

O exame médico desportivo

PAULO GOUCHA*

Os benefícios decorrentes da prática regular de exercício físico são inquestionáveis. De tal forma que a Associação Americana de Médicos de Família recomenda o seu aconselhamento a «todas as crianças, adolescentes e adultos como forma de prevenir a doença coronária, hipertensão arterial, obesidade e diabetes»¹.

Ao pretender que este tipo de actividade traga o maior benefício possível aos candidatos à sua prática, é forçoso que se proceda a uma avaliação, tão rigorosa quanto possível, do ponto de vista médico, de modo a que se possam minimizar os riscos inerentes à execução do exercício físico.

O exame médico desportivo não deve ser encarado apenas como uma mera resposta a um requisito burocrático-legal, mas sim como um acto médico pleno de valor e interesse. Assim saibamos dele tirar partido. Não se deve tratar apenas da simples determinação, por vezes tão difícil e embaraçosa, de contra-indicação para a prática desportiva, hipótese a que se deve recorrer apenas em derradeira instância.

É de salientar que grande parte da população abrangida pela legislação vigente e necessitada deste exame pertence a escalões etários mais jovens, sendo muitos deles adolescentes. E daqui decorre outra vantagem da realização regular deste tipo de exame. É de todos sabida a dificuldade de relacionamento existente com este escalão etário. Ou porque não frequentam a consulta ou porque não são sistematicamente convocados para exames globais de

saúde e também, por vezes, pela nossa inabilidade para lidar com os jovens. Esta pode ser uma forma privilegiada de chegar ao seu alcance, promovendo o contacto com o seu médico de família num contexto descontraído que não seja o dos problemas de saúde.

Aí poderão ser esclarecidas algumas dúvidas, abordar e trocar opiniões sobre variados temas, sejam de saúde ou não, e até mesmo os mais incómodos. Por outro lado, o médico de família assume posição de destaque ao ser detentor de um conhecimento global do indivíduo, da sua família e até da sua inserção sócio-cultural. Pode, pois, ser este um momento soberano para promover estilos de vida saudáveis, verificar a actualização da vacinação, falar sobre obesidade e excesso ponderal aconselhando sobre hábitos alimentares, sexualidade, consumos abusivos de tabaco, álcool e outras drogas (dentro e fora do desporto).

Respeitando a legislação vigente devemos socorrer-nos, e muito bem, do modelo obrigatório de ficha de exame de avaliação médico-desportivo², fornecido pelo Instituto do Desporto de Portugal. Nele iremos registar o exame que efectuamos e emitiremos a decisão final sobre se o candidato apresenta ou não contra-indicações para a prática de determinada modalidade. Nunca opinaremos sobre a sua aptidão. Essa é matéria para outro tipo de avaliação, a da condição física, que não é da nossa competência e onde se entra em conta com outras componentes – morfológica, muscular, condição cardio-respiratória e metabólica. Este modelo tem

*Assistente Graduado de Clínica Geral
Curso de Post-Graduação em
Medicina Desportiva

a vantagem de servir de suporte de notação e registo de parâmetros fundamentais para a decisão médica final.

Não devemos, e também para nossa salvaguarda, pactuar com outros modelos desta ou daquela Federação, e que ainda circulam nalguns locais. Compete ao candidato fazer-se acompanhar deste modelo próprio, em que na sua parte inicial ficam registadas as declarações pessoais, da responsabilidade do candidato (ou seu encarregado de educação no caso dos menores de 18 anos). Seguem-se os antecedentes: familiares, pessoais e desportivos. Logo vem o exame objectivo com os seguintes parâmetros em avaliação: biometria e exames ectoscópico, oftalmológico, ORL, estomatológico, abdominal, genito-urinário, cardio-circulatório e respiratório. Por fim, registo de exames auxiliares de diagnóstico, frequência cardíaca e pressão arterial.

Ao respeitarmos o preenchimento deste modelo estamos a seguir uma metodologia uniforme na avaliação dos candidatos à prática desportiva, o que é desejável e pode permitir o posterior tratamento desta informação, ficando uma cópia para nós e outra para o candidato. O cabeçalho, destacável, é para fazer prova junto da Federação respectiva. É neste cabeçalho que se vai indicar a existência, ou não, de contra-indicações e, neste último caso, com ou sem restrições.

