

Avaliação multidimensional da pessoa idosa: escalas e instrumentos



VOLUME 1: AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE

Organizadoras: Luciane Correia da Silva Vieira |
Patricia Albuquerque de Moura | Joyce Liberali Pekelman Rusu |
Karina Durce | Renata Cléia Claudino Barbosa

Avaliação multidimensional da pessoa idosa: escalas e instrumentos

Vol. I: Avaliação de funcionalidade

© Copyright 2026. Centro Universitário São Camilo.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

**Coleção: Avaliação multidimensional da pessoa idosa:
escalas e instrumentos**

Vol. I: Avaliação de funcionalidade

Centro Universitário São Camilo

Reitor e Diretor Administrativo

Anísio Baldessin

Diretora Acadêmica

Celina Camargo Bartalotti

PRODUÇÃO EDITORIAL

Coordenadora Editorial

Bruna San Gregório

Analista Editorial

Cintia Machado dos Santos

Assistente Editorial

Bruna Diseró

ORGANIZADORAS

Joyce Liberali Pekelman Rusu

Karina Durce

Luciane Correia da Silva Vieira

Patricia Albuquerque de Moura

Renata Cléia Claudino Barbosa

AUTORAS

Gisane Cavalcanti Rodrigues

Jeanette Janaina Jaber Lucato

Luciane Correia da Silva Vieira

Patrícia Albuquerque de Moura

Patrícia Salerno de Almeida Picanço

Rafaella Fagundes Xavier

DIAGRAMAÇÃO

Bruna Diseró

Nota: A imagem da capa foi gerada com o auxílio de tecnologia de inteligência artificial (IA), mediante comandos elaborados pelas autoras, que realizaram a curadoria, seleção e revisão do resultado final.

A963

**Avaliação multidimensional da pessoa idosa: escalas e instrumentos:
Volume 1 – avaliação de funcionalidade/ Renata Cléia Claudino Barbosa
(Org.) et al. -- São Paulo: Setor de Publicações - Centro Universitário São
Camilo, 2026.
72 p.**

Vários Autores

ISBN 978-65-84146-27-3

**1. Pessoa idosa 2. Avaliação 3. Casos clínicos I. Barbosa, Renata
Cléia Claudino II. Vieira, Luciane Correia da Silva III. Moura, Patricia
Albuquerque de IV. Rusu, Joyce Liberali Pekelman V. Durce, Karina VI.
Título**

CDD: 612.67

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária Ana Lucia Pitta
CRB 8/9316



APRESENTAÇÃO

A avaliação multidimensional é reconhecida como uma ferramenta padrão-ouro para compreender integralmente os aspectos de saúde da pessoa idosa, abrangendo todos os seus domínios. A partir da utilização de instrumentos amplamente validados, torna-se possível analisar de maneira detalhada o estado clínico e funcional do indivíduo.

Por meio da aplicação dessa avaliação, constrói-se o diagnóstico clínico-funcional da pessoa idosa, fundamental para o desenvolvimento de um plano de cuidado fisioterapêutico individualizado. Esse processo permite identificar incapacidades e limitações à independência, direcionando intervenções específicas para minimizar tais restrições e promover uma vida mais autônoma.

O plano fisioterapêutico elaborado inclui metas e objetivos claros, que devem ser revistos periodicamente. Para isso, é essencial a reaplicação dos instrumentos de avaliação, possibilitando a mensuração do progresso alcançado. Essa abordagem contínua assegura que o tratamento permaneça alinhado às necessidades do indivíduo e às mudanças em seu estado funcional.

A utilização de métricas fornecidas pelas ferramentas de avaliação permite aos profissionais de saúde proporem intervenções mais assertivas. Além disso, facilita a demonstração do processo terapêutico a pacientes, familiares, cuidadores e gestores, contribuindo para o aprimoramento da comunicação efetiva entre todos os envolvidos e para uma melhor compreensão dos resultados obtidos.

Esta obra será organizada em três volumes. O volume 1 concentra-se na avaliação da funcionalidade, contemplando escalas relacionadas às Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, bem como índices que mensuram independência e mobilidade. O volume 2 aborda a avaliação da força, do equilíbrio e da fragilidade. Já o volume 3 é dedicado aos aspectos cognitivos e à saúde mental.

Introdução - Avaliação de funcionalidade	5
Capítulo 1 - Escala de Katz	9
Capítulo 2 - Escala de Lawton e Brody	19
Capítulo 3 - Índice de Barthel	31
Capítulo 4 - Teste da Caminhada dos Seis Minutos	43
Capítulo 5 - <i>Incremental Shuttle Walk Test</i>	53
Capítulo 6 - Qualidade de vida relacionada à saúde	62
Considerações Finais	72

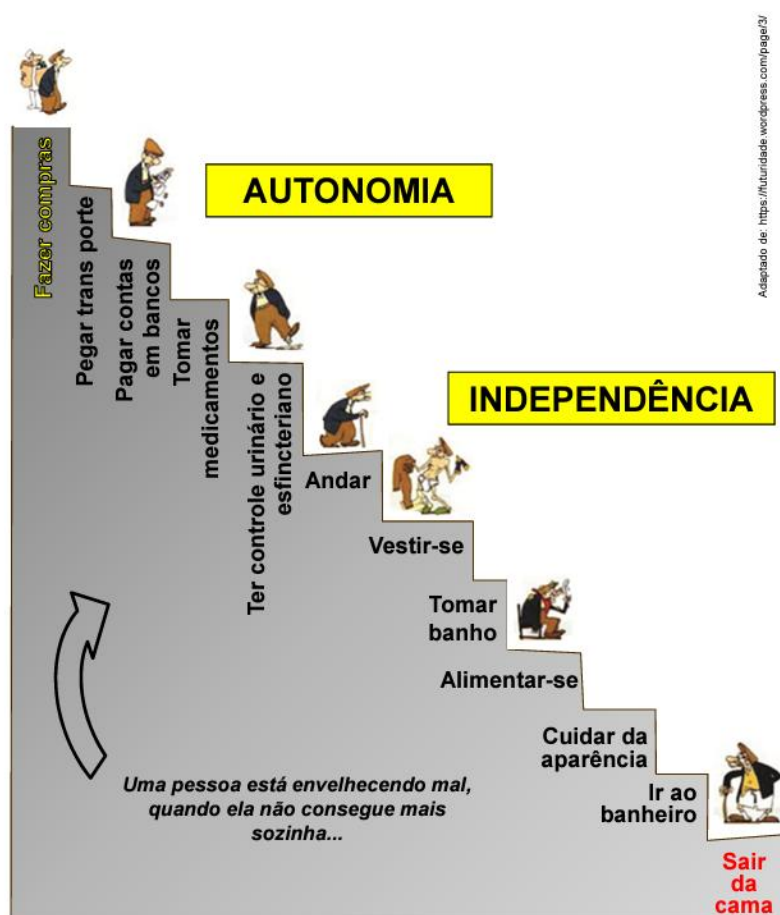
INTRODUÇÃO

AVALIAÇÃO DE
FUNCIONALIDADE

A capacidade funcional na pessoa idosa corresponde à aptidão de realizar tarefas que garantem uma vida independente. Esse conceito está diretamente relacionado com o grau de autonomia e independência do indivíduo, sendo fundamental para a manutenção da qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

Conservar a funcionalidade é um dos principais objetivos nos cuidados voltados à população idosa. Essa preservação permite não apenas que a pessoa idosa realize suas atividades cotidianas com autonomia, mas também que vivencie um envelhecimento bem-sucedido, mantendo sua participação ativa e independente na sociedade (Figura 1).

Figura 1 - Hierarquia das Atividades de Vida Diária (AVDs).



Fonte: SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG). Avaliação funcional do idoso. São Paulo: Secretaria da Saúde, s.d. Disponível em: <<https://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/guias-e-manuais/ipgg-avaliacaofuncionaldoidoso.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2025.

O declínio funcional em pessoas idosas é resultado de causas multifatoriais, envolvendo fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Esses elementos podem dificultar a realização das atividades diárias, além de reduzir a participação social, tornando o envelhecimento um processo ainda mais desafiador.

Medidas como a instalação de rampas e barras de apoio, assim como o suporte social e educacional, exercem impacto positivo na manutenção da capacidade funcional. Tais intervenções, embora não eliminem completamente o comprometimento subjacente, contribuem para a promoção de maior autonomia e segurança na rotina da pessoa idosa.

A funcionalidade na pessoa idosa é classificada em três níveis principais:

→ **Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD):** Referem-se às tarefas essenciais para o autocuidado;

→ **Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD):** Englobam atividades mais complexas, necessárias para manter a independência no cotidiano;

→ **Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD):** Relacionam-se à participação em atividades sociais, de lazer e trabalho, refletindo elevado grau de independência.

A capacidade de realizar as Atividades Avançadas de Vida Diária está fortemente ligada à qualidade de vida e à saúde mental, pois mantém a pessoa idosa ativa e socialmente engajada. Essas atividades envolvem a participação em atividades sociais, recreativas e ocupacionais que são importantes para a qualidade de vida e o bem-estar psicológico. Essas atividades incluem:



Trabalho Voluntário ou Remunerado:

Participação em atividades profissionais ou voluntárias



Atividades Recreativas:

Envolver-se em *hobbies*, esportes e outras atividades de lazer



Participação Social:

Manter relacionamentos e participar de atividades comunitárias e sociais



Educação Contínua:

Participar de cursos e atividades educacionais

Cada um desses níveis representa diferentes dimensões da capacidade de viver de forma autônoma e desempenhar as atividades rotineiras.

A avaliação da funcionalidade é realizada por escalas simples e rápidas que podem ser aplicadas por toda a equipe multidisciplinar. Essas escalas se baseiam nas informações referidas pelos próprios pacientes. Caso não consigam responder, as informações são obtidas junto aos cuidadores e/ou familiares.

Para a avaliação das Atividades de Vida Diária, destacam-se a Escala de Katz, a Escala de Lawton e Brody, o Índice de Barthel, o Teste da Caminhada de Seis Minutos e o *Incremental Shuttle Walk Test* como os principais instrumentos utilizados. No contexto da funcionalidade, ressalta-se ainda a importância da avaliação da qualidade de vida do indivíduo, pois permite compreender os impactos das alterações funcionais sobre o bem-estar e a independência. Alterações nesses escores podem indicar a presença ou o agravamento de doenças, as quais podem comprometer as funções da pessoa idosa de maneira isolada ou associada.

CAPÍTULO 1

ESCALA DE KATZ

Gisane Cavalcanti Rodrigues

Luciane Correia da Silva Vieira

O Índice de Katz é um instrumento clássico amplamente utilizado na avaliação da funcionalidade básica de pessoas idosas, com foco nas Atividades de Vida Diária, como banho, vestuário, higiene, transferência, continência e alimentação. Sua principal importância clínica reside na capacidade de identificar níveis de dependência funcional, auxiliando no planejamento de cuidados, reabilitação e tomada de decisões em contextos como hospitalização, atenção primária e instituições de longa permanência. O objetivo da escala é classificar o grau de independência do indivíduo, sendo especialmente aplicável à população idosa, sobretudo em situações de fragilidade ou declínio funcional. Trata-se de um instrumento de fácil aplicação, rápida execução e boa reprodutibilidade. No entanto, apresenta limitações, como a baixa sensibilidade para detectar mudanças sutis ao longo do tempo e a ausência de avaliação de atividades mais complexas, como a avaliação do item deambulação, o que pode restringir sua utilização isolada em avaliações mais abrangentes.

No Brasil, a escala passou por um processo de adaptação transcultural, o que possibilita seu uso adequado em diferentes realidades nacionais.

As Atividades Básicas de Vida Diária correspondem às tarefas essenciais de autocuidado que cada indivíduo deve ser capaz de realizar para manter sua independência funcional. Essas atividades incluem:

- 1** **Higiene Pessoal:** refere-se ao ato de tomar banho e aos cuidados diários com a higiene.
- 2** **Vestir-se:** inclui a capacidade de colocar e retirar roupas sem auxílio de terceiros.
- 3** **Alimentar-se:** diz respeito à aptidão para se alimentar sozinho.
- 4** **Mobilidade:** envolve transferências, como passar da cama para uma cadeira e vice-versa, bem como a deambulação (caminhar).
- 5** **Continência:** relaciona-se ao controle das funções urinária e intestinal.

A impossibilidade de desempenhar essas atividades implica alto grau de dependência, frequentemente demandando cuidados intensivos.

A versão adaptada da Escala de Katz é amplamente empregada no Brasil em avaliações multidimensionais da funcionalidade da pessoa idosa. Diversas classificações para os resultados do Índice de Katz são encontradas na literatura, porém, neste material, foi adotada a escala modificada pelo *The Hartford Institute for Geriatric Nursing* em 1998 (Tabela 1).

Tabela 1 - Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (Katz).

ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA (1 ponto)	DEPENDÊNCIA (0 ponto)
	SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	COM supervisão, orientação ou assistência pessoal, ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 ponto) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para arrumar os sapatos	(0 ponto) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 ponto) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 ponto) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 ponto) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentar-se Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato até à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 ponto) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral
TOTAL DE PONTOS: ____		

Legenda: Interpretação dos pontos: 6 - independente; 4 - Dependência modificada; 2 ou menos - Muito dependente

Fonte: WALLACE, M.; SHELKEY, M.; HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Urologic Nursing*, v. 27, n. 1, p. 93-94, fev. 2007. PMID: 17390935.

