



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE –
EDUCAÇÃO MÉDICA

WALQUIRIA CRISTINA BATISTA ALVES

**GUIA PARA OFICINA DE DANÇA MARUJADA: PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO
FÍSICA PARA A MELHORIA DA MARCHA E DO EQUILÍBRIO NA PESSOA IDOSA**

BELÉM
2019

WALQUIRIA CRISTINA BATISTA ALVES

**GUIA PARA OFICINA DE DANÇA MARUJADA: PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO
FÍSICA PARA A MELHORIA DA MARCHA E DO EQUILÍBRIO NA PESSOA IDOSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica, do Centro Universitário do Estado do Pará para obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde.

Área de concentração: Educação em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Brandão Carreira.

Co-orientador: Prof. Dr. Leonardo Mendes Acatauassú Nunes.

BELÉM

2019

WALQUIRIA CRISTINA BATISTA ALVES

GUIA PARA OFICINA DE DANÇA MARUJADA: PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO FÍSICA PARA A MELHORIA DA MARCHA E DO EQUILÍBRIO NA PESSOA IDOSA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica, do Centro Universitário do Estado do Pará para obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Luciana Brandão Carreira e co-orientação do Prof. Dr. Leonardo Mendes Acatauassú Nunes.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Bruno Acatauassú Paes Barreto
Centro Universitário do Estado do Pará

Prof^ª. Dr^ª. Ana Emília Vita Carvalho
Centro Universitário do Estado do Pará

Prof. Dr. Sérgio Eduardo Nassar
Universidade Federal do Pará

Data :

Nota:

A Deus, meu guia.

À minha família, grande incentivadora.

AGRADECIMENTOS

À querida professora Luciana Brandão Carreira, que foi, além de orientadora, uma amiga, minha eterna gratidão pela disponibilidade, sabedoria e paciência para mostrar-me o melhor caminho.

Ao professor Leonardo Mendes Acatauassú Nunes, Co-orientador, fundamental para a concretização deste guia.

À Maria de Belém, pelo apoio incondicional na parte administrativa do Cesupa.

À Vaneza Monteiro e Márcia Gonçalves, bibliotecárias do Cesupa, pelas contribuições no levantamento bibliográfico e formatação do estudo.

A todos os professores do Mestrado pela transmissão dos conhecimentos.

Aos meus amigos da Turma do Mestrado, pelo apoio e amizade ao longo desses anos: com vocês a caminhada foi mais divertida.

À banca da Defesa, formada pelos professores: Bruno Acatauassú, Ana Emília Vita e Sérgio Nassar, pela disponibilidade e interesse em contribuir com a pesquisa.

RESUMO

As correlações mantidas entre o campo da Educação Física e as expressões culturais permitem conceber o corpo também como instrumento de comunicação, expressão, lazer e cultura, passível de alicerçar inúmeras propostas de ensino e aprendizagem, ampliando as possibilidades de utilização da Educação Física. Com o envelhecimento do corpo, as repercussões musculoesqueléticas podem prejudicar a marcha e o equilíbrio, aumentando o risco para as quedas e prejudicando a qualidade de vida das pessoas idosas, sobretudo das sedentárias. **Objetivo:** O presente estudo, inserido no campo do Ensino em Saúde, teve como objetivo a confecção de um Guia, enquanto instrumento metodológico para orientar professores da área da Educação Física para a prática de oficinas de Marujada – dança típica do Estado do Pará – junto à população de idosos, a fim de estimular a prática da dança; diminuir o sedentarismo entre os idosos; multiplicar os educadores treinados para tais práticas; promover a melhoria do equilíbrio e da marcha em pessoas idosas, considerando ser a dança um fator preventivo às quedas e de melhoria na qualidade de vida. **Método:** o Guia ilustrado contou com a ajuda de uma designer gráfica; foram utilizados os Softwares: Adobe Illustrator CC, Adobe Photoshop CC e Adobe Indesign CC para as ilustrações; impresso em janeiro 2019 pela Editora Twee, com fonte PT Sans corpo 12, miolo em papel Offset 150g/m², capa em Triplex 300g/m; obteve ISBN 978-85-68366-45-5, com depósito legal e registro na Fundação Biblioteca Nacional; em seu conteúdo, são apresentadas as *Escalas de equilíbrio funcional de Berg* e o *Time up and go – TUG*, bem como a maneira como devem ser aplicadas; apresenta também o modo como a oficina de dança Marujada é executada, além de informações sobre o tema do envelhecimento, do equilíbrio e da marcha em idosos. **Conclusão:** Espera-se que o produto deste mestrado profissional se torne um instrumento capaz de multiplicar os conhecimentos para o treinamento de profissionais da área de Educação Física, no âmbito da educação continuada, e que ele atenda aos pressupostos de uma política preventiva e integradora.

Palavras-Chave: Ensino em Saúde, Pessoas idosas, Marcha, Equilíbrio, Marujada.

ABSTRACT

The correlations between the field of physical education and cultural expressions allow the body to be conceived as an instrument of communication, expression, leisure and culture, capable of supporting innumerable teaching and learning proposals, increasing the possibilities of using physical education. With the aging of the body, skeletal muscle repercussions can impair gait and balance, increasing the risk for falls and impairing the quality of life of the elderly, especially the sedentary. **Objective:** The objective of this study, in the field of Health Teaching, was to prepare a Guide as a methodological tool to guide Physical Education teachers to practice workshops in Marujada, a dance typical of the state of Pará, together the elderly population, in order to stimulate the practice of dance; decrease the sedentary lifestyle among the elderly; multiply educators trained for such practices; to promote the improvement of balance and gait in the elderly, considering that dance is a preventive factor for falls and improvement in quality of life. **Method:** the Illustrated Guide relied on the help of a graphic designer; we used the Softwares: Adobe Illustrator CC, Adobe Photoshop CC and Adobe Indesign CC for the illustrations; printed in January 2019 by Twee Publishing Company, with PT Sans body 12 source, kraft paper 150g / m² Offset, Triplex cover 300g / m; obtained ISBN 978-85-68366-45-5, with legal deposit and registration with the National Library Foundation; in its content, Berg 's Functional Balance Scales and Time up and go - TUG are presented, as well as the way in which they should be applied; also presents the way the Marujada Dance workshop is performed, as well as information on the theme of aging, balance and gait in the elderly. **Conclusion:** It is expected that the product of this professional master's degree will become an instrument capable of multiplying the knowledge for the training of professionals in the area of Physical Education, in the scope of continuing education, and that it meets the assumptions of a preventive and integrative policy.

Key words: Health Teaching, Elderly People, March, Balance, Marujada.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - As fases da Marcha.....	
Quadro 2 - Fatores de Risco de Quedas.....	
Quadro 3 - Danças das Regiões do Brasil	

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	14
3	O PRODUTO.....	15
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
4.1	Equilíbrio da pessoa idosa.....	16
4.2	Marcha da pessoa idosa.....	18
4.3	Os testes e o Risco de quedas na população idosa.....	20
4.4	A Dança.....	24
5	JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	29
6	METODOLOGIA.....	30
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32
	APÊNDICE.....	35
	ANEXOS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Pensar a dança implica refletir sobre um campo que é, sobretudo cultural, mas também estético, técnico, religioso, terapêutico, lúdico e linguístico.

(Denise Siqueira)

A Educação Física tem como objeto de estudo o movimento humano e a importante tarefa pedagógica de desenvolver cada uma das manifestações do movimento, expressas em diferentes modalidades, tais como o jogo, o esporte, a dança, a ginástica e a luta, para citar apenas alguns exemplos. A Educação Física também guarda como fundamento o estudo de suas práticas e os benefícios que elas podem proporcionar, sejam estes fisiológicos ou psicológicos. Ademais, as correlações mantidas entre o campo da Educação Física e as expressões culturais e sociais vigentes, determinam, segundo Neira e Ferraz (2009), as muitas possibilidades de sua utilização, permitindo concebê-la também como instrumento de comunicação, expressão, lazer e cultura, passível de alicerçar inúmeras propostas de ensino e aprendizagem.

Em seu ambiente de atuação, o professor de Educação Física deve buscar relacionar a sua prática com as questões culturais da sua região, a fim de interferir na realidade em que está inserido. É necessário, portanto, que o professor avalie tanto o ambiente quanto os alunos com os quais ele lida, para que assim ele possa eleger quais conteúdos trabalhar, bem como o método a ser desenvolvido em seu trabalho. Essa preocupação implica, necessariamente, em dar significado às práticas corporais trabalhadas como conteúdos (NEIRA; FERRAZ, 2009).

A dança faz parte do conjunto de conteúdos de ensino da Educação Física e integra o patrimônio histórico cultural da humanidade. Como linguagem lúdica e artística, ela possibilita o desenvolvimento da criatividade e a ampliação do campo expressivo de quem a pratica. Não podemos deixar de mencionar que a dança faz parte do contexto dos Parâmetros Curriculares Nacionais, tanto do curso de graduação em Educação Física, como dos cursos de graduação em Artes, tratando-se, portanto, de uma prática da cultura corporal a ser desenvolvida de forma interdisciplinar na escola. (BRASIL, 2007).

