

Exame de sobreclassificação – qual a finalidade?

Dr. Diogo Santos¹, Dr. José Ramos², Prof Doutor Ovidio Costa³

¹Interno de especialidade de Medicina Desportiva, Centro de Medicina Desportiva do Porto; ²Especialista em Medicina Desportiva, E-tutor do Curso de Especialização em Medicina Desportiva; ³Cardiologista, Diretor do Curso de Especialização em Medicina Desportiva. ^{2,3}Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Várias têm sido os comentários e os artigos publicados nesta Revista a constatar a falta de rigor científico e o despropósito médico-desportivo da obrigatoriedade deste exame. A propósito da regulamentação deste exame (Diário da República, 1.ª série – N.º 231 – 29 de novembro de 2012) escrevia um dos autores deste artigo: “Quando se esperava uma solução acertada, consensual, baseada em evidências científicas ou recomendações internacionais, eis que nos deparamos com um documento que regulamenta o absurdo: o exame médico de sobreclassificação passa agora a ter um protocolo clínico...” (...).

Apesar de todos estes argumentos, o Decreto Lei nº 255/2012, que regulamenta os exames de sobreclassificação, viria a estender a capacidade de realizar estes exames aos médicos especialistas em Medicina Desportiva porque, como se escreve no preâmbulo do Decreto acima referido “A limitação da realização do exame de avaliação nos Centros de Medicina Desportiva para efeitos desta sobreclassificação apresenta-se, nos nossos dias, como um claro obstáculo à realização desportiva”, já que “se verificam atualmente nos Centros de Medicina Desportiva, dificuldades infraestruturais e humanas sérias para assegurar o pontual e integral cumprimento da lei” (Decreto Lei 345/99 de 25 de Agosto).

Esta declaração de incapacidade do organismo estatal deveria, em nossa opinião, levar a uma reflexão séria sobre a utilidade e a real motivação de um exame tão extenso, sem rigor científico e oneroso. Não nos parece que a sua não realização seja um obstáculo à participação desportiva, mas somos da opinião

que se trata de uma agressão ao desenvolvimento físico e mental do atleta, saltando etapas fundamentais na sua formação.

Se quem regula a Medicina Desportiva tivesse feito tal reflexão, só teria um caminho – **acabar definitivamente com o exame de sobreclassificação**. Quando nos comparamos com os restantes países da Europa verificamos que somos praticamente os únicos a admitir a sobreclassificação (ver texto), o que neste caso concreto em nada nos pode orgulhar.

Esta alteração à lei teve como consequência um aumento de 92% dos pedidos de sobreclassificação no primeiro ano da sua aplicação: passou-se de 326 pedidos em 2013 para 627 em 2014 (Quadro 1). Da análise dos dados disponíveis no site do IPDJ relativos aos exames de sobreclassificação (anos 2013, 2014 e 2015), verificamos que a maior percentagem de pedidos é realizada por atletas do sexo feminino – mais de 70% dos pedidos (Quadro 1), sendo que a Federação Portuguesa de Futebol é preponderante: 87,9 % dos exames femininos pedidos em 2013, 82,6% em 2014 e 80,3% em 2015 (Quadro 2). Sabemos por experiência clínica e conhecimento da realidade desportiva que **a motivação para os pedidos de realização destes exames, não é médica, mas sim administrativa**. Portanto, não peçam aos médicos para que, baseando-se em critérios equívocos e cientificamente não validados, atribuam a um(a) atleta a possibilidade de jogar dois escalões acima do seu só porque a Federação não tem o escalão a que o atleta pertence.

No caso concreto do Futebol Feminino, é a inexistência de campeonatos em determinados escalões que

obriga a atleta a recorrer ao exame de sobreclassificação. O Futebol Feminino só tem dois escalões com campeonato organizado: Sêniores e Júniores (Futebol de 7), permitindo que os outros escalões possam ser mistos (Traquinas, Benjamins, Infantis, Iniciados e Juvenis). Assim, a atleta que iniciou a prática desportiva e pretenda continuar a jogar vê-se perante dois caminhos: ou pede um exame de sobreclassificação ou passa a jogar integrada num escalão masculino. Contudo, estas equipas mistas são um problema logístico para a maior parte dos clubes, pois não têm infraestruturas suficientes (como balneários) para que as atletas femininas possam usufruir, acabando estas por ser preteridas em relação ao sexo masculino. Estas razões justificam o número de pedidos de sobreclassificação que atinge 10,5% do total de todas as atletas filiadas na FPF até juniores em 2013 e 15,9% em 2014 (Quadros 3 e 4).

A análise dos Quadros 2, 3 e 4 permite-nos ver que este problema não se coloca nas outras modalidades, em que os pedidos são residuais em relação ao número de atletas e não há desigualdade de género significativa, exceção feita ao pólo aquático em que os pedidos são todos de atletas masculinos. Não há também uma desigualdade do número de praticantes por género como no futebol, sendo que no voleibol o número de atletas femininos ultrapassa os masculinos.

