

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**GABRIELA SOARES XIMENDES**

**PROPOSTA DE AVALIAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL DA COLUNA VERTEBRAL  
PARA IDOSOS: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

**CURITIBA**

**2020**

**GABRIELA SOARES XIMENDES**

**PROPOSTA DE AVALIAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL DA COLUNA VERTEBRAL  
PARA IDOSOS: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

Artigo apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Especialização em Prescrição Clínica do Exercício, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná. Orientadores: Prof. Anna Raquel Silveira Gomes; Co-orientação: Prof. Ana Carolina Brandt de Macedo; Colaboração: Mestranda Madeline Luíza Ferreira Pivovarsky.

**CURITIBA**

**2020**

## Proposta de avaliação clínico funcional da coluna vertebral para idosos: revisão narrativa da literatura

Gabriela Soares Ximendes

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi revisar na literatura científica sobre avaliação clínico funcional da coluna vertebral de idosos. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura nas bases *SciELO*; *PubMed*; *Google Acadêmico*. Foram evidenciados métodos para avaliação postural: fotogrametria; flexicurve; SAPO. Para avaliação da dor: EVA - escala visual analógica; escala numérica; questionário de dor de MCGILL (BR-MPQ); escala de *locus* de controle da dor; *geriatric pain measure*. Para avaliação da flexibilidade: goniometria; teste de *Schober*; índice de *Stibor*; 3º dedo ao solo; sentar e alcançar no banco de *Wells*; teste do ângulo poplíteo. Para avaliação da funcionalidade: índice de incapacidade cervical (Neck Disability Index – NDI); *Neck Bournemouth Questionnaire (NBQ - Brasil)*; Escala funcional de incapacidade do pescoço de Copenhagen (*The Copenhagen Neck Functional Disability Scale – CNFDS*); índice de incapacidade de *Oswestry* (Oswestry Disability Index – ODI); questionário de incapacidade lombar de Quebec (Quebec Back Pain Disability Questionnaire – QBPQ); questionário de incapacidade de *Roland-Morris* (*Roland-Morris Disability Questionnaire – RMDQ*); Escala de Katz (Escala de Independência em Atividades da Vida Diária); Índice de Vulnerabilidade Clínico - Funcional-20 (IVCF-20). Avaliação da força/resistência: teste de *endurance* do músculo flexor do pescoço; teste abdominal de 2 minutos com banco; teste de resistência abdominal; teste de elevação do tronco; testes dos rotadores e dos multífidos – 4 apoios; teste abdominal parcial; teste de apoio ou ponte lateral. Para avaliar aptidão física em idosos: *Senior Fitness Test* (STF). Existem métodos de avaliação clínico funcional da coluna vertebral de idosos, que podem ser aplicados na prática clínica, para aprimorar a prescrição clínica do exercício físico.

Palavras-chave: pessoa idosa; saúde do idoso; avaliação geriátrica; avaliação em saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, a esperança média de vida aumentou de maneira significativa nas últimas décadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que, em 2050 a população de idosos no mundo com 60 anos ou mais, atinja o patamar duas vezes maior do que o existente até o ano de 2015 (OMS, 2015). Essa transição demográfica também se apresenta no Brasil, que segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o processo de envelhecimento será intensificado e 24% da população será idosa em 2040 (TINE; FREITAS & PAES, 2020).

O aumento da população idosa está diretamente relacionado com a mudança do perfil epidemiológico, observando-se o aumento dos problemas em saúde relacionados a condições crônico-degenerativas (MONTEIRO *et al*, 2020).

O processo fisiológico do envelhecimento causa diversas mudanças biológicas no corpo do indivíduo idoso, dentre elas, o déficit no desenvolvimento motor, massa muscular e força muscular que são características da sarcopenia, o que resulta diretamente na capacidade funcional reduzida e limitações nas atividades de vida diária (AVD) (ALMEIDA *et al*, 2020).

Nesse contexto, compreendemos que, para uma melhor prescrição clínica do exercício, é necessária uma avaliação clínica e multidirecional das características físicas e funcionais do indivíduo idoso.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

No processo de envelhecimento populacional, destaca-se a feminização, ou seja, o predomínio de idosas, diferenciando as morbidades entre os sexos (ANDRADE *et al*, 2020; ESPINOZA *et al*, 2019; ALMEIDA, *et al*, 2015). O envelhecimento fisiológico acarreta alterações morfofisiológicas, funcionais e bioquímicas, principalmente do sistema musculoesquelético, relacionados à maior longevidade feminina (ALEXANDRE *et al*, 2018; LEME, CARVALHO & SCHEICHER, 2017). Dentre essas mudanças podemos destacar a diminuição da massa muscular, da flexibilidade e da força muscular (ROSSETIN, *et al*, 2016). Segundo CHODZKO-ZAJKO *et al*, 2009, a flexibilidade da coluna vertebral em idosos é reduzida em 20-

30%, prejudicando a função musculoesquelética, o equilíbrio e predispondo o idoso a quedas, disfunções musculoesqueléticas e fraturas (GONÇALVES *et al*, 2017).

O processo de avaliação físico funcional da coluna de idosas deve considerar alguns aspectos como a postura; a dor; a flexibilidade; a funcionalidade e a força muscular, a fim de investigar as causas de possíveis limitações físico-funcionais e programar plano de intervenção eficaz, com o intuito de contribuir para melhor qualidade de vida à idosa (FONSECA & MEDEIROS, 2019; SCHWANKE *et al*, 2014).

A postura abrange uma relação dinâmica, nos quais os tecidos se adaptam respondendo a estímulos internos ou externos, resultando em determinada posição corporal (ARAUJO, *et al*, 2018). Os principais motivos para as alterações no padrão postural decorrentes do envelhecimento são a redução da flexibilidade, da força muscular, da densidade mineral óssea e dos processos psicossomáticos. Os desvios posturais mais comuns são a anteriorização da cabeça; protrusão dos ombros; aumento da cifose torácica; redução da lordose lombar e flexão de joelhos e do quadril, o que leva ao desalinhamento corporal, sobretudo no tronco e na coluna vertebral (FERNANDES *et al*, 2018; SANTOS, JUNIOR & BRANCO, 2015). Uma das alterações posturais mais incidentes no envelhecimento, é a cifose torácica, comum em idosas pós menopausa, a qual pode se correlacionar com a diminuição da força dos músculos extensores da coluna, resultando na diminuição da mobilidade do tronco (BASTOS *et al*, 2017).

A dor lombar subaguda e crônica é considerada a patologia de maior prevalência em indivíduos acima de 65 anos e também é descrita com maior incidência entre as mulheres, e se apresenta como maior causa de incapacidade temporária e contribui para a piora das condições de saúde, impactando nas atividades de vida diária, afastando do convívio social e comprometendo sua autonomia (MARTÍNEZ-GONZÁLEZ *et al*, 2018; SILVA *et al*, 2019).

Conceitualmente, a flexibilidade da coluna é um componente da aptidão física relacionado à extensibilidade dos tecidos moles e que, associado à mobilidade articular é responsável pelas diferenças posturais individuais (ARAUJO, *et al*, 2018). A flexibilidade, a amplitude de movimento articular e o comprimento muscular são fatores importantes no processo de saúde, já que quando reduzidos, prejudicam as

atividades de vida diária, principalmente de idosos. Portanto, o treinamento desses aspectos é de grande valia para a manutenção da qualidade de vida em pessoas idosas (CHAVEZ VALENZUELA *et al*, 2018).

A funcionalidade está associada com a habilidade do indivíduo de realizar atividades como cuidar de si próprio e viver independentemente, é medida através de instrumentos padronizados (FONSECA & MEDEIROS, 2019). No contexto do envelhecimento, a capacidade funcional é um importante indicador de saúde de idosos, visto que a presença de fatores limitantes como doenças ou imobilidade, pode impactar a sua vida diária (SILVA *et al*, 2019). A funcionalidade da coluna de idosos pode ser reduzida devido a quadros agudos ou crônicos de dor. É preciso avaliar as incapacidades funcionais e quantificar as limitações causadas pela lombalgia, para nortear a prescrição clínica do exercício físico, de maneira a minimizar as limitações e aperfeiçoar as potencialidades (SOUZA, 2018).

O envelhecimento está associado ao declínio progressivo da força, massa muscular esquelética e desempenho físico, síndrome conhecida como sarcopenia (CRUZ-JENTOFT *et al*, 2019). A diminuição do nível de atividade física contribui para redução na força muscular, resultando em substituição da massa muscular por gordura e tecido conjuntivo (FERRETI *et al*, 2020). Há evidências que relacionam a redução da força e resistência da musculatura do tronco, com prejuízos no equilíbrio e mobilidade em idosos (FERREIRA *et al*, 2019).

Programas de exercícios físicos podem amenizar os declínios funcionais, diminuir a dor, os sintomas depressivos e melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional, fornecendo ao indivíduo idoso uma independência funcional (PILLATT, NIELSSON & SCHNEIDER, 2019). De acordo com a literatura, exercícios com carga, aeróbicos e atividades na água podem manter a flexibilidade. Além disso, a prática de exercícios de equilíbrio promove ajustes do centro de gravidade, o que causa contrações isométricas seguidas de relaxamento, gerando manutenção e/ou ganho do comprimento e da força muscular. O treinamento de força muscular tem impacto significativo no equilíbrio corporal de idosos e pode retardar o processo de sarcopenia (LE MOS, GUADAGNIN & MOTA, 2020). A prática do método Pilates proporciona benefícios às idosos, como por exemplo, a melhora da função muscular

e do desempenho funcional (OLIVEIRA *et al*, 2019; OLIVEIRA *et al*, 2018; SCHMIT, 2016).

Desta forma, o objetivo primário do presente estudo foi revisar na literatura científica métodos de avaliação clínico funcional da coluna vertebral para idosos, que incluíssem avaliação postural; dor; flexibilidade; amplitude de movimento (ADM); testes de comprimento da musculatura da coluna vertebral; avaliação de força/resistência da musculatura do tronco; funcionalidade da coluna vertebral. O objetivo secundário foi elaborar uma ficha de avaliação clínico funcional da coluna vertebral, com os métodos encontrados na literatura, que pudessem ser aplicados na prática clínica, em idosos da comunidade, para aprimorar a prescrição clínica do exercício físico.

### **3 METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura (ROTHER, 2007), que objetivou compreender os instrumentos utilizados na avaliação físico e funcional da coluna vertebral de idosos. Foram realizadas buscas de artigos nas principais bases de dados *SciELO*; *PubMed*; *Google Acadêmico*; no período de Agosto de 2019 a Março de 2020, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, utilizando as palavras chave: feminização do envelhecimento; avaliação físico funcional; avaliação postural; avaliação da dor; avaliação da flexibilidade da coluna; avaliação da funcionalidade de coluna; avaliação da força e resistência de tronco.

### **4 RESULTADOS**

#### **INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO POSTURAL**

##### **Fotogrametria**

Esse método se utiliza de fotografias que atrelado a softwares se objetivam a fornecer valores angulares e lineares dos seguimentos corporais. Segundo a *American Society for Photogrammetry and Remote Sensing* (ASPRS, 2006), a fotogrametria é a arte, ciência e tecnologia de obtenção de informação confiável

sobre objetos físicos e o meio ambiente por meio de processos de gravação, medição e interpretação de imagens fotográficas. Está sendo utilizado na área da fisioterapia como recurso diagnóstico em avaliações posturais e dentre suas vantagens se destaca a possibilidade de registrar mudanças sutis entre as partes do corpo (BRAZ, GOES & CARVALHO, 2008). Através desse método pode-se controlar a reprodutibilidade e repetibilidade da avaliação. Para a reprodução do teste é orientado a utilização do nível de bolha para posicionamento do simetrógrafo, uma base de madeira e um tripé para a câmera. É necessário o controle da distância, altura, equipamento, de temperatura, barulho e distrações no momento da foto (PENHA *et al*, 2009).

### Flexicurve

Consiste em uma régua flexível, também chamada de “flexicurva”, utilizada para mensurar as curvaturas da coluna no plano sagital. É um instrumento que permite avaliação rápida, barata e não invasiva em um ambiente clínico (VALLE *et al*, 2019).

### SAPO (Software de Avaliação Postural)

É um programa relativamente simples, gratuito e confiável que calcula medidas lineares e valores angulares nos segmentos corporais (CAMELO *et al*, 2015). É recomendada a marcação de pontos e medidas para avaliação postural, que consiste no “Protocolo SAPO”, no quadro a seguir estão descritos:

QUADRO 1. ÂNGULOS DO PROTOCOLO DO SOFTWARE DE AVALIAÇÃO POSTURAL SAPO.

<b>Vista Anterior</b>	CABEÇA	Ângulo 1 – Alinhamento horizontal da cabeça: 2-3 e a horizontal.	
	TRONCO	Ângulo 2 - Alinhamento horizontal dos acrômios: 5-6 e a horizontal.	
		Ângulo 3 - Alinhamento horizontal das espinhas ilíacas anterossuperiores: 12-13.	
		Ângulo 4 – Ângulo dos dois acrômios e as duas espinhas ilíacas ântero-superiores: 5-6;12-13.	
	MEMBROS INFERIORES		Ângulo 5 – Ângulo frontal do membro inferior direito: 14-16-22(ângulo de fora).
			Ângulo 6 - Ângulo frontal do membro inferior esquerdo: 15-19-25 (ângulo de fora).
			Ângulo 7 - Diferença no comprimento dos membros inferiores: D(12;23) – D(13;26).
			Ângulo 8 - Alinhamento horizontal das tuberosidades das tíbias: 18-21 e horizontal.
			Ângulo 9 - Ângulo Q direito: Ângulo entre 12-17 e 17-18.
		Ângulo 10 - Ângulo Q esquerdo: Ângulo entre 13-20 e 20-21.	
<b>Vista Lateral</b>	CABEÇA	Ângulo 11 - Alinhamento horizontal da cabeça (C7): 2-8 e horizontal.	
		Ângulo 12 - Alinhamento vertical da cabeça (acrômio): 5-2 e vertical.	
	TRONCO	Ângulo 13 - Alinhamento vertical do tronco: 5-23 e vertical.	
		Ângulo 14 - Ângulo do quadril (tronco e membro inferior): 5-23-30.	
		Ângulo 15 - Alinhamento vertical do corpo: 5-30 e vertical.	

	MEMBROS INFERIORES	Ângulo 16 - Alinhamento horizontal da pélvis: 21-22 e horizontal.
		Ângulo 17 - Ângulo do joelho: 23-24-30.
		Ângulo 18 – Ângulo do tornozelo: 24-30 e horizontal.
<b>Vista Posterior</b>	TRONCO	Assimetria horizontal da escápula em relação à T3.
	MEMBROS INFERIORES	Ângulo 19 - Ângulo perna/retropé direito: 32-35-37.
		Ângulo 20 - Ângulo perna/retropé esquerdo: 33-39-41.

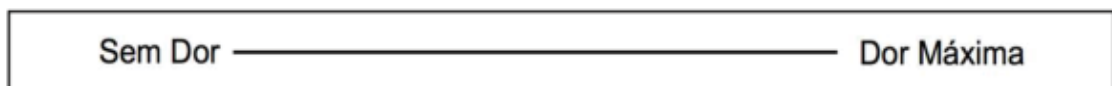
FONTE: GOULART, TEIXEIRA & LARA, 2016.

## INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA DOR NA COLUNA VERTEBRAL

### EVA - Escala Visual Analógica

É um instrumento de medida frequentemente utilizado para avaliar a percepção da dor. É uma ferramenta simples de administrar, econômica, segura e válida para avaliar a dor (FARDAL & MCCULLOCH, 2012). Consiste em uma medida unidimensional, formada por uma linha com 10 centímetros de comprimento, com a descrição nas extremidades “Sem dor” “Dor máxima”. O paciente é orientado a marcar uma cruz ou um traço perpendicular à linha no ponto que represente a intensidade de sua dor, posteriormente, mede-se em centímetros a distância entre o início da linha (que corresponde à zero) e o local assinalado, obtendo-se uma classificação numérica (Direção Geral da Saúde, 2003).

FIGURA 1. ESCALA VISUAL ANALÓGICA.

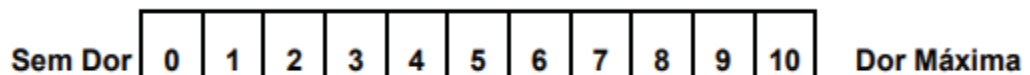


FONTE: DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003).

### Escala Numérica

Consiste em uma régua horizontal numerada de 0 a 10, dividida em onze partes iguais. Pede-se que o indivíduo faça relação com a intensidade da dor, sendo que, 0 seria “Sem dor” e 10 seria “Dor máxima” (Direção Geral da Saúde, 2003).

FIGURA 2. ESCALA NUMÉRICA DA DOR.



FONTE: DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003).

### Questionário de Dor MCGILL (BR-MPQ)

Foi desenvolvido por Melzack em 1975 e tem por objetivo avaliar as dimensões qualitativas da dor, sendo estas, as sensoriais, afetivas, temporais com referência a duração, distribuição espacial e intensidade da dor. Os domínios se dividem em 20 subgrupos de palavras. As medidas de avaliação se relacionam com a experiência do idoso e a condição dolorosa, além dos aspectos neurofisiológicos envolvidos na percepção da dor (AGUIAR & PINHEIRO, 2019).

QUADRO 2. PROPOSTA INICIAL DE ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE DOR MC GILL PARA A LÍNGUA PORTUGUESA (FASES 1 E 2).

1	5	9	13	17
1- Ondulante	1- Fisgada	1- Vaga	1- Amedrontada	1- Esparrama
2- Tremulante	2- Aperto	2- Dolorido	2- Apavorante	2- Irradia
3- Pulsante	3- Mordida	3- Machucado	3- Aterrorizante	3- Penetra
4- Latejante	4- Cólica	4- Dolorida		4- Transfixa
5- Em pancada	5- Esmagamento	5- Em peso		
2	6	10	14	18
1- Pontada	1- Puxão	1- Sensível	1- Castigaste	1- Aperta
2- Coque	2- Estiramento	2- Distendida	2- Atormenta	2- Adormece
3- Tiro	3- Arrancamento	3- Esfolastes	3- Cruel	3- Repuxa
		4- Rompendo	4- Maldita	4- Espreme
			5- Mortificante	5- Rasga
3	7	11	15	19
1- Alfinetada	1- Calor	1- Cansativa	1- Miserável	1- Fria
2- Perfurante	2- Queimor	2- Exhaustiva	2- Alucinante	2- Gelada
3- Facada	3- Escaldante			3- Congelante
4- Punhalada	4- Causticante			
5- Lancinante				
4	8	12	16	20
1- Aguda	1- Formigamento	1- Enjoada	1- Maçante	1- Aborrecida
2- Cortante	2- Coceira	2- Sufocante	2- Incômoda	2- Nauseante
3- Dilacerada	3- Ardor		3- Desgastante	3- Agonizante
	4- Ferroada		4- Intensa	4- Pavorosa
			5- Insuportável	5- Torturante

FONTE: PIMENTA E TEIXEIRA (1996).

