

ATIVIDADE FÍSICA APÓS O INFARTO DO MIOCÁRDIO

Maria Aparecida Vivan (*)

INTRODUÇÃO

A insuficiência coronária, por sua elevada morbidade e mortalidade, representa um dos temas mais importantes em emergências médicas. Sua manifestação mais grave é o infarto do miocárdio, que se caracteriza pela necrose do músculo cardíaco, mostra, nas fases iniciais de sua evolução, índices de mortalidade muito elevados. Nessa entidade, cerca de 50% das mortes ocorrem na primeira hora de sua instalação.

O infarto do miocárdio ocorre quando o suprimento de oxigênio ao miocárdio é inferior às suas necessidades. Deste modo, pode ser produzido por fatores que reduzem a oferta de oxigênio ao miocárdio, ou aumentam o seu consumo, ou produzem ambos os distúrbios.

A redução do suprimento de oxigênio ao miocárdio constitui a causa fundamental. Geralmente se deve à redução do lume das artérias coronárias por obstrução orgânica, congênita ou adquirida. Em mais de 90% dos casos, a obstrução resulta da aterosclerose coronária que é um tipo de arteriosclerose, onde há formação de placas de ateroma na camada íntima das artérias.

Conjectura-se também, que o infarto seria o resultado do pequeno uso do corpo, numa sociedade sobrecarregada de alimentos, conforto e stress emocional.

O trauma psíquico que sucede ao infarto conduz o paciente, com raras exceções, a uma atitude fatalista e de expectativa mórbida.

A reabilitação cardíaca atua, no infarto do miocárdio, procurando restaurar e manter no mais elevado nível, as funções físicas, emocionais, ocupacionais e psicológicas dos pacientes.

O objetivo deste estudo é, através de uma revisão de literatura, expor e analisar o relacionamento entre atividade física e infarto do miocárdio. Esta pesquisa será limitada a casos não-cirúrgicos de infarto do miocárdio, pois a maioria das pessoas acometidas não passam por cirurgia.

O INFARTO DO MIOCÁRDIO

O infarto do miocárdio, uma das causas de morte mais frequente em nossa época, já não tem a mesma conotação de uma geração atrás, significando a morte ou, a vida como um cardíaco paralisado, aleijado.

Durante muitos anos, pacientes que sofreram ataque cardíaco eram levados ao total descanso ao leito, alguns permanecendo de seis semanas a três meses de repouso. É evidente que tal prescrição deixava-os fisicamente enfraquecidos e psicologicamente em estado de depressão, além de possíveis complicações tromboembólicas, taquicardia, hipotensão postural, atrofia muscular e outras seqüelas de imobilização.

Felizmente uma nova proposta de tratamento tem sido aceita atualmente e, os cardiologistas estão agora alertando para um descanso mínimo no leito, com prescrição de exercícios progressivos para ajudar os pacientes a retornarem à vida normal.

O primeiro a questionar sobre a validade da imobilização, foi o Dr. Samuel Levine (1944), que fez recomendações acerca da deambulação precoce e repouso em poltronas, visando diminuir as complicações respiratórias e tromboembólicas.

Houve confirmação a respeito da redução da mortalidade e a diminuição do trabalho cardíaco na posição sentada, o que acentuou a validade desta atitude. Levine mandava seus pacientes sentarem-se em uma cadeira, três dias após o acidente agudo.

O retorno ao trabalho de origem ou mesmo a uma nova atividade se dá em níveis excelentes. Com certeza tal fato é devido a uma mobilização precoce.

Experiências comprovam que cardíacos que passam por programas de exercícios, reabilitação cardíaca, apresentam reduzida incidência de repetidos ataques cardíacos e de mortalidade, comparados com pacientes que não fazem exercícios.

O período envolvido na reabilitação cardíaca é dividido em quatro fases: aguda (fase I), subaguda (fase II), convalescença (fase III) e recuperação-manutenção (fase IV).

REABILITAÇÃO NA FASE SUBAGUDA

A fase subaguda corresponde ao período de hospitalização, fora da unidade de tratamento intensivo. Atividades nesta fase permitidas incluem cuidados próprios, sentar-se em uma cadeira por períodos de tempo maiores, mudanças de posição e exercícios rítmicos. Há progressão da atividade física com exercícios calistênicos e de relaxamento, pequenas marchas, aumentando-se gradativamente a distância e o ritmo das mesmas.

REABILITAÇÃO NA FASE DE CONVALESCENÇA

Na fase de convalescença, período de saída do hospital e retorno para casa, que pode durar de duas ou três a oito ou dez semanas, o paciente deverá prosseguir com o esquema de reabilitação a domicílio. Pode andar, subir e descer escadas e tomar conta de suas necessidades pessoais.

O objetivo nesta fase, através do aumento progressivo da atividade física é atingir um nível funcional que permita ao indivíduo o retorno ao trabalho.

O período de treinamento compreende: aquecimento, ginástica, esforço contínuo ou intermitente durante 15 minutos, exercícios dinâmicos que envolvem movimentos repetitivos de grandes grupos musculares, passeio a pé (inicialmente de 10 minutos, duas vezes por dia), sendo que a atividade consiste principalmente em caminhar e envolve um aumento gradual da distância caminhada e da velocidade para andar.

REABILITAÇÃO NA FASE RECUPERAÇÃO-MANUTENÇÃO

Esta fase não tem limite de duração. Há organização de grupos de reabilitação com sessões de treinamento semanais, onde os participantes devem se familiarizar com as formas de exercícios que favorecem a circulação e aprendem a adaptar a intensidade do esforço à sua própria condição. Os treinos de percurso são os preferíveis, sendo que o tempo não importa, mas sim a distância percorrida. Inicia-se cinesio-terapia, esportes higiênicos e terapia esportiva.

Torna-se importante a participação dos pacientes em programas supervisionados ou em grupos de condicionamento físico. Deve ser feita uma prova de esforço e prescrição de exercícios. Em geral esta fase tem início três meses após o acidente agudo, sendo que o paciente deve ser submetido a uma prova ergométrica máxima, cujos resultados servirão de base para a prescrição do treinamento.

O programa de exercícios físicos na fase de manutenção consiste em três sessões semanais, divididas em três partes: deve-se iniciar com um período de aquecimento durante 5 a 10 minutos, visando preparar o organismo para o exercício subsequente, principalmente o sistema músculo-esquelético, o aparelho cardiovascular e o aparelho respiratório. Ao período de aquecimento segue-se o de exercícios propriamente dito, com 15 a 20 minutos de duração, terminando a sessão com um período de resfriamento cuja duração varia de 5 a 10 minutos. Os exercícios devem ser cuidadosamente selecionados, de modo a se utilizar, de preferência, os isotônicos e aeróbicos.

O local onde os programas de exercícios para pacientes com infarto do miocárdio serão desenvolvidos, deve ser perfeitamente equipado para atender a qualquer

tipo de urgência que possa surgir.

Uma das maiores dificuldades encontradas na área de reabilitação cardíaca é a falta de motivação, grande causa do abandono dos programas de reabilitação física. Há portanto, necessidade de apoio psicológico antes e durante o período de condicionamento, até mesmo com a eventual participação dos familiares mais próximos. Uma forte dose de motivação, além do treinamento cárdio-vascular, é a ênfase dirigida aos exercícios de ordem puramente estética, pois a melhoria do aspecto físico é um ótimo fator estimulador.

() Autora*

Maria Aparecida Vivan

Docente do Centro de Estudos Superiores de Londrina

(continua na próxima edição da Revista)