

Editorial

Exercícios e cardiopatias: A simples recomendação médica para caminhada não basta!

Exercise in cardiopathies: The simple medical recommendation for walking is not enough!

Giulliano Gardenghi

Editor Chefe da Revista Eletrônica Saúde e Ciência (RESC)

A prática de exercícios físicos em pacientes portadores de cardiopatias é essencial para um melhor tratamento de diversas situações clínicas que, potencialmente, podem comprometer a sobrevivência dessa população. Programas de reabilitação cardiovascular têm sido criados, demonstrando que a prática regular de atividade física serve não só como um meio de proteção contra a ocorrência de doenças cardiovasculares, mas também como forma de aumentar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por doenças cardíacas. Menores taxas de mortalidade aliadas à maior capacidade de desempenhar as atividades de vida cotidiana têm sido amplamente descritas na literatura científica.

Há cerca de quarenta anos atrás, quando da incidência de infarto agudo do miocárdio, o indivíduo sobrevivente era orientado por seu médico a permanecer restrito ao leito, por longos períodos, no intuito de se proteger o miocárdio lesado pelo evento coronariano. Tal período de restrição ao leito chegava a sessenta dias, em alguns casos. O resultado de tal conduta se relacionava a uma pior condição física do paciente no momento da alta hospitalar, o que inviabilizava, por muitas vezes, o retorno do mesmo a suas atividades familiares, sociais e profissionais ¹. De fato, apenas na segunda metade do século XX é que os primeiros grupos de reabilitação cardiovascular foram implementados, por meio de iniciativas isoladas de alguns pesquisadores, que nessa época ainda realizavam assistência sem que houvesse evidências científicas disponíveis para embasar suas condutas ².

Podem-se levantar dúvidas quanto à segurança de se submeter um indivíduo cardiopata a exercício, quando inserido um programa de reabilitação. A verdade é que a realização de atividades físicas, em programas estruturados de reabilitação cardiovascular é extremamente segura. Van Camp e Peterson, em 1986, demonstraram em estudo elegante, realizado com 51.303 pacientes, uma frequência de paradas cardíacas de 01 para 111.996 participantes/hora aula. Também se evidenciou nesse estudo uma frequência de 01 infarto agudo do miocárdio para

cada 783.972 pacientes/hora aula³. Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao treinamento dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação cardíaca, que devem receber treinamento em técnicas de suporte básico de vida, além de ter disponíveis materiais para atendimento de emergência (desfibrilador externo automático, por exemplo).

A prescrição de exercício físico deve ser realizada de forma individualizada e criteriosa, de forma a proporcionar os efeitos benéficos do mesmo para o paciente. Com relação à intensidade da atividade física, comumente se utiliza como referência de tolerância aos esforços, os resultados obtidos em teste ergométrico ou ergoespiométrico. É importante ressaltar o fato de que o teste ergométrico para fins de prescrição de treinamento deve ser sempre máximo, atingindo-se a frequência cardíaca predita para a idade ($220 - \text{idade}$), para fins de segurança cardiovascular durante a prescrição do treinamento. Quando se utiliza a ergoespiometria, para o paciente cardiopata, o limiar superior da intensidade do exercício deve ser menor que 10% do valor registrado no ponto de compensação respiratória obtido pelo teste ergoespiométrico. Normalmente a prescrição de exercícios para essa população respeita a seguinte conduta: intensidade de treino entre o limiar anaeróbio (1º limiar ventilatório) e 10% abaixo do ponto de compensação respiratória (2º limiar ventilatório). Atividades físicas realizadas acima do segundo limiar ventilatório têm característica anaeróbia descompensada, predispondo o indivíduo a acidose láctica e fadiga muscular.

Os programas de reabilitação cardiovascular devem privilegiar o uso de grandes grupos musculares, mantendo-se atividades que possam ser mantidas por período de tempo prolongado, de forma rítmica. Nesse grupo de exercícios enquadram-se atividades como caminhada, corrida, natação e ciclismo. Períodos de no mínimo trinta minutos em atividades aeróbias devem ser reforçados pela equipe assistente. Com relação à frequência de realização, o ideal é que sejam realizadas de 03 a 06 sessões semanais, sempre preferindo dias alternados. Cada sessão deve durar de 30 a 60 minutos, em média⁴.

