

Atividade física e saúde pública

Ricardo Stein¹

Serviço de Cardiologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre – UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil

Com a introdução de novas tecnologias o homem moderno transformou-se. Se em um passado não tão distante ele era um indivíduo do campo, sendo fisicamente ativo, com as ondas migratórias para as grandes cidades passou a adotar um estilo de vida urbano, com um comportamento tipicamente sedentário.

Estudos epidemiológicos^{1,2} realizados em países do Hemisfério Norte explicitam uma realidade que parece não ser diferente em nosso meio. Os dados encontrados demonstraram existir maior prevalência na prática de atividades físicas entre as camadas mais privilegiadas da população. Estudos subsequentes^{3,4} sugerem que a frequência na prática de exercícios tenha aumentado nos últimos 20 anos, embora tal aumento não tenha sido verificado de modo uniforme em todos os estratos sociais da população, permanecendo a assertiva de que os menos abastados exercitam-se menos.

No final da década de 70, Duncan *et al.*⁵ realizaram um estudo observacional representativo da população adulta de Porto Alegre. Os autores constataram que, na faixa etária entre 20 e 39 anos, apenas 40% dos homens e 10% das mulheres se exercitavam regularmente. Cabe salientar que, com o aumento na idade, os percentuais de indivíduos fisicamente ativos reduzem-se significativamente. Tal achado reflete uma realidade perigosa do ponto de vista de saúde pública, uma vez que estudos clínicos e epidemiológicos demonstram existir evidências relacionando o sedentarismo com diferentes doenças que afetam o homem contemporâneo¹⁻⁴.

Por outro lado, a grande maioria dos estudos realizados com o objetivo de determinar o papel da atividade física em relação à saúde demonstrou que a prática de exercícios regulares em bases crônicas aponta para um benefício real. Genericamente, um efeito protetor contra doenças crônico-degenerativas, especialmente as de origem cardiovascular, pode ser esperado.

PREVENÇÃO

Existem evidências de que ao exercitar-se o indivíduo assume uma postura positiva em relação a outros fatores de risco, procurando assumir um hábito de vida mais saudável. Logo, ao engajar-se em um programa de atividade física, exercitando-se de forma regular, o praticante passa a dispor de um aliado. Isso pode ser mencionado, uma vez que existe uma relação inversa entre a prática de exercícios físicos e diferentes hábitos não recomendáveis em se tratando de saúde. O exercício pode ter um impacto sobre o tabagismo, sobre a ingestão calórica inadequada, sobre o estresse exagerado, além de poder atuar sobre a dependência de álcool e de drogas psicoativas.

Estudos prospectivos^{3,6} sugerem que exista uma relação inversa entre o nível de atividade física e os índices de morbimortalidade cardiovascular em pessoas assintomáticas. Em estudo clássico realizado no final da década de 70, Paffenbarger *et al.*⁶ observaram um grupo de ex-alunos da Universidade de Harvard, tendo acompanhado esses sujeitos por um período de tempo que variou de seis a dez anos. Os autores constataram que aqueles indivíduos que apresentavam menor índice de atividade física laboral ou nas horas de lazer tinham maior risco para uma primeira manifestação isquêmica. Mais recentemente, 10.224 homens e 3.120 mulheres foram seguidos por Blair *et al.*³. Nesse estudo longitudinal que durou cerca de oito anos, os autores puderam observar que os indivíduos com menor capacidade funcional na entrada apresentaram mortalidade subsequente maior. Portanto, todos esses trabalhos têm o mérito de reforçar a associação entre a atividade física regular e a prevenção de doenças isquêmicas do coração em populações aparentemente saudáveis. No que diz respeito à prevenção secundária da doença isquêmica do miocárdio, metanálises realizadas no final da década de 80^{7,8} sugerem que os programas de reabilitação cardíaca podem exercer um papel benéfico na redução de eventos, pois parece haver diminuição na mortalidade cardiovascular global, além de ocorrer diminuição importante no risco de morte súbita nessa população de cardiopatas. Entretanto, embora exista uma tendência favorável, a medicina embasada em evidências aguarda novos estudos, em que um grande número de pacientes possa ser arrolado e seguido por um longo período. Somente através de estudos bem delineados, como são os ensaios clínicos randomizados, multicêntricos controlados, os achados oriundos

