

Reabilitação (e fisioterapia) cardiovascular no Brasil

Embora alguns relatos sobre os benefícios da atividade física e do exercício físico para pacientes com doenças cardiovasculares possam ser encontrados na literatura internacional desde o século XVIII, foi somente a partir de meados do século passado que alguns estudos passaram a mostrar essa relação de maneira mais apropriada do ponto de vista científico. Naquela época, também foi apresentada uma proposta de organização de programas de reabilitação cardiovascular (RCV)¹, que serviu de base para o desenvolvimento do que se conhece hoje nas diversas partes do mundo. Contudo, o grande desenvolvimento desses programas ocorreu entre as décadas de 1960 e 1970, quando as bases fisiopatológicas de algumas doenças cardiovasculares foram melhor estabelecidas e desenvolveram-se conceitos importantes da fisiologia do exercício e dos procedimentos de avaliação e treinamento físico.

No Brasil², os primeiros programas de RCV surgiram entre o final da década de 1960 e início de 1970, sendo que as primeiras unidades foram estabelecidas no Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte. Naquela época, os programas atendiam principalmente os pacientes em fase de recuperação de infarto do miocárdio ou no período de pós-operatório de cirurgia cardíaca, especialmente a revascularização do miocárdio, ainda em seus primórdios. Mais recentemente, pacientes com outras condições clínicas e cirúrgicas (valvopatias, vasculopatias periféricas, miocardiopatias, insuficiência cardíaca crônica...) têm sido beneficiados pelos programas de RCV que, em geral, têm como principal enfoque o exercício físico prescrito, orientado e supervisionado pelos especialistas. Por aqui, assim como em outros países, os fisioterapeutas ocupam lugar de destaque na equipe e geralmente são os principais responsáveis pelas intervenções relacionadas ao exercício físico, particularmente nas fases I e II, assim como para os pacientes com moderado ou alto risco.

Segundo a Organização Mundial da Saúde³, a RCV caracteriza-se por ser um processo baseado na

soma de atividades e intervenções necessárias para promover mudanças favoráveis em relação aos fatores de risco cardiovascular, bem como para garantir as melhores condições físicas, mentais e sociais possíveis, de modo que os pacientes com doença cardiovascular crônica ou pós-aguda possam, por seus próprios esforços, preservar ou reassumir seu lugar na sociedade e levar uma vida ativa.

Assim, pode-se perceber que os programas devem ser estruturados com base em alguns preceitos, como: equipe multiprofissional e interdisciplinar, abordagem com múltiplos focos (exercício e atividade física, controle de fatores de risco, orientação ocupacional, aconselhamento sexual, educação, entre outros) e promoção de autonomia.

No entanto, embora haja uma série de benefícios relacionados à participação nos programas de RCV⁴, apenas uma pequena parte dos pacientes com indicação tem acesso à RCV, seja nos países desenvolvidos ou nos com moderado ou baixo nível de desenvolvimento⁵. Essa é uma situação altamente preocupante, tendo em vista que aproximadamente um terço das mortes no mundo está relacionado com as doenças cardiovasculares, principalmente as cardiopatias isquêmicas e doenças encefálicas.

Assim, além da abordagem preventiva, que deve ser fortemente estimulada, há necessidade de aumentar o número de programas disponíveis à população, bem como facilitar e ampliar o acesso dos pacientes, aprimorar as modalidades não convencionais e desenvolver estratégias complementares de RCV, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Nesse sentido, o *International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (ICCP)** propôs recentemente uma abordagem mais simples para a realização dos programas de RCV⁶. Cerca de 30 associações de diversas partes do mundo, como a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (Assobrafir), apoiam as iniciativas deste conselho e

* Disponível em: <http://globalcardiacrehab.com>.

desenvolvem em seus países atividades de suporte para que as estratégias possam ocorrer no menor espaço de tempo e com a maior qualidade possível.

Entre as ações realizadas nos últimos anos pela Assobrafir**, podem ser destacados o trabalho desenvolvido para que a especialidade profissional de Fisioterapeuta Cardiovascular fosse reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), em 2015⁷, e o apoio à realização de eventos com essa temática, como o I Congresso Brasileiro de Fisioterapia Cardiovascular, que ocorreu em 2016 durante o XVIII Simpósio Internacional de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva, em Belo Horizonte, que contou com a presença da atual presidente do ICCPR, além de outros convidados internacionais e nacionais.

Além disso, anualmente são realizados eventos em todas as 25 representações regionais da Assobrafir, sempre com a inclusão de temas relacionados à fisioterapia e à reabilitação cardiovascular, bem como com a possibilidade de apresentação de resultados de trabalhos científicos. Dessa maneira, a Assobrafir tem contribuído para a produção, disseminação e divulgação científica, para a representação e

valorização dos profissionais dedicados à especialidade e para as relações institucionais com outras associações e conselhos com vistas ao aprimoramento da fisioterapia e da reabilitação cardiovascular.

Por fim, vale destacar que, devido à ótima qualidade assistencial e de pesquisa, a fisioterapia brasileira tem contribuído para o avanço da reabilitação cardiovascular, com reconhecimento em nível internacional. Assim, gostaria de incentivar os colegas e acadêmicos de fisioterapia a continuar desenvolvendo seus estudos e a prática assistencial de excelência nesse campo do conhecimento, para que possamos proporcionar a melhor experiência aos pacientes. Com isso, é certo que os fisioterapeutas cardiovasculares alcançarão a merecida valorização social e profissional.

Marlus Karsten

*Diretor científico geral da Assobrafir
Departamento de Fisioterapia e Programa de
Pós-Graduação em Fisioterapia
Universidade do Estado de Santa Catarina*

REFERÊNCIAS

1. Hellerstein, HK, Ford AB. Rehabilitation of the cardiac patient. JAMA. 1957;164(3):225-231.
2. Godoy M, editor. I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular: fase crônica. Arq Bras Cardiol. 1997;69(4):267-91.
3. World Health Organization. Rehabilitation after cardiovascular disease, with special emphasis on developing countries: report of a WHO expert committee. World Health Organ Tech Rep Ser. 1993;831:1-122.
4. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2014 dez;(12):[9 p.].
5. Babu AS, Lopez-Jimenez F, Thomas RJ, Isaranuwachai W, Herdy AH, Hoch JS, et al. Advocacy for outpatient cardiac rehabilitation globally. BMC Health Services Research. 2016;16:[9 p.]. doi: 10.1186/s12913-016-1658-1
6. Grace SL, Turk-Adawi KI, Contractor A, Afrey A, Campbell N, Derman W, et al. Cardiac rehabilitation delivery model for low-resource settings. Heart. 2016;102(18):1449-55.
7. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 454, de 25 de abril de 2015. Reconhece e disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Cardiovascular [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 2015 maio 14 [citado em 2018 fev 9]. Seção 1, n. 90, p. 96-7. Disponível em: <<https://goo.gl/9dZMJC>>.

** Disponível em: <http://assobrafir.com.br>.