



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DO CORAÇÃO EDSON SAAD

RAFAEL SANTIAGO FLORIANO

**SIMILARIDADE DO CONSUMO DE OXIGÊNIO OBTIDO E ESTIMADO EM
HOMENS JOVENS E IDOSOS SAUDÁVEIS E PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA.**

RIO DE JANEIRO

Agosto de 2017

RAFAEL SANTIAGO FLORIANO

**SIMILARIDADE DO CONSUMO DE OXIGÊNIO OBTIDO E ESTIMADO EM
HOMENS JOVENS E IDOSOS SAUDÁVEIS E PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cardiologia, Instituto do Coração Edson Saad, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para à obtenção do título de Mestre em Ciências Cardiovasculares.

Orientador: Prof. Dr. Michel Silva Reis

Pesquisa realizada no Grupo de Pesquisa em Avaliação e Reabilitação
Cardiorrespiratória (GECARE) / Universidade Federal do Rio de Janeiro

RIO DE JANEIRO

Agosto de 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

RAFAEL SANTIAGO FLORIANO

**SIMILARIDADE DO CONSUMO DE OXIGÊNIO OBTIDO E ESTIMADO EM
HOMENS JOVENS E IDOSOS SAUDÁVEIS E PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cardiologia, Instituto do Coração Edson Saad, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para à obtenção do título de Mestre em Ciências Cardiovasculares.

Aprovada em 15 de Agosto de 2017.

Prof. Dr. Thiago de Arruda Sanchez – UFRJ

Prof^ª.Dr^ª. Glorimar Rosa– UFRJ

Prof. Dr. Maurício Sant'Anna Júnior– IFRJ

DEDICATÓRIAS

Ao Senhor Nosso Deus que sempre me amparou e me protegeu em toda a minha trajetória, sempre presente em minha jornada neste mundo, por ter me forjado, me fortalecido durante esses anos de vida e por ter me orientado a seguir bons caminhos.

Aos meus pais, Weston e Sidnéa, que mesmo a distância sempre emanaram força e palavras de encorajamento, além de sabedoria de vida para que eu prosseguisse em meus objetivos; ao meu irmão Rodrigo que sempre foi pra mim um exemplo intelectual.

A minha querida esposa Sabrina, que com muito carinho e compreensão sempre entendeu a importância desta pesquisa para mim e para a minha carreira acadêmica.

Aos meus amados filhos Isabela e Arthur, que são meus “motores de propulsão” e meus maiores incentivadores nessa minha luta pelo crescimento acadêmico-profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por me conceder o direito a vida e ao livre arbítrio. Em segundo lugar ao meu grande amigo e orientador Michel Silva Reis, que me ensinou praticamente tudo que eu sei na área de reabilitação cardiorrespiratória com muita paciência e maestria; acreditou e apostou num aluno um pouco mais velho que a média, um trabalhador muito atribulado e incansável, além de um presente pai de família. Não poderia deixar de agradecer a todos os membros da “família” do grupo de pesquisa (GECARE), que certamente contribuíram para o meu crescimento acadêmico. Gostaria de agradecer também a todos os professores que fizeram parte da minha formação acadêmica. Agradecer com a mesma importância os pacientes e voluntários que de maneira gentil e espontânea participaram e contribuíram com as nossas pesquisas, para que este sonho se tornasse realidade. E por fim agradeço a todos os familiares e amigos que torceram por mim e pela evolução como pesquisador e futuro docente.

Agradecimentos especiais: A todos os professores e colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Cardiologia, Instituto do Coração Edson Saad, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES).

RESUMO

SIMILARIDADE DO CONSUMO DE OXIGÊNIO OBTIDO E ESTIMADO EM HOMENS JOVENS E IDOSOS SAUDÁVEIS E PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA.

Rafael Santiago Floriano

Orientador: Prof. Dr. Michel Silva Reis

Resumo da dissertação submetida ao Corpo Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências Cardiovasculares.

Introdução: O teste de exercício cardiopulmonar (TECP) é um método (padrão ouro) não invasivo de avaliação global da integridade dos ajustes fisiológicos no organismo humano durante a execução do exercício físico. Alternativamente, a avaliação da capacidade funcional tem sido executada por meio de fórmulas de predição com correção para as características antropométricas e carga de trabalho executada ao exercício. No entanto, não há consistência na literatura sobre a coerência das fórmulas de predição e os valores obtidos da capacidade funcional, especialmente, na população de idosos saudáveis e pacientes com insuficiência cardíaca (IC) crônica. **Objetivo:** comparar os valores do consumo de oxigênio (VO_2) estimado por meio de fórmula de predição com os valores obtidos pelo TECP no limiar anaeróbio ventilatório (LAV) e no pico do exercício de homens jovens e idosos saudáveis e com IC crônica. **Métodos:** cinquenta e seis homens divididos em 3 grupos, sendo um grupo com 18 jovens (idade $27 \pm 6,01$) saudáveis (GJ), no segundo grupo foram 14 idosos (idade $61 \pm 6,3$) saudáveis (GI) e o terceiro grupo com 24 pacientes (idade $53 \pm 13,6$) com IC crônica (GIC). Todos foram submetidos ao TECP em cicloergômetro para determinação do VO_2 no LAV e no pico do exercício. Posteriormente, foi realizada a estimativa do VO_2 na potência do LAV e no pico do exercício por meio de fórmula de predição ($VO_2 \text{ mL/kg.min}^{-1} = (\text{CARGA em watts} * 12) + 300 / \text{massa corporal em kg}$). Os valores do VO_2 obtido e da carga estimada foram comparados. **Resultados:** Os valores do VO_2 estimado foram maiores nos GI e GIC ($16,9 \pm 1,8$ vs. $13,1 \pm 2,1$ mL/kg/min e $12 \pm 6,9$ vs. $8,7 \pm 2,5$ mL/kg/min, respectivamente). Por outro lado, os valores do VO_2 estimado e obtido não mostraram diferentes no GJ ($22,6 \pm 5,5$ vs. $23,1 \pm 8,7$ mL/kg/min, respectivamente). **Conclusão:** A fórmula de predição superestimou os valores de VO_2 no LAV e pico do exercício físico dos idosos e pacientes com IC crônica. No entanto, mostrou-se semelhante para os jovens.

Palavras chave: Teste de exercício cardiopulmonar, capacidade funcional, insuficiência cardíaca crônica, fórmula preditiva, LAV, VO_2 .

ABSTRACT**SIMILARITY OF OBTAINED AND ESTIMATED OXYGEN CONSUMPTION
IN HEALTHY YOUNG AND ELDERLY MEN AND PATIENTS WITH
CHRONIC HEART FAILURE.**

Rafael Santiago Floriano

Orientador: Prof. Dr. Michel Silva Reis

Abstract da dissertação submetida ao Corpo Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências Cardiológicas.

Introduction: The cardiopulmonary exercise test (CPT) is a noninvasive (gold standard) methodology of global assessment of the integrity of physiological adjustments in the human body during the execution of the physical exercise. Alternatively, functional capacity assessment has been performed using predictive formulas with correction for the anthropometric characteristics and exercise workload performed. However, this method of evaluation maybe have different outcomes when used in a population of healthy older and patients with chronic heart failure (CHF). **Objective:** To compare the values of oxygen consumption (VO_2) estimated by prediction formula with the values obtained by the CPT in the ventilatory anaerobic threshold (LAV) and in the exercise peak of healthy young and older and patients with CHF. **Methods:** fifty-six men were divided into 3 groups, 18 were young (age 27 ± 6.01) healthy (GJ) and 14 were elderly (age 61 ± 6.3) healthy (GI), and the third group was composed of 24 (age 53 ± 13.6) with chronic CHF (GIC). All were submitted to the CPT in cycle ergometer to determine the VO_2 in the LAV and at the peak of the exercise. Subsequently, the VO_2 estimation was performed in the LAV power and at the peak of the exercise using a prediction formula. The values of the VO_2 obtained and the estimated load were compared. **Results:** The VO_2 estimated were significantly more than VO_2 obtained in GI and GIC (16.9 ± 1.8 vs. 13.1 ± 2.1 mL/kg/min e 12 ± 6.9 vs. 8.7 ± 2.5 mL/kg/min, respectively). Finally, there were no difference in the values of VO_2 estimated and obtained for GJ ($22,6 \pm 5,5$ vs. $23,1 \pm 8,7$ mL/kg/min, respectively). **Conclusion:** The predict formula overestimated the VO_2 values for elderly and patients with chronic heart failure. However, in the GJ the values showed similar for predict formula and obtained CPT.

Key words: Cardiopulmonary exercise testing, status functional, chronic heart failure, predictive formula, A.T., VO_2 .

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mecanismo de retroalimentação da insuficiência cardíaca crônica.	17
Figura 2. Montagem do teste de exercício cardiopulmonar.	27
Figura 3. Execução do teste de exercício cardiopulmonar.	28
Figura 4. Protocolos para teste de exercício cardiopulmonar executado em cicloergômetros. À esquerda exemplos de protocolos incrementais do tipo rampa. À direita, exercício físico de carga constante.	30
Figura 5. Variáveis cardiorrespiratórias e metabólicas obtidas durante o teste cardiopulmonar com protocolo do tipo rampa em cicloergômetro.	31
Figura 6. Gráfico do comportamento das variáveis cardiorrespiratórias e metabólicas obtidas durante o teste cardiopulmonar com protocolo do tipo rampa.	31
Figura 7. Tela do programa utilizado em nosso trabalho com as variáveis cardiorrespiratórias e metabólicas obtidas durante o teste cardiopulmonar com protocolo do tipo rampa em cicloergômetro.	32
Figura 8. Escala de <i>BORG</i> CR-10 modificada.	34
Figura 9. Determinação dos limiares metabólicos pelo método visual gráfico.	35
Figura 10. Fluxograma descrevendo a análise dos pacientes em cada etapa do estudo.	45
Figura 11. Consumo de oxigênio obtido e predito dos grupos estudados no limiar anaeróbio ventilatório.	47
Figura 12. Consumo de oxigênio obtido e predito dos grupos estudados no pico do exercício físico.	48

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro1. Indicações para a execução do TECP	21
Quadro2. Equivalentes metabólicos (METs) para atividades físicas	24
Quadro 3. Vantagens e desvantagens da utilização da esteira ou cicloergômetro no testecardiopulmonar	26
Tabela 1. Nível de aptidão física do <i>American Heart Association</i> para homens de acordo com VO ₂ max ou VO ₂ pico (ml/kg/min).	22
Tabela 2. Dados antropométricos e características clínicas da população do estudo.	46

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHA – do inglês, *American Heart Association*
 BNP – peptídeo natriurético tipo B
 BTPS – condições normais de temperatura e pressão do corpo
 EMG – eletromiografia
 FC – frequência cardíaca
 FC_{máx.} – frequência cardíaca máxima
 FEO₂ – fração expirada de oxigênio
 FR – frequência respiratória
 IC – insuficiência cardíaca crônica
 IRPM – incursão respiratória por minuto
 J/S – joule por segundo
 Kgf – quilograma força
 KPM/MIN – quilopondsmetro por minuto
 LAV – limiar anaeróbico ventilatório
 MET – equivalente metabólico
 MMII – membros inferiores
 NYHA – do inglês, *New York Heart Association*
 O₂ – oxigênio
 OVE – oscilação ventilatória no exercício
 PCR – ponto de compensação respiratória
 PETCO₂ – pressão expirada de gás carbônico
 PETO₂ – pressão expirada de oxigênio
 PI_{máx.} – pressão inspiratória máxima
 QCO₂ – taxa de produção periférica de dióxido de carbono
 QO₂ – consumo periférico de oxigênio
 R – razão da troca respiratória
 STPD – condições normais de temperatura e pressão
 SWT – do inglês, *shuttle walk test*
 TC6M – teste de caminhada de seis minutos
 TD6M – teste de degrau de seis minutos
 TECP – teste cardiopulmonar de exercício
 VC – volume corrente
 VCO₂ – produção de dióxido de carbono
 VCO₂/VO₂ – razão entre a produção de dióxido de carbono e o consumo de oxigênio pulmonar medidos no ar expirado
 VD – espaço morto
 VE – ventilação
 VE/VCO₂ – equivalente ventilatório de gás carbônico
 VE/VO₂ – equivalente ventilatório de oxigênio
 VFC – variabilidade da frequência cardíaca
 VO₂ – consumo de oxigênio
 VO_{2 máx.} – consumo de oxigênio máximo
 VO_{2 Pico} – consumo de oxigênio pico
 VT – volume total
 W – watts
 ΔVO₂ – delta de consumo de oxigênio
 ΔW – delta da carga em watts

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca	14
2.1.1 Fisiopatologia da Insuficiência Cardíaca	15
2.1.2 Ferramentas Diagnósticas e de Avaliação Funcional	17
2.2 Capacidade Funcional	19
2.2.1 Teste de exercício cardiopulmonar	22
2.2.1.1 Ergômetros	25
2.2.1.2 Analisador de gases	26
2.2.1.3 Tipos de protocolo para TECP	28
2.2.1.4 Variáveis do TECP	30
2.2.1.5 Limiar anaeróbico ou 1º limiar ventilatório	34
2.2.1.6 Ponto de compensação respiratório ou 2º Limiar ventilatório	36
2.2.2 Equações de predição	37
3. JUSTIFICATIVA	40
4. OBJETIVOS	40
4.1 Objetivo geral	40
4.2 Objetivos específicos	41
5. HIPÓTESE	40
6. MATERIAL E MÉTODOS	41
6.1 Desenho do estudo	41
6.2 Amostra	41
6.3 Protocolos experimentais	42
6.3.1 Avaliação fisioterapêutica	42
6.3.2 TECP máximo ou sintoma limitado	42
6.3.3 Avaliação do eletrocardiograma	44
6.3.4 Utilização da fórmula preditiva	44
6.4 Considerações éticas	44
6.5 Análise estatística	44
7. RESULTADOS	45
8. DISCUSSÃO	49
9. CONCLUSÃO	53
10. REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A Termo de consentimento livre e esclarecido	61
APÊNDICE B Ficha de avaliação da função pulmonar	64
APÊNDICE C Ficha de avaliação do TECP	65
ANEXO Comitê de ética e pesquisa	66

1 INTRODUÇÃO

Os ajustes centrais e periféricos atuam harmonicamente com o objetivo de manter a homeostasia (WILLIAMSOM *et al.*, 2010; POWERS *et al.*, 2000; NEDER & NERY, 2003). A disponibilidade do oxigênio em nosso organismo é fundamental para que os substratos energéticos sejam utilizados para síntese de energia (GUYTON & HALL, 2006). O predomínio de cada mecanismo de transferência de energia durante o exercício, como a utilização de glicose ou ácidos graxos pelo organismo pode ser observada na atividade física e também durante o teste de exercício cardiopulmonar (TECP), por meio do aumento das variáveis ventilatórias e metabólicas obtidas de forma não invasiva e acessível (NEDER & NERY, 2003; POWERS *et al.*, 2000).

O TECP é um método não invasivo de avaliação global da integridade dos ajustes cardiovasculares, respiratórios, musculares periféricos, neurofisiológicos, humorais e hematológicos do organismo humano durante a execução do exercício físico (WASSERMAN *et al.*, 1999; BALADY *et al.*, 2010; NEDER & NERY, 2003). Na prática, a grande utilidade do TECP é na determinação da capacidade funcional, pela obtenção dos dois índices de limitação funcional mais empregados, que são o consumo de oxigênio pico ($VO_{2\text{pico}}$) ou consumo máximo de oxigênio ($VO_{2\text{máx}}$) e o limiar anaeróbio ventilatório (LAV) em níveis de exercício físico submáximo ou máximo (POWERS *et al.*, 2000; NEDER & NERY, 2003; MENEGUELO *et al.*, 2010).

O $VO_{2\text{pico}}$ e o LAV durante a prática de exercícios podem servir como marcador prognóstico e para determinar a capacidade funcional dos indivíduos (POWERS *et al.*, 2000; NEDER & NERY, 2003). Entretanto nos pacientes com insuficiência cardíaca (IC) crônica o LAV pode não ser identificado pelo método padrão de avaliação (aproximadamente 10% dos casos), o que traduziria para os avaliadores um pior prognóstico desses pacientes com IC crônica (AGOSTINI *et al.*, 2013). Adicionalmente, esses marcadores poderão contribuir para a prescrição de exercícios (NEDER & NERY, 2003; ACSM, 2006; BALADY *et al.*, 2010).

Neste sentido, o TECP representa o padrão ouro para a determinação da capacidade funcional, do $VO_{2\text{máx}}$ ou $VO_{2\text{pico}}$ e do LAV (NEDER & NERY, 2003; ACSM, 2006; BALADY *et al.*, 2010). Todavia, os equipamentos necessários para a realização do TECP são muito dispendiosos e necessitam tanto de uma equipe com pelo menos três pesquisadores bem treinados e de um laboratório em condições especiais para a sua realização adequada (NEDER & NERY, 2003; ACSM, 2006; BELLINI *et al.*, 1997; GLASS *et al.*, 2007). Desta forma são poucos os locais especializados nesse tipo de exame que possuem todo o aparato tecnológico

necessário para a realização dos TECP (GLASS *et al.*, 2007). Como por exemplo, os grandes clubes de futebol profissional, assim como laboratórios de pesquisa de algumas poucas universidades.