1. Médico do Esporte; Mestre em Cardiologia pela UFRGS; Professor de Educação Física.

Endereço para correspondência:

Rua Dr. João Dutra, 11/03
90630-100 – Porto Alegre, RS
Tels. (051) 333-4143 e 960-9381
E-mail: Kuqui@hotmail.net

das metanálises supracitadas poderão ser definitivamente incorporados como verdades científicas concretas.

Muitos pesquisadores sugerem que o exercício físico regular seja capaz de ter impacto significativo sobre a prevenção e/ou controle da hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus* não insulino-dependente, dislipidemia, obesidade, osteoporose, asma brônquica e outras doenças pulmonares, além de poder diminuir sintomas depressivos e de ansiedade. No entanto, é importante frisar que a prática de exercícios também possui seus riscos. Traumas mecânicos, alterações metabólicas, além de problemas psicológicos, podem advir da atividade física realizada de forma inadequada. O supertreinamento, assim como esforços vigorosos realizados por pessoas não aptas, pode resultar em verdadeiras catástrofes.

A ocorrência de morte súbita relacionada com os esforços também tem sido observada, principalmente em praticantes de exercícios aeróbios de longa duração. Portanto, embora o exercício seja considerado um fator de proteção para a doença arterial coronária, ele não “imuniza” o indivíduo contra tal enfermidade. Logo, cabe salientar que, se a atividade física intensa tem o potencial de aumentar transitoriamente o risco de morte súbita, a atividade física realizada de forma regular compensa esta possibilidade, o que se traduz em redução do risco global para morte súbita⁹.

RECOMENDAÇÕES GLOBAIS PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS

Na prática, recomenda-se que todo e qualquer programa de exercício inicie com um período maior ou menor de adaptação, já que toda experiência nova requer aclimatação gradual. Um período variável entre uma e quatro semanas costuma ser suficiente. É por demais importante que a escolha do tipo de atividade física a ser desenvolvida seja feito de acordo com o gosto do participante. Dessa forma, ao serem respeitados os princípios da adaptação e da individualidade biológica, a aderência à prática regular e crônica da atividade física passa a ser facilitada. A intensidade recomendada deve variar, no mais das vezes, entre 60 e 85% da frequência cardíaca máxima prevista para idade (calcula-se FC máxima em batimentos por minuto como sendo 220 menos a idade). Na prática, pode-se utilizar a escala de percepção do esforço de Borg¹⁰ ou simplesmente procurar exercitar-se de forma que o indivíduo se sinta algo fatigado, mas não exausto. Para determinados tipos de atividades, como a caminhada ou a corrida, o uso do “teste da conversa” pode servir como bom parâmetro. Exercitar-se em intensidade que permita conversação, mesmo que uma leve dispnéia esteja presente, dá uma idéia subjetiva do grau leve a moderado do esforço.

Até poucos anos atrás preconizava-se que, para fins de promoção de saúde, a atividade física deveria ser obrigatoriamente de caráter contínuo¹¹. Sessões três a cinco vezes por semana, com duração variável entre 20 e 60 minutos, faziam parte da

maioria das prescrições de exercício. Hoje em dia recomenda-se que toda criança e todo adulto ocupem 30 minutos ou mais do seu dia em atividades físicas de intensidade moderada. Atividades intermitentes, sejam elas de caráter ocupacional, tarefas do dia-a-dia ou ainda realizadas no lazer, fornecem benefício cardiovascular significativo¹². Por exemplo, 15 minutos de atividades aeróbias em um determinado período do dia acrescidos de outros 15 minutos em outro horário ao longo das mesmas 24 horas parecem ser adequados em se tratando de prevenção primária¹².