A ocorrência de eventos nefastos, como a morte súbita de atletas, e a respectiva cobertura, inadequada e desmesurada, por grande parte dos órgãos de informação, transporta enorme carga emocional para este foro e quase reduz o exame médico desportivo à avaliação cardíaca. De facto, o principal objectivo do exame médico desportivo é a detecção de condições que possam acarretar risco de morte súbita e doenças susceptíveis de agravamento com o esforço.

O problema da morte súbita merece

tratamento de destaque pelo impacto e dramatismo que lhe estão sempre associados. A ocorrência de morte súbita, não traumática, em jovens atletas parece estar mais fortemente associada a anomalias congénitas, nomeadamente a miocardiopatia hipertrófica e a origem anómala das coronárias, enquanto que nos grupos etários mais avançados (mais de 35 anos) essa relação parece ser com a doença coronária. A situação, já de si dramática, assume proporções de maior gravidade nos jovens. Não é fácil admitir que jovens, aparentemente saudáveis e plenos de capacidades atléticas, praticantes regulares de desporto, por vezes de alto rendimento e com excelentes desempenhos, possam sofrer um acidente deste tipo.

Objecto de estudo por diversos grupos, esta matéria é inesgotável. Não foi ainda possível, até à data, mesmo com o recurso aos mais sofisticados exames, estabelecer um protocolo que possa detectar anomalias e impedir, em definitivo, este tipo de ocorrências. Trata-se, obviamente, de uma situação de risco. Mas os médicos lidam com o risco há longos anos e sabem o que isso representa nas suas vidas profissionais. Acresce ainda o impacto que uma ocorrência deste tipo acarreta numa comunidade, ou até mesmo num país, como o caso que sucedeu este ano com a morte em directo de um desportista de elite. A pressão exercida pelos pais é compreensível, pois é natural que se interroguem sobre a possibilidade do seu filho também poder ser atingido por tamanha fatalidade e, para seu alívio, é natural que tentem transferir esse ónus para o médico.

No entanto, este tipo de evento é relativamente raro em jovens. Estudos de incidência de morte súbita não traumática em jovens, efectuados em grandes grupos, aponta para números que são variáveis consoante a população em estudo. Por exemplo: em estudantes verificam-se taxas de 7,47:1.000.000 por

ano para o sexo masculino e de 1,33:1.000.000 para o sexo feminino; em recrutas da Força Aérea dos EUA dos 17 aos 28 anos 1:735.000 por ano; nos praticantes de corrida de lazer de Rhode Island 1:280.000 por ano em menores de 30 anos e 1:7.620 por ano em indivíduos desde os 30 até aos 65 anos; já nos maratonistas é de 1:50.000 finalizadores da corrida, sendo a idade média de 37 anos.

Vamos abordar o preenchimento do modelo aprovado para o Exame Médico Desportivo. Logo após as **Declarações Pessoais** começa a nossa tarefa: **Antecedentes Pessoais, Familiares e Desportivos**. A história pessoal e familiar é relevante e pode-nos fazer suspeitar de situações que contra-indiquem a prática desportiva. É obrigatório inquirir sobre a existência de casos de morte não traumática antes dos 30 anos na família. O passado desportivo permite-nos saber que tipo de atleta temos pela frente – que níveis atingiu, que cargas de treino faz, que lesões sofreu. É diferente um jovem que nunca praticou desporto e vai iniciar a sua actividade de um indivíduo nas mesmas condições mas com 40 anos. Este merece atenção redobrada.

A **biometria** permite-nos verificar a evolução do peso, dá acesso rápido ao índice de masa corporal e, eventualmente, à abordagem do problema do excesso ponderal, ou mesmo obesidade, quando for caso disso.

O **exame ectoscópico** dá-nos uma ideia global da morfologia do atleta. O aspecto geral pode por si só despertar a nossa atenção, como por exemplo quando surge uma estatura desproporcionadamente alta, com aracnodactilia e deformidade torácica, o que nos faria suspeitar de um síndrome de Marfan, em que as malformações cardíacas presentes são de enorme significado – prolapso da válvula mitral e sobretudo a doença da aorta ascendente.