Alternativamente, a avaliação da capacidade funcional tem sido executada de forma indireta por meio de fórmulas de predição com correção para as características antropométricas e carga de trabalho executada (PETERSON *et al.*, 2003; KOUTLIANOS *et al.*, 2013; MALEK *et al.*, 2004; DOS SANTOS NOGUEIRA *et al.*, 2006; DE LIMA *et al.*, 2006; MAGRINI *et al.*, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2010). Apesar de ser possível prever o VO_2 no LAV e no pico do exercício através de fórmulas preditivas, é importante discutir as vantagens da predição destas variáveis em relação à execução do TECP (ACSM, 2006). As vantagens da fórmula preditiva são baseadas no baixo custo, praticidade e rapidez para a determinação do VO_2 . No entanto, a literatura é incipiente quanto à similaridade dos resultados da predição em relação ao padrão ouro. Esta similaridade entre os dois métodos (direto e indireto) seria capaz de agregar mais conhecimento para a utilização do método indireto para a obtenção do VO_2 no LAV e no pico do exercício, ou até mesmo em afirmar similaridade entre o VO_2 obtido por meio da fórmula de predição. Neste sentido é possível que exista uma semelhança nos valores do VO_2 obtidos pelo método de predição, quando comparados aos valores aferidos pelo padrão ouro numa população de jovens e idosos saudáveis e pacientes com IC crônica. Isto, tanto na potência do LAV, quanto no pico do exercício físico realizado em cicloergômetro.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca

A insuficiência cardíaca (IC) crônica é um problema de morbi-mortalidade de saúde a nível mundial e seu alto índice e prevalência de 5,1 milhões de indivíduos com IC nos Estados Unidos da América entre os anos de 2007 e 2012 (ALBUQUERQUE, *et al.*, 2015), geram um impacto na economia deste país de forma incisiva e preocupante. É possível constatar isso através dos dados fornecidos pela *American Heart Association* (AHA). A previsão em relação ao número de novos casos é de aumento, uma vez que a IC crônica atinge as pessoas mais idosas; além disso, a expectativa de vida tem aumentado nos últimos anos e a tendência é que a população de idosos cresça, aumentando a incidência da IC crônica.

No Brasil, segundo o DATASUS, estima-se que o número de óbitos somente no ano de 2014 foi de aproximadamente 21,994 casos decorrentes de IC (DATASUS, 2014). Mesmo diante destes números, não existem dados consolidados da prevalência na população brasileira e uma das justificativas para essa afirmação, seria a baixa capacidade de realização de testes diagnósticos disponíveis principalmente na rede pública de saúde. Ademais, sabe-se que no Brasil os dois maiores fatores etiológicos que levam a IC crônica advêm de origem isquêmica e hipertensiva (ALBUQUERQUE, *et al.*, 2015). Outro ponto que chama a atenção neste cenário é o fato da baixa adesão medicamentosa (ALBUQUERQUE, *et al.*, 2015) ao tratamento ser considerada como uma das principais causas de descompensação da IC crônica, o que nos leva a pensar que não é somente um sistema de saúde deficitário na atenção básica que resulta no aumento desse diagnóstico, mas sim o limitado alcance dos processos educativos e os métodos de conscientização que são utilizados.

2.1.1 Fisiopatologia da Insuficiência Cardíaca

A IC crônica pode ser caracterizada como a ineficiência do miocárdio em gerar uma fração de ejeção satisfatória a cada sístole. Não conseguindo assim satisfazer a demanda de todos os sistemas do nosso corpo; ou fazê-lo às custas de elevadas pressões de enchimento. Diante disto, o organismo precisa utilizar mecanismos compensatórios como: os cardiovasculares e renais para manter uma pressão arterial satisfatória que consiga perfundir minimamente os órgãos que dependem, exclusivamente, do fornecimento de oxigênio, como cérebro, coração e rins. (MANGINI; ISSA, 2012). Dentre os principais ajustes e adaptações, podemos citar o aumento da atividade adrenérgica, com o intuito de aumentar o inotropismo cardíaco. Outro mecanismo associado a este, seria o aumento do cronotropismo do miocárdio na tentativa em manter um débito cardíaco adequado. Podemos ainda mencionar outro mecanismo, que seria a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, que no intuito de manter a pressão arterial sistêmica adequada para irrigação de todas as áreas que demandem de perfusão sanguínea, aumenta a retenção de água e sódio nos rins. Por fim, ainda temos o remodelamento cardíaco, onde ocorre o aumento do comprimento dos sarcômeros, na tentativa de aumentar a massa muscular cardíaca e, assim, diminuir o volume sistólico final (WILSON; BRAUNWALD, 2003). Entretanto, esses mecanismos adaptativos ao longo do tempo geram efeitos deletérios e favorecem de forma negativa o processo de remodelamento cardíaco concêntrico, diminuindo com isso a área da câmara que receberia uma maior quantidade de sangue para ser ejetado em seguida, tendo como consequência um aumento do

trabalho miocárdico e maior gasto energético, entre outros (MANGINI; ISSA, 2012). O remodelamento cardíaco é caracterizado pela dilatação das câmaras cardíacas, com deposição de colágeno nas fibras musculares cardíacas. Além disso, acarreta no distanciamento das unidades contráteis pelo aumento do comprimento dos sarcômeros, com consequente perda da capacidade contrátil e déficit de bombeamento. Essa alteração morfológica que gera perda significativa da função e funcionamento adequados do coração predispõe ao aparecimento de arritmias, distúrbios de condutibilidade elétrica ventricular com consequente diminuição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Desta forma, uma parte do sangue venoso que retorna ao coração não consegue ser bombeado de volta para a circulação sistêmica, deixando a periferia com um déficit de recebimento de sangue oxigenado, sendo demonstrado pelo aumento do volume sistólico final (ARENA *et al.*, 2004).

A IC crônica também é descrita como uma afecção sistêmica (figura 1), podendo ser considerada como uma síndrome multifatorial, pois está associada a diversos fatores que vão além da disfunção ventricular como a má nutrição, má captação de oxigênio (hipoxemia), devido a insuficiência perfusional; a inflamação sistêmica e a modificação do perfil metabólico das fibras musculares esqueléticas (GOSKER, *et al.*, 2000; CAHALIN, *et al.*, 2013^a). Em decorrência desses achados, a IC crônica gera um estado catabólico que vai culminar numa disfunção não só do coração, mas também da musculatura periférica e ventilatória. Neste sentido, a consequência desses fatores é a fadiga precoce e consequentemente a piora da sensação de dispneia; além do aumento da atividade ergorreflexa e a hiperatividade simpática. O que aumentará ainda a resistência vascular periférica e a pós-carga do ventrículo esquerdo, causando uma retroalimentação neste sistema, o que favorece a disfunção ventricular esquerda (CAHALIN, *et al.*, 2013^a). Todos esses mecanismos favorecem a redução da capacidade funcional desses indivíduos, o que contribuirá para o processo de cronificação da doença. Diante desse retrato patológico, a baixa aptidão física com baixa tolerância ao exercício físico se torna uma característica marcante que é vista como uma das principais consequências da IC crônica, impactando negativamente na qualidade de vida desses indivíduos (GOSKER, *et al.*, 2000).

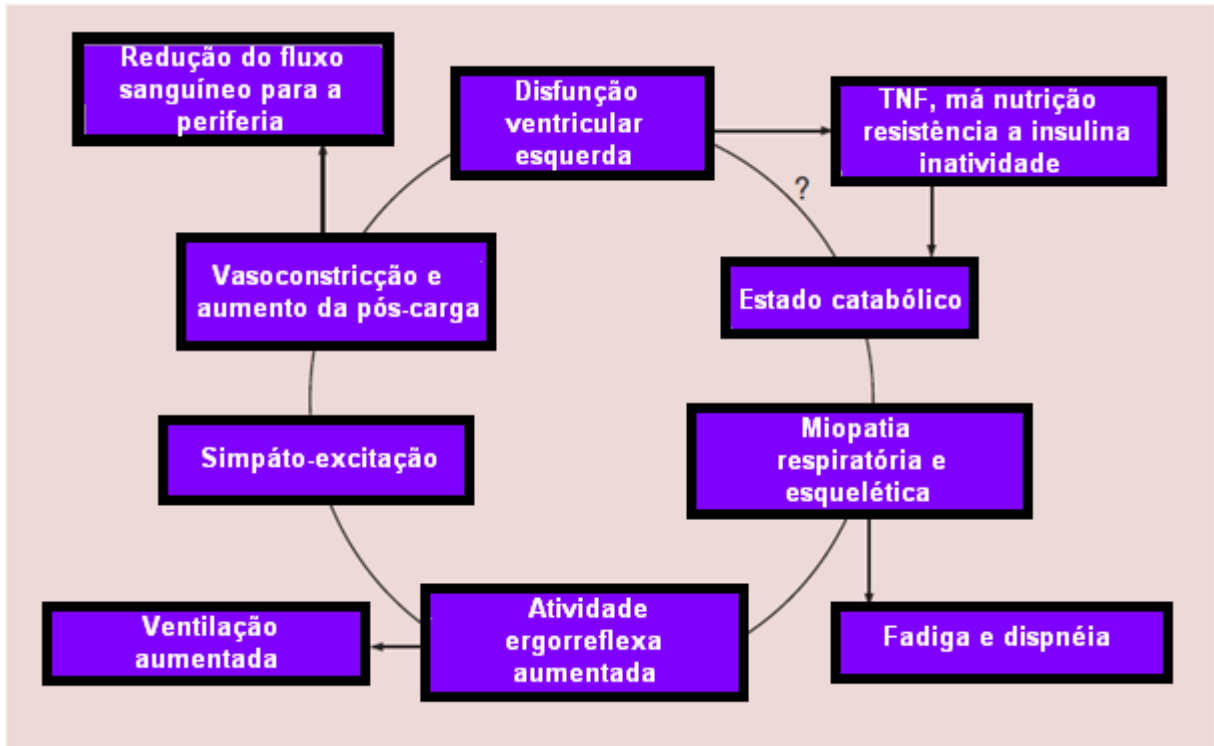


Figura 1. Mecanismo de retroalimentação da insuficiência cardíaca crônica. Adaptada de Cahalin *et al.*, 2013.

2.1.2 Ferramentas diagnósticas e de avaliação funcional

Ademais a apresentação clínica, existe outras ferramentas diagnósticas na IC. O ecocardiograma é um exame que gera a imagem através da reflexão de ondas ultrassônicas, revelando informações valiosas sobre o funcionamento do miocárdio, inclusive traz a estimativa da fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Sendo assim, é considerada uma importante ferramenta diagnóstica, entretanto pode ser menos acurada em pacientes portadores de IC com a fração de ejeção preservada. Outro método diagnóstico da IC é através da dosagem do peptídeo natriurético do tipo B (BNP), que é produzido no miocárdio, refletindo pressões intra-cardíacas aumentadas, sendo mais eficiente no diagnóstico da doença do que a ecocardiografia (BOCCHI, *et al*, 2012).

As ferramentas diagnósticas são muito importantes para o controle e manejo dos pacientes com IC crônica, todavia a utilização de avaliações funcionais é fundamental, pois podem trazer mais informações sobre o nível funcional desses pacientes. Dentre as escalas de avaliação, podemos mencionar a classificação funcional da *New York Heart Association* (NYHA), que é específica para os pacientes com IC crônica. Essa classifica os pacientes pela dispnéia durante atividade física ou no repouso. Além do ecocardiograma, do BNP, e da NYHA, existem outras ferramentas de avaliação do paciente com IC crônica. Elas nos

auxiliam tanto no direcionamento de estratégias terapêuticas, quanto na estratificação de riscos dos pacientes. Além de servir como marcadores de morbi-mortalidade.

A pressão inspiratória máxima (P_{Imáx}), já foi descrita na literatura como variável do valor prognóstico de sobrevivência independente (CAHALIN, *et al.*, 2013^a), uma vez que a fraqueza da musculatura ventilatória é uma consequência da IC crônica e está diretamente ligada com a sensação de dispneia (CAHALIN, *et al.*, 2013^a). Cahalin *et al.*, mostraram que pacientes com IC crônica com valores de P_{Imáx} menores ou iguais a 5.3KPa (aproximadamente 53cmH₂O) têm 50% de sobrevida em um período de 36 meses, além de correlações de 0,89 entre a P_{Imáx} e o índice de dispneia. Dall'Ago *et al.*, ao avaliar 44 pacientes com IC crônica com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) reduzida (FEVE<45%) com estabilidade clínica e estabeleceram pela primeira vez valores de referência para a fraqueza muscular inspiratória como 70% dos valores preditos por peso, altura e sexo.

Outra variável isolada de gravidade é a força muscular periférica (HULSMANN *et al.*, 2004; ISAWA *et al.*, 2009). Neste estudo de Hulsmann *et al.*, 2004a força de extensão do joelho mensurada através do dinamômetro isocinético foi capaz de prever a sobrevida em até 60 meses de 122 indivíduos com IC congestiva, independentemente da resposta neuro-hormonal, do VO₂ pico e da terapia betabloqueadora. Em outro estudo, Isawa *et al.*, 2009, estabeleceram valores prognósticos de corte na avaliação da força de preensão palmar em pacientes com IC congestiva, e viram que pacientes com valores abaixo de 32,2Kgf tiveram menor sobrevida em um período de 100 meses quando comparados aos pacientes com valores acima do corte (78,9% versus 96,4% respectivamente).

Sendo a hiperatividade simpática uma consequência da IC crônica, ferramentas de avaliação que trazem informações sobre esse mecanismo têm sido utilizadas, dentre elas, a variabilidade da frequência cardíaca (VFC). Essa ferramenta não invasiva tem sido utilizada na obtenção de importantes marcadores da modulação autonômica sobre o ritmo cardíaco (TASK FORCE, 1996). Ainda que a literatura seja incipiente quanto aos valores de referência de pior prognóstico nas populações cardiopatas, sabe-se que a VFC estará reduzida nos pacientes com IC crônica. Isso se deve ao fato de o ajuste da FC frente à demanda imposta estar muito mais dependente da atividade simpática do que da modulação vagal; ainda que em uso da terapia medicamentosa de escolha rotineira, como o betabloqueador, onde sua abordagem farmacológica é sabidamente inibidora da atividade simpática (BOCCHI, *et al.*, 2012). Essa contribuição simpática predominante nessa população de IC crônica para o ajuste

cardiovascular tem relação direta com a maior chance de aparecimento de arritmias cardíacas e risco de morte súbita (TASK FORCE, 1996).

Nos últimos anos, as variáveis obtidas através do TECP têm mostrado bastante evidência no que diz respeito a valor prognóstico de pacientes com diversas doenças crônicas que cursam com intolerância ao exercício físico, em especial a IC crônica (GIBBONS, *et al.*, 1997; ARENA, *et al.*, 2008; CORNELIS, *et al.*, 2015).

Nos primeiros trabalhos com TECP em pacientes com IC crônica, a baixa tolerância ao exercício físico, vista pelo baixo consumo de oxigênio no pico do exercício (VO_2 pico) (GIBBONS, *et al.*, 1997; ARENA, *et al.*, 2008; CORNELIS, *et al.*, 2015), aparecia como importante marcador de gravidade da doença, assim como o LAV precoce – que reflete a mudança do predomínio do metabolismo anaeróbico em detrimento do metabolismo aeróbico (NEDER; NERY, 2003). O *slope* da ventilação durante o exercício (VE) plotada pela produção de CO_2 (VCO_2) – VE/VCO_2 *slope* – mostra-se como uma variável obtida no TECP capaz de nos trazer informações sobre a ineficiência ventilatória presenciada por esses pacientes (CAHALIN, *et al.*, 2013^b; CORNELIS, *et al.*, 2015). Quanto mais deslocada para o eixo y estiver essa variável, ou seja, quanto maior o *slope* da reta, mais ineficiente é a ventilação do indivíduo, o que está intimamente relacionado com a congestão pulmonar gerada pela IC. Valores acima de 34 são marcadores de pior prognóstico em pacientes com IC crônica (CORNELIS, *et al.*, 2015). Além desses, a oscilação ventilatória no exercício (OVE) também vem ganhando evidência na literatura. A OVE é caracterizada por oscilações repetidas na ventilação durante o exercício, de forma crescente e decrescente, sem apnéias interpostas (OLSON, 2008). Ainda que o mecanismo que desencadeia a oscilação ventilatória não esteja completamente estabelecido, o *delay* circulatório, o aumento na sensibilidade dos quimioceptores periféricos, a resposta ergorreflexa exacerbada e a congestão pulmonar são possíveis gatilhos (CORNELIS, *et al.*, 2015). As últimas meta-análises publicadas sobre o assunto sugerem que apesar de não haver um padrão ouro para obtenção dessa variável, ela aparece como uma das mais poderosas variáveis prognósticas na IC crônica (CAHALIN, *et al.*, 2013^b; CORNELIS, *et al.*, 2015).

2.2 Capacidade Funcional

A capacidade funcional (CF) é a capacidade de o indivíduo realizar as suas atividades cotidianas e habilidades que envolva atividade física, garantindo assim sua autonomia

(ARENA, *et al.*, 2007; NEDER; NERY, 2003). Segundo a *American Heart Association* (AHA), a CF pode ser definida como a capacidade de um indivíduo realizar atividades cotidianas que dependa da integridade e interação dos sistemas musculares, pulmonares e cardiovasculares. A CF pode ser estimada pela avaliação da potência aeróbia, medida pelo consumo de oxigênio máximo ou pico (VO_{2max} ou VO_{2pico}) durante o exercício físico (ARENA, *et al.*, 2007; NEDER; NERY, 2003; FLEG, *et al.*, 2000). A CF depende de fatores como idade, gênero, condicionamento físico e presença de alterações patológicas que influenciem na resposta destes sistemas ao exercício físico. (FLETCHER, *et al.*, 2013; FLEG, *et al.*, 2000; NEDER; NERY, 2003) Na Figura 2 está descrita a classificação funcional de acordo com as recomendações da AHA baseada nos valores de VO_{2max} para homens (ACSM, 2000).