Diferentes estudos^{11,12} sugerem que as atividades rítmicas aeróbias e/ou antigravitacionais, em que a contração de grandes grupos musculares está presente, são aquelas que trazem os maiores benefícios. Exercícios como caminhada, corrida, ciclismo, natação, hidroginástica, futebol, tênis, voleibol e basquete são exemplos dignos de nota.

ORIENTAÇÕES MÉDICAS PARA PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA

Para que os benefícios da prática de exercícios sejam otimizados e os riscos diminuídos, recomenda-se avaliação médica prévia ao início do programa. Para os indivíduos assintomáticos, anamnese cuidadosa e exame físico abrangente costumam ser inicialmente suficientes. Já naquelas pessoas com sinais e/ou sintomas que sugerem possível doença cardíaca, o encaminhamento ao cardiologista, para avaliação mais detalhada, é recomendável. O eletrocardiograma de esforço, a ergoespirometria, o ecocardiograma, entre outros exames, podem fornecer informações importantes na decisão clínica sobre que tipo de programa de exercício deva ser seguido ou se contra-indicações para a prática de exercícios se impõem. Se, porventura, ocorrerem sinais ou sintomas que sugiram doença cardiovascular ou de outro sistema orgânico ao longo do programa de exercícios, aconselha-se a interrupção na atividade física e imediata investigação médica.

As contra-indicações absolutas para prática de atividades físicas do ponto de vista cardiovascular são: estenose aórtica ou pulmonar moderada a grave, a cardiomiopatia hipertrófica com gradiente importante na via de saída do ventrículo esquerdo, incluindo-se aí suas variantes, as arritmias cardíacas avançadas e de mau prognóstico, os bloqueios cardíacos de alto grau não “protegidos” por marcapasso, a insuficiência cardíaca descompensada, a miocardite e a insuficiência coronária instável. São contra-indicações temporárias as infecções agudas, a DPOC, o *diabetes mellitus* e a hipertensão arterial, quando descompensados.

No que diz respeito ao paciente hipertenso, este pode ter benefício com a prática de exercícios aeróbios (isotônicos). No entanto, até a presente data, não existe um consenso a respeito do impacto da execução de exercícios isométricos nesses pacientes. Logo, a recomendação atual é de que exercícios com tais características não devam ser prescritos para esse

subgrupo de pacientes até que surjam evidências mais claras de que seus benefícios suplantem os riscos^{13,14}.

A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO NAS INFORMAÇÕES SOBRE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO

Para que uma política de saúde seja efetiva é fundamental que se criem medidas abrangentes com o intuito de diminuir o impacto negativo dos diferentes fatores de risco sobre a sociedade. Em se tratando de combate ao sedentarismo, a idéia vigente é de que um aumento moderado nos níveis de atividade física dos indivíduos sedentários parece ter repercussão significativa sobre a qualidade da saúde da sociedade como um todo.

Dessa forma, é muito importante que o agente de saúde recomende, encoraje, oriente e sirva como facilitador para que um estilo de vida mais ativo seja adotado. O esclarecimento de crianças e jovens deve ser priorizado, uma vez que a intervenção nesses períodos da vida sedimentam hábitos que serão levados para o futuro. Além disso, é possível que, quando adultos, esses jovens venham a servir como multiplicadores de hábitos adquiridos previamente, atuando direta e/ou indiretamente contra o sedentarismo.

A mensagem de que a prática de exercícios regulares é saudável e benéfica para o corpo e para mente deve ser sistematicamente dirigida para todas as pessoas. Ao organizarem campanhas públicas, as associações e entidades da área da saúde almejam que os índices de atividade física da população atinjam um patamar mínimo e que o exercício físico regular e continuado se estabeleça como uma norma social. Nesse aspecto, os meios de comunicação exercem um papel muito importante na divulgação de tais campanhas, alastrando a informação de que a promoção de saúde através da prevenção pode ser “o melhor remédio”.