Mudanças no estilo de vida, incluindo aí a atividade física regular e a melhora da dieta, têm se mostrado benéficas em diversas circunstâncias relacionadas à doença cardiovascular. Demonstrou-se, por meio de estudo clínico randomizado, regressão das placas de aterosclerose em pacientes seguidos em ambulatório por cinco anos. De fato, em 05 anos, o grupo controle apresentou o dobro de eventos cardiovasculares, quando comparado ao grupo experimental⁵. Niebauer e colaboradores demonstraram que grupos submetidos a reabilitação cardiovascular também apresentaram evolução benéfica das placas de ateroma, principalmente quando os praticantes de exercício apresentavam gasto energético maior a 2.200 kcal/semana, o que equivalia a 5-6 horas de exercício regular por semana⁶.

Pacientes anginosos também se beneficiam com atividade física regular. Demonstrou-se que pacientes com angina estável, submetidos a doze semanas de exercício físico e dieta apresentaram melhora na perfusão miocárdica, mesmo em situações onde não ocorreu diminuição das placas ateroscleróticas, sugerindo que esse aumento da perfusão coronariana não é apenas dependente da regressão da placa, mas também pode ocorrer por aumento da circulação colateral coronária, protegendo o coração de eventos isquêmicos ⁷. O exercício físico atua como estimulante para uma maior vasodilatação coronariana, estimulando a produção de óxido nítrico pelo endotélio vascular ⁸.

Recentemente, Onishi e colaboradores demonstraram, em um grupo de 111 indivíduos idosos, do sexo masculino, que a realização de atividade física regular sob supervisão diminuiu de maneira significativa a mortalidade por causas cardiovasculares. Os pacientes desse estudo foram seguidos por 3.500 dias, sendo que os indivíduos praticantes de atividade física associada ao tratamento farmacológico convencional tiveram uma incidência de eventos cardíacos de 30%, enquanto os indivíduos pertencentes ao grupo controle, que recebiam apenas o tratamento farmacológico, apresentaram incidência de eventos cardíacos igual a 62% ⁹.

Com base nos dados apresentados, o encaminhamento do paciente cardíaco a programas de reabilitação cardiovascular deve ser realizado pelo médico assistente, sendo as evidências científicas disponíveis claras no sentido da proteção cardiovascular proporcionada pela prática regular de atividade física. A simples orientação para realização de “caminhada”, feita em consultório, não basta para que se proporcionem os benefícios decorrentes do exercício. Fatores como frequência, intensidade e personalização do treinamento interferem positivamente nos resultados obtidos nessa população.

Referências

01. Diretriz de reabilitação cardíaca. Arq Bras Cardiol 2005; 85: 431-40.
02. Kavanaugh T. Exercise in cardiac rehabilitation. Br J Sports Med 2000; 34:3-6.
03. Van Camp SP & Peterson RA. Cardiovascular complications of outpatient cardiac rehabilitation programs. JAMA 1986; 256: 1160-63.
04. Gardenghi G & Dias FD. Reabilitação cardiovascular em pacientes cardiopatas. Integração 2007; 51: 387-92.
05. Ornish D et al. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. The Lancet 1990; 336:129-33.
06. Niebauer J et al. Attenuated progression of coronary artery disease after 6 years of multifactorial risk intervention. Role of physical exercise. Circulation 1997; 96: 2534-41.

07. Schuler G et al. Regular physical exercise and low-fat diet. Effects on progression of coronary artery disease. *Circulation* 1992; 86:1-11.
08. Sessa WC et al. Chronic exercise in dogs increases coronary vascular nitric oxide production and endothelial cell nitric oxide synthase gene expression. *Cir Res* 1994; 74:349-53.
09. Onishi T et al. Affects of phase III cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular events in elderly patients with stable coronary artery disease. *Circulation Journal* 2010; 74:709-14.