Outra forma de estimar a capacidade funcional é pela taxa metabólica de trabalho alcançada em uma atividade, a qual é mensurada em equivalentes metabólicos (METs). Uma taxa metabólica equivalente a 1 MET representa a taxa de gasto metabólico em repouso equivalente a $3,5 \text{ mL O}_2/\text{kg} \cdot \text{min}^{-1}$, e a capacidade funcional é estimada por múltiplos desta taxa (ex: 2 METs - $7 \text{ mL O}_2/\text{kg} \cdot \text{min}^{-1}$; 3 METs - $10.5 \text{ mL O}_2/\text{kg} \cdot \text{min}^{-1}$; etc.) (AINSWORTH, *et al.*, 2011; ARENA, *et al.*, 2007; GARBER, *et al.*, 2001; FLEG, *et al.*, 2000).

Os METs foram calculados em estudos prévios para atividades domésticas, ocupacionais, recreacionais e esportivas mais comuns, variando de 0,9 METs (dormindo) até 18 METs (correndo a 18 km/h) (AINSWORTH, *et al.*, 2011; AINSWORTH, *et al.*, 2000; AINSWORTH, *et al.*, 1993). No Quadro 1 estão listadas algumas destas atividades.

Quadro1. Equivalentes metabólicos (METs) para atividades físicas.

Tipo de atividade	METs	Exemplo
Atividades domésticas		
	3	Lavar/limpar (carro, janelas, garagem).
	4	múltiplas tarefas domésticas de esforço vigoroso.
	4	Varrer garagem e calçadas.
	7.5	Carregas sacolas de compras.
Atividades ocupacionais		
	2	Caminhar no trabalho (escritório, espaços pequenos).
	4	Caminhar (velocidade moderada) carregando objetos leves
	8.5	Caminhar ou descer escadas com objetos pesados (45 Kg)
Atividades recreacionais/Esportivas		
	7	Correr a 8 km/h
	13.5	Correr a 12 km/h
	7	Jogar Futebol (casualmente)
	10	Jogar Futebol (competitivo)

METs: Equivalente Metabólico ($\text{mLO}_2/\text{kg} \cdot \text{min}^{-1}$); Kg: Kilograma; km/h: quilômetros por hora. Fonte: adaptado de AINSWORTH, *et al.*, 2011.

A avaliação da CF é um parâmetro importante não somente com a finalidade diagnóstica ou prognóstica em pacientes com doenças incapacitantes, mas também para avaliação do desempenho físico em indivíduos saudáveis e atletas, além de servir como parâmetro para prescrição de exercícios, respeitando os princípios da especificidade do treinamento, já que fornece informações fidedignas e mensuráveis das respostas cardiorrespiratórias e metabólicas no exercício (ARENA *et al.*, 2007; FLETCHER, *et al.*, 2013; NEDER E NERY, 2002; NEDER E NERY, 2003).

Existem alguns testes para a avaliação da capacidade funcional: 1) os testes de campo como o teste de caminhada de 6 minutos (TC6) (ENRIGHT *et al.*, 2003^a; ENRIGHT *et al.*, 2003^b; MARRARA *et al.*, 2012; PESSOA *et al.*, 2014) e o *shuttle walk test* (SWT) (DP *et al.*, 2014; PULZ *et al.*, 2008; SINGH *et al.*, 1992; WISE *et al.*, 2005; COELHO *et al.*, 2007); 2) teste de exercício cardiopulmonar (TECP) (NEDER E NERY, 2003; STEIN, 2006; MENEGHELO *et al.*, 2010) em esteira ou cicloergômetro, podendo ser de forma máxima ou submáxima, com a análise ou não de gases expirados (O_2 e CO_2) através da espirometria (ARENA, *et al.*, 2007; NEDER; NERY, 2003; FLEG, *et al.*, 2000). Cada um desses testes possui suas peculiaridades e objetivos, além de variáveis de interesse e utilidades, porém o padrão ouro para a avaliação da capacidade aeróbia é o TECP máximo, com análise de gases pela ergoespirometria (ARENA, *et al.*, 2007; NEDER; NERY, 2002). Esta modalidade possui

alta reprodutibilidade de resultados e fornece variáveis como o $VO_{2\text{máx}}$, porém necessita de equipamentos dispendiosos e considerável experiência dos avaliadores (ARENA, *et al.*, 2007; NEDER; NERY, 2002).

Quando esta capacidade encontra-se prejudicada ou limitada, a qualidade de vida também está afetada, tendo como possível consequência a perda de saúde. Analisando pela ótica da prevenção primária e secundária das doenças (cardiovasculares) relacionadas com a diminuição da capacidade funcional, lamentavelmente, ainda é baixo o número de pacientes encaminhados para o serviço de exercício físico ou de reabilitação cardíaca (CARVALHO *et al.*, 2004). Existe um importante marcador para a avaliação da CF. O valor do VO_2 no LAV (POWERS, *et al.*, 2000; NEDER; NERY, 2003), conhecido também como primeiro limiar de anaerobiose (1° LAV), corresponde ao momento do exercício em que o metabolismo energético deixa de ser predominantemente aeróbico e passa a ser predominantemente anaeróbico, sendo este parâmetro utilizado como um valioso marcador da capacidade oxidativa no exercício progressivo (POWERS, *et al.*, 2000; NEDER; NERY, 2003).

Nível de aptidão física do American Heart Association para homens $VO_{2\text{max}}$ ml/kg ⁻¹ min ⁻¹					
Faixa etária	Muito fraca	Fraca	Regular	Boa	Excelente
20-29	< 25	25-33	34-42	43-52	> 53
30-39	< 23	23-30	31-38	39-48	> 49
40-49	< 20	20-26	27-35	36-44	> 45
50-59	< 18	18-24	25-33	34-42	> 43
60-69	< 16	16-22	31-40	> 41	

ACSM, 2000

Tabela 1. Nível de aptidão física do *American Heart Association* para homens de acordo com VO_2 max ou VO_2 pico (ml/kg/min). Fonte:

American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (6th ed.) Baltimore: Williams & Wilkins, 2000.

2.2.1 Teste de Exercício Cardiopulmonar (TECP)

O TECP ou teste ergoespirométrico ou cardiorrespiratório é uma metodologia não invasiva de avaliação global da integridade dos ajustes cardiovasculares, respiratórios, musculares periféricos, neurofisiológicos, humorais e hematológicos do organismo humano

durante a execução do exercício físico (POWERS, *et al.*, 2000; NEDER; NERY, 2003; WASSERMAN *et al.*, 1999). Na prática, a grande utilidade do TECP é a determinação da capacidade funcional (BALADY *et al.*, 2010, NEDER & NERY, 2003; ACSM, 2006; NEDER & NERY, 2002) pela obtenção de dois índices de limitação funcional mais empregados, que são: 1) o consumo do oxigênio no pico do exercício (VO_2 pico); 2) Consumo máximo de oxigênio (VO_2 máx.). Além disso, o TECP revela o LAV e o ponto de compensação respiratório (PCR) em níveis de exercício físico submáximo ou máximo respectivamente (THOMPSON *et al.*, 2013). Embora as indicações deste teste sejam as mais variadas e crescentes, (BALADY *et al.*, 2010, NEDER & NERY, 2003; ACSM, 2006; WASSERMAN *et al.*, 1999) a sua aplicação tem sido realizada em algumas manifestações clínicas não explicadas totalmente pelos dados da anamnese, exame físico, exames de imagem, teste de função pulmonar e eletrocardiografia convencional, como o exemplo na constatação e avaliação do fator etiológico, assim como o grau de intolerância ao esforço (BALADY *et al.*, 2010, NEDER & NERY, 2003; ACSM, 2006; STEIN, 2006)(Quadro 2). É válido salientar que tanto atletas, assim como indivíduos saudáveis e também os doentes possam se beneficiar do TECP independente da finalidade para que o teste seja realizado (BALADY *et al.*, 2010, NEDER & NERY, 2003; ACSM, 2006). No entanto, para a área da reabilitação, este teste possui uma finalidade peculiar quando se trata da prescrição individualizada de exercícios físicos. (WASSERMAN *et al.*, 1999; NEDER & NERY, 2003). No condicionamento físico de doenças como a IC crônica de forma mais assertiva; assim como fundamentam o desenvolvimento de protocolos de intervenção mais seguros, confortáveis e confiáveis. A determinação da capacidade funcional, através do teste de exercício cardiopulmonar (TECP), traz informações precisas da capacidade de transporte e utilização do oxigênio, isto é, da capacidade funcional dos pulmões e do sistema cardiovascular, muscular e metabólico, combinados para tentar garantir a homeostase durante o exercício (NEDER & NERY, 2003).

Quadro2. Indicações para a execução do TECP***Avaliação da intolerância ao exercício***

- Determinação da capacidade funcional
- Determinação dos fatores limitantes da capacidade funcional

Avaliação da intolerância ao exercício não diagnosticada

- Avaliação da limitação cardíaca ou pulmonar ou de ambas
- Dispneia a esclarecer

Avaliação de pacientes com doença cardíaca

- Avaliação funcional ou prognóstica
- Seleção para transplante

Avaliação de pacientes com doença pulmonar

- Avaliação funcional ou prognóstica na doença pulmonar obstrutiva crônica
- Avaliação funcional ou prognóstica na doença intersticial
- Avaliação funcional ou prognóstica na hipertensão pulmonar
- Avaliação funcional ou prognóstica na fibrose cística
- Avaliação do broncoespasmo induzido pelo exercício
- Reabilitação pulmonar

Avaliação pré-cirúrgica

- Ressecção pulmonar
- Cirurgia abdominal

Adaptado Neder et al, 2003.

A utilização do TECP tem natureza limitada, por exigir um local em condições e com características apropriadas (laboratório próprio, refrigerado com a temperatura entre 22 e 24°C e com a umidade relativa do ar entre 50 e 70%), equipamentos caros e complexos, equipe de pelo menos três profissionais bem capacitados para a realização deste teste (STEIN, 2006; WASSERMAN *et al.*, 1999; NEDER & NERY, 2003) Hoje, o TECP ainda é considerado a melhor alternativa disponível, denominado, ainda nos dias atuais, como o padrão ouro (MENEGHELO *et al.*, 2010; WASSERMAN *et al.*, 1999; NEDER & NERY, 2003). Existem condições necessárias para a realização do teste e estas devem ser seguidas para que seja possível sua boa execução (POWERS *et al.*, 2000). Um bom ambiente para a realização deste teste, preza por uma sala de exames que deverá conter espaço suficientemente amplo para acomodar todo o equipamento necessário à realização dos testes, além de todo o material a ser usado durante eventuais emergências médicas (WASSERMAN *et al.*, 1999). Sendo assim, essas exigências restringem a utilização deste importante recurso por outros profissionais da área de saúde não médicos. A área livre da sala deve permitir no

máximo a circulação de três pessoas, para que não sature demais o ar daquele ambiente com dióxido de carbono (NEDER & NERY, 2003). No ambiente de testes é necessário um suporte de emergência calibrado e testado previamente a realização dos testes (contendo: desfibrilador, ambu, oxigênio e medicamentos), que devem estar à disposição para o rápido manuseio, caso seja necessário.

2.2.1.1 Ergômetros

Os ergômetros utilizados na execução do TECP devem ser, preferencialmente, eletrônicos ou eletromagnéticos e dispor de interface de comunicação com o computador central, através de saída analógica ou digital, para onde deverão ser enviados os dados de velocidade, inclinação, ciclos, sinais vitais, assim como as variáveis ventilatórias e metabólicas e recebido os comandos de variação de carga. Como dito anteriormente, existem alguns tipos de ergômetros para a realização do TECP, como a cicloergômetro, esteira rolante, escada, ergômetro de membros superiores e remoergômetro (NEDER & NERY, 2003). Os dois mais comumente utilizados são o cicloergômetro e a esteira rolante (NEDER & NERY, 2003; MENEGHELO *et al.*, 2010), todavia devemos salientar que a escolha do ergômetro deve ser feita através da atividade, que o indivíduo que será submetido ao teste, tenha mais familiaridade.

É fundamental que os ergômetros também disponibilizem: 1) controle manual ou automático, através de comando próprio ou de interface com um computador (no caso de sistema de ergometria computadorizado); 2) programação, através do comando da esteira ou do computador (no caso de sistema de ergometria computado), de protocolos em rampa com indicação da velocidade inicial e final, inclinação inicial e final, tempo de exame, sexo do paciente, coeficiente de aumento de carga e consumo em METs previsto (WASSERMAN *et al.*, 1999). As esteiras ergométricas devem ser equipadas com chave de desligamento de emergência, devendo a mesma ser de fácil acesso tanto para o operador quanto para o paciente. Para maior segurança é fundamental o equipamento possuir chaves de desligamento automático. Essas chaves ficam conectadas ao paciente por um pequeno cabo, que desliga o sistema caso o mesmo se afaste demasiadamente do braço frontal da esteira, sofra uma queda ou não consiga vencer a velocidade imposta pelo protocolo escolhido, além de ser útil em caso de ocorrer algum mal súbito que determine a imediata parada da esteira.

Já os cicloergômetros, podem ser uma alternativa à esteira quando se realiza o exame

em pacientes com limitações ortopédica, neurológicas ou vasculares periféricas. Além disto, a qualidade do traçado eletrocardiográfico e a medida da pressão arterial tendem a ser melhores do que na esteira (NEDER & NERY, 2003). O cicloergômetro utilizado deverá apresentar a capacidade de incrementos no trabalho, seja de forma automática ou manual, deverá apresentar guidom e selim ajustáveis de acordo com a altura do paciente; além disso, quanto mais confortável for melhor para o indivíduo realizar o teste, já que uma das maiores queixas durante o teste é a dor provocada pelo selim.

No entanto, torna-se importante ressaltar que as respostas fisiológicas e o estresse metabólico ao exercício em cicloergômetros diferem daqueles do exercício em esteira. (NEDER & NERY, 2003; WASERMAN *et al.*, 1999). Adicionalmente, os ergômetros possuem vantagens e limitações que possam comprometer a interpretação desejada dos testes (Quadro3). Neste sentido, antes da realização do exame, há necessidade de se ter claro os objetivos para a sua execução.

Quadro 3. Vantagens e desvantagens da utilização da esteira ou cicloergômetro no teste cardiopulmonar.

ERGÔMETROS	Cicloergômetro	Esteira
VO ₂ máx	Menor	Maior
Melhor controle da carga	Sim	Não
Coleta de gases sanguíneos	Fácil	Maior dificuldade
Ruídos e artefados	Menor	Maior
Segurança	Menor	Maior
Adequação para obesos	Maior	Menor
Grau de treinamento	Menor	Maior
Mais apropriada para:	Pacientes	Saudáveis ativos

Adaptado Neder et al, 2003.

2.2.1.2 Analisador de Gases

O aparelho para a medida da ventilação deverá ter acurácia suficiente para medidas de diferentes volumes e velocidades de fluxos e baixa resistência e inércia. Além disso, é desejável que o aparelho permita sua conexão ao computador para maior facilidade da correlação dos dados obtidos (figura 2). A medida da ventilação durante o exercício requer que o indivíduo testado tenha suas narinas fechadas por um clipe nasal e que o bocal não permita qualquer escape de ar (NEDER & NERY, 2003). Atualmente são utilizadas máscaras

de um tecido conhecido como neoprene que engloba tanto o nariz quanto a boca (material usado em nosso trabalho), sendo neste segundo caso desnecessário a utilização de clipe nasal, porém a vedação dessa interface deve ser suficientemente justa no contorno da face (Figura 3), vedando de tal forma que não haja, em hipótese alguma, escape de ar durante a realização do teste. Por este motivo que indivíduos de barba deverão ser submetidos a tricotomia, enquanto o que tiverem somente bigode poderão realizar o teste normalmente. O espaço morto do equipamento também é importante (máximo =100ml) (NEDER & NERY, 2003). Atualmente, com os dispositivos mais modernos a análise de gases é realizada *on-line*. Vários tipos de fluxômetro podem ser utilizados: transdutores de massa, pneumotacômetros de Fleish ou de Pitot (WASSERMAN *et al.*, 1999; POWERS *et al.*, 2000; MENEGHELO *et al.*, 2010) e anemômetro. Esses sistemas permitem medidas de trocas gasosas a cada ciclo respiratório⁴ (respiração por respiração -do inglês “breath-by-breath”).



Figura 2. Montagem do teste de exercício cardiopulmonar.

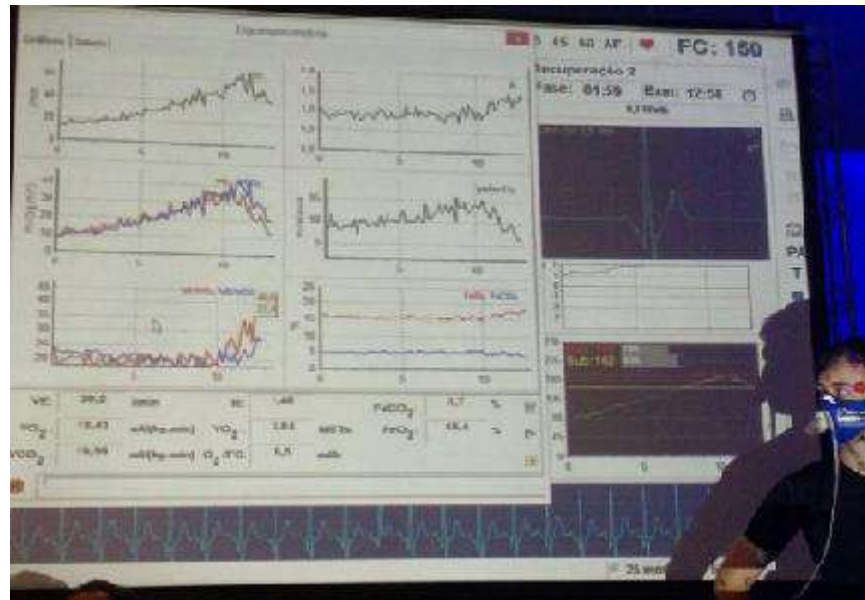


Figura 3. Execução do teste de exercício cardiopulmonar

Como os sistemas disponíveis apresentam diferentes especificações para a realização da calibração dos gases, deve-se sempre seguir o protocolo de calibração indicado no manual do equipamento (POWERS *et al.*, 2000; WASSERMAN *et al.*, 1999; NEDER & NERY, 2003). Para garantir a exatidão dos valores medidos, o analisador deve prover meios de executar sua calibração tanto por meios automáticos, quanto por meio de misturas de gases para a calibração (NEDER & NERY, 2003). Para prevenir a contaminação entre os pacientes, as peças que entram em contato com os pacientes devem ser descartáveis ou serem adequadamente preparadas, com a utilização de soluções enzimáticas desinfetantes.