QUADRO 3 e 4. PROPOSTA INICIAL DE ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE DOR MC GILL PARA A LÍNGUA PORTUGUESA.

ALGUMAS PALAVRAS QUE EU VOU LER DESCREVEM A SUA DOR ATUAL. DIGA-ME, QUAIS PALAVRAS MELHOR DESCREVEM A SUA DOR. NÃO ESCOLHA AQUELAS QUE NÃO SE APLICAM, ESCOLHA SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO, A MAIS ADEQUADA PARA A DESCRIÇÃO DE SUA DOR.

1 1- Vibração 2- Tremor 3- Pulsante 4- Latejante 5- Como batida 6- Como pancada	5 1- Beliscão 2- Aperto 3- Mordida 4- Cólica 5- Esmagamento	9 1- Mal localizada 2- Dolorida 3- Machucada 4- Doída 5- Pesada	13 1- Amedrontada 2- Apavorante 3- Aterrorizante	17 1- Espalha 2- Irradia 3- Penetra 4- Atravessa
2 1- Pontada 2- Choque 3- Tiro	6 1- Fisgada 2- Puxão 3- Em torção	10 1- Sensível 2- Esticada 3- Esfolante 4- Rachante	14 1- Castigaste 2- Atormenta 3- Cruel 4- Maldita 5- Mortificante	18 1- Aperta 2- Adormece 3- Repuxa 4- Espreme 5- Rasga
3 1- Agulhada 2- Perfurante 3- Facada 4- Punhalada 5- Em lança	7 1- Calor 2- Queimação 3- Fervente 4- Em brasa	11 1- Cansativa 2- Exaustiva	15 1- Miserável 2- Enlouquecedora	19 1- Fria 2- Gelada 3- Congelante
4 1- Aguda 2- Cortante 3- Estraçalha	8 1- Formigamento 2- Coceira 3- Ardor 4- Ferroada	12 1- Enjoada 2- Sufocante	16 1- Chata 2- Que incomoda 3- Desgastante 4- Forte 5- Insuportável	20 1- Aborrecida 2- Dá náusea 3- Agonizante 4- Pavorosa 5- Torturante

Número de Descritores	Índice de dor
Sensorial .....	Sensorial .....
Afetivo .....	Afetivo .....
Avaliativo .....	Avaliativo .....
Miscelânea .....	Miscelânea .....
TOTAL .....	TOTAL .....

FONTE: PIMENTA E TEIXEIRA (1996).

### Escala de *Locus de Controle da Dor*

É utilizada para o entendimento das percepções, expectativas e crenças individuais que se relacionam a comportamentos, atitudes, enfrentamento e aderência dos idosos diante das condições de saúde e propostas de tratamento (ARAÚJO, *et al*, 2010).

Instruções para o preenchimento da escala (deve ser lida para o paciente, se aplicada em forma de entrevista): cada item abaixo reflete uma percepção de dor, com a qual você pode concordar ou não concordar. Ao lado de cada afirmação há uma escala que vai desde *não concordo muito* (1) até *concordo muito* (4). Para cada item, solicitamos que você marque o número que melhor representa o quanto você concorda ou não concorda com a afirmação. Quanto mais você concordar com uma

afirmação, maior será o número que irá marcar. Por favor, responda a todos os itens e marque APENAS UM NÚMERO em cada item. Não existem aqui respostas certas ou erradas. Instruções para a pontuação da escala (utilizada pelo aplicador): a pontuação em cada subescala é a soma dos valores marcados em cada item da subescala (em que 1 = não concordo muito e 4 = concordo muito) todas as subescalas são independentes umas das outras. Não existe uma pontuação total para a escala. A Pontuação é observada em cada subescala, de modo que a subescala com a maior pontuação reflete a crença predominante do indivíduo frente ao controle da dor (ARAÚJO, *et al*, 2010).

QUADROS 5 E 6. ESCALA DE LOCUS DE CONTROLE DA DOR – FORMA C / PAIN LOCUS OF CONTROL SCALE (PLOC-C).

Subescala	Variação possível	Itens
Locus de controle interno	6-24	1,6,8,12,13,17
Locus de controle ao acaso	6-24	2,4,9,11,15,16
Locus de controle em médicos e profissionais de saúde	3-12	3,5,14
Locus de controle em outras pessoas	3-12	7,10,18

	Não concordo muito	Não concordo pouco	Concordo pouco	Concordo muito
1. Se a minha dor ficar pior, é o que eu fizer que vai me fazer melhor ou pior rápido ou devagar.	1	2	3	4
2. Pensando na minha dor, o que tiver que acontecer, vai acontecer.	1	2	3	4
3. Se eu consultar meu médico regularmente, vou ter menos problemas com minha dor.	1	2	3	4
4. A maioria das coisas que afetam a minha dor acontece por acaso (ou seja, sem motivo, à toa, porque tem que ser)	1	2	3	4
5. Toda vez que minha dor ficar pior, eu devo consultar um profissional de saúde.	1	2	3	4
6. Sou eu que posso melhorar ou piorar a minha dor.	1	2	3	4
7. Outras pessoas (amigos, familiares, acompanhantes, cuidadores) são importantes para que a minha dor melhore, fique igual ou piore.	1	2	3	4
8. Tudo que acontece de errado com a minha dor é por minha culpa.	1	2	3	4
9. Grande parte da melhora da minha dor é causada pela sorte	1	2	3	4
10. Para que minha dor melhore, outras pessoas devem fazer a coisa certa.	1	2	3	4
11. Qualquer melhora em minha dor é em grande parte por causa da sorte.	1	2	3	4
12. O que mais melhora ou piora a minha dor é o que eu mesmo faço.	1	2	3	4
13. Eu mereço os parabéns quando minha dor melhora e mereço ser culpado quando ela piora.	1	2	3	4

14. Seguir as orientações médicas corretamente (ou seja, fazer o que o médico disse) é o melhor para não piorar a minha dor.	1	2	3	4
15. Se minha dor ficar pior é por causa do destino (ou seja, porque tem que ser)	1	2	3	4
16. Se eu tiver sorte, a minha dor vai ficar melhor.	1	2	3	4
17. Se minha dor ficar pior é porque eu não cuido de mim.	1	2	3	4
18. O tipo de ajuda que recebo de outras pessoas (amigos, familiares, cuidadores, acompanhantes) faz a minha dor melhorar mais rápido ou mais devagar.	1	2	3	4

FONTE: ARAÚJO, *et al* (2010).

### Geriatric Pain Measure

Permite avaliação multidimensional da dor, de fácil aplicabilidade e compreensão. Consiste na avaliação da intensidade, descomprometimento, dor à deambulação, dor às atividades vigorosas, dor em outras atividades. Tem o intuito de ampliar e facilitar a avaliação da dor na pessoa idosa. O seu escore se baseia no total obtido pela somatória das pontuações dos seus itens, que varia de “zero dor” (total de 0) a “dor grave” (total de 42), e é ajustado para um escore total de variação de 0 a 100, multiplicando a somatória das pontuações finais por 2,38. Esse escore total ajustado permite a classificação como: dor leve – 0 a 30; dor moderada – 30 a 69 e dor intensa – maiores que 70 (MOTTA, GAMBARO & SANTOS, 2015).

QUADRO 7. QUESTIONÁRIO “GERIATRIC PAIN MEASURE” – VERSÃO EM PORTUGUÊS.

Por favor, responda cada pergunta, marcando Sim ou Não		
1. Você tem ou acha que teria dor com atividades intensas como: correr, levantar objetos pesados, ou participar de atividades que exigem esforço físico?	( ) Não	( ) Sim
2. Você tem ou acha que teria dor com atividades moderadas como mudar uma mesa pesada de lugar, usar um aspirador de pó, fazer caminhadas ou jogar bola?	( ) Não	( ) Sim
3. Você tem ou acha que teria dor quando levanta ou carrega uma sacola de compras?	( ) Não	( ) Sim
4. Você tem ou acha que teria dor se subisse um andar de escada?	( ) Não	( ) Sim
5. Você tem ou acha que teria dor se subisse apenas alguns degraus de uma escada?	( ) Não	( ) Sim
6. Você tem ou teria dor quando anda mais de um quarto de andar?	( ) Não	( ) Sim
7. Você tem ou teria dor quando anda um quarto de andar ou menos?	( ) Não	( ) Sim
8. Você tem ou teria dor quando toma banho ou se veste?	( ) Não	( ) Sim
9. Você já deixou de trabalhar ou fazer atividades por causa da dor?	( ) Não	( ) Sim
10. Você já deixou de fazer algo que gosta por causa da dor?	( ) Não	( ) Sim
11. Você tem diminuído o tipo de trabalho ou outras atividades que faz devido à dor?	( ) Não	( ) Sim

12. O trabalho ou suas atividades já exigiram muito esforço por causa da dor?	( ) Não	( ) Sim
13. Você tem problemas para dormir devido a dor?	( ) Não	( ) Sim
14. A dor impede que você participe de atividades religiosas?	( ) Não	( ) Sim
15. A dor impede que você participe de qualquer outra atividade social ou recreativa (além de serviços religiosos)?	( ) Não	( ) Sim
16. A dor te impede ou impediria de viajar ou usar transportes comuns?	( ) Não	( ) Sim
17. A dor faz você sentir fadiga ou cansaço?	( ) Não	( ) Sim
18. Você depende de alguém pra te ajudar por causa da dor?	( ) Não	( ) Sim
19. Na escala de 0 a 10, com zero significando sem dor e o 10 significando a pior dor que você pode imaginar, como está sua dor hoje? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nota:	
20. Nos últimos sete dias, numa escala de zero a dez, com zero significando sem dor e o 10 significando a pior dor que você pode imaginar, indique o quanto em média sua dor tem sido intensa? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nota:	
21. Você tem dor que nunca some por completo?	( ) Não	( ) Sim
22. Você tem dor todo dia?	( ) Não	( ) Sim
23. Você tem dor várias vezes por semana?	( ) Não	( ) Sim
24. Durante os últimos sete dias, a dor faz você se sentir triste ou depressivo?	( ) Não	( ) Sim

FONTE: MOTTA, GAMBARO & SANTOS (2015).

## INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO E FLEXIBILIDADE DA COLUNA VERTEBRAL

### Goniometria

É um método amplamente utilizado na clínica fisioterapêutica para avaliar a amplitude de movimento, devido o baixo custo do instrumento e a fácil mensuração. As medidas dos ângulos articulares do corpo obtidas através do uso do goniômetro são utilizadas para quantificar os ângulos articulares, determinarem a intervenção fisioterapêutica adequada e documentar a eficiência de intervenções (CARVALHO, MAZZER & BARBIERI, 2012).

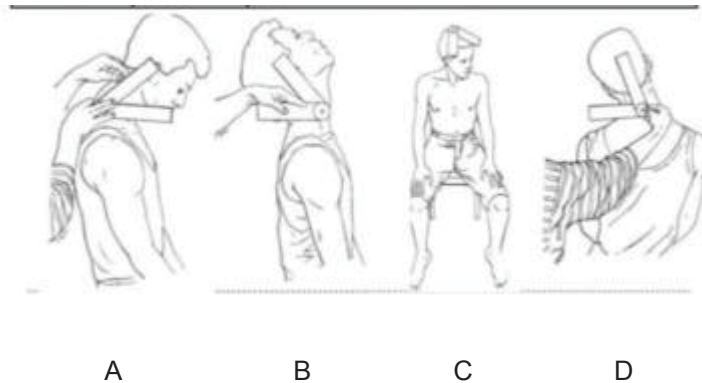
QUADRO 8. VALORES DA GONIOMETRIA DA COLUNA CERVICAL

Movimento	Liberdade	Músculos responsáveis
Flexão	0 – 65°	Esternocleidomastoideo e escaleno
Extensão	0 – 50°	Paravertebrais (esplênio e semi-espinhal) e trapézio
Rotação	0 – 55°	Esternocleidomastoideo e intrínsecos do pescoço

Flexão lateral	0 – 40°	Escaleno anterior, médio e posterior
----------------	---------	--------------------------------------

FONTE: MARQUES (2003).

FIGURA 3. POSICIONAMENTO DO AVALIADO E DO GONIÔMETRO PARA GONIOMETRIA DA COLUNA CERVICAL.



A. Flexão da coluna cervical. B. Extensão da coluna cervical. C. Rotação da coluna cervical. D. Flexão lateral da coluna cervical.

FONTE: MARQUES (2003).

QUADRO 9. VALORES DE REFERÊNCIA DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA COLUNA CERVICAL PARA INDIVÍDUOS ACIMA DE 60 ANOS

Movimento	Valores de referência para mulheres acima de 60 anos	Valores de referência para homens acima de 60 anos
Flexão	0 – 53°	0 – 55°
Extensão	0 – 43°	0 – 40°

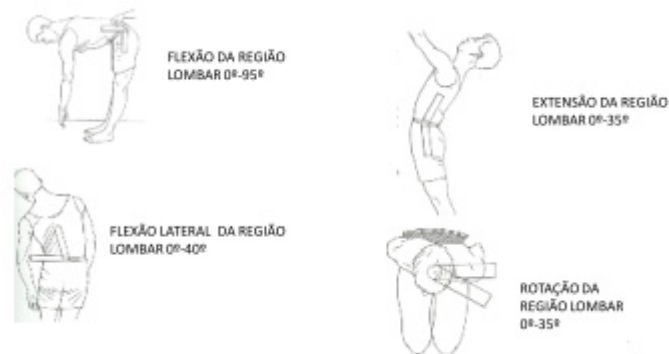
FONTE: MCKAY *et al* (2017).

QUADRO 10. GONIOMETRIA DA COLUNA LOMBAR

Movimento	Liberdade	Músculos responsáveis
Flexão	0 – 45°	Reto abdominal e oblíquos
Extensão	0 – 45°	Eretores (iliocostal, longuíssimo do tórax e espinal)
Inclinação	0 – 45°	Eretores, oblíquos, multifídeos e transversos

FONTE: LECH & BARROS (2001).

FIGURA 4. POSICIONAMENTO DO AVALIADO E DO GONIÔMETRO PARA GONIOMETRIA DA COLUNA LOMBAR.

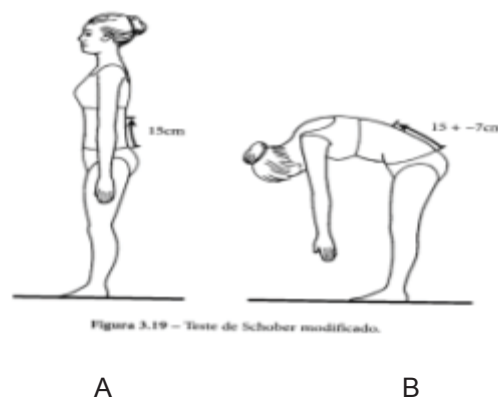


FONTE: MARQUES (2003).

### Teste de Schober

Consiste em uma técnica para medir a ADM da coluna lombar, realizado através da extensão de uma fita métrica sobre a coluna entre a articulação lombossacra entre as espinhas ilíacas acima da apófise espinhosa S1 e o outro ponton 10 cm acima desta marca, com o indivíduo em bipedestação, pede-se para que o indivíduo realize a flexão anterior de tronco máxima e o aumento da distância entre as marcas fornecerá estimativa da amplitude da flexão da coluna lombar. Resultado inferior a 5 cm de diferença nas medidas, indica diminuição da ADM da coluna lombar (FUENTES-LEON *et al*, 2016; MACEDO *et al*, 2009).

FIGURA 5. POSICIONAMENTOS PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE SCHOBER.



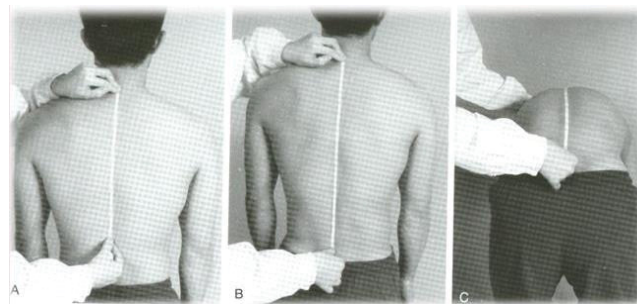
Posicionamento inicial (A) e final (B) para realização do teste de Schober.

FONTE: BARROS FILHO & LECH, 2001.

### Índice de *Stibor*

É um instrumento que avalia a flexibilidade da coluna vertebral como um todo. É realizado com o indivíduo em posição ortostática, com os pés unidos, assinala-se um ponto médio entre as duas espinhas ilíacas póstero superiores, em seguida, marca-se o processo espinhoso da sétima vértebra cervical, mede-se a distância entre esses dois pontos, posteriormente, solicita ao avaliado que realize flexão anterior do tronco, e nessa posição é medida novamente a distância entre os dois pontos. A diferença entre esses dois valores é conhecida como o Índice de *Stibor*. É considerada flexibilidade normal da coluna vertebral quando a distância aumenta em 10 cm (PEREIRA & MEDALHA, 2008).

FIGURA 6. POSICIONAMENTOS PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE *STIBOR*.



Posicionamento A posição inicial; B posição durante e C posição final para realização do teste de *Stibor*.

FONTE: INSTITUTO LONG TAO (2016).

### Teste do 3º Dedo ao Solo

É um teste que avalia a flexão global de tronco e a flexibilidade dos músculos posteriores dos MMII. É solicitado ao paciente a realizar uma flexão de tronco com os joelhos estendidos e então é medida a distância do terceiro dedo da mão direita até o solo. Habitualmente, é comparado antes e depois da intervenção (LIMA & COUTINHO, 2019). É considerada flexibilidade normal da coluna vertebral quando a distância é de zero cm entre o terceiro dedo e o solo (SILVA *et al*, 2015).

FIGURA 7. POSICIONAMENTO DO AVALIADO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE 3º DEDO SOLO.



FONTE: BARROS FILHO &amp; LECH, 2001.

### Teste de Sentar e Alcançar no Banco de Wells

É um instrumento utilizado para mensurar a flexibilidade dos isquiotibiais e dos músculos lombares (HEUBEL *et al*, 2018). É realizado com o Banco de Wells (BW), que consiste em uma caixa de 30,5 cm de largura por 30,5 cm de comprimento e 30,5 cm de altura com um prolongamento de 23 cm para apoio dos membros superiores. Sobre a face superior há uma escala métrica de 50 cm que permite definir o alcance. O indivíduo senta-se no chão ou colchonete com os membros inferiores estendidos e a planta dos pés contra o BW, se inclina lentamente e projeta-se para frente até onde for possível. Os valores estão demarcados em centímetros e correspondem à localização dos dedos da mão de acordo com a marcação da régua. São realizadas três medidas do mesmo movimento e é utilizado o maior valor medido para análise (BARBOZA *et al*, 2014).

FIGURA 8. POSICIONAMENTO DO AVALIADO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE SENTAR E ALCANÇAR NO BANCO DE WELLS.