Ao longo da história da humanidade, a dança sempre esteve presente como uma forma de diálogo entre corpo e cultura, participando da comunicação e identidade de diferentes grupos sociais.

No que diz respeito a minha história em particular, a motivação para o presente estudo resulta de uma trajetória dedicada à área educacional, especialmente à prática pedagógica em Educação Física gerontológica, onde atuei em diversas entidades por meio da atividade da dança com pessoas idosas, sempre implicada em estudar sobre o tema e interessada em como articular melhor as minhas observações práticas às intervenções através das atividades rítmicas, sobretudo, interessada em como melhorar a qualidade de vida das pessoas por meio das danças com as quais me propunha a trabalhar.

Portanto, a pesquisa na dança e a sua importância na área da saúde são os propulsores das minhas atividades acadêmicas. A partir dos diferentes saberes e pensadores da cultura, estabelecendo relações entre a educação, os estudos sobre o corpo, dança e escola, considero que a minha trajetória na Educação Física se constrói através do processo de promoção da saúde, ampliando as reflexões encontradas no universo da dança, especialmente no âmbito escolar, valorizando a diversidade existente no amplo contexto da cultura.

Aquando acadêmica de Educação Física, tive a oportunidade de estagiar desenvolvendo a dança em pessoas idosas, fato que despertou o meu interesse por aprofundar os meus conhecimentos nessa área desde aquela época. Além disso, com o crescente envelhecimento populacional, meu interesse se multiplicou, devido aos desafios provenientes deste crescimento.

O envelhecimento populacional é um fenômeno de caráter multidisciplinar, pesquisado por diferentes áreas do conhecimento, ocasionado pela queda da natalidade e pelo aumento da expectativa de vida. A população idosa cresceu significativamente e vem transformando a sociedade, com a necessidade de profissionais qualificados para atender esse público.

Segundo dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui uma população de aproximadamente 30 milhões de pessoas acima dos 60 anos (IBGE, 2018) com projeções, daqui a uma década, que essa quantidade de pessoas idosas aumentará, chegando a, aproximadamente, 37 milhões, fato que já desafia a qualidade de vida de muitos cidadãos e cidadãs. O Estado do Pará possui atualmente a população média de 8.513,497 pessoas, (IBGE, 2018) sendo que o número de idosos está em torno de 653 mil, representando 7,2% da população total. A cidade de Belém, capital do Estado, possui uma população de 140.163 pessoas idosas, representando 9,7% da população total, o que nos permite dizer que o Estado e a capital são envelhecidos. Isto porque, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para que um local seja considerado envelhecido, ele deve possuir 7% de pessoas idosas em relação à sua população total.

Apesar da expectativa de vida dos brasileiros ter apresentado um aumento contínuo nos últimos anos, muitos idosos vivem um longo período de suas existências em condições precárias de saúde. Viver mais não tem sido sinônimo de viver bem, há um declínio na independência do indivíduo com a diminuição da força muscular dos membros inferiores, levando a um maior risco de quedas e maior probabilidade de instabilidade ou imobilidade, podendo influenciar na autonomia, bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como a mudança no perfil epidemiológico e demanda nos serviços de saúde. Esses aspectos implicam na elevação dos custos diretos e indiretos para o sistema de saúde, fazendo do envelhecimento um fenômeno que precisa de ampla discussão, a fim de produzir políticas públicas de prevenção e promoção da saúde.

Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revelou que os homens convivem com alguma doença por 13,5 anos em média, e as mulheres, por 11,5 anos, portanto é de suma importância adotar um estilo de vida saudável e a prática de atividades físicas é fundamental para a manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas. Ao se comparar com outras faixas etárias, a população idosa possui o maior número de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) (COSTA; VERAS, 2003), as quais podem trazer deficiências, perda de autonomia ou impotência sexual. Soma-se a isso, o período de aposentadoria e situações marcantes de perdas nos âmbitos familiares e sociais (MIYAMOTO et al, 2004).

Outro aspecto que merece uma atenção especial é o grau de independência, pois o envelhecimento acarreta alterações morfológicas e funcionais, fazendo com que a pessoa idosa tenha instabilidade postural em virtude das alterações do sistema motor e sensorial, podendo levar à alteração no padrão da marcha e do equilíbrio, por conta da diminuição da função muscular, resultante da sarcopenia e do aumento da gordura subcutânea e intramuscular. A avaliação da marcha e do equilíbrio são partes essenciais para uma vida com independência; posto que, com o envelhecimento, o aparelho locomotor sofre importantes modificações. Estas alterações geram diminuição na velocidade da caminhada e da habilidade para subir escadas, provocando dificuldade para a execução, até mesmo, do simples gesto da pessoa se levantar de uma posição sentada. As situações narradas favorecem os episódios de quedas, evento de causa multifatorial, que pode acarretar graves consequências na vida dessa pessoa.

Segundo o DATASUS (Departamento de Informática do SUS), as quedas representam um delicado problema de saúde pública, consideradas como um dos fatores de maior participação no processo de agudização de doenças crônicas respiratórias, elevando a mortalidade em pessoas idosas, ocasionando o aumento da ingestão de medicamentos e do tempo de permanência em um leito hospitalar. É nessa direção que enfatizamos a importância do rastreio do risco de quedas no ambiente em que tais pessoas vivem, para subsequente encaminhamento de intervenções específicas, a fim de minimizarmos o aumento dos dados anteriormente descritos.

Para que ocorra a redução substancial na incidência das doenças crônicas, são necessárias mudanças no estilo de vida, com o incentivo à prática de atividades físicas e a promoção de hábitos alimentares saudáveis, uma vez que a maioria desses quadros está relacionada ao consumo inadequado de alimentos e ao sedentarismo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2006), o envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. A atividade continuada permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, levando-as a participarem da sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidade, protegendo-as e lhes promovendo segurança, além dos devidos cuidados quando necessários.

Essa abordagem mais ampla sobre o envelhecimento baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização. Há um deslocamento do foco dos cuidados, que deixa se dirigir prioritariamente às necessidades nas quais as pessoas idosas são consideradas alvos passivos, para outro polo de cuidados, centrado no direito à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que as pessoas envelhecem. Nessa ampla concepção divulgada pela Organização Mundial de Saúde, uma complexa rede de fatores relacionados à cultura e gênero é considerada determinante no envelhecimento ativo, em que são valorizados desde os serviços sociais e de saúde, ao comportamento e aspectos pessoais, que também englobam o ambiente físico e os fatores econômicos.

A adoção de um estilo de vida saudável e a participação ativa no cuidado da própria saúde são fatores importantes, independentemente do estágio em que se vive. Um dos mitos do envelhecimento é a crença de que é muito tarde para se adotar mudanças de hábitos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas pode prevenir muitas

doenças, bem como o declínio funcional, aumentando a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo.

A longevidade tem implicações importantes na qualidade de vida, podendo trazer problemas, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. No entanto, se as pessoas envelhecerem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais e permanecendo ativos, é possível ter uma boa qualidade de vida.

O grande desafio que se propõe aos indivíduos é conseguir uma sobrevivência cada vez maior, tornando-se independentes e autônomos. Assim como seu oposto, uma velhice patológica depende do seu desenvolvimento, que é marcado por influências genéticas, biológicas, psicológicas e socioculturais, sendo que acreditamos no controle de alguns desses fatores através do exercício físico realizado de forma sistemática na promoção de um envelhecimento saudável. A nossa proposta é analisar os efeitos da Marujada, dança típica do Estado do Pará, na melhoria da marcha e do equilíbrio da pessoa idosa e lhes proporcionando melhor qualidade de vida.

Assim, é fundamental que façamos o rastreamento do risco de quedas no ambiente em que tais pessoas vivem para subsequente encaminhamento de intervenções específicas, a fim de minimizarmos o aumento dos dados anteriormente descritos.

Entretanto, para que uma redução substancial na incidência das quedas em idosos se cumpra, são também necessárias mudanças no estilo de vida, como a prática de atividades físicas. Dentre estas, destacamos uma excelente alternativa: a DANÇA.

É nessa direção que apresentamos esse Guia Ilustrado, destinado aos profissionais da área da Educação Física, com o objetivo de orientá-los, para que possam realizar de modo competente e embasado oficinas de dança junto às pessoas idosas cuja vulnerabilidade para a queda esteja insinuada ou instalada. Trata-se, portanto, de uma alternativa de intervenção em saúde, mais especificamente no âmbito da educação em saúde, atendendo aos pressupostos de uma política preventiva e integradora.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Confecção de um Guia Ilustrado, enquanto instrumento metodológico, que oriente os professores de Educação Física para a execução de oficinas de dança Marujada.

Objetivos específicos

- Estimular a prática da dança e diminuir o sedentarismo entre as pessoas idosas, incentivando o envelhecimento ativo e saudável;
- Promover a melhoria do equilíbrio e da marcha em pessoas idosas;
- Favorecer a capacitação de professores de Educação Física para a execução da oficina Marujada;
- Favorecer o treinamento dos professores de Educação Física para a aplicação das *Escalas de equilíbrio funcional de Berg* e o *Time up and go – TUG*.
- Estimular a avaliação da marcha e do equilíbrio das pessoas idosas, na perspectiva da prevenção de quedas.