2.2.1.3 Tipo de protocolo para o TECP

Existem dois tipos básicos de protocolos, onde as respostas do TECP podem ser obtidas, eles são: (i) incremental, com aumento progressivo da carga em períodos predeterminados e (ii) protocolo de carga constante, em que a carga é mantida estável por um tempo fixo definido previamente, ou sustentada até o limite da tolerância (*endurance*). A escolha do protocolo depende do objetivo do teste (POWERS *et al.*, 2000; WASSERMAN *et al.*, 1999; NEDER & NERY, 2003) (Figura 4).

Os protocolos incrementais podem ser em rampa ou degraus; importante ressaltar que em protocolos do tipo rampa, o VO_2 obtido está sempre atrasado em relação a carga imposta

naquele momento. Este atraso pode ser explicado pelo retardo dos gases no trajeto músculo-alveolar até serem captados em nível da boca e, adicionalmente, devido a difusibilidade do oxigênio e do dióxido de carbono. Felizmente este atraso é constante e corresponde a aproximadamente 40-60 segundos (seg); logo, a carga correspondente ao limiar de anaerobiose ocorreu há 40-60 seg atrás. (NEDER & NERY, 2003)

Um protocolo adequado para pacientes deve corresponder: (i) uma fase inicial de repouso (2-3 minutos [min] ou mais), no qual se verifica a ausência de hiperventilação antes do início do teste; (ii) um período de aquecimento em carga zero (2-3 min.); (iii) um período de incrementação (8-12 min.); (iv) um período de recuperação ativa na carga próxima ao zero (3-6 min.) para que o indivíduo recupere seus níveis pressóricos diastólicos gradativamente para que não ocorra uma síncope por baixo débito; e, (v) um período de recuperação passiva em repouso final (2-3 min.). Como exemplo podemos citar o protocolo de Naughton (NAUGHTON et al, 1973) conhecido por ser reservado a indivíduos com limitação importante, em especial idosos e sedentários, bem como pacientes em evolução recente de IAM e pacientes com IC crônica. Outro protocolo seria o de Balke (BALKE et al, 1959) incremento de cargas - de 25w a cada 2min; indivíduos jovens e hígidos - iniciar com 50w; indivíduos limitados - iniciar com carga livre; os demais indivíduos - começar com 25w. Estimativa do VO_2 máx para cicloergômetro: $VO_2\text{máx} = 12 \times W + 300/\text{Peso}(\text{kg})$, onde W = carga em watts. Neste sentido, embora a estimativa da carga de incremento durante o protocolo de rampa (com duração entre 8-12 min.) (MENEGHELO et al., 2010; BALADY et al., 2012; NEDER & NERY, 2003) possa ser realizada pela fórmula proposta pelo *American College Sport of Medice* (ACSM), em 1980, onde a carga (watts) = $[(\text{altura-idade}) \times 12] - [(150 + 6 \times \text{peso})] / 100$. Torna-se importante ressaltar que tal proposição se aplica de forma mais adequada a indivíduos saudáveis e ativos, sugerindo que a incrementação por meio da dedução da carga a partir da capacidade funcional relatada, somada a sensibilidade dos avaliadores, tem se mostrado mais adequada para exames em indivíduos sedentários e com disfunções.

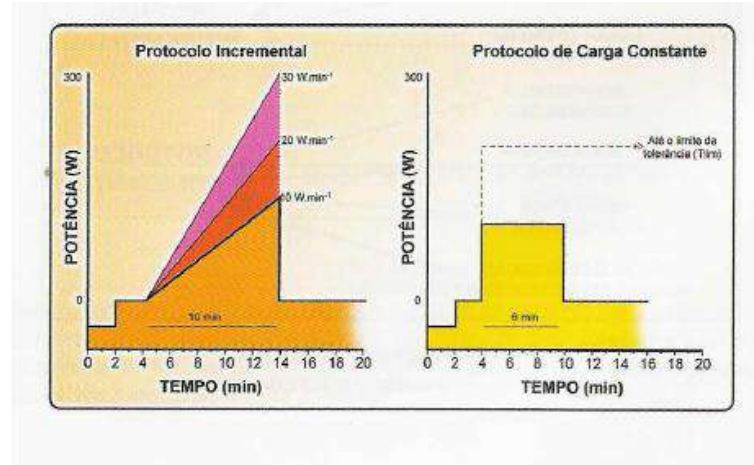


Figura 4. Protocolos para TECP executado em cicloergômetros. À esquerda exemplos de protocolos incrementais do tipo rampa. À direita, exercício físico de carga constante (Neder *et al.*, 2003).

2.2.1.4 Variáveis do TECP

Durante o TECP serão fornecidas algumas variáveis como a carga ou potência, onde a potência do cicloergômetro representa a quantidade de trabalho (força aplicada x à distância) que é realizada num dado período de tempo. A potência geralmente é expressa em Watts ($1W=1J/s$) ou ($1W=6,12Kpm/min$ – Kilopondmetro por minuto). Vale ressaltar que valores bastante diferentes podem ser obtidos num mesmo indivíduo, caso se usem incrementos mais rápidos (geralmente valores de pico maiores) ou mais lentos (valores menores). Outra variável do TECP e uma das mais importantes é o VO_2 (WASSERMAN *et al.*, 1999; POWERS *et al.*, 2000; MENEGHELO *et al.*, 2010) que constitui o volume de O_2 extraído do ar inspirado pela ventilação pulmonar num dado período de tempo, calculado, portanto, como a diferença entre o volume de O_2 inspirado e expirado (Figura 5). Em protocolo de carga constante, após considerarmos o tempo de atraso músculo-pulmão (carga incremental), o VO_2 pode ser uma estimativa confiável da taxa periférica de troca de O_2 (NEDER & NERY, 2003). Expresso em ml/min ou L/min (STPD); correções para a massa corporal total devem ser interpretadas com cautela, principalmente nos indivíduos em sobrepeso⁷⁹. E, como seria de se esperar, o VO_2 depende da intensidade do exercício realizado (NEDER & NERY, 2003; POWERS *et al.*, 2000).

Gráficos		Tabela		Ergoespirometria						
	Tempo min	FC bpm	VE l/min	VO ₂ ml/(kg.min)	VCO ₂ ml/(kg.min)	R	VE/VO ₂	VE/VCO ₂	pO ₂ mbáret	
1	00:04	100	14,03	8,08	8,63	1,07	23,8	22,3	5,9	
2	00:14	91	14,81	9,32	8,49	0,91	21,8	23,9	7,5	
3	00:24	93	15,35	11,23	9,45	0,84	18,7	22,2	8,8	
4	00:35	92	18,59	14,52	11,51	0,79	17,5	22,1	11,5	
5	00:45	94	15,30	10,82	9,86	0,91	19,4	21,3	8,4	
6	00:55	96	17,81	12,74	10,82	0,85	19,2	22,5	9,7	
7	01:05	97	16,38	10,96	10,27	0,94	20,5	21,8	8,2	
8	01:15	99	16,33	10,96	10,14	0,92	20,4	22,1	8,1	
9	01:25	95	17,12	11,92	10,82	0,91	19,7	21,7	9,2	
10	01:35	97	17,02	11,37	10,82	0,95	20,5	21,5	8,6	
11	01:45	100	18,59	12,74	12,05	0,95	20,0	21,1	9,3	
12	01:55	101	17,17	11,64	11,23	0,96	20,2	20,9	8,4	
13	02:05	104	18,93	14,66	11,78	0,80	17,7	22,0	10,3	

VE:	21,0	l/min	R:	0,90	FeCO ₂ :	4,8	%	VExVCO ₂ Slope = 18,27
VO ₂ :	15,21	ml/(kg.min)	VO ₂ :	4,34	METs	FeO ₂ :	15,6	%
VCO ₂ :	13,70	ml/(kg.min)	O ₂ /FC:	9,5	ml/b			QUES = 2,78, 83

Figura 5. Variáveis cardiorrespiratórias e metabólicas obtidas durante o teste cardiopulmonar com protocolo do tipo rampa em cicloergômetro (foto do autor).

Logo, a inclinação da relação linear entre o VO₂ e a potência ($\Delta\text{VO}_2/\Delta\text{W}$) oferece importantes informações relativas à capacidade em suprir, através de vias predominantemente aeróbias, as demandas metabólicas (Figura 6).

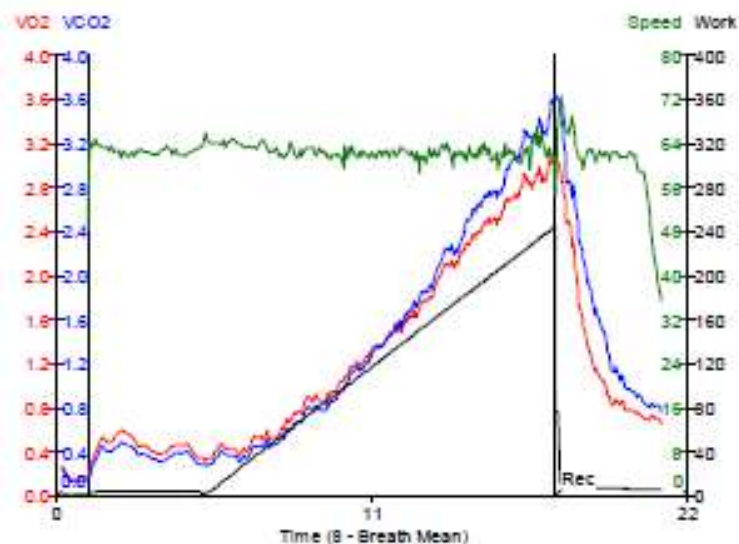


Figura 6. Gráfico do comportamento das variáveis cardiorrespiratórias e metabólicas obtidas durante o teste cardiopulmonar com protocolo do tipo rampa. Potência (preto), Cadência da pedalada (verde); Consumo de O₂ (vermelho) e Produção de CO₂ (azul).

A produção de dióxido de carbono (CO_2) pode ser definida como o volume de CO_2 adicionado ao ar inspirado pela ventilação pulmonar num dado período de tempo, calculado, portanto, como a diferença entre o volume de CO_2 expirado e inspirado. No exercício de carga constante, após considerarmos o tempo de atraso músculo-pulmão (carga incremental) o VCO_2 pode ser uma estimativa confiável da taxa periférica de troca de CO_2 (QCO_2); (NEDER & NERY, 2003; POWERS *et al.*, 2000) no entanto o CO_2 é cerca de 20 vezes mais difusível que o O_2 (ou seja, tem vastos depósitos corporais), uma dada mudança na QCO_2 demora mais tempo de ser refletida na VCO_2 do que variações na QO_2 modificam o VO_2 . O VCO_2 , tanto no exercício máximo como no submáximo, apresentam escassa importância prática. Podemos ver algumas dessas variáveis diretamente na tela do programa do analisador de gases (Figura 7).

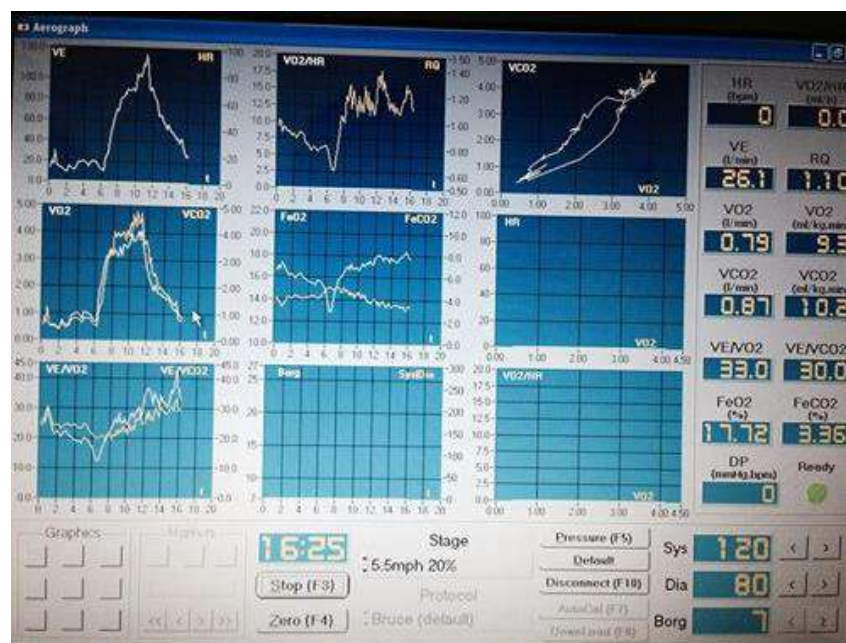


Figura 7. Tela do programa (*aerograph*[®]) utilizado em nosso trabalho com as variáveis cardiorrespiratórias e metabólicas obtidas durante o teste cardiopulmonar com protocolo do tipo rampa em cicloergômetro.

A taxa de troca gasosa (R) ou quociente respiratório reflete a razão entre a liberação de CO_2 e a captação de O_2 pulmonares medidos no ar expirado (VCO_2/VO_2). Embora o R tenha sido tradicionalmente utilizado como um indicador de exercício máximo ($\text{R}_{\text{máx}} > 1.15$ ou 1.20), deve-se também analisar criticamente este conceito, considerando que quanto mais rápida for a incrementação para a aptidão de um indivíduo ou maior for a utilização de carboidrato, o R será substancialmente maior. Entretanto, os valores de R ao repouso tem significativa importância na identificação de hiperventilação voluntária ($\text{R} > 0,9$ no repouso, na ausência de hipoxemia): nenhum TECP deve iniciar em tais condições. (WASSERMAN *et*

al., 1999; NEDER & NERY, 2003). Nesse sentido, podemos utilizar testes de exercícios físicos denominado de exercício máximo, onde será observado pelo menos um dos critérios (HOWLEY *et al.*, 1995) a seguir: 1) platô no VO_2 (aumento $\leq 150\text{ml}/\text{min}^{-1}$ ou $2\text{ml}/\text{kg}^1\text{min}^{-1}$); 2) R (respiratory Exchange ratio) $\geq 1,15$ $\text{FC}_{\text{Max}} \geq 90\%$ da prevista pela idade (220-idade) (KARVONEN *et al.*, 1957); 3) índice de percepção de esforço ≥ 18 (Escala de BORG) (BORG, 1998) e fadiga voluntária máxima com incapacidade de manutenção do ritmo preestabelecido. Para os exercícios considerados submáximos, o parâmetro de avaliação é o percentual de oitenta e cinco por cento da $\text{FC}_{\text{máx}}$, como limite máximo em que a FC poderá chegar durante a execução do exercício (GLASS *et al.*, 2007). Como por exemplo: i) TC6M, (ENRIGHT *et al.*, 2003^a; ENRIGHT *et al.*, 2003^b; MARRARA *et al.*, 2012; PESSOA *et al.*, 2014); ii) Teste de degrau de seis minutos (TD6M) (PESSOA *et al.*, 2012; MACHADO *et al.*, 2007; DE FÁTIMA TRAVENSOLO *et al.*, 2013; BEYDON *et al.*, 2007); iii) SWT (DP *et al.*, 2014; PULZ *et al.*, 2008; SINGH *et al.*, 1992; WISE *et al.*, 2005; COELHO *et al.*, 2007). Por outro lado os testes de exercícios considerados máximo seriam: o teste de exercício cardiopulmonar (TECP), considerado amplamente na literatura como o padrão ouro (NEDER E NERY, 2003; STEIN, 2006; MENEGHELO *et al.*, 2010). Uma observação relevante sobre o SWT, é que dependendo da intensidade alcançada durante a realização do teste, este poderá ser considerado um teste de exercício máximo (DP MONTEIRO *et al.*, 2014).

TECP máximo ou sintoma-limitado está associado ao sistema de ergometria e será realizado com objetivo de avaliar a capacidade funcional dos indivíduos submetidos ao teste (HERDY *et al.*, 2016). Existem alguns tipos de ergômetros para a realização do TECP, como a bicicleta, esteira, escada, ergômetro de membros superiores e caiaque (NEDER & NERY, 2003).

O exercício físico desencadeia ajustes complexos e imediatos nos sistemas: cardiovascular, ventilatório, no metabólico e em sintomas (NEDER & NERY) subjetivos, afim de manter o melhor funcionamento dos órgãos e sistemas dessa maquinaria praticamente perfeita que é o corpo humano. A integração harmônica desses ajustamentos mostra que o nosso organismo está sempre tentando compensar situações adversas (J.W.WILLIAMSON *et al.*, 2010) da forma mais eficiente possível e com o menor dispêndio energético. Desta forma é possível inferir que o exercício físico não é tão simples quanto parece. Principalmente quando são analisadas as repercussões sofridas pelo corpo e suas compensações, através de um aparato tecnológico que permite observar importantes marcadores e variáveis que irão fornecer informações valiosas para o melhor entendimento dessa máquina complexa.