FONTE: BERTOLLA *et al* (2007).

QUADRO 11. VALORES NORMATIVOS DE FLEXIBILIDADE (CM) PARA O TESTE DE SENTAR E ALCANÇAR NO BANCO DE WELLS

		FAIXA ETÁRIA	
		60 a 69 anos	≥ 70 anos
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>			
<b>MASCULINO</b>	EXCELENTE	≥ 28	≥23
	ACIMA DA MÉDIA	20 – 27	16 – 22
	MÉDIA	14 – 19	10 – 15
	ABAIXO DA MEDIA	9 – 13	5 – 9
	FRACO	≤ 9	≤ 4
<b>FEMININO</b>	EXCELENTE	≥ 33	≥31
	ACIMA DA MÉDIA	27 – 32	25 – 30
	MÉDIA	22- 26	20 – 24
	ABAIXO DA MEDIA	16 – 21	15 – 19
	FRACO	≤ 15	≤ 14

FONTE: RIBEIRO *et al* (2010).

### Teste do Ângulo Poplíteo

Este teste mede indiretamente o comprimento dos músculos isquiotibiais, sendo estes o semimenbranoso, semitendinoso e bíceps femoral (DUARTE *et al*, 2014). O ângulo poplíteo é medido com o indivíduo em decúbito dorsal horizontal, o quadril e o joelho do membro inferior a ser testado flexionado a 90° e o membro contralateral permanece completamente estendido. Em seguida, o joelho do membro a ser testado é estendido ativamente, com o tornozelo e o pé relaxados, até o ponto máximo em que o indivíduo não compensar com a coluna vertebral ou o membro inferior contralateral. A medida considerada normal é quando está entre 165° e 180° da amplitude de Movimento (SILVA *et al*, 2017).

FIGURA 9. POSICIONAMENTO FINAL DO AVALIADO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DO ÂNGULO POPLÍTEO.



FONTE: MORCELLI *et al*, 2013.

## INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DA COLUNA VERTEBRAL

### Índice de Incapacidade Cervical (*Neck Disability Index – NDI*)

Utilizado para medir a capacidade funcional da região cervical. É composto por 10 questões referentes a atividades gerais e dor. Cada item está organizado quanto ao tipo de atividade e seguido por seis diferentes afirmações expressando progressivos níveis de capacidade funcional. Sua aplicação dura em média três minutos. Sua pontuação utiliza um percentual de dor máxima e incapacidade funcional. O escore do NDI é dado pela soma dos pontos de 0 a 5 de cada uma das 10 questões, totalizando no máximo 50 pontos e o valor obtido é expresso em porcentagem, sendo 0% (sem incapacidade) e 100% (incapacidade completa). O escore total é dividido pelo número de questões respondidas multiplicadas pelo número 5. A interpretação dos resultados é feita da seguinte maneira: abaixo de 10% - sem incapacidade; entre 10% e 28% - incapacidade mínima; de 30% a 48% incapacidade moderada; de 50% a 68% - incapacidade severa; e acima de 72% considera-se incapacidade completa (AIMI *et al*, 2019; FALAVIGNA *et al*, 2011).

QUADRO 12. QUESTIONÁRIO NECK DISABILITY INDEX - NDI

<p><b>Seção 1 – Intensidade da dor</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu não tenho dor nesse momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é muito leve nesse momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é moderada nesse momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é razoavelmente grande nesse momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é muito grande nesse momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é a pior que se possa imaginar nesse momento.</p>	<p><b>Seção 6 – Prestar Atenção</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu consigo prestar atenção quando eu quero sem dificuldade.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu consigo prestar atenção quando eu quero com uma dificuldade leve.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu tenho uma dificuldade moderada em prestar atenção quando eu quero.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu tenho muita dificuldade em prestar atenção quando eu quero.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu tenho muitíssima dificuldade em prestar atenção quando eu quero.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não consigo prestar atenção.</p>
<p><b>Seção 2 – Cuidado pessoal (se lavar, se vestir, etc)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso cuidar de mim mesmo(a) sem aumentar a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso cuidar de mim mesmo(a) normalmente, mas isso faz aumentar a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> É doloroso ter que cuidar de mim mesmo e eu faço isso lentamente e com cuidado.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu preciso de ajuda mas consigo fazer a maior parte do meu cuidado pessoal.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu preciso de ajuda todos os dias na maioria dos aspectos relacionados a cuidar de mim mesmo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não me visto, me lavo com dificuldade e</p>	<p><b>Seção 7 – Trabalho</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso trabalhar tanto quanto eu quiser.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu só consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu consigo fazer a maior parte do trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu mal consigo fazer qualquer tipo de trabalho.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não consigo fazer nenhum tipo de trabalho.</p>

fico na cama.	
<p><b>Seção 3 – Levantar coisas</b></p> <p>( ) Eu posso levantar objetos pesados sem aumentar a dor.</p> <p>( ) Eu posso levantar objetos pesados mas isso faz aumentar a dor.</p> <p>( ) A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas eu consigo se eles estiverem colocados em uma boa posição, por exemplo em uma mesa.</p> <p>( ) A dor me impede de levantar objetos pesados, mas eu consigo levantar objetos com peso entre leve e médio se eles estiverem colocados em uma boa posição.</p> <p>( ) Eu posso levantar objetos muito leves.</p> <p>( ) Eu não posso levantar nem carregar absolutamente nada.</p>	<p><b>Seção 8 – Dirigir automóveis</b></p> <p>( ) Eu posso dirigir meu carro sem nenhuma dor no pescoço.</p> <p>( ) Eu posso dirigir meu carro tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu posso dirigir meu carro tanto quanto eu queira com uma dor moderada no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu não posso dirigir o meu carro tanto quanto eu queira por causa de uma dor moderada no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu mal posso dirigir por causa de uma dor forte no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu não posso dirigir meu carro de maneira nenhuma.</p>
<p><b>Seção 4 – Leitura</b></p> <p>( ) Eu posso ler tanto quanto eu queira sem dor no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor moderada no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu não posso ler tanto quanto eu queira por causa de uma dor moderada no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu mal posso ler por causa de uma grande dor no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu não posso ler nada.</p> <p>( ) 7 Pergunta não se aplica por não saber ou não poder ler</p>	<p>( ) <b>Seção 9 – Dormir</b></p> <p>( ) Eu não tenho problemas para dormir.</p> <p>( ) Meu sono é um pouco perturbado (menos de uma hora sem conseguir dormir).</p> <p>( ) Meu sono é levemente perturbado (1-2 horas sem conseguir dormir).</p> <p>( ) Meu sono é moderadamente perturbado (2-3 horas sem conseguir dormir).</p> <p>( ) Meu sono é muito perturbado (3-5 horas sem conseguir dormir).</p> <p>( ) Meu sono é completamente perturbado (1-2 horas sem sono).</p>
<p><b>Seção 5 – Dores de cabeça</b></p> <p>( ) Eu não tenho nenhuma dor de cabeça.</p> <p>( ) Eu tenho pequenas dores de cabeça com pouca freqüência.</p> <p>( ) Eu tenho dores de cabeça moderadas com pouca freqüência.</p> <p>( ) Eu tenho dores de cabeça moderadas muito freqüentemente.</p> <p>( ) Eu tenho dores de cabeça fortes freqüentemente .</p> <p>( ) Eu tenho dores de cabeça quase o tempo inteiro.</p>	<p><b>Seção 10 – Diversão</b></p> <p>( ) Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão sem nenhuma dor no pescoço.</p> <p>( ) Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão com alguma dor no pescoço.</p> <p>( ) Eu consigo fazer a maioria, mas não todas as minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu consigo fazer poucas das minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu mal consigo fazer quaisquer atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço.</p> <p>( ) Eu não consigo fazer nenhuma atividade de diversão.</p>

FONTE: COOK *et al*, 2006.

### NECK BOURNEMOUTH QUESTIONNAIRE (NBQ - Brasil):

É responsável pela avaliação de vários domínios, dentre eles, a dor, função, incapacidade e aspectos psicológicos e sociais de pacientes com alguma alteração na região da coluna cervical. É um questionário de fácil aplicação, reprodutibilidade e sensível às alterações clínicas, tornando-se viável na tanto em pesquisas científicas como na prática clínica, com o intuito de monitorar a progressão da

doença e planejar um plano de tratamento eficiente. A pontuação total varia de 0 a 70 e é obtida pela soma das pontuações de cada um dos sete tópicos, quanto mais alto o escore, mais alto o nível de dor e incapacidade (KAMONSEKI *et al*, 2017).

QUADRO 13. NECK BOURNEMOUTH QUESTIONNAIRE (NBQ - BRASIL).

INSTRUÇÃO: Este questionário foi desenvolvido para saber sobre a sua dor no pescoço e como ela o afeta. Por favor, responda TODAS as questões circulando UM número em CADA pergunta que melhor descreve o que você sente:

1. Durante a última semana, qual foi o nível de dor do seu pescoço:

Nenhuma dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

2. Durante a última semana, quanto a sua dor no pescoço prejudicou nas suas atividades diárias (trabalho de casa, tomar banho, colocar roupa, levantar, ler e dirigir)?

Não prejudicou	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Incapaz de desenvolver atividades
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

3. Durante a última semana, quanto a sua dor no pescoço prejudicou nas suas atividades recreativas, sociais e familiares?

Não prejudicou	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Incapaz de desenvolver atividades
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

4. Durante a última semana, você sentiu-se ansioso (tenso, nervoso, irritado, com dificuldade para se concentrar/relaxar)?

Não ansioso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito ansioso
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

5. Durante a última semana, você sentiu-se deprimido (“para baixo”, triste, pessimista, infeliz)?

Não deprimido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito deprimido
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

6. Durante a última semana, quanto a sua dor no pescoço piorou (ou poderia ter piorado) com o trabalho (tanto em casa como fora)?

Não piorou	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Piorou muito
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

7. Durante a última semana, quanto você conseguiu controlar (reduzir) sozinho a sua dor no pescoço?

Controlei completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nenhum tipo de controle
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

FONTE: KAMONSEKI *et al* (2017).

## Escala Funcional De Incapacidade Do Pescoço De Copenhagen (The Copenhagen Neck Functional Disability Scale – CNFDS)

É um instrumento de avaliação clínica que demonstra a percepção do paciente com relação a sua funcionalidade quanto a sua dor cervical. É constituída por 15 questões interrogativas, com direções positiva (questões de 1 a 5) em que a resposta “sim” significa uma boa função cervical, ou uma direção negativa (questões de 6 a 15) em que a resposta “sim” indica uma funcionalidade baixa da coluna cervical. Portanto, a pontuação máxima possível de 30 pontos e a mínima é de 0, sendo que quanto maior a pontuação, maior é a disfunção cervical (BADARÓ, ARAÚJO & BEHLAU, 2014).

QUADRO 14. ESCALA FUNCIONAL DE INCAPACIDADE DO PESCOÇO DE COPENHAGEN (THE COPENHAGEN NECK FUNCTIONAL DISABILITY SCALE – CNFDS).

Questões	Sim	As vezes	Não	Não se aplica	Pontuação
1. Você consegue dormir a noite mesmo com dor no pescoço?					
2. Você consegue fazer suas atividades diárias como antes mesmo com dor no pescoço?					
3. Você consegue fazer as atividades diárias sem ajuda dos outros?					
4. Você consegue se vestir de manhã sem gastar mais tempo que o normal?					
5. Você consegue se abaixar sobre a pia para escovar seus dentes sem sentir dor no pescoço?					
6. Você passa mais tempo em casa por causa da dor no pescoço?					
7. Você deixa de levantar objetos de 2 a 4 kg por causa da dor no pescoço?					
8. Você lê menos por causa da dor no pescoço?					
9. Você tem dor de cabeça quando tem dor no pescoço?					
10. Você tem dificuldade para se concentrar por causa da dor no pescoço?					

11. Você reduziu seu lazer por causa da dor no pescoço?					
12. Você fica mais tempo na cama por causa da dor no pescoço?					
13. Você acha que a dor no pescoço atrapalha a relação com sua família?					
14. Você deixou de sair com outros nas duas últimas semanas por causa da dor no pescoço?					
15. Você acha que a dor no pescoço pode atrapalhar seu futuro?					
					Total:

FONTE: BADARÓ, ARAÚJO & BEHLAU (2014).

### **Índice De Incapacidade De Oswestry (Oswestry Disability Index – ODI)**

É um instrumento utilizado para avaliação funcional da coluna lombar, incorporando medidas de dor, e a influência desta sobre as atividades diárias. Já foi validado para a língua portuguesa, no Brasil (VIGATTO, ALEXANDRE & CORREA FILHO, 2007). Consiste em dez sessões de perguntas com seis alternativas cada, sendo que cada uma destas existe um escore correspondente que varia de 0 a 5 pontos, variando de acordo com a intensidade e gravidade da dor e comprometimento da coluna lombar. Realiza-se a soma dos pontos de todas as sessões, sendo esta o escore máximo de 50 que representa 100%. Em seguida, com a soma de todos os pontos de cada questionário é realizada a porcentagem dessa soma. Quanto maior é a porcentagem obtida, pior é o estado de saúde da coluna do indivíduo (MADEIRA *et al*, 2013). Para definir lombalgia, o ponto de corte da validação brasileira do ODI é de aproximadamente 4.45 pontos (63,2% de sensibilidade e 81,8% de especificidade). O tempo necessário para a aplicação do questionário é de aproximadamente 10 minutos (FALAVIGNA *et al*, 2011). Os valores de referência para o resultado é: nenhuma disfunção (0), disfunção mínima (1 a 20), disfunção moderada (21 a 40), disfunção severa (41 a 60) e incapacidade (acima de 60%) (ROLAND E FAIRBANK, 2000).

QUADRO 15. ÍNDICE DE INCAPACIDADE DE OSWESTRY (OSWESTRY DISABILITY INDEX – ODI)

INSTRUÇÕES: Por favor, responda esse questionário. Ele foi desenvolvido para dar-nos informações sobre como seu problema nas costas ou pernas tem afetado a sua capacidade de realizar as atividades da vida diária. Por favor, responda a todas as seções. **ASSINALE EM CADA UMA DELAS APENAS A RESPOSTA QUE MAIS CLARAMENTE DESCREVE A SUA CONDIÇÃO NO DIA DE HOJE.**

<p><b>Seção 1 – Intensidade da Dor</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não sinto dor no momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é muito leve no momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é moderada no momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é razoavelmente intensa no momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é muito intensa no momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é a pior que se pode imaginar no momento.</p>	<p><b>Seção 6 – Posição</b></p> <p><input type="checkbox"/> Consigo ficar em pé o tempo que quiser sem aumentar a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Consigo ficar em pé durante o tempo que quiser, mas isso aumenta a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar em pé por mais de 1 hora.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar em pé por mais de meia hora.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar em pé por mais de 10 minutos.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar em pé.</p>
<p><b>Seção 2 – Cuidados Pessoais (lavar-se, vestir-se, etc.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Posso cuidar de mim mesmo normalmente sem que isso aumente a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Posso cuidar de mim mesmo normalmente, mas sinto muita dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto dor ao cuidar de mim mesmo e faço isso lentamente e com cuidado.</p> <p><input type="checkbox"/> Preciso de alguma ajuda, porém consigo fazer a maior parte dos meus cuidados pessoais.</p> <p><input type="checkbox"/> Preciso de ajuda diária na maioria dos aspectos de meus cuidados pessoais.</p> <p><input type="checkbox"/> Não consigo me vestir, lavo-me com dificuldade e permaneço na cama.</p>	<p><b>Seção 7 – Repouso</b></p> <p><input type="checkbox"/> Meu sono nunca é perturbado pela dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Meu sono é ocasionalmente perturbado pela dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Durmo menos de 6 horas por causa da dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Durmo menos de 4 horas por causa da dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Durmo menos de 2 horas por causa da dor.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede totalmente de dormir.</p>
<p><b>Seção 3 – Carga</b></p> <p><input type="checkbox"/> Consigo levantar objetos pesados sem aumentar a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Consigo levantar objetos pesados, mas isso aumenta a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas consigo levá-los se estiverem convenientemente posicionados, por exemplo, sobre uma mesa.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de levantar objetos pesados, mas consigo levantar objetos leves a moderados, se estiverem convenientemente posicionados.</p> <p><input type="checkbox"/> Consigo levantar apenas objetos muito leves.</p> <p><input type="checkbox"/> Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.</p>	<p><b>Seção 8 – Vida Sexual</b></p> <p><input type="checkbox"/> Minha vida sexual é normal e não aumenta minha dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Minha vida sexual é normal, mas causa um pouco mais de dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Minha vida sexual é quase normal, mas causa muita dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Minha vida sexual é severamente limitada pela dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Minha vida sexual é quase ausente por causa da dor.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ter uma vida sexual.</p>

<p><b>Seção 4 – Caminhar</b></p> <p><input type="checkbox"/> A dor não me impede de caminhar qualquer distância.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de caminhar mais de 1.600 metros (aproximadamente 16 quarteirões de 100 metros).</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de caminhar mais de 800 metros (aproximadamente 8 quarteirões de 100 metros).</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de caminhar mais de 400 metros (aproximadamente 4 quarteirões de 100 metros).</p> <p><input type="checkbox"/> Só consigo andar usando uma bengala ou muletas.</p> <p><input type="checkbox"/> Fico na cama a maior parte do tempo e preciso me arrastar para ir ao banheiro.</p>	<p><b>Seção 9 – Vida Social</b></p> <p><input type="checkbox"/> Minha vida social é normal e não aumenta a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Minha vida social é normal, mas aumenta a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor não tem nenhum efeito significativo na minha vida social, porém limita alguns interesses que demandam mais energia, como por exemplo, esporte, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor tem restringido minha vida social e não saio de casa com tanta frequência.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor tem restringido minha vida social ao meu lar.</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho vida social por causa da dor.</p>
<p><b>Seção 5 – Sentar</b></p> <p><input type="checkbox"/> Consigo sentar em qualquer tipo de cadeira durante o tempo que quiser.</p> <p><input type="checkbox"/> Consigo sentar em uma cadeira confortável durante o tempo que quiser.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar sentado por mais de 1 hora.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar sentado por mais de meia hora.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar sentado por mais de 10 minutos.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de sentar.</p>	<p><b>Seção 10 – Locomoção (ônibus/carro/táxi)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Posso ir a qualquer lugar sem sentir dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Posso ir a qualquer lugar, mas isso aumenta a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é intensa, mas consigo me locomover durante 2 horas.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor restringe-me a locomoções de menos de 1 hora.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor restringe-me a pequenas locomoções necessárias de menos de 30 minutos.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor impede de locomover-me, exceto para receber tratamento.</p>

FONTE: PIMENTA, FILIPE & ALVIN (2001).