CASOS CLÍNICOS PARA APLICAÇÃO DA ESCALA DE KATZ

A seguir, são apresentados três casos clínicos simulados de pessoas idosas para avaliação com a Escala de Katz. Cada caso traz uma breve história do paciente, seguida das perguntas estruturadas da escala, permitindo a aplicação prática e a interpretação do grau de independência em Atividades Básicas da Vida Diária.

CASO CLÍNICO 1

Dona Maria, 74 anos, reside em casa térrea com o marido. Possui diagnóstico clínico de hipertensão e diabetes controlada. Durante a avaliação fisioterapêutica com relação a sua funcionalidade, ela relatou que consegue tomar banho sozinha, necessitando de auxílio para lavar as costas; se veste de forma independente, mas pede ajuda para calçar os sapatos. Durante as refeições, alimenta-se sem qualquer tipo de auxílio. Em relação à mobilidade, levanta-se da cama e senta-se na cadeira sem ajuda, fazendo uso de bengala para caminhar. Quanto à continência, apresenta controle total das funções urinária e intestinal, sem necessidade de assistência. Vai ao banheiro sozinha, solicitando eventualmente ajuda para ajustar as roupas.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 1

- 1) Considerando o caso clínico de Dona Maria de 74 anos, avaliada segundo a Escala de Katz, (banho, vestuário, alimentação, transferência, continência e ir ao banheiro), aponte quais aspectos indicam autonomia e quais revelam dependência ou necessidade de adaptação para cada atividade.
- 2) Com base nas informações sobre a capacidade funcional de Dona Maria nas Atividades Básicas de Vida Diária, qual foi a pontuação total obtida na Escala de Katz?
- 3) Considerando o caso de Dona Maria, construa um plano de cuidado fisioterapêutico.



CASO CLÍNICO 2

Senhor João, 80 anos, possui diagnóstico clínico de diabetes, artrose bilateral de joelho, lombalgia e demência. Atualmente está morando com sua filha e genro. Ele necessita de auxílio para realizar sua higiene pessoal, especialmente para entrar e sair do chuveiro durante o banho. No momento de se vestir, precisa de ajuda para colocar as roupas, embora consiga vestir camisas sem assistência. Em relação à alimentação, é capaz de se alimentar sozinho, contudo, a filha é responsável por preparar e cortar a comida. Para se levantar da cama, Seu João precisa de ajuda, mas consegue sentar-se sem apoio. Ele apresenta episódios ocasionais de incontinência urinária e necessita de supervisão para ir ao banheiro e realizar a higiene após o uso.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 2

- 1) Considerando o caso clínico do Senhor João de 80 anos, avaliado segundo a Escala de Katz (banho, vestuário, alimentação, transferência, continência e ir ao banheiro), aponte quais aspectos indicam autonomia e quais revelam dependência ou necessidade de adaptação para cada atividade.
- 2) Com base nas informações sobre a capacidade funcional do Sr. João nas Atividades Básicas de Vida Diária, qual foi a pontuação total obtida na Escala de Katz?
- 3) Considerando o caso do Senhor João, construa um plano de cuidado fisioterapêutico.



CASO CLÍNICO 3

Dona Lourdes, 85 anos, encontra-se acamada após um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e reside com uma cuidadora. Ela é totalmente dependente para a realização da higiene pessoal, necessitando de auxílio integral para banho e cuidados diários. Quanto ao vestir-se, a cuidadora quem realiza todo o processo de troca de roupas. Em relação à alimentação, Dona Lourdes utiliza sonda. Sua mobilidade é bastante comprometida, permanecendo restrita ao leito e sem realizar transferências. Para as necessidades fisiológicas, não faz uso do banheiro, utilizando fralda e não consegue controlar a urina.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 3

- 1) Considerando o caso clínico de Dona Lourdes de 85 anos, avaliada segundo a Escala de Katz (banho, vestuário, alimentação, transferência, continência e ir ao banheiro), aponte quais aspectos indicam autonomia e quais revelam dependência ou necessidade de adaptação para cada atividade.
- 2) Com base nas informações sobre a capacidade funcional de Dona Lourdes nas Atividades Básicas de Vida Diária, qual foi a pontuação total obtida na Escala de Katz?
- 3) Considerando o caso da Dona Lourdes, construa um plano de cuidado fisioterapêutico.



CASO CLÍNICO 1

Refletir sobre os aspectos que indicam autonomia e quais revelam dependência no caso clínico de Dona Maria é fundamental para compreender a complexidade e a riqueza da avaliação funcional em fisioterapia. Abordar, detalhadamente, cada dimensão da independência e das pequenas limitações do paciente que permitem identificar necessidades e planejar as intervenções mais efetivas e personalizadas. Essa prática estimula o pensamento crítico, amplia a visão sobre o cuidado integral e destaca o papel do fisioterapeuta na promoção da autonomia e da qualidade de vida. Valorizar essa abordagem é um exercício essencial para a formação de profissionais mais atentos, sensíveis e preparados para atuar diante dos desafios do envelhecimento e das demandas individuais de cada pessoa.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

- ☒ **Banho:** Dona Maria consegue tomar banho sozinha, porém necessita de auxílio para lavar as costas, o que indica uma pequena limitação funcional no autocuidado.
- ☒ **Vestuário:** Veste-se de forma independente, mas pede ajuda para calçar os sapatos, indicando dependência pontual em tarefas que exigem maior destreza ou flexibilidade.
- ☒ **Alimentação:** No momento das refeições, Dona Maria alimenta-se sem qualquer tipo de auxílio, demonstrando independência total nesta atividade.
- ☒ **Transferência (cama-cadeira):** Ao levantar-se da cama e sentar-se na cadeira, Dona Maria não necessita de ajuda, porém, para caminhar, faz uso de bengala, indicando uma adaptação para manter a mobilidade funcional.
- ☒ **Continência:** Ela apresenta controle total das funções urinária e intestinal, sem necessidade de assistência.
- ☒ **Ir ao banheiro:** Vai ao banheiro sozinha, mas, eventualmente, solicita ajuda para ajustar as roupas, evidenciando leve dependência em situações específicas.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

6 pontos – Apresenta independência nas Atividades Básicas de Vida Diária.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

- ☒ Exercícios de fortalecimento de membros inferiores e superiores.
- ☒ Treino de equilíbrio e marcha com supervisão, reforçando o uso correto da bengala.
- ☒ Orientação sobre adaptações ambientais (barras de apoio no banheiro, tapetes antiderrapantes).
- ☒ Estímulo ao autocuidado nas atividades em que já é independente.
- ☒ Educação familiar para apoio sem gerar dependência excessiva.
- ☒ Reavaliação funcional periódica.

CASO CLÍNICO 2

A avaliação detalhada do caso do Senhor João, utilizando a Escala de Katz, é fundamental para compreender o grau de autonomia e dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária, permitindo a elaboração de estratégias personalizadas de cuidado. A identificação precisa das necessidades de auxílio, bem como dos aspectos em que a pessoa idosa ainda mantém independência, direciona intervenções mais eficazes, favorecendo a reabilitação funcional, a segurança e o bem-estar. Tais respostas subsidiam a tomada de decisões da equipe multiprofissional e orientam os familiares no suporte à pessoa idosa, promovendo um cuidado centrado na pessoa e respeitando sua dignidade e potencial de autonomia.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

- ☒ **Banho:** Necessita de auxílio para entrar e sair do chuveiro, indicando dependência parcial ou necessidade de adaptação (como barras de apoio e supervisão).
- ☒ **Vestuário:** Precisa de ajuda para colocar as roupas, mas consegue vestir camisetas sozinho. Apresenta autonomia parcial, com dependência para etapas mais complexas.
- ☒ **Alimentação:** É capaz de se alimentar sozinho, porém depende da filha para preparar e cortar a comida. Demonstra autonomia no ato de comer, mas dependência para o preparo.
- ☒ **Transferência (cama-cadeira):** Precisa de ajuda para se levantar da cama, embora consiga sentar-se sem apoio. Mostra dependência para levantar-se, autonomia para sentar-se.
- ☒ **Continência:** Apresenta episódios ocasionais de incontinência urinária, necessitando supervisão para ir ao banheiro e realizar a higiene, caracterizando dependência parcial.
- ☒ **Ir ao banheiro:** Precisa de supervisão para deslocar-se ao banheiro e realizar higiene após o uso, evidenciando dependência ou necessidade de adaptação ambiental.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

1 ponto – Apresenta dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

- ☒ Treino de transferências (cama-cadeira, sentar-levantar) com supervisão para promover maior autonomia e segurança.
- ☒ Exercícios de fortalecimento muscular global e alongamentos, respeitando limitações individuais e com acompanhamento profissional.
- ☒ Treino de habilidades manuais para vestir-se e realizar higiene pessoal, estimulando que realize etapas mais simples sozinho.
- ☒ Orientação sobre prevenção de quedas e uso de adaptações ambientais (barras de apoio no banheiro, tapetes antiderrapantes) para reduzir riscos.
- ☒ Estímulo à participação ativa nas atividades de autocuidado, respeitando

seus limites e oferecendo incentivo para as conquistas diárias.

- ☒ **Orientação à filha sobre técnicas seguras de auxílio, evitando sobrecarga e incentivando a autonomia na pessoa idosa.**
- ☒ **Monitoramento frequente de complicações do diabetes, como inspeção regular dos pés para prevenir e identificar precocemente lesões ou infecções.**
- ☒ **Reavaliação funcional periódica para ajustar o plano de cuidado conforme evolução do quadro.**

CASO CLÍNICO 3

Compreender as respostas relacionadas à avaliação funcional e ao grau de dependência de pessoas idosas, como Dona Lourdes, é fundamental para a elaboração de um plano de cuidado adequado e seguro. Saber identificar os níveis de autonomia e dependência em cada atividade diária permite direcionar intervenções, otimizar recursos e promover a qualidade de vida, prevenindo complicações e garantindo o respeito às necessidades individuais. Dessa forma, o conhecimento desses aspectos contribui diretamente para decisões clínicas mais assertivas e para o bem-estar do paciente e de seus cuidadores.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

- ☒ **Banho:** Apresenta dependência total, necessitando de auxílio integral para banho e cuidados diários.
- ☒ **Vestuário:** A cuidadora realiza toda a troca de roupas da Dona Lourdes, apresentando dependência total.
- ☒ **Alimentação:** Dependência total – utiliza sonda para alimentação, não se alimentando sozinha.
- ☒ **Transferência (cama-cadeira):** Dependência total – permanece restrita ao leito, não realiza transferências.
- ☒ **Continência:** Dependência total – utiliza fralda e não controla a urina.
- ☒ **Ir ao banheiro:** Dependência total – não faz uso do banheiro, todas as necessidades fisiológicas são feitas na fralda.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

A Dona Lourdes, conforme o texto selecionado, é totalmente dependente em todas as atividades avaliadas pela Escala de Katz, resultando em uma pontuação total de 0.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

- ☒ **Exercícios de fortalecimento muscular global e alongamentos:** Exercícios passivos e ativos-assistidos, conforme tolerância, para manutenção da amplitude de movimento e prevenção de contraturas, controle de tronco.
- ☒ **Treino de habilidades manuais:** Estímulo à movimentação das mãos e dedos durante atividades rotineiras, respeitando limitações.

- ☑ **Orientação sobre prevenção de quedas e adaptações ambientais:** Garantir posicionamento seguro na cama, uso de grades laterais, colchão caixa de ovo e/ou pneumático e coxins para prevenir úlceras por pressão e quedas da cama.
- ☑ **Estímulo à participação ativa:** Incentivar Dona Lourdes a comunicar necessidades e participar de decisões sobre seus cuidados dentro de suas possibilidades.
- ☑ **Orientação à cuidadora:** Treinamento quanto às técnicas seguras de higiene, posicionamento, trocas posturais e prevenção de complicações respiratórias, além de apoio emocional.
- ☑ **Monitoramento de complicações:** Inspeção regular da pele para prevenção de lesões, controle de sinais de infecção, atenção à alimentação por sonda e à continência.
- ☑ **Reavaliação funcional periódica:** Avaliar necessidades de órteses, ajustar rotinas e cuidados conforme evolução do quadro clínico.

REFERÊNCIAS

KATZ, S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services*, v. 6, n. 3, p. 493–508, 1976. DOI: <https://doi.org/10.2190/UURL-2RYU-WRYD-EY3K>. KATZ

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged: the index of ADL – a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, v. 185, n. 12, p. 914–919, 1963. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>. LINO

LINO, V. T. S.; PEREIRA, S. R. M.; CAMACHO, L. A. B.; RIBEIRO FILHO, S. T.; BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 103–112, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>. WALLACE

WALLACE, M.; SHELKEY, M.; HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Urologic Nursing*, v. 27, n. 1, p. 93–94, fev. 2007. PMID: 17390935.

CAPÍTULO 2

ESCALA DE LAWTON E BRODY

Gisane Cavalcanti Rodrigues

Luciane Correia da Silva Vieira

A Escala de Lawton e Brody é um instrumento destinado à avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária, que abrangem habilidades mais complexas e indispensáveis para a manutenção da autonomia e da vida independente na comunidade. Entre essas atividades incluem-se o uso do telefone, o controle de finanças, o preparo de refeições, a realização de compras e a utilização de meios de transporte. Sua relevância clínica está na identificação precoce de declínio funcional, muitas vezes anterior à perda das Atividades de Vida Diária sendo essencial na avaliação geriátrica ampla e no rastreio de comprometimento cognitivo e funcional. O principal objetivo da escala é mensurar o grau de independência funcional do indivíduo na execução de tarefas instrumentais, sendo amplamente utilizada na população idosa, especialmente em contextos ambulatoriais e comunitários. A perda das habilidades relacionadas às Atividades Instrumentais de Vida Diária pode indicar a necessidade de suporte adicional, embora, de modo geral, não implique a demanda por cuidados intensivos, como ocorre nos comprometimentos das Atividades Básicas de Vida Diária.