Durante os testes ergoespirométricos é impossível a comunicação verbal do paciente com o avaliador, (MENEGHELO *et al.*, 2010) pois isso acarretaria em alterações nos gases respirados, sendo assim e por conveniência foi criada uma escala de percepção subjetiva do esforço ou dispneia, que determina a taxa de esforço percebido. Também conhecida com escala de BORG (BORG, 1998); onde um pôster com as escrituras desta escala (0 – 20) é utilizada para a indicação manual da sensação subjetiva de cansaço. No entanto, a taxa de esforço percebido pode ainda ser avaliada através da escala de BORG modificada, *category-ratio* (CR-10), mais concisa (0 – 10) e parece ser mais pragmática e objetiva. Essa ferramenta utilizada na ergoespirometria deverá ser explicada ao paciente antes do início do teste. Poderá ser aplicada antes, durante e depois do TECP. É imprescindível que a escala de BORG esteja legível, no campo visual e ao alcance das mãos do paciente durante o teste, pois assim ele poderá apontar o nível de cansaço com mais facilidade durante a realização do exame (Figura 8).

0	NENHUMA
0,5	MUITO, MUITO LEVE
1	MUITO LEVE
2	LEVE
3	MODERADA
4	POUCO INTENSA
5	INTENSA
6	
7	MUITO INTENSA
8	
9	MUITO, MUITO INTENSA
10	MÁXIMA

Figura 8. Escala de BORG modificada.(BORG, Gunnar. Borg's perceived exertion and pain scales.Humankinetics, 1998.modificada CR-10).

2.2.1.5 Limiar anaeróbio ventilatório (LAV) ou 1º limiar ventilatório

Caracteriza-se por marcar o início do acúmulo sustentando de lactato na corrente sanguínea, comparados aos valores de repouso. É percebido pela perda da linearidade entre a ventilação (VE) e o VO₂ (primeiro ponto de inflexão - Figura 9). Isso se traduz na prática pelo equivalente de oxigênio mais baixo (VE/VO₂) antes de seu aumento progressivo ou pelo início do aumento no VE/VO₂ em desproporção ao VE/VCO₂. Além disso, observa-se o aumento na razão de trocas respiratórias ($R = VCO_2/VO_2$) e um aumento progressivo da pressão expirada de oxigênio (PETO₂) (ACSM, 2013; NEDER & NERY, 2003; WASSERMAN *et al.*, 1999). O LAV também pode ser identificado por intermédio de equações de regressão pelo método computadorizado *V*-Slope (BEAVER *et al.*, 1986; WASSERMAN *et al.*, 1993; NEDER & NERY, 2003) (técnica que permite a identificação não invasiva do início da lactacidose durante um teste incremental), devendo este sempre ser comparado àquele observado pela análise visual.

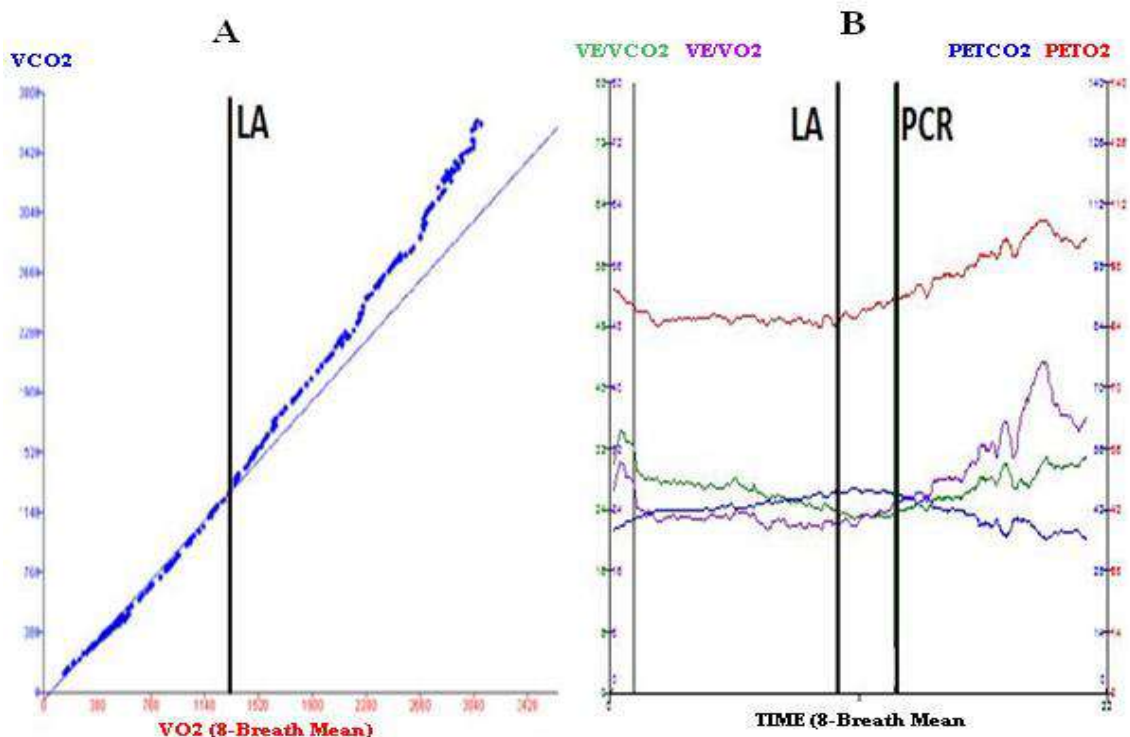


Figura 9. Determinação dos limiares metabólicos pelo método visual gráfico: (A) *V-slope*. VO₂: consumo de oxigênio, VCO₂: produção de gás carbônico; (B) Variáveis VE/VO₂ (equivalente ventilatório de oxigênio), VE/VCO₂ (equivalente ventilatório de gás carbônico), PETO₂ (pressão expirada de oxigênio) e PETCO₂ (pressão expirada de gás carbônico) plotadas em função do tempo utilizadas. LAV, limiar anaeróbio; PCR, ponto de compensação respiratória. (Adaptado de Reis MS, Quitério RJ. Teste Cardiopulmonar. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Departamento de Fisioterapia. 2015)²⁶.

Diversas metodologias têm sido utilizadas na determinação do LA (SAKABE *et al.*, 2004) tais como a análise da lactacidemia, na qual o LAV é determinado pelo ponto onde o

acúmulo de ácido láctico no sangue é de 2mmol/L (STEGMANN *et al.*, 1981; KIDERMAN *et al.*, 1979), análise das variáveis ventilatórias, sendo que os estudos referem o LAV como ponto onde ocorre um aumento desproporcional da ventilação pulmonar (VE) e da produção de dióxido de carbono (VCO_2) em relação ao VO_2 pela perda da linearidade do comportamento dessas variáveis, apesar da manutenção da linearidade do VO_2 , pela análise do comportamento da frequência cardíaca (FC) e pelo estudo da eletromiografia (SAKABE *et al.*, 2004; MARÃES V.R.F.S., 2004) (EMG).

2.2.1.7 Ponto de compensação respiratória (PCR) ou 2° Limiar ventilatório.

O segundo limiar ventilatório ou ponto de compensação respiratório (PCR) é caracterizado pela perda da linearidade da relação entre a VE e o VCO_2 (VE/VCO_2 mais baixo, antes do aumento progressivo), queda da $PETO_2$ ($PETO_2$ mais alta, precedendo sua queda abrupta). Além disso, é o ponto na qual a VE passa a aumentar em desproporção ao aumento no VCO_2 (hiperventilação) (WASSERMAN *et al.*, 1999; NEDER & NERY, 2003). Durante o TECP, com o aumento progressivo da carga, a VE progride de maneira numérica até poder alcançar um platô máximo, o qual se caracteriza por uma grande produção de CO_2 . Esse processo de incremento ventilatório serve como marcador de limitação do esforço. O VE é o resultado do produto do volume corrente (VC) pela frequência respiratória (FR). A avaliação isolada destes parâmetros, muitas vezes, pode ser útil. Cabe ressaltar que a FR durante o TECP dificilmente ultrapassa 50irpm (incursões respiratórias por minuto) (NEDER & NERY, 2003). Já o VC, que representa de modo parcial a capacidade de expansibilidade pulmonar, em repouso pode variar de 300 a 600ml por irpm, podendo aumentar em até 70% da capacidade vital quando o indivíduo é exposto ao esforço. Ainda em relação à ventilação, sabemos que alguns equipamentos fornecem dados da afinidade entre o espaço morto (VD) e o VC. O comportamento normal do chamado VD/VT diminui durante o esforço em indivíduos normais. O incremento poderá significar modificações significativas na relação VE/perfusão pulmonar, devendo o paciente ser observado com maior atenção nessas situações.

O equivalente ventilatório de oxigênio e gás carbônico são as razões VE/VO_2 e VE/VCO_2 respectivamente. Durante o exercício progressivo, as relações VE/VO_2 e VE/VCO_2 primeiro diminuem, para depois virem a aumentar até o final do exercício (POWERS *et al.*, 2000).

A pressão expirada de O_2 ($PETO_2$) ou fração expirada de O_2 (FEO_2) diminui transitoriamente logo após o início do exercício, desde que o aumento na VE seja mais lento do que o incremento no VO_2 . Ao ser atingido o LAV, a $PETO_2$ aumenta 10 a 30mmHg até se alcançar o esforço máximo. Esse aumento se deve à hiperventilação provocada pela diminuição do pH (acidose metabólica a ser compensada); a FEO_2 tem o mesmo comportamento, diminuindo no início do esforço e atingindo um valor mínimo, aumentando de maneira progressiva com o aumento na carga até o pico do esforço (NEDER & NERY, 2003). Já a pressão expirada de CO_2 ($PETCO_2$) ou fração expirada de CO_2 ($FECO_2$), na qual o valor ao nível do mar varia de 36 a 42mmHg e eleva-se 3 a 8mmHg durante o exercício de intensidade leve a moderada e atinge um valor máximo, quando é caracterizado o PCR e pode em seguida diminuir (WASSERMAN *et al.*, 1999; NEDER & NERY, 2003). $FECO_2$ tem o mesmo comportamento durante exercícios com cargas crescentes. Já o pulso de oxigênio (VO_2/FC), considerada uma das mais importantes variáveis utilizadas pela ergoespirometria, pois demonstra a quantidade de O_2 que é transportada/consumida a cada sístole cardíaca pela musculatura periférica. Uma diminuição do desempenho do ventrículo esquerdo pode ser detectada pelo TECP, mediante observação de O_2 .

2.2.2 Equações de predição

Conforme discutido anteriormente, o padrão ouro para avaliação da capacidade cardiorrespiratória é a medida do VO_2 pelo TECP. Quando tais medidas não são acessíveis, alguns procedimentos indiretos como as fórmulas de predição, têm sido utilizados para calculá-los (MAGRANI *et al.*, 2010; DE LIMA *et al.*, 2006; ALMEIDA *et al.*, 2010; KOUTLIANOS *et al.*, 2013; MALEK *et al.*, 2004).

Esses testes são aceitos no cotidiano e validados pelas correlações existentes entre o VO_2 medido no TECP com estimado através de equações ou testes de desempenho (PETERSON *et al.*, 2003). O método padrão ouro será sempre a primeira escolha, mas a decisão entre usar teste máximo (TECP) ou a fórmula de predição (método indireto) dependerá das disponibilidades inerentes à realização deste exame, como disponibilidade de equipamento ou pessoal treinado apto para realizar o procedimento, além é claro, do indivíduo a ser avaliado.

O TECP proporciona uma determinação mais fidedigna; entretanto, como é sabido, é mais dispendioso, necessita de equipe especializada e tende a ser mais demorado (NEDER & NERY, 2003). Em vista disso, a medida direta do VO_2 normalmente é reservada para a

pesquisa, para uso no treinamento desportivo ou é utilizada em ambiente clínico específico (POWERS *et al.*, 2010; WASSERMAN *et al.*, 1999). Outro método utilizado e considerado o mais próximo do TECP, seria a estimativa do VO_2 por intensidade de esforço. Onde tem como desvantagem conduzir o indivíduo até a exaustão máxima com controle limitado das variáveis ventilatórias e metabólicas que pudessem garantir maior segurança.

O teste de esforço máximo, quando comparado ao teste de esforço submáximo, tem grande valor e utilidade clínica para o diagnóstico de cardiopatia isquêmica em indivíduos assintomáticos. Em alguns cenários o teste de esforço (ergometria) pode não ser usados para avaliação da capacidade cardiorrespiratória máxima (NEDER & NERY, 2003; WASSERMAN *et al.*, 1999). Nesse caso, foram desenvolvidos testes de esforço submáximo com o objetivo básico de estimar a relação entre a resposta da FC de um indivíduo e seu VO_2 durante o exercício progressivo e usá-lo para prever o VO_{2max} .

Para determinar com exatidão esta relação, é preciso medir a frequência cardíaca e o VO_2 pelo menos duas ou mais intensidades de esforço submáximo. É um método mais prático quando comparado ao TECP, relativamente simples, menos dispendioso, mais célere e de baixo risco. (POWERS *et al.*, 2000). Embora, não tem a mesma precisão que o padrão ouro (MENEGHELO *et al.*, 2010).

A escolha mais corriqueira do ergômetro para este teste submáximo tem sido o cicloergômetro, apesar disso, alguns locais realizam este tipo de teste utilizando também a esteira rolante. Provavelmente pela semelhança biomecânica entre a marcha e a atividade física realizada na esteira para este tipo de teste. Mas o cicloergômetro tem a vantagem de ser mais preciso em relação a carga oferecida ao indivíduo, ocupa menos espaço no ambiente de testes e mantém os sinais vitais coletados durante o teste com maior estabilidade. Nos testes submáximos realizados em esteira rolante, geralmente terminam com a frequência cardíaca, em regra, 85% da FC máxima (NEDER & NERY, 2003) prevista ($[FC \text{ máxima} - FC \text{ em repouso}] \times [0,85] + FC \text{ repouso}$), determinada previamente ao início do teste.

Os protocolos de Bruce e Ellestad são os mais frequentemente utilizados (dependendo da característica funcional) com ergômetros como esteira rolante (BRUCE *et al.*, 1949). No protocolo de Bruce se preconiza incrementos da carga de forma progressiva a cada três minutos (protocolo incremental), de modo que, a cada minuto, corresponda ao incremento de 1 MET. Se um indivíduo atingiu 10 minutos no protocolo de Bruce, podemos inferir que atingiu 10 METS ou 35 mL.kg⁻¹.min⁻¹. Já o protocolo de Ellestad, preconiza aumentos

maiores de velocidade a cada 2 minutos, além disso, utiliza-se inclinação fixa até o oitavo minuto e, a partir desse ponto, passa inclinar-se 15%.

Existem diversos protocolos de campo para avaliar a CF, podemos citar ainda o Teste de Cooper (COOPER, 1968), onde o objetivo do teste é correr a maior distância possível em 12 minutos. Adicionalmente, o Teste da Milha, que é outro teste de campo bastante utilizado, onde o indivíduo deve correr 1600 metros (equivalente a uma milha) em um menor período de tempo possível (conhecidos como contrarrelógio). Tais testes são de fácil aplicabilidade, no entanto, o nível individual de motivação e o esforço máximo sem monitorização podem gerar resultados controversos ou passíveis de erros, além do risco inerente a cada teste destes.

Paralelo a estes testes, o Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) desenvolveu equações que estimassem uma variável desses testes, como a do VO_2 máx ($mL.kg^{-1}.min^{-1}$) = $0,1 \times$ velocidade (em m/minuto) + $1,8 \times$ velocidade x inclinação + 3,5. Essas equações de predição têm sido frequentemente usadas para testes ergométricos. Tal equação foi desenvolvida para exercício aeróbico submáximo, onde se alcançava o estado estável de equilíbrio (*steadystate*). Já a equação de Foster (FOSTER et al., 1996), na qual o VO_2 máx (também em $mL.kg^{-1}.min^{-1}$) = $0,694 \times$ ACSM + 3,33, foi desenvolvida também para protocolo em esteira rolante. Nesta ficou evidenciado uma melhor correlação na estimativa do VO_2 máx em relação aos valores obtidos pelo padrão ouro (FOSTER et al., 1996). Por sua vez, Bruce e colaboradores descreveram equação de predição na qual o VO_2 máx é uma variável dependente das características físicas anteriores ao teste, tais como: faixa etária, gênero, composição corporal e nível de atividade física. É de suma importância salientar que as equações de predição propostas por Bruce não têm relação com as variáveis obtidas no TECP. Isso é um importante diferencial em relação às equações de predição das quais o VO_2 máx depende de variáveis relacionadas ao exercício físico, tais como: velocidade, inclinação, carga, duração do teste e frequência cardíaca atingida no teste.

No Brasil, as equações de predição mais encontradas em softwares de TCPE foram desenvolvidas por Jones (JONES & CAMPBELL, 1982) (especificamente para esteira) e as de Wassermann (WASSERMAN et al., 1999) (para esteira e cicloergômetro). No entanto, pouco se sabe sobre a validade da estimativa do VO_2 pelas formulas de predição na população brasileira, em idosos e pacientes com IC crônica, uma vez que tais equações não foram validadas.