### **Questionário De Incapacidade Lombar De Quebec (Quebec Back Pain Disability Questionnaire – QBPQ)**

É um instrumento que mensura a incapacidade funcional ocasionada pela dor lombar. Consiste em 20 itens que discorrem sobre a dificuldade em realizar atividades físicas de leve intensidade. Está dividido em seis domínios, sendo eles: descanso/sono; sentar/levantar; caminhar; movimentos; flexão/parada; e objetos pesados. Dentro de cada item existe uma escala com seis pontuações (0-5), sendo 0 a ausência de dificuldades e 5 a incapacidade máxima da realização da atividade. Definindo assim o escore final, que varia de 0 a 100 pontos, o que revela que quanto pior for a pontuação, pior será a condição clínica (SCHMIDT, 2019).

QUADRO 16. QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE LOMBAR DE QUEBEC (QUEBEC BACK PAIN DISABILITY QUESTIONNAIRE – QBPQ)

		<b>0</b> <b>Sem</b> <b>dificuldade</b> <b>nenhuma</b>	<b>1</b> <b>Com um</b> <b>mínimo de</b> <b>dificuldade</b>	<b>2</b> <b>Com</b> <b>alguma</b> <b>dificuldade</b>	<b>3</b> <b>Com</b> <b>bastante</b> <b>dificuldade</b>	<b>4</b> <b>Com muita</b> <b>dificuldade</b>	<b>5</b> <b>Incapaz</b> <b>de</b> <b>realizar</b>
1.	Levantar-se da cama						
2.	Dormir toda a noite						
3.	Virar-se na cama						
4.	Andar de carro						
5.	Estar de pé durante 20 – 30 minutos						
6.	Estar sentado numa cadeira por várias horas						
7.	Subir um lance de escadas						
8.	Andar 300-400 metros						
9.	Andar vários quilômetros						
10.	Alcançar prateleiras altas						
11.	Atirar uma bola						
12.	Correr cerca de 100 metros						
13.	Tirar comida do frigorífico						
14.	Fazer a cama						
15.	Calçar meias (collants)						
16.	Dobrar-se à frente para limpar a banheira						
17.	Mover uma cadeira						
18.	Puxar ou empurrar portas pesadas						

19.	Carregar dois sacos de compras						
20.	Levantar e carregar uma mala pesada						
							<b>Score total</b> _____

FONTE: NUNES, RIBEIRO & CRUZ (2005).

### Questionário De Incapacidade De Roland-Morris (Roland-Morris Disability Questionnaire – RMDQ)

Baseia-se em avaliar a repercussão da lombalgia nas atividades laborais e de vida diária. O instrumento já está validado para o português do Brasil (FALAVIGNA *et al*, 2011). É composto por 24 perguntas de auto-resposta, que os indivíduos respondem em menos de cinco minutos. As perguntas são constituídas por respostas dicotômicas (sim ou não). O resultado se dá com a soma das respostas sim, e pode variar entre 0 e 24, o que corresponde a 0 uma pessoa sem queixas e 24 um indivíduo com limitações muito graves (MONTEIRO *et al*, 2010).

QUADRO 17. QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND-MORRIS.

INSTRUÇÕES: Quando tem dores nas costas, pode sentir dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas costumam usar para se descreverem quando têm dores nas costas. Quando as ler, pode notar que algumas se destacam porque o descrevem hoje. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que o descreve hoje, coloque-lhe uma cruz. Se a frase não o descrever, deixe o espaço em branco e avance para a frase seguinte. Lembre-se, apenas coloque a cruz na frase se estiver certo de que o descreve hoje.	
1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.	
2. Mudo de posição frequentemente para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.	
3. Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.	
4. Por causa das minhas costas não estou a fazer nenhum dos trabalhos que habitualmente faço em casa.	
5. Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.	
6. Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.	
7. Por causa das minhas costas, tenho de me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.	
8. Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.	
9. Visto-me mais lentamente do que o habitual por causa das minhas costas.	
10. Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas.	
11. Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me.	
12. Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.	
13. As minhas costas estão quase sempre a doer.	
14. Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.	
15. Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.	

16. Tenho dificuldade em calçar peúgas (meias curtas) ou meias altas por causa das dores das minhas costas.	
17. Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.	
18. Não durmo tão bem por causa das minhas costas.	
19. Por causa da dor nas minhas costas, visto-me com a ajuda de outras pessoas.	
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.	
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.	
22. Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.	
23. Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.	
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas.	
PONTUAÇÃO _____	

FONTE: OLIVEIRA, BERTO & MACEDO (2014).

### Escala De Katz (Escala de Independência em Atividades da Vida Diária)

É utilizada para avaliar e reavaliar idosos e promover prognóstico nos doentes crônicos. Engloba seis áreas de funcionamento que mensuram o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, que possuem três opções de respostas, conforme seu grau de dependência para realizar as atividades (IKEGAMI, *et al*, 2020). Obedecendo a uma hierarquia de complexidade, sendo assim, alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (LINO *et al*, 2008). Cada atividade pontua como 0 – dependente ou 1 – independente. O resultado final da pontuação é a soma da pontuação dos seis itens, o que corresponde a 5 níveis: 6 pontos – independência; 5 pontos – dependência ligeira; 4 a 3 pontos – dependência moderada; 2 a 1 pontos – dependência grave; 0 pontos – dependência total (TAVARES, GRACIO & NUNES, 2018).

QUADRO 18. ESCALA DE KATZ

Área de funcionamento	Independente/Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) ( ) não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) (I) ( ) recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) (I) ( ) recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho (D)	
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) ( ) pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda (I) ( ) pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (I) ( ) recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa (D)	
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e	

urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) <input type="checkbox"/> vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) <input type="checkbox"/> recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite <input type="checkbox"/> não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(I) (D) (D)
<b>Transferência</b> <input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) <input type="checkbox"/> deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda <input type="checkbox"/> não sai da cama	(I) (D) (D)
<b>Continência</b> <input type="checkbox"/> controla inteiramente a micção e a evacuação <input type="checkbox"/> tem “acidentes” ocasionais <input type="checkbox"/> necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(I) (D) (D)
<b>Alimentação</b> <input type="checkbox"/> alimenta-se sem ajuda <input type="checkbox"/> alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão <input type="checkbox"/> recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	(I) (I) (D)
Interpretação: 0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3: independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas funções e dependente em quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções.	

FONTE: LINO *et al* (2008).

### ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 (IVCF-20)

É um instrumento de triagem rápida da vulnerabilidade em idosos (MORAES, *et al*, 2016), que avalia os principais determinantes da saúde. O IVCF-20 foi desenvolvido e validado no Brasil (Carmo, 2014), a partir do VES-13 e de outros instrumentos de triagem e outros marcadores específicos (SESA/PR, 2017).

QUADRO 19. ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 (IVCF-20)

Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 <a href="http://www.ivcf-20.com.br">www.ivcf-20.com.br</a>			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			Pontuação
<b>IDADE</b>	1. Qual a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos - 0 pontos <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos - 1 ponto <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos - 3 pontos	
<b>AUTO PERCEÇÃO DA SAÚDE</b>	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é?	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa - 0 pontos <input type="checkbox"/> Regular ou ruim - 1 ponto	

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	<b>AVD Instrumental</b> <i>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido 'sim' para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? ( ) Sim - 4 pontos ( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde. - 0 pontos	
	<b>AVD Básica</b>	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ( ) Sim - 4 pontos ( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não de saúde. - 0 pontos	
COGNIÇÃO		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar a louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ( ) Sim - 4 pontos ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde. - 0 pontos	
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? ( ) Sim - 6 pontos ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde. - 0 pontos	
		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? ( ) Sim - 1 ponto ( ) Não - 0 pontos	
HUMOR		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ( ) Sim - 1 ponto ( ) Não - 0 pontos	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim - 2 pontos ( ) Não - 0 pontos	
		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? ( ) Sim - 2 pontos ( ) Não - 0 pontos	
MOBILIDADE	<b>ALCANCE, PREENSÃO E PINÇA</b>	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ( ) Sim - 2 pontos ( ) Não - 0 pontos	
	<b>CAPACIDADE AERÓBICA E/OU MUSCULAR</b>	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ( ) Sim - 1 ponto ( ) Não - 0 pontos	
	<b>MARCHA</b>	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ( ) Sim - 1 ponto ( ) Não - 0 pontos	
	<b>CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA</b>	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 Kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6Kg nos últimos 6 meses ou 3Kg no último mês ( ); • Índice de massa Corporal (IMC) menor que 22 Kg/m <sup>2</sup> • Circunferência da panturrilha a < 31cm ( ); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ( ); ( ) Sim - 2 pontos ( ) Não - 0 pontos	
	<b>VISÃO</b>	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim - 2 pontos ( ) Não - 0 pontos	
COMUNICAÇÃO	<b>AUDIÇÃO</b>	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ( ) Sim - 2 pontos ( ) Não - 0 pontos	
	<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ( ) Sim - 2 pontos ( ) Não - 0 pontos	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	<b>VISÃO</b>	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de óculos ou lente de contato.</i> ( ) Sim - 2 pontos ( ) Não - 0 pontos	
	<b>AUDIÇÃO</b>	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de aparelhos de audição.</i> ( ) Sim - 2 pontos ( ) Não - 0 pontos	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas ( ); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( ); • Internação recente, nos últimos 6 meses ( ); ( ) Sim - 4 pontos ( ) Não - 0 pontos	
	Pontuação Final (40 Pontos):		

QUADRO 20. CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL – 20 (IVCF20)

Pontos de corte sugeridos	Níveis de sensibilidade e especificidade associadas às classificações	Classificação quanto ao grau de vulnerabilidade Clínico-Funcional	Prioridade para realização da Avaliação Multidimensional do Idoso
0 a 6 pontos	-----	Idoso com BAIXO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	Baixa
7 a 14 pontos	Sensibilidade: 91%	Idoso com MODERADO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	Média
	Especificidade: 71%		
≥ 15 pontos	Sensibilidade: 52%	Idoso com ALTO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	Alta
	Especificidade: 98%		

FONTE: SESA/PR (2017).

## AVALIAÇÃO DA FORÇA/RESISTÊNCIA DA MUSCULATURA DA COLUNA VERTEBRAL E DO TRONCO

### Teste de *Endurance* do Músculo Flexor do Pescoço

É realizado com o paciente em supino, flexionando a cervical sem tirá-la do apoio. O avaliador marca na vertical a dobra formada na lateral do pescoço. Essa marcação serve para determinar se o paciente é capaz de manter a flexão. Deve-se instruir o paciente a elevar sua cabeça a 2,5 cm da maca e cronometra-se o tempo que ele consegue permanecer nessa posição. O objetivo é 30 segundos (LEAL & DENNISON, 2011).

FIGURA 10. POSICIONAMENTO PARA TESTE DE ENDURANCE DO MÚSCULO FLEXOR DO PESCOÇO.



FONTE: LEAL AND DENNISON (2011).

### Teste abdominal de 2 minutos com banco

Avalia a musculatura abdominal, onde o indivíduo se posiciona em decúbito dorsal sobre um colchonete, com flexão de joelhos e quadris, com as pernas apoiadas sobre um banco e os braços cruzados em frente do tronco, com as mãos fixadas nos ombros contralaterais. Realizando a flexão de coluna até que os cotovelos encontrem a região anterior da coxa contabilizando uma repetição contabilizada quando retorna a posição inicial. Avalia-se a força muscular através de quantas repetições são realizadas no tempo de 2 minutos, que é reavaliada após o tratamento para comparação de evolução do paciente (KNUDSON & JOHNSTON, 1995).

FIGURA 11. POSICIONAMENTO PARA O TESTE ABDOMINAL DE 2 MINUTOS COM BANCO



FONTE: KNUDSON & JOHNSTON (1995).

### Teste De Resistência Abdominal

É um teste que mensura a resistência dos músculos abdominais. O paciente deve posicionar-se em supino com os quadris flexionados em aproximadamente 45°, os pés planos e os braços ao lado do corpo. O avaliador traça uma linha de 8 cm (para os indivíduos a partir de 40 anos) distal em relação aos dedos. Solicita-se ao paciente flexionar o tronco até tocar a linha com os dedos. O paciente deve manter essa posição o máximo de tempo possível. Gradua-se o teste da seguinte maneira: Normal (5) – manter durante 20-30 segundos; Bom (4) – manter durante 15 a 20 segundos; Regular (3) – manter durante 10 a 15 segundos; Fraco (2) – manter durante 1 a 10 segundos; e Traço (1) – incapacidade de elevar mais do que a cabeça fora da mesa (DUTTON, 2010).

FIGURA 12. POSICIONAMENTO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE RESISTENCIA ABDOMINAL



FONTE: ARQUIVO DA PROFA ANA CAROLINA BRANDT DE MACEDO

### Teste de elevação do tronco

É utilizado para avaliar a resistência dos músculos iliocostal (erector da coluna) e dos multífidis. É realizado com o paciente em posição prona, com as mãos atrás das costas ou ao lado do corpo, em seguida, deve estender a coluna lombar elevando o tórax da mesa ou maca de exame até cerca de 30° e manter a posição o maior tempo possível. Como resultado é considerado: Normal (5) – manter durante 20-30 segundos; Bom (4) – manter durante 15 a 20 segundos; Regular (3) – manter durante 10 a 15 segundos; Fraco (2) – manter durante 1 a 10 segundos; e Traço (1) – incapacidade de elevar mais do que a cabeça fora da mesa (DUTTON, 2010).

FIGURA 13. POSICIONAMENTO PARA EXECUÇÃO DO TESTE DE ELEVAÇÃO DE TRONCO



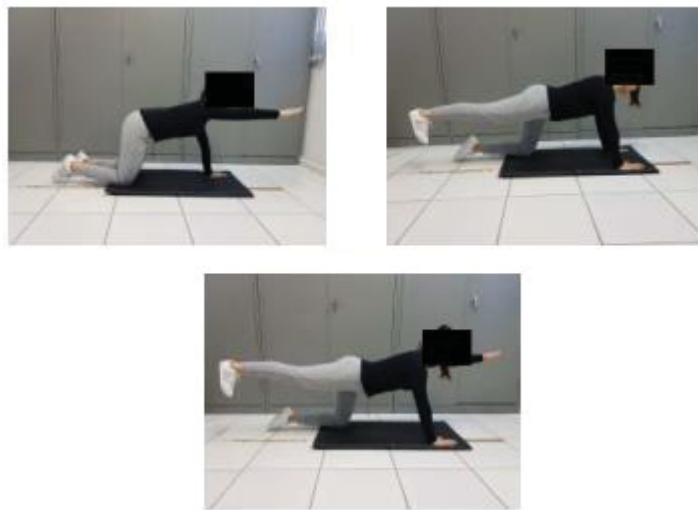
FONTE: DUTTON (2010).

### Testes Dos Rotadores E Dos Multífidis – 4 Apoios

Neste teste o paciente se posiciona em 4 apoios, com a pelve em posição neutra e deve realizar as seguintes manobras: estender o braço e manter a posição; elevar a perna reta e manter essa posição; e estender o braço contralateral e elevar a perna reta. Mensura-se da seguinte maneira: 5 – Normal: capaz de elevar a perna

e o braço contralateral em ambos os lados, enquanto mantém a pelve em posição neutra (permanecer por 20-30 segundos); 4 – Bom: capaz de manter a pelve neutra enquanto realiza a elevação simples da perna, mas não é capaz de manter a pelve neutra quando eleva o braço e a perna contralateral (permanecer por 15 a 20 segundos); 3 – Regular: capaz de realizar a elevação simples do braço e manter a pelve neutra (permanecer por 15 a 20 segundos) (DUTTON, 2010).

FIGURA 14. TESTES DOS ROTADORES E DOS MULTÍFIDOS – 4 APOIOS

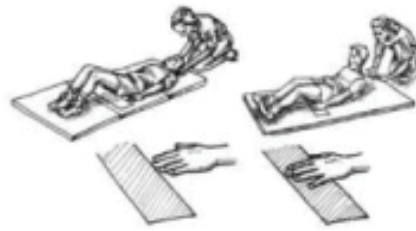


FONTE: ARQUIVO DA PROFA ANA CAROLINA BRANDT DE MACEDO

### Teste Abdominal Parcial

Com uma fita, devem-se marcar duas linhas paralelas no chão a 10 cm de distância uma da outra. O indivíduo inicia o teste em decúbito dorsal com os joelhos flexionados e os membros superiores em extensão total ao lado do corpo e os dedos em contato com a primeira linha. A pessoa testada inicia o exercício encurvando a coluna cervical para que os dedos médios toquem a segunda fita a 10 cm de distância, enquanto mantém os pés no chão. Realizar o máximo possível de repetições em 60 segundos (MILLER, 2015).

FIGURA 15. POSICIONAMENTO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE ABDOMINAL PARCIAL



FONTE: MILLER (2015).

QUADRO 21. CATEGORIAS DE CONDICIONAMENTO PARA ABDOMINAIS PARCIAIS POR GÊNERO EM IDOSOS DE 60 A 69 ANOS

PERCENTIL	CATEGORIA	MASCULINO	FEMININO
90	Bem acima da média	53	50
80	Acima da média	33	30
70		26	24
60	Médio	19	19
50		16	13
40	Abaixo da média	9	9
30		6	3
20		0	0
10	Bem abaixo da média	0	0

FONTE: CAMPOS (2014).

### TESTE DE APOIO OU PONTE LATERAL

O paciente deve permanecer na posição de DL, com os joelhos flexionados a 90° e repousar a parte superior do cotovelo. O Fisioterapeuta deve solicitar que eleve a pelve fora da mesa e alinhe a curva da coluna. Essa posição deve ser mantida. É considerado: Normal (5) – capaz de elevar a pelve da mesa de exame e manter a coluna reta por 20 a 30 segundos; Bom (4) – capaz de elevar a pelve da mesa, mas com dificuldade para manter a coluna reta por 15 a 20 segundos; Regular (3) – capaz de elevar a pelve da mesa, mas com dificuldade para manter a coluna reta por 10 a 15 segundos; Fraco (2) – capaz de elevar a pelve da mesa, mas não consegue manter a coluna reta por 1 a 10 segundos; Traço (1) – incapaz de elevar a pelve da mesa (DUTTON, 2010).

FIGURA 16. POSICIONAMENTO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE ABDOMINAL PARCIAL



FONTE: ARQUIVO DA PROFA ANA CAROLINA BRANDT DE MACEDO

## INSTRUMENTO PARA AVALIAR APTIDÃO FÍSICA EM IDOSAS

### Senior Fitness Test (STF)

É uma bateria de testes combinada por seis testes motores utilizados para avaliar a aptidão física de idosas (VAGETTI *et al*, 2017). Os testes que compõem avaliam a força dos membros superiores (Flexão de antebraço); força dos membros inferiores (Levantar e sentar na cadeira); flexibilidade dos membros superiores (alcançar atrás das costas); flexibilidade dos membros inferiores (sentar e alcançar); agilidade e equilíbrio dinâmico (sentado, caminhar 2,44 e voltar a sentar); e resistência aeróbia (Andar 6 minutos ou marcha estacionária de 2 minutos) de acordo com a faixa etária (MAZO *et al*, 2015).