Cada item da escala apresenta três alternativas de resposta, correspondentes aos níveis de independência funcional: independência total (3 pontos), dependência parcial (2 pontos) e dependência total (1 ponto). A soma das pontuações pode variar de 9 a 27 pontos, sendo os valores mais elevados indicativos de maior autonomia funcional e os menores relacionados a maior grau de dependência (Tabela 2).

Trata-se de um instrumento genérico destinado à avaliação do grau de independência da pessoa idosa na realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária. A escala contempla tarefas como o uso do telefone, a realização de compras, o preparo da alimentação, a execução de atividades domésticas, a lavagem de roupas, o uso de meios de transporte, o manejo da medicação e a administração do dinheiro.

Cada atividade é pontuada de acordo com a capacidade funcional do indivíduo para executá-la, variando de independência total a dependência completa. No uso do telefone, por exemplo, atribuem-se 3 pontos quando a pessoa realiza e recebe ligações sem auxílio, 2 pontos quando necessita de assistência e 1 ponto quando não possui o hábito ou é incapaz de utilizá-lo. Critérios semelhantes são aplicados às demais tarefas, como fazer compras, preparar refeições, realizar a limpeza da casa, lavar roupas, utilizar transportes, administrar os medicamentos e manejar recursos financeiros. A pontuação final resulta da soma dos escores atribuídos a cada item, refletindo o nível de autonomia funcional do sujeito avaliado na execução dessas atividades instrumentais.

Apesar de sua ampla aplicação e relevância clínica, a literatura aponta algumas limitações do instrumento. Determinadas atividades, como cozinhar, lavar roupas ou realizar tarefas domésticas, podem sofrer influência de fatores socioculturais e de gênero. Nessas situações, quando a pessoa idosa relata não executar a atividade por ser realizada por terceiros, recomenda-se investigar se ela seria capaz de desempenhá-la caso fosse necessário. Além disso, a utilização de autorrelato ou informações fornecidas por cuidadores pode introduzir vieses, os quais podem comprometer a precisão da avaliação.

Tabela 2 - Escala de Lawton e Brody: As questões D, E, F e G podem ser substituídas por subir escadas ou cuidar do jardim.

ATIVIDADE	SEM AJUDA	AJUDA PARCIAL	NÃO CONSEGUE
A. O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	3	2	1

continua...

... continuação da Tabela 02.

ATIVIDADE	SEM AJUDA	AJUDA PARCIAL	NÃO CONSEGUE
B. O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	3	2	1
C. O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	3	2	1
D. O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	3	2	1
E. O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	3	2	1
F. O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	3	2	1
G. O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	3	2	1
H. O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	3	2	1
I. O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	3	2	1
TOTAL			

Legenda: Interpretação dos Pontos.

- 0 a 9 pontos – totalmente dependente
- 10 a 15 pontos – dependência grave
- 16 a 20 pontos – dependência moderada
- 21 a 25 pontos – dependência leve
- 26 a 27 pontos – independente

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

CASOS CLÍNICOS PARA APLICAÇÃO DA ESCALA DE LAWTON E BRODY

A seguir, são apresentados três casos clínicos simulados de pessoas idosas para avaliação com a Escala de Lawton e Brody. Cada caso traz uma breve história do paciente, seguida das perguntas estruturadas da escala, permitindo a aplicação prática e a interpretação do grau de independência em Atividades Instrumentais da Vida Diária.

CASO CLÍNICO 1

Dona Ana, 86 anos, mora sozinha desde que ficou viúva. Ela apresenta hipertensão arterial controlada, caminha sozinha pelo bairro e participa de atividades na igreja. Relata alguma dificuldade em enxergar de perto, mas consegue se virar no dia a dia. Segue abaixo a escala preenchida.

ATIVIDADES	SEM AJUDA	AJUDA PARCIAL	NÃO CONSEGUE
A. Consegue usar o telefone?	X		
B. Vai a locais distantes usando transporte, sem planejamento especial?		X	
C. Faz compras?	X		
D. Prepara suas próprias refeições?	X		
E. Arruma a casa?		X	
F. Faz trabalhos manuais domésticos?			X
G. Lava e passa roupa?		X	
H. Toma os remédios corretamente?	X		
I. Cuida das finanças?	X		
TOTAL	15	6	1

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 1

- 1) Considerando o caso clínico de Dona Ana avaliada segundo a Escala de Lawton e Brody, demonstrada na tabela, aponte quais aspectos indicam autonomia e quais revelam dependência ou necessidade de adaptação para cada atividade.
- 2) Com base nas informações sobre a capacidade funcional de Dona Ana nas Atividades Básicas de Vida Diária, qual foi a pontuação total obtida na Escala de Lawton e Brody? Como essa pontuação deve ser interpretada em relação ao grau de dependência?
- 3) Considerando o caso da Dona Ana, construa um plano de cuidado fisioterapêutico.



CASO CLÍNICO 2

Seu Rezende, 68 anos, reside com os três filhos, após um AVC leve há um ano. Caminha com bengala, possui dificuldade para manipular objetos pequenos devido à diminuição da visão, mas mantém lucidez. Sua filha costuma ajudá-lo nas tarefas domésticas e no controle da medicação.

ATIVIDADES	SEM AJUDA	AJUDA PARCIAL	NÃO CONSEGUE
A. Consegue usar o telefone?		X	
B. Vai a locais distantes usando transporte, sem planejamento especial?		X	
C. Faz compras?			X
D. Prepara suas próprias refeições?			X
E. Arruma a casa?		X	
F. Faz trabalhos manuais domésticos?			X
G. Lava e passa roupa?			X
H. Toma os remédios corretamente?		X	
I. Cuida das finanças?		X	
TOTAL	0	5	4

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 2

- 1) Considerando o caso clínico do Seu Rezende avaliado segundo a Escala de Lawton e Brody, demonstrada na tabela, aponte quais aspectos indicam autonomia e quais revelam dependência ou necessidade de adaptação para cada atividade e forneça estratégias para aprimorar a autonomia.
- 2) Com base nas informações sobre a capacidade funcional de Seu Rezende nas Atividades Básicas de Vida Diária, qual foi a pontuação total obtida na Escala de Lawton e Brody? Como essa pontuação deve ser interpretada em relação ao grau de dependência?
- 3) Considerando o caso do Seu Rezende, construa um plano de cuidado fisioterapêutico.



CASO CLÍNICO 3

Dona Clotilde, 69 anos, ativa, reside com o esposo, filho, nora e neto. Participa de grupos de convivência, faz compras no mercado próximo e cuida do neto algumas tardes na semana. Relata ter dor leve devido à artrite, a qual controla com remédios e exercícios.

ATIVIDADES	SEM AJUDA	AJUDA PARCIAL	NÃO CONSEGUE
A. Consegue usar o telefone?	X		
B. Vai a locais distantes usando transporte, sem planejamento especial?	X		
C. Faz compras?	X		
D. Prepara suas próprias refeições?	X		
E. Arruma a casa?	X		
F. Faz trabalhos manuais domésticos?	X		
G. Lava e passa roupa?	X		
H. Toma os remédios corretamente?	X		
I. Cuida das finanças?	X		
TOTAL	9	0	0

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 3

- 1) Considerando o caso clínico da Dona Clotilde avaliado segundo a Escala de Lawton e Brody, demonstrada na tabela, aponte quais aspectos indicam autonomia e quais revelam dependência ou necessidade de adaptação para cada atividade e forneça estratégias para aprimorar a autonomia.
- 2) Com base nas informações sobre a capacidade funcional de Dona Clotilde nas Atividades Instrumentais de Vida Diária, qual foi a pontuação total obtida na Escala de Lawton e Brody? Como essa pontuação deve ser interpretada em relação ao grau de dependência?
- 3) Considerando o caso da Dona Clotilde, construa um plano de cuidado fisioterapêutico.



CASO CLÍNICO 1

Compreender as respostas relacionadas à avaliação funcional da Dona Ana é fundamental para o planejamento de cuidado fisioterapêutico individualizado e eficaz. Identificar os graus de autonomia e dependência, por meio de instrumentos como a Escala de Lawton, permite não apenas reconhecer as áreas em que a pessoa idosa mantém independência, mas também apontar as necessidades de suporte e adaptações. Esse conhecimento direciona intervenções que promovem segurança, qualidade de vida e bem-estar, além de fortalecer a participação da pessoa idosa nas decisões sobre seu próprio cuidado.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

- ☒ **Usar o telefone:** Dona Ana utiliza o telefone sozinha, demonstrando independência nessa atividade instrumental.
- ☒ **Ir a locais distantes usando transporte, sem planejamento especial:** necessita de algum auxílio para se locomover a locais distantes, sugerindo limitação parcial e possível necessidade de transporte adaptado ou companhia.
- ☒ **Fazer compras:** Realiza compras sozinha, indicando independência nessa tarefa cotidiana.
- ☒ **Preparar as refeições:** Consegue cozinhar sem auxílio, o que reforça sua capacidade de autogerenciamento.
- ☒ **Arrumar a casa:** Requer apoio para organizar a casa, possivelmente devido à dificuldade visual ou limitações físicas. Adaptações no ambiente podem facilitar a independência.
- ☒ **Fazer trabalhos manuais domésticos:** Não realiza tarefas manuais domésticas, evidenciando dependência total nessa atividade, talvez por limitações motoras ou visuais.
- ☒ **Lavar e passar roupa:** Necessita de ajuda para lavar e passar roupa, mostrando dificuldade nestas atividades; adaptações ou auxílio externo podem ser necessários.
- ☒ **Tomar os remédios corretamente:** Administra sua medicação de forma independente, o que revela bom nível de autocuidado.
- ☒ **Cuidar das finanças:** Gerencia as próprias finanças, demonstrando preservação da capacidade cognitiva e operacional nesta área.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

Pontuação: $3 \times 5 = 15$ (sem ajuda), $2 \times 3 = 6$ (ajuda parcial), $1 \times 1 = 1$ (não consegue) → Total: 22 pontos. Interpretação: Dependência leve.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

- ☑ **Manutenção da autonomia:** Estimular Dona Ana a participar de atividades físicas adaptadas, como caminhadas supervisionadas pelo bairro e exercícios em grupo na igreja, visando preservar sua mobilidade e o convívio social.
- ☑ **Estimulação da mobilidade e equilíbrio:** Elaborar um programa individualizado de exercícios para fortalecimento muscular, equilíbrio e coordenação, realizado em casa ou em centros de reabilitação, com o objetivo de reduzir o risco de quedas e promover independência nas atividades diárias.
- ☑ **Adaptações no ambiente:** Recomendar ajustes na residência, como melhorar a iluminação e organizar os espaços para facilitar a locomoção com segurança e autonomia. Sugerir a instalação de barras de apoio e tapetes antiderrapantes em áreas de maior circulação.
- ☑ **Educação e orientação aos familiares:** Orientar familiares sobre técnicas seguras de transferência, mobilização e prevenção de sobrecarga durante a ajuda nas tarefas domésticas, minimizando o risco de acidentes e incentivando a participação ativa no processo de reabilitação.
- ☑ **Treinamento nas Atividades de Vida Diária:** Realizar treinos supervisionados de tarefas domésticas adaptadas, como manipulação de objetos e organização de roupas, utilizando, se necessário, recursos de apoio para estimular a independência e a autoestima de Dona Ana.
- ☑ **Supervisão na administração de medicamentos:** Trabalhar junto à equipe multidisciplinar para garantir que Dona Ana utilize corretamente organizadores de comprimidos, incluindo exercícios de destreza manual que facilitem essa tarefa.

CASO CLÍNICO 2

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

- ☑ **Usar o telefone:** Dependência parcial – Precisa de ajuda para discagem, pois devido a diminuição da visão as teclas precisam ser grandes.
- ☑ **Ir a locais distantes usando transporte, sem planejamento especial:** Dependência parcial – necessita de algum auxílio para se locomover a locais distantes, sugerindo limitação parcial e possível necessidade de transporte adaptado ou companhia.
- ☑ **Fazer compras:** Dependência total – Não consegue realizar, há necessidade de os filhos assumirem a tarefa; pode participar na elaboração da lista.
- ☑ **Preparar as refeições:** Dependência total – Necessita refeições preparadas por terceiros; pode ser envolvido em escolhas do cardápio.
- ☑ **Arrumar a casa:** Dependência parcial – Recomenda-se adaptar tarefas para que participe, mesmo que de maneira supervisionada.
- ☑ **Fazer trabalhos manuais domésticos:** Dependência total – Filhos ou cuidadores devem assumir; pode estimular a participação em tarefas simples e seguras.
- ☑ **Lavar e passar roupa:** Dependência total – Responsabilidade dos familiares;

pode ajudar em tarefas leves, como dobrar peças simples.