Para além da falta de critérios homogéneos e cientificamente válidos, a sobreclassificação interrompe um processo de formação e aprendizagem técnica, tática, física e mental, levando o(a) atleta a pular etapas e a competir em escalões mais exigentes, quer no plano competitivo, quer na intensidade de treino, com potenciais implicações na ocorrência de lesões traumáticas e de sobrecarga. A sua inferioridade atlética e de maturação vai em muitas situações frustrar as ambições do atleta que é preterido em relação a outros atletas,

mais maduros e mais bem formados. Os malefícios da sobreclassificação justificam uma vez mais o pedido aos políticos responsáveis deste país que procedam à anulação imediata deste modelo de exame.

Exame de sobreclassificação – a realidade europeia

Foram contactadas todas as Sociedades Europeias de Medicina Desportiva pertencentes à EFSMA (European Federation of Sports Medicine Associations) para responderem a um inquérito sobre a avaliação médico-desportiva de jovens atletas e participação em escalões etários diferentes da idade cronológica, tendo-se obtido um total de 11 respostas: Alemanha, Áustria, Croácia, Espanha, Hungria, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Sérvia e Suíça.

Em 72,7% (8) destes países, a realização de um exame pré-participação (vulgo exame médico-desportivo) é obrigatória, incluindo em todos eles uma avaliação médica e um eletrocardiograma. Adicionalmente, em 50% (4) destes avalia-se a composição corporal, são realizadas análises sanguíneas em 37,5% (3) e apenas num país é avaliada a maturação sexual (Lituânia). Para alguns países é obrigatória a realização de outros exames complementares, como análises à urina (Hungria, Itália, Lituânia) e ECG de esforço (Itália). Em nenhum dos países inquiridos é obrigatória a realização da radiografia do tórax como rotina.

Em relação à participação de jovens atletas em escalões etários superiores à sua idade cronológica, 63,6% (7) dos países permitem que um jovem jogue num escalão acima, contudo este número cai para 27,3% (3) quando se fala em 2 ou mais escalões acima da idade, sendo que num deles não há obrigatoriedade de se realizar exame médico-desportivo (Áustria) e no outro (Sérvia), embora seja possível competir em escalões superiores, há uma recomendação generalizada para que os atletas não o façam. Naqueles países em que se realiza obrigatoriamente o exame médico-desportivo, o protocolo de avaliação médica não varia caso o atleta pretenda jogar no seu escalão ou em escalões acima,

Dados sobre atletas que pediram a sobreclassificação

ANO	TOTAL	FEMININO	% TOTAL FEMININO	MASCULINO	% TOTAL MASCULINO
2013	326	257	78,8 %	21	21,2 %
2014	627	460	73,4 %	167	26,6 %
2015	633	462	73 %	171	27 %

N.º de pedidos por modalidade

MODALIDADE	2013		2014		2015	
	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM
FUTEBOL	21	132	33	261	50	249
FUTSAL	5	94	19	104	16	111
FUTEBOL PRAIA	0	0	1	0	0	0
FUTEBOL 7	0	0	0	15	0	6
FUTEBOL 9	0	0	0	0	0	5
ANDEBOL	13	8	43	27	38	27
VOLEIBOL	5	18	15	26	13	43
BASQUETEBOL	0	0	9	10	7	10
TENIS MESA	11	3	23	14	15	15
POLO AQUÁTICO	14	0	20	0	25	0
HOQUEI EM CAMPO	0	1	0	1	0	0
HOQUEI EM PATINS	0	0	0	0	1	0
PENTATLO	0	1	0	0	0	0
JUDO	0	0	3	2	1	0
RUGBY	0	0	1	0	0	0
PATINAGEM	0	0	0	0	0	1

Dados 2013 – N.º de atletas que pediram a sobreclassificação – 326

MODALIDADE	NTAAJ	MASCULINO			NTAAJ	FEMININO		
		NTP	%TAAJ	%TP		NTP	%TAAJ	%TP
FUTEBOL	105424	21	0,02 %	6,4%	1301	132	10,5%	40,5%
FUTSAL	ND	5	ND	1,53 %	ND	94	ND	28,8 %
ANDEBOL	25055	13	0,05 %	3,98 %	16680	8	0,04 %	2,45 %
VOLEIBOL	18896	5	0,03 %	1,53%	21644	18	0,08 %	5,52 %
TENIS MESA	1078	11	1,02 %	3,37 %	391	3	0,76 %	0,92
POLO AQUÁTICO	ND	14	ND	4,29 %	ND	0	ND	0 %

NTAAJ – (N.º total de atletas antes de juniores. **NTP** – N.º total de pedidos. **%TAAJ** – percentagem de atletas antes de juniores. **%TP** – percentagem do total de pedidos. Fonte – IPDJ

