



A ATIVIDADE FÍSICA E A DOENÇA CARDIOVASCULAR NAS MULHERES

Fábio Alves Torres, Cátia Boeira Severo

Hospital São Lucas da PUCRS
Hospital Mãe de Deus

Av. José Bonifácio, 519/206
CEP 90040-130 – POA/RS

Introdução

A doença arterial coronariana passou a ser, nos últimos tempos, a principal causa de morte em mulheres nos países desenvolvidos e vem se tornando a principal causa nos países em desenvolvimento¹. No Brasil, as doenças cérebro-vasculares são as maiores responsáveis por óbitos no sexo feminino². Fatores de risco coronariano têm sido crescente entre as mulheres, sendo similares aos encontrados no homem. Embora a apresentação da doença cardiovascular, na mulher, seja quase uma década mais tardia, em média, do que no homem, a maior longevidade dela também confere maior incidência de cardiopatia às idosas do sexo feminino. As mudanças hormonais após a menopausa determinam modificações no perfil lipídico e trombótico, favorecendo a aterogênese na mulher³.

Estes fatores trazem um cuidado crescente com a prevenção cardiovascular na mulher. E a atividade física ocupa importante papel neste aspecto. As mulheres têm menor índice de diagnóstico e intervenções terapêuticas nas doenças cardiovasculares do que os homens^{4,5}. Além disso, apresentam taxa maior de sedentarismo⁶. Apesar disso, poucas publicações existem sobre possíveis benefícios da atividade física para a mulher.

Prevalência do exercício físico na mulher

Ao mesmo tempo em que tem havido aumento da prevalência de obesidade na população, também tem sido verificada redução da atividade física com o passar dos anos dos indivíduos, em particular nas mulheres adolescentes, quando até cerca de 50% de redução pode ocorrer⁷. Este fenômeno é devido a diversos fatores sócio-econômicos e culturais e pode ocorrer a partir dos 10 anos de idade⁸. Estudo de coorte norte-americano com mais de 2000 adolescentes do sexo feminino demonstrou redução cerca de 30 METS/semana para menos de 15 METS/semana, ao longo de 10 anos de acompanhamento, verificando ainda que mais de 50% das adolescentes negras e mais de 30% das adolescentes brancas não realizavam qualquer atividade física aos 17 anos de idade⁹. O círculo vicioso entre aumento da ingestão calórica, obesidade e redução da atividade física favorece o aparecimento de diabetes, dislipidemia e hipertensão arterial e parece ser mais contudente no sexo feminino. Programas comunitários têm sido desenvolvidos, nos Estados Unidos, com vistas ao incremento da prática de atividades físicas, especialmente por meio do estímulo à caminhada, substituindo, por exemplo, o uso do elevador pela escada¹⁰.

Entre a população adulta, também é marcante a preocupação com a atividade física ou a falta dela. Além disso, o grau de intensidade destas atividades, em particular em pessoas cardiopatas ou idosas do sexo feminino, é assunto que gera dúvidas no meio médico. A pouca disponibilidade de ensaios clínicos envolvendo a atividade física no sexo feminino tem sido limitante à prescrição de exercícios neste grupo de pacientes¹¹.

Intensidade e benefício do exercício físico na mulher

Têm sido bem estudados os benefícios da atividade física na população em geral. O dispêndio de 2000 Kcal por semana em exercícios foi o ponto de corte até onde houve benefício em redução de risco cardiovascular em estudo randomizado publicado em 2000¹². A recomendação do American College of Sports Medicine prevê a prática de pelo menos 30 minutos diários de atividades físicas em intensidade moderada, em quase todos e, de preferência, todos os dias da semana, como forma de minimizar o número de dias “perdidos”, sem qualquer atividade¹³. Exercício moderado é aquele que produz encurtamento da respiração e envolve consumo de oxigênio em aproximadamente 50% do consumo máximo individual. Uma caminhada vigorosa é um bom exemplo deste tipo de atividade¹⁴. Níveis menores de atividade física, no entanto, também são aceitáveis, como mostram 2 importantes estudos da Universidade de Harvard, onde tanto mulheres entre 40 e 65 anos (72488 indivíduos), como mulheres pós-menopausa, entre 50 e 75 anos (73743 indivíduos), tiveram o mesmo benefício quando comparados níveis distintos de atividade física^{15,16}. As participantes tiveram seguimento de 8 e 3,2 anos, em média, respectivamente, nos 2 estudos, e houve uma relação inversa entre nível de atividade física e incidência de eventos cardiovasculares. No primeiro estudo, mulheres com alto nível de atividade física tiveram de 30 a 40% de redução de risco em relação àquelas com que caminhavam de maneira infrequente. No segundo estudo, similar, mulheres pós-menopausa que realizavam caminhadas vigorosas entre 45 minutos e 7 horas por semana, de modo regular, tiveram reduções em torno de 20% de eventos cardiovasculares ao longo do período estudado. Este decréscimo equivale a mais ou menos 4 eventos em cada 1000 mulheres estudadas e é similar ao encontrado em estudos de prevenção primária com uso de drogas hipolipemiantes¹⁷. Não houve diferenças, entretanto, em ambos os trabalhos de Harvard quando analisadas as diferenças de eventos cardiovasculares entre a caminhada e níveis mais intensos de atividade física^{15,16}. Mesmo levando em conta que estes estudos não foram ensaios clínicos randomizados e sim por meio de questionários prospectivos, os autores argumentam sobre o “custo-benefício” da atividade física mais intensa, a qual, além de despende mais tempo, também pode elevar o risco cardiovascular em pessoas usualmente sedentárias¹⁸.

Capacidade física como preditor de eventos cardíacos na mulher

A capacidade física, definida como o máximo consumo de oxigênio no exercício, também é excelente preditor de eventos cardiovasculares na mulher¹⁹. Esta capacidade pode ser expressa em METS, considerando que 1 MET equivale ao consumo de 3,5 ml de oxigênio por Kg de peso em 1 minuto na condição de descanso basal²⁰. Um normograma preditivo de risco cardiovascular foi desenvolvido por grupo de Chicago, analisando mais de 5000 pacientes assintomáticos em comparação a uma coorte de 4471

mulheres com sintomas cardíacos submetidas a teste funcional sintoma-limitado²¹. Uma equação de regressão linear foi criada para estabelecer a capacidade física prevista, a qual foi a seguinte: Capacidade Prevista em METS = 14,7 - (0,13 x idade). O risco de morte cardiovascular entre as mulheres assintomáticas, cuja capacidade física esteve abaixo dos 85% do valor previsto, foi o dobro do risco daquelas que apresentaram ao menos 85% ou mais deste valor. Resultados similares foram verificados na coorte de pacientes sintomáticas. Os autores também observaram que a capacidade física decresce cerca de 1% por ano de idade. É importante salientar a relevância da análise da capacidade física revelada nos testes ergométricos, informação muitas vezes ignorada na prática clínica, onde existe, com frequência, valorização somente dos achados eletrocardiográficos. É louvável que exista uma avaliação periódica da capacidade física, não somente por meio de teste ergométricos, mas também pelo questionamento dentro da anamnese de rotina, nas visitas de

acompanhamento médico, oportunidade na qual os clínicos poderão incentivar a prática da atividade física²².

Conclusão

A atividade física exerce papel fundamental na saúde cardiovascular. As mulheres, acometidas de modo crescente pela doença arterial coronariana, tendem a ter menor nível de atividade física, em particular na adolescência. Programas de saúde pública incentivando a prática de exercícios físicos devem ser desenvolvidos em âmbito mundial. Comprovadamente, a atividade física regular em intensidade moderada ou vigorosa, dependendo da propensão individual, é elemento promotor de maior longevidade. E a capacidade física da mulher pode ser utilizada como preditor de eventos cardiovasculares, o que pode se tornar uma ferramenta simples e útil na prática clínica.

Referências

1. American Heart Association 2005. Heart and stroke statistical update. [Http://www.americanheart.org/statistics/index.html](http://www.americanheart.org/statistics/index.html).
2. Ministério da saúde. Sistema de informações de mortalidade (SIM), 2006.
3. Van der Schouw Y et al. Age at menopause as a risk factor for cardiovascular mortality. *The Lancet* 1996; 34: 714-8.
4. Gan SC et al. Treatment of acute myocardial infarction on 30-day mortality among women and men. *N Engl J Méd* 2000; 343: 8-15.
5. Jani SM et al. sex differences in the application of evidence-based therapies for the treatment of acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1164-70.
6. Xavier HT. Risco cardiovascular na mulher. São Paulo: BBS; 2005.
7. Aaron DJ et al. The epidemiology of leisure physical activity in an adolescent population. *Med Sci Sports Exerc* 1993; 25: 847-53.
8. Sallis JF et al. Prediction of change in children's physical activity over 20 months: variations by gender and level of adiposity. *Am J Prev Med* 1999; 16: 222-9.
9. Kimm SYS et al. Decline in physical activity in black girls during adolescence. *N Engl J Med* 2002; 347: 709-15.
10. Troiano RP. Physical inactivity among young people. *N Engl J Med* 2002; 347: 706-7.
11. Manson JE et al. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002; 347: 716-25.
12. Sesso HD, Paffenbarger RS Jr, Lee IM. Physical activity and coronary heart disease in men: the Harvard Alumni Health Study. *Circulation* 2000; 102: 975-80.
13. Pate RR et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273: 402-7.
14. Thompson PD. Additional steps for cardiovascular health. *N Engl J Med* 2002; 347: 755-6.
15. Manson JE et al. A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1999; 341: 650-8.
16. Manson JE et al. Walking compared with vigorous exercise for prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002; 347: 716-25.
17. Downs JR et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS Prevention Study. *JAMA* 1998; 279:1615-22.
18. Girtl S et al. Clinical and angiographic characteristics of exertion-related acute myocardial infarction. *JAMA* 1999; 282: 1731-6.
19. Gulati M et al. Exercise capacity and risk of death in women: the St James Women Take Heart Project. *Circulation* 2003; 108: 1554-9.
20. Jette M, Sidney K, Blumchen G. Metabolic equivalents (METS) in exercise testing, exercise prescription and evaluation of functional capacity. *Clin Cardiol* 1990; 13: 555-65.
21. Gulati M et al. The prognostic value of a nomogram for exercise capacity in women. *N Engl J Med* 2005; 353: 468-75.
22. Klaus WE, Douglas OS. Where does fitness fit in? *N Engl J Med* 2005; 353: 517-9.