

EXERCÍCIO FÍSICO

ROBERTO GUIMARÃES ALFIERI
São Paulo, SP

O extraordinário aumento do grau de conscientização sobre os fatores de risco de doenças cardiovasculares provocou mudanças no estilo de vida de percentual expressivo da população, sempre na busca de minimizá-los. Nos países onde as modificações têm ocorrido com maior intensidade, documenta-se declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares^{1,2}. Neste comportamento integram-se certamente maior eficiência terapêutica e melhor controle preventivo.

Durante as últimas duas décadas, o exercício físico tem sido recomendado cada vez mais como método coadjuvante na prevenção primária, secundária e terciária da cardiopatia isquêmica^{3,4}. Eichner⁵ ao ponderar sobre evidências epidemiológicas favoráveis e desfavoráveis ao “efeito do exercício” sobre afecções cardiovasculares, sugeriu que pessoas ativas têm menor incidência de doenças coronárias do que as sedentárias.

O proclamado incentivo a salutar prática de atividade física pela população traz, como corolário, obrigatório investimento na formação profissional para seu correto uso. É preciso reconhecer que a demanda acelerada pelos exercícios não se acompanhou da devida capacitação de recursos humanos, direta ou indiretamente ligados a seus praticantes, tais como professores de educação física, fisioterapeutas, médicos generalistas ou cardiologistas. Fica evidente que na esteira da grande popularidade do método de Cooper, percentual expressivo de profissionais da área da saúde tornaram-se opinantes não devidamente qualificados, no que se refere a indicações e contra-indicações das várias formas de atividade física. É observação cotidiana que contra-indicações à atividade física nem sempre são decididas com base em critérios modernos, sendo influenciados por conceitos “não científicos” já ultrapassados.

Urge ampliar os conhecimentos dos cardiologistas que no exercício de sua prática clínica prescrevem orientações quanto a tipo, frequência, intensidade e duração de atividade física para sedentários, obesos, coronariopatas, hipertensos, valvopatas, miocardiopatas.

Deve-se resguardar o exercício e a prática de esportes das atitudes de modismo, inclusive do seu entendimento como panacéia para muitos males. Esta

preocupação deve ser motivo de constante consideração pelos cardiologistas que no seu contato diário com os pacientes estão investidos na peculiar posição de conselheiros neste polêmico campo. Cabe esclarecer sobre os inconvenientes do exercício desacoplado dos devidos cuidados, que assim tornam-se passíveis de provocar males que se pretendem evitar.

O exercício físico regular muito embora não impeça progressões da doença arterial coronária^{6,7}, proporciona suficiente benefício funcional para justificar sua prescrição.

Programas regulares de atividade aeróbica para grande número de pacientes com doenças cardiovasculares só resultam eficazes quando recomendados segundo planejamento bem organizado (quadro I). As orientações sobre a prática de atividade física devidamente supervisionada continuam plenas de variações. Qualquer que seja, contudo, o estilo adotado, impõem-se, como alicerces seguros, avaliações objetivas prévias e posteriores, periódicas, através de criterioso conjunto de dados propedêuticos clínicos e laboratoriais. Neste particular, o teste de esforço é útil por proporcionar subsídios prospectivos indispensáveis—como frequência cardíaca ideal e limite máximo permissível—associado ou não a outros métodos não invasivos. Esta rotina deve ser admitida como de fundamental importância na elevação do grau de segurança necessária a todos os praticantes de exercícios programados. Além disto, os programas devem se entendidos como métodos coadjuvantes de prevenção e de capacitação e nunca dispensam apoio para vencer receios impostos pelo meio, por familiares e mesmo por médicos despreparados, para permitir recuperar a auto-confiança e para afastar da mente

QUADRO I—Decálogo para planejamento de condicionamento físico.

1. Avaliação clínica completa.
2. Teste de esforço prévio
3. Caracterização dos limites individuais
4. Seleção do programas.
5. .Aquecimento prévio”.
6. Resfriamento” final.
7. Reforço constante à dedicação.
8. Supervisão médica constants.
9. Reavaliação clinics periódica.
10. Reavaliação ergométrica periódica

idéias de morte súbita.

