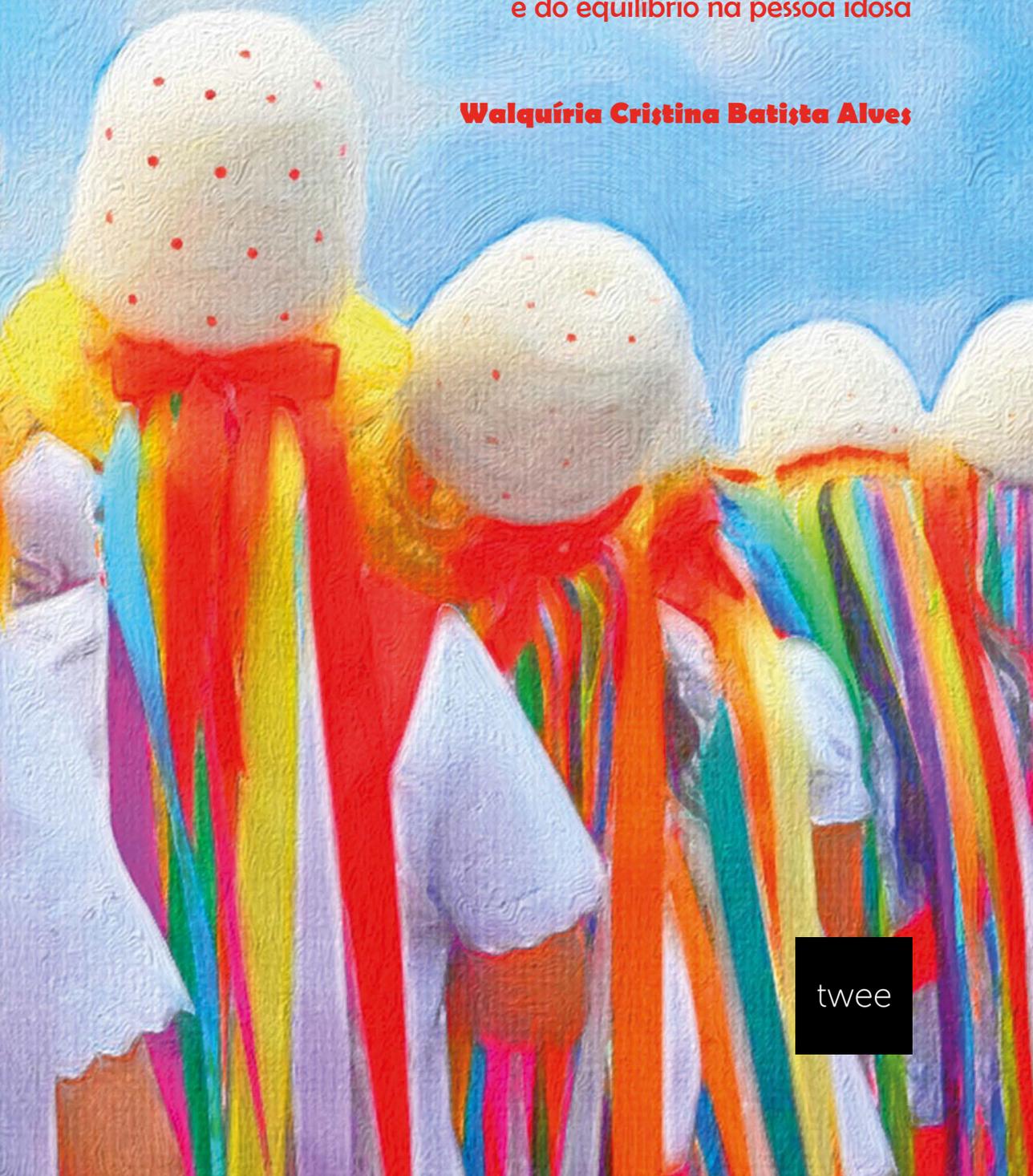


# **GUIA PARA OFICINA DE DANÇA MARUJADA**

Perspectivas da Educação Física  
para a melhoria da marcha  
e do equilíbrio na pessoa idosa