Dados 2014 – N.º de atletas que pediram a sobreclassificação – 627

MODALIDADE	NTAAJ	MASCULINO			NTAAJ	FEMININO		
		NTP	%TAAJ	%TP		NTP	%TAAJ	%TP
FUTEBOL	108620	33	0,03 %	5,26 %	1640	261	15,9%	41,6%
FUTSAL	ND	19	ND	3,03 %	ND	104	ND	16,6%
ANDEBOL	26545	43	0,16 %	6,85 %	18498	27	0,14 %	4,3%
VOLEIBOL	18715	15	0,08	2,39%	21539	26	0,12%	4,14%
TENIS MESA	1211	23	1,89%	3,66%	443	14	3,16%	2,23
POLO AQUÁTICO	ND	20	ND	3,19	ND	0	ND	0

NTAAJ – (N.º total de atletas antes de juniores. **NTP** – N.º total de pedidos. **%TAAJ** – percentagem de atletas antes de juniores. **%TP** – percentagem do total de pedidos. Fonte – IPDJ



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

exceção feita à Lituânia, onde o ecocardiograma passa a ser obrigatório, juntando-se assim à avaliação médica, ECG, composição corporal, maturação sexual, análises sanguíneas e à urina que se realizam a todos os jovens atletas deste país. Em nenhum país inquirido se realiza a radiografia do punho para determinação da idade óssea.

Não foi obtida resposta da sociedade inglesa, mas uma pesquisa online revelou-nos que o exame pré-participação não é obrigatório. Apurou-se ainda que a prática desportiva em escalões superiores à idade cronológica é permitida em atletas que demonstrem talento e capacidade competitiva, sendo que uma decisão favorável é dependente do treinador, dos pais e, claro, do próprio atleta, pelo que se exclui da equação uma avaliação médica especializada.

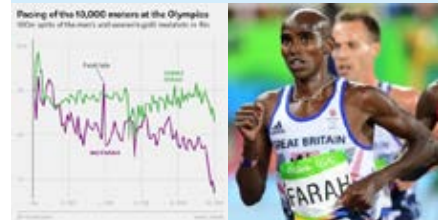
Por fim, é importante realçar que diferentes desportos têm regras diferentes. Assim, no rúgbi é permitido subir 1 escalão a partir dos 12 anos. Uma dupla subida de escalão é permitida apenas nos sub-16 e sub-17 e esta opção não está disponível para os atletas da 1ª linha (que só podem subir um escalão). No futebol, a FA (Football Association) mudou as regras dos escalões jovens na época 2014/2015, impedindo que um atleta competisse 2 ou mais escalões acima. Assim, é permitido que um jovem atleta jogue num escalão acima, fazendo-se, contudo, a salvaguarda que o objetivo desta regra não é permitir que toda uma equipa jogue acima do seu escalão etário, já que esta situação vai contra os princípios do desenvolvimento dos jogadores.

Bibliografia

1. Robert, F. LaPrade et al. AOSSSM Early Sport Specialization Consensus Statement. The Orthopedic Journal of Sports Medicine, 2016;4(4),
2. Joel S. Brenner. Sport Specialization and Intensive Training in Young Athletes. Pediatrics, September 2016;138(3).
3. Michael, F., Bergeron et al. International Olympic Committee Consensus statement on youth athletic development. Br J Sports Med, 2015;49;843-45.
4. Costa, O., Ramos, J. et al. O exame médico desportivo de sobreclassificação. Revista de Medicina Desportiva Informa, 2013;4(6), pp.26-31.

Sprinters Should Start Fast; Everyone Else Should Finish Fast

Por Christie Aschwanden



Nos Jogos Olímpicos, a prova de 10 mil metros teve ritmo, mas acima de tudo teve estratégia. No Gráfico estão indicados os tempos gastos a percorrer cada 100 metros da prova para o vencedor masculino (Mo Farah) e para a vencedora feminina (Almaz Ayana). Mo realizou o tempo de 27:05.17 (minuto segundo centésimo), 48 segundos menos que o recorde mundial datado de 2005 (26:17.53 – do etíope Kenenisa Bekele), apesar de ter tido uma queda ao km 4. Por outro lado, Ayana completou a prova em 29:17.45, menos 14 segundos que o anterior recorde mundial. A análise do gráfico permite concluir que as duas corridas tiveram estilos diferentes no que diz respeito ao ritmo das passadas. No caso de Ayana, a corrida iniciou-se com um ritmo relativamente constante, com aceleração acentuada pouco depois dos 5km, para depois “aliviar” um pouco e terminar rápido. Já Farah iniciou a corrida de modo “lento”, para a partir dos 2km aumentar a passada, com tendência média de diminuição do tempo ao km e terminando “forte”. O ritmo é algo íntimo do atleta e da sua estratégia. É difícil mantê-lo sempre elevado, pois as reservas energéticas esgotam-se. Contudo, de acordo com Ross Tucker, cientista do exercício da Faculdade de Medicina da Universidade de Free State (África do Sul), “o ritmo da passada é uma questão de orçamento e de se saber onde se vão aplicar as reservas (energéticas), de modo a não gastá-las antes do final, mas também não se deve deixar algumas guardadas após o final (da corrida)”. Basil Ribeiro

<http://fivethirtyeight.com/features/sprinters-should-start-fast-everyone-else-should-finish-fast/>