3 JUSTIFICATIVA

O TECP é uma medida objetiva na avaliação da CF para analisar as variáveis metabólicas e cardiorrespiratórias, assim como para diagnóstico e prognóstico de doenças cardiovasculares, além de ser utilizado para a prescrição de exercícios físicos e terapêuticos. Entretanto para a realização do TECP é preciso um local com condições ideais, aparato tecnológico muito dispendioso, equipe com pelo menos três pessoas capacitadas e que saibam analisar os resultados gerados pelo teste. Desta forma, poucos lugares têm capacidade física e financeira para esta finalidade. Assim, podemos mencionar algumas poucas universidades e grandes clubes de futebol que possuem tal aparato tecnológico. Pensando numa solução para os entraves econômico e tecnológico, foi possível inferir que a matemática seria a saída plausível para que estes impeditivos sejam superados. Então tem sido considerada a aplicação de fórmulas preditivas simples que necessita de variáveis mais acessíveis. Praticamente sem custos, quando comparado ao padrão ouro, além de ser rápida e com capacidade de ser aplicada em um número maior de pessoas, economizando tempo e evitando possíveis limitações pertinentes à realização do TECP. Basta saber se esses valores apurados com esta fórmula preditiva serão similares, quando compararmos a utilização do padrão ouro. Esta fórmula preditiva poderá auxiliar na redução da carência de recursos e abrir um novo campo para a utilização deste recurso por parte de pesquisadores e clínicos. A literatura sugere que há necessidade de se estudar os fatores que, possivelmente, possam enviesar os valores do VO_2 no LAV e no pico do exercício, obtidos através da fórmula de predição. Portanto, a literatura ainda é incipiente neste assunto e por isso que este trabalho pode trazer um novo olhar para a aplicação do VO_2 indireto no diagnóstico, prognóstico e prescrição de exercícios.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Comparar os valores do VO_2 estimado pela fórmula com o obtido no TECP através de fórmula preditiva do VO_2 em homens jovens e idosos saudáveis e pacientes com de IC crônica na potência do LAV e no pico do exercício.

4.2 Objetivos específicos

- Avaliar a similaridade dos resultados nos grupos GJ, GI e GIC;
- Verificar a sensibilidade na similaridade dos três grupos

5. Hipótese

Na elaboração do projeto, nossa hipótese inicial era de que a fórmula de predição superestimasse os valores do VO_2 nas populações estudadas.

6 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida no GECARE, da UFRJ no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ), onde o pesquisador responsável por este ambulatório é o Prof. Dr. Michel Silva Reis (coordenador do grupo de estudo e pesquisa).

Foram avaliados homens jovens e idosos saudáveis e pacientes com IC crônica (onde os grupos de idosos e IC crônica foram por amostragem de conveniência). Todos concordaram em participar voluntariamente dessa pesquisa realizaram TECP com protocolo do tipo rampa em cicloergômetro.

6.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, experimental e transversal.

6.2 Amostra

Foram triados homens, que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

1) grupo jovens (GJ): com faixa etária entre 19 e 36 anos e saudáveis de acordo com avaliação clínica;

2) grupo idosos (GI) eram do sexo masculino, faixa-etária entre 60 e 91 anos, saudáveis segundo avaliação clínica.

Dos grupos GJ e GI foram excluídos os voluntários com história de doenças: cardiovascular, respiratória, muscular, ortopédica, neurológica, metabólica, imunológica e com evidências clínicas e/ou funcionais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($VEF_1/CVF < 70\%$) (PAUWELS *et al.*, 2001); e,

3) grupo com IC crônica (GIC): que deveriam apresentar história prévia de IC crônica estável, provocada por disfunção ventricular sistólica esquerda documentada nos últimos 6 meses (fração de ejeção do ventrículo esquerdo $< 45\%$); estabilidade clínica nos últimos 3 meses e sem história de eventos anginosos ou coexistência de doença pulmonar. Foram excluídos os pacientes com evidências clínicas e/ou funcionais de doença pulmonar obstrutiva crônica ($VEF_1/CVF < 70\%$) (PAUWELS *et al.*, 2001), asma induzida pelo exercício, angina

ou arritmias significativas e infarto do miocárdio nos últimos 6 meses, e que participavam de programa de reabilitação cardiovascular no ano anterior ao estudo.

Todos os voluntários foram submetidos à avaliação clínica, exames bioquímicos e eletrocardiografia. A prova de função pulmonar (espirometria) foi realizada usando o espirômetro Vitalograph® (Hand-Held 2021 instrument. Ennis, Ireland) para execução da CVF que foi realizada para a determinação do VEF₁ e da relação VEF₁/CVF. Os valores de referências utilizados foram os de Knudson e colaboradores (1983) foram expressas em condições BTPS (Body Temperature Pressure Standard) e os procedimentos técnicos, critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade foram realizados segundo as normas recomendadas pela American Thoracic Society (ATS, 1995). Adicionalmente, no GIC foi realizada a avaliação da CF de acordo com a classificação da *New York Heart Association* (NYHA). Por fim, os pacientes com IC crônica estavam com medicação otimizada com 100% dos indivíduos em terapia betabloqueadora. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido segundo resolução 466/12 CONEP.

6.3 Protocolos experimentais

Os voluntários recrutados passaram pelas seguintes etapas:

6.3.1 Avaliação fisioterapêutica

Os voluntários foram submetidos a uma avaliação detalhada (anamnese e exame físico), na qual foram coletados os dados pessoais, antropométricos, sinais vitais e estado nutricional (índice de massa corpórea – IMC).

6.3.2 Teste de exercício cardiopulmonar máximo ou sintoma-limitado

O TECP associado ao sistema de ergoespirometria foi realizado com objetivo de avaliar a capacidade funcional dos voluntários e para identificar o resultado das variáveis respiratórias e metabólicas para posteriormente analisar comparativamente com os resultados obtidos pela fórmula preditiva. O TECP foi executado por meio do protocolo do tipo rampa em cicloergômetro (Inbramed, Porto Alegre, Brasil). Inicialmente, os pacientes permanecerão três minutos em repouso sentado no cicloergômetro; na sequência, iniciará o período de

aquecimento por três minutos, pedalando na com a carga que variou de 1W (para os pacientes idosos e cardiopatas com IC crônica) a 15W (para os jovens aparentemente saudáveis). Após esta etapa, o protocolo de exercício físico foi iniciado com incrementos de 10 a 25W de carga a cada min. até a exaustão física – isto é, impossibilidade de o voluntário executar a carga imposta.

A distribuição da carga foi controlada pelo avaliador junto ao sistema de ergometria. Por fim, o período de recuperação pós-teste, consistiu de três minutos na carga de 25W, seguidos de dois minutos de repouso, onde continuaram sentados na bicicleta ergométrica enquanto a coleta dos sinais vitais, saturação periférica de O₂, das variáveis ventilatórias, metabólicas e subjetivas continuaram a ser captadas, mesmo após a interrupção da carga. As variáveis ventilatórias e metabólicas e a FC foram captadas e registradas durante todo o período do teste. A saturação periférica de oxigênio - SpO₂ (Onyx 9500®) e o eletrocardiograma ECG (Wincardio USB) - nas derivações MC5, DII, DIII, aVR, aVL e aVF modificadas e de V1 a V6 – foram monitoradas continuamente durante todo o procedimento experimental. A pressão arterial foi verificada de três em três, com cuidados em evitar interferências na coleta das variáveis. Os testes foram conduzidos por uma equipe de pesquisadores composta de fisioterapeutas e médicos, os quais estiveram atentos aos sinais e sintomas de resposta inadequada ao exercício. As variáveis ventilatórias e metabólicas foram obtidas por meio de um sistema computadorizado de análise ergoespirométrica (VO₂₀₀₀ – *Portable Medical Graphics Corporation*®).

O volume corrente foi obtido por meio de um pneumotacômetro de Pitot de alto fluxo, conectado ao sistema VO₂₀₀₀ e acoplado a uma máscara facial, selecionada de acordo com o tamanho da face do voluntário, para ficar devidamente ajustada, evitando escapes de ar. Após o período de colocação da máscara, o voluntário foi instruído a não se comunicar mais de forma verbal e sua comunicação a partir desse momento foi através do gestual das mãos, principalmente para informar a taxa de esforço percebido através da escala de Borg modificada, CR-10 a cada 3min no decorrer do teste; ou até mesmo para sinalizar que a interrupção do protocolo. O teste foi iniciado quando o quociente respiratório (R) estiver no valor de 0,8. O equipamento fornece em tempo real os valores de VO₂, da VCO₂, da ventilação pulmonar (VE), da FC e da SpO₂. Os valores de equivalentes ventilatórios de O₂ (VE/VO₂), equivalentes ventilatórios de VCO₂ (VE/VCO₂), as variáveis metabólicas, a razão das trocas respiratórias (RER), frações parciais ao final da expiração do O₂ (FETO₂), frações parciais ao final da expiração de CO₂ (FETCO₂), volume corrente (VC) e a frequência

respiratória (FR), também foram calculados e armazenados. E foram utilizados os seguintes critérios de interrupção do teste (GIBBONS, 2002): não manter a cadência de 60-70 RPM; sudorese profusa, arritmias complexas, angina, palidez, FC máxima (KARVONEM, 1957), PA sistólica > 220mmHg, dessaturação periférica menor que 90%, tontura e cianose.

6.3.3 Avaliação eletrocardiográfica (ECG)

Eletrocardiograma de 12 derivações foi realizado durante o TECP em todos os voluntários; em repouso, com um registro longo em D2 para avaliação de arritmias e durante todo o teste. A análise eletrocardiográfica foi realizada sendo correlacionada com os dados clínicos. E o TECP seguiu alguns critérios de interrupção durante a pesquisa, como arritmias complexas no ECG, dor precordial, cianose, dessaturação importante ($SpO_2 < 90\%$), tontura, sudorese profusa, não manter uma cadência de 60 RPM, hipertensão sistólica > 200mmHg e diastólica > 100mmHg e caso ultrapassasse a FCmáx.

6.3.4 Utilização da fórmula preditiva

Após aferição e análise dos resultados obtidos no TECP, foi criada uma planilha no Microsoft Office Excel® para Windows XP® (EUA) e os dados foram agrupados de forma que foi possível a aplicação da fórmula preditiva de Astrand (COOPER & STORER, 2005) napotência do LAV e pico do exercício físico, sendo:

$$VO_2 \text{ mL/kg.min}^{-1} = (\text{POTÊNCIA watts} * 12) + 300 / \text{MASSA CORPORAL kg}$$

Na sequência, os valores do VO_2 referentes ao momento do LAV e pico dos dois métodos foram comparados para verificar similaridade e concordância.

6.4 Considerações éticas

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil (protocolo 238/06) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil (protocolo 1.245.566). Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a privacidade dos sujeitos de pesquisa e confidencialidade dos dados foram totalmente garantidas durante todas as etapas do estudo.

6.5 Análise estatística

Foi utilizado o programa estatístico Sigmaplot (*for Windows*) no tratamento dos dados. Inicialmente, aos dados foram aplicados os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e homogeneidade das variâncias de Levene. Para as variáveis paramétricas da comparação do VO_2 obtido e estimado, foi utilizado o teste t-student pareado. Por outro lado, nas variáveis não paramétricas, foi aplicado o teste de Wilcoxon. Os dados foram apresentados em média e desvio padrão e o nível de significância estabelecido foi $p < 0,05$.

7 RESULTADOS

Foram estudados 56 voluntários divididos em 3 grupos: sendo um grupo com 18 jovens (idade $27 \pm 6,01$) saudáveis (GJ), no segundo grupo foram 14 idosos (idade $61 \pm 6,3$) saudáveis (GI) e o terceiro grupo com 24 pacientes idosos (idade $53 \pm 13,6$) com IC crônica (GIC). Todos foram submetidos ao teste cardiopulmonar em cicloergômetro para determinação do VO_2 no LAV e no pico do exercício. Posteriormente, foi realizada a estimativa do VO_2 na potência do LAV e no pico do exercício por meio de fórmula de predição. Nenhum dos voluntários foi excluído da pesquisa após o início das coletas, conforme descrição na figura 10.

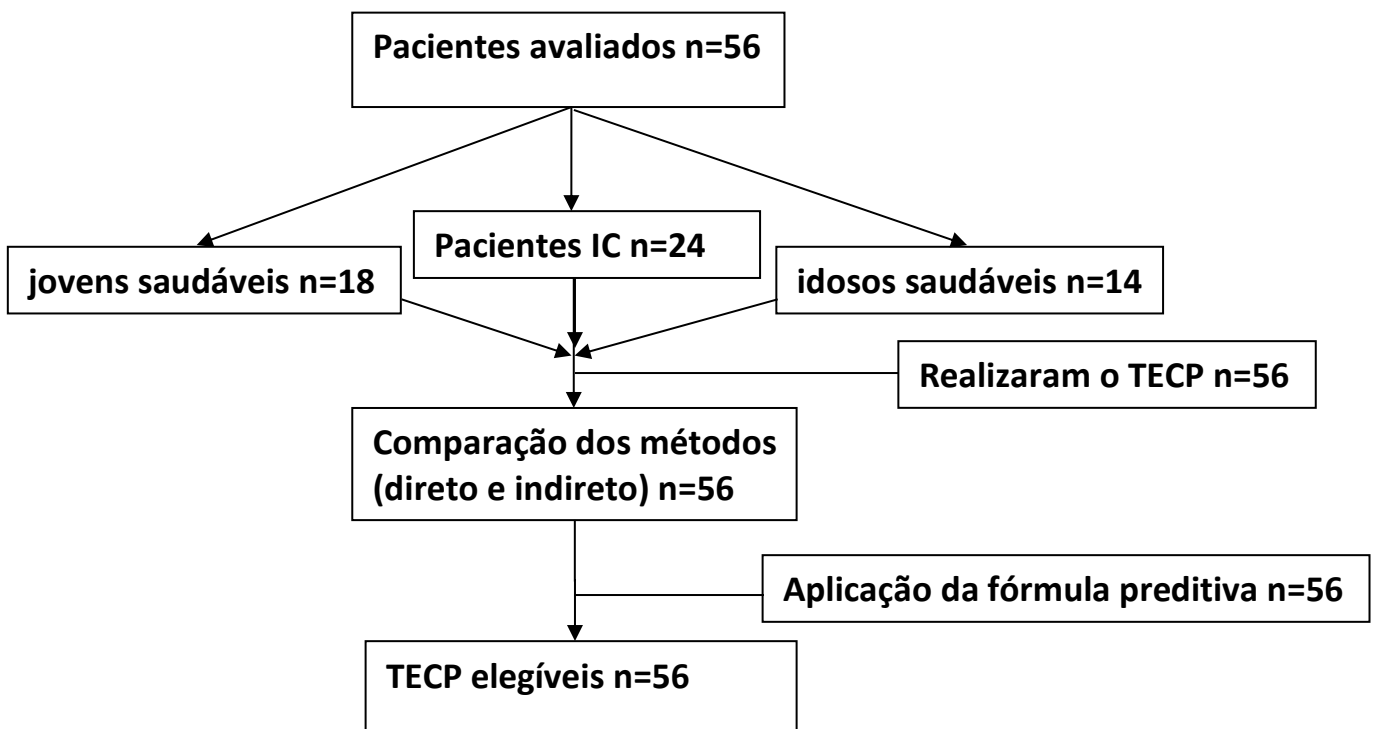


Figura 10. Fluxograma descrevendo a análise dos pacientes em cada etapa do estudo.

Os dados demográficos e antropométricos dos voluntários estudados foram apresentados a seguir na tabela 2.

Tabela 2. Dados antropométricos e características clínicas da população do estudo.

Variáveis	Jovens (n=18)	Idosos (n=14)	IC crônica (n=24)
Idade	27,1±6,0	61,4±6,3	53,1±13,6
Estatura (cm)	170,1±0,1	171±0,1	169±7,0
Massa corporal (kg)	76,2±11,0	75±6,3	76,3±12,8
IMC (kg/m ²)	24,9±3,2	24,3±3,0	26,5±3,8
Classificação Funcional			
NYHA II/III	—	—	9/15
TECP			
Limiar anaeróbio ventilatório			
VO ₂ LAV(L/min)	1,8±0,6	1,0±0,2	655,8±189,1
VO ₂ LAV(mL/kg/min)	23,1	13,1	8,7±2,5
Pico exercício físico			
VO ₂ pico (mL/min)	2,9±0,9	1624±2,7	1135,0±325,8
VO ₂ pico (mL/kg/min)	37,1	21,8±3,4	15,1±4,1
VE (L/min)	32,1±9,9	30,3±6,3	51,7±12,9
Espirometria			
VEF ₁ (% do predito)	98,6±8,0	99,6±9,4	80,29±8,6
VEF ₁ /CVF	96,7±5,4	94,40±5,8	82,00±4,2
CVF (% do predito)	99,0±8,8		
Medicações			
Diuréticos	—	—	14
Digitálicos	—	—	9
β-bloqueadores	—	—	24
Inibidor-ECA	—	—	15

IMC: índice de massa corporal (dado em kg /cm²); VO₂: consumo de oxigênio dado em mL / kg.mim⁻¹), LA: liminar anaeróbico. Todos em média e DP: desvio padrão.

Após o acompanhamento e avaliação dos voluntários, verificamos que não houve diferença estatística quando se comparou os dados do VO_2 no LAV e do VO_2 no pico do exercício, obtidos por meio da fórmula preditiva com o TECP nos grupos de jovens saudáveis. Entretanto, nos grupos GI e GIC, a fórmula preditiva superestimou os valores de VO_2 no LAV e o VO_2 no pico do exercício (figura 11 e 12).