- ☒ **Tomar os remédios corretamente:** Dependência parcial – Utilizar organizadores de comprimidos, lembretes visuais e supervisão diária.
- ☒ **Cuidar das finanças:** Dependência parcial – Filhos devem auxiliar, mantendo o Seu Rezende envolvido nas decisões quando possível.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

Pontuação: $2 \times 5 = 10$ (ajuda parcial), $1 \times 4 = 4$ (não consegue) → **Total: 14 pontos.** **Interpretação:** Dependência grave.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

- ☒ **Manutenção da autonomia:** Incentivar Seu Rezende a realizar pequenas atividades dentro de casa, como ajudar a organizar objetos ou participar de tarefas simples, respeitando suas limitações e buscando preservar sua independência sempre que possível.
- ☒ **Estimulação da mobilidade e coordenação:** Implementar um programa de exercícios físicos adaptados e supervisionados para fortalecimento muscular, equilíbrio e coordenação, preferencialmente com acompanhamento fisioterapêutico, visando reduzir o risco de quedas e promover maior autonomia nos deslocamentos.
- ☒ **Adaptações no ambiente:** Recomendar ajustes na residência, como instalação de barras de apoio nos corredores e banheiro, remoção de tapetes escorregadios e adequação da iluminação, aumentando a segurança e facilitando a locomoção de Seu Rezende.
- ☒ **Educação e orientação aos familiares:** Orientar a filha sobre técnicas seguras de auxílio nas atividades domésticas e na administração de medicamentos, além de estratégias para prevenir sobrecarga física e emocional, promovendo a participação ativa no cuidado.
- ☒ **Treinamento nas Atividades de Vida Diária:** Realizar treinos supervisionados para manipulação de objetos pequenos, como talheres e organizadores de remédios, utilizando recursos adaptativos para estimular a independência, a autoestima e a destreza manual de Seu Rezende.
- ☒ **Supervisão na administração de medicamentos:** Garantir que Seu Rezende utilize corretamente os organizadores de comprimidos, com a ajuda da filha e, se necessário, com suporte da equipe multidisciplinar, para evitar erros na medicação e promover maior segurança.

CASO CLÍNICO 3

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

- ☒ **Usar o telefone:** Manter o acesso fácil ao telefone; incentivar atualização sobre funções de aparelhos modernos.

- ☑ **Ir a locais distantes usando transporte, sem planejamento especial:** Orientar sobre segurança no transporte público e rotas alternativas; estimular saídas acompanhadas em horários de menor movimento.
- ☑ **Fazer compras:** Incentivar a elaboração de listas, organização de sacolas leves e, se necessário, uso de carrinhos para evitar sobrecarga física.
- ☑ **Preparar as refeições:** Orientar sobre ergonomia e uso de utensílios adaptados em caso de piora da dor; reforçar cuidados com a postura.
- ☑ **Arrumar a casa:** Monitorar possíveis limitações futuras devido à artrite. Dividir tarefas ao longo da semana para evitar sobrecarga; usar equipamentos ergonômicos.
- ☑ **Fazer trabalhos manuais domésticos:** Estimular a alternância de tarefas e pausas regulares para evitar fadiga articular.
- ☑ **Lavar e passar roupa:** Monitorar desconforto articular e orientar sobre a utilização de equipamentos automáticos e técnicas que minimizem esforço manual.
- ☑ **Tomar os remédios corretamente:** Reforçar a organização com caixas de remédios e alarmes, garantindo aderência e segurança na medicação.
- ☑ **Cuidar das finanças:** Incentivar atualização sobre recursos digitais e manter rotina de conferência dos gastos.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

Pontuação: $3 \times 9 = 27$ (sem ajuda) → Total: 27 pontos. Interpretação: A pontuação máxima (27 pontos) na Escala de Lawton indica que Dona Clotilde é totalmente independente para realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária, ou seja, consegue desempenhar todas as tarefas avaliadas sem necessidade de ajuda.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

- ☑ **Promoção da manutenção da autonomia:** Elaborar um programa individualizado de fisioterapia com foco na manutenção da funcionalidade e independência, incluindo técnicas de analgesia, alongamentos, mobilizações articulares, exercícios de fortalecimento muscular, equilíbrio e coordenação. Incentivar a realização de atividades físicas orientadas, como caminhadas supervisionadas e exercícios em grupo, para estimular o engajamento social e a rotina ativa.
- ☑ **Educação em saúde:** Orientar Dona Clotilde sobre a importância da postura adequada nas atividades diárias, prevenção de quedas por meio de exercícios de propriocepção e equilíbrio, além de instruir sobre adaptações no ambiente domiciliar para promover segurança. Reforçar o autocuidado com a saúde, como manter a hidratação, alimentação equilibrada e comunicar qualquer novo sintoma ou limitação ao fisioterapeuta e à equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

BOTELHO, A. *A funcionalidade dos idosos*. In: PAÚL, C.; FONSECA, A. M. (org.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. p. 110–135.

GRAF, C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. *American Journal of Nursing*, v. 108, n. 4, p. 52–62, abr. 2008. Disponível em: <<https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00000446-200804000-00023.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2026.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, v. 9, n. 3, p. 179–186, out. 1969.

LAWTON, M. P. The functional assessment of elderly people. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 19, n. 6, p. 465–481, 1971.

CAPÍTULO 3

ÍNDICE DE BARTHEL

Luciane Correia da Silva Vieira

Rafaella Fagundes Xavier

O Índice de Barthel é um dos instrumentos mais amplamente utilizados na avaliação da independência funcional nas Atividades Básicas de Vida Diária, sendo especialmente relevante em contextos de reabilitação. A escala avalia o desempenho do indivíduo em tarefas como alimentação, banho, mobilidade, controle esfincteriano e uso do sanitário, resultando em uma pontuação que expressa o grau de dependência funcional.

Sua relevância clínica está na possibilidade de acompanhar a evolução funcional ao longo do tempo, subsidiar o planejamento terapêutico e auxiliar na estimativa das necessidades de cuidado e suporte. O instrumento é amplamente aplicado na população idosa, particularmente após eventos agudos, como acidente vascular cerebral ou períodos prolongados de hospitalização.

Entre suas principais vantagens destacam-se a facilidade de aplicação e a boa sensibilidade para detectar mudanças no desempenho funcional. No entanto, apresenta algumas limitações, como o efeito teto em indivíduos com elevado nível de funcionalidade e a menor capacidade de captar aspectos qualitativos do desempenho nas atividades avaliadas (Tabela 3).

A escala permite uma classificação graduada da dependência funcional, variando desde dependência total (0 ponto) até independência máxima (100 pontos).

Tabela 3 - Índice de Barthel.

PONTUAÇÃO	ATIVIDADE
1. Alimentação	
10 pontos	Independente: capaz de usar qualquer talher. Come em tempo razoável.
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda para cortar (passar manteiga no pão).
0 ponto	Dependente: não consegue levar comida à boca.
2. Banho	
5 pontos	Independente: capaz de tomar banho (esfregar-se) sozinho em chuveiro ou banheira.
0 ponto	Dependente: necessita de auxílio de outra pessoa para o banho.
3. Vestuário	
10 pontos	Independente: capaz de pegar roupa, vestir-se, amarrar os sapatos e despir-se.
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.
0 ponto	Dependente: necessita de ajuda, não cumpre a condição anterior.
4. Higiene pessoal	
5 pontos	Independente: capaz de lavar as mãos e o rosto, escovar os dentes e barbear-se sem ajuda.
0 ponto	Dependente: necessita de ajuda de outra pessoa em qualquer das atividades do item anterior.

continua...

... continuação da Tabela 03.

PONTUAÇÃO	ATIVIDADE
5. Evacuações	
10 pontos	Continente: não apresenta incontinência.
5 pontos	Incontinente ocasional: apresenta episódios ocasionais de incontinência (acidentes) ou necessita de ajuda para uso de supositórios enemas.
0 ponto	Incontinente: apresenta incontinência fecal.
6. Micção	
10 pontos	Continente: não apresenta incontinência; quando necessário é capaz de lidar sozinho com sonda vesical ou outro dispositivo.
5 pontos	Incontinente ocasional: apresenta episódios ocasionais de incontinência (acidentes) ou não consegue lidar, sem ajuda, com sonda vesical ou outro dispositivo.
0 ponto	Incontinente: apresenta incontinência urinária.
7. Uso do vaso sanitário	
10 pontos	Independente: usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda, mesmo que use barras de apoio. Limpa-se e veste-se sem ajuda.
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda para manter o equilíbrio. Limpar-se e vestir-se.
0 ponto	Dependente: necessita de auxílio de outra pessoa, utiliza "papagaios" ou "comadres".
8. Passagem cadeira-cama	
15 pontos	Independente: consegue se deslocar da cama para a cadeira e vice-versa sem ajuda.
10 pontos	Ajuda mínima: necessita de ajuda ou supervisão para efetuar a transferência.
5 pontos	Grande ajuda: capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.
0 ponto	Dependente: não consegue sentar-se e é incapaz de colaborar durante as transferências.
9. Deambulação	
15 pontos	Independente: caminha sem ajuda por até 50 metros, mesmo com bengala, muleta, prótese ou andador.
10 pontos	Ajuda: caminha até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.
5 pontos	Independente em cadeira de rodas: necessita de ajuda. Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 metros.

continua...

... continuação da Tabela 03.

PONTUAÇÃO	ATIVIDADE
0 ponto	Dependente: totalmente dependente para deambular.
10. Escadas	
10 pontos	Independente: capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, mesmo com muletas, bengalas ou apoio do corrimão.
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda física ou de supervisão, ao descer e subir escadas.
0 ponto	Dependente: incapaz de subir escadas.

Legenda: Interpretação dos Pontos: < 20 pontos: dependência total.

20 a 35 pontos: dependência grave

40 a 55 pontos: dependência moderada

60 a 95 pontos: dependência leve

Fonte: MINOSSO, J. S. M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Validação do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios no Brasil. Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, n. 2, p. 218–223, 2010.

CASOS CLÍNICOS PARA APLICAÇÃO DA ESCALA DE BARTHEL

A seguir, são apresentados três casos clínicos simulados de pessoas idosas para avaliação com a Escala de Barthel. Cada caso traz uma breve história do paciente, seguida das perguntas estruturadas da escala, permitindo a aplicação prática e a interpretação do grau de independência em Atividades Básicas de Vida Diária.

CASO CLÍNICO 1

Dona Marta, sexo feminino, 82 anos, viúva, mora sozinha com cuidadora diurna (filha supervisionada à distância), possui 3 anos de estudo formal, realiza acompanhamento médico via Sistema Único de Saúde (SUS). Possui IMC de 28,3 kg/m², e as seguintes comorbidades: hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* tipo 2, fibrilação atrial permanente, osteoporose, déficit cognitivo leve há 2 anos (em investigação de Alzheimer) e apresentou 2 quedas da própria altura no último ano (sem fraturas). Esta paciente é acompanhada em sua UBS de referência e há 3 meses foi avaliada por meio do Índice de Barthel, e obteve 85 pontos.

No dia de hoje a paciente foi encontrada pela filha no chão do banheiro, desorientada e com tempo prolongado sem assistência. Queixa-se de dor em quadril e lombar, evoluindo com incapacidade de deambular, redução da ingestão alimentar e episódios de confusão mental flutuante. Foi encaminhada para o hospital e na admissão apresentou-se com delírium hipoativo, hematomas extensos em quadril, dor à mobilização, força muscular grau 3 em membros inferiores e grau 4, em superiores. Durante a internação apresentou o seguinte Índice de Barthel:

Tabela 4 - Avaliação Funcional - Aplicação da Escala de Barthel.

ITEM	PONTUAÇÃO
Alimentação	5 (necessita ajuda para cortar e levar alimentos)
Banho	0 (totalmente dependente)
Vestuário	0 (totalmente dependente)
Higiene pessoal	0 (dependente)
Evacuações	5 (incontinente ocasional)
Micção	0 (incontinente)
Uso de vaso sanitário	0 (não consegue transferir-se)
Passagem cadeira-cama	5 (grande ajuda, assistência total para a passagem)
Deambulação	0
Escadas	0

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 1

- 1) Considerando que o escore atual do Índice de Barthel da paciente é 15/100, qual categoria de dependência funcional ela se enquadra e quais domínios foram mais determinantes para essa classificação?
- 2) O escore do Índice de Barthel pré-queda foi 85/100 e caiu para 15/100 após o evento de queda. Como essa variação deve ser interpretada na prática clínica e que conduta prioritária ela sinaliza?
- 3) Quais são as principais limitações do uso isolado do Índice de Barthel, neste caso clínico, e por que mesmo assim ela é essencial no acompanhamento desta paciente?



CASO CLÍNICO 2

Senhora Tereza, 78 anos, sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) há 3 semanas. Permaneceu hospitalizada por 7 dias e no momento está internada em um centro de reabilitação. Esta instituição possui uma equipe multidisciplinar e o fisioterapeuta, em sua avaliação, identificou que a paciente apresenta hemiparesia à direita, fala preservada e refere fadiga ao realizar atividades. Durante a avaliação funcional, a paciente relatou que consegue levar o garfo à boca, mas precisa de ajuda para cortar os alimentos. A respeito de seus cuidados, necessita de ajuda total para tomar banho e parcial para vestir-se, pois consegue vestir peças simples e é capaz de lavar as mãos e o rosto e escovar os dentes sem ajuda. Possui controle sobre episódios de evacuação e micção e é capaz de utilizar o vaso sanitário, mas precisa de auxílio para levantar-se. Para as transferências da cama para cadeira necessita de ajuda moderada, deambula com auxílio de andador e supervisão, e não consegue subir escadas.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 2

- 1) Com base nas informações do caso da senhora Tereza, qual seria a pontuação do Índice de Barthel? Justifique sua resposta.
- 2) Como a pontuação obtida pode influenciar o plano de reabilitação e a definição de metas funcionais para a senhora Tereza?