**Walquíria Cristina Batista Alves**



twee

# **GUIA PARA OFICINA DE DANÇA MARUJADA**

Perspectivas da Educação Física  
para a melhoria da marcha  
e do equilíbrio na pessoa idosa

**Walquíria Cristina Batista Alves**

twee

Copyright © 2019 Walquíria Cristina Batista Alves  
Copyright © 2019 Flor di Maria Fontelles  
Copyright desta edição © Twee Editora  
Todos os direitos reservados

Esta publicação segue as normas do  
Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Todos os direitos reservados.

Proibidos, dentro dos limites estabelecidos por lei, a reprodução total ou parcial desta obra, o armazenamento ou transmissão por meios eletrônicos ou mecânicos, fotocópias ou qualquer outra forma de cessão sem prévia autorização escrita pelo autor.

Este **Guia de Orientações para a Oficina de dança Marujada** é produto componente da dissertação de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica (ESEM) do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), de Walquíria Cristina Batista Alves.

nesta edição **VACA VIÃO VOÁ**  
edição

**Flor di Maria Fontelles**  
**Rafael Batista**  
ilustradores

**Dra. Luciana Brandão Carreira**  
**Dr. Leonardo Mendes Acatauassú Nunes**  
organizadores

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

A474g Alves, Walquíria Cristina Batista.  
Guia para oficina de dança marujada: perspectivas da educação física para a melhoria da marcha e do equilíbrio na pessoa idosa / Walquíria Cristina Batista Alves; ilustrações Flor di Maria Fontelles, Rafael Batista. – Belém (PA): Twee, 2019.  
40 p. : il. ; 17 x 24 cm

“Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica, do Centro Universitário do Estado do Pará.”  
Bibliografia: p. 36-38  
ISBN 978-85-68366-45-5

1. Danças folclóricas. 2. Dança para idosos. 3. Exercícios físicos para idosos. I. Título.

CDD 613.7044

Elaborado por **Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**



**Twee Editora**  
contato@twee.com.br  
twee.com.br

<b>1. Apresentação .....</b>	<b>05</b>
<b>2. A Marcha .....</b>	<b>07</b>
<b>3. O Equilíbrio .....</b>	<b>08</b>
<b>4. A Queda .....</b>	<b>09</b>
<b>5. A Dança .....</b>	<b>12</b>
<b>5.1 A Marujada .....</b>	<b>13</b>
<b>5.2 O Retumbão .....</b>	<b>14</b>
<b>6. Metodologia da Oficina .....</b>	<b>15</b>
<b>7. Sobre os Testes .....</b>	<b>16</b>
<b>7.1 Escala de equilíbrio funcional de Berg .....</b>	<b>16</b>
<b>7.2 Descrição dos itens .....</b>	<b>17</b>
<b>7.3 Instruções Gerais .....</b>	<b>18</b>
<b>7.4 Teste Time up and go – TUG .....</b>	<b>33</b>
<b>8. Considerações Finais .....</b>	<b>35</b>
<b>9. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>36</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

O crescente impacto causado pelo envelhecimento populacional é um fenômeno de caráter multidisciplinar, pesquisado por diferentes áreas do conhecimento. Com a queda da natalidade e o aumento da expectativa de vida, a população de pessoas idosas cresceu significativamente e vem transformando a sociedade.

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 (2018), com as projeções, para daqui a uma década, apontando que esse quantitativo dobrará, fato que já desafia a qualidade de vida de muitos cidadãos e cidadãs.

Belém, no Pará, possui uma população de 140.163 pessoas idosas, representando 9,7% da população total desta cidade, o que nos permite dizer que o Estado e a capital paraenses são envelhecidos. Isto porque, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para que um local seja considerado envelhecido, ele deve possuir ao menos 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 suas existências em condições precárias de saúde. Viver mais não é sinônimo de viver bem.