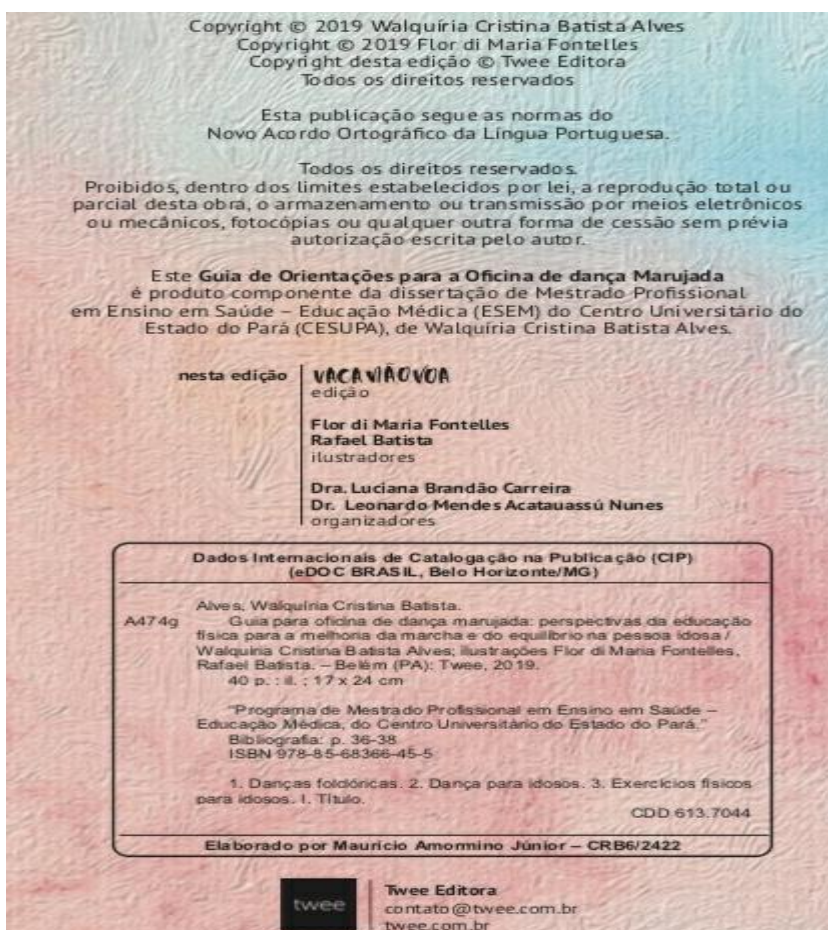
3 O PRODUTO:

Como produto desta dissertação de Mestrado, foi confeccionado um pequeno livro composto por 44 páginas, impresso e ilustrado, caracterizado por se tratar de um Guia que oferece informações para orientar os passos a serem seguidos para a execução da oficina de dança Marujada. A confecção do Guia contou com a participação de uma designer gráfica.

Para a sua confecção, foram utilizados os seguintes Softwares: Adobe Illustrator CC, Adobe Photoshop CC e Adobe Indesign CC.

O Guia foi impresso em janeiro de 2019, pela Editora Twee, com fonte PT Sans corpo 12, miolo com suporte em papel Offset 150g/m², capa em Triplex 300g/m.

Intitulado “GUIA PARA OFICINA DE DANÇA MARUJADA: PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO FÍSICA PARA A MELHORIA DA MARCHA E DO EQUILÍBRIO NA PESSOA IDOSA”, dele foi feito o depósito legal junto à **Fundação Biblioteca Nacional**, bem como gerado **ISBN 978-85-68366-45-5**.



4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Equilíbrio da pessoa idosa

O processo de envelhecimento causa modificações funcionais e estruturais no corpo humano. São várias as estruturas e sistemas responsáveis pelo equilíbrio corporal. Cada uma delas sofre modificações fisiológicas (naturais) gradativas ao longo da vida, que podem ainda ser agravadas por doenças que estejam associadas. O equilíbrio é uma função complexa que depende da integração dos estímulos periféricos ou aferentes, coordenação central e resposta neuromuscular ou eferente, particularmente a força muscular e o tempo de reação. Durante o processo natural do envelhecimento ocorre declínio dos sistemas somatosensorial (proprioceptivo), visual e vestibular que controlam o equilíbrio. O sistema nervoso central (SNC) pode sofrer alterações diversas que perturbam o controle postural e equilíbrio, incluindo perda neuronal, perda dendrítica e ramificações reduzidas, metabolismo e perfusão cerebral diminuídos e síntese alterada de neurotransmissores (LIPSITZ; GOLDBERG, 1992).

O controle do equilíbrio é essencial para uma marcha eficiente que é desencadeada pela atividade muscular voluntária, que causa uma redistribuição nas forças internas, fazendo com que o centro de massa assuma uma posição que ultrapasse a zona de estabilidade e permita o seu deslocamento (SANTOS, 2010).

O controle do equilíbrio postural requer a manutenção do centro de gravidade dentro dos limites da estabilização durante situações estáticas e dinâmicas. Cabe ao corpo responder às variações do centro de gravidade, quer de forma voluntária ou involuntária (KRAEMER; TAIROVA, 2008). Para evitar quedas e eventuais perturbações do equilíbrio é primordial que o sistema musculoesquelético desempenhe a sua função na manutenção da estabilidade postural. Estudos apontam que há um déficit de 40% da força muscular após os 50 anos. As alterações nos sistemas responsáveis pelo controle postural em decorrência do envelhecimento alteram as estratégias motoras de reação e antecipatórias (PINHO et al, 2005; PEREIRA, et al, 2013).

A perda total do equilíbrio postural por ineficiência da manutenção do controle postural leva o indivíduo a um evento inesperado e não intencional, que tem como resultado a mudança de posição do corpo para um nível mais baixo em relação à posição inicial. Evento esse definido como queda e frequente na vida do idoso (ALVES; SCHEICHER, 2011; PINHO et al, 2005).

O equilíbrio corporal é um processo automático e inconsciente que possibilita ao indivíduo resistir às influências de desestabilização da gravidade e se mover livremente no meio ambiente. A manutenção do equilíbrio do corpo humano no espaço é uma tarefa complexa, resultado da integração das informações aferentes dos órgãos que constituem o sistema de equilíbrio sob coordenação do cerebelo. Esse sistema de equilíbrio compreende o sistema vestibular, o visual e o somatossensorial. Não existe nenhum sistema sensorial específico para a posição do centro de massa, dessa forma são os três mecanismos de entradas sensoriais que fornecem as informações necessárias.

Tais sistemas sofrem modificações com o processo de envelhecimento, podendo produzir diminuição das respostas dos centros controladores da postura. Da mesma maneira, os músculos efetores podem não ter a capacidade de responder eficientemente às alterações do equilíbrio corpóreo. O tempo de reação e o tempo de movimento são variáveis importantes para reajustar o equilíbrio corporal. Ambos declinam com o avançar da idade, em especial após a terceira década de vida, aumentando significativamente o risco de ocorrência de quedas.

Apesar da aparente simplicidade da tarefa, o controle da postura é um grande desafio para o corpo humano, ele deve ser capaz de regular o equilíbrio em situações instáveis (equilíbrio estático) e ao mesmo tempo ser suficientemente versátil para permitir a rápida iniciação do movimento, sem perder a estabilidade (equilíbrio dinâmico).

Vários aspectos contribuem para a perda, total ou parcial, do equilíbrio e controle corporal, tais como: alterações no sistema vestibular, diminuição das reações neuromotoras de equilíbrio e de contração muscular, diminuição da força muscular, diminuição da coordenação motora, alterações visuoespaciais, alteração da propriocepção com a diminuição da sensibilidade tátil pela atrofia dos receptores, perdas das fibras proprioceptivas e diminuição dos reflexos tendíneos, alterações auditivas, alterações cognitivas, depressão e medicação, entre outros fatores.

Quando as informações originadas nesses órgãos são conflitantes, aparece a tontura, ou seja, a sensação de alteração do equilíbrio corporal. A tontura é queixa comum entre os idosos e pode ser definida como sensação de desequilíbrio, movimento, rotação, oscilação ou inclinação. Também são sintomas que cursam com desequilíbrio, a vertigem (sensação na qual o indivíduo sente o ambiente rodando em relação a ele ou ele em relação ao ambiente), a hipotensão ortostática ou tontura postural (sensação de vazio na cabeça ou sensação de quase desmaio), entre outras.

