



PERGUNTE AO ESPECIALISTA

© Ed Isaacs | Dreamstime.com

O Atleta Hipertenso: Quando Desqualificá-lo?

Dr. Serafim Borges

Diretor da Divisão Médica do IECAC

Médico da Confederação Brasileira de Futebol

Médico da Câmara Técnica de Medicina Desportiva do CREMERJ

Médico do Clube de Regatas do FLAMENGO

Entendemos que as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por aproximadamente 300 mil mortes por ano no Brasil, contribuindo para isto os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e a Doença Arterial Coronariana (DAC). Neste contexto, é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a grande desencadeadora destas co-morbidades, agindo de modo isolado ou associada a outros fatores de risco cardiovascular, como as Dislipidemias e o Diabetes Melito.

Segundo dados recentes, estima-se que a HAS atinja 15% a 30% dos brasileiros, o que em números absolutos seria em torno de 25 milhões de indivíduos, se estimarmos em 15%. Como sabemos, grande parte destes indivíduos não têm acesso ao sistema de saúde para tratamento adequado, o que aumenta em muito a morbidade desta doença. A HAS é passível de controle com bom prognóstico futuro, gerando economia de grande monta aos cofres públicos e privados, com marcada redução de internações e complicações.

Visto o preâmbulo para nossa reflexão, é importante ainda apontarmos o grande contingente de brasileiros com algum grau de disfunção renal - aproximadamente 15 milhões de pessoas - e aqueles já com grave insuficiência renal. Na maioria dos casos, a HAS é responsável por esta preocupante estatística. Será que estamos cuidando bem dos nossos hipertensos?

No tocante ao atleta, tema desta pergunta, em nossas avaliações de rotina no Clube de Regatas do Flamengo, os protocolos apontam que aqueles com 20 anos ou mais devem realizar, além de ecocardiograma, um teste ergométrico convencional. Durante o

teste ergométrico, atenção especial é voltada para o diagnóstico de HAS reativa ao esforço, principalmente naqueles atletas que, na anamnese, relatam história de HAS na família. Caso ocorra resposta exagerada da PA ao esforço, o atleta realiza uma monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e, se a carga pressórica das 24 horas estiver alterada, partimos de início para orientações relativas a mudanças do estilo de vida, incluindo a participação do nosso Departamento de Nutrição. Se não forem obtidos resultados

“ (...) Estima-se que a HAS atinja 15% a 30% dos brasileiros, o que em números absolutos seria em torno de 25 milhões de indivíduos(...) ”

satisfatórios ao final de 6 meses, partimos para a utilização de drogas hipotensoras. Na nossa experiência ao longos de anos e com uma parcela considerável de controles, utilizamos inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores AT1 da Angiotensina (BRAT1), com os quais temos obtido os melhores resultados, além da liberação dos atletas pelo controle de dopagem. Nos atletas já com HAS confirmada, caso o ecocardiograma demonstre hipertrofia ventricular esquerda (HVE) fisiológica e não patológica, liberamos para competição de alto nível.

Segundo a 36ª Conferência de Bethesda, a presença de HAS estágio 1 na ausência

de lesão de órgão-alvo, incluindo HVE ou doença cardíaca concomitante, não deve limitar a elegibilidade para esportes competitivos. Uma vez iniciado o programa de treinamento, o atleta hipertenso deve ter sua PA avaliada a cada 2 a 4 meses ou mesmo mais frequentemente, caso indicado, para monitorar o impacto hemodinâmico do exercício. Ainda de acordo com a 36ª Conferência de Bethesda, atletas com HAS mais importante (estágio 2), mesmo sem evidência de lesão em órgão-alvo, como HVE por exemplo, devem ter retrições particularmente em relação aos esportes com alto componente estático (classes IIIA a IIIC), até a HAS estar controlada, seja por modificações no estilo de vida ou por medicação. Quando a HAS está associada a outra doença cardiovascular, a elegibilidade para a participação em competições geralmente se baseia no tipo e gravidade da doença associada.

Em conclusão, atletas com HAS estabelecida e sem lesão de órgão-alvo estão liberados para competição; naqueles casos em que haja, além da HAS, alguma doença cardíaca estrutural associada, devem ser avaliadas as restrições relativas à doença associada para a liberação do atleta. Os atletas por nós liberados recebem um documento que é enviado ao clube para onde forem transferidos, visando a sua e nossa segurança, sendo acompanhados pelo CICAAT, Centro de Investigações Cardiológicas e Acompanhamento de Atletas do Clube de Regatas do FLAMENGO, que os monitora no Brasil e mesmo no exterior, para onde são eventualmente transferidos.



A tecnologia é tão importante quanto o profissional que a controla!

Qualidade superior e tecnologia insuperável quando o assunto é monitoramento cardíaco

Proximus **POLAR**

www.proximus.com.br