Outro aspecto que merece atenção é o declínio da autonomia e da independência advindas desse ciclo vital, sejam elas de natureza física ou cognitiva. Dentre as principais causas deste prejuízo, destacamos a alteração do padrão da marcha e do equilíbrio da pessoa idosa, em virtude 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; isto porque, com o envelhecimento, o aparelho locomotor sofre importantes modificações. Estas alterações geram diminuição na velocidade da caminhada, da habilidade para subir escadas, provocando dificuldade para a execução até mesmo do simples gesto da pessoa se levantar de uma posição sentada. Tais nuances favorecem os episódios de quedas, evento de causa multifatorial que pode acarretar graves consequências na vida dessa pessoa. Segundo o DATASUS, as quedas são uma das causas que mais conduzem às fraturas e à agudização de doenças crônicas respiratórias; são também consideradas como um dos principais eventos que eleva a mortalidade em pessoas idosas, ocasionando o aumento da ingestão de medicamentos e do tempo de permanência em um leito hospitalar, representando um delicado problema de saúde pública.

Enfatizamos, assim, a importância do 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.

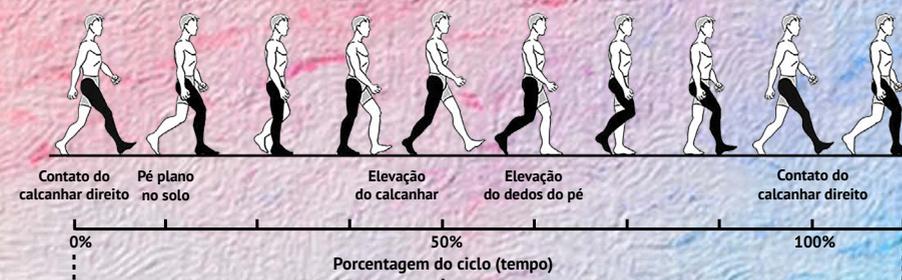
Entretanto, para que uma redução substancial na incidência das quedas em idosos se cumpra, são também necessárias mudanças no estilo de vida, como a prática de atividades físicas. Dentre estas, destacamos uma excelente alternativa: a DANÇA.

É nessa direção que oferecemos esse Guia Ilustrado, destinado aos profissionais da área da educação física. Ele tem como objetivo orientar tais profissionais 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. Trata-se, portanto, de uma intervenção em saúde, mais especificamente no âmbito da educação em saúde, que atende aos pressupostos de uma política preventiva e integradora.

## 2. A MARCHA

A marcha corresponde a um padrão cíclico de movimentos corporais que se repete indefinidamente a cada passo. Definindo-a de modo simples, ela 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. Ela é um ato inconsciente, automático e de alta complexidade. Para que o indivíduo possa deambular, é necessário que haja integridade e sincronia entre os níveis sensório-motor superior, médio e inferiores. Didaticamente, podemos dividir a marcha em duas fases: apoio e balanço. Também com finalidade didática é que apresentamos, a seguir, alguns termos que porventura são utilizados em situações de treinamento ou relacionados a esta especificidade:

- 1. Passo** - a distância entre o apoio de um pé, até a colocação do pé contrário ao solo.
- 2. Passada** - distância entre o apoio de um pé, até seu próximo toque ao solo (mesmo pé).
- 3. Comprimento do passo** - distância percorrida durante o ciclo da marcha.
- 4. Cadência** - é o número de passos dados em uma unidade de tempo (passos / min.)



### 3. O EQUILÍBRIO

O controle do equilíbrio é essencial para uma marcha eficiente. Uma marcha eficiente é desencadeada pela atividade muscular voluntária. A atividade muscular voluntária 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. A QUEDA

A perda total do equilíbrio, 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. A este evento chamamos QUEDA.