QUADRO 22. DESCRIÇÃO DOS TESTES QUE COMPÕEM SENIOR FITNESS TEST (STF)

TESTE	OBJETIVO	DESCRIÇÃO
<b>ANDAR 6 MINUTOS</b>	Avaliar resistência aeróbica	Distância máxima (metros) que o participante caminhou durante 6 minutos num círculo retangular de 50 metros.
<b>FLEXÃO DE BRAÇO</b>	Avaliar a força e resistência do membro superior	Número de repetições de flexões de cotovelo realizadas durante 30s segurando um halter de 2,5kg
<b>SENTAR E LEVANTAR</b>	Avaliar a força e resistência dos membros inferiores	Número de repetições em que o participante se eleva e regressa à posição inicial (sentado) em 30s.
<b>SENTAR E ALCANÇAR</b>	Avaliar a flexibilidade dos membros inferiores	Com o participante sentado com as pernas esticadas, mensurar a distância máxima (cm) que consegue atingir flexionando o tronco na direção dos pés.
<b>ALCANÇAR ATRÁS DAS COSTAS</b>	Avaliar a flexibilidade dos membros superiores	O participante deve colocar a mão dominante por cima do mesmo ombro e a outra mão por baixo e atrás das costas, tenta alcançar ambas as mãos, sendo mensurada a distância entre elas (cm).

<b>SENTADO E CAMINHAR</b>	Avaliar a mobilidade física (velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico)	Tempo (segundos) que o participante leva para caminhar 2,44m a partir da posição sentada até o mesmo retorno para a mesma posição.
---------------------------	---	--

FONTE: VAGETTI *et al* (2017).

QUADRO 23. CLASSIFICAÇÃO DOS TESTES DO SENIOR FITNESS TEST PARA CADA FAIXA ETÁRIA EM MULHERES.

Classificação caminhada 6 mulheres	Pontuação para somar ao IAFG	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	5	≤ 532	≤ 483	≤ 466	≤ 413	≤ 364	≤ 318	≤ 251
Fraco	10	533-582	484-543	467-524	414-480	365-433	319-394	252-326
Regular	15	583-624	544-593	525-572	481-538	434-491	395-458	327-388
Bom	20	625-674	594-653	573-630	539-605	492-560	459-534	389-463
Muito bom	25	≥ 675	≥ 654	≥ 631	≥ 606	≥ 561	≥ 535	≥ 464
Classificação flexão de braço mulheres	Pontuação para somar ao IAFG	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	2,5	≤13	≤11	≤11	≤10	≤9	≤7	≤6
Fraco	5,0	14-15	12-14	12-14	11-13	10-13	8-10	7-9
Regular	7,5	16-18	15-17	15-16	14-16	12-14	11-13	10-11
Bom	10	19-21	18-20	17-19	17-18	15-17	14-16	12-14
Muito bom	12,5	≥22	≥21	≥20	≥19	≥18	≥17	≥15
Classificação levantar e sentar da cadeira mulheres	Pontuação para somar ao IAFG	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	2,5	≤12	≤12	≤11	≤10	≤10	≤9	≤8
Fraco	5,0	13-15	13-14	12-13	11-13	11-12	10-11	9-10
Regular	7,5	16-17	15-16	14-16	13-15	13-14	12-13	11-12
Bom	10	18-20	17-19	17-18	16-18	15-16	14-15	12-15
Muito bom	12,5	≥21	≥20	≥19	≥19	≥17	≥16	≥15
Classificação Sentar Alcançar pés mulheres	Pontuação para somar ao IAFG	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	2,5	≤ -1,3	≤ -1,0	≤ -1,7	≤ -2,0	≤ -2,6	≤ -3,2	≤ -5,1
Fraco	5,0	-1,2-1,1	-0,9-1,1	-1,6-0,5	-1,9-0,2	-2,5 - -0,4	-3,1 - -1,0	-5,0 - -2,7
Regular	7,5	1,2-3,1	1,2-2,9	0,6-2,3	0,3-2,1	-0,3-1,4	-0,9-0,8	-2,6 - -0,7
Bom	10	3,2-5,5	3,0-5,0	2,4-4,5	2,2-4,4	1,5-3,6	0,9-3,0	-0,6-1,7
Muito bom	12,5	≥5,6	≥5,1	≥4,6	≥4,5	≥3,7	≥3,1	≥1,8
Classificação Alcançar as costas mulheres	Pontuação para somar ao IAFG	60-64 anos de idade	65-69 anos de idade	70-74 anos de idade	75-79 anos de idade	80-84 anos de idade	85-89 anos de idade	90-94 anos de idade
Muito fraco	2,5	≤ -3,6	≤ -4,3	≤ -4,9	≤ -5,5	≤ -6,1	≤ -7,7	≤ -8,9

<b>Fraco</b>	<b>5,0</b>	-3,5 - -1,6	-4,2 - -2,1	-4,8 - -2,6	-5,4 - -3,1	-6,0 - -3,7	-7,6 - -5,0	-8,8 - -5,8
<b>Regular</b>	<b>7,5</b>	-1,5 - 0,2	-2,0 - -0,3	-2,5 - -0,8	-3,0 - -1,1	-3,6 - -1,6	-4,9 - -2,8	-5,7 - -3,2
<b>Bom</b>	<b>10</b>	0,3 - 1,9	-0,2 - 1,9	-0,7 - 1,5	-1,0 - 1,3	-1,5 - 0,9	-2,7 - -0,1	-3,1 - -0,1
<b>Muito bom</b>	<b>12,5</b>	≥2,0	≥2,0	≥1,6	≥1,4	≥1,0	≥0,0	≥0,0
<b>Classificação Levantar e caminhar mulheres</b>	<b>Pontuação para somar ao IAFG</b>	<b>60-64 anos de idade</b>	<b>65-69 anos de idade</b>	<b>70-74 anos de idade</b>	<b>75-79 anos de idade</b>	<b>80-84 anos de idade</b>	<b>85-89 anos de idade</b>	<b>90-94 anos de idade</b>
<b>Muito fraco</b>	<b>5</b>	≥6,2	≥6,6	≥7,3	≥7,6	≥9,0	≥10	≥12,1
<b>Fraco</b>	<b>10</b>	6,1-5,5	6,5-5,9	7,2-6,4	7,5-6,7	8,9-7,8	9,9-8,5	12-10,2
<b>Regular</b>	<b>15</b>	5,4-4,9	5,8-5,3	6,3-5,6	6,6-5,9	7,7-6,7	8,4-7,3	10,1-8,6
<b>Bom</b>	<b>20</b>	4,8-4,2	5,2-4,6	5,5-4,7	5,8-5,0	6,6-5,4	7,2-5,8	8,5-6,7
<b>Muito bom</b>	<b>25</b>	≤4,1	≤4,5	≤4,6	≤4,9	≤5,3	≤5,7	≤6,6

FONTE: RIKLI & JONES (2008).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados evidenciou a presença de diversos instrumentos existentes e validados para a realização da avaliação clínico funcional da coluna vertebral de idosos. Ainda, foram encontrados alguns pontos de corte ou valores de referência estratificados por sexo, masculino e feminino, bem como por faixa etária, contribuindo para avaliação mais específica de fatores relacionados com a funcionalidade da coluna vertebral de idosos, norteando a prescrição clínica do exercício físico.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. S.; PINHEIRO, I. M. Multidimensional instruments validated in Brazil for pain evaluation in the elderly: narrative review. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 289-292, sept. 2019.
- AIMI, M. A. *et al.* Correlation between cervical morphology, pain, functionality, and rom in individuals with cervicgia. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 101-105, June 2019.
- ALBINO, I. L. R. *et al.* Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.1, p.17-25, 2012.
- ALEXANDRE, T. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à sarcopenia, dinapenia e sarcodinapenia em idosos residentes no Município de São Paulo - Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, supl. 2, e.180009, 2018.

ALMEIDA, A. S. *et al.* Influence of overweight on functional capacity of physically active older women. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 22, e.67000, 2020.

ALMEIDA, A. V. *et al.* Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v.14, n 1, p.115-131, jan./jun. 2015.

ANDRADE, S. C. V. *et al.* Health profile of older adults assisted by the Elderly Caregiver Program of Health Care Network of the City of São Paulo. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v.18, eAO5263, 2020.

ANJOS, Elisangela Mendes dos *et al.* . Avaliação da performance muscular de idosas não sedentárias antes e após aplicação de um programa de exercícios de equilíbrio. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 459-467, Sept. 2012.

ARAÚJO L. G. *et al.* Escala de Locus de controle da dor: adaptação e confiabilidade para idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos , v. 14, n. 5, p. 438-445, Out. 2010.

ARAUJO, L. M. *et al.* Relation between posture and spine and pelvis flexibility: a systematic review. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 31, e003140, 2018.

BADARO, F. A. R.; ARAUJO, R. C.; BEHLAU, M. Escala funcional de incapacidade do pescoço de Copenhagen: tradução e adaptação cultural para o português brasileiro. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 304-312, 2014 .

BARBOZA, N. M. *et al.* Efetividade da fisioterapia associada à dança em idosos saudáveis: ensaio clínico aleatório. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 87-98, Mar. 2014.

BARROS FILHO, T. E. P.; LECH, O. **Exame Físico em Ortopedia**. Sarvier, 2001.

BASTOS V. G. A. *et al.* Estudo comparativo de ângulo torácico cifoso e força dos músculos respiratórios de mulheres idosas. **Geriatrics, Gerontology and Aging**. Brasília, v. 11, n. 3, p. 133-137. Jul/Set. 2017.

BERTOLLA, F. *et al.* Efeito de um programa de treinamento utilizando o método Pilates® na flexibilidade de atletas juvenis de futsal. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 13, n. 4, p. 222-226, Aug. 2007.

BRAZ, R. G.; GOES, F. P. D. C.; CARVALHO, G. A. Confiabilidade e validade de medidas angulares por meio do software para avaliação postural. **Fisioterapia em Movimento**, Brasília, v. 21, n. 3, set. 2017.

BRUNONI, L. *et al.* . Treinamento de força diminui os sintomas depressivos e melhora a qualidade de vida relacionada à saúde em idosas. **Revista Brasileira de Educação Física e esporte**, São Paulo , v. 29, n. 2, p. 189-196, Jun. 2015.

CAMELO, E. M. P. F. *et al.* Use of softwares for posture assessment: integrative review. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 230-235, Sept. 2015.

CAMPOS, D.B.P. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição** / American College of Sports Medicine; tradução 9. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso**. Dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da UFMG. Orientador: Prof. Edgar Nunes de Moraes. Belo Horizonte, 2014.

CARVALHO, J .A. M.; RODRÍGUEZ-WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 597-605, mar, 2008.

CARVALHO, R. M. F.; MAZZER, N.; BARBIERI, C. H. Análise da confiabilidade e reprodutibilidade da goniometria em relação à fotogrametria na mão. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 139-149, 2012.

CHAVEZ VALENZUELA, M. E. *et al.* La aplicación de un programa de intervención para el beneficio de la salud física y emocional en mujeres adultas mayores en Hermosillo, Sonora. **Revista em Ciencias Del Movimiento Humano y Salud**, Heredia , v. 15, n. 1, p. 39-56, Oct. 2018.

CHODZKO-ZAJKO, W. J. *et al.* American College of Sports Medicine. Exercise and Physical Activity for Older Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, p. 1510-1530, 2009.

COOK C. *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the Neck Disability Index and Neck Pain and Disability Scale. **Spine (Phila Pa 1976)**. v. 31, n. 14, p. 1621-7, 2016.

CRUZ-JENTOFT, A. J. *et al.* Sarcopenia: revised European consensus definition and diagnosis. **Age and Ageing**. v. 1, n. 48, p. 16-31, 2019.

DE OLIVEIRA, S. T. *et al.* Validity and Reproducibility of the Measurements Obtained Using the Flexicurve Instrument to Evaluate the Angles of Thoracic and Lumbar Curvatures of the Spine in the Sagittal Plane. **Rehabilitation Research Practice**. v. 2012, p. 1-9, 2012.

Direção Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. **Circular Normativa Nº 09/DGCG**. Lisboa, 2003.

DUARTE, R. B. *et al.* Índices de confiabilidade da análise do ângulo poplíteo através da biofotogrametria. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo , v. 20, n. 6, p. 416-420, Dec. 2014.

DUTRA, T. *et al.* Prevalence and factors associated with sarcopenia in elderly women living in the community. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 460-471, Aug. 2015.

FALAVIGNA, A. *et al.* Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral. **Coluna/Columna**, São Paulo , v. 10, n. 1, p. 62-67, 2011.

FARDAL, Ø.; MCCULLOCH, C. A. Impact of anxiety on pain perception associated with periodontal and implant surgery in a private practice. **Journal of periodontology**. v. 83, n. 9, p. 1079-1085. 2012.

FERNANDES, V. L. S. *et al.* Postural changes versus balance control and falls in community-living older adults: a systematic review. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba , v. 31, e003125, 2018 .

FERREIRA, C. G. *et al.* Fatores associados ao equilíbrio postural de idosos longevos. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 32, e003240, 2019.

FERRETTI, F. *et al.* Physical activity level among older adults over 70 years old and very old adults. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 33, e003327, 2020.

FONSECA, A.; MEDEIROS, S. Instrumentos de avaliação da funcionalidade em idosos validados para a população portuguesa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 3, p. 711-725, dez. 2019.

FOURIE, M. *et al.* Effects of a mat pilates programme on body composition in elderly women. **West Indian Medical Journal**, v. 62, n. 6, p. 524-528, 2013.

FUENTES-LEON, P. *et al.* Heat transfer by three types of hot pack and its implication on the flexibility of the lower back: a randomized, controlled trial. **Fisioterapia & Pesquisa**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 201-209, June 2016 .

GONÇALVES, A. K. *et al.* Programa físico de equilíbrio: variáveis associadas às quedas em idosos. **Journal of Physical Education**, v. 28, n. 1, e-2808, 17 Dec. 2017.

GOULART, I. P.; TEIXEIRA, L. P.; LARA, S. Análise postural da coluna cervical e cintura escapular de crianças praticantes e não praticantes do método Pilates. **Fisioterapia & Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 38-44, Mar. 2016.

GRANITO, R. N. *et al.* Comparison of thoracic kyphosis degree, trunk muscle strength and joint position sense among healthy and osteoporotic elderly women: A cross-sectional preliminary study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 54, e199–e202. 2012.

GUIMARAES, A. C. A. Azevedo *et al.* The effect of Pilates method on elderly flexibility. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba , v. 27, n. 2, p. 181-188, June. 2014.

HEUBEL, A. D. *et al.* Multicomponent training to improve the functional fitness and glycemic control of seniors with type 2 diabetes. **Journal of Physical Education**, Maringá, v. 29, e2922, 2018.

IKEGAMI, É. M. *et al.* Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: um estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1083-1090, Mar. 2020.

INSTITUTO LONG TAO. Disponível em: <https://docplayer.com.br/8483886-Avaliacao-postural-figura-1-alteracoes-posturais-com-a-idade-1-desenvolvimento-postural.html>. Acesso em: 22 abr. 2016.

KAMONSEKI, D. H. *et al.* Translation and validation of Neck Bournemouth Questionnaire to Brazilian Portuguese. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 141-148, Apr. 2017.

KNUDSON, D.; JOHNSTON, D. Validity and reliability of a bench trunk-curl test of abdominal endurance. **Journal of Strength and Conditioning Research**, Colorado Springs, n. 9, v. 3, p. 165-169, aug. 1995.

LEAL, M. *et al.* Clinical Prediction Rules: A Physical Therapy Reference Manual. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical**, v. 41, n. 7, p. 537-538, 2011.

LEME, G. L. M.; CARVALHO, I. F.; SCHEICHER, M. E. Melhora do equilíbrio postural em mulheres idosas com o uso de informação sensorial adicional. **Fisioterapia & Pesquisa**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 68-73, Mar. 2017.

LEMOS, E. C. W. M.; GUADAGNIN, E. C.; MOTA, C. B. Influence of strength training and multicomponent training on the functionality of older adults: systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 22, e60707, 2020.

LIMA, A.C.; COUTINHO, F.G.S. Avaliação da qualidade de vida, do sono e da flexibilidade em idosos após Lian Gong. **Revista Interdisciplinar**, v. 12, n. 1, p. 1-7, jan. fev. mar. 2019.

LINO, V. T. S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, Jan. 2008.

MACEDO, C. S. G. *et al.* Estudo da validade e confiabilidade intra e interobservador da versão modificada do teste de Schöber modificado em indivíduos com lombalgia. **Fisioterapia & Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 233-238, Set. 2009.

MADEIRA, H. G. R. *et al.* Incapacidade e fatores associados à lombalgia durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. 541-548, Dec. 2013.

MARQUES A.P. **Manual de Goniometria**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2003.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, A. *et al.* Functional Assessment of Subacute or Chronic Low Back Pain by Subjective and Objective Measures. **Medicina Universitaria**. v. 20, n. 1, p. 46-54, 2018.

MAZO, G. Z. *et al.* Valores normativos da aptidão física para idosas brasileiras de 60 a 69 anos de idade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 318-322, Aug. 2015.

MCKAY, M. J. *et al.* Normative reference values for strength and flexibility of 1,000 children and adults. **Neurology**, v. 88, n.1, p. 36–43, 2017.

MONTEIRO, I. O. *et al.* A saúde do idoso na graduação em fisioterapia no Brasil: um estudo transversal. **Fisioterapia & Pesquisa**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 93-99, Jan. 2020.

MONTEIRO, J. *et al.* Questionário de incapacidade de Roland Morris. Adaptação e validação para os doentes de língua portuguesa com lombalgia. **Acta Médica Portuguesa**. v. 23, n. 5, p. 761-6, 2010.

MORAES, E. N. *et al.* Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 81, 2016.

MORAES, S. A.; LOPES, D. A.; FREITAS, I. C. M. Avaliação do efeito independente de doenças crônicas, fatores sociodemográficos e comportamentais sobre a incapacidade funcional em idosos residentes em Ribeirão Preto, SP, 2007 - Projeto EPIDCV. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 757-770, Dec. 2015.

MORCELLI, M. H.; OLIVEIRA, J. M. C. A.; NAVEGA, M. T. Comparação do alongamento estático, balístico e contrair-relaxar nos músculos isquiotibiais. **Fisioterapia & Pesquisa**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 244-249, Sept. 2013.

MOTTA, T. S.; GAMBARO, R. C.; SANTOS, F. C. Pain measurement in the elderly: evaluation of psychometric properties of the Geriatric Pain Measure – Portuguese version. **Revista Dor**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 136-141, June. 2015.

NUNES, F.; RIBEIRO, A.; CRUZ, E. Adaptação Cultural e Validação da Quebec Back Pain Disability Scale para a População Portuguesa com Dor Lombar Crónica. Projeto de Investigação III. **Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal**. Artigo não publicado. 2005.

OLIVEIRA, D. V. *et al.* Evaluating the muscular strength, functional capacity, and risk of sarcopenia in elderly women who practice Mat Pilates. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 32, e003222, 2019.

