

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO FÍSICA E TESTES DESEMPENHO FUNCIONAL
(Assessment of Physical Function and Functional Performance Testing - FPT)

Quadro 01. Descrição dos testes e parâmetros para interpretação dos resultados.

Desfecho	Teste / Ferramenta	Descrição do teste	Interpretação da pontuação	Ponto de corte	Diferença Mínima Clinicamente Importante
Intensidade da dor	Escala numérica de dor (NPRS)	Colocar a escala à frente do indivíduo e explicar que o valor 0 indica sem dor e 10 a pior dor imaginável. Pedir que ele avalie a intensidade da dor na estrutura acometida, no momento presente, em repouso e ao movimento (Joos et al., 1991)	0-10 pontos, quanto maior a pontuação pior	Dor ≤3 leve, 4-6 moderada, ≥7 severa (Treede et al. 2019)	-2 pontos (Salaffi et al., 2004)
Amplitude de movimento articular das extremidades	Goniometria (ROM)	Mensurar a ADM ativa da estrutura acometida utilizando um goniômetro e considerar a maior medida na realização de duas repetições do movimento. Posicionar o paciente sentado na cadeira. Para a medida de flexão (FL) dos ombros (0-180°), posicionar o eixo do goniômetro sobre o acrômio, o braço fixo ao longo da linha axilar média do tronco e o braço móvel sobre a superfície lateral do úmero, alinhada com o epicôndilo lateral. Para a FL dos joelhos (0-140°), com o indivíduo sentado na ponta da cadeira, o eixo do goniômetro será posicionado na linha articular do joelho, o braço fixo paralelo à superfície lateral do fêmur, alinhado com o trocânter maior, e o braço móvel paralelo à face lateral da fíbula, alinhado com o maléolo lateral (Marques, 2003; Gajdosik, Bohannon, 1987)	Quanto menor o grau (°) da ADM articular pior. O sinal de (-) na medida da extensão (EX) significa o quanto falta para chegar a posição anatômica inicial igual a 0°	Redução de 4% da amplitude total de movimento indica ausência de deficiência, de 5-24% leve, de 25-49% moderada, 50-95% grave e 96-100% completa (WHO, 2001)	FL joelho +6.4° (Silva et al., 2024)
Amplitude de movimento da coluna	Distância dos dedos-ao-solo (FFD)	Posicionar o indivíduo em pé, ereto, mantendo uma mão apoiada sobre a outra com os dedos médios alinhados e membros estendidos. Solicitar que ele se incline para frente o máximo possível, sem dobrar os joelhos, tentando tocar o chão. Medir com fita métrica a distância vertical entre a ponta dos dedos médios e o chão (Perret et al., 2001)	Quanto maior a distância (cm) dos dedos ao solo pior a flexibilidade da cadeia posterior	Distância >8.8 cm indica deficiência para FL coluna (Guo et al., 2023)	-4.5 cm na distância entre (Ekedahl et al., 2012)
