

# Morte súbita em atletas: como evitá-la?

DOI: 10.24207/1983-5558v30.3-001

Nos últimos anos, os meios de comunicação vêm noticiando a ocorrência de vários episódios de morte súbita em atletas aparentemente saudáveis, ocorridos durante a prática de atividades desportivas. Estima-se que esse evento ocorra em 1/100.000 estudantes nos Estados Unidos, com maior incidência no sexo masculino, comparativamente ao feminino (1,5 vs. 0,5 por 100.000/ano). Um dos primeiros relatos de morte súbita ocorreu durante a primeira das Guerras Médicas, também conhecidas como Guerras Greco-Persas, em 490 a.C., quando o soldado Fidípides recebeu ordem de voltar correndo do campo de batalha, na planície de Maratona, para a cidade de Atenas, a 42 km de distância. Ao chegar na praça, após avisar que haviam vencido a batalha, exausto, Fidípides caiu morto. O termo maratona, que significa corrida com percurso de 42 km, é alusivo a esse episódio histórico ocorrido na planície de Maratona.

Na literatura médica existem fortes evidências de que exercícios físicos regulares geram benefícios cardiovasculares e prolongam a vida, e, por isso, são recomendados rotineiramente pelos cardiologistas. Sabe-se, também, que a prática de atividade física intensa pode provocar mudanças estruturais remodeladoras no coração, como hipertrofia ventricular, dilatação e arritmias, que são adaptações fisiológicas ao esforço extenuante. Essas alterações adaptativas não aumentam o risco de morte e são conhecidas como síndrome do coração de atleta. Por outro lado, em portadores de determinadas cardiopatias, a atividade física intensa pode desencadear fibrilação ventricular e levar o indivíduo à morte súbita. A triagem desses pacientes, muitas vezes, é uma tarefa difícil, pois em algumas cardiopatias o coração pode estar estruturalmente normal ou apresentar alterações, como dilatação, hipertrofia ventricular e arritmias, que podem ser confundidas com as do coração de atleta. Essas alterações, comuns ao coração de atleta e às cardiopatias, são chamadas de "zona cinzenta".

As principais cardiopatias que causam morte súbita em atletas com idade < 35 anos são cardiomiopatia hipertrófica, displasia arritmogênica do ventrículo direito, miocardites e origem anômala de coronárias. Já em indivíduos com idade > 35 anos, a doença arterial coronária é a principal causa. Existem outras causas de morte súbita, tais como cardiopatia dilatada, cardiopatias valvulares, taquicardia ventricular cate-

colaminérgica, síndrome de Brugada, síndrome de Wolff-Parkinson-White, síndrome do QT longo, síndrome de Marfan e *commotio cordis*.

Para evitar que indivíduos cardiopatas participem de atividades físicas não recomendadas, pois estariam sob risco de morte, o médico deve submetê-los a um processo sistematizado de triagem, visando a separar os indivíduos sadios dos cardiopatas ou os cardiopatas daqueles portadores de coração de atleta. A Sociedade Americana de Cardiologia recomenda submeter os candidatos jovens a uma anamnese direcionada e a um exame físico detalhado, buscando indícios que levem à suspeita de cardiopatias. Nos casos em que não há nenhum indício, o atleta será liberado para atividade desportiva; no caso de suspeita, será investigado com exames complementares. A Sociedade Americana não recomenda o emprego do eletrocardiograma (ECG) na triagem inicial, apenas anamnese e exame físico. As Sociedades Europeia e Brasileira de Cardiologia recomendam a realização de anamnese, exame físico e ECG de rotina na triagem inicial de todos os candidatos a atividade física. Em caso de achados positivos, outros exames podem ser utilizados para avaliar se liberam ou desqualificam o atleta para atividade desportiva. Na Itália, existe uma lei federal que rege essa triagem, sendo recomendados anamnese, exame físico e ECG, embora indique também teste ergométrico e ecocardiograma para todos os candidatos a esportes competitivos.

No processo de triagem existem algumas questões, e nem sempre é fácil separar cardiopatas dos que apresentam coração de atleta, principalmente quando as alterações caem dentro da "zona cinzenta". As diretrizes têm limitações, uma vez que nos dão orientação e proteção, mas não certeza. E daí vem o dilema: liberar ou desqualificar? Se liberarmos todos, podemos correr risco de imperícia e submeter o atleta a um potencial risco. Desqualificar em caso de incerteza é cômodo para o médico, porém é ruim para o atleta, para a família e para o clube. O mais sensato, portanto, é avaliar todas as variáveis envolvidas, fundamentando-se em evidências e diretrizes, e decidir com muita maestria.

**Genildo Ferreira Nunes**

Editor-chefe  
Gestão 2016-2017