A nível da pele, a presença de infec-

ção herpética, *molluscum contagiosum*, *tinea corporis* ou escabiose contra-indicam, temporariamente, a participação em desportos de contacto corporal directo, tais como a luta ou algumas artes marciais.

O candidato deve manter-se de pé e com o mínimo de roupa possível para que o possamos observar convenientemente, de face, de perfil e de costas. Por rotina devem ser pesquisadas assimetrias dos membros; no caso dos inferiores pode-se proceder à medição desde a espinha ilíaca antero-superior até ao maléolo interno. Algumas dismetrias carecem de correcção.

A avaliação das massas musculares deve ser feita em repouso e em contracção, contra resistência; podem-se detectar assimetrias e atrofia.

Em posição ortostática devemos observar as curvaturas raquidianas, de frente e de perfil, com atenção ao nivelamento dos ombros e das cristas ilíacas. Pesquisar sempre a existência de escoliose, através da simples manobra de Adams, em que o observador se coloca sentado e por trás do candidato, mandando-o flectir o tronco ao mesmo tempo que este tenta atingir o solo com as pontas dos dedos. Observa-se a região lombar e dorsal vista de topo. Com esta manobra as assimetrias tornam-se mais notórias e podemos distinguir uma verdadeira escoliose duma simples atitude escoliótica. Ainda lugar para os joelhos e a pesquisa de um joelho valgo ou varo, flexo ou recurvato. Particular atenção também merece a articulação escápulo-umeral e a tibiotalársica, por serem as mais solicitadas. Com os pés paralelos ou em ligeira rotação externa, observa-se o tendão de Aquiles, normalmente vertical, e procura-se um calcâneo valgo, um pé plano ou cavo. Havendo suspeita na observação não se deve hesitar em solicitar apoio especializado. Algumas destas condições, além de poderem ser objecto de correcção, podem influir negati-

vamente no desempenho do atleta e pior ainda facilitar o aparecimento de lesões incapacitantes.

Hérnias e varizes devem ser encaminhadas para tratamento, além de que condicionam algumas modalidades que incluam cargas significativas ou ortostase prolongada, por exemplo.

Os **exames oftalmológico e ORL** permitem detectar situações potencialmente susceptíveis de correcção, o que beneficiaria o atleta no seu todo. Particular atenção aos indivíduos monoculares que têm contra-indicação para desportos de contacto (em casos especiais e com protecção adicional isso pode ser permitido). A audição é importante para o desempenho do atleta como sistema de alerta, podendo antecipar o contacto, por exemplo, ou, mais grave ainda, não ouvir avisos ou sinais acústicos próprios de certas modalidades.

No **exame estomatológico** é mandatória a pesquisa sistemática de cáries dentárias por tratar. São focos de infecção crónica que devem ser erradicados; perpetuam bacteriemias clinicamente inaparentes e tornam-se factores facilitadores de lesões músculo-tendinosas de repetição.

No **abdómen**, realce para as organomegalias. Se as microadenomegalias inguinais, relativamente frequentes nos atletas, são normalmente desprovidas de significado patológico, se isoladas e sem sinais inflamatórios, já o mesmo se não pode dizer de uma hepato- e/ou esplenomegalia que obriga sempre a posterior investigação, além de vulnerabilizar o atleta, pois deixa de dispor da normal protecção conferida pela grelha costal.

O **exame genito-urinário** comporta, além do registo das alterações particulares do sexo feminino, a presença de alterações qualitativas da composição da urina e ainda a pesquisa de varicocele (e hérnias) que, não contra-indicando, podem condicionar algumas modalidades.

Tempo oportuno também para a pesquisa de eventuais massas testiculares.