CASO CLÍNICO 3

Senhora Alice, 85 anos, vive com a filha em casa térrea. Possui diagnóstico de osteoartrite há 10 anos e apresenta dor crônica e limitação de movimentos em joelho e quadril bilateralmente. Relata que realizava todas as atividades de maneira independente, contudo após piora da dor, há 6 meses, passou a depender de ajuda para algumas tarefas. Durante a avaliação funcional foi observado que a paciente se alimenta sozinha, necessita de auxílio para tomar banho, precisa de ajuda para vestir as roupas em membros inferiores, para utilizar o vaso sanitário precisa de auxílio, possui continência fecal e urinária. Devido ao sintoma de dor, necessita de grande ajuda para as transferências da cadeira para a cama e total dependência para deambular. O escore total do Índice de Barthel para esta paciente foi de 55 pontos.

Tabela 5 - Avaliação Funcional - Aplicação da Escala de Barthel.

ITEM	PONTUAÇÃO
Alimentação	10 (independente)
Banho	0 (necessita de auxílio)
Vestuário	5 (precisa de ajuda parcial)
Higiene pessoal	5 (independente)
Evacuações	10 (continente)
Micção	10 (continente)
Uso de vaso sanitário	5 (necessita de auxílio)
Passagem cadeira-cama	5
Deambulação	0
Escadas	0

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 3

- 1) Qual é a classificação funcional da paciente segundo a Escala de Barthel e qual a implicação para sua autonomia no contexto domiciliar?
- 2) Cite duas estratégias que poderiam ser implementadas para melhorar a funcionalidade e reduzir o risco de dependência em longo prazo.



CASO CLÍNICO 1

O Índice de Barthel é um instrumento amplamente utilizado para avaliar pessoas idosas, e mensurar o grau de independência funcional nas Atividades Básicas de Vida Diária. Casos clínicos de alta complexidade, em especial para pessoas idosas com multimorbidades, quedas, *delirium* e declínio funcional agudo, o escore obtido neste índice não reflete apenas a capacidade atual do paciente. O resultado do Índice de Barthel também pode ser utilizado como um marcador objetivo para orientar as condutas assistenciais, planejar a reabilitação multidisciplinar, estimar o prognóstico funcional e auxiliar as decisões no momento da alta.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

A paciente é classificada na categoria de dependência total, correspondente à faixa de 0 a 20 pontos. Os domínios que mais contribuíram para essa classificação foram:

- **Mobilidade:** incapacidade de deambular e impossibilidade de subir escadas, resultando em pontuação zero em ambos os itens.
- **Autocuidado básico:** dependência completa para banho, higiene pessoal e vestir-se, também com pontuação zero.
- **Continência:** presença de incontinência urinária e fecal, com ausência de controle vesical e intestinal.

Embora não tenha ocorrido fratura, a associação entre *delirium*, contusão profunda e o período de internação hospitalar resultou em comprometimento grave da mobilidade e do autocuidado. Esses domínios possuem elevado peso na pontuação do Índice de Barthel, impactando de forma significativa a classificação funcional da paciente.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

A redução de 70 pontos no escore do Índice de Barthel evidencia um declínio funcional agudo, compatível com um quadro caracterizado por:

- Síndrome do imobilismo em fase inicial;
- Possível progressão para fragilidade moderada a grave;
- Aumento do risco de incapacidade funcional permanente.

Diante desse cenário, a principal conduta indicada é a instituição precoce de um programa de reabilitação multidisciplinar intensiva, com ênfase em fisioterapia, terapia ocupacional e suporte nutricional. Recomenda-se a reavaliação periódica por meio do Índice de Barthel, a fim de monitorar a evolução funcional e identificar ganhos reais nas Atividades de Vida Diária.

A perda funcional súbita em pessoas idosas está associada a prognóstico mais desfavorável do que o diagnóstico clínico isolado. Nesse contexto, o Índice de Barthel atua não apenas como um instrumento descritivo da funcionalidade, mas como um marcador da gravidade do comprometimento funcional, indo além do aspecto ortopédico da queda. Sua aplicação contribui para direcionar precocemente a equipe multiprofissional na elaboração de um plano estruturado de recuperação funcional, ainda durante o período de internação ou antes da alta hospitalar.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

O Índice de Barthel apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados deste caso. O instrumento não avalia aspectos cognitivos, os quais exercem influência direta sobre o desempenho funcional, especialmente em uma paciente com diagnóstico de Alzheimer em fase inicial associado a *delirium*. Além disso, a escala não contempla as Atividades Instrumentais de Vida Diária, como preparo de refeições, manejo de medicamentos e administração financeira, funções essenciais para uma idosa que vivia de forma independente antes do evento agudo.

Outro aspecto relevante é a ausência de estratificação específica do risco de quedas e da fragilidade, fatores centrais para a compreensão global do quadro clínico. Ademais, alterações clínicas transitórias, como *delirium* e episódios prolongados de hipoglicemia, podem interferir na pontuação, levando à subestimação da capacidade funcional basal da paciente.

Apesar dessas limitações, o Índice de Barthel é um instrumento essencial na avaliação funcional desta paciente. Trata-se de uma escala rápida e objetiva, eficaz para o monitoramento da independência nas Atividades Básicas de Vida Diária. Permite a comparação do estado funcional ao longo do tempo, possibilitando a análise da evolução pré e pós-intervenção.

O instrumento também auxilia na tomada de decisões clínicas relevantes, como planejamento de alta hospitalar, necessidade de cuidados contínuos por 24 horas, adaptações domiciliares ou encaminhamento para instituição de longa permanência. Além disso, funciona como um indicador da efetividade do processo de reabilitação, ao demonstrar a recuperação de funções prioritárias, como alimentação e transferências.

Dessa forma, mesmo reconhecendo suas limitações, o Índice de Barthel é imprescindível neste contexto, pois o objetivo terapêutico central não se restringe à estabilização das condições clínicas, mas à recuperação da autonomia nas Atividades Básicas de Vida Diária — exatamente o domínio avaliado pela escala, com sensibilidade a mudanças clínicas significativas.

CASO CLÍNICO 2

O Índice de Barthel é um instrumento amplamente utilizado para avaliar a independência funcional em Atividades Básicas de Vida Diária, especialmente em pacientes com condições neurológicas, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Por meio deste índice é possível quantificar o grau de dependência do indivíduo, fornecendo subsídios para o planejamento terapêutico e acompanhamento da evolução clínica.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

Tereza apresenta dependência total nas atividades de banho e subir escadas (0 pontos cada). Demonstra dependência parcial para alimentação e vestir-se (5 pontos cada) e dependência moderada para transferência e deambulação (10 pontos cada). Mantém continência, o que acrescenta 20 pontos. Assim, sua pontuação total no Índice de Barthel é de 55 pontos, classificando-a como portadora de dependência moderada.

Tabela 6 - Avaliação Funcional - Aplicação da Escala de Barthel.

ITEM	PONTUAÇÃO
Alimentação	5 (necessita ajuda para cortar e levar alimentos)
Banho	0 (totalmente dependente)
Vestuário	5 (precisa de ajuda parcial)
Higiene pessoal	5 (independente)
Evacuações	10 (continente)
Micção	10 (continente)
Uso de vaso sanitário	0 (não consegue transferir-se)
Passagem cadeira-cama	10
Deambulação	10
Escadas	0

Legenda: Total - 55 pontos (em um máximo de 100).

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

Com uma pontuação de 55 pontos no Índice de Barthel, a senhora Tereza apresenta dependência moderada, indicando que não é totalmente dependente, porém necessita de assistência em diversas Atividades Básicas de Vida Diária. Diante desse perfil funcional, o plano de reabilitação deve ser direcionado para a recuperação progressiva da autonomia, com foco nas atividades mais comprometidas.

As condutas prioritárias incluem o treinamento de atividades de autocuidado, especialmente banho e vestir-se, com o objetivo de ampliar a independência funcional. Além disso, são recomendados exercícios de fortalecimento muscular associados ao treino de marcha, visando reduzir a necessidade de supervisão durante a locomoção. O treinamento de transferências seguras também deve ser enfatizado, como estratégia fundamental para prevenção de quedas.

As metas funcionais devem ser realistas e individualizadas, contemplando a possibilidade de evolução para deambulação independente com o auxílio de dispositivos, quando necessário, e autonomia parcial nas atividades de autocuidado. O Índice de Barthel, por sua vez, constitui uma ferramenta essencial para o acompanhamento longitudinal da paciente, permitindo monitorar a resposta às intervenções e ajustar o plano terapêutico conforme a evolução funcional.

CASO CLÍNICO 3

As respostas comentadas a seguir têm como objetivo esclarecer os conceitos aplicados ao caso clínico apresentado, relacionando-os à prática profissional.

A análise do Índice de Barthel, instrumento amplamente utilizado para avaliar a capacidade funcional em Atividades Básicas de Vida Diária, e para este caso clínico no contexto de pessoas idosas e no ambiente domiciliar.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

O escore de 55 pontos no Índice de Barthel corresponde à classificação de dependência moderada. Esse resultado indica que a senhora Alice mantém independência em algumas Atividades Básicas de Vida Diária, como a alimentação, porém necessita de auxílio parcial ou supervisão para tarefas que demandam maior complexidade funcional, incluindo banho, vestir-se e locomoção.

No contexto domiciliar, essa condição funcional sugere a necessidade de adaptações ambientais, como instalação de barras de apoio e uso de cadeira para banho, além do suporte de familiares ou cuidadores. Essas medidas são fundamentais para garantir maior segurança, reduzir o risco de quedas e promover a manutenção da funcionalidade e da autonomia possível.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

As intervenções fisioterapêuticas devem contemplar exercícios de fortalecimento muscular, treino de marcha com o uso de dispositivos de apoio, quando indicado, e atividades voltadas à melhora da mobilidade articular.

No ambiente domiciliar, recomenda-se a realização de adaptações, como a instalação de barras de apoio no banheiro, utilização de tapetes antiderrapantes e cadeira para banho, com o objetivo de promover maior segurança e favorecer a autonomia funcional.

Além disso, é fundamental a orientação quanto ao controle da dor, bem como a educação do paciente e de seus familiares sobre estratégias de prevenção de quedas, contribuindo para a redução de riscos e para a manutenção da funcionalidade.

REFERÊNCIAS

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, v. 14, p. 61–65, 1965.

MINOSSO, J. S. M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Validação do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios no Brasil. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 2, p. 218–223, 2010.

CAPÍTULO 4

TESTE DA CAMINHADA DOS SEIS MINUTOS

Patrícia Salerno de Almeida Picanço

Jeanette Janaina Jaber Lucato

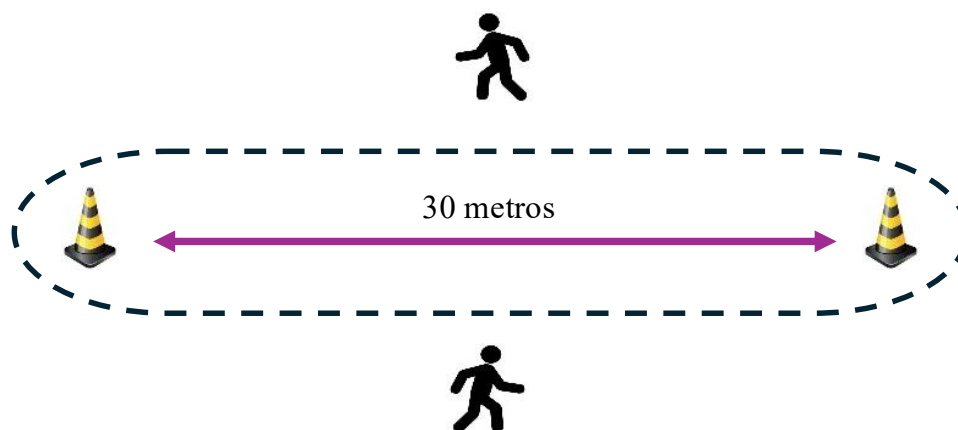
Patrícia Albuquerque de Moura

O Teste de Caminhada de Seis Minutos (TC6M) é um instrumento funcional submáximo amplamente empregado para avaliar a capacidade funcional aeróbica e a tolerância ao exercício, sobretudo em pessoas idosas e em indivíduos com doenças crônicas. Sua relevância clínica decorre da forte associação com desfechos importantes, como morbidade, mortalidade e desempenho nas Atividades Básicas de Vida Diária. O teste tem como objetivo mensurar a distância máxima percorrida pelo indivíduo durante seis minutos, refletindo a integração dos sistemas cardiovascular, respiratório e musculoesquelético.

O TC6M é aplicável a diferentes populações, incluindo idosos frágeis, pacientes com doenças cardiopulmonares e indivíduos em programas de reabilitação. Entre suas principais vantagens destacam-se a simplicidade, a facilidade de aplicação e o baixo custo operacional. Entretanto, o instrumento apresenta algumas limitações, como a dependência do nível de motivação do avaliado, a influência do efeito de aprendizado e a necessidade de rigorosa padronização do protocolo para garantir a confiabilidade e a reprodutibilidade dos resultados.

O teste consiste em avaliar a distância que o indivíduo é capaz de percorrer, caminhando em ritmo confortável, ao longo de seis minutos, em um corredor plano com extensão de aproximadamente 30 metros (Figura 2). Para a realização do TC6M, deve-se seguir uma sequência padronizada, iniciando-se pela avaliação em repouso, realizada na posição sentada e próxima ao ponto inicial da caminhada. Nessa etapa, são aferidas variáveis como Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR), Pressão Arterial (PA) e Saturação periférica de Oxigênio (SpO₂).