A sensação de movimento intermitente e imprevisível ou desagradavelmente constante, presente na tontura crônica, pode levar à imperiosa restrição de atividades e, conseqüentemente, ao isolamento, à dificuldade de contato com outras pessoas e com o meio ambiente. Sensações fugazes de desvanecimento ou desfalecimento são frequentes, além de desequilíbrio à marcha e quedas. Devido às inter-relações entre o sistema vestibular e diversas áreas do sistema nervoso central, o indivíduo com tontura habitualmente relata dificuldade de concentração mental, perda de memória e fadiga. A insegurança física leva à insegurança psíquica, irritabilidade, perda de autoconfiança, ansiedade, depressão ou pânico. O controle do equilíbrio é essencial para uma marcha eficiente, desencadeada pela atividade muscular voluntária, que provoca uma redistribuição das forças internas, fazendo com que o centro de massa assuma uma posição que ultrapasse a zona de estabilidade, o que permite o seu deslocamento.

4.2 Marcha da pessoa idosa

A marcha em pessoas idosas tem sido investigada desde 1940, com crescente interesse, dada a importância que a manutenção da mobilidade representa para esse grupo de indivíduos, em termos de autonomia e qualidade de vida (CASTRO, 2000). A marcha é um ato motor complexo que exige a coordenação do tronco, dos membros, músculos e articulações. A ação é executada pelos membros inferiores e pela pelve, agindo de forma coordenada. Para se locomover, é necessário propulsionar o corpo para frente ou para trás; manter o equilíbrio em condição estática e dinâmica; coordenação entre postura, equilíbrio e locomoção com adaptação. A primeira ação é o desvio lateral da pelve. Antes de tirar o pé do solo é necessário deslocar a pelve para levar a projeção do centro da gravidade no solo acima do centro de calcanhar de apoio (VIEL, 2001).

Para descrever a marcha, utiliza-se o ciclo da marcha, que começa quando o calcanhar do membro de referência tem o contato com o solo e termina quando esse mesmo calcanhar tem contato novamente. O ciclo da marcha é dividido em duas fases: uma fase de apoio, que constitui 60% do ciclo e corresponde ao equilíbrio sobre um único pé, com o peso do corpo na vertical do pé de apoio. Nesta fase, os esforços musculares, de sustentação e de equilíbrio são concentrados. A segunda fase é a de oscilação ou balanço, correspondendo a 40% do ciclo com atividade muscular mínima, que se refere à atividade de procurar o solo a sua frente para avançar. (MORAES; MEGALE, 2008). A marcha é influenciada pela idade do indivíduo. Durante a infância o

amadurecimento é progressivo e lento, em torno dos sete anos de idade, os componentes da marcha estão totalmente presentes. Já o adulto apresenta a normalização de todos os parâmetros. O idoso apresenta uma baixa tolerância para situações imprevistas, pois com o avanço da idade, instalam-se modificações como a diminuição do comprimento do passo e das rotações da pelve (VIEL,2001). A velocidade da marcha é um dos aspectos funcionais que mais se altera com o envelhecimento, principalmente após a sétima década de vida (JUDGE; OUNPUU; DAVIS, 1996). Segundo esse mesmo autor, a taxa de declínio da velocidade da marcha é de 12% a 16% por década a partir dos 70 anos. A marcha é um ato inconsciente, automático e de alta complexidade. Para que o indivíduo possa deambular são necessárias à integridade e à sincronia dos níveis sensório-motor superior, médio e inferiores (NUNES, 2008).

O envelhecimento produz alterações posturais no equilíbrio, reduz a integração dos impulsos sensoriais e a rotação pélvica e a mobilidade das articulações, provocando a marcha senil com redução da velocidade, passos curtos, flexão de joelhos e quadris, base alargada e redução do tempo de permanência na fase de oscilação (NUNES, 2008).

A marcha corresponde a um padrão cíclico de movimentos corporais que se repete indefinidamente a cada passo. Definindo-a de modo simples, a marcha pode ser reconhecida como a maneira ou o estilo de alguém caminhar, porém, trata-se de um ato motor complexo que exige a coordenação do tronco, dos membros, dos músculos e das articulações. Com o envelhecimento, as modificações mais visíveis ocorrem durante o apoio unipodal que se encontra fisiologicamente reduzido em indivíduos mais velhos. Essa alteração se associa a redução da segurança no ato de caminhar, prejudicando a estabilidade da marcha. Duas habilidades são imprescindíveis para a execução da marcha:

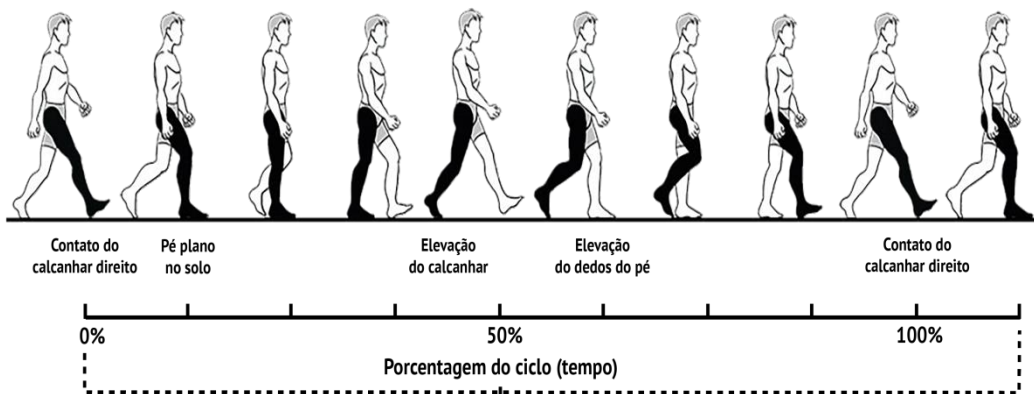
O equilíbrio, que corresponde à capacidade de assumir uma postura e se manter estável; e a locomoção, que diz respeito à habilidade em iniciar e manter o mecanismo rítmico dos passos. O desenvolvimento dos passos varia de acordo com as interferências impostas durante a marcha.

Podemos, didaticamente, dividir o ciclo da marcha em duas grandes fases:

Fase de Apoio: quando um dos pés está em contato com o solo;

Fase de balanço: quando um dos pés está fora do solo.

QUADRO 1 - As fases da marcha:



No processo do envelhecimento ocorre um declínio das habilidades psicomotoras, o que inclui alterações posturais e de equilíbrio que irão afetar a marcha. A marcha eficaz é uma referência de independência ao longo da vida. O desempenho da marcha é um indicativo de qualidade de vida, assim como de declínio cognitivo e quedas, ou seja, pode ser considerado como um marcador de saúde global.

4.3 Os testes e o risco de quedas na população idosa

O crescimento acelerado da população de pessoas idosas leva a prevalência de doenças crônicas degenerativas, principalmente as grandes síndromes geriátricas nas quais se inclui as quedas, porque o processo do envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais.

Segundo a OMS (2012) a queda é um evento inesperado e não intencional que tem como resultado a mudança de posição do corpo para um nível mais baixo em relação à posição inicial caracterizada pela perda total do equilíbrio, por ineficiência da manutenção do controle postural. Estima-se que 15% das admissões hospitalares são de pessoas idosas que sofreram quedas da própria altura.

Considerada como a principal causa de morbidade e mortalidade entre idosos, a queda é um evento frequente, limitador, admitida como um grave problema de saúde pública. A queda muitas vezes decorre da inabilidade do sistema de controle postural, que é responsável pela manutenção do equilíbrio e a recuperação do equilíbrio para os idosos, é primordial porque é a partir desse domínio motor que o idoso realiza atividades físicas e diárias com alguma segurança, com algum domínio dos movimentos e com menor risco de caírem e se acidentarem.

As alterações da marcha e do equilíbrio estão vinculadas a quedas, o que ocasiona maior dependência ao próximo, geralmente um cuidador, configurando o risco da instalação da síndrome do imobilismo, da depressão e da drástica redução na qualidade de vida. A queda é um evento particular do processo do envelhecimento que traz como consequência lesões importantes como o traumatismo crânio-encefálico ou fratura de fêmur, morte e aumento do custo por causa de tratamentos, hospitalização e dependência. A pessoa idosa que sofre queda apresenta diminuição da capacidade funcional, tendência ao isolamento social e fragilidade física que o torna um indivíduo em constante dependência de um familiar ou cuidador. A queda está diretamente relacionada ao equilíbrio, que na pessoa idosa está alterado por conta da fisiologia do envelhecimento, associada às patologias e características do indivíduo, além de comportamentos de risco que ele tende a apresentar. As quedas podem causar fraturas e medo constante de cair (ALMEIDA; NEVES, 2012), limitando progressivamente a participação de idosos em suas atividades de vida diária (UCHIDA; BORGES, 2013).

Para evitar quedas e eventuais perturbações do equilíbrio é primordial que o sistema musculoesquelético desempenhe a sua função na manutenção da estabilidade postural. Estudos apontam que há um déficit de 40% da força muscular após os 50 anos. As alterações nos sistemas responsáveis pelo controle postural em decorrência do envelhecimento alteram as estratégias motoras de reação e antecipatórias (PINHO, et al, 2005; PEREIRA, et al, 2013).

A principal taxa de quedas acontece em instituições de longa permanência ou hospitais. Porém para o idoso que vive na comunidade, a maioria das quedas ocorre em seu próprio domicílio. O idoso que vivenciou mais de duas quedas é aquele mais propenso a novos acidentes por quedas e, portanto, necessitando de avaliação que priorize a procura de fatores intrínsecos e extrínsecos envolvidos nesse tipo de episódio.

