

AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR, DO NÍVEL DE CONDICIONAMENTO FÍSICO E PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO

Coordenador: LUIZ FERNANDO MARTINS KRUEL

A busca por informações sobre as transformações culturais, psicológicas e biológicas que envolvem a atividade física e os esportes têm se constituído, nas últimas décadas, numa das principais preocupações dos especialistas na área da promoção da saúde. Esse interesse se justifica na medida em que os programas de exercícios físico, desde que adequadamente prescritos e orientados, podem vir a desempenhar importante papel na prevenção, conservação e melhoria da capacidade funcional das pessoas, e, por conseguinte, repercutir positivamente em sua saúde. De acordo com Simons & Morton (apud Guedes & Guedes 1995), a falta de atividade física regular está diretamente associada à ocorrência de uma série de distúrbios orgânicos, o que comumente tem-se denominado de distúrbios hipocinéticos, que contribuem, decisivamente, para o aparecimento das chamadas doenças crônico-degenerativas. Nesse particular, a classificação de doenças crônico-degenerativas inclui, entre outras, as enfermidades cardiovasculares como a hipertensão arterial e as cardiopatias coronarianas, além da obesidade e do diabetes mellitus. Segundo o ACSM (1996), estilos de vida sedentários são altamente prevalentes em países industrializados. Evidências convincentes agora demonstram que a atividade física regular protege contra o desenvolvimento e a progressão de diversas doenças crônicas. Estes dois pontos sugerem que resultariam benefícios consideráveis em termos de saúde pública se os indivíduos sedentários se tornassem fisicamente mais ativos. Especificamente quanto às doenças cardiovasculares, torna-se possível inferir que a probabilidade de os indivíduos sedentários apresentarem acidente cardiovascular é duas vezes maior se comparada àqueles que são ativos fisicamente, independentemente da participação de outros fatores (Powell et. al. apud Guedes & Guedes 1995). Verificou-se também, que pode ocorrer diminuição de até 70% na incidência de ataques cardíacos entre aqueles indivíduos que se declaram estar envolvidos em programas de exercícios físicos de intensidade moderada (Wannamethee & Shaper apud Guedes & Guedes 1995) RISCOS E BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO De acordo com o ACSM (1996), está claramente estabelecido que há um considerável benefício de saúde associado com níveis moderados de exercício físico, embora a intensidade e a quantidade exatas, necessárias para prevenir uma morbidade ou morte prematura, não sejam especificamente conhecidas. Contudo, parece que muitos indivíduos sedentários seriam mais

saudáveis se simplesmente realizassem uma ligeira caminhada por 30 a 60 minutos a cada dois dias. Embora um exercício de intensidade moderada seja seguro para a maioria dos indivíduos, é desejável que alguns tenham pelo menos uma breve avaliação de saúde antes do início de um programa de exercícios ou antes de serem submetidos a um teste de esforço. Para muitos indivíduos a avaliação pré-exercício pode ser realizada por profissionais de saúde em condições não-médicas (ACSM, 1996). A idade, o estado de saúde, o tipo de teste e as características do exercício planejado são fatores que determinam a extensão da avaliação e a necessidade de participação médica. A falta de uniformidade nas orientações e políticas para o teste de esforço e para a participação em programas de exercícios físicos tem levado a muita discussão e a um grande interesse entre os profissionais envolvidos nos programas de exercícios. Os assuntos de interesse prioritário incluem quem deveria ser submetido ao teste, supervisão médica durante o teste, o uso de testes máximos versus testes submáximos, e como classificar os indivíduos em grupos conforme o risco, antes e após o teste. Em resumo, o risco de complicações médicas sérias durante o exercício é baixo, mas é maior do que durante atividades sedentárias. A relação risco-benefício de um estilo de vida ativo é favorável. O exercício de intensidade moderada tem o potencial de melhorar a saúde de muitos indivíduos sedentários, e deveria ser amplamente recomendado. A maioria dos indivíduos, exceto aqueles com doença importante diagnosticada, pode iniciar um programa de exercícios físicos de intensidade moderada (intensidade de exercício de 40 a 60% do consumo máximo de oxigênio, e progressão gradual, tal como caminhada, sem uma avaliação médica ou um teste de esforço. Se houver algum questionamento em relação à segurança e conveniência de um programa de exercícios para algum indivíduo, uma avaliação médica é recomendada.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO Segundo o ACSM (1996), uma avaliação cuidadosa dos indivíduos antes do teste de esforço ou da participação no exercício é importante por várias razões, incluindo as seguintes: para assegurar a segurança do teste de esforço e dos programas de exercício subseqüentes; para determinar o tipo de teste de esforço ou programa de exercícios mais adequados; para identificar os indivíduos que necessitem de uma avaliação médica mais completa, e para elaborar recomendações apropriadas para o programa de exercícios. Recomenda-se que os indivíduos interessados em participar de programas organizados de exercícios físicos sejam avaliados pelos critérios apresentados nos quadros 1 e 2. Os indivíduos a serem encaminhados para o teste de esforço ou aqueles que planejam aumentar a sua atividade física podem ser classificados em três níveis de risco. 1. Aparentemente saudáveis - aqueles que são assintomáticos e aparentemente saudáveis, com não mais do que um fator de risco coronariano (Quadro 1). 2. Indivíduos de maior risco - aqueles que

possuem sintomas sugestivos de uma possível doença cardiopulmonar ou metabólica (Quadro 2) e/ou dois ou mais fatores de risco coronarianos (Quadro 1) 3. Indivíduos com doença - aqueles com conhecida doença cardíaca, pulmonar ou metabólica. Os resultados do teste de esforço podem reclassificar os indivíduos antes do treinamento físico. Quadro 1. Principais Fatores de Risco Coronariano 1. Hipertensão arterial diagnosticada ou pressão arterial sistólico * 160 mmHg ou pressão arterial diastólica * 90 mmHg em pelo menos 2 ocasiões distintas, ou em uso de medicação anti-hipertensiva. 2. Colesterol sérico * 240 mg/dl (6,20 mmol/L) 3. Tabagismo 4. Diabetes Melito (indivíduos com diabetes melito insulino-dependentes (DMID) com mais de 30 anos de idade, ou DMID há mais de 15 anos; e indivíduos com diabetes melito não-insulino-dependente com mais de 35 anos de idade devem ser classificados como pacientes com doença e tratados como as orientações do Quadro 3). 5. História familiar de doença coronariana ou outra doença aterosclerótica nos pais ou irmãos antes dos 55 anos de Idade Fonte: ACSM (1996) Quadro 2. - Principais Sinais ou Sintomas Sugestivos de Doença Cardiopulmonar ou Metabólica* 1. Dor ou desconforto precordial ou em áreas vizinhas cuja natureza pareça ser isquêmica 2. Dispnéia não-habitual ou dispnéia a leves esforços 3. Tontura ou síncope 4. Ortopnéia/dispnéia paroxística noturna 5. Edema maleolar 6. Palpitações ou taquicardia 7. Claudicação 8. Sopro cardíaco conhecido * Estes sintomas devem ser interpretados dentro do contexto clínico no qual surgem, uma vez que nem todos são específicos para doença cardiopulmonar ou metabólica Fonte ACSM (1996)