Last but not least, o **exame cardio-circulatório e respiratório**. Provavelmente o mais importante de todos e o que tem maior visibilidade. Os aspectos fundamentais, leia-se inultrapassáveis, do exame objectivo são:

- A palpação dos pulsos radiais e femorais, sendo estes de importância acrescida, porque são raramente praticados, mas de inestimável valor diagnóstico, muito concretamente para uma situação grave que é a coartação da aorta.
- A auscultação cardíaca deve complementar a palpação e pesquisa do choque da ponta; o candidato deve ser auscultado cuidadosamente, de pé e deitado, com particular atenção à existência de sopros.
- A auscultação pulmonar deve contemplar a expiração forçada, simples manobra semiológica que pode revelar a presença de um broncoespasmo, indetectável de outra forma. Antes mesmo deve haver lugar à observação da existência de expiração prolongada.
- Obrigatória a medição da pressão arterial e frequência cardíaca, não esquecendo a necessidade de utilizar braçadeiras com dimensões adequadas para os mais jovens e também para os obesos.

A questão dos exames complementares de diagnóstico é assunto de enorme controvérsia e ampla discussão. No entanto, existe algum consenso sobre o que seria necessário efectuar no âmbito deste tipo de exame: anualmente um ECG e uma análise de urina tipo II, e um Rx de tórax de três em três anos. Pode-se argumentar de que se tratam de exames fornecedores de limitada informação, com baixas especificidade e sensibilidade. Mesmo com todas as suas limitações, podem fornecer elementos importantes e com significado clínico. O ECG pode revelar alterações disrítmicas ou da repolarização

ventricular, anomalias da condução ou mesmo até pôr-nos na pista de uma hipertrofia anómala. Acresce que são baratos e de fácil acesso. Quando a clínica assim o justifique há que avançar para outros exames mais sofisticados e solicitar a colaboração de especialista em medicina desportiva.

ALGUNS ASPECTOS PARTICULARES

Certas modalidades requerem atenção especial pelos riscos específicos que envolvem. As actividades subaquáticas (que são abordadas neste número da Revista); o pugilismo exige um EEG; os desportos motorizados, além do EEG, um exame oftalmológico minucioso; o tiro, com exame oftalmológico e auditivo e, para os árbitros, um rigorosíssimo exame oftalmológico!

Em grupos etários mais avançados convencionou-se que para maiores de 35 anos se deva fazer uma avaliação analítica mais pormenorizada e ECG com prova de esforço; aqui as preocupações não são as malformações mas sim a doença aterosclerótica, muito concretamente a doença coronária.

De um modo geral há situações que podem restringir, mas não contra-indicar, toda e qualquer actividade. Pode-se tentar encaminhar o candidato para outra modalidade mais adequada ou condicionar a intensidade do esforço como deve suceder com hipertensos ou coronários. Nestes grupos especiais, e também na maioria dos diabéticos, a intensidade limite deve ser estabelecida pela prova de esforço, tarefa que nos ultrapassa; no entanto, deve ficar claro que a prática regular de exercício físico para estes indivíduos é benéfica, mesmo terapêutica, desde que executada abaixo do limiar que for previamente estabelecido, caso a caso.

Outras situações há que são difíceis de ultrapassar, como é o caso de um síndrome febril agudo. Deve ser sempre

considerada uma contra-indicação absoluta, apesar de temporária. O risco de virose sistémica com eventual miocardite pode ser, como já foi, fatal, pelo seu potencial disrítmico grave.

Já a epilepsia merece outra atenção. Sempre controversa e susceptível de autorização especial em certos casos, devem os seus portadores manter-se afastados de desportos em que a perda de consciência possa ser fatal (mergulho, pára-quedismo, desportos motorizados, por exemplo). No entanto, e quando controlada, quase todos os desportos são permitidos chegando alguns praticantes à notoriedade e ao profissionalismo.

MEDICAMENTOS

Existe informação própria oriunda do CNAD e já divulgada nos Centros de Saúde no âmbito de uma estratégia de luta contra a dopagem. Não esquecer que medicamentos correntes, banalizados e alguns deles OTC, contêm substâncias interditas e alvo de detecção nos controles anti-doping, como é o caso da efedrina e da codeína. Ao invés, o uso de corticóides é permitido em inalação, por via tópica, oftalmológica e auricular, ou ainda em injeção intra-articular ou local (infiltração), desde que deva e previamente notificado.