A probabilidade de cair aumenta proporcionalmente com o número de fatores de risco. Conseguindo eliminar um fator de risco, a probabilidade de cair também diminui. Isto é essencial para os idosos que, em geral, apresentam múltiplos fatores de risco para quedas, sendo que alguns são modificáveis.

Os fatores responsáveis pelas quedas podem ser classificados como intrínsecos, ou seja, decorrentes de alterações relacionadas ao processo do envelhecimento, às doenças e aos efeitos causados pelo uso de medicamentos e extrínsecos, aqueles que dependem de circunstâncias sociais e ambientais, criando um desafio para o idoso.

QUADRO 2 - Fatores de riscos:

Fatores Intrínsecos	Fatores Extrínsecos
Histórico de quedas	Uso de Calçados inadequados
Sexo feminino	Ausência de equipamentos (barras) de proteção em locais de risco (banheiro, quarto)
Idade avançada (80 anos ou mais)	Presença de tapetes no ambiente
Síndrome da Fragilidade	Pisos escorregadios
Sarcopenia	Baixa luminosidade do ambiente
Comprometimento Sensorial (Visual, auditivo, neurológico e vestibular)	Polifarmácia
Incontinência Urinária e Fecal	Isolamento social
Comprometimento da Marcha (Osteoartrite, Doença de Parkinson)	Hospitalização

Fonte: Elaborado pela a autora

Em decorrência dos danos provocados por esse grave evento, muitos idosos desenvolvem o medo intenso da queda, o que os levam a um conjunto de consequências clínicas, apontadas a seguir:

São consequências das quedas em pessoas idosas:

- Restrição de atividades;
- Redução e/ou modificação do seu papel ocupacional;
- Fator de risco para a institucionalização do idoso;
- Ansiedade;
- Depressão;
- Declínio funcional;
- Fobia;
- Medo de se levantar ou sentar sem apoio;
- Relacionamento familiar fragilizado;
- Internação Hospitalar;
- Morte.

As principais consequências causadas pelas quedas nos idosos são: 60% com ferimentos graves, 40% com fraturas. As fraturas parecem atribuir ao idoso maior vulnerabilidade a novos episódios, independentemente de sua frequência. Devido a esses ferimentos, os idosos comumente sofrem com a limitação de suas atividades, ocasionando um declínio funcional nas atividades de vida diária e isolamento social, com diminuição de atividades da vida diária, sensação de insegurança e fragilidade, gerando assim um medo das consequências ligadas à queda. Sendo assim, a partir dos danos físicos, inicia uma reação em cadeia que ocasiona danos econômicos, sociais e psicológicos. Com isso, a dependência da pessoa idosa provoca desafios para ela, para a sua família e cuidadores que necessitam de condições diversas para a manutenção de cuidados essenciais a favor da recuperação ou adaptação do idoso após a queda. Sendo assim, as quedas representam um dos principais problemas clínicos observados na população idosa e da saúde pública em virtude da alta incidência, das consequências para a saúde e dos elevados custos assistenciais.

Estratégias podem ser adotadas para transformar ou eliminar os fatores de risco passíveis de atuação, conseqüentemente, uma redução significativa de quedas, sendo a dança uma excelente forma de melhorar a marcha e o equilíbrio.

Alguns testes auxiliam a condução clínica de muitos casos, dentre os quais destacamos os seguintes:

1) Escala de equilíbrio funcional de Berg (ANEXO A): é muito utilizada para determinar os fatores de risco para perda da independência e para quedas em idosos. A escala avalia o equilíbrio em 14 itens comuns à vida diária. Cada item possui uma escala ordinal de cinco alternativas que variam de 0 a 4 pontos, sendo que a pontuação máxima é de 56 pontos. Quanto menor a pontuação, maior o comprometimento da estabilidade do indivíduo. Essa escala é muito utilizada em pesquisas científicas para monitorar o estado de equilíbrio do paciente, o desenvolvimento de eventuais patologias, prever quedas (score igual ou menor a 45 pontos). É a escala que melhor prevê status de quedas nas pessoas idosas e ressalta-se em relação a outras escalas, pois avalia diversos aspectos do equilíbrio com equipamentos de baixo custo, como escada de dois graus, cadeira com e sem apoio de membros superiores, cronômetro e fita métrica. Os pontos são baseados no tempo em que uma posição pode ser mantida, na distância que o membro superior é capaz de alcançar à frente do corpo e no tempo para completar a tarefa. Quanto menor a pontuação atingida pelo indivíduo, maior será o seu risco de queda.

2) *Time up and go – TUG* (ANEXO B): avalia a mobilidade das pessoas idosas e associa esta mobilidade ao risco de quedas. Serão avaliados os padrões de resposta de acordo com 14 itens dispostos no instrumento, com escores que variam de 0 a 4, sendo “zero” o indício de uma necessidade moderada ou máxima para realizar a atividade e “quatro” a indicação da capacidade para a realização da tarefa sem auxílio. A pontuação difere quanto ao tempo de realização da atividade e o auxílio na realização. Tal instrumento também infere o risco de queda, definido quando o escore encontra-se abaixo de 45 pontos.

O “*Time up and go – TUG*” é útil para avaliarmos o risco de quedas relacionado a distúrbios da marcha e do equilíbrio, pois quantifica o tempo gasto pelo paciente no percurso de 03 metros. Ao sinal dado, o participante levanta da cadeira, caminha até um marcador, contorna o marcador, retorna à cadeira e senta o mais rápido possível. Os avaliados começarão os testes em posição sentada com uma postura ereta, mãos sobre as coxas e os pés apoiados no chão. Serão lembrados de que é um teste de tempo e que o objetivo é caminhar o rápido possível (sem correr). Esse trajeto é cronometrado e o ideal é que o teste seja realizado em três tentativas. É considerado dentro da faixa de normalidade o tempo de 10 segundos para pessoas idosas saudáveis, 10 a 20 para pessoas idosas frágeis e, quando acima de 20 segundos, recomenda-se uma avaliação mais detalhada.

4.4 A Dança

A dança no Brasil tem origem nos mais variados lugares. Há uma mistura de ritmo e som que faz as pessoas criarem cada vez mais passos e modos diferentes de dançar. Por exemplo, os índios do Brasil, segundo Bogêa (2002), têm seus rituais dançados ao som dos atabaques. Alguns aspectos de suas danças são preservados até hoje.

No Brasil, a dança ligada à Educação Física surge na década de 1920, por agregação de movimentos ginásticos em suas bases elementares. Já em 1940, foi incluída na formação de professores de Educação Física, e gerou um núcleo que liderou a disseminação da dança em diferentes modalidades, posteriormente tornando-se parte dos currículos de licenciatura. Continuou a passar por transformações e em 1980 foi reformulado à licenciatura e ao bacharel, confirmando a necessidade dos professores de Educação Física de desenvolver saberes e competências em relação à dança e suas diferentes manifestações.

O Brasil é um país que tem na sua cultura popular expressões significativas, que possibilitam inúmeras oportunidades de aprendizagem através de músicas, danças e festas populares. Cortês (2000) afirma que as manifestações da cultura popular se modificam juntamente com as mudanças da sociedade em que estão inseridas, sendo parte fundamental dos diversos modos de pensar, sentir e agir de um povo, presentes em seu contexto sociocultural historicamente construído.

Temos as classificações das danças por região, onde cada uma possui sua dança tradicional, bem como as festas. A seguir, vamos citar algumas danças das regiões, com base no trabalho de Cortês (2000).

Quadro 3 - Danças das regiões do Brasil

Norte:	Carimbó, Marujada (Retumbão), Lundu da Ilha do Marajó, Xote Bragantino, Vaqueiros do Marajó, Marabaixo, Batuque, Siriá, Boi-de-Máscara.
Nordeste:	Guerreiro, Frevo, Xaxado, Quilombo, Caninha Verde, Maracatu, Caboclinhos, Ciranda, Coco, Capoeira.
Centro-Oeste	Catira, Chupim, Cururu, Siriri, Engenho de Maromba, Cavalhada.
Sudeste:	Ticumbi, Congos, Congados ou Congadas, Moçambique, Catopês, Jongo, Caboclinhos ou Caiapós, Folias de Reis, Marujos, São Gonçalo, Calango Mineiro.
Sul:	Caranguejo, Chimarrita, Pezinho, Balaio, Maçanico, Rancheira, Pau-de-Fita, Tatu, Chula, Tirana do Lenço. Danças do Fandango Paranaense: Xará-Grande, Anu, Tonta e Recortado.

Fonte: Cortês (2000).

Atualmente, a dança na perspectiva da cultura corporal é promotora de desenvolvimento e autonomia corporal que segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1998) – PCNs de Educação Física, a dança se classifica como um de seus conteúdos, possibilitando o desenvolvimento da cultura corporal na comunidade escolar.

