



EXERCÍCIO FÍSICO NO DOENTE CRÓNICO: QUAL O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA?

PHYSICAL ACTIVITY IN THE PATIENT WITH CHRONIC DISEASE: WHAT IS THE ROLE OF THE FAMILY PHYSICIAN?

Hoffmann TC, Maher CG, Briffa T, Sherrington C, Bennell K, Alison J, et al. Prescribing exercise interventions for patients with chronic conditions. *CMAJ*. 2016;188(7):510-8. doi: 10.1503/cmaj.150684

Introdução

O exercício físico (EF) tem demonstrado benefício na morbimortalidade de doenças crónicas, particularmente na prevenção secundária e reabilitação de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, na prevenção da diabetes e na redução da morbilidade associada à lombalgia e osteoartrite (OA). Contudo, continua a ser subprescrito comparativamente à intervenção farmacológica e cirúrgica por escassa formação médica sobre prescrição de intervenções efetivas, complexa descrição das intervenções na literatura científica e carência de programas de educação dos pacientes sobre os benefícios do EF. Algumas das intervenções podem ser prescritas pelos médicos de família (MF) (e.g., prevenção de quedas). Outras implicam a referência a um especialista em prescrição de EF. Foi realizada uma revisão, objetivando sintetizar a evidência do benefício do EF em algumas doenças crónicas com elevada morbilidade, salientando os principais *outcomes* resultantes da prática de EF.

Considerações gerais

Os pacientes com doenças crónicas devem ser educados sobre os benefícios do EF e submetidos a avaliação individual antes de iniciarem um plano de EF, sendo definido o tipo de exercícios, número, frequência e duração das sessões. Devem receber uma supervisão inicial com estabelecimento de metas, reforço positivo e promoção da adesão a longo prazo.

As intervenções podem ser realizadas por médicos, fisioterapeutas e profissionais com competências em EF. Decorrem em instituições de saúde ou comunitárias, complementadas com atividades autoadministradas pelo paciente no domicílio.

Não há contraindicações absolutas na maioria das patologias descritas, relatando-se as exceções.

Osteoartrite da anca e joelho

O EF melhora a dor e função física, visando o fortalecimento muscular.

Duas revisões sistemáticas (RS) da *Cochrane* avaliaram o *score* de dor e função física em doentes com OA, após instituição de intervenções de EF. Uma incluiu 54 ensaios clínicos randomizados (ECR), avaliando pacientes com OA do joelho e demonstrou melhoria da dor e função física (evidência moderada a elevada), que não se mantiveram após suspensão das intervenções. A outra incluiu 10 ECR, avaliando pacientes com OA da anca e revelou melhoria dos mesmos *outcomes* (evidência elevada), sustentados temporalmente após suspensão das intervenções. Em ambas as RS houve pouca ou nenhuma evidência de benefício na qualidade de vida (QV).

Lombalgia crónica inespecífica

O EF alivia a dor, fortalece os músculos e o equilíbrio, incorporando exercícios de controlo motor (e.g., ioga) e princípios de terapia cognitivo-comportamental. Apresenta-se contraindicado apenas na presença de condições graves (fraturas, infeções, neoplasias, síndrome da *Cauda Equina*).

Uma RS da *Cochrane*, envolvendo 43 ECR, revelou melhoria da dor e função física nos pacientes com lombalgia crónica. Não avaliou outros *outcomes* nem atribuiu níveis de evidência.

Prevenção de quedas

O EF na prevenção de quedas é especialmente dirigido a idosos. Foca-se na melhoria do equilíbrio, controlo postural e força muscular, sendo o programa de exercícios *Otago* uma opção adequada. O *Tai Chi* tem sido também efetivo. Para evitar eventual queda, o paciente deverá realizar os exercícios próximo de um suporte e adaptar-se individualmente ao nível de dificuldade, tornando os exercícios desafiantes, mas seguros.

Numa RS da *Cochrane*, as intervenções (incluindo *Tai Chi*) mostraram reduzir as quedas em 30% dos idosos. Em pacientes institucionalizados ou na presença de fatores de risco para quedas (e.g., prejuízo da visão), o EF não foi tão efetivo.



Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)

O EF visa a reabilitação pulmonar (RP), ensinando a gerir a dispneia de esforço e melhorando a capacidade de EF e a QV. Deverão ser referenciados para profissionais com treino em RP quando a condição está estável ou após exacerbação aguda.

Duas RS da *Cochrane* avaliaram o benefício da RP comparativamente ao EF usual ou não prescrito. Uma englobou 65 ECR, avaliou pacientes com DPOC estável e mostrou que a RP melhorava a QV (evidência moderada) e a capacidade de exercício máxima (evidência baixa). A outra incluiu 9 ECR, avaliou pacientes com DPOC após exacerbação aguda com necessidade de hospitalização e demonstrou que a RP reduzia a mortalidade e readmissão hospitalar (evidência moderada).

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

O EF objetiva o controlo glicémico e das comorbilidades. Recomenda-se a prescrição de EF aeróbio e de resistência combinados, pois apresentam benefício metabólico semelhante. Os exercícios devem ser realizados coincidindo com os picos glicémicos pós-prandiais. O EF moderado a vigoroso está contraindicado na presença de retinopatia proliferativa, insuficiência cardíaca (IC) terminal, arritmias ou aneurisma inoperável.