Força muscular dos membros superiores	Teste do esfigmomanômetro modificado (MST)	Utilizando um esfigmomanômetro calibrado, realizar a adaptação da parte inflável da braçadeira dobrando em quatro partes iguais, e o restante da braçadeira enrolar em volta da parte inflável, fixando todo o conjunto com fita adesiva. Fazer a pré-insuflação do equipamento a 100 mmHg e reduzir até 20 mmHg. Posicionar equipamento distal ao segmento e realizar uma resistência ao movimento do grupo muscular testado, orientando o indivíduo a não realizar movimentos compensatórios durante o teste. Posicionar o membro a 90° de FL ou em neutro conforme indicação (Martins et al., 2014)	Quanto maior a pressão em mmHg maior a força muscular	Assimetria >20% comparada ao membro contralateral é considerada relevante	
Força muscular dos membros inferiores	Levantar e sentar 5 vezes da cadeira (5xSST)	Utilizar uma cadeira encostada na parede com encosto reto e sem braços, com altura do assento de aproximadamente 43,2cm. Posicionar o indivíduo sentado com os pés no chão e os braços cruzados à frente do corpo, mantendo as mãos apoiadas sobre os ombros opostos durante todo o teste. Solicitar a realização de uma tentativa de ficar totalmente de pé e sentar novamente. Caso consiga, solicitar que ele repita o teste por 5 vezes, o mais rápido possível. Disparar o cronômetro assim que levantar da cadeira e encerrar na quinta vez que fica totalmente em pé (Csuka M, McCarty DJ, 1985)	Quanto maior o tempo total (s) para completar o teste pior	≤11.19s indica população sem deficiência da força muscular (Nakano, 2007) ≥10.0s prediz o desenvolvimento de incapacidade (Makizako et al., 2017)	-3.6s no tempo total para completar o teste (Klukowska et al., 2025)
Equilíbrio estático	Equilíbrio unipodal (OLST)	Posicionar o indivíduo em pé com os braços ao lado do corpo. Solicitar para ele permanecer sobre uma única perna mantendo a outra suspensa por 30 segundos. Disparar o cronômetro quando o indivíduo retirar o pé do solo e encerrar quando ele tocar o pé no chão ou as mãos em algum apoio antes do tempo. Realizar duas tentativas em cada membro e registrar o "maior" tempo realizado caso não atinja os 30 s. (Briggs et al., 1989)	Quanto menor o tempo (s) pior	30.0s indica população sem deficiência de equilíbrio (Briggs et al., 1989)	-24.1s no tempo total para completar o teste (Goldberg et al., 2011)
Mobilidade	Timed Up and Go (TUG)	Avalia a força muscular, o equilíbrio dinâmico e a velocidade da marcha. Utilizar uma cadeira com encosto reto, encostada na parede, e um objeto deixado a distância de 3m. Posicionar o indivíduo sentado com os pés no chão e as costas apoiadas no encosto. Solicitar que ele se levante sem apoiar as mãos e ande na velocidade mais rápida e segura que conseguir, dê a volta e retorne para sentar novamente. Disparar o cronômetro quando ele tira as costas do encosto da cadeira e encerrar quando ele sentar encostando os glúteos na cadeira. Realizar duas tentativas, com repouso de um minuto entre elas, e registrar o "menor" tempo obtido (Podsiadlo, Richardson, 1991)	Quanto maior o tempo total (s) para completar o teste pior	≤10.0s indica população sem limitação de mobilidade (ShumwayCook et al., 2000). ≥9.0s prediz o desenvolvimento de incapacidade (Makizako et al., 2017)	-1.4s no tempo total para completar o teste (Dobson, 2015)