A dança é conceituada como uma atividade lúdica e artística, sendo também uma forma de comunicação praticada com o corpo. Quando realizada em grupos, pode auxiliar a expressão das emoções, exercitar a memória e a coordenação motora. A dança tem por referência a repetição de sequências de movimentos com um determinado ritmo (GUIMARÃES et al, 2012). Sua origem deriva da necessidade de interação social e de comunicação não verbal, tornando-se uma expressão humana que varia conforme as diferentes culturas, classes sociais e gerações (KATTENSTROTH et al, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a prática de atividade física para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, em especial das pessoas idosas, que muito contribui para evitar doenças crônicas degenerativas, sendo a dança uma ótima opção no tratamento de inúmeras patologias, como o Parkinson (FOSTER et al, 2013), a epilepsia (FARINAS, 1980) as demências (RYLLAT, 2012), a depressão e ansiedade (GUIMARÃES et al, 2012). Portanto, observamos na literatura que a dança é potencialmente intervencionista na promoção da saúde, além do que melhora o desempenho físico, produz benefícios emocionais, sociais e cognitivos. Não podemos esquecer que estamos em um país dançante, levando em consideração a diversidade de manifestações rítmicas e expressivas existentes do norte ao sul do nosso Brasil. Desse modo, a dança corresponde a uma rica atividade multifatorial, capaz de desenvolver em seus praticantes uma melhora nas capacidades físicas e afetivas (DARIDO; RANGEL, 2005). O ser humano utiliza a dança como linguagem corporal, simbolizando alegrias, tristezas, vida e morte, para celebrar o amor, a guerra e a paz, ou seja, ela torna capaz a simbolização de vários aspectos da vida humana (NANNI, 2005). Dançar é uma atividade que pode ser iniciada em qualquer época da vida, dos quatro aos noventa anos, ou seja, sem restrições de idade para a sua execução ou começo.

Há indícios que a prática regular de dança em longo prazo é uma ótima opção de exercício aeróbico para os idosos. Contribui para o aumento e manutenção do condicionamento físico, da flexibilidade, força muscular, equilíbrio, marcha e melhora da capacidade motora, através dos movimentos complexos. Previne o declínio cognitivo e proporciona melhora na qualidade de vida e integração social (GONZAGA, et al, 2011; GUIMARÃES, et al, 2012).

A pessoa idosa tem um corpo maduro, sábio e um corpo aprendiz, é diverso e acomoda as experiências da vida com suas diferenças. Com isso a dança deverá ser criativa, inter-relacional, expressiva, crítica e contemporânea e possibilitar conquistas aos alunos, pois ampliam seus conhecimentos, sensibilidades e suas relações com o mundo. Assim qualquer pessoa tem o direito de dançar, explorar, conhecer, sentir e expressar sua subjetividade pela dança (TOLOCKA; LEME; ZANUZZO, 2011).

A Marujada

Trata-se de um auto dramatizado, onde predomina o canto sobre a dança. Há uma origem comum entre a Marujada de Bragança e a Irmandade de São Benedito. Quando os senhores brancos atenderam ao pedido de seus escravos para a organização de uma Irmandade, foi realizada a

primeira festa em louvor a São Benedito. Em sinal de reconhecimento, os negros foram dançar de casa em casa para agradecer a seus benfeitores.

A Marujada é constituída quase exclusivamente por mulheres, cabendo a estas a direção e a organização. Os homens são tocadores ou simplesmente acompanhantes. Não há número limitado de marujas, nem tampouco há papéis a desempenhar. Nem uma só palavra é articulada, falada ou cantada como auto ou como argumentação. Não há dramatização de qualquer feito marítimo.

A Marujada de Bragança é estritamente caracterizada pela dança, cujo motivo musical único é o Retumbão.

A organização e a disciplina são exercidas por uma "capitosa" e por uma "sub-capitosa". É a "capitosa" quem escolhe a sua substituta, nomeando-a "sub-capitosa", que somente assumirá o bastão de direção por morte ou renúncia daquela.

As marujas usam blusa branca, toda pregueada e rendada. A saia, comprida e bem rodada, é vermelha ou branca com ramagens de uma dessas duas cores. A tiracolo levam uma fita azul ou vermelha, conforme ramagem ou o colorido da saia. Na cabeça usam um chapéu todo emplumado e cheio de fitas de várias cores. No pescoço usam um colar de contas ou cordão de ouro e medalhas. A parte mais vistosa dessa indumentária é o chapéu. Os modernos são de carnaúba, palhinha ou mesmo de papelão, forrado na parte interna e externa. A aba tem papel prateado ou estanhado; na lateral o papel tem várias cores; e em torno, formando um ou mais cordões em semicírculos, são colocadas alças de casquinhos dourados, prateados ou coloridos e espelinhos quadrados ou redondos. No alto do chapéu são colocadas plumas e penas de aves de diversas cores, formando um largo penacho, com mais ou menos cinquenta centímetros de altura. Da aba, na parte posterior do chapéu, descem ao longo da costa da maruja, numerosas fitas multicores. O maior número ou largura das fitas, embora não indicando hierarquia, é reservado às mais antigas.

Os homens, músicos e acompanhantes, são dirigidos por um capitão. Eles se apresentam de calça e camisa branca ou de cor, chapéu de folha de carnaúba revestido de pano, sendo a aba virada de um dos lados.

Os instrumentos musicais são: tambor grande e pequeno, cuíca, pandeiros, rabeca, viola, cavaquinho e violino.

As marujas caminham ou dançam em duas filas. À frente de uma delas a "capitosa" e a frente da outra a "sub-capitosa", empunhando aquela um pequeno bastão de madeira, enfeitado de papel,

tendo na extremidade superior uma flor. Atrás e ao centro, fechando as duas alas, vão os tocadores e os demais marujos.

Em fila, a dança é de passos curtos e ligeiros, em volteios rápidos, ora numa direção, ora noutra, inversamente. Assim elas caminham, descrevendo graciosos movimentos, tendo os braços ligeiramente levantados para frente à altura da cintura, como se tocassem castanholas. Dançando, obedecem à música plangente do compasso marcado pelo tambor grande.

No dia 26 de dezembro, consagrado a São Benedito, há na casa do juiz da Marujada um almoço, do qual participam todas as marujas e pessoas especialmente convidadas. O jantar é oferecido pela juíza, na noite desse dia. Em 1º de janeiro, o juiz escolhido para a festa seguinte é o anfitrião do almoço desse dia. Durante o ágape é transmitido ao novo juiz da festa o bastão de prata com uma pequena imagem de São Benedito, que é o emblema do juiz, usado nos atos solenes da festividade.

5 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

As pessoas idosas, geralmente com autonomia restrita, são mais propensas às quedas. Os benefícios da dança se devem ao fato dessa atividade melhorar o condicionamento físico, o ritmo, a flexibilidade e a força, contribuindo para a autonomia, independência e bem-estar (SILVA et al, 2012). Nesta realidade, a dança, se praticada de modo regular, pode atenuar algumas patologias, prevenir o declínio cognitivo, contribuir para a melhoria da coordenação motora e do equilíbrio funcional, além de contribuir para a socialização. Logo, a presente pesquisa se justifica pela possibilidade dela oferecer, aos professores de Educação Física, um material didático que sirva de Guia para que possam ministrar, de modo competente e embasado, oficinas de dança junto às pessoas idosas cuja vulnerabilidade para a queda esteja insinuada ou instalada.

O valor social deste estudo justifica-se pelo número reduzido de materiais didáticos de fácil acesso que embasem tais treinamentos. Em última instância, o estudo se justifica pela contribuição que ele oferece ao entendimento de estratégias que promovam a diminuição da problemática da perda do equilíbrio e das consequências agravadas por uma queda na população idosa.

6 METODOLOGIA

Para a confecção do PRODUTO, inicialmente se fez uma pesquisa bibliográfica sobre o tema. As informações inseridas no GUIA são embasadas, portanto, em artigos científicos, dissertações, teses e capítulos de livros. Tais pesquisas foram feitas através do levantamento na base de dados do portal regional da ABVS, base de dados Lilacs, medline, PEDro e SciELO.

A construção do Produto (GUIA) obedeceu aos seguintes passos metodológicos:

1) Preparação:

1.1. Definição do objetivo;

1.2. Criação do Roteiro;

1.3. Edição do Texto;

1.4. Criação das ilustrações: foram utilizados os Softwares Adobe Illustrator CC, Adobe Photoshop CC e Adobe Indesign CC para as ilustrações;

1.5. Formatação do Guia;

1.6. Registro junto à Fundação Biblioteca Nacional;

1.7. Geração do ISBN 978-85-68366-45-5;

1.8. Depósito legal;

1.9. Envio para a gráfica, com a impressão do material: impresso em janeiro de 2019, pela Editora Twee, com fonte PT Sans corpo 12, miolo com suporte em papel Offset 150g/m², capa em Triplex 300g/m.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O GUIA PARA OFICINA DE DANÇA MARUJADA: PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO FÍSICA PARA A MELHORIA DA MARCHA E DO EQUILÍBRIO NA PESSOA IDOSA, destinado aos professores da área da Educação Física, pretende semear, bem como multiplicar, múltiplas ações que interferirão na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Acreditando que a DANÇA detém um real valor nesse empenho, a oficina de Marujada desempenha ainda o importante papel de revigorar parte das nossas tradições populares, inerentes à cultura paraense, ao nosso patrimônio identitário e memória. Além de orientar tais profissionais para que possam ministrar a referida oficina, de modo competente e embasado, visamos estimular a criação de meios e estratégias que busquem pela substancial redução da incidência de quedas em idosos, em que se cumpra, portanto, uma verdadeira intervenção na saúde, mais especificamente no âmbito da Educação em Saúde, que atenda aos pressupostos de uma política preventiva e integradora.

