disponível em: <<http://www.saudetotal.com/artigos/saudebucal/odontodesportiva.asp>>. Acesso em: 29 de agosto de 2008.

THOMAS, Jerry R & NELSON, Jack K. *Métodos de pesquisa em atividade física*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

REFERÊNCIAS

VASCONCELOS, Ricardo José de H.; MARZOLA, Clóvis & GENU, Paloma R. Trauma dental – aspectos clínicos e cirúrgicos. *Revista ATO – Academia Tiradentes de Odontologia*, v. 6, n. 12, dezembro, 2006.. Disponível em: <http://www.actiradentes.com.br/revista/2006/textos/45RevistaATO-Trauma_dental-Aspectos_C-2006.pdf>. Acesso em: 28 de agosto de 2008.

VASCONCELOS, Ricardo José de H.; OLIVEIRA, David M. de; PORTO, Gabriela G.; SILVESTRE, Hermano & SILVA, Edson da. Ocorrência de traumatismos dentários em escolares de uma escola pública da cidade do

Recife. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, Recife, v. 3, n. 3, p. 10-12, outubro/dezembro, 2003.

WANDERLEY, Marcia T. Como tratar dentes traumatizados ou perdidos. Traumatismo em dentes decíduos e suas repercussões para as dentições. In: 15º CONCLAVE ODONTOLÓGICO INTERNACIONAL DE CAMPINAS. *Anais...* Campinas: Associação dos Cirurgiões Dentistas de Campinas, 2003.

WEINECK, Jürgen. *Treinamento ideal*. 9. ed. São Paulo: Manole, 1999.

Endereços para correspondências:

Jansen Cremonez. Rua Johenir Henriques Viégas, n. 222 - Centro - Itaocara - Rio de Janeiro - RJ - CEP 28570-000.

E-mail: jcansenez@hotmail.com.

Dhiego Gualberto de Abreu. Rua Adalberto Ferreira Dias, n. 81 - Centro - Itaocara - Rio de Janeiro - RJ - CEP 28570-000.

E-mail: dhiego.gualberto@hotmail.com.