Figura 2 - Distância a ser percorrida.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A classificação da dispneia e do cansaço em membros inferiores é realizada por meio da Escala de Percepção Subjetiva de Esforço, conhecida como escala modificada de Borg. Essa escala apresenta pontuação que varia de 0 a 10, sendo fundamental que o examinador oriente previamente o indivíduo quanto à sua correta utilização.

O escore zero corresponde à ausência total de dispneia ou fadiga, enquanto o valor dez indica percepção máxima desses sintomas. A mesma graduação é aplicada tanto para a

avaliação da dispneia quanto para o cansaço nos membros inferiores. Durante a aplicação, o indivíduo é instruído a relatar verbalmente a intensidade percebida ou a indicar, com o auxílio do dedo, o nível do sintoma apresentado na escala (Tabela 7).

Tabela 7 - Escala Modificada de Borg.

ESCALA DE BORG	
0	NENHUMA
0,5	MUITO, MUITO LEVE
1	MUITO LEVE
2	LEVE
3	MODERADA
4	POUCO INTENSA
5	INTENSA
6	—
7	MUITO INTENSA
8	—
9	MUITO, MUITO INTENSA
10	MÁXIMA

Fonte: CABRAL, L. L. *et al.* Revisão sistemática da adaptação transcultural e validação da Escala de percepção de esforço de Borg. *Journal of Physical Education*, v. 28, e2853, 2017.

No terceiro minuto do teste, após a estabilização do sinal do equipamento, são registrados a Frequência Cardíaca (FC) e a Saturação Periférica de Oxigênio (SpO_2), por meio do oxímetro de pulso.

Ao término dos seis minutos, procede-se novamente à aferição das variáveis Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR) e Saturação Periférica de Oxigênio (SpO_2), além da avaliação da dispneia e do cansaço em membros inferiores, utilizando a escala modificada de Borg. A medida da Pressão Arterial (PA) é realizada imediatamente após o encerramento do teste.

Ao final da avaliação, registra-se a distância total percorrida pelo indivíduo, expressa em metros, a qual deve ser contabilizada e anotada na ficha de avaliação ao longo da execução do teste (Figura 3).

Durante o teste, o indivíduo recebe estímulos verbais padronizados do examinador a cada minuto, com orientações encorajadoras, como: “Você está indo muito bem, faltam ‘x’ minutos, continue assim.” Essa estratégia tem como objetivo manter a motivação sem influenciar excessivamente o ritmo da marcha.

Figura 3 - Ficha do Teste de Caminhada de Seis Minutos.

TESTE DA CAMINHADA DOS SEIS MINUTOS		
Suplemento de oxigênio durante o teste: ☐ Sim ☐ Não Se sim: _____ l/min.		
Registro de voltas (coloque um X dentro de um quadrado para cada volta. Completa = ida e volta = 60 metros)		
MEDIDAS	INÍCIO	FINAL
Tempo		
FC		
Dispneia (Escala de Borg)		
Fadiga MMII (Escala de Borg)		
SpO ₂		
Interrompeu ou teve alguma pausa antes dos 6 minutos? Não Sim		
Razão: _____		
Outros sintomas ao final do exercício?		
☐ Angina ☐ Tontura ☐ Dor no quadril ☐ Dor na perna.		
Número de voltas: _____ x 60 metros = _____ + volta parcial _____ metros = _____ metros		
Distância total percorrida nos 6 minutos: _____		

Fonte: MORALES-BLANHIR, J. E.; VIDAL, C. D. P.; ROMERO, M. J. R.; CASTRO, M. M. G.; VILLEGAS, A. L.; ZAMBONI, M. Teste de caminhada de seis minutos: uma ferramenta valiosa na avaliação do comprometimento pulmonar. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 37, n. 1, p. 110-117, 2011.

Caso o participante apresente fadiga intensa, é permitido reduzir a velocidade da caminhada ou interrompê-la temporariamente. Nesse caso, o cronômetro não é interrompido, sendo o indivíduo incentivado a retomar a caminhada e a manter o maior ritmo possível dentro de seus limites de tolerância. Para aqueles em tratamento com oxigenoterapia domiciliar, o teste deve ser realizado com o uso do oxigênio suplementar, preferencialmente sendo transportado pelo próprio paciente durante a execução do percurso.

Ao longo da realização do TC6M, o profissional responsável pode acompanhar o indivíduo de forma discreta, posicionando-se atrás, e não ao lado, a fim de evitar qualquer interferência na velocidade de marcha espontaneamente adotada pelo participante.

A distância percorrida ao final dos seis minutos pode ser mais bem compreendida e prevista quando consideradas as variações da frequência cardíaca durante o teste, associadas aos parâmetros antropométricos. Britto *et al.* (2013) propuseram duas equações de referência para estimativa da distância percorrida, sendo uma delas baseada nas alterações da frequência cardíaca ao longo do TC6M. Essas equações, especialmente a que incorpora a resposta cardíaca ao esforço, demonstraram boa aplicabilidade e precisão para a população brasileira, sendo amplamente utilizadas na prática clínica e em pesquisas (Figura 4).

Figura 4 - Equação para cálculo de valores previstos na distância percorrida no TC6 para a população brasileira.

Britto 1:
$DPTC6 = 890,46 - (6,11 \times idade) + (0,0345 \times idade^2) + (48,87 \times sexo) - (4,87 \times IMC)$
Britto 2:
$DPTC6 = 356,658 - (2,303 \times idade) + (36,648 \times sexo) + (1,704 \times estatura \text{ em cm}) + (1,365 \times \text{variação da FC})$
Onde, Sexo masculino = 1 e sexo feminino = 0

Fonte: BRITTO, V. L. S.; CORREA, C. L. Testes funcionais para membros superiores e inferiores. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL; GARCIA, C. S. N. B.; FACCHINETTI, L. D. (org.). PROFISIO: Programa de Atualização em Fisioterapia Neurofuncional: ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 10–62. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 2).

CASOS CLÍNICOS PARA APLICAÇÃO DO TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS

A seguir, são apresentados três casos clínicos simulados de pessoas idosas para o Teste de Caminhada de Seis Minutos. Cada caso traz uma breve história do paciente, seguida das perguntas estruturadas da escala, permitindo a aplicação prática e a interpretação da capacidade funcional aeróbia e tolerância ao exercício.

CASO CLÍNICO 1

Sr. João, 68 anos, ex-tabagista (40 anos-maço), diagnóstico de DPOC GOLD III, em programa de reabilitação pulmonar há 2 semanas. Apresenta dispneia aos esforços (mMRC 3), IMC 22 kg/m², SpO₂ basal 93%, FC 88 bpm, PA 130/80 mmHg. Usa broncodilatadores e oxigenoterapia domiciliar (2 L/min). Queixa-se de fadiga em MMII durante caminhada.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 1

- 1) Qual a principal finalidade do TC6 para este paciente e quais parâmetros devem ser monitorados durante o teste?
- 2) Como interpretar uma distância percorrida inferior a 300 metros neste contexto clínico?
- 3) Cite duas condutas que podem ser adotadas caso ocorra dessaturação significativa durante o teste.



CASO CLÍNICO 2

Sra. Maria, 55 anos, histórico de COVID-19 grave há 4 meses, permaneceu 20 dias em UTI. Atualmente, apresenta fadiga intensa, dispneia aos mínimos esforços, SpO₂ basal 95%, FC 92 bpm, PA 120/70 mmHg. Refere dificuldade para retomar atividades domésticas.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 2

- 1) Por que o TC6 é indicado para pacientes pós-COVID-19?
- 2) Como a Escala de Borg contribui para a interpretação do teste?
- 3) Qual conduta deve ser adotada se a paciente interromper o teste por fadiga antes dos 6 minutos?



CASO CLÍNICO 3

Sr. Antônio, 72 anos, insuficiência cardíaca classe funcional NYHA II, em acompanhamento ambulatorial. Apresenta FC basal 80 bpm, SpO₂ 96%, PA 140/85 mmHg, IMC 27 kg/m². Relata cansaço aos esforços moderados.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 3

- 1) Qual a relevância do TC6 para estratificação funcional em insuficiência cardíaca?
- 2) Como interpretar uma distância percorrida de 450 metros neste caso?
- 3) Cite duas recomendações para segurança durante o teste.



CASO CLÍNICO 1

O TC6M mostra-se particularmente relevante por se tratar de um paciente com DPOC moderada a grave (GOLD III), condição na qual o teste apresenta forte associação com prognóstico clínico. A distância percorrida e a resposta cardiorrespiratória ao esforço refletem a integração dos sistemas cardiovascular, respiratório e musculoesquelético, permitindo avaliar de forma objetiva a limitação funcional e a tolerância ao exercício. A distância inferior a 300 metros indica comprometimento funcional importante, compatível com maior risco de hospitalizações e mortalidade, reforçando a necessidade de monitoramento rigoroso de SpO_2 , uso de oxigenoterapia durante o teste e ajuste criterioso do programa de reabilitação pulmonar.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

O TC6 avalia a capacidade funcional submáxima e a resposta global ao exercício. Devem ser monitorados FC, FR, SpO_2 , PA, percepção de dispneia e fadiga (Escala de Borg).

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

Distâncias <300 m indicam limitação funcional grave, associada a maior risco de hospitalização e mortalidade em DPOC.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

Ajustar fluxo de O_2 , interromper o teste se SpO_2 <85% e reavaliar plano de reabilitação com progressão gradual da intensidade.

CASO CLÍNICO 2

O TC6M é um instrumento adequado para avaliar a capacidade funcional residual após um quadro de COVID-19 grave, condição frequentemente associada à redução da tolerância ao exercício e à dificuldade de retorno às Atividades da Vida Diária. A utilização da Escala de Borg complementa a interpretação do teste ao permitir a quantificação subjetiva da dispneia e da fadiga, aspectos fundamentais em pacientes pós-UTI. A interrupção precoce do teste por fadiga não invalida a avaliação, devendo ser registrada e interpretada como indicativo de limitação funcional, orientando a prescrição de exercícios de forma segura, progressiva e individualizada.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

O TC6 permite avaliar a capacidade funcional residual e orientar a prescrição de exercícios seguros.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

A Escala de Borg quantifica dispneia e fadiga, auxiliando na determinação da intensidade do esforço e na progressão do treino.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

Registrar distância percorrida, sintomas e parâmetros fisiológicos; considerar treino intervalado e progressão gradual.

CASO CLÍNICO 3

O TC6M contribui para a estratificação funcional e o acompanhamento clínico de um paciente com insuficiência cardíaca em classe funcional NYHA II. A distância percorrida de 450 metros sugere capacidade funcional relativamente preservada para a idade e condição clínica, indicando boa tolerância ao esforço submáximo. Ainda assim, o teste mantém relevância para monitorar a evolução funcional e a resposta ao tratamento, sendo fundamental o controle rigoroso das variáveis fisiológicas durante sua execução. As recomendações de segurança reforçam a importância da padronização e da vigilância clínica, aspectos centrais para a confiabilidade e aplicabilidade do TC6M nesse contexto.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

O TC6 é útil para avaliar tolerância ao exercício e risco cardiovascular, além de monitorar resposta à terapia.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

Distância de 450 m indica capacidade funcional preservada para a idade e condição clínica.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

Garantir monitoramento contínuo de FC e SpO_2 , interromper teste se houver dor torácica ou sinais de instabilidade hemodinâmica.

REFERÊNCIAS

BRITTO, R. R.; PROBST, V. S.; DORNELAS DE ANDRADE, A. F.; SAMORA, G. A. R.; HERNANDES, N. A.; MARINHO, P. E. M. *et al.* Reference equations for the six-minute walk distance based on a Brazilian multicenter study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 17, n. 6, p. 556–563, nov./dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000122>.

BRITTO, V. L. S.; CORREA, C. L. *Testes funcionais para membros superiores e inferiores*. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL; GARCÍA, C. S. N. B.; FACCHINETTI, L. D. (org.). PROFISIO: Programa de Atualização em Fisioterapia Neurofuncional: ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 10–62. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 2).

CABRAL, L. L. *et al.* Revisão sistemática da adaptação transcultural e validação da escala de percepção de esforço de Borg. *Journal of Physical Education*, v. 28, e2853, 2017.

DA CUNHA-FILHO, I. T.; PEREIRA, D. A.; CARVALHO, A. M.; CAMPEDELI, L.; SOARES, M.; SOUSA, F. J. The reliability of walking tests in people with claudication. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, v. 86, n. 7, p. 574–582, 2007.

MORALES-BLANHIR, J. E.; VIDAL, C. D. P.; ROMERO, M. J. R.; CASTRO, M. M. G.; VILLEGAS, A. L.; ZAMBONI, M. Teste de caminhada de seis minutos: uma ferramenta valiosa na avaliação do comprometimento pulmonar. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 37, n. 1, p. 110–117, 2011.

