

O MEU CLIENTE TEM RISCO DE QUEDA, O QUE DEVO TER EM CONTA AO PROGRAMAR O SEU TREINO?

Vera Moniz-Pereira
Investigadora e Docente na FMH

As quedas são uma das maiores preocupações de saúde entre as pessoas com mais de 65 anos. Considerando o atual envelhecimento da população e o papel que o exercício pode ter na prevenção das quedas e da incapacidade, é essencial que os profissionais do exercício saibam adaptar a sua intervenção a esta realidade.

Quais são, então, as adaptações que se devem considerar para uma programação de treino mais segura e eficaz?

Segundo a Organização Mundial de Saúde,¹ cerca de 28-35% de pessoas com mais de 65 anos cai todos os anos. Em Portugal, o valor reportado ronda os 38%.² As quedas são um problema de origem multifatorial, sendo que os fatores de risco mais preponderantes parecem ser as alterações da marcha e do equilíbrio, a toma excessiva de medicamentos e o historial de quedas no ano anterior.³ Deste modo, antes da conceção do plano de treino, deve ser feito o despiste do risco de queda e quais destes fatores estão presentes em cada pessoa idosa em particular.⁴ Só assim se conseguirá verdadeiramente personalizar o treino às condições individuais de cada cliente.

Como profissionais do exercício, a nossa intervenção deve centrar-se nos parâmetros de aptidão física que conseguimos modificar através do treino. Se o seu cliente apresenta outros fatores de saúde, não controlados/vigilados, e que podem estar a aumentar o seu risco de queda, deverá encaminhá-lo para o profissional de saúde que acompanha o cliente antes de iniciar o programa de exercício.

Os estudos mais atuais revelam que os programas de exercício mais adequados para prevenir as quedas, em idosos que vivem autonomamente na comunidade, são os que incluem **treino de equilíbrio e de marcha, seguidos dos programas multicomponentes que, para além do treino das capacidades mencionadas incluem treino de força.**⁵ Esta evidência, não só é coerente com o que se sabe acerca dos fatores mais preponderantes de risco de quedas mencionados anteriormente, como também dá suporte às linhas orientadoras para prática de atividade física em idosos que referem que o treino de força e equilíbrio deve vir antes do treino aeróbio em indivíduos que caíam regularmente ou que tenham problemas de mobilidade.⁶ Relativamente ao treino de



“ É importante a manutenção do programa de exercício a longo prazo para manter os benefícios de treino. “

força, verificou-se que as características de treino mais relevantes, se o objetivo for melhorar a força muscular em idosos sedentários, são: um período de treino entre 50 a 53 semanas, embora já se observem melhorias em programas de 6 a 9 semanas, e uma intensidade entre 70-79% de uma repetição máxima (RM). Uma frequência de treino de 2 vezes semana, com 2 a 3 séries por exercício e 7 a 9 repetições por série parece também aumentar a eficácia de treino.⁷ Os autores salientam, no entanto, que a escassez e qualidade dos estudos atuais não permite ainda conclusões definitivas acerca desta temática.

Os profissionais de exercício deverão também considerar, **que embora possa haver uma intensidade, volume, frequência de treino ideais para atingir determinado objetivo, isso não significa que as variáveis de treino se devam manter constantes durante todo o ciclo de treino, nem que todas as pessoas vão conseguir/poder atingir**

“ (...) os fatores de risco mais preponderantes parecem ser as alterações da marcha e do equilíbrio, a toma excessiva de medicamentos e o historial de quedas no ano anterior. ”



essa intensidade e volume de treino. A programação do treino deve seguir os princípios da periodização do treino que já há muito são conhecidos⁸ e ter em conta que nem todos os participantes poderão e/ou conseguirão atingir determinadas intensidades de treino.

No que se refere ao treino de equilíbrio, as seguintes variáveis parecem ser importantes para a eficácia do treino em idosos saudáveis: um período de treino entre 11 a 12 semanas, uma frequência de treino de 3 vezes por semana, uma duração de sessão entre 31 e 45 minutos, com uma acumulação semanal de 91 a 120 minutos.⁹ Devem ser incluídas as diferentes dimensões de equilíbrio (controlo estático e dinâmico do centro de massa, estratégias posturais antecipatórias e reativas). Para saber como fazer a progressão de treino, será importante para o profissional do exercício ter os resultados da avaliação de equilíbrio

do seu cliente. Uma das baterias mais utilizadas é Fullerton Advanced Balance Scale.¹⁰ Os resultados permitem verificar quais das componentes do equilíbrio são mais importantes treinar. As autoras desta bateria de testes têm também propostas em termos de exercícios e de estruturação de programas de treino de equilíbrio.¹¹