OLIVEIRA, L. M. N. *et al.* Método Pilates na comunidade: efeito sobre a postura corporal de idosas. **Fisioterapia & Pesquisa**, São Paulo , v. 25, n. 3, p. 315-322, Sept. 2018.

OLIVEIRA, M. C. BERTO, V. D.; MACEDO, C. S. G. Prevalência de lombalgia em costureiras e correlação com a qualidade de vida e incapacidade. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 8, n. 2, p. 111-119, mai./ago. 2004.

OLIVEIRA, T. S. *et al.* Validity and reproducibility of the measurements obtained using the flexicurve instrument to evaluate the angles of thoracic and lumbar curvatures of the spine in the sagittal plane. **Rehabilitation Research and Practice**, 2012.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra. 2015.

PENHA, P.J.; BALDINI, M., JOÃO, S. M. A. Spinal postural alignment variance according to sex and age in 7-and 8-year-old children. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 32, n. 2, p. 154-159, 2009.

PEREIRA, B.C.; MEDALHA, C. C. Avaliação postural por fotometria em pacientes hemiplégicos. **ConScientia e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 35-42, 2008.

PILLATT, A. P.; NIELSSON, J.; SCHNEIDER, R. H. Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática. **Fisioterapia & Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 210-217, June 2019.

PIMENTA, C. A de M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 473-483 , dez. 1996.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 473-483, Dec. 1996.

PIMENTA, L.H.M.; FILIPE F.M.R.; ALVIN, J. A. Implante de prótese de núcleo pulposo: análise inicial. **Jornal Brasileiro de Neurocirurgia**, v. 12, n. 2, p. 93-96, 2001.

PIMENTEL, I.; SCHEICHER, M. E. Comparação da mobilidade, força muscular e medo de cair em idosas caídas e não caídas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 251-257, 2013.

PORCIUNCULA, R. C. R. *et al.* Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014.

RIBEIRO, C. C. A. *et al.* Nível de flexibilidade obtida pelo teste de sentar e alcançar a partir de estudo realizado na grande São Paulo. **Revista Brasileira de**

**Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 12, n. 6, p. 415-421, Dec. 2010.

RIKLI, R.E.; JONES, J.C. **Teste de Aptidão Física para Idosos**. Human Kinetics. (Tradução de Sonia Regina de Castro Bidutte), Manole, São Paulo, 2008.

RODRIGUES, B. G. de S. *et al.* Autonomia funcional de idosas praticantes de Pilates. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17, n. 4, p. 300-305, 1, Dez. 2010.

RODRIGUES, R. M. C. *et al.* Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional. **Revista de Enfermagem**, Coimbra , v. serIV, n. 5, p. 65-74, Junho, 2015.

ROJAS ESPINOZA, J. B. *et al.* Necesidades de salud: experiencia de mujeres mayores de un centro de día. **Revista de Enfermagem**, Coimbra , v. serIV, n. 23, p. 69-80, dez. 2019.

ROLAND, M.; FAIRBANK, J. C. T. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire, **Spine**, v. 25, p. 3115-3124, 2000.

ROSSETIN, L. L. *et al.* Indicadores de sarcopenia e sua relação com fatores intrínsecos e extrínsecos às quedas em idosas ativas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 399-414, June 2016.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem.**, São Paulo , v. 20, n. 2, p. v-vi, June 2007.

SANTOS, T.R.; JUNIOR, G.C.; BRANCO D.P.C. Perfil postural dos idosos universitários de instituição de ensino superior. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 2, n. 2, ago./dez. 2015.

SCHMIDT, G. J. *et al.* Comparative evaluation of the psychometric properties of orthopedic scales for low back pain. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 308-312, Dec. 2019 .

SCHMIT, E. F. D. *et al.* Efeitos do Método Pilates na postura corporal estática de mulheres: uma revisão sistemática. **Fisioterapia & Pesquisa.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 329-335, Sept. 2016.

SCHWANKE, C. H. A *et al.* **Atualizações em geriatria e gerontologia V: fisioterapia e envelhecimento**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

SESA/PR (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná). Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. – 1 ed. - Curitiba: SESA, 2017.

SILVA *et al.* A Influência do Método Isostretching na Flexibilidade de Mulheres Sedentárias. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 3-6, 2015.

SILVA, J. P. *et al.* Fatores biopsicossociais associados com a incapacidade em idosos com dor lombar aguda: estudo BACE-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2679-2690, July 2019.

SILVA, L. G. C. *et al.* Evaluation of the functionality and mobility of community-dwelling older adults in primary health care. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, e190086, 2019.

SILVA, M. R. *et al.* Posterior chain flexibility and lower back pain in farm workers. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 30, n. 2, p. 219-226, Apr. 2017.

SILVA, N. A.; MENEZES, T. N. Capacidade funcional e sua associação com idade e sexo em uma população idosa. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 359-370, June 2014.

SILVA, V. M. *et al.* Effectiveness of a multiple intervention programme for the prevention of falls in older adults persons from a University of the Third Age. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e190032, 2019.

SOUZA, W. C. de. **Funcionalidade, lombalgia e cervicalgia em idosos institucionalizados e fatores associados**. 2018. 72 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, 2018. Disponível em: <http://tede.upf.br/jspui/bitstream/tede/1574/2/2018WellingtonCesardeSouza.pdf> acesso em: 10 abr. 2020.

SURI, P. *et al.* Trunk Muscle Attributes Are Associated With Balance and Mobility in Older Adults: A Pilot Study. **The American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation**. v. 1, p. 916-924, October 2009.

TAVARES, J. P. A.; GRACIO, J.; NUNES, L. A pessoa idosa hospitalizada: trajetória funcional em hospital português. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIV, n. 18, p. 19-27, set. 2018.

TINE, R. F.; FREITAS, C. E.; PAES, N. L. Impact of the Demographic Transition on Tax Collection in Brazil: an analysis of the federative aspect. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 43-65, Mar. 2020.

VAGETTI, G. C. *et al.* Association of body mass index with the functional fitness of elderly women attending a physical activity program. **Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 214-224, Apr. 2017.

VALLE, M. B. *et al.* Assessment of thoracic and lumbar spine range of motion: systematic review with meta-analysis. **Journal of Physical Education**. Maringá, v. 29, e2946, 2018.

VIANA, K. R. F.; DE SOUZA, A. L. F.; SOARES, M. C. R. Avaliação da mobilidade articular do quadril e coluna em mulheres praticantes de atividade física. **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 19, n. 2, maio/ago. 2012.

VIGATTO R.; ALEXANDRE N.M.; CORREA FILHO H.R. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. **Spine**, v. 32, n. 4, p. 481-486, 2007.

VIRTUOSO JUNIOR, J.S.; GUERRA, R.O. Confiabilidade de testes de aptidão funcional em mulheres de 60 a 80 anos. **Motriz**, Vila Real, v. 7, n. 2, p. 7-13, 2011.

## APÊNDICE 1

### FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL DA COLUNA VERTEBRAL DE IDOSAS

**Elaborada por:** Gabriela Soares Ximendes (Aluna da Especialização em Prescrição Clínica do Exercício - Universidade Federal do Paraná)

**Colaboração:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Anna Raquel Silveira Gomes (Docente da Universidade Federal do Paraná)

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Carolina Brandt de Macedo (Docente da Universidade Federal do Paraná)

Mestranda Madeline Luíza Ferreira Pivovarsky (Mestranda)

<b>Avaliador:</b> _____ <b>Avaliação:</b> ( ) Pré ( ) Pós <b>Data:</b> ___ / ___ / ___
--

#### DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a)

Escolaridade: ( ) Nenhuma ( ) 1-4 anos ( ) 5-8 anos ( ) 9-11 anos ( ) superior incompleto ( ) superior completo

**DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS:** \_\_\_\_\_

Nome do médico que descreveu o diagnóstico \_\_\_\_\_

TRATAMENTOS CONSERVADORES OU CIRÚRGICOS ATUAIS OU ANTERIORES

Número de dias de Hospitalização/ano: \_\_\_\_\_

#### Tabagismo

( ) Não( ) Sim. Quantidade diária (nº de maços/cigarros/dia): \_\_\_\_\_

Por quanto tempo é/foi tabagista: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo parou de fumar? \_\_\_\_\_

**Etilismo**

( ) Não ( ) Sim. Quantidade diária: \_\_\_\_\_ Por quanto tempo: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo não é mais etilista? \_\_\_\_\_

**Uso de órteses**

( ) Não ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Qual o motivo? \_\_\_\_\_

**História da Doença Atual:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**História da Doença Pgressa:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**USO DE FÁRMACOS:**

Nome comercial	Nome científico	Posologia (Dose diária) e horário que faz uso	Há quanto tempo faz uso?

**COMORBIDADES:**

Descrição da comorbidade	Nome profissional da saúde que descreveu	Início	Atual ou pgressa

**AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DA SAÚDE (STUDENSKI *et al.*, 2010; CICONELLI *et al.*, 1999)**

Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente ( )    Muito Boa ( )    Boa ( )    Ruim ( )    Muito Ruim ( )

**DADOS VITAIS**

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ mmHg Classificação: \_\_\_\_\_

Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_ bpm (Valores de referência para idoso (60-75bpm, igual ao jovem) (KISNER & COLBY, 2005).

Frequência respiratória: \_\_\_\_\_ rpm (Valores de referência para idoso: 16-25 respirações/minuto) (REBELLATO & MORELLI, 2004).

Classificação segundo as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2016)		
Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121- 139	81-89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

### AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Membro de preferência: Direito ( ) Esquerdo ( )

Massa corporal: \_\_\_\_\_ Kg Estatura: \_\_\_\_\_ m IMC: \_\_\_\_\_

Kg/m<sup>2</sup> Classificação: \_\_\_\_\_

Classificação Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) que pesquisou países da América Latina, incluindo o Brasil (SABE, 2003)	
(IMC ≤ 23 kg/m <sup>2</sup> )	baixo peso
(23 < IMC < 28 kg/m <sup>2</sup> )	peso normal
(28 ≤ IMC < 30 kg/m <sup>2</sup> )	pré-obesidade
(IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> )	obesidade

### MASSA MUSCULAR

**Perimetria do membro superior** – medida da circunferência do braço: 15 cm acima do olecrano; em torno do antebraço 10 cm abaixo do olecrano OU região média do segmento (FREITAS JR *et al.*, 2001; BELCZAK *et al.*, 2004).

Região	Direito (cm) ( ) acometido	Esquerdo (cm) ( ) acometido
Braço		
Antebraço		

**Perimetria da circunferência da panturrilha com fita métrica:** com o paciente sentado ou em pé, contornando a maior curvatura da panturrilha. Valor < 31 cm indica depleção de massa muscular e associação com incapacidade (ROLLAND *et al.*, 2003; CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010). ≤ 33 cm para mulheres e < 34 cm para homens, indica depleção de massa muscular, sarcopenia (Bahat *et al.*, 2016; Barbosa-Silva *et al.*, 2015 e 2016).

CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA					
	Avaliador	Data	Valor obtido (cm)	Valor de referência	Conclusão
Avaliação				< 31 cm ou ≤ 33 cm	
Reavaliação				< 31 cm ou ≤ 33 cm	

A avaliação da **circunferência da panturrilha** é mensurada com fita métrica, com o avaliado sentado ou em pé, contornando a maior curvatura da panturrilha. Valores < 31 cm indicam depleção de massa

muscular e associação com desempenho e sobrevida (LANDI *et al.*, 2014; CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

### AVALIAÇÃO POSTURAL:

FOTOGRAMETRIA – Alterações:

Vista

Anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vista Posterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vista Lateral esquerda: \_\_\_\_\_

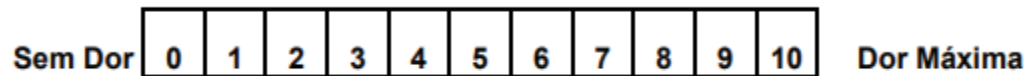
\_\_\_\_\_

Vista Lateral direita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO DA DOR:

ESCALA NUMÉRICA: Pede-se que o indivíduo faça relação com a intensidade da dor, sendo que, 0 seria “Sem dor” e 10 seria “Dor máxima” (Circular Normativo, Direção Geral da Saúde, 2003).



Circular Normativo, Direção Geral da Saúde, 2003.

### Questionário de Dor MCGILL (BR-MPQ)

ALGUMAS PALAVRAS QUE EU VOU LER DESCREVEM A SUA DOR ATUAL. DIGA-ME, QUAIS PALAVRAS MELHOR DESCREVEM A SUA DOR. NÃO ESCOLHA AQUELAS QUE NÃO SE APLICAM, ESCOLHA SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO, A MAIS ADEQUADA PARA A DESCRIÇÃO DE SUA DOR.

1	5	9	13	17
1- Vibração	1- Beliscão	1- Mal localizada	1- Amedrontada	1- Espalha
2- Tremor	2- Aperto	2- Dolorida	2- Apavorante	2- Irradia
3- Pulsante	3- Mordida	3- Machucada	3- Aterrorizante	3- Penetra
4- Latejante	4- Cólica	4- Doída		4- Atravessa
5- Como batida	5- Esmagamento	5- Pesada		
6- Como pancada				
2	6	10	14	18
1- Pontada	1- Fisgada	1- Sensível	1- Castigaste	1- Aperta
2- Choque	2- Puxão	2- Esticada	2- Atormenta	2- Adormece
3- Tiro	3- Em torção	3- Efolante	3- Cruel	3- Repuxa
		4- Rachante	4- Maldita	4- Espreme
			5- Mortificante	5- Rasga

3 1- Agulhada 2- Perfurante 3- Facada 4- Punhalada 5- Em lança	7 1- Calor 2- Queimação 3- Fervente 4- Em brasa	11 1- Cansativa 2- Exaustiva	15 1- Miserável 2- Enlouquecedora	19 1- Fria 2- Gelada 3- Congelante
4 1- Aguda 2- Cortante 3- Estraçalha	8 1- Formigamento 2- Coceira 3- Ardor 4- Ferroada	12 1- Enjoada 2- Sufocante	16 1- Chata 2- Que incomoda 3- Desgastante 4- Forte 5- Insuportável	20 1- Aborrecida 2- Dá náusea 3- Agonizante 4- Pavorosa 5- Torturante

Número de Descritores	Índice de dor
Sensorial .....	Sensorial .....
Afetivo .....	Afetivo .....
Avaliativo .....	Avaliativo .....
Miscelânea .....	Miscelânea .....
TOTAL .....	TOTAL .....

FONTE: PIMENTA E TEIXEIRA (1996).

### Escala de *Locus de Controle da Dor*

Instruções para o preenchimento da escala (deve ser lida para o paciente, se aplicada em forma de entrevista): cada item abaixo reflete uma percepção de dor, com a qual você pode concordar ou não concordar. Ao lado de cada afirmação há uma escala que vai desde *não concordo muito* (1) até *concordo muito* (4). Para cada item, solicitamos que você marque o número que melhor representa o quanto você concorda ou não concorda com a afirmação. Quanto mais você concordar com uma afirmação, maior será o número que irá marcar. Por favor, responda a todos os itens e marque APENAS UM NÚMERO em cada item. Não existem aqui respostas certas ou erradas. Instruções para a pontuação da escala (utilizada pelo aplicador): a pontuação em cada subescala é a soma dos valores marcados em cada item da subescala (em que 1 = não concordo muito e 4 = concordo muito) todas as subescalas são independentes umas das outras. Não existe uma pontuação total para a escala. A Pontuação é observada em cada subescala, de modo que a subescala com a maior pontuação reflete a crença predominante do indivíduo frente ao controle da dor (ARAÚJO, *et al*, 2010).

ESCALA DE *LOCUS DE CONTROLE DA DOR* – FORMA C / *PAIN LOCUS OF CONTROL SCALE* (PLOC-C).

Subescala	Variação possível	Itens
<i>Locus</i> de controle interno	6-24	1,6,8,12,13,17
<i>Locus</i> de controle ao acaso	6-24	2,4,9,11,15,16
<i>Locus</i> de controle em médicos e profissionais de saúde	3-12	3,5,14
<i>Locus</i> de controle em outras pessoas	3-12	7,10,18

	Não concordo muito	Não concordo pouco	Concordo pouco	Concordo muito
1. Se a minha dor ficar pior, é o que eu fiz que vai me fazer melhor ou pior rápido ou devagar.	1	2	3	4
2. Pensando na minha dor, o que tiver que acontecer, vai acontecer.	1	2	3	4
3. Se eu consultar meu médico regularmente, vou ter menos problemas com minha dor.	1	2	3	4
4. A maioria das coisas que afetam a minha dor acontece por acaso (ou seja, sem motivo, à toa, porque tem que ser)	1	2	3	4
5. Toda vez que minha dor ficar pior, eu devo consultar um profissional de saúde.	1	2	3	4
6. Sou eu que posso melhorar ou piorar a minha dor.	1	2	3	4
7. Outras pessoas (amigos, familiares, acompanhantes, cuidadores) são importantes para que a minha dor melhore, fique igual ou piore.	1	2	3	4
8. Tudo que acontece de errado com a minha dor é por minha culpa.	1	2	3	4
9. Grande parte da melhora da minha dor é causada pela sorte	1	2	3	4
10. Para que minha dor melhore, outras pessoas devem fazer a coisa certa.	1	2	3	4
11. Qualquer melhora em minha dor é em grande parte por causa da sorte.	1	2	3	4
12. O que mais melhora ou piora a minha dor é o que eu mesmo faço.	1	2	3	4
13. Eu mereço os parabéns quando minha dor melhora e mereço ser culpado quando ela piora.	1	2	3	4
14. Seguir as orientações médicas corretamente (ou seja, fazer o que o médico disse) é o melhor para não piorar a minha dor.	1	2	3	4
15. Se minha dor ficar pior é por causa do destino (ou seja, porque tem que ser)	1	2	3	4
16. Se eu tiver sorte, a minha dor vai ficar melhor.	1	2	3	4
17. Se minha dor ficar pior é porque eu não cuido de mim.	1	2	3	4
18. O tipo de ajuda que recebo de outras pessoas (amigos, familiares, cuidadores, acompanhantes) faz a minha dor melhorar mais rápido ou mais devagar.	1	2	3	4

FONTE: ARAÚJO, *et al* (2010).

### Geriatric Pain Measure

QUESTIONÁRIO "GERIATRIC PAIN MEASURE" – VERSÃO EM PORTUGUÊS.

Por favor, responda cada pergunta, marcando Sim ou Não		
1. Você tem ou acha que teria dor com atividades intensas como: correr, levantar objetos pesados, ou participar de atividades que exigem esforço físico?	( ) Não	( ) Sim
2. Você tem ou acha que teria dor com atividades moderadas como mudar uma mesa pesada de lugar, usar um aspirador de pó, fazer caminhadas ou jogar bola?	( ) Não	( ) Sim
3. Você tem ou acha que teria dor quando levanta ou carrega uma	( ) Não	( ) Sim

sacola de compras?		
4. Você tem ou acha que teria dor se subisse um andar de escada?	( ) Não	( ) Sim
5. Você tem ou acha que teria dor se subisse apenas alguns degraus de uma escada?	( ) Não	( ) Sim
6. Você tem ou teria dor quando anda mais de um quarteirão?	( ) Não	( ) Sim
7. Você tem ou teria dor quando anda um quarteirão ou menos?	( ) Não	( ) Sim
8. Você tem ou teria dor quando toma banho ou se veste?	( ) Não	( ) Sim
9. Você já deixou de trabalhar ou fazer atividades por causa da dor?	( ) Não	( ) Sim
10. Você já deixou de fazer algo que gosta por causa da dor?	( ) Não	( ) Sim
11. Você tem diminuído o tipo de trabalho ou outras atividades que faz devido à dor?	( ) Não	( ) Sim
12. O trabalho ou suas atividades já exigiram muito esforço por causa da dor?	( ) Não	( ) Sim
13. Você tem problemas para dormir devido a dor?	( ) Não	( ) Sim
14. A dor impede que você participe de atividades religiosas?	( ) Não	( ) Sim
15. A dor impede que você participe de qualquer outra atividade social ou recreativa (além de serviços religiosos)?	( ) Não	( ) Sim
16. A dor te impede ou impediria de viajar ou usar transportes comuns?	( ) Não	( ) Sim
17. A dor faz você sentir fadiga ou cansaço?	( ) Não	( ) Sim
18. Você depende de alguém pra te ajudar por causa da dor?	( ) Não	( ) Sim
19. Na escala de 0 a 10, com zero significando sem dor e o 10 significando a pior dor que você pode imaginar, como está sua dor hoje? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nota:	
20. Nos últimos sete dias, numa escala de zero a dez, com zero significando sem dor e o 10 significando a pior dor que você pode imaginar, indique o quanto em média sua dor tem sido intensa? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Nota:	
21. Você tem dor que nunca some por completo?	( ) Não	( ) Sim
22. Você tem dor todo dia?	( ) Não	( ) Sim
23. Você tem dor várias vezes por semana?	( ) Não	( ) Sim
24. Durante os últimos sete dias, a dor faz você se sentir triste ou depressivo?	( ) Não	( ) Sim

Pontuação: \_\_\_\_\_

Pontuação: somatória das pontuações dos seus itens, que varia de “zero dor” (total de 0) a “dor grave” (total de 42).

Pontuação ajustada: resultado soma da pontuação final multiplicado por 2,38.

Classificação: 0 – 30 = Dor leve

30 – 69 = Dor moderada

Maior que 70 = Dor intensa.

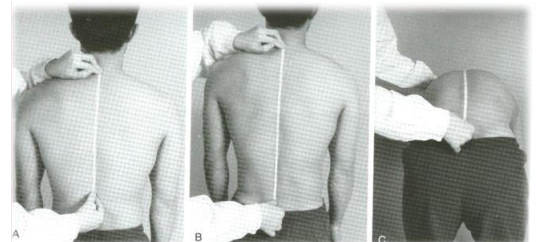
FONTE: MOTTA, GAMBARO & SANTOS (2015).

#### AVALIAÇÃO DA FLEXIBILIDADE:

#### GONIOMETRIA

	PRÉ	Pós 3 meses	Pós 6 meses

MOVIMENTO		Valor 1	Valor 2	Valor 3	Média	Valor 1	Valor 2	Valor 3	Média	Valor 1	Valor 2	Valor 3	Média
Flexão coluna cervical													
Extensão coluna Cervical													
Flexão lateral	Direita												
	Esquerda												
Rotação	Direita												



Rotação	Esquerda												
Flexão coluna lombar													
Extensão coluna Lombar													
Flexão lateral	Direita												
	Esquerda												
Rotação	Direita												
	Esquerda												

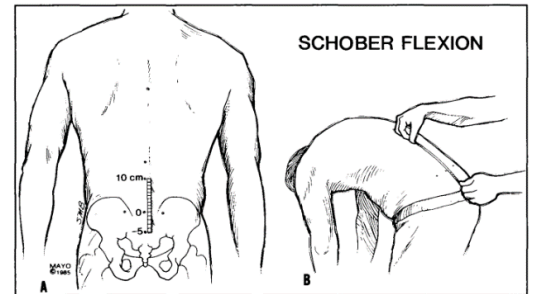
### ÍNDICE DE STIBOR

É realizado com o indivíduo em posição ortostática, com os pés unidos, assinala-se um ponto médio entre as duas espinhas ilíacas pósterio superiores, em seguida, marca-se o processo espinhoso da sétima vértebra cervical, mede-se a distância entre esses dois pontos, posteriormente, solicita ao paciente que realize flexão anterior do tronco, e nessa posição é medida novamente a distância entre os dois pontos. A diferença entre esses dois valores é descrito como o Índice de Stibor. A interpretação de uma flexibilidade considerada normal da coluna vertebral é quando a distância aumenta em 10 cm (PEREIRA & MEDALHA, 2008).

	Avaliador/Data	Distância C7-S1	Distância após flexão	Diferença	Valor de referência
Pré					5,07±1,42cm (MORCELLI et al., 2010).
Pós 3 meses					
Pós 6 meses					

### TESTE DE SCHOBER

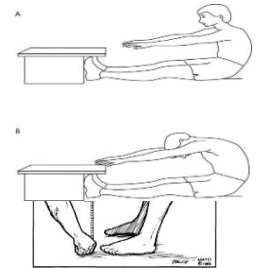
Com a participante em pé, relaxada, será marcado um ponto na pele sobre o processo transverso da primeira vértebra sacral (S1). Então serão marcados outros dois pontos - 10 cm acima e 5cm abaixo de S-1. Será orientada então a flexionar o tronco, como se for alcançar os pés, sem fletir os joelhos. A distância entre as marcas 10 cm acima e 5 cm abaixo de S1 será anotada. Este valor menos 15 representará a flexão lombar (MERRITT et al., 1986).



	Avaliador/ Data	Distância após flexão	Valor de referência
Pré			7,2 ± 1,2 (4,3-10,3) cm (MERRITT et al., 1986).
Pós 3 meses			
Pós 6 meses			

### TESTE 3º DEDO SOLO

Em pé com os pés descalços, os pés na largura dos ombros e joelhos estendidos, a participante será orientada a flexionar o tronco como se fosse tocar os pés e manter a posição por 15 segundos. A participante irá realizar uma vez o movimento para familiarização e posteriormente será feito o movimento para avaliação. Então, será medida com a fita métrica a distância entre a ponta do dedo médio até o chão.



	Avaliador/ Data	Distância	Valor de referência
Pré			4,0 ± 6,9 (0-40) cm (MERRITT et al., 1986).
Pós 3 meses			
Pós 6 meses			

### TESTE DE SENTAR E ALCANÇAR NO BANCO DE WELLS

A paciente senta-se sobre no chão ou colchonete com os membros inferiores estendidos e a planta dos pés contra o BW, se inclina lentamente e projeta-se para frente até onde for possível. Os valores estão demarcados em centímetros e correspondem à localização dos dedos da Mão de acordo com a marcação da régua. São realizadas três medidas do mesmo movimento e é utilizado o maior valor medido para análise (BARBOZA et al, 2014).

	Avaliador/Data	Valor 1	Valor 2	Valor 3	Melhor valor
Pré					
Pós 3 meses					
Pós 6 meses					

VALORES NORMATIVOS DE FLEXIBILIDADE (CM) PARA O TESTE DE SENTAR E ALCANÇAR NO BANCO DE WELLS

FAIXA ETÁRIA	
60 a 69 anos	≥ 70 anos

	CLASSIFICAÇÃO		
MASCULINO	EXCELENTE	$\geq 28$	$\geq 23$
	ACIMA DA MÉDIA	20 – 27	16 – 22
	MÉDIA	14 – 19	10 – 15
	ABAIXO DA MEDIA	9 – 13	5 – 9
	FRACO	$\leq 9$	$\leq 4$
FEMININO	EXCELENTE	$\geq 33$	$\geq 31$
	ACIMA DA MÉDIA	27 – 32	25 – 30
	MÉDIA	22- 26	20 – 24
	ABAIXO DA MEDIA	16 – 21	15 – 19
	FRACO	$\leq 15$	$\leq 14$

FONTE: RIBEIRO *et al* (2010).

### MEDIDA DO ÂNGULO POPLÍTEO

Paciente em decúbito dorsal (DD), realizará ativamente 90° de flexão de joelho e de quadril e o avaliador realizará passivamente a extensão do joelho na tentativa de atingir 0° de extensão do joelho. Em caso de encurtamento de flexores do quadril, utilizar almofada embaixo da coxa contralateral (Batista et al, 2006).



Leal and Dennison, 2011

	Avaliador/ Data	Valor flexão de joelho	Classificação	Valor de referência
Pré				>0° extensão de joelho: FLEXIBILIDADE REDUZIDA DE ISQUIOTIBIAIS (Batista et al, 2006).
Pós 3 meses				
Pós 6 meses				

### AVALIAÇÃO DA FORÇA/RESISTÊNCIA:

#### TESTE DE ENDURANCE DO MÚSCULO FLEXOR DO PESCOÇO

É realizado com o paciente em supino, flexionando a cervical sem tirá-la do apoio. O avaliador marca na vertical a dobra formada na lateral do pescoço. Essa marcação serve para determinar se o paciente é capaz de manter a flexão. Deve-se instruir o paciente a elevar sua cabeça a 2,5 cm da maca e cronometra-se o tempo que ele consegue permanecer nessa posição. O objetivo é 30 segundos (Leal and Dennison, 2011).

Resultado: \_\_\_\_\_

#### TESTE RESISTÊNCIA DE ABDOMINAIS

O teste será iniciado com a participante em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos em 90° e as mãos apoiadas ao lado do corpo. Será marcada com fita crepe uma linha em uma distância de 8cm do



terceiro dedo. Então, a participante será instruída a realizar uma flexão de tronco, com os braços ao lado do corpo, com objetivo de alcançar a linha demarcada. Será colocado um estímulo sonoro em uma frequência de 25 repetições por minuto para guiar o momento para a execução do movimento. Assim, o número de repetições realizadas pela participante será anotado (MORELAND et al., 1997).

	Avaliador/ Data	Repetições	Valor de referência
Pré			49±75 (0-415) repetições  (MORELAND et al., 1997)
Pós			
Pós 6 meses			

#### TESTE ELEVAÇÃO DO TRONCO

O paciente deve ser posicionado em prono, com as mãos atrás das costas ou ao lado do corpo. Em seguida, deve estender a coluna lombar elevando o tórax da mesa de exame até cerca de 30° (a axila é usada como referência para o eixo do goniômetro) e manter a posição o maior tempo possível.



	Avaliador/ Data	Segundos	Classificação	Valor de referência
Pré				Normal (5) = manutenção durante 20 a 30s Bom (4) = manutenção durante 15 a 20s Regular (3) = manutenção durante 10 a 15s Fraco (2) = manutenção durante 1 a 10s Traço (1) = incapacidade de elevar mais do que a cabeça fora da mesa de exame.
Pós 3 meses				
Pós 6 meses				

#### TESTE ABDOMINAL DE 2 MINUTOS COM BANCO:

Quantidade Início \_\_\_\_\_ / 2 min

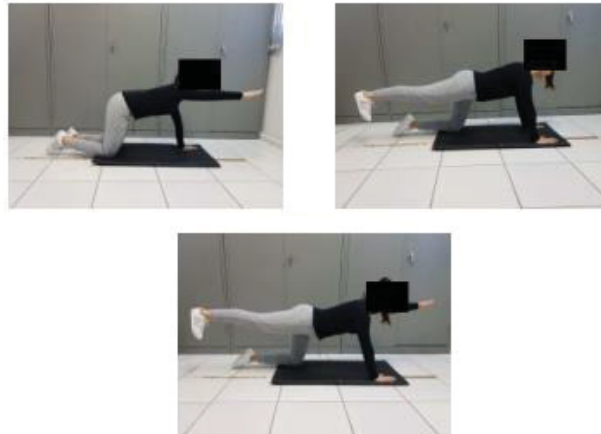
Quantidade ao final de 3 meses \_\_\_\_\_ / 2 min

KNUDSON & JOHNSTON, 1995

#### TESTES DOS ROTADORES E DOS MULTÍFIDOS – 4 APOIOS:

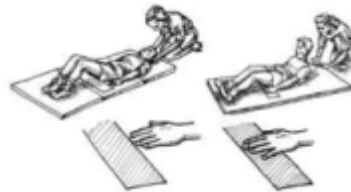
A paciente se posiciona em 4 apoios, com a pelve em posição neutra e deve realizar as seguintes manobras: estender o braço e manter a posição; elevar a perna reta e manter essa posição; e estender o braço contralateral e elevar a perna reta. Mensura-se da seguinte maneira: 5 – Normal: capaz de elevar a perna e o braço contralateral em ambos os lados, enquanto mantém a pelve em posição neutra (permanecer por 20-30 segundos); 4 – Bom: capaz de manter a pelve neutra enquanto realiza a elevação simples da perna, mas não é capaz de manter a pelve neutra quando eleva o braço e a perna contralateral (permanecer por 15 a 20 segundos); 3 – Regular: capaz de realizar a elevação simples do braço e manter a pelve neutra (permanecer por 15 a 20 segundos) (DUTTON, 2010).

**Resultado:** \_\_\_\_\_



#### TESTE ABDOMINAL PARCIAL:

Com uma fita, devem-se marcar duas linhas paralelas no chão a 10 cm de distância uma da outra. O indivíduo inicia o teste em decúbito dorsal com os joelhos flexionados e os membros superiores em extensão total ao lado do corpo e os dedos em contato com a primeira linha. A pessoa testada inicia o exercício encurvando a coluna cervical para que os dedos médios toquem a segunda fita a 10 cm de distância, enquanto mantém os pés no chão. Realizar o máximo possível de repetições em 60 segundos (MILLER, 2015).



**Resultado:** \_\_\_\_\_

#### TESTE DE APOIO OU PONTE LATERAL:

A paciente deve permanecer na posição de DL, com os joelhos flexionados a 90° e repousar a parte superior do cotovelo. O Fisioterapeuta deve solicitar que eleve a pelve fora da mesa e alinhe a curva da coluna. Essa posição deve ser mantida. É considerado: Normal (5) – capaz de elevar a pelve da mesa de exame e manter a coluna reta por 20 a 30 segundos; Bom (4) – capaz de elevar a pelve da mesa, mas com dificuldade para manter a coluna reta por 15 a 20 segundos; Regular (3) – capaz de elevar a pelve da mesa, mas com dificuldade para manter a coluna reta por 10 a 15 segundos; Fraco (2) – capaz de elevar a pelve da mesa, mas não consegue manter a coluna reta por 1 a 10 segundos; Traço (1) – incapaz de elevar a pelve da mesa (DUTTON, 2010).



**Resultado:** \_\_\_\_\_

#### AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE:

Índice De Incapacidade Cervical (Neck Disability Index – Ndi)

<p><b>Seção 1 – Intensidade da dor</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu não tenho dor nesse momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é muito leve nesse momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é moderada nesse momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é razoavelmente grande nesse momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é muito grande nesse momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é a pior que se possa imaginar nesse momento.</p>	<p><b>Seção 6 – Prestar Atenção</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu consigo prestar atenção quando eu quero sem dificuldade.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu consigo prestar atenção quando eu quero com uma dificuldade leve.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu tenho uma dificuldade moderada em prestar atenção quando eu quero.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu tenho muita dificuldade em prestar atenção quando eu quero.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu tenho muitíssima dificuldade em prestar atenção quando eu quero.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não consigo prestar atenção.</p>
<p><b>Seção 2 – Cuidado pessoal (se lavar, se vestir, etc)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso cuidar de mim mesmo(a) sem aumentar a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso cuidar de mim mesmo(a) normalmente, mas isso faz aumentar a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> É doloroso ter que cuidar de mim mesmo e eu faço isso lentamente e com cuidado.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu preciso de ajuda mas consigo fazer a maior parte do meu cuidado pessoal.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu preciso de ajuda todos os dias na maioria dos aspectos relacionados a cuidar de mim mesmo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não me visto, me lavo com dificuldade e fico na cama.</p>	<p><b>Seção 7 – Trabalho</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso trabalhar tanto quanto eu quiser.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu só consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu consigo fazer a maior parte do trabalho que estou acostumado(a) a fazer, mas nada além disso.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não consigo fazer o trabalho que estou acostumado(a) a fazer.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu mal consigo fazer qualquer tipo de trabalho.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não consigo fazer nenhum tipo de trabalho.</p>
<p><b>Seção 3 – Levantar coisas</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso levantar objetos pesados sem aumentar a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso levantar objetos pesados mas isso faz aumentar a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas eu consigo se eles estiverem colocados em uma boa posição, por exemplo em uma mesa.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de levantar objetos pesados, mas eu consigo levantar objetos com peso entre leve e médio se eles estiverem colocados em uma boa posição.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso levantar objetos muito leves.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não posso levantar nem carregar absolutamente nada.</p>	<p><b>Seção 8 – Dirigir automóveis</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso dirigir meu carro sem nenhuma dor no pescoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso dirigir meu carro tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso dirigir meu carro tanto quanto eu queira com uma dor moderada no meu pescoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não posso dirigir o meu carro tanto quanto eu queira por causa de uma dor moderada no meu pescoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu mal posso dirigir por causa de uma dor forte no meu pescoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não posso dirigir meu carro de maneira nenhuma.</p>
<p><b>Seção 4 – Leitura</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso ler tanto quanto eu queira sem dor no meu pescoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor leve no meu pescoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu posso ler tanto quanto eu queira com uma dor moderada no meu pescoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não posso ler tanto quanto eu queira por causa de uma dor moderada no meu pescoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu mal posso ler por causa de uma grande dor no meu pescoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não posso ler nada.</p> <p><input type="checkbox"/> 7 Pergunta não se aplica por não saber ou não poder ler</p>	<p><b>Seção 9 – Dormir</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu não tenho problemas para dormir.</p> <p><input type="checkbox"/> Meu sono é um pouco perturbado (menos de uma hora sem conseguir dormir).</p> <p><input type="checkbox"/> Meu sono é levemente perturbado (1-2 horas sem conseguir dormir).</p> <p><input type="checkbox"/> Meu sono é moderadamente perturbado (2-3 horas sem conseguir dormir).</p> <p><input type="checkbox"/> Meu sono é muito perturbado (3-5 horas sem conseguir dormir).</p> <p><input type="checkbox"/> Meu sono é completamente perturbado (1-2 horas sem sono).</p>
<p><b>Seção 5 – Dores de cabeça</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu não tenho nenhuma dor de cabeça.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu tenho pequenas dores de cabeça com</p>	<p><b>Seção 10 – Diversão</b></p> <p><input type="checkbox"/> Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão sem nenhuma dor no pescoço.</p>

pouca freqüência. <input type="checkbox"/> Eu tenho dores de cabeça moderadas com pouca freqüência. <input type="checkbox"/> Eu tenho dores de cabeça moderadas muito freqüentemente. <input type="checkbox"/> Eu tenho dores de cabeça fortes freqüentemente. <input type="checkbox"/> Eu tenho dores de cabeça quase o tempo inteiro.	<input type="checkbox"/> Eu consigo fazer todas as minhas atividades de diversão com alguma dor no pescoço. <input type="checkbox"/> Eu consigo fazer a maioria, mas não todas as minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço. <input type="checkbox"/> Eu consigo fazer poucas das minhas atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço. <input type="checkbox"/> Eu mal consigo fazer quaisquer atividades de diversão por causa da dor no meu pescoço. <input type="checkbox"/> Eu não consigo fazer nenhuma atividade de diversão.
---	---

FONTE: COOK *et al*, 2006.