CAPÍTULO 5

INCREMENTAL SHUTTLE WALK TEST

Patrícia Salerno de Almeida Picanço

Jeanette Janaina Jaber Lucato

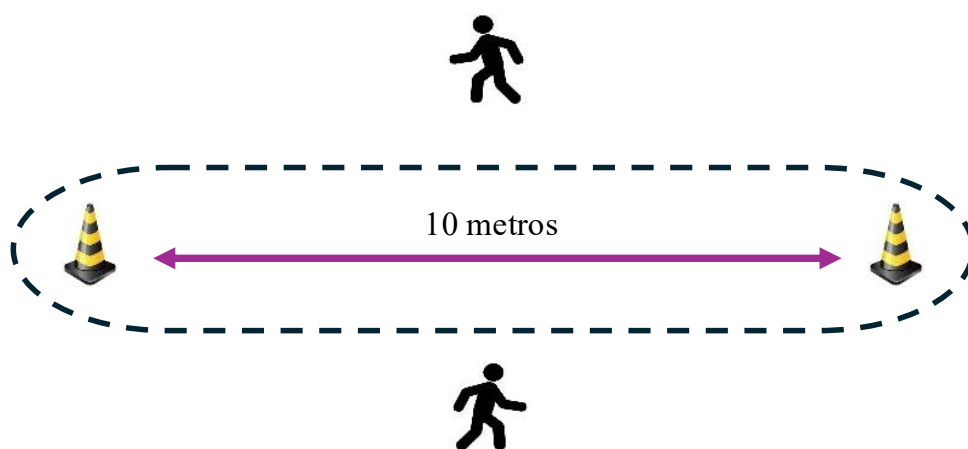
Patrícia Albuquerque de Moura

O *Incremental Shuttle Walk Test* (ISWT) foi desenvolvido originalmente para avaliar a capacidade de exercício de indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Contudo, sua aplicação vem sendo ampliada para outras condições clínicas, sendo amplamente utilizado nos programas de reabilitação pulmonar e cardíaca. Trata-se de um teste incremental, simples e padronizado, no qual a velocidade de caminhada é controlada por estímulos sonoros, permitindo a avaliação do desempenho físico do indivíduo considerando os sintomas que limitam o esforço.

O ISWT também é aplicável à população idosa, especialmente quando se faz necessária uma avaliação mais estruturada da aptidão física. No entanto, o teste apresenta algumas limitações, como maior complexidade operacional, exigência de familiarização prévia e possíveis dificuldades de compreensão por pessoas com déficits cognitivos ou limitações sensoriais, fatores que podem restringir sua utilização em determinados contextos geriátricos.

Durante a execução do teste, o indivíduo deve caminhar em um percurso de 10 metros, delimitado por dois cones posicionados a nove metros de distância entre si, com meio metro adicional além de cada cone para a realização do retorno. A velocidade da caminhada é controlada externamente por sinais sonoros provenientes de uma gravação de áudio. O ISWT é composto por 12 estágios, cada um com duração de um minuto; a velocidade inicial é de 0,5 metros por segundo (m/s), sendo progressivamente aumentada em 0,17 m/s a cada minuto, o que corresponde a um incremento de 10 metros por minuto (Figura 5).

Figura 5 - Distância a ser percorrida.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O indivíduo é orientado a caminhar de um cone ao outro, seguindo o ritmo imposto pelos sinais sonoros. A velocidade da caminhada é controlada por dois tipos de estímulos auditivos: um sinal único, que indica a mudança de direção, e um sinal triplo, que sinaliza simultaneamente a mudança de direção e o início de um novo estágio, caracterizando o incremento da velocidade. Ao final de cada estágio, o avaliador pode fornecer comandos verbais padronizados com o objetivo de informar o participante sobre o aumento progressivo da velocidade. O teste é realizado até o surgimento de fadiga ou de algum sintoma limitante.

Entre os critérios para interrupção do teste, destaca-se a incapacidade de manter o ritmo de deslocamento, caracterizada pela não chegada ao cone subsequente dentro do tempo determinado pelos sinais sonoros por duas tentativas consecutivas. O teste também deve ser

interrompido caso o indivíduo apresente frequência cardíaca superior a 85% da frequência cardíaca máxima prevista ou ocorrência de dessaturação significativa. Devem ser registrados a distância máxima percorrida, a velocidade máxima alcançada, a pressão arterial, a frequência cardíaca, a percepção subjetiva de esforço, bem como o estágio e o percurso em que o teste foi finalizado.

A pressão arterial, a frequência respiratória, a frequência cardíaca, a saturação periférica de oxigênio e o nível de esforço percebido – quantificado de 0 a 10 por meio da escala modificada de Borg – devem ser avaliados antes do início do teste, imediatamente após seu término e cinco minutos após a conclusão.

Para a aplicação do ISWT, são necessários os seguintes equipamentos: cronômetro, cones para demarcação do percurso, aparelho de som com a gravação do teste, esfigmomanômetro e estetoscópio, cardiofrequencímetro, oxímetro de pulso e a escala de percepção subjetiva de esforço (Figura 6).

Figura 6 - Incremental Shuttle Walk Test.

TESTE Nº1. Uso de O ₂ : ☐ Não ☐ Sim ____ L/min. DATA: ____/____/____							
TESTE Nº2. Uso de O ₂ : ☐ Não ☐ Sim ____ L/min. DATA: ____/____/____							
NÍVEL	VELOCIDADE		DISTÂNCIA m	VO ₂ PICO PREVISTO ml/kg/min*	TEMPO/ SHUTTLE s	Nº DE SHUTTLES	
	m/s	km/h				VOLTAS	TOTAL
1	0,50	1,80	0-30	4,4 - 4,9	20,00	3	3
2	0,67	2,41	40-70	5,2 - 5,9	15,00	4	7
3	0,84	3,03	80-120	6,2 - 7,2	12,00	5	12
4	1,01	3,63	130-180	7,4 - 8,7	10,00	6	18
5	1,18	4,25	190-250	8,9 - 10,4	8,57	7	25
6	1,35	4,86	260-330	10,7 - 12,4	7,50	8	33
7	1,52	5,47	340-420	12,7 - 14,7	6,67	9	42
8	1,69	6,08	430-520	14,9 - 17,2	6,00	10	52
9	1,86	6,69	530-630	17,4 - 19,9	5,46	11	63
10	2,03	7,31	640-750	20,22 - 22,9	5,00	12	75
11	2,20	7,92	760-880	23,2 - 26,2	4,62	13	88
12	2,37	8,53	890-1020	26,4 - 30,2	4,29	14	102

*VO₂peak (ml/kg/ min.) = 4,19 + (0,025x distância (m))

Fonte: SINGH, S. J.; JONES, P. W.; EVANS, R.; MORGAN, M. D. Minimum clinically important improvement for the Incremental Shuttle Walking Test. Thorax, v. 63, n. 9, p. 775-777, 2008

O avaliador pode caminhar ao lado do indivíduo apenas durante o primeiro estágio do teste, com o objetivo de facilitar a compreensão da dinâmica do ISWT ou nas situações em que o uso de oxigenoterapia se fizer necessário. Nos demais estágios, recomenda-se que o avaliador mantenha distância adequada, evitando interferir no desempenho do participante.

A interpretação dos resultados do ISWT pode ser realizada por meio da comparação das variáveis obtidas antes e após a intervenção terapêutica. Em indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, um aumento de aproximadamente 47,5 metros na distância total percorrida é considerado clinicamente relevante, indicando melhora significativa da capacidade funcional e da tolerância ao exercício.

CASOS CLÍNICOS PARA APLICAÇÃO DO TESTE DE *SHUTTLE*

A seguir, são apresentados três casos clínicos simulados de pessoas idosas para avaliação com o Teste de *Shuttle*. Cada caso traz uma breve história do paciente, seguida das perguntas estruturadas da escala, permitindo a aplicação prática e a interpretação da avaliação da capacidade de exercício.

CASO CLÍNICO 1

Sra. Helena, 65 anos, DPOC GOLD IV, em oxigenoterapia contínua (2 L/min). Apresenta dispnéia intensa aos esforços, SpO₂ basal 90%, FC 95 bpm. Está iniciando programa de reabilitação pulmonar.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 1

- 1) Qual a principal diferença entre o ISWT e o TC6 em termos de intensidade do esforço?
- 2) Por que o ISWT é considerado mais sensível para avaliar resposta ao treinamento?
- 3) Qual conduta deve ser adotada se a paciente não conseguir acompanhar o ritmo sonoro por duas vezes consecutivas?



CASO CLÍNICO 2

Sr. Paulo, 48 anos, pós-transplante pulmonar há 6 meses, em acompanhamento ambulatorial. SpO₂ basal 97%, FC 78 bpm, PA 125/80 mmHg. Relata boa tolerância ao esforço, mas deseja retomar atividades físicas.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 2

- 1) Como o ISWT pode auxiliar na definição de metas para este paciente?
- 2) Qual parâmetro indica melhora clinicamente significativa após intervenção?
- 3) Cite dois cuidados para aplicação do ISWT em pacientes pós-transplante.



CASO CLÍNICO 3

Sra. Laura, 60 anos, doença arterial coronariana estável, em reabilitação cardíaca. FC basal 82 bpm, SpO₂ 98%, PA 130/80 mmHg. Refere ansiedade para retomar caminhada ao ar livre.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 3

- 1) Qual a vantagem do ISWT em relação ao teste ergométrico para este perfil?
- 2) Como interpretar interrupção do teste no estágio 5?
- 3) Quais sinais indicam necessidade de interromper imediatamente o teste?



CASO CLÍNICO 1

O ISWT é particularmente indicado por se tratar de uma paciente com DPOC GOLD IV, em oxigenoterapia contínua e com dispneia intensa aos esforços. Diferentemente do TC6M, o caráter incremental e progressivo do ISWT impõe aumento contínuo da demanda ventilatória e cardiovascular, permitindo identificar de forma mais sensível os limites funcionais impostos pela doença. A interrupção do teste, quando a paciente não consegue acompanhar o ritmo sonoro, reflete um critério objetivo de exaustão funcional, reforçando a importância do registro do estágio e da distância máxima alcançada para orientar a prescrição individualizada no programa de reabilitação pulmonar e garantir segurança clínica.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

O ISWT é incremental e progressivo, exigindo aumento contínuo da velocidade, enquanto o TC6 é submáximo.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

Por ser incremental, o ISWT detecta pequenas mudanças na capacidade funcional, sendo ideal para monitorar evolução em reabilitação.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

Interromper o teste, registrar estágio e distância percorrida, e avaliar sintomas antes de retomar treinamento.

CASO CLÍNICO 2

Envolvendo um paciente pós-transplante pulmonar, o ISWT mostra-se útil para mensurar a capacidade máxima tolerada ao exercício e para definir metas seguras de retorno à atividade física. A possibilidade de quantificar ganhos funcionais por meio do aumento da distância percorrida — especialmente considerando que um acréscimo igual ou superior a 47,5 metros é clinicamente relevante — torna o teste sensível à evolução do condicionamento físico após intervenções. Nesse contexto, a monitorização rigorosa dos sinais vitais e a atenção a possíveis sinais de complicações pós-transplante são fundamentais para uma aplicação segura e eficaz do teste.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

O ISWT permite mensurar capacidade funcional máxima tolerada, orientando intensidade segura para exercícios.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

Acréscimo $\geq 47,5$ m na distância percorrida é considerado clinicamente relevante.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

Monitorar sinais de rejeição ou infecção, garantir ambiente seguro e supervisão contínua.

CASO CLÍNICO 3

O ISWT apresenta vantagens em relação ao teste ergométrico tradicional por permitir uma avaliação funcional padronizada, segura e mais próxima das Atividades da Vida Diária, sem necessidade de equipamentos complexos. A interrupção do teste no estágio 5 indica tolerância moderada ao esforço, fornecendo subsídios importantes para o ajuste da intensidade do treinamento aeróbico no programa de reabilitação cardíaca. Além disso, o reconhecimento precoce de sinais clínicos de alerta, como dor torácica, dessaturação ou resposta cardíaca excessiva, reforça o papel do ISWT como ferramenta eficaz tanto para avaliação quanto para acompanhamento funcional nesses pacientes.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

O ISWT é menos invasivo, não requer esteira ou cicloergômetro, e permite avaliação funcional em contexto próximo à vida diária.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

Estágio 5 indica tolerância moderada ao esforço, útil para ajustar intensidade do treino aeróbico.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

Dor torácica, queda de SpO_2 , arritmia ou FC >85% da máxima prevista.

REFERÊNCIAS

BRITTO, V. L. S.; CORREA, C. L. *Testes funcionais para membros superiores e inferiores. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL; GARCÍA, C. S. N. B.; FACCHINETTI, L. D. (org.). PROFISIO: Programa de Atualização em Fisioterapia Neurofuncional: ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 10-62. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 2).*

DA CUNHA-FILHO, I. T.; PEREIRA, D. A.; CARVALHO, A. M.; CAMPEDELI, L.; SOARES, M.; SOUSA, F. J. The reliability of walking tests in people with claudication. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, v. 86, n. 7, p. 574-582, 2007.

SEIXAS, D. M.; SEIXAS, D. M.; PEREIRA, M. C.; MOREIRA, M. M.; PASCHOAL, I. A. Oxygen desaturation in healthy subjects undergoing the incremental shuttle walk test. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 39, n. 4, p. 440-446, 2013.

SINGH, S. J.; JONES, P. W.; EVANS, R.; MORGAN, M. D. Minimum clinically important improvement for the incremental shuttle walking test. *Thorax*, v. 63, n. 9, p. 775-777, 2008.

SINGH, S. J.; MORGAN, M. D.; SCOTT, S.; WALTERS, D.; HARDMAN, A. E. Development of a shuttle walking test of disability in patients with chronic airways obstruction. *Thorax*, v. 47, n. 12, p. 1019-1024, 1992.