Uma meta-análise com 47 ECR verificou que o exercício aeróbio e de resistência, combinado com a dieta alimentar, durante doze semanas, em doentes com DM2 associou-se a diminuição da hemoglobina glicosilada.

Síndrome de fadiga crónica

O EF perspetiva a reversão do descondicionamento físico e da intolerância ao exercício.

Está indicada a prescrição de atividades (caminhada, natação, *Tai Chi*), gradualmente, por profissional

com competências em terapia de exercício graduado (TEG).

Uma RS da *Cochrane*, incluindo oito ECR, mostrou que a TEG, comparativamente ao EF usual, treino de flexibilidade ou relaxamento, reduzia a fadiga (evidência moderada). Houve também melhoria da qualidade do sono e função física (evidência baixa).

Doença cardíaca coronária

O EF pretende melhorar o risco cardiovascular e a função cardíaca através de exercício aeróbio e de resistência. Os benefícios mais consistentes obtêm-se em pacientes de maior risco (história de enfarte agudo do miocárdio – EAM –, comorbilidades e IC avançada). Existem contraindicações ao EF na presença de angina instável, valvulopatia grave, IC descompensada, arritmias, hipertensão ou diabetes descontroladas.

Uma RS da *Cochrane*, incluindo 47 ECR, mostrou que a reabilitação cardíaca reduzia a mortalidade global e cardiovascular em pacientes com coronariopatia após um ano de intervenção. Contudo, não reduziu o risco de EAM e o impacto na QV não foi conclusivo. Outra RS, envolvendo 33 ECR, demonstrou melhoria da QV.

Conclusão

Os médicos devem prescrever intervenções de EF baseadas na evidência, adaptadas ao indivíduo e à condição. Estas devem realizar-se de forma estruturada, como descrito nos ECR, para não comprometer a sua efetividade.

Os MF carecem de formação na prescrição de EF, mas devem conhecer os princípios de uma intervenção baseada na evidência, discuti-la com o paciente e referenciá-lo apropriadamente. É também essencial corrigir conceitos, medos e motivações desadequadas face ao EF.

Comentário

Em Portugal, as doenças crónicas são responsáveis por 85% da carga global de doença e a inatividade física está entre os principais fatores de risco.¹

A última sondagem do Eurobarómetro revelou que

Portugal é o terceiro país (entre 28 países estudados) em que a população pratica menos EF. Algumas razões apontadas foram a escassez de tempo e motivação, presença de incapacidade/doença, custos elevados e ausência de infraestruturas para praticar EF.²



Parece fundamental a cooperação do governo com os setores da saúde e sociais, na melhoria do meio ambiente para praticar EF, na promoção da mobilidade ativa, na equidade do acesso à prática de EF e na influência da comunidade pela comunicação social.³ É também essencial a educação sobre os benefícios do EF nas escolas e no trabalho.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os cuidados de saúde primários (CSP) são “o pilar” da prescrição de EF.⁴ Esta prescrição, em CSP, é efetiva através de intervenções breves, orientadas por metas, adaptadas às preferências e necessidades do paciente.⁴⁻⁵ Isto parece ser facilitado pela relação médico-doente longitudinal e confiante, criando-se um momento oportuno para aumentar a literacia em saúde e promover a modificação de comportamentos.

Muitos países têm desenvolvido programas de aconselhamento estruturados sobre EF. Estes ainda não foram desenvolvidos em Portugal e cada MF realiza aconselhamento baseado na sua experiência.⁶

É essencial solidificar as competências dos MF em técnicas de comunicação e mudança de comportamentos em saúde, superar as barreiras à prescrição de EF (falta de tempo e qualificação) e criar protocolos de aconselhamento sobre EF nos CSP, dirigidos à população portuguesa saudável.⁶

No âmbito da prevenção secundária deverá escla-

recer-se o papel do MF na prescrição de EF em pacientes com patologia crónica comum, cuja gestão integra os programas prioritários da sua prática clínica, bem como definir-se os critérios de referência desses pacientes e para que entidades competentes.

Sílvia Colmonero

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar
Unidade de Saúde Familiar Lagoa – Unidade Local
de Saúde de Matosinhos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção-Geral da Saúde. A saúde dos Portugueses: perspetiva 2015. Lisboa: DGS; 2015.
2. TNS Opinion & Social. Sport and physical activity: special Eurobarometer 412. Brussels: European Commission; 2014. ISBN 9789279368363
3. Baptista F, Silva AM, Santos DA, Mota J, Santos R, Vale S, et al. Livro verde da atividade física. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal; 2011. ISBN 9789898330024
4. Khan KM, Weiler R, Blair SN. Prescribing exercise in primary care. *BMJ*. 2011;343:d4141.
5. Martin SN, Crownover BK, Kovach FE. What's the best way to motivate patients to exercise? *J Fam Pract*. 2010;59(1):43-4.
6. Carneiro D. Prescrição de exercício físico: a sua inclusão na consulta [The prescription of physical exercise: inclusion in the office visit]. *Rev Port Clin Geral*. 2011;27(5):470-9. Portuguese

CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declara não ter conflito de interesses.