Interpretação dos resultados: abaixo de 10% - sem incapacidade; entre 10% e 28% - incapacidade mínima; de 30% a 48% incapacidade moderada; de 50% a 68% - incapacidade severa; e acima de 72% considera-se incapacidade completa (AIMI *et al*, 2019; FALAVIGNA *et al*, 2011).

#### Neck Bournemouth Questionnaire (Nbq - Brasil):

A pontuação total varia de 0 a 70 e é obtida pela soma das pontuações de cada um dos sete tópicos, quanto mais alto o escore, mais alto o nível de dor e incapacidade (KAMONSEKI *et al*, 2017).

INSTRUÇÃO: Este questionário foi desenvolvido para saber sobre a sua dor no pescoço e como ela o afeta. Por favor, responda TODAS as questões circulando UM número em CADA pergunta que melhor descreve o que você sente:

1. Durante a última semana, qual foi o nível de dor do seu pescoço:

Nenhuma dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

2. Durante a última semana, quanto a sua dor no pescoço prejudicou nas suas atividades diárias (trabalho de casa, tomar banho, colocar roupa, levantar, ler e dirigir)?

Não prejudicou	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Incapaz de desenvolver atividades
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

3. Durante a última semana, quanto a sua dor no pescoço prejudicou nas suas atividades recreativas, sociais e familiares?

Não prejudicou	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Incapaz de desenvolver atividades
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

4. Durante a última semana, você sentiu-se ansioso (tenso, nervoso, irritado, com dificuldade para se concentrar/relaxar)?

Não ansioso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito ansioso
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

5. Durante a última semana, você sentiu-se deprimido ("para baixo", triste, pessimista, infeliz)?

Não deprimido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito deprimido
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

6. Durante a última semana, quanto a sua dor no pescoço piorou (ou poderia ter piorado) com o trabalho (tanto em casa como fora)?

Não piorou	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Piorou muito
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

7. Durante a última semana, quanto você conseguiu controlar (reduzir) sozinho a sua dor no pescoço?

Controlei completamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Nenhum tipo de controle
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Pontuação total:

FONTE: KAMONSEKI *et al* (2017).

### Escala Funcional De Incapacidade Do Pescoço De Copenhagen (The Copenhagen Neck Functional Disability Scale – CNFDS)

Interpretação: quanto maior a pontuação, maior é a disfunção cervical (BADARÓ, ARAÚJO & BEHLAU, 2014).

Questões	Sim	Às vezes	Não	Não se aplica	Pontuação
1. Você consegue dormir a noite mesmo com dor no pescoço?					
2. Você consegue fazer suas atividades diárias como antes mesmo com dor no pescoço?					
3. Você consegue fazer as atividades diárias sem ajuda dos outros?					
4. Você consegue se vestir de manhã sem gastar mais tempo que o normal?					
5. Você consegue se abaixar sobre a pia para escovar seus dentes sem sentir dor no pescoço?					
6. Você passa mais tempo em casa por causa da dor no pescoço?					
7. Você deixa de levantar objetos de 2 a 4 kg por causa da dor no pescoço?					
8. Você lê menos por causa da dor no pescoço?					

9. Você tem dor de cabeça quando tem dor no pescoço?					
10. Você tem dificuldade para se concentrar por causa da dor no pescoço?					
11. Você reduziu seu lazer por causa da dor no pescoço?					
12. Você fica mais tempo na cama por causa da dor no pescoço?					
13. Você acha que a dor no pescoço atrapalha a relação com sua família?					
14. Você deixou de sair com outros nas duas últimas semanas por causa da dor no pescoço?					
15. Você acha que a dor no pescoço pode atrapalhar seu futuro?					
					Total:

FONTE: BADARÓ, ARAÚJO & BEHLAU (2014).

### Índice De Incapacidade De Oswestry (Oswestry Disability Index – Odi)

INSTRUÇÕES: Por favor, responda esse questionário. Ele foi desenvolvido para dar-nos informações sobre como seu problema nas costas ou pernas tem afetado a sua capacidade de realizar as atividades da vida diária. Por favor, responda a todas as seções. **ASSINALE EM CADA UMA DELAS APENAS A RESPOSTA QUE MAIS CLARAMENTE DESCREVE A SUA CONDIÇÃO NO DIA DE HOJE.**

<p><b>Seção 1 – Intensidade da Dor</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não sinto dor no momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é muito leve no momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é moderada no momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é razoavelmente intensa no momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é muito intensa no momento.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor é a pior que se pode imaginar no momento.</p>	<p><b>Seção 6 – Posição</b></p> <p><input type="checkbox"/> Consigo ficar em pé o tempo que quiser sem aumentar a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Consigo ficar em pé durante o tempo que quiser, mas isso aumenta a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar em pé por mais de 1 hora.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar em pé por mais de meia hora.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar em pé por mais de 10 minutos.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar em pé.</p>
<p><b>Seção 2 – Cuidados Pessoais (lavar-se, vestir-se, etc.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Posso cuidar de mim mesmo normalmente sem que isso aumente a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Posso cuidar de mim mesmo normalmente, mas sinto muita dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto dor ao cuidar de mim mesmo e faço isso lentamente e com cuidado.</p> <p><input type="checkbox"/> Necessito de alguma ajuda, porém consigo fazer a maior parte dos meus cuidados pessoais.</p> <p><input type="checkbox"/> Necessito de ajuda diária na maioria dos</p>	<p><b>Seção 7 – Repouso</b></p> <p><input type="checkbox"/> Meu sono nunca é perturbado pela dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Meu sono é ocasionalmente perturbado pela dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Durmo menos de 6 horas por causa da dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Durmo menos de 4 horas por causa da dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Durmo menos de 2 horas por causa da dor.</p> <p><input type="checkbox"/> A dor me impede totalmente de dormir.</p>

<p>aspectos de meus cuidados pessoais.  <input type="checkbox"/> Não consigo me vestir, lavo-me com dificuldade e permaneço na cama.</p>	
<p><b>Seção 3 – Carga</b>  <input type="checkbox"/> Consigo levantar objetos pesados sem aumentar a dor.  <input type="checkbox"/> Consigo levantar objetos pesados, mas isso aumenta a dor.  <input type="checkbox"/> A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas consigo levá-los se estiverem convenientemente posicionados, por exemplo, sobre uma mesa.  <input type="checkbox"/> A dor me impede de levantar objetos pesados, mas consigo levantar objetos leves a moderados, se estiverem convenientemente posicionados.  <input type="checkbox"/> Consigo levantar apenas objetos muito leves.  <input type="checkbox"/> Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.</p>	<p><b>Seção 8 – Vida Sexual</b>  <input type="checkbox"/> Minha vida sexual é normal e não aumenta minha dor.  <input type="checkbox"/> Minha vida sexual é normal, mas causa um pouco mais de dor.  <input type="checkbox"/> Minha vida sexual é quase normal, mas causa muita dor.  <input type="checkbox"/> Minha vida sexual é severamente limitada pela dor.  <input type="checkbox"/> Minha vida sexual é quase ausente por causa da dor.  <input type="checkbox"/> A dor me impede de ter uma vida sexual.</p>
<p><b>Seção 4 – Caminhar</b>  <input type="checkbox"/> A dor não me impede de caminhar qualquer distância.  <input type="checkbox"/> A dor me impede de caminhar mais de 1.600 metros (aproximadamente 16 quarteirões de 100 metros).  <input type="checkbox"/> A dor me impede de caminhar mais de 800 metros (aproximadamente 8 quarteirões de 100 metros).  <input type="checkbox"/> A dor me impede de caminhar mais de 400 metros (aproximadamente 4 quarteirões de 100 metros).  <input type="checkbox"/> Só consigo andar usando uma bengala ou muletas.  <input type="checkbox"/> Fico na cama a maior parte do tempo e preciso me arrastar para ir ao banheiro.</p>	<p><b>Seção 9 – Vida Social</b>  <input type="checkbox"/> Minha vida social é normal e não aumenta a dor.  <input type="checkbox"/> Minha vida social é normal, mas aumenta a dor.  <input type="checkbox"/> A dor não tem nenhum efeito significativo na minha vida social, porém limita alguns interesses que demandam mais energia, como por exemplo, esporte, etc.  <input type="checkbox"/> A dor tem restringido minha vida social e não saio de casa com tanta frequência.  <input type="checkbox"/> A dor tem restringido minha vida social ao meu lar.  <input type="checkbox"/> Não tenho vida social por causa da dor.</p>
<p><b>Seção 5 – Sentar</b>  <input type="checkbox"/> Consigo sentar em qualquer tipo de cadeira durante o tempo que quiser.  <input type="checkbox"/> Consigo sentar em uma cadeira confortável durante o tempo que quiser.  <input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar sentado por mais de 1 hora.  <input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar sentado por mais de meia hora.  <input type="checkbox"/> A dor me impede de ficar sentado por mais de 10 minutos.  <input type="checkbox"/> A dor me impede de sentar.</p>	<p><b>Seção 10 – Locomoção (ônibus/carro/táxi)</b>  <input type="checkbox"/> Posso ir a qualquer lugar sem sentir dor.  <input type="checkbox"/> Posso ir a qualquer lugar, mas isso aumenta a dor.  <input type="checkbox"/> A dor é intensa, mas consigo me locomover durante 2 horas.  <input type="checkbox"/> A dor restringe-me a locomoções de menos de 1 hora.  <input type="checkbox"/> A dor restringe-me a pequenas locomoções necessárias de menos de 30 minutos.  <input type="checkbox"/> A dor impede de locomover-me, exceto para receber tratamento.</p>

**Questionário De Incapacidade Lombar De Quebec (Quebec Back Pain Disability Questionnaire – Qbpq)**

Interpretação dos resultados: escore final, que varia de 0 a 100 pontos, o que revela que quanto pior for a pontuação, pior será a condição clínica (SCHMIDT, 2019).

		<b>0 Sem dificuldade nenhuma</b>	<b>1 Com um mínimo de dificuldade</b>	<b>2 Com alguma dificuldade</b>	<b>3 Com bastante dificuldade</b>	<b>4 Com muita dificuldade</b>	<b>5 Incapaz de realizar</b>
1.	Levantar-se da cama						
2.	Dormir toda a noite						
3.	Virar-se na cama						
4.	Andar de carro						
5.	Estar de pé durante 20 – 30 minutos						
6.	Estar sentado numa cadeira por várias horas						
7.	Subir um lance de escadas						
8.	Andar 300-400 metros						
9.	Andar vários quilômetros						
10.	Alcançar prateleiras altas						
11.	Atirar uma bola						
12.	Correr cerca de 100 metros						
13.	Tirar comida do frigorífico						
14.	Fazer a cama						
15.	Calçar meias (collants)						
16.	Dobrar-se à frente para limpar a banheira						
17.	Mover uma cadeira						

18.	Puxar ou empurrar portas pesadas						
19.	Carregar dois sacos de compras						
20.	Levantar e carregar uma mala pesada						
							<b>Score total</b> _____

FONTE: NUNES, RIBEIRO & CRUZ (2005).

### Questionário De Incapacidade De Roland-Morris.

**INSTRUÇÕES:** Quando tem dores nas costas, pode sentir dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas costumam usar para se descreverem quando têm dores nas costas. Quando as ler, pode notar que algumas se destacam porque o descrevem hoje. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que o descreve hoje, coloque-lhe uma cruz. Se a frase não o descrever, deixe o espaço em branco e avance para a frase seguinte. Lembre-se, apenas coloque a cruz na frase se estiver certo de que o descreve hoje.

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.	
2. Mudo de posição frequentemente para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.	
3. Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.	
4. Por causa das minhas costas não estou a fazer nenhum dos trabalhos que habitualmente faço em casa.	
5. Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.	
6. Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.	
7. Por causa das minhas costas, tenho de me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.	
8. Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.	
9. Visto-me mais lentamente do que o habitual por causa das minhas costas.	
10. Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas.	
11. Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me.	
12. Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.	
13. As minhas costas estão quase sempre a doer.	
14. Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.	
15. Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.	
16. Tenho dificuldade em calçar peúgas (meias curtas) ou meias altas por causa das dores das minhas costas.	
17. Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.	
18. Não durmo tão bem por causa das minhas costas.	
19. Por causa da dor nas minhas costas, visto-me com a ajuda de outras pessoas.	
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.	
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.	
22. Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.	
23. Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.	
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas.	

PONTUAÇÃO \_\_\_\_\_

FONTE: OLIVEIRA, BERTO & MACEDO (2014).

### Escala De Katz

Interpretação dos resultados: Cada atividade pontua como 0 – dependente ou 1 – independente. O resultado final da pontuação é a soma da pontuação dos seis itens, o que corresponde a 5 níveis: 6 pontos – independência; 5 pontos – dependência ligeira; 4 a 3 pontos – dependência moderada; 2 a 1 pontos – dependência grave; 0 pontos – dependência total (TAVARES, GRACIO & NUNES, 2018).

Área de funcionamento	Independente/Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) ( ) não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) ( ) recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) ( ) recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	(I) (I) (D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) ( ) pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda ( ) pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos ( ) recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(I) (I) (D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) ( ) vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) ( ) recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite ( ) não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(I) (D) (D)
Transferência ( ) deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) ( ) deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda ( ) não sai da cama	(I) (D) (D)
Continência ( ) controla inteiramente a micção e a evacuação ( ) tem “acidentes” ocasionais ( ) necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(I) (D) (D)
Alimentação ( ) alimenta-se sem ajuda ( ) alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão ( ) recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	(I) (I) (D)
Interpretação: 0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3: independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas funções e dependente em quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções.	

FONTE: LINO *et al* (2008).

**ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 (IVCF-20)**

Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 <a href="http://www.ivcf-20.com.br">www.ivcf-20.com.br</a>		
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responderes, utilizar as respostas do cuidador.		<i>Pontuação</i>
<b>IDADE</b>	1. Qual a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos - 0 pontos <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos - 1 ponto <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos - 3 pontos
<b>AUTO PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é?	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa - 0 pontos <input type="checkbox"/> Regular ou ruim - 1 ponto
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	<b>AVD Instrumental</b> <i>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido 'sim' para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim - 4 pontos <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde. - 0 pontos 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim - 4 pontos <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não de saúde. - 0 pontos 5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar a louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim - 4 pontos <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde. - 0 pontos
	<b>AVD Básica</b>	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim - 6 pontos <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde. - 0 pontos
	<b>COGNIÇÃO</b>	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim - 1 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos 8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim - 1 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos 9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim - 2 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos
	<b>HUMOR</b>	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim - 2 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim - 2 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos
<b>MOBILIDADE</b>	<b>ALCANCE, PREENSÃO E PINÇA</b>	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim - 1 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim - 1 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos
	<b>CAPACIDADE AERÓBICA E/OU MUSCULAR</b>	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de peso não intencional de 4,5 Kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6Kg nos últimos 6 meses ou 3Kg no último mês ( );</li> <li>• Índice de massa Corporal (IMC) menor que 22 Kg/m<sup>2</sup></li> <li>• Circunferência da panturrilha a &lt; 31cm ( );</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos ( );</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sim - 2 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos	
	<b>MARCHA</b>	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim - 2 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim - 2 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos
	<b>CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA</b>	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	<input type="checkbox"/> Sim - 2 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos
<b>COMUNICAÇÃO</b>	<b>VISÃO</b>	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de óculos ou lente de contato.</i>	<input type="checkbox"/> Sim - 2 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos
	<b>AUDIÇÃO</b>	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de aparelhos de audição.</i>	<input type="checkbox"/> Sim - 2 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos
<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>		20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> <li>Cinco ou mais doenças crônicas ( );</li> <li>Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( );</li> <li>Internação recente, nos últimos 6 meses ( );</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sim - 4 pontos <input type="checkbox"/> Não - 0 pontos	
Pontuação Final (40 Pontos):			

FONTE: MORAES, *et al* (2016).

#### CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL – 20 (IVCF20)

Pontos de corte sugeridos	Níveis de sensibilidade e especificidade associadas às classificações	Classificação quanto ao grau de vulnerabilidade Clínico-Funcional	Prioridade para realização da Avaliação Multidimensional do Idoso
0 a 6 pontos	-----	Idoso com BAIXO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	Baixa
7 a 14 pontos	Sensibilidade: 91%	Idoso com MODERADO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	Média
	Especificidade: 71%		
≥ 15 pontos	Sensibilidade: 52%	Idoso com ALTO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	Alta
	Especificidade: 98%		

FONTE: SESA/PR (2017).

#### AVALIAÇÃO DA APTIDÃO FÍSICA

SENIOR FITNESS TEST (STF):

<b>Teste</b>	<b>Resultado</b>
Andar 6 minutos	
Flexão de antebraço	
Sentar e levantar	
Sentar e alcançar	
Alcançar atrás das costas	
Sentada e caminhar	

DESCRIÇÃO DOS TESTES QUE COMPÕEM *SENIOR FITNESS TEST* (STF)

<b>TESTE</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>ANDAR 6 MINUTOS</b>	Avaliar resistência aeróbica	Distância máxima (metros) que o participante caminhou durante 6 minutos num círculo retangular de 50 metros.
<b>FLEXÃO DE BRAÇO</b>	Avaliar a força e resistência do membro superior	Número de repetições de flexões de cotovelo realizadas durante 30s segurando um halter de 2,5kg
<b>SENTAR E LEVANTAR</b>	Avaliar a força e resistência dos membros inferiores	Número de repetições em que o participante se eleva e regressa à posição inicial (sentado) em 30s.
<b>SENTAR E ALCANÇAR</b>	Avaliar a flexibilidade dos membros inferiores	Com o participante sentado com as pernas esticadas, mensurar a distância máxima (cm) que consegue atingir flexionando o tronco na direção dos pés.
<b>ALCANÇAR ATRÁS DAS COSTAS</b>	Avaliar a flexibilidade dos membros superiores	O participante deve colocar a mão dominante por cima do mesmo ombro e a outra mão por baixo e atrás das costas, tenta alcançar ambas as mãos, sendo mensurada a distância entre elas (cm).
<b>SENTADO E CAMINHAR</b>	Avaliar a mobilidade física (velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico)	Tempo (segundos) que o participante leva para caminhar 2,44m a partir da posição sentada até o mesmo retorno para a mesma posição.

FONTE: VAGETTI *et al* (2017).