Considerada como a principal causa de morbidade e mortalidade entre idosos, a queda é um evento frequente nessa população, limitador, admitida como um grave problema de saúde pública. Ela muitas vezes decorre da inabilidade do sistema de controle postural (responsável pela manutenção do equilíbrio) em compensar uma perturbação externa.

A manutenção e/ou 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 sofridas, 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.



## Fatores de Riscos para Quedas

### 1. Fatores Intrínsecos

- Idade avançada (80 anos ou mais)
- Sexo feminino
- Histórico de quedas
- Imobilidade
- Baixa aptidão física
- Fraqueza muscular de membros inferiores
- Fraqueza no aperto de mão
- Equilíbrio reduzido
- Marcha lenta com passos curtos
- Dano cognitivo
- Doença de Parkinson
- Sedentarismo
- Polifarmácia
- Uso de sedativos

### 2. Fatores Extrínsecos

- Ambiente
- Risco na realização das Atividades da Vida Diária

Em decorrência dos danos provocados por esse grave evento, muitos idosos desenvolvem o medo intenso de virem a cair, o que os leva a apresentarem um **conjunto de consequências clínicas**, a seguir apresentadas:

- Medo de quedas
- 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.

Dentre as **complicações mais comuns**, citamos:

- Contusões ou fraturas
- Lesões cortantes
- Sangramento
- Hematoma
- Dor
- Traumatismos
- Ansiedade
- Insegurança e medo de cair de novo
- Isolamento e depressão
- Incapacidade física
- Óbito.

## 5. A DANÇA

O Estado do Pará, detentor de ampla e vasta riqueza cultural, oferece-nos uma rica gama de danças típicas. Dentre as mais festivas encontra-se a Marujada de São Benedito de Bragança, expressão composta por vários ritmos, em que destacamos o retumbão.

A dança favorece a socialização, evita o isolamento social. Ela previne, muitas vezes, tanto a tristeza quanto a solidão.

A dança incide diretamente no estado afetivo de todos os seres humanos, repercutindo na qualidade de sua saúde mental.

Através do ritmo e da música, aflora o elemento lúdico que se agrega aos ganhos físicos, sobretudo naquelas pessoas idosas que possuem restrição cognitiva. A música, afinal, estimula a cognição e favorece experiências provavelmente relacionadas a registros afetivos, inscritos subjetivamente, para além da memória. 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 favorecer a socialização.



### 5.1 A Marujada

A Marujada é um auto dramatizado em que predomina o canto sobre a dança. Ela é conceituada como uma atividade lúdica e artística, 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.

Ela tem por referência a repetição de sequências de movimentos com um determinado ritmo.

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



## 5.2 O Retumbão

O Retumbão é a principal dança da Marujada.

Festa em homenagem a São Benedito, originária da Bragança Paraense, o Retumbão é uma das mais belas danças brasileiras, pela sua simplicidade e sutil sensualidade.

As mulheres desfilam pelas ruas da cidade acompanhadas pelos homens e pelos tocadores, como numa procissão. São elas que comandam, através de uma capitoa, que traz nas mãos um bastão pequeno de madeira enfeitado de papel e flores, através do qual indica as mudanças de direção a serem executados, os passos curtos e ligeiros com volteios rápidos para ambos os lados e os giros.

Em movimentos graciosos, os braços se posicionam como se tocassem castanholas, à altura dos ombros ou das cinturas. Após a procissão da marujada, forma-se uma roda e a dança do Retumbão inicia.

O homem faz o convite à dama com um aceno de mão ou batendo os pés na direção da mulher por ele escolhida, aquela que o acompanhará em seus volteios. Em termos instrumentais, será o tambor a determinar o ritmo. Denominado bagre, será esse tambor que, – juntamente com outros tambores, cuícas, pandeiros, rabecas, cavaquinho e violinos –, conduzirá a melodia cadenciada da dança.

As marujas usam roupa típica, com blusa de mandrião branco, saia azul ou encarnada, tendo a tiracolo uma faixa da mesma cor da saia. Elas ostentam uma grande cartola adornada com flores feitas de penas brancas para simbolizar a pomba do Divino Espírito Santo. Os homens, todos de branco, vestem faixas azuis ou encarnadas na cintura e no braço esquerdo, usam chapéu de palha com flor azul ou encarnada na lapela.