Portanto, espera-se que o produto deste mestrado profissional se torne um instrumento capaz de multiplicar os conhecimentos para o treinamento de profissionais da área de Educação Física, no âmbito da educação continuada. Espera-se, também, que ele suscite estudos que permitam encontrar prevalências, causas e conseqüências relacionadas às quedas em idosos e que, a indicação da prática da dança, em especial a prática da Marujada, seja valorizada como elemento de melhoria na marcha e equilíbrio no idoso.

Além disso, do Produto também se espera a motivação e o estímulo do professor de Educação Física, para que ele possa melhor intervir na promoção da saúde de pessoas idosas, possibilitando a construção de estratégias para a tomada de melhores decisões na execução das atividades físicas de caráter preventivo, assim como a implantação de atividades de dança na rotina das pessoas idosas e na atenuação dos prejuízos na qualidade de vida nesta camada da sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.; NEVES, R. As quedas e o medo de cair em pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15. N. 5, p. 27-43, 2012.

ALVES, NB; SCHEICHER, ME. Equilíbrio Postural e risco de Quedas em Idosos da Cidade de Garça, SP. **Rev.Bras.Geriatr.gerontol.**, v. 14, n. 4, p. 763-768, 2011.

ATALLAH, AN. Revisão sistemática da literature e metanálise. In: ATALLAH, NA; CASTRO, AA (Ed.). **Medicina baseada em evidências: fundamentos da pesquisa clínica**. São Paulo: Lemos-Editorial, 1998. p. 42-48.

BOGÉA, I. **O livro da dança**. São Paulo: Schwarcz, 2002.

BONDER, BR; WAGNER, MB. **Functional Performance in Older Adults**. 3 ed. Philadelphia Darvis Company, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília – DF. 2007. (Caderno de Atenção Básica).

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: Educação física**. Brasília: MEC/SEF, 1998.

CASTRO, CLN et al. Estudo de Marcha em idosos: resultados preliminares. **Acta Fisiátrica**, v. 7, n. 3, p. 103-107, 2000.

CÔRTEZ, GP. **Dança, Brasil: festas e danças populares**. Belo Horizonte: Editora Leitura, 2000.

COSTA, MFL; VERAS, MF. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 700- 701, 2003.

CRUZ-JIMENEZ, M. Normal Changes in gait and mobility problems in the elderly. **Phys Med Med Rehabil**, v. 28, n. 4, p. 713-25, 2017.

DARIDO, SC; RANGEL, IC. **A Educação Física na escola: implicações para a prática pedagógica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FOSTER, ER et al. A community-based Argentine tango dance program is associated with increased activity participation among individuals with Parkinson Disease. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 94, n. 2, p.240-249, 2013.

GONZAGA, JM et al. Efeitos de Diferentes Tipos de Exercícios nos Parâmetros do Andar de Idosas. **Rev. Bras. Med Esporte**, v.17, n. 3, p. 166-177, 2011.

GUIMARÃES, ACA et al. Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idoso praticantes e não praticantes de atividade física. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 15, n. 4, p. 661-670, 2012.

IBGE . Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em 26 abr 2018.

JUDGE, JO; OUNPUU, S; DAVIS RB. Effects of age on the biomechanics and physiology of gait. **Clin Geriatr. Med**, v. 12, n. 24, p. 659-78, 1996.

KATTENSTROTH, JC et al. Six months of dance intervention enhances postural, sensorimotor, and cognitive performance in elderly without affecting cardio-respiratory functions. **Frontiers in aging neuroscience**, v. 26, n.5, p.5, 2013.

KRAEMER, EC; TAIROVA, OS. Equilíbrio Postural de Mulheres Fisicamente Ativas e Sedentárias Acima de 50 Anos. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v.2, n.11, p.543-554, 2008

LIPSITZ LA, GOLDBERGER AL. Loss of 'complexity' and aging. Potential applications of fractals and chaos theory to senescence. **JAMA**, v. 267, n. 13, p. 1806-9, 1992.

LORD, S et al. Rochester L Independent domains of gait in older adults and associated motor and nonmotor attributes: validation of a factor analysis approach. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v. 68, n. 7, p. 820-7, 2012.

MARTINEZ, MC et al. Adaptação transcultural da Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool para avaliação do risco de quedas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. e2783, 2016.

MATHIAS, S; NAYAK, US; ISAACS, B. Balance in elderly patients the "get-up and go test. **Arch phys Med Rehabil**, v. 67, n. 6, p. 387-9, 1986.

MIYAMOTO, ST et al. Brazilian version of the Berg balance scale. **Braz J Med Biol Res**, v. 37, n. 9, p.1411-21, 2004.

MORAES, EN; MEGALE, RZ. Avaliação da mobilidade. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

NANNI, D. **Dança educação**: Pré-escola à universidade. Rio de Janeiro. Sprint, 1995.

NEIRA, MG., FERRAZ, M.LN. **Educação Física, Currículo e Cultura**. São Paulo: Editora Phorte, 2009.

NUNES, LCBG. **Tradução e validação de instrumentos de avaliação motora e de qualidade de vida em paralisia cerebral**. 2008. 245 p. Tese (Doutorado). Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 2008.

OMS. **Envelhecimento Ativo**: uma politica de saúde. Brasília – DF, 2005.

OMS. **Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.

PAIXÃO JUNIOR, HM. Distúrbios de postura, marcha e quedas. In: FREITAS, EV, et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.1031-43.

PEREIRA, VV et al. The Functional Assessment Berg Balance Scale is Better Capable of Estimating Fall Risk in the Elderly than the Posturographic Balance Stability System. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 71, n. 1, p.5-10, 2013.

PINHO, L et al; Avaliação Isocinética da Função Muscular do Quadril e do Tornozelo em Idosos que Sofrem Quedas. **Rev. bras. fisioter.**, v. 9, n. 1, p.93-99, 2005.

PODSIADLO, D; RICHARDSON, S. The Timed Up & Go: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **J. Am Geriatr Soc.**, v. 39, n. 2, p. 142-8, 1991.

RYLATT, P. The benefits of creative therapy for people with dementia. **Nurs Stand**, v. 26, n. 33, p. 42-7, 2012.

SANTOS, FRP. **Análise de duas propostas para a reabilitação da marcha em indivíduos portadores de sequelas neurológicas crônicas**. 2010. 99f. Tese (doutorado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

SILVA, MF et al. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, v. 15, n. 4, p. 635-642, 2012.

TOLOCKA, RE; LEME, LCG; ZANUZZO, LML. Atividades de dança, marcha e equilíbrio de idosos com patologias que interferem nestas habilidades motoras. **Pensar e Prática**, v.14, n.3, p.1-11, 2011.

UCHIDA, JEF, BORGES, SM. Quedas em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 83-94, 2013.

