

O **Prof Doutor André Moreira** proferiu uma **palestra** no CMEP, no **dia 07 Jan/2011**, com o título **“Asma no Atleta”**. No texto seguinte elabora-se um pequeno Resumo, assim como se indicam as ideias chave que o palestrante considerou como “take home messages”)

- A asma é muito frequente na população geral e ainda mais nos atletas. Uma em cada 10 crianças e 1 em cada 20 adultos tem asma;
- A asma não impede de forma nenhuma um atleta de atingir o topo da carreira, mas limita o seu rendimento e afecta a sua qualidade de vida; a percepção dos treinadores e dos atletas é baixa;
- Os principais factores de risco são a condição de atopia e o tipo (e duração) do desporto praticado, sendo a natação o de maior risco. O facto do atleta ser alérgico aumenta o risco de asma em sete vezes e se, simultaneamente, pratica natação, o risco é 97 vezes superior comparativamente ao atleta não nadador e não atópico (alérgico).
- As tricloraminas, decorrentes da reacção entre o cloro e os líquidos orgânicos do atleta (suor, saliva, urina), pouco solúveis e existentes à tona da água, são inaladas pelos nadadores e desencadeiam a reacção asmática. Um estudo de 1996 quantificou a inalação de 4 a 6 gr, num treino de natação com 2 horas de duração, o representa um valor 3 vezes superior ao permitido num ambiente de trabalho nos EUA. Poderá, então, ser considerada uma doença profissional, desencadeada pelo ambiente contaminado.
- As queixas de asma são a pieira, a dispneia, o aperto no tórax, a tosse, mas o diagnóstico é objectivo. No atleta os sintomas não servem para o diagnóstico. Temos atletas muito queixosos sem asma e outros sem nenhuma queixa e com critérios objectivos de doença;
- Frequentemente, principalmente se o diagnóstico não for objectivo, a asma pode ser confundida com a disfunção das cordas vocais, as quais aductem (fecham) aquando da inspiração em vez de abduzirem (abrirem), ouvindo-se um típico estridor (inspiratório) e não a típica sibilância (expiratória). Referiu a existência de casos de atletas que após a realização de ioga ficaram sem “asma”, o que significa que não tinham asma de facto;
- Não há um marcador clínico para identificar a asma (como na diabetes ou na hipertensão arterial, facilmente identificados através de medições simples), pelo que o rastreio é muito importante;
- O rastreio inicial é feito através da análise do FEV₁ (fluxo expiratório forçado no 1º segundo) obtido na espirometria e da sua melhoria após a administração de broncodilatadores;
- De acordo com o Comité Olímpico Internacional (COI), o critério funcional de asma implica que a prova de broncodilatação com a inalação de 400 mcg de salbutamol realizada 15 minutos após o primeiro teste de espirometria, origine aumento em 12% e 200 ml do FEV₁. Contudo, os atletas podem ter FEV₁ superior a 150% do seu previsto, estarem em

crise asmática e a prova de broncodilatação não provocar aumentos daquela ordem de grandeza, pelo QUE serão necessárias outras avaliações nomeadamente a avaliação da inflamação, da hiperreactividade brônquica e das provas de provocação com exercício ou solutos hipertónicos.

- Na missão Pequim (jogos Olímpicos) em 52 atletas havia 9 que eram asmáticos e sete (7) foram diagnosticados pela primeira vez nas semanas precedentes à partida para a China, o que pode comprometer o seu rendimento, já que são necessárias até 6 semanas para recuperarem a normalidade da função respiratória, mas nunca se recuperaram os anos de treinos “condicionado” para trás.

Mensagens finais

1. “A asma é muito frequente nos atletas. O seu conhecimento é muito limitado, o que pode levar ao impacto negativo na qualidade de vida e no rendimento”
2. “Os maiores determinantes do risco de asma entre atletas é o estado alérgico e o tipo de desporto praticado (principalmente a natação)”
3. “O reconhecimento precoce e o diagnóstico correcto são as chaves do sucesso do tratamento da asma induzida pelo esforço”
4. “Os sintomas e a espirometria basal têm pouco valor predictivo, pelo que são necessárias provas de provocação”
5. “Cada sujeito com asma deve ser questionado sobre o rendimento físico, tolerância e sintomas. Não há razão para desencorajar o asmático com a doença controlada a fazer exercício”.

O Prof. Dr. André Moreira desenvolve a sua actividade profissional no Hospital de S. João, no CMEP e no Instituto Cuf, no Porto, e é actualmente o maior estudioso em Portugal da temática da asma do atleta, sendo responsável, por exemplo, pelo rastreio e orientação terapêutica dos atletas olímpicos, dos nadadores do F C Porto, de atletas de referência no atletismo e de muitos outros.