## 6. METODOLOGIA DA OFICINA

Este guia tem como objetivo subsidiar os profissionais de Educação Física para a aplicação de uma oficina de dança regional, a Marujada. Propomos que a intervenção cumpra três momentos distintos: no primeiro, serão aplicados testes para que se avalie o equilíbrio e a marcha dos participantes; no segundo momento, a execução propriamente dita de uma estratégia de ação, com o desenvolvimento de aulas de dança, caracterizando a oficina de Marujada. Por fim, no terceiro e último momento, após a oficina de Marujada ter sido efetivada, recomenda-se que os participantes sejam novamente submetidos às mesmas escalas admitidas na primeira fase da intervenção, para que assim se avalie a evolução da marcha e do equilíbrio da pessoa idosa em questão, os benefícios porventura alcançados e, com isso, possam surgir novas estratégias de ação preventiva, novas intervenções que lhes tragam melhorias.

Tal oficina deverá ocorrer durante 06 meses ininterruptos, com no mínimo duas 02 aulas semanais, cada uma delas com 01 hora de duração. Em sua totalidade, a intervenção compreenderá um período de tempo no qual se pretende promover melhorias na marcha e no equilíbrio dos idosos participantes.

Antes e após a realização da oficina, os instrumentos aplicados serão os seguintes: Escala de equilíbrio de Berg e o time up and go. De fácil aplicação e com baixo custo, eles também se justificam por estarem indicados na investigação da qualidade das tarefas funcionais que exigem o controle postural.

## 7. SOBRE OS TESTES

### 7.1 Escala de equilíbrio funcional de Berg

Muito utilizada para determinar os fatores de risco para a perda da independência e para as 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 a pontuação máxima 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, capaz de avaliar diversos aspectos do equilíbrio com equipamentos de baixo custo: uma escada de dois graus, uma cadeira com apoio de membros superiores e outra cadeira sem este mesmo apoio, cronômetro e fita métrica. Os pontos se baseiam 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.

### 7.2 Descrição dos Itens

1. Sentado para em pé  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
2. Em pé sem apoio  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
3. Sentado sem apoio  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
4. Em pé para sentado  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
5. Transferências  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
6. Em pé com os olhos fechados  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
7. Em pé com os pés juntos  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
8. Reclinar à frente com os braços estendidos  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
9. Apanhar objeto do chão  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
10. Virando-se para olhar para trás  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
11. Girando 360 graus  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
13. Em pé com um pé em frente ao outro  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04
14. Em pé apoiado em um dos pés  
( ) 01 ( ) 02 ( ) 03 ( ) 04

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

### 7.3 Instruções Gerais

Demonstre cada tarefa e/ou instrua a pessoa da maneira descrita abaixo. Quando se reportar à pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.

Na maioria dos itens, pede-se que a pessoa mantenha uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente, mais pontos serão subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso a pessoa necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se ela se apoia sobre um suporte externo ou, ainda, se recebe ajuda do examinador.

É importante esclarecer que tais pessoas devem manter seus equilíbrios enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo de cada pessoa.

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) também pode ser utilizado para o item 12.