Outro fator importante a considerar no planeamento a longo prazo é o “destraino”, ie, a perda destas qualidades físicas quando os clientes passam algum tempo sem treinar, por exemplo, quando vão de férias. No que se refere à força muscular, parece que os idosos são capazes de reter os ganhos alcançados com o treino pelo menos durante 12 semanas após terem parado o treino.¹² No que diz respeito ao equilíbrio, embora não exista elevada evidência relativamente à componentes de equilíbrio mencionadas anteriormente, um estudo verificou que basta um mês para se detetarem alterações na capacidade de realizar ações locomotoras, sendo que o parâmetro mais sensível é velocidade da marcha.¹³ É interessante ainda considerar que a aptidão muscular (força e flexibilidade) é a mais rápida a conseguir-se recuperar (cerca de 3 meses de treino após “destraino”), enquanto para o equilíbrio dinâmico, é necessário um período maior (cerca de 9 meses de treino após “destraino”).¹⁴

Em suma, para um planeamento de treino mais seguro e eficaz em idosos com risco de queda deve ser tomado em conta que o treino de força e de equilíbrio deve preceder o treino cardiorrespiratório. Em relação ao treino de equilíbrio, os ganhos do treino de força mantêm-se mais tempo e o tempo de retenção será também maior após interrupção do treino. É, por isso, importante a manutenção do programa de exercício a longo prazo para manter os benefícios de treino. Assim, os profissionais de exercício devem estar capacitados para reter os clientes a longo prazo e

conseguir periodizar o treino de forma a manter a sua eficácia. Devem também dar estratégias aos seus clientes para que os mesmos tentem manter um nível mínimo de atividade física nos períodos de interrupção de treino.

Referências

1. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. [Internet]. World Health Organization; 2007. 53 p. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
2. Moniz-Pereira V, Carmide F, Ramalho F, André H, Machado M, Santos-Rocha R, et al. Using a multifactorial approach to determine fall risk profiles in portuguese older adults. *Acta Reumatol Port*. 2013;38(4).
3. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas* [Internet]. 2013;75(1):51–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009>
4. Moniz-Pereira V. O meu cliente tem mais de 65 anos, o que ter em conta ao avaliar a sua condição física? Portugal ativo no 2 [Internet]. 2019;12–3. Available from: https://issuu.com/addmore10/docs/portugal_ativo_n2
5. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane database Syst Rev*. 2019 Jan 31;1(1):CD012424.
6. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh M a., Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009;41:1510–30.
7. Borde R, Hortobágyi T, Granacher U. Dose–Response Relationships of Resistance Training in Healthy Old Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sport Med*. 2015;45(12):1693–720.
8. Ratamess NA, Alvar BA, Evetoch TK, Housh TJ, Kibler W Ben, Kraemer WJ, et al. American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* [Internet]. 2009 Mar [cited 2014 Jul 10];41(3):687–708. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19204579>
9. Lesinski M, Hortobágyi T, Muehlbauer T, Gollhofer A, Granacher U. Dose–Response Relationships of Balance Training in Healthy Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sport Med* [Internet]. 2015 Apr 28;45(4):557–76. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40279-014-0284-5>
10. Rose DJ, Lucchese N, Wiersma LD. Development of a Multidimensional Balance Scale for Use With Functionally Independent Older Adults. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006;87(11):1478–85.
11. Rose DJ. Reducing the risk of falls among older adults: The fallproof balance and mobility program. *Curr Sports Med Rep*. 2011;10:151–6.
12. Lemmer JT, Hurlbut DE, Martel GF, Tracy BL, Ivey FM, Metter EJ, et al. Age and gender responses to strength training and detraining. *Med Sci Sports Exerc*. 2000;32(8):1505–12.
13. Teixeira-Salmela LF, Santiago L, Magalhães Lima RC, Lana DM, Oliveira Camargos FF, Cassiano JG. Functional performance and quality of life related to training and detraining of community-dwelling elderly. *Disabil Rehabil*. 2005;27(17):1007–12.
14. Lee M, Lim T, Lee J, Kim K, Yoon BC. Optimal retraining time for regaining functional fitness using multicomponent training after long-term detraining in older adults. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2017;73(July):227–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2017.07.028>