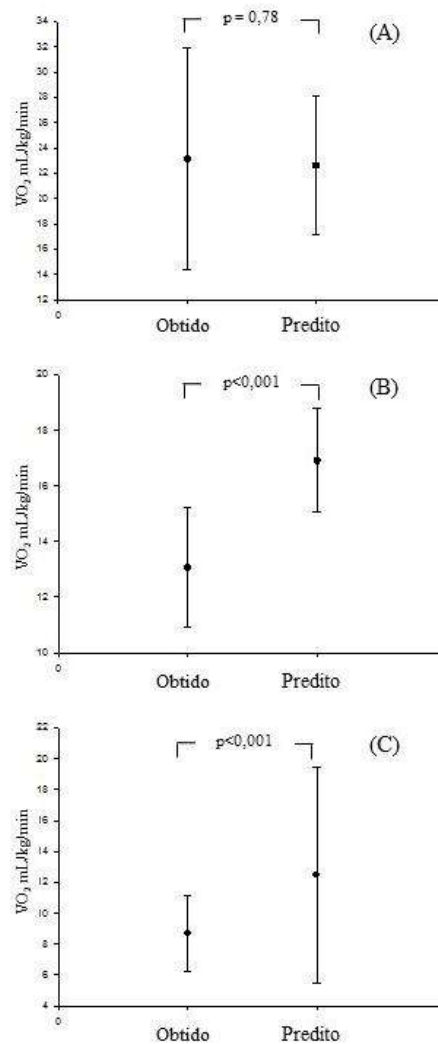


Figura 11. Consumo de oxigênio obtido e predito dos grupos estudados no limiar anaeróbio ventilatório. (A) homens jovens saudáveis; (B) homens idosos saudáveis; (C) homens com insuficiência cardíaca crônica. Teste t-student pareado ou wilcoxon com $p < 0,05$.

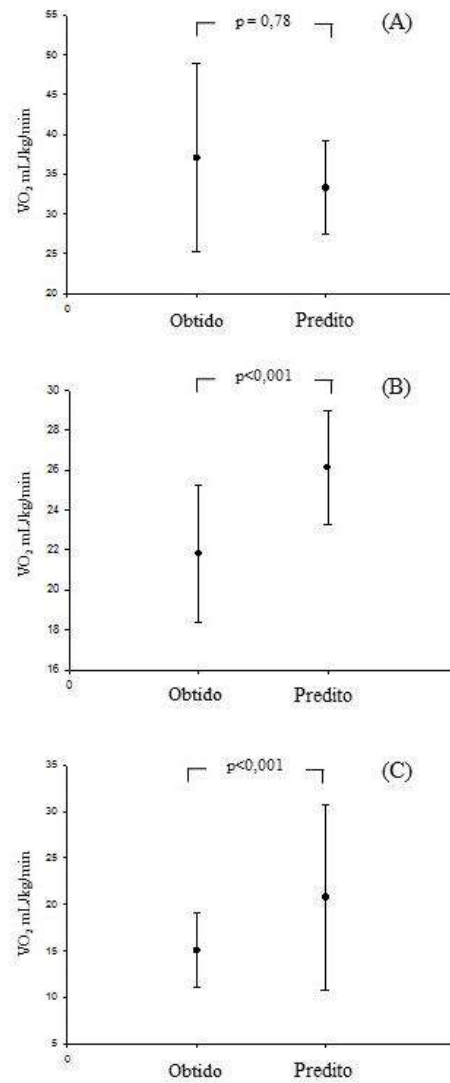


Figura 12. Consumo de oxigênio obtido e predito dos grupos estudados no pico do exercício físico. (A) homens jovens saudáveis; (B) homens idosos saudáveis; (C) homens com insuficiência cardíaca crônica. Teste t-student pareado ou wilcoxon com $p < 0,05$

7 DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo sugerem que o uso da fórmula de predição, (proposta por Astrand *et al*, 2005) se mostrou útil para ser aplicada numa população de adultos jovens brasileiros e sedentários para a obtenção do VO_2 no LAV e do VO_2 no pico do exercício, por não mostrar diferença estatística significativa nos resultados quando comparado ao padrão ouro (TECP), entretanto não podemos afirmar o mesmo para as outras duas populações estudadas neste trabalho, os idosos saudáveis e pacientes com IC crônica.

No intuito de mostrar que estamos perseguindo um modelo de predição que universalize a utilização de testes para as mais distintas finalidades, iremos mostrar outros importantes trabalhos que estão aspirando tal finalidade. No trabalho de COSTA *et al*, 2015 eles analisaram o grau de concordância entre o consumo de oxigênio em dois grupos – GS e GDC (GS= um grupo com indivíduos sedentários aparentemente saudáveis com a média de idade de 47 ± 4 [n=12] e outro grupo (GDC) com voluntários com doença arterial coronariana com a média de idade de 57 ± 8 [n=16]) em dois momentos, no do TECP sem carga e o outro no pico do consumo de oxigênio num protocolo incremental do tipo rampa em cicloergômetro. Diferente do nosso estudo, eles verificaram o consumo de oxigênio nestes dois momentos através de duas formas distintas, comparando o VO_2 predito pela fórmula de Wasserman (VO_2 sem carga = mL/min. = $150 + (6 \times \text{peso em Kg})$; (VO_2 pico (mL/min) (altura em cm e idade em anos) $\times 20$; Ramp= w/min = VO_2 pico – VO_2 sem carga/ 100) com a medida do VO_2 obtido diretamente através do sistema de ergoespirometria. No GS não houve diferença estatística significativa entre as medidas através da fórmula de predição e a obtida pelo TECP na condição sem carga. No entanto, no pico do exercício foi encontrada diferença estatística entre o VO_2 predito e o VO_2 obtido pelo TECP. No GDC, sem carga, houve diferença estatística (116mL/min) quando foi utilizado o método de predição, comparado com o obtido pelo TECP. Também houve diferença estatística do VO_2 no pico do exercício quando compararam a fórmula de predição e o TECP, onde a fórmula de predição superestimou em 40% o VO_2 .

Já no estudo de DEBEAUMONT *et al*, 2016, o grupo de pesquisadores trabalharam com uma população bem diferente da que nós elegemos em nosso estudo, onde uma equação específica de predição para obesos foi utilizada para estimar o consumo pico de oxigênio em pacientes obesos com síndrome metabólica. Para tal utilizou quatro equações de predição (Riddle *et al*; Hansen *et al*; Wasserman *et al* e Gläser *et al*). O estudo comparou o VO_2 pico

predito através de quatro equações de predição com o VO_2 pico obtido pelo TECP no cicloergômetro em pacientes obesos com síndrome metabólica (51 mulheres e 24 homens) e tentou melhorar a acurácia da equação de predição especificamente para esta população através do passo a passo da análise de regressão múltipla (no qual foram normalizados a partir da massa magra). O presente estudo revelou que os métodos preditivos de Wasserman *et al* e Gläser *et al* foram válidos para prever o VO_2 pico em mulheres obesas e o VO_2 pico em homens obesos com síndrome metabólica respectivamente. Todavia a precisão das previsões foram baixas para ambos os métodos.

Na pesquisa realizada pelo grupo do KOUTLIANOS *et al*, 2013 eles realizaram um estudo voltado para atletas, onde avaliaram a estimação indireta do $\text{VO}_{2\text{max}}$ usando a equação preditiva da ACSM's através do protocolo de Bruce em atletas de diferentes esportes (basquete n=13, futebol n=15, ciclistas n=7, vôlei n=7, body-building n=4, weightlifting n=3, wrestling n=3 e tae kwon do n=3), e comparou com o método direto de obtenção do $\text{VO}_{2\text{max}}$. Em seguida desenvolveu um modelo de regressão preditiva do $\text{VO}_{2\text{max}}$ em atletas. Neste estudo foram triados 55 atletas homens de nível nacional e internacional (idade $28,3 \pm 5,6$) que realizaram teste de exercício cardiopulmonar com medição direta através de dispositivo de ergoespirometria. Todavia, três equações foram usadas para o cálculo indireto do $\text{VO}_{2\text{max}}$: a) $\text{VO}_{2\text{max}} = (0.2 \times \text{velocidade}) + (0.9 \times \text{velocidade} \times \text{inclinação}) + 3.5$ (ACSM equação para corrida), b) modelo de análise de regressão e c) E o método passo a passo baseado na medida dos dados de VO_2 . Idade, IMC, velocidade, inclinação e tempo de exercício foram usados como variáveis independentes. A análise de regressão utilizando o modelo de regressão produziu a equação $\text{VO}_{2\text{max}} \text{ (mL/kg/min)} = 58.443 - (0.215 \times \text{idade}) - (0.632 \times \text{IMC}) - (68.639 \times \text{inclinação}) + (1.579 \times \text{time})$. Os valores calculados do $\text{VO}_{2\text{max}}$ desses modelos de regressão não foram significativamente diferentes do medido pelo $\text{VO}_{2\text{max}}$ ($p < 0,05$). Pelo contrário, o $\text{VO}_{2\text{max}}$ calculado pela equação para corredores da ACSM's foi significativamente maior que os valores (superestimou) medidos atualmente pelo método direto (14,6% com o $p < 0,05$). Desta forma, parece que a equação da ACSM's para corredores não é capaz de prever com acurácia o $\text{VO}_{2\text{max}}$ em atletas com idade entre 18-37 anos, usando o protocolo de Bruce. Neste caso, somente os modelos de regressão foram moderadamente correlacionados com os valores de $\text{VO}_{2\text{max}}$ atualmente medidos pela ergoespirometria.

No trabalho de ALMEIDA *et al* em 2010, eles analisaram a validade da equação proposta por Cureton *et al.*, 1995 ($\text{VO}_{2\text{pico}} = -8.41 + 0.34 * 2 + 0.21 (\text{idade} \times \text{gênero}) - 0.84$

(IMC) + 108.94)) para estimar o VO_{2max} de brasileiros jovens a partir de um teste de contra relógio com 1.600 metros na modalidade corrida. Neste estudo a grande diferença em relação ao nosso trabalho é que os participantes da pesquisa eram praticantes de exercício físico. Além disso, a ideia foi sugerir uma equação de predição específica para essa população. Neste estudo participaram 30 homens fisicamente ativos ($23 \pm 3,1$ anos; $74,8 \pm 5,8$ kg; $1,78 \pm 0,05$ m; $49,8 \pm 6,5$ mL.kg⁻¹.min⁻¹) que foram submetidos a um teste incremental máximo em esteira e um teste de desempenho em corrida de 1.600 metros. Os indivíduos foram divididos em dois grupos: G1) para gerar uma equação de predição específica para VO_{2max} de brasileiros jovens e G2) para aplicar ambas as equações a fim de analisar suas validades. Após a realização dos testes, verificaram diferenças estatisticamente significativas quando foram observados os valores entre o VO_{2max} obtidos diretamente na ergoespirometria ($50,1 \pm 7,1$ mL.kg⁻¹.min⁻¹) e os valores preditivos do VO_{2max} aferidos pela equação proposta por Cureton *et al.* ($44,2 \pm 6,5$ mL.kg⁻¹.min⁻¹). Foi percebida a baixa correlação entre elas ($r = 0,21$). A relação entre VO_{2max} e velocidade em corrida de 1.600m obtidos no G1 resultou na seguinte equação de predição: ($VO_{2max} = 0,177 * 1.600V_m(m.min^{-1}) + 8,101$). Quando essa nova equação foi aplicada nos participantes do G2, o VO_{2max} predito ($50,1 \pm 7,2$ mL.kg⁻¹.min⁻¹) não diferiu do VO_{2max} determinado diretamente pelo padrão ouro ($50,1 \pm 7,1$ mL.kg⁻¹.min⁻¹), com alta correlação entre eles ($r = 0,81$). Desta forma concluímos que a equação de Cureton *et al.* (1995), elaborada a partir de resultados de amostra norte-americana, subestimou o VO_2 max de jovens brasileiros fisicamente ativos. Por outro lado, a equação proposta no presente estudo se mostrou válida para estimar o VO_{2max} através do teste de desempenho de 1.600 metros para a população estudada.

DF DE LIMA E ABATTI, 2006 desenvolveram um estudo com o objetivo de criar um método capaz de prever o consumo máximo de oxigênio a partir de dados fisiológicos básicos (peso, IMC, altura, idade, FC e distância percorrida) do indivíduo sem a realização de esforço físico. A amostra para este estudo foi composta por um grupo experimental composto por 30 sujeitos. Todos do sexo masculino, adultos jovens aparentemente saudáveis com média de idade de 23,4 anos ($\pm 3,18$ anos), média de estatura de 1,78 m ($\pm 0,06$ m) e 72,12 kg ($\pm 7,55$ kg) de peso corporal total. Para os 30 voluntários selecionados, os valores absolutos da absorção de oxigênio por unidade de tempo, assim como, as frequências cardíacas de cada momento do teste, incluindo os dados antropométricos foram coletados. Para isto, os diversos valores de VO_{2max} (l/min) foram plotados em função do peso, índice de massa corporal, idade e frequência cardíaca nas diversas velocidades. Na amostra selecionada, os fatores que mais

influenciam o VO_{2max} , são o peso corporal e o índice de massa corporal (IMC), mesmo assim com valores relativamente distantes da unidade (0,48 e 0,42, respectivamente), indicando uma correlação apenas razoável. Assim, buscou-se analisar outros parâmetros que apresentassem coeficientes de correlação mais elevados. Nesta linha de raciocínio, calculou-se o coeficiente de correlação entre as frequências cardíacas para as diferentes velocidades e diferentes indivíduos com as absorções absolutas de oxigênio por unidade de tempo e assim o autor obteve uma correlação linear média de $r = 0,91$, indicando que para as diversas velocidades de marcha uma equação relacionando a FC e o VO_{2max} pode ser obtida. Assim, seguindo-se Jackson, Pollock e Ward (1980), que fizeram uso do IMC para obter um modelo para poder determinar VO_{2max} , então DF de Lima modificou a equação de forma a introduzir o IMC no cálculo do VO_{2max} (VO_{2max} (l/min) = $(0,02 \cdot IMC) + (-0,02595 \cdot idade) + 3,948$). Desta forma, esta foi a mais adequada e acurada equação de predição que representou o grupo de indivíduos selecionados para estes testes. Deve-se ressaltar que outras propostas para a predição da captação máxima de oxigênio por testes que independem de exercícios já foram amplamente testadas e demonstrou-se ser de grande confiabilidade. Como exemplo, Väinämö *et al.* (1996) encontrou coeficiente de correlação entre medidas de laboratório e valores preditos de $r = 0,97$ e erro médio percentual da estimativa de 6,5%.

Tivemos como limitações do nosso trabalho: 1) O fato do analisador de gases ter fornecido os dados a cada três respirações, mesmo a coleta sendo realizada respiração a respiração; 2) O uso de betabloqueadores pelos pacientes com IC crônica e 3) O número de participantes restringiu uma amostra maior.

Esta discussão não poderia ser encerrada, sem ressaltar a ideia de que é muito improvável que um único modelo preditivo possa aferir o VO_2 pico adequado em todos os seus aspectos, principalmente na intenção de atender as múltiplas indicações e aplicações que se faz necessário. O modelo aqui apresentado, não procura apresentar-se como o melhor, mas sim como uma opção simples, prática e eficiente para garantir o seu objetivo.

8 CONCLUSÃO

Conclui-se que a fórmula de predição utilizada no presente estudo demonstrou similaridade ao método direto em prever o VO_2 no LAV e o VO_2 no pico do exercício

quando aplicada no grupo de jovens saudáveis. Entretanto revelou-se superestimado para o grupo de homens idosos e para o grupo com IC crônica quando comparado aos valores do TECP (padrão ouro).

9 REFERÊNCIAS

1. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 6^o edição, Williams & Wilkins: Baltimore, 2000.
2. AGOSTONI, Piergiuseppe *et al.* Prognostic value of indeterminable anaerobic threshold in heart failure. *Circulation: Heart Failure*, p. CIRCHEARTFAILURE. 113.000471, 2013.
3. AINSWORTH, BE *et al.* Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, v.25, n.1, p.71 - 80, jan. 1993.
4. AINSWORTH, BE; *et al.* Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, v.43, n.8, p.1575 – 1581, ago. 2011.
5. AINSWORTH, BE; *et al.* Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, v.32, n.9, p.498 – 504, set. 2000.
6. ALBUQUERQUE, Denilson Campos de *et al.* I Brazilian registry of heart failure-clinical aspects, care quality and hospitalization outcomes. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 104, n. 6, p. 433-442, 2015.
7. ALMEIDA, Jeiser Alves de *et al.* Validade de equações de predição em estimar o VO₂max de brasileiros jovens a partir do desempenho em corrida de 1.600 m. *Rev. bras. med. esporte*, p. 57-60, 2010.
8. AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE *et al.* ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
9. AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. (2006). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
10. ARENA R, *et al.* Peak VO₂ and VE/VCO₂ slope in patients with heart failure: a prognostic comparison. *Am Heart J.* v. 147, n. 2, p. 354-60, 2004.

11. ARENA, R *et al.* Prognostic value of timing and duration characteristics of exercise oscillatory ventilation in patients with heart failure. *J Heart Lung Transplant.* v. 27, n. 3, p. 341-7, 2008.
12. ARENA, Ross *et al.* Assessment of functional capacity in clinical and research settings. *Circulation,* v. 116, n. 3, p. 329-343, 2007.
13. BALADY GJ, ARENA R, SIETSEMA K, MYERS J, COKE L, FLETCHER GF *et al.* Clinician's guide to cardiopulmonary exercise testing in adults: a scientific statement from the American Heart Society. *Circulation* 2010; 122: 191-225.
14. BALKE, Bruno; WARE, Ray W. An experimental study of physical fitness of Air Force personnel. *United States Armed Forces Medical Journal,* v. 10, n. 6, p. 675-688, 1959.
15. BELLINI, Álvaro José *et al.* I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia,* v. 69, n. 4, 1997.
16. BEYDON, Nicole *et al.* An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: pulmonary function testing in preschool children. *American journal of respiratory and critical care medicine,* v. 175, n. 12, p. 1304-1345, 2007.
17. BOCCHI, Edimar Alcides *et al.* Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica-2012. *Arquivos brasileiros de Cardiologia,* v. 98, n. 1, p. 1-33, 2012.
18. BORG, Gunnar. Borg's perceived exertion and pain scales. *Humankinetics,* 1998.
19. BRAUNWALD, Eugene; ZIPES, Douglas P.; LIBBY, Peter. *Tratado de Medicina Cardiovascular Braunwald-Obra em 2 Volumes.* Editora Roca, 2003.
20. BRUCE, Robert A. *et al.* Normal respiratory and circulatory pathways of adaptation in exercise. *Journal of Clinical Investigation,* v. 28, n. 6 Pt 2, p. 1423, 1949.
21. CAHALIN LP, *et al.* A meta-analysis of the prognostic significance of cardiopulmonary exercise testing in patients with heart failure. *Heart Fail Rev.* v. 18, n. 1, p. 79-94, 2013.^b
22. CAHALIN LP, *et al.* Inspiratory muscle training in heart disease and heart failure: a review of the literature with a focus on method of training and outcomes. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* v. 11, n. 2, p. 161-77, 2013.^a

23. CARVALHO, Tales de *et al.* Normatização dos equipamentos e técnicas da reabilitação cardiovascular supervisionada. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 83, n. 5, p. 448-452, 2004.
24. COELHO, Cristiane Cenachi *et al.* Comparative analysis and reproducibility of the modified shuttle walk test in normal children and in children with cystic fibrosis. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 33, n. 2, p. 168-174, 2007.
25. COOPER, Christopher B.; STORER, Thomas W. *Teste ergonômico: aplicações práticas e interpretação.* Revinter, 2005.
26. COOPER, K.H. A means of assessing maximal oxygen intake. Correlation between field and treadmill testing. *JAMA*;203(3):201-204; 1968.
27. CORNELIS J, *et al.* Prognostic respiratory parameters in heart failure patients with and without exercise oscillatory ventilation - a systematic review and descriptive meta-analysis. *Int J Cardiol.* 182, p. 476-86, 2015.^a
28. DALL'AGO P, *et al.* Inspiratory muscle training in patients with heart failure and inspiratory muscle weakness: a randomized trial. *J Am CollCardiol.* v. 47, n. 4, p. 757-63, 2006.
29. DATASUS, M. S. SVS/DASIS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Recuperado em maio, 2014.
30. DE FÁTIMA TRAVENSOLO, Cristiane; GOESSLER, Karla Fabiana; POLITO, Marcos Doederlein. Correlação entre o teste de caminhada de seis minutos e o teste do degrau em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 2, p. 375-383, 2013.
31. DE LIMA, Dartel Ferrari; ABATTI, Paulo José. Formulação de equação preditiva do Vo₂max baseada em dados que independem de exercícios físicos. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 27, n. 2, p. 139-149, 2006.
32. DOS SANTOS NOGUEIRA, Fernando; POMPEU, Fernando Augusto Monteiro Sabóia. Modelos para predição da carga máxima no teste clínico de esforço cardiopulmonar. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 87, n. 2, 2006.
33. DP.MONTEIRO *et al.*; Shuttlewalktest como instrumento da avaliação da capacidade funcional:uma revisão da literatura *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 92-97, mai./ago. 2014.
34. ENRIGHT, Paul L. *et al.* The 6-min walk test: a quick measure of functional status in elderly adults. *CHEST Journal*, v. 123, n. 2, p. 387-398, 2003.

35. ENRIGHT, Paul L. The six-minute walk test. *Respiratory care*, v. 48, n. 8, p. 783-785, 2003.
36. FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev.bras.epidemiol.*, p. 187-193, 2005.
37. FLEG, JL; *et al.* AHA Science Advisory: Assessment of Functional Capacity in Clinical and Research Applications. *Circulation*, v.102, n.13, p.1591 – 1597, set. 2000.
38. FLETCHER, GF; *et al.* AHA Scientific Statements: Exercise Standards for Testing and Training. *Circulation*, v.128, n.8, p.873 – 934, ago. 2013.
39. FOSTER C.; *et al.*; Predicting functional capacity during treadmill testing independent of exercise protocol. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Indianapolis, v.28,n.6, p. 752-756, 1996.
40. GARBER, CE; *et al.* Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. *Medicine & Science In Sports & Exercise*, v.45, n.7, p.1334 – 1359, Jul. 2011.
41. GIBBONS RJ, *et al.* ACC/AHA Guidelines for Exercise Testing. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Exercise Testing). *J Am Coll Cardiol.* v. 30, n. 1, p. 260-311, 1997.
42. GIBBONS, RJ; *et al.* ACC/AHA 2002 Guideline Update for Exercise Testing. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Exercise Testing). *Circulation*, v.106, n.14, p.1883 – 1892, out. 2002.
43. GLASS, Stephen *et al.* (Ed.). ACSM'S metabolic calculations handbook. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
44. GLASS, Stephen *et al.* (Ed.). ACSM'S metabolic calculations handbook. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
45. GOSKER, Harry R. *et al.* Skeletal muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure: underlying mechanisms and therapy perspectives. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 71, n. 5, p. 1033-1047, 2000.

46. GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John E.; GUYTON, Arthur C. Tratado de fisiologiamédica. Elsevier Brasil, 2006.
47. HECK, H., Mader, A., Hess, G., Mücke, S., Müller, R., & Hollmann, W. (1985). Justification of the 4-mmol/l lactate threshold. *International journal of sports medicine*, 6(03), 117-130.
48. HERDY, Artur Haddad *et al.* Cardiopulmonary Exercise Test: Background, Applicability and Interpretation. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 5, p. 467-481, 2016.
49. HOWLEY ET, Basset Jr DR, Welch HG. Criteria for maximal oxygen uptake: review and commentary. *MedSci Sports Exerc.* 1995; 27 (9): 1292-301
50. HÜLSMANN M, *et al.* Muscle strength as a predictor of long-term survival in severe congestive heart failure. *Eur J Heart Fail.* v. 6, n. 1, p. 101-7, 2004.
51. IZAWA KP, *et al.* Handgrip strength as a predictor of prognosis in Japanese patients with congestive heart failure. *Eur J CardiovascPrevRehabil.* v. 16, n. 1, p. 21-7, 2009.
52. J.W.WILLIAMSON *et al* The relevance of central command for neural cardiovascular control of exercise; *Exp Physiol.*, 2010, 95, 11pp 1043-1048.
53. Jones NL, Campbell EJ. *Clinical exercise testing.* Philadelphia: Saunders; 1982. p. 202.
54. KARVONEN, J.J.; Kcntala, E.; Mustala, O. The effect of training on the heart rate, a longitudinal study. *Ann Med Exp.Biol.Fenn.*, v. 35, p. 307, 1957.
55. KINDERMANN, W.; SIMON, G.; KEUL, J. The significance of the aerobic-anaerobic transition for the determination of work load intensities during endurance training. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, v. 42, n. 1, p. 25-34, 1979.
56. KINDERMANN, W.; SIMON, G.; KEUL, J. The significance of the aerobic-anaerobic transition for the determination of work load intensities during endurance training. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, v. 42, n. 1, p. 25-34, 1979.
57. KNUDSON, Ronald J. *et al.* Changes in the normal maximal expiratory flow-volume curve with growth and aging 1–3. *American Review of Respiratory Disease*, v. 127, n. 6, p. 725-734, 1983.
58. KOUTLIANOS, N. *et al.* Indirect estimation of VO₂max in athletes by ACSM's equation: valid or not?. *Hippokratia*, v. 17, n. 2, p. 136, 2013.

59. MAGRANI, Paula; POMPEU, Fernando Augusto Monteiro Saboia. Equações para a previsão da potência aeróbia (VO₂) de jovens adultos brasileiros. *ArqBrasCardiol*, p. 763-770, 2010.
60. MALEK, Moh H. *et al.* Validity of VO₂max equations for aerobically trained males and females. *Medicine and science in sports and exercise*, v. 36, n. 8, p. 1427-1432, 2004.
61. MANGINI S, ISSA VS. Manual de Cardiologia: Fisiopatologia da Insuficiência cardíaca – Ativação Neuro-humoral. São Paulo: Atheneu, p. 45-48, 2012. 44. M
62. MARÃES, V.R.F.S. Determinação do limiar de anaerobiose a partir da análise da frequência cardíaca, da eletromiografia de superfície e das variáveis ventilatórias e metabólicas durante exercício físico dinâmico. 2004. Tese Doutorado em Fisioterapia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
63. MARRARA, KamillaTayset *al.* Responsiveness of the six-minute step test to a physical training program in patients with COPD. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 38, n. 5, p. 579-587, 2012.
64. MEDICAL SECTION OF THE AMERICAN LUNG ASSOCIATION *et al.* American Thoracic Society Standardization of Spirometry, 1994 Update. 2012.
65. MENEGHELO, Romeu S. *et al.* III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre teste ergométrico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 5, p. 1-26, 2010.
66. NAUGHTON, John; HELLERSTEIN, Herman K. (Ed.). Exercise testing and exercise training in coronary heart disease. Academic Press, 1973.
67. NEDER, JA; NERY, LE. O teste de exercício cardiopulmonar. *Jornal de Pneumologia*, v.28, n.3, p.166-206, out. 2002.
68. NEDER, José A.; NERY, Luiz E. Fisiologia clínica do exercício: teoria e prática. São Paulo: Artmed,v.1, 2003.
69. OLSON, LJ; *et al.* Exercise oscillatory ventilation: Instability of breathing control associated with advanced heart failure. *Chest*. 133, p. 464-481, 2008.
70. PAUWELS RA; *et al.* Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J RespirCritCare Med*. v. 163, p. 1256-76, 2001.

71. PESSOA, Bruna V. *et al.* Validity of the six-minute step test of free cadence in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Brazilian journal of physical therapy*, v. 18, n. 3, p. 228-236, 2014.
72. PETERSON, MATTHEW J.; PIEPER, CARL F.; MOREY, Miriam C. Accuracy of VO₂ (max) prediction equations in older adults. *Medicine and science in sports and exercise*, v. 35, n. 1, p. 145-149, 2003.
73. POWERS, Scott K. *et al.* Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. 2000.
74. PULZ, Cristiane *et al.* Incremental shuttle and six-minute walking tests in the assessment of functional capacity in chronic heart failure. *Canadian Journal of Cardiology*, v. 24, n. 2, p. 131-135, 2008.
75. SAKABE, D.I.; Novaes, L.D.; Sirol, F.N.; Marães, V.R.F.S.; Oliveira, L.; Darezzo, F.; CATAI, AM.; SILVA, E. Comparison of different methods for detecting exercise anaerobic threshold in em .In: *AmerPhysiolSoc*, p.352, 2004.
76. SINGH, Sally J. *et al.* Development of a shuttle walking test of disability in patients with chronic airways obstruction. *Thorax*, v. 47, n. 12, p. 1019-1024, 1992.
77. STEGMANN, H.; KINDERMANN, W.; SCHNABEL, A. Lactate kinetics and individual anaerobic threshold. *International journal of sports medicine*, v. 2, n. 03, p. 160-165, 1981.
78. STEIN, R. Teste cardiopulmonar de exercício: noções básicas sobre o tema. *Rev.Soc.Cardiol. Rio Grand Sul*, v. 9, p. 1-4, 2006.
79. TASK FORCE OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY *et al.* Heart rate variability standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. *Eur heart J*, v. 17, p. 354-381, 1996.
80. THOMPSON, Paul D. *et al.* ACSM's new preparticipation health screening recommendations from ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. *Current sports medicine reports*, v. 12, n. 4, p. 215-217, 2013.
81. WASSERMAN, K.; Hansen, J.E.; SUE, D.; Whipp, B.J.; Casaburi, R. Principles of exercise testing and interpretation. 3^a ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1999.
82. WASSERMAN, Karlman; HANSEN, James E.; SUE, Darryl Y. Principles of exercise testing and interpretation: including pathophysiology and clinical applications. 3^a ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1999.

APÊNDICEA – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CARDIOLOGIA
NÍVEL MESTRADO**

INSTITUTO DO CORAÇÃO EDSON SAAD
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

VALIDADE DA FÓRMULA PREDITIVA DO CONSUMO DE OXIGÊNIO EM JOVENS E
IDOSOS SAUDÁVEIS E PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Validade da fórmula preditiva do consumo de oxigênio em jovens e
idosos saudáveis e pacientes com insuficiência cardíaca crônica.

Prezado Senhor(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a contribuição de um método de obtenção da variável correspondente ao consumo de oxigênio através de uma fórmula de predição. O pesquisador Rafael Santiago Floriano e Michel Silva Reis desenvolverão a pesquisa com as seguintes características:

Objetivo do estudo: Comparar os valores do VO_2 obtidos através de fórmula preditiva do VO_2 obtidos pelo TECP (padrão ouro) em homens jovens e idosos saudáveis e pacientes com de IC crônica na potência do LA e no pico do exercício.

Descrição dos procedimentos do estudo: Inicialmente você passará pela avaliação do médico e pelos seguintes exames: avaliação física (medida da altura, peso, pressão arterial); avaliação do pulmão (ausculta pulmonar e espirometria) e do coração (eletrocardiograma e avaliação do batimento do coração). Posteriormente, executará um teste de exercício físico até o cansaço máximo na bicicleta ergométrica. Todos eles serão feitos de maneira não invasiva (sem a utilização de medicamentos, a não ser os medicamentos que o senhor faz uso regularmente prescrito pelo médico, ou de procedimentos cortantes e sem agulhas), porém o senhor será monitorado, antes, durante toda a execução do teste e alguns minutos depois. Na sequência, iremos utilizar os dados que coletaremos do senhor para aplicá-lo numa fórmula matemática de predição..

Benefícios: Se confirmada a similaridade na obtenção dessa variável metabólica descrita acima e correspondente ao consumo de oxigênio pelo organismo durante o exercício físico, muitas pessoas se beneficiarão deste método de predição através da fórmula, pois o outro método é muito caro e pouco acessível.

Riscos: Durante os exercícios você poderá apresentar algum tipo de desconforto como dor, aumento do suor, tontura, câimbras, falta de ar e palidez. No entanto, os pesquisadores envolvidos estão treinados para identificar esses desconfortos e julgar a necessidade de interromper o teste naquele dia. Além disso, durante toda a avaliação será realizado o acompanhamento do sinal do coração (eletrocardiograma) e da pressão arterial. As sessões de

treinamento serão acompanhadas por um médico e fisioterapeutas. Caso haja alguma intercorrência que demande maiores cuidados, os pesquisadores arcarão com todas as despesas.

Garantia de acesso ao pesquisador responsável: Em qualquer fase do estudo você terá pleno acesso ao pesquisador responsável pelo projeto na Coordenação do Curso de Fisioterapia, situado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, s/n, 8o andar ala E, sala 3 (8E-03), Ilha do Fundão, Rio de Janeiro, RJ, ou pelos telefones 2562-2223 ou 979248081. Havendo necessidade, será possível, ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, 255, 1º. Andar, Sala 01D-46, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, RJ, ou pelo telefone 2562-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 15 horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br

Garantia de liberdade: A participação é voluntária e caso você queira desistir de participar da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer tempo e no momento em que desejar sem nenhum prejuízo. Lembramos, assim, que sua recusa não trará nenhum prejuízo à relação com o pesquisador ou com a instituição e sua participação não é obrigatória.

Direito de confidencialidade e acessibilidade: Os resultados de suas avaliações, bem como seu prontuário, serão de responsabilidade dos pesquisadores responsáveis pelo projeto e você terá direito de conhecer os resultados. As informações obtidas durante as avaliações e a fisioterapia serão mantidas em sigilo pela equipe e não poderão ser consultadas por outras pessoas sem sua expressa autorização por escrito. Estas informações, no entanto, poderão ser utilizadas para divulgação dos resultados deste estudo em reuniões, eventos e congressos científicos nacionais e internacionais, como também para publicação dos dados em revistas e jornais científicos. Garantimos sua privacidade, não divulgando nenhum dado pessoal que possibilite sua identificação.

Despesas e compensações: Você não terá, em momento algum, despesas financeiras pessoais. As despesas, assim, se porventura ocorrer, serão de responsabilidade dos próprios pesquisadores. Também, não haverá compensação financeira relacionada à sua participação e os pesquisadores não receberam qualquer remuneração.

Em caso de dúvidas ou questionamentos, você pode se manifestar agora ou em qualquer momento do estudo para explicações adicionais.

Consentimento

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado.

Declaro, assim, que discuti com os pesquisadores Rafael Santiago Florianoe Michel Silva Reis sobre minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que

minha participação é isenta de despesa. Concordo, voluntariamente, em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido em seu atendimento nesta instituição. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Rio de Janeiro,

Nome: _____

Assinatura do informante

Data: ___ / ___ / ____

Nome: _____

Assinatura do pesquisador

Data: ___ / ___ / ____

APÊNDICEB – Ficha de Avaliação da Prova de Função Pulmonar



PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR

Nome: _____ Tel: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ Endereço: _____

Massa Corporal (Kg): _____ Estatura(cm): _____

	1º teste		2º teste		3º teste		4º teste		5º teste		6º teste		7º teste	
	valor	% (predito)	valor	% (predito)	valor	% (predito)	valor	% (predito)	valor	% (predito)	valor	% (predito)	valor	% (predito)
VEF1														
CVF														
VEF1/CVF														
CVL														



TESTE CARDIOPULMONAR DE POTÊNCIA INCREMENTAL

Nome: _____ Tel: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ Endereço: _____

Massa Corporal (Kg): _____ Estatura(cm): _____

FC Máx: _____ FC sub-máx: _____ FC Repouso: _____ PA Repouso: _____ Velocidade Inicial: _____ Incremento: _____

TEMPO	PA	FC	SPO ₂	CARGA	BORG RESPIRAÇÃO	BORG MMIII
REPOUSO 3'						
AQUECIMENTO 3'						
TEMPO 3'						
TEMPO 6'						
TEMPO 9'						
TEMPO 12'						
TEMPO 15'						
RECUPERAÇÃO 3'						
REPOUSO 3'						
FINAL						

Tempo em que o teste foi interrompido: _____

Potência em que o teste foi interrompido: _____

OBSERVAÇÕES: _____