CAPÍTULO 6

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Patrícia Albuquerque de Moura

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida são ferramentas fundamentais na prática clínica e na pesquisa em gerontologia, pois permitem mensurar de forma multidimensional a percepção do indivíduo sobre sua própria saúde, bem-estar e funcionalidade, incluindo domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Escalas amplamente utilizadas, como o SF-36, o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, apresentam grande relevância clínica por auxiliarem na avaliação do impacto de doenças, intervenções terapêuticas e condições crônicas sobre a vida do paciente, indo além de parâmetros exclusivamente biomédicos. O objetivo desses instrumentos é captar a percepção subjetiva de saúde e qualidade de vida, contribuindo para um cuidado centrado na pessoa e para o planejamento de intervenções individualizadas. São amplamente aplicáveis à população idosa em diferentes contextos - ambulatorial, hospitalar e comunitário -, inclusive em avaliações longitudinais. Entretanto, apresentam limitações, como a influência de fatores culturais, emocionais e cognitivos nas respostas, além da possibilidade de viés de autorrelato e dificuldades de aplicação em indivíduos com comprometimento cognitivo significativo, o que pode exigir adaptações ou o uso de instrumentos complementares.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu diversos estudiosos, pesquisadores e especialistas que definiram a qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Desenvolvidos por grupos associados à OMS, o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD são instrumentos com 26 e 24 questões, respectivamente. São abordados aspectos físicos, psicológicos, ambientais e sociais.

Como vantagens à sua aplicação, vale ressaltar a possibilidade de serem autoadministráveis, reconhecidos internacionalmente, e consolidados para a população brasileira. Desvantagens se associam com o tempo de aplicação, uma vez que ambos precisam ser respondidos para obtenção de conclusões, e a complexidade para elaboração da pontuação final.

O questionário SF-36, mais generalista, mas mais versátil (incluindo autopreenchimento) e de rápida aplicação, avalia 8 aspectos da saúde: físico, emocional, social, capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, saúde mental e vitalidade.

Com resultados comparáveis aos do SF-36, o 12-Item Short Form Health Survey (SF-12) mantém a linha generalista do questionário de origem, mas garante uma aplicação mais breve (2 a 3 minutos), reduzindo fatores confundidores. Para a população idosa brasileira, mostrou-se eficiente para avaliar aspectos físicos e mentais.

Em busca de fornecer exemplo de instrumento de rápida aplicabilidade, em alinhamento com a proposta do *e-book* de dinamismo de avaliação, apresenta-se o questionário SF-12.

APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-12

Instruções: Queremos saber sua opinião sobre sua saúde. Essa informação nos ajudará a saber como o(a) senhor(a) se sente e como é capaz de fazer suas atividades do dia a dia. Responda cada questão indicando a resposta certa. Se está com dúvida sobre como responder à questão, por favor, responda da melhor maneira possível.

1. Em geral, o(a) sr.(a.) diria que sua saúde é: (marque um)

- 1. Excelente
- 2. Muito boa

continua...

... continuação do Questionário SF-12.

APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-12
3. Boa 4. Regular 5. Ruim
As perguntas seguintes são sobre coisas que o(a) sr.(a.) faz na média, no seu dia a dia (dia típico/comum):
2. O(a) sr.(a.) acha que sua saúde, <u>AGORA</u> , o(a) dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo: atividades médias (como mover uma cadeira, fazer compras, limpar a casa, trocar de roupa)? 1. Sim, dificulta muito 2. Sim, dificulta um pouco 3. Não, não dificulta de modo algum
3. O(a) sr.(a.) acha que sua saúde, <u>AGORA</u> , o(a) dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo: subir três ou mais degraus de escada? 1. Sim, dificulta muito 2. Sim, dificulta um pouco 3. Não, não dificulta de modo algum
4. Durante as <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> , o(a) sr.(a.) teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como, por exemplo: fez menos do que gostaria, <u>POR CAUSA DE SUA SAÚDE FÍSICA?</u> 1. Sim 2. Não
5. Durante as <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> , o(a) sr.(a.) teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como, por exemplo: sentiu-se com dificuldade no trabalho ou em outras atividades, <u>POR CAUSA DE SUA SAÚDE FÍSICA?</u> 1. Sim 2. Não
6. Durante as <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> , o(a) sr.(a.) teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como, por exemplo: fez menos do que gostaria, <u>POR CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONAIS?</u> 1. Sim 2. Não
7. Durante as <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> , o(a) sr.(a.) teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como, por exemplo: deixou de fazer seu trabalho ou outras atividades cuidadosamente, como de costume, <u>POR CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONAIS?</u> 1. Sim 2. Não
8. Durante as <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> , alguma dor atrapalhou seu trabalho normal (tanto o trabalho de casa como o de fora de casa)? 1. Não, nem um pouco 2. Um pouco

continua...

... continuação do Questionário SF-12.

APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-12
3. Moderadamente 4. Bastante 5. Extremamente
Estas questões são sobre como o(a) sr.(a.) se sente e como as coisas têm andado para o(a) sr.(a.) durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS . Para cada questão, por favor, dê a resposta que mais se assemelha à maneira como o(a) sr.(a.) vem se sentindo.
9. Quanto tempo durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS o(a) sr.(a.) tem se sentido calmo e tranquilo? 1. Todo o tempo 2. A maior parte do tempo 3. Uma boa parte do tempo 4. Alguma parte do tempo 5. Uma pequena parte do tempo 6. Nem um pouco do tempo
10. Quanto tempo durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS o(a) sr.(a.) teve bastante energia? 1. Todo o tempo 2. A maior parte do tempo 3. Uma boa parte do tempo 4. Alguma parte do tempo 5. Uma pequena parte do tempo 6. Nem um pouco do tempo
11. Quanto tempo durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS o(a) sr.(a.) sentiu-se desanimado e deprimido? 1. Todo o tempo 2. A maior parte do tempo 3. Uma boa parte do tempo 4. Alguma parte do tempo 5. Uma pequena parte do tempo 6. Nem um pouco do tempo
12. Durante as ÚLTIMAS 4 SEMANAS , em quanto do seu tempo a sua saúde ou problemas emocionais atrapalharam suas atividades sociais, tais como visitar amigos, parentes, sair, etc.? 1. Todo o tempo 2. A maior parte do tempo 3. Uma boa parte do tempo 4. Alguma parte do tempo 5. Uma pequena parte do tempo 6. Nem um pouco do tempo

PONTUAÇÃO QUESTIONÁRIO SF-12

Através de um algoritmo próprio do instrumento, dois escores podem ser mensurados: o físico (PCS) e o mental (MCS). Em ambos, a pontuação varia em uma escala de zero a cem, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de QV.

Diante da problemática de vários profissionais e pesquisadores da saúde realizarem manualmente o cálculo para obtenção dos escores, uma vez que valores de cada questão

possuem pesos diferentes, e que ainda são somados a um valor constante específico, existem algumas ferramentas on-line que permitem a construção do cálculo.



LINK PARA CALCULADORA ON-LINE:

<https://orthotoolkit.com/sf-12/>

CASOS CLÍNICOS PARA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

A seguir, são apresentados três casos clínicos simulados de pessoas idosas para avaliação de qualidade de vida. Cada caso traz uma breve história do paciente, seguida das perguntas estruturadas de escalas, permitindo a aplicação.

CASO CLÍNICO 1

Sra. Maria, 72 anos, hipertensa e diabética, em acompanhamento na atenção primária. Relata cansaço frequente, dores articulares e dificuldade para realizar atividades domésticas. Refere também sentimentos de tristeza e redução do convívio social após perda recente do cônjuge.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 1

- 1) Qual instrumento de qualidade de vida seria mais adequado para uma avaliação global dessa paciente?
- 2) Quais domínios da qualidade de vida provavelmente estarão mais comprometidos nesse caso?
- 3) Como a avaliação da qualidade de vida pode influenciar o plano terapêutico dessa paciente?



CASO CLÍNICO 2

Sr. Antônio, 80 anos, residente em Instituição de Longa Permanência (ILPI), com diagnóstico de comprometimento cognitivo leve. Apresenta limitações para atividades básicas, relata insatisfação com a rotina e sensação de perda de autonomia.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 2

- 1) Qual instrumento é mais específico para avaliação da qualidade de vida em idosos neste contexto?
- 2) Por que a avaliação da qualidade de vida é importante, mesmo na presença de limitações funcionais?
- 3) Quais fatores podem interferir na confiabilidade das respostas desse paciente?



CASO CLÍNICO 3

Sra. Lúcia, 67 anos, pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE) há 8 meses, em acompanhamento fisioterapêutico. Apresenta hemiparesia discreta, já com melhora funcional significativa. No entanto, refere baixa motivação, medo de sair de casa e sensação de insegurança.

QUESTÕES DO CASO CLÍNICO 3

- 1) Por que a avaliação da qualidade de vida é essencial nesse momento da reabilitação?
- 2) Qual domínio pode estar mais impactado, mesmo com melhora funcional?
- 3) Como os resultados da avaliação podem direcionar a conduta fisioterapêutica?



CASO CLÍNICO 1

A avaliação da qualidade de vida assume papel central por se tratar de uma idosa com doenças crônicas, limitações físicas e importantes repercussões emocionais e sociais decorrentes do luto. A escolha de instrumentos multidimensionais, como o SF-36 ou o WHOQOL-BREF, permite captar não apenas os impactos físicos das comorbidades, mas também os domínios psicológico e social, que se mostram claramente comprometidos. Dessa forma, a avaliação de qualidade de vida contribui para um plano terapêutico mais abrangente, alinhado ao cuidado centrado na pessoa, contemplando intervenções que vão além do controle clínico das doenças.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

Instrumentos como o SF-36 ou WHOQOL-BREF são adequados, pois avaliam múltiplos domínios (físico, emocional e social), permitindo uma visão global da qualidade de vida.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

Provavelmente estarão comprometidos os domínios físicos (dor e limitação funcional), psicológicos (tristeza/luto) e social (isolamento).

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

A avaliação permite identificar necessidades além do aspecto físico, como suporte emocional e social, orientando intervenções multidimensionais (atividade física, acompanhamento psicológico, inclusão social).

CASO CLÍNICO 2

A utilização de um instrumento específico para idosos, como o WHOQOL-OLD, mostra-se especialmente adequada, uma vez que incorpora domínios relevantes para essa faixa etária, como autonomia, participação social e percepção sobre o envelhecimento. Mesmo diante de limitações funcionais e comprometimento cognitivo leve, a avaliação da qualidade de vida permanece fundamental, pois reflete a vivência subjetiva do idoso no ambiente institucional. A interpretação dos resultados deve considerar possíveis vieses relacionados ao déficit cognitivo e ao contexto da ILPI, reforçando a necessidade de abordagem cuidadosa e, quando necessário, do uso de instrumentos complementares.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

O WHOQOL-OLD é o mais indicado, pois foi desenvolvido especificamente para população idosa, incluindo domínios como autonomia, participação social e intimidade.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

Porque a qualidade de vida não depende apenas da funcionalidade, mas também da percepção subjetiva do indivíduo, incluindo aspectos emocionais, sociais e existenciais.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

Déficit cognitivo, influência do ambiente institucional e possíveis dificuldades de compreensão podem afetar a confiabilidade das respostas, exigindo abordagem adaptada.

CASO CLÍNICO 3

A avaliação da qualidade de vida é essencial para compreender aspectos que não são plenamente captados pela melhora funcional observada após o AVE. Apesar da recuperação motora significativa, os relatos de medo, insegurança e baixa motivação indicam comprometimentos nos domínios psicológico e social, evidenciando a dissociação possível entre funcionalidade e percepção de bem-estar. Nesse contexto, os resultados da avaliação orientam a conduta fisioterapêutica para além da reabilitação física, apontando a necessidade de estratégias motivacionais, estímulo à reintegração social e atuação interdisciplinar.

RESPOSTA DA QUESTÃO 1

Porque a recuperação funcional não garante melhora da qualidade de vida; fatores emocionais e sociais podem permanecer comprometidos.

RESPOSTA DA QUESTÃO 2

O domínio psicológico e social tende a estar mais impactados, devido ao medo, insegurança e possível isolamento.

RESPOSTA DA QUESTÃO 3

Os resultados podem direcionar intervenções mais amplas, como incentivo à reintegração social, abordagem motivacional e trabalho interdisciplinar, além da continuidade da reabilitação física.

REFERÊNCIAS

CAMELIER, A. A. *Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo*. 1997. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CRUZ, K. C. T.; OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Assessment of quality of life related to health of the elderly through the SF-12. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 6, p. 283–292, 2012.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 178–183, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação multidimensional da pessoa idosa é fundamental para uma compreensão integrada da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida no processo de envelhecimento. Este volume apresentou instrumentos amplamente validados para a avaliação funcional, destacando sua aplicabilidade clínica, vantagens e limitações em diferentes contextos assistenciais.

Ressalta-se que a avaliação funcional deve ser entendida como um processo contínuo, envolvendo avaliação inicial e reavaliações periódicas, essenciais para o monitoramento da evolução e o direcionamento do plano terapêutico.

Os casos clínicos apresentados reforçam a articulação entre teoria e prática, estimulando o raciocínio clínico e a tomada de decisão baseada em evidências. Ao enfatizar a funcionalidade como um desfecho central do cuidado à pessoa idosa, este volume estabelece as bases conceituais para os próximos títulos da coleção, que aprofundarão outros domínios da avaliação geriátrica.

Assim, a obra contribui para a qualificação da prática profissional e para a promoção de um envelhecimento mais ativo e com melhor qualidade de vida.



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO