

Actividade Física e Doenças Cardiovasculares, uma ligação imprescindível

As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte da população portuguesa: são responsáveis por metade da mortalidade total. Em cada dia que passa morrem em Portugal mais de 100 pessoas, vítimas destas doenças.

A actividade física (AF) nesta sua ligação imprescindível pode ser analisado em duas grandes vertentes: Prevenção Primária e Prevenção Secundária.

A AF na prevenção primária tem um papel fundamental na promoção da saúde e no combate aos Factores de Risco das doenças cardiovasculares (DCV) (Caixa 1). As evidências científicas mais recentes assumem e recomendam a AF para a obtenção de um estilo de vida saudável.

Como prevenção secundária a AF, ajuda a que algumas patologias já existentes não evoluam tão rapidamente ou, até mesmo, regridam e também tem um papel muito importante na sua reabilitação.

Neste sentido esta ligação torna-se cada vez mais importante e fundamental a prevenção e reabilitação das doenças cardiovasculares.

Se há alguns anos havia algumas reticências em relação à AF em pessoas com DCV, hoje é inadmissível não se recomendar a sua prática em pacientes que tenham as exigências mínimas (Caixa 2) para estarem em segurança.

Mundialmente existem três organizações que estudam e determinam as linhas orientadoras de AF para esta população, a conhecer:

ACSM	– American College of Sports Medicine
AHA	- American Heart Association
AACVPR	– American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation

DCV e Actividade Física, como tornar esta ligação, imprescindível, perfeita?

Se na prevenção primária as recomendações mínimas são a prática de AF diária moderada e espontânea durante 30 minutos de uma forma contínua ou repartida (ACSM), a reabilitação cardíaca torna-se mais exigente e com recomendações muito bem definidas.

A reabilitação cardíaca consiste, na sua definição, em 4 fases: I intra hospitalar; II Convalescença; III treino; IV Manutenção, este artigo tem o seu enfoque na fase IV, dado que as outras, normalmente, não são realizadas sem a presença de um médico.

O que fazer?

Todas as pessoas que sofrem de DCV e desejam integrar um programa de treino devem consultar o seu médico assistente para que este as submeta a uma Prova de Esforço Máxima, no sentido de detectar a existência ou não de alterações que induzam isquémia (déficit de sangue no coração) ou arritmias descontroladas, e também a capacidade funcional máxima (METs).

Após a autorização médica, devem procurar um espaço onde existam profissionais da área do Exercício e Saúde especializados em DCV, que farão a prescrição mais adequada para cada caso.

Preocupações fundamentais na prescrição do exercício

As recomendações vão no sentido de um treino combinado, com o trabalho de resistência aeróbia ser primeiro e só mais tarde o de resistência muscular.

A avaliação cardiorespiratória deve ser realizada, através de uma prova de esforço máxima realizada na presença de um médico (ACSM), de onde são retirados os valores para a prescrição do treino.(Caixa 3)

A avaliação da força muscular pode ser realizada através do método de 1RM (repetição máxima), ou através de outro método de determinação da força máxima. Na realização do trabalho de resistência muscular devem ser evitadas posições de elevação acima da cabeça, trabalho isométrico prolongado de grandes grupos musculares e a realização da Manobra de Valsalva (suster o ar). O início deste tipo de treino deve seguir as seguintes recomendações adicionais: após 4 semanas a partir de um infarte do miocardio sem complicações ou uma cirurgia para bypass; 2 semanas após uma angioplastia; depois de completar 4 a 6 semanas de trabalho aeróbio supervisionado ou fase II de reabilitação cardíaca.(Caixa 4)

Praticamente todas as modalidades que as pessoas aparentemente saudáveis realizam podem ser realizadas por este tipo de população numa situação estável. O principal desafio é perceber quando e que incrementos devem ser adicionados à intensidade da carga.

A prevenção e reabilitação das DCV é uma realidade cada vez mais emergente, com benefícios para a saúde em geral, e em particular para aqueles que sofrem deste tipo de patologia, com idades cada vez mais novas, que têm todas as possibilidades de voltar a integrar e contribuir para uma sociedade melhor.

Como nota final, não posso deixar de referir e realçar o excelente trabalho ao nível da investigação científica internacional na área da reabilitação cardíaca, que tem sido realizado em Portugal pelo Núcleo de Exercício e Saúde, da Faculdade de Motricidade Humana, já com bastantes trabalhos publicados, na pessoa da Professora Doutora Helena Santa Clara.

José Pedro Almeida

**Fisiologista do Exercício da Clínica Coração de Jesus
NSCA- Certified Personal Trainer**

Factores de Risco

- Hereditariedade
- Tabagismo
- Hipertensão
- Hipercolesterolémia
- Tolerância diminuída à glicose
- Obesidade
- Sedentarismo

ACSM 2000

Caixa 1

Exigências Mínimas

- Baixo Risco
- ≥ 6 METs capacidade funcional
- respostas hemodinâmicas ao exercício normais
- Pressão Arterial e FC basal estáveis
- Autorização Médica

Caixa 2

Prescrição Resistência Cardiorespiratória

Intensidade: 40-85% Fcreserva, $FC_{treino} = (FC_{max} - FC_{repouso}) \times 40-85\% + FC_{repouso}$;
11 a 16 (6 a 20 Escala de Borg)

Frequência: 3 a 5 x semana

Duração: 20 a 40 minutos

Modo: Marcha, jogging, hidroginástica, pedalar, remar, tai chi

AACVPR 2004

Caixa 3

Prescrição Resistência Muscular

Intensidade: 40 a 80% da RM; 11 a 13 (6 a 20 Escala de Borg)

Frequência: 3 a 5 x semana

Duração: 1 serie 12 a 15 repetições; 8 a 10 exercícios

Modo: Máquinas isotônicas, pesos livres, bandas elásticas, Pilates, hatha yoga

AACVPR 2004

Caixa 4