BREVE APRECIÇÃO FINAL

A maioria dos exames efectuados neste âmbito não irão detectar qualquer alteração. De qualquer modo devemos estar alerta para situações potencialmente fatais como a miocardiopatia hipertrófica, a estenose da aorta, a origem anómala das coronárias e o síndrome de Marfan, que apesar de raras são as que ocorrem em maior número. Tratando-se maioritariamente de jovens os níveis de suspeição clínica serão menores;

a maioria é saudável e muitos achados clínicos são variantes da normalidade.

Quando se detecte uma anomalia cardíaca, como um sopro grave ou sinais sugestivos de síndrome de Marfan, quando exista sintomatologia de fadiga fácil ou síncope durante o esforço, ou mesmo quando apenas se tem dificuldades na interpretação de algum sinal ou sintoma, ou qualquer outra dúvida, deve-se recorrer à referência do candidato.

É, no mínimo, questionável a realização destes exames em massa, de um ponto de vista epidemiológico. Mas disposição legal a isso obriga. Até porque a dificuldade de detectar as situações potencialmente letais, anteriormente referidas, é grande apesar de toda a panóplia de exames complementares existentes. Parcialmente porque a sua apresentação clínica é pobre em sinais e sintomas.

Compete-nos executá-los. Este breve texto pretende ter alguma utilidade numa primeira abordagem desta matéria mas não substitui, de forma alguma, formação adequada e devidamente programada. Tarefa a que a tutela não se deve subtrair. Não basta emitir legislação. É necessário criar condições para a sua aplicabilidade prática. Penso que compete às Sub-Regiões de Saúde, após avaliação local, criar as condições necessárias para fornecer formação específica nesta área e estabelecer uma rede de referência a funcionar para os centros de saúde que as integram, com colegas que possuam formação neste domínio (obtida anteriormente ou a obter futuramente). Com a vantagem de poderem constituir parceria e ligação privilegiada com os escassos Centros de Medicina Desportiva existentes actualmente em Portugal. Sob pena de cairmos em práticas, não tão longínquas, pouco correctas e que nada nos dignificam, como seja a emissão «cega» de certificados/atestados para isto e para aquilo, e mais grave ainda, para o

caso do exame médico desportivo, agora em apreço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Family Physicians. Summary of Policy Recommendations for Periodic Health Examinations. Revision 5.4, August 2003. In URL <http://www.aafp.org/PreBuilt/PHErev54.pdf> [acedido em 30 de Agosto de 2004].
2. Modelo anexo ao Despacho conjunto nº916/2003, de 19/9, DR nº 217, II série.

BIBLIOGRAFIA

1. Monod H, Kahn J-F, Amoretti R, Rodineau J. Médecine du Sport. 2ª Ed. Paris: Masson; 2000.
2. Mellion MB, Putukian M, Madden C. Sports Medicine Secrets. 3ª Ed. Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc.; 2002.
3. Themudo Barata JL (Coordenador). Actividade Física e Medicina Moderna. Lisboa: Europress; 1997.
4. McKeag DB, Sallis RE. Factors at play in the athletic preparticipation examination.. Am Fam Physician 2000; 61:2617-8.
5. Lyznicki JM, Nielsen NH, Schneider JF. Cardiovascular screening of student athletes. Am Fam Physician 2000; 62:765-74.
6. Glover W, Maron BJ, Matheson GO. The Preparticipation Physical Examination- Steps Towards Consensus and Uniformity. Physician Sports Med 1999; 27:29-30,32-4.
7. Wen DY. Preparticipation Cardiovascular Screening of Young Athletes-An epidemiologic perspective. Physician Sports Med 2004; 32(6).
8. Thompson PD. Rastreio Cardiovascular - Esboço do exame. Physician Sports Med (Ed. portuguesa) 1999; 1(1):54-8.
9. Moeller JD. Contra-indicações para Participação em Actividades Atléticoas. Physician Sports Med (Ed. portuguesa) 1999; 1(3):7-15.
10. Macedo A, Goucha P, Feijó T, Mendes Paula P, Mertens P. Exame Morfológico do Atleta. Boletim da Sociedade Portuguesa de Medicina Desportiva 2001; nº11(3º trimestre):1-5.

Endereço para correspondência:

Centro de Saúde de Santarém
Av. dos Combatentes, 9
Apartado 385
2005-361 Santarém
ptmgoucha@mail.telepac.pt