**PONTUAÇÃO TOTAL DE NO MÁXIMO 56 PONTOS**

### 1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES:

1. Por favor, fique de pé.
2. Tente não usar suas mãos como suporte.

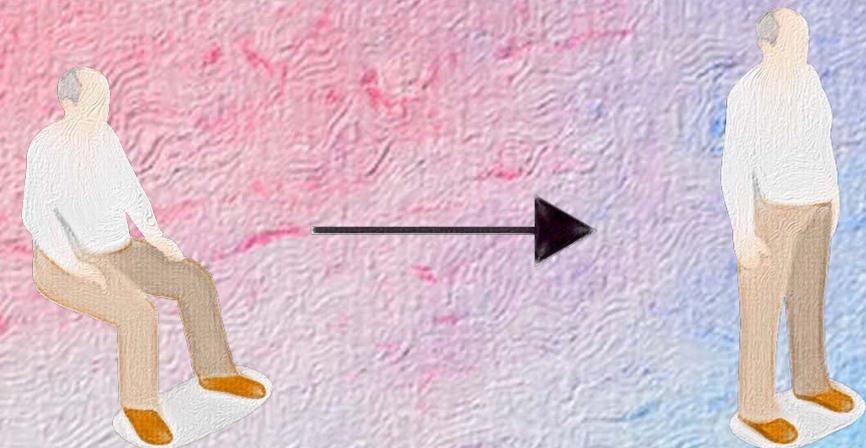
( ) 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente

( ) 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:

1. 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

Se a pessoa 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:

1. 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

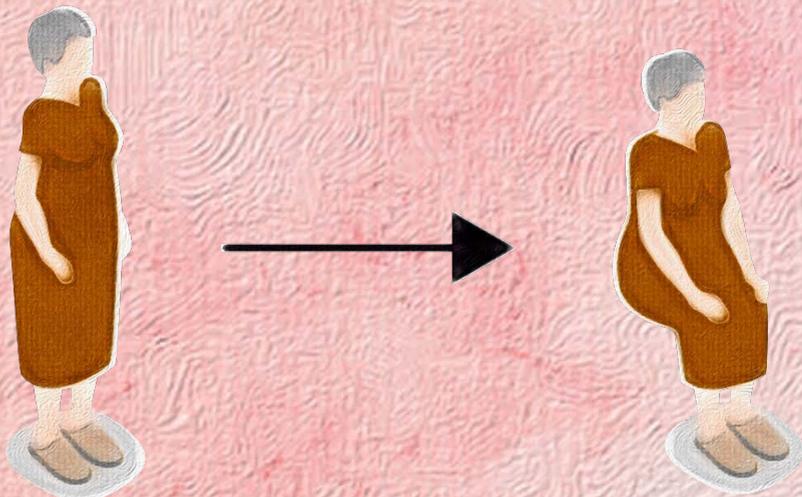


#### 4. EM PÉ PARA SENTADO

##### INSTRUÇÕES:

1. Por favor, sente-se.

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

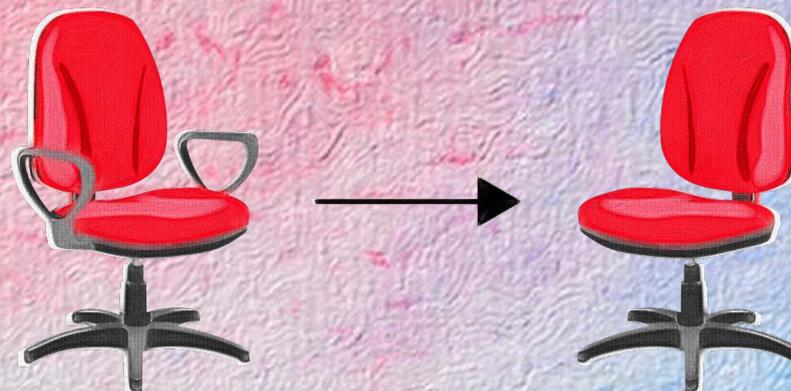


#### 5. TRANSFERÊNCIAS

##### INSTRUÇÕES:

1. 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:

1. 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:

1. 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:

1. Mantenha os braços estendidos a 90 graus.
2. 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 para a pessoa 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:

1. 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:

1. 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.