O condicionamento físico exige três sessões semanais com duração de 30 minutos. Os exercícios devem ser de preferência isotônicos e aeróbios. Atividades de caráter anaeróbio devem ser evitados, pois promovem graus de débito de oxigênio, levando a acúmulo de ácido láctico, fadiga e interrupção do esforço, sem atingir o estado de condicionamento.

O tipo de atividade física deve ser adaptado a cada paciente. Além das limitações cardíacas, devem ser respeitadas outras, como as de natureza músculo esquelética.

Qualquer que seja a atividade prescrita, é fundamental a prática de uma etapa inicial—dita de “aquecimento”—por período de 5-10 minutos, visando a transição do repouso para o exercício subsequente, preparando destarte especialmente os sistemas músculo-esquelético, cardiovascular e respiratório. Segue-se o período de treinamento efetivo—por 15-30 minutos—terminando a sessão com o indispensável “resfriamento” de 5-10 minutos, em que se promove gradual decréscimo da atividade.

Quando a supervisão médica direta do programa de condicionamento físico não for exequível, certos exercícios podem ser cogitados. Neste caso os critérios de seleção devem ser extremamente rígidos para não incorrer em risco de vida.

A avaliação dos resultados de um programa de condicionamento físico deve ser considerada em três aspectos, benefícios físicos, ganhos psíquicos e influências sobre a doença fundamental.

Os aspectos físicos podem ser reavaliados por dados sobre tempo de exercício, cargas de trabalho e consumo de oxigênio. O denominador comum é o aumento da qualificação em realizar trabalho físico, conseqüência direta do aumento da capacidade de transporte de oxigênio e de sua melhor utilização periférica.

Do ponto de vista psicológico, há rebaixamento dos níveis de ansiedade e de depressão, menor agressividade, com nítidos ganhos na “vontade de viver”.

Os resultados sobre a doença cardiovascular a longo prazo são controversos^{8,9}. Os estudos epidemio-

lógicos que encontraram dados favoráveis à existência de relação entre atividade física e redução da mortalidade cardiovascular^{10,11}, estão longe de serem interpretados como demonstração definitiva do benefício do exercício sobre a cardiopatia isquêmica^{9,12}.

Em conclusão, a prática de atividade física programada deve ser considerada como parte de um programa multifatorial de prevenção e redução da mortalidade em portadores de afecções cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

1. Stern MP—The recent decline in isehemic heart disease mortality. *Am Intern Med.* 1979; 91: 630-49.
2. Levy RH, Moskowitz J—Cardiovascular research: Decades of progress, a decade of promise. *Science*, 1982 217: 121-9.
3. Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, Hsieh C—Physical activity, all cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med.* 1986; 314: 605-13.
4. Paffenbarger RS—Exercise in the primary prevention of coronary heart disease. In: Pollock ML, Schmidt DH (ed.) *Heart Disease and Rehabilitation.* Nevv York, Wiley, 1986; p. 349-67.
5. Eichner ER—Exercise and heart disease: epidemiology of the exercise hypothesis. *Am J Med.* 1983 75: 1008-22.
6. Pollock ML, Wilmore JH, Fox SM—Exercícios na Saúde e na Doença. Rio de Janeiro, Editora Médica e Científica, 1986; 29-29, 99-133.
7. Paul O, Lepper MH, Phelam WH et al—A longitudinal study of coronary heart disease. *Circulation*, 1963; 28: 20-31.
8. Morris JN, Heady JA, Raffle DA—Physique of London busmen, epidemiology of uniforms. *Lancet*, 1956; 2: 569-70.
9. Wenger NK—Rehabilitation of the patient with acute myocardial infarction during hospitalization: early ambulation and patient education. In: Pollock ML e Schmidt DH. *Heart Disease and Rehabilitation.* New York, Wiley 1986 405-421.
10. Haskell WL—Mechanisms by which physical activity may enhance the clinical status of eardiac patients. In: Pollock ML e Schmidt DH (Ed.) *Heart Disease and Rehabilitation.* New York, Wiley, 1986; p. 303-24.
11. Froelicher VF—Exercise testing and training clinical applications. *J Am Coll Cardiol*, 1983; 1: 114-25.
12. McHenry P, Ellestad MH, Fletchen GF et al—A position statement for Health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation*, 1990; 81: 396-8.