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO FÍSICA E TESTES DESEMPENHO FUNCIONAL
(Assessment of Physical Function and Functional Performance Testing - FPT)

Desfecho	Teste / Ferramenta	Descrição do teste	Interpretação da pontuação	Ponto de corte	Diferença Mínima Clinicamente Importante
Capacidade física dos membros superiores	Lançamento sentado da bola medicinal (SMBT)	Posicionar o indivíduo sentado em uma cadeira sem braços encostada na parede. Medir o comprimento dos braços (l) estendidos, considerando a distância da parede até as pontas dos dedos médios com uma mão sobre a outra. Passar talco na bola medicinal de 3 kg. Solicitar ao indivíduo que segure a bola na linha dos mamilos e arremesse o mais para frente possível sem desencostar as costas da cadeira. A distância horizontal (d) do lançamento será registrada em centímetros. Realizar duas tentativas, com repouso de um minuto entre elas, e registrar a "maior" distância obtida. O resultado do teste é calculado subtraindo o comprimento dos braços da distância obtida no lançamento da bola (SMBT = d - l) (Harris et al. 2011).	Quanto menor a distância (cm) pior		

REFERÊNCIAS

- Briggs RC, Gossman MR, Birch R, Drews JE, Shaddeau SA. Balance performance among noninstitutionalized elderly women. *Phys Ther*. 1989 Sep;69(9):748-56.
- Csuka M, McCarty DJ. Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. *Am J Med*. 1985 Jan;78(1):77-81.
- Dobson F. Timed Up and Go test in musculoskeletal conditions. *J Physiother*. 2015 Jan;61(1):47.
- Ekedahl H, Jönsson B, Frobell RB. Fingertip-to-floor test and straight leg raising test: validity, responsiveness, and predictive value in patients with acute/subacute low back pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012 Dec;93(12):2210-5.
- Gajdosik RL, Bohannon RW. Clinical measurement of range of motion. Review of goniometry emphasizing reliability and validity. *Phys Ther*. 1987 Dec;67(12):1867-72.
- Goldberg A, Casby A, Wasielewski M. Minimum detectable change for single-leg-stance-time in older adults. *Gait Posture*. 2011 Apr;33(4):737-9.
- Guo G, Zhang Y, Lin D, Chen Z, Yan Q, Gao F, Wu Y, He J, Chen D, Xie Z, Huang F, Zhang S. Correlation of finger-to-floor distance with the spinal mobility, spinal function indices and initial determination of its optimal cutoff value: a multicentre case-control study. *Front Med (Lausanne)*. 2023 Jun 22;10:1135748.
- Harris C, Wattles AP, DeBeliso M, Sevens-Adams PG, Berning JM, Adams KJ. The seated medicine ball throw as a test of upper body power in older adults. *J Strength Cond Res*. 2011 Aug;25(8):2344-8.
- Joos E, Peretz A, Beguin S, Famaey JP. Reliability and reproducibility of visual analogue scale and numeric rating scale for therapeutic evaluation of pain in rheumatic patients. *J Rheumatol*. 1991 Aug;18(8):1269-70.
- Klukowska AM, Dol MG, Vandertop WP, Schröder ML, Staartjes VE. Estimating the minimum clinically important difference (MCID) of the five-repetition sit-to-stand test in patients with lumbar disc herniation. *Eur Spine J*. 2025 Mar;34(3):1107-1114.
- Makizako H et al. Predictive Cutoff Values of the Five-Times Sit-to-Stand Test and the Timed "Up & Go" Test for Disability Incidence in Older People Dwelling in the Community. *Phys Ther*. 2017 Apr 1;97(4):417-424.
- Marques AP. **Manual de Goniometria**. São Paulo: Editora Manole; (2003).
- Martins JC, Aguiar LT, Lara EM, Teixeira-Salmela LF, Faria CDCM. Avaliação da força muscular com o teste do esfigmomanômetro modificado: qual o melhor método e forma de operacionalização? *Braz J Phys Ther*. 2014;18(2):191-200.
- Nakano MM. **Versão brasileira da Short Physical Performance Battery SPPB: adaptação cultural e estudo da confiabilidade**. 2007. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP
- Perret C, Poiraudou S, Fermanian J, Colau MM, Benhamou MA, Revel M. Validity, reliability, and responsiveness of the fingertip-to-floor test. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001 Nov;82(11):1566-70.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Feb;39(2):142-8.
- Salaffi F, Stancati A, Silvestri CA, Ciapetti A, Grassi W. Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. *Eur J Pain*. 2004 Aug;8(4):283-91.
- Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther*. 2000 Sep;80(9):896-903.
- Silva MDC, Woodward AP, Fearon AM, Perriman DM, Spencer TJ, Couldrick JM, Scarvell JM. Minimal clinically important change of knee flexion in people with knee osteoarthritis after non-surgical interventions using a meta-analytical approach. *Syst Rev*. 2024 Feb 1;13(1):50.
- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan;160(1):19-27.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of functioning, disability and health: ICF**. Geneva: WHO, 2001
- Como citar: PROJETO GAIPA UFC. **Functional Performance Testing**. Fortaleza: DEFisio/UFC, 2026. Disponível em: <https://gaipa.ufc.br/pt/>. Acesso em: 13 abril 2026.