Logo, para que a prática de atividades físicas em bases regulares possa ser assumida como uma regra, não servindo apenas para privilegiar grupos sociais mais esclarecidos e diferenciados economicamente, devemos criar condições factíveis e práticas para que a globalização do exercício se torne uma realidade preventiva em termos de saúde pública.

A educação física em todas as escolas deve servir como uma fonte fomentadora do hábito, sendo ministrada de forma criativa e motivadora. Cabe salientar que os custos para tal ação não necessitam ser elevados, sendo este aspecto fundamental, uma vez que vivemos em um país onde os recursos são escassos ou não disponíveis com facilidade.

Nas atividades comunitárias, ênfase para práticas orientadas para adultos podem ser dadas. Podemos citar como exemplo o intervalo para o café ou para o cigarro que costuma ocorrer

entre um turno e outro de trabalho em diversas empresas de nosso país. Em vez de tomar café ou fumar, o trabalhador poderá ser muito beneficiado ao ser exposto, de forma orientada, a um programa de atividade física em seu local de trabalho.

Por fim, o processo organizado de exposição ao exercício, além de possibilitar a aquisição do gosto pelas atividades que movimentem o corpo, é um potencial redutor de fatores de riscos, sendo um elemento que também pode ter um impacto positivo sobre a mente, sendo, portanto, indicado para todas as pessoas, salvo naquelas situações clínicas especiais em que se prove em contrário.

REFERÊNCIAS

1. La Porte RE, Adams LL, Cook T, et al. Cardiovascular disease and health: an epidemiologic perspective. *Am J Epidemiol* 1984;120:507-17.
2. Diversos autores. Public health aspects of physical activity and exercise. *Public Health Rep* 1985;100:18-224.
3. Blair SN, Kohl HW, Barlow CE, et al. Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995;273:1093-8.
4. Ekelund LG, Haskell WL, Sheps DS, et al. Physical fitness as a predictor of cardiovascular mortality in asymptomatic North American men. The Lipid Research Clinics Mortality Follow-up Study. *N Engl J Med* 1988;319:1379-84.
5. Araújo CGSD, Araújo DSMSD. Exercício e saúde (vol I-VII Guia de Estudo). 2ª ed. Brasília: Secretaria de Educação Física e Desportos, Ministério da Educação, 1986.
6. Paffenbarger RS, Wing AL, Hyde RT. Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *Am J Epidemiol* 1978;108:161.
7. Oldridge NB, Guyatt GH, Rimm AA, et al. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Combined experience of randomized clinical trials. *JAMA* 1988;260:945-50.
8. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989;80:234-44.
9. Franklin BA, Blair SN, Van Camp SP, et al. Exercise and cardiac complication. Do the benefits outweigh the risks? *Physician Sports Med* 1994;22:56-8.
10. Borg G. Perceived exertion as an indicator of somatic stress. *Scand J Rehabil Med* 1970;2:92-8.
11. Ward A, Malloy P, Rippe J. Orientação para prescrição de exercícios para as populações normal e cardíaca. In: Hanson P. Clínicas cardiológicas: Exercícios e o coração. Philadelphia: WB Saunders, 1987;5:199.
12. Diversos autores. Physical Activity and Cardiovascular Health. NIH Consensus Conference. *JAMA* 1996;276:241-6.
13. American College of Sports Medicine. Position Stand. Physical activity, physical fitness and hypertension. *Med Sci Sports Exerc* 1993;25:i-x.
14. Waib PH, Burini RC. Efeitos do condicionamento físico aeróbio no controle da pressão arterial. *Arq Bras Cardiol* 1995;64:243-6.