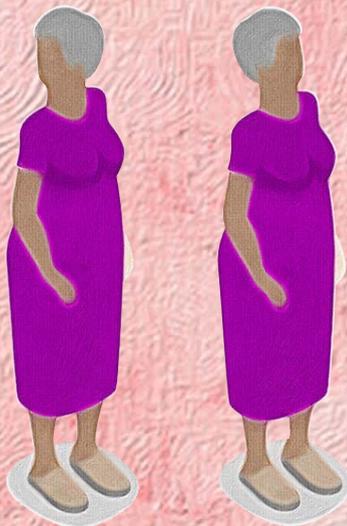
( ) 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada

( ) 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:

1. Virar completamente fazendo um círculo completo.

2. Pausa.

3. Fazer o mesmo na outra direção

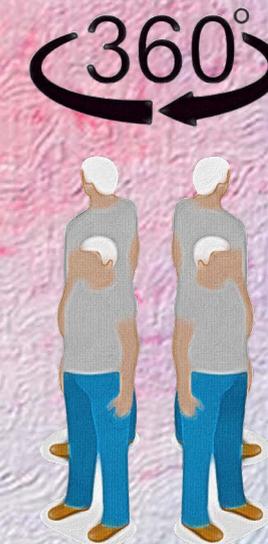
( ) 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos

( ) 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:

1. Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco.
2. 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:

1. 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 a frente do dedo de seu outro pé).
2. 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:

1. 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



## 7.4 Teste Time up and go – TUG

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 mais 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 acima de 20 segundos, recomenda-se uma avaliação mais detalhada.

Na busca por diagnosticar os parâmetros clínicos preditores do risco de quedas em idosos, foram desenvolvidos diversos instrumentos para avaliação do controle postural. Entre eles está o Timed Up and Go test, o qual tem apresentado bons resultados como teste de equilíbrio envolvendo manobras funcionais como: levantar-se, caminhar, dar uma volta e sentar-se.

Para realizar o teste como descrito na versão original, o paciente é cronometrado enquanto se levanta de uma cadeira (de aproximadamente 46cm), caminha em uma linha reta de 3 metros de distância (em um ritmo confortável e seguro), vira, caminha de volta e senta-se sobre a cadeira novamente. É aconselhado que o paciente faça o percurso para se familiarizar com o teste antes de iniciá-lo. Ele também deve usar o seu calçado habitual e apoio para caminhar (bengala, andador) se necessário.



Um tempo mais rápido indica um melhor desempenho funcional, enquanto que um tempo mais baixo indica maior risco de quedas em ambiente comunitário. O National Institute of Clinical Evidence (NICE) guidelines defendem o uso do TUG para a avaliação da marcha e equilíbrio na prevenção de quedas em pessoas idosas.

Até 10 segundos	Desempenho normal para adultos saudáveis, Baixo risco de quedas
10,01 até 20 segundos	Normal para idosos frágeis ou com deficiência, mas que são independentes para a maioria das atividades de vida diária (AVD) Baixo risco de quedas
21 a 29 segundos	Avaliação funcional Obrigatória, Abordagem específica para prevenção de quedas Riscos de quedas moderado
30 segundos em diante	Alto risco para quedas

(NICE Clinical Guidelines; 2004)

## Considerações finais

Esse guia ilustrado, destinado aos profissionais da área da educação física, pretende semear, bem como multiplicar, múltiplas ações que interfiram 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. Para 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 em saúde, mais especificamente no âmbito da educação em saúde, que atende aos pressupostos de uma política preventiva e integradora.

## Referências bibliográficas

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.

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

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

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

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

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

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.

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.

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

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.

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

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

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.

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.

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.

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

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

---

**Impresso em 2019 pela Twee Editora,  
no chuvoso mês de Janeiro, com fonte  
PT Sans corpo 12 e Berlin Sans corpo  
12. Miolo em papel Offset 150g/m<sup>2</sup>,  
capa em Triplex 300g/m.**

---

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 oferecemos esse Guia Ilustrado, destinado aos profissionais da área da educação física. Ele tem como objetivo orientar tais profissionais 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. Trata-se, portanto, de uma intervenção em saúde, mais especificamente no âmbito da educação em saúde, que atende aos pressupostos de uma política preventiva e integradora.