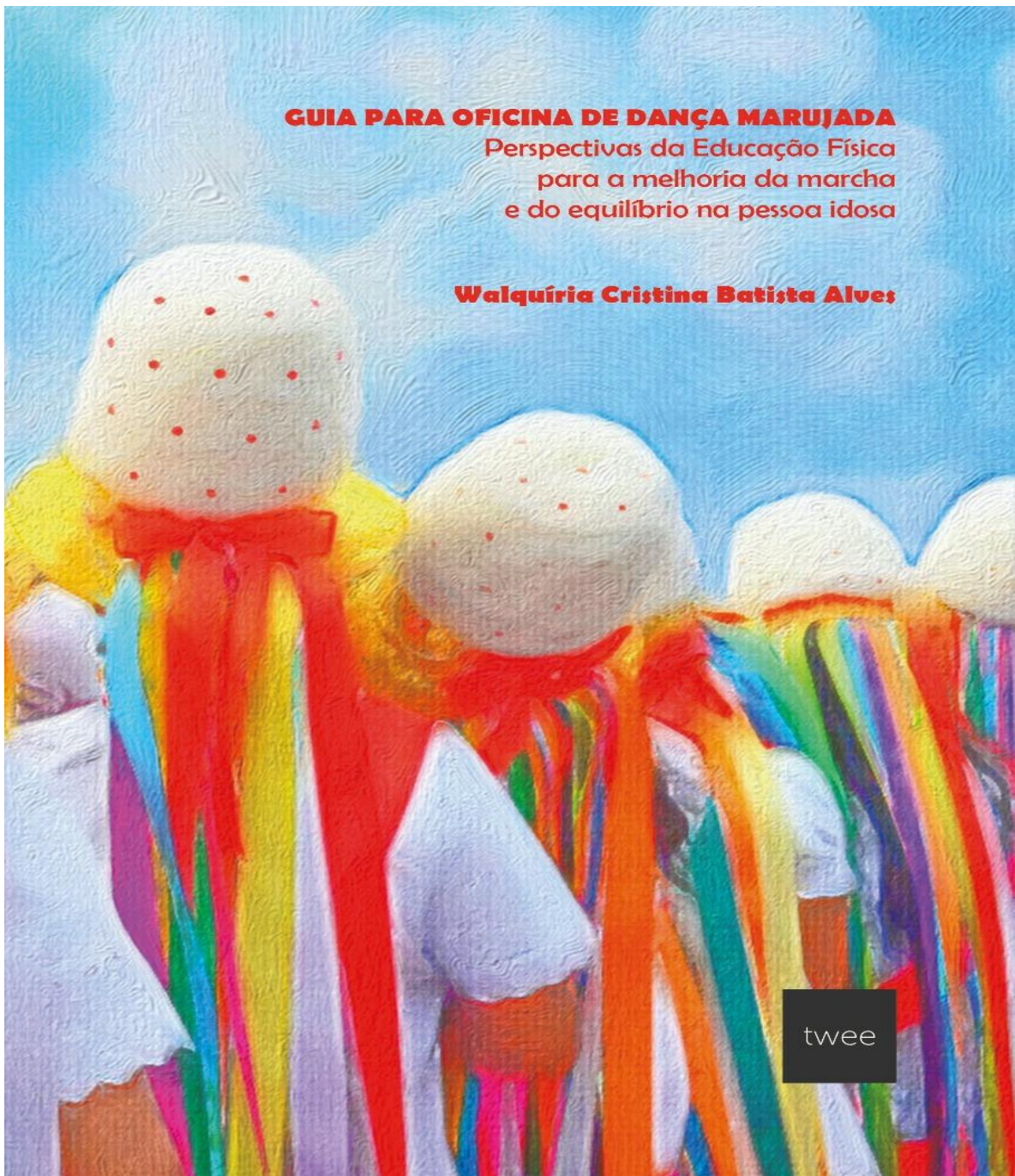
VIEL, E. **A marcha humana, a corrida e o salto**: biome- cânica, investigações, normas e disfunções. São Paulo: Manole, 2001.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **What are neurological disorders**. 2006. Disponível em: www.who.int/features/55/en/. Acessado em: 04 maio 2018.

APÊNDICE

GUIA PARA OFICINA DE DANÇA MARUJADA: PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO FÍSICA PARA A MELHORIA DA MARCHA E DO EQUILÍBRIO NA PESSOA IDOSA

(o pequeno livro será oferecido impresso)

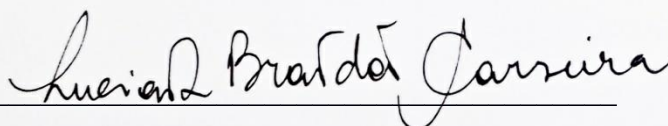


ANEXO A: TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, Professora Doutora Luciana Brandão Carreira, do Mestrado Profissional em Saúde - Educação com o tema: GUIA PARA OFICINA DE DANÇA MARUJADA: PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO FÍSICA PARA A MELHORIA DA MARCHA E DO EQUILIBRIO NA PESSOA IDOSA de autoria da aluna Walquiria Cristina Batista Alves.

Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Belém, PA, 29 de janeiro de 2018.



Professora Doutora Luciana Brandão Carreira

Orientadora

ANEXO B- ESCALA DE EQUILÍBRIO FUNCIONAL DE BERG.

Escala de Equilíbrio de Berg (Berg et al., 1992; Miyamoto et al., 2004)

Procedimento de Avaliação: A realização das tarefas é avaliada através de observação e a pontuação varia de 0 – 4, totalizando um máximo de 56 pontos. Estes pontos devem ser subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito apoia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador. Este teste é constituído por uma escala de 14 tarefas comuns que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico tais como: alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se.

Descrição dos Itens	Pontuação (0-4)
1. Sentado para em pé	_____
2. Em pé sem apoio	_____
3. Sentado sem apoio	_____
4. Em pé para sentado	_____
5. Transferências	_____
6. Em pé com os olhos fechados	_____
7. Em pé com os pés juntos	_____
8. Reclinar à frente com os braços estendidos	_____
9. Apanhar objeto do chão	_____
10. Virando-se para olhar para trás	_____
11. Girando 360 graus	_____
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco	_____
13. Em pé com um pé em frente ao outro	_____
14. Em pé apoiado em um dos pés	_____
	TOTAL _____

INSTRUÇÕES GERAIS

- Demonstre cada tarefa e/ou instrua o sujeito da maneira em que está escrito abaixo. Quando reportar a pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.
- Na maioria dos itens pede-se ao sujeito para manter uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito apoia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador.
- É importante que se torne claro aos sujeitos que estes devem manter seu equilíbrio enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo dos sujeitos. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente no desempenho e na pontuação.
- Os equipamentos necessários são um cronômetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5, 12,5 e 25cm. As cadeiras utilizadas durante os testes devem ser de altura razoável. Um degrau ou um banco (da altura de um degrau) pode ser utilizado para o item 12.

1. SENTADO PARA EM PÉ

Instruções: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- () 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente
- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
- () 2 capaz de permanecer em pé usando as mão após várias tentativas
- () 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar
- () 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

2. EM PÉ SEM APOIO

Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão

- () 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte
- () 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte
- () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência

OBS.: Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação “sentado sem suporte”. Siga diretamente para o item 4.

3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

Instruções: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- () 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão
- () 2 capaz de sentar durante 30 segundos
- () 1 capaz de sentar durante 10 segundos
- () 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

4. EM PÉ PARA SENTADO

Instruções: Por favor, sente-se.

- () 4 senta com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 controla descida utilizando as mãos
- () 2 apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- () 1 senta independentemente mas apresenta descida descontrolada
- () 0 necessita de ajuda para sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

Instruções: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama)

- () 4 capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente

- () 2 capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão
- () 1 necessidade de assistência de uma pessoa
- () 0 necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

Instruções: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos.

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos
- () 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé durante 3 segundos
- () 1 incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé
- () 0 necessidade de ajuda para evitar queda

7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

Instruções: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- () 4 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente, com segurança por 1 minuto
- () 3 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos
- () 1 necessidade de ajuda para manter a posição, mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos
- () 0 necessidade de ajuda para manter a posição, mas incapaz de se manter por 15 segundos

8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

Instruções: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para

frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco).

- () 4 capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)
- () 3 capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)
- () 2 capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)
- () 1 capaz de alcançar, mas com necessidade de supervisão
- () 0 perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo

9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

Instruções: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- () 4 capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança
- () 3 capaz de apanhar o chinelo, mas necessita supervisão
- () 2 incapaz de apanhar o chinelo, mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente
- () 1 incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta
- () 0 incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

Instruções: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- () 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada
- () 3 olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso
- () 2 apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio
- () 1 necessita de supervisão ao virar
- () 0 necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

11. VIRAR EM 360 GRAUS

Instruções: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- () 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 capaz de virar 360 graus com segurança, mas lentamente
- () 1 necessita de supervisão ou orientação verbal
- () 0 necessita de assistência enquanto vira

12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

Instruções: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- () 4 capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- () 3 capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos
- () 2 capaz de completar 4 passos sem ajuda, mas com supervisão
- () 1 capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência
- () 0 necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar

13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

Instruções: (Demonstrar para o idoso) Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça à frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- () 4 capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos
- () 3 capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos
- () 2 capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos

- () 1 necessidade de ajuda para dar o passo, mas pode manter por 15 segundos.
- () 0 perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé

14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

Instruções: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar.

- () 4 capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos
- () 3 capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos
- () 2 capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais
- () 1 tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente
- () 0 incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda

() PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)

ANEXO TRÊS – Teste de Time up Go.

Time Up and Go Test – TUGT (Mathias et al.,1986)

Procedimento de Avaliação: o paciente sentado em uma cadeira com braços, com as costas apoiadas (o teste é realizado com o uso de seus calçados habituais e se necessário de bengala). Após o comando “vá”, o idoso deve se levantar da cadeira e andar um percurso linear de 3 metros, com passos seguros, retornar em direção à cadeira e sentar-se novamente. Ele será instruído a não conversar durante a execução do teste e realizá-lo numa velocidade habitual auto selecionada, de forma segura.

O teste tem início após o sinal de partida representado simultaneamente pela flexão do braço esquerdo do avaliador e pelo comando verbal (instante em que inicia a cronometragem). A cronometragem será parada somente quando o idoso colocar-se novamente na posição inicial sentado com as costas apoiadas na cadeira.

TEMPO GASTO NA TAREFA: _____ segundos

Até 10 segundos	Independente
Entre 10,01 e 20 segundos	Semi-independente
Acima de 20,01 segundos	Parcialmente dependente