



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DO AGRESTE

NÚCLEO DE CIÊNCIAS DA VIDA

RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA

GABRIEL CORDEIRO GOMES

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DE CAMINHADA DIÁRIA E
REDUÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM PACIENTES IDOSOS
HOSPITALIZADOS: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Caruaru

2026

GABRIEL CORDEIRO GOMES

ASSOCIAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DE CAMINHADA DIÁRIA E REDUÇÃO
DO RISCO DE QUEDA EM PACIENTES IDOSOS HOSPITALIZADOS: UM
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Núcleo de Ciências da Vida,
da Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para a conclusão da
Residência Médica em Clínica Médica.

Orientador: Dr. Atos de Macedo Amaral

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Gomes, Gabriel Cordeiro.

Associação entre a prática de caminhada diária e redução do risco de queda em
pacientes idosos hospitalizados: um ensaio clínico randomizado / Gabriel Cordeiro
Gomes. - Caruaru, 2026.

36 p. : il., tab.

Orientador(a): Atos de Macedo Amaral

Trabalho de Conclusão de Residência - TCR (Especialização) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro Acadêmico do Agreste, , 2026.

Inclui referências, apêndices.

1. Geriatria. 2. Medicina interna. I. Amaral, Atos de Macedo. (Orientação).

II. Título.

610 CDD (22.ed.)

GABRIEL CORDEIRO GOMES

ASSOCIAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DE CAMINHADA DIÁRIA E REDUÇÃO
DO RISCO DE QUEDA EM PACIENTES IDOSOS HOSPITALIZADOS: UM
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Núcleo de Ciências da Vida,
da Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para a conclusão da
Residência Médica em Clínica Médica.

Aprovado em: 02/02/2026

BANCA EXAMINADORA

Dr. Atos de Macedo Amaral (Orientador)

Preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital Mestre Vitalino – Caruaru

Dr. João Tavares Clemente Neto (Examinador externo)

Preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital Mestre Vitalino – Caruaru

Dra. Geórgia Alves Pereira (Examinadora externa)

Preceptora da Residência de Clínica Médica do Hospital Mestre Vitalino – Caruaru

Dra. Rebeca Miranda Silva Coelho (Examinadora externa)

Médica Geriatra

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional está associado ao aumento do risco de quedas, especialmente em idosos hospitalizados, em razão do declínio funcional e de fatores relacionados ao ambiente hospitalar. A prática de atividade física, como a caminhada, pode contribuir para a manutenção da funcionalidade e redução desse risco.

Objetivo: Avaliar a associação entre a prática de caminhada diária durante a hospitalização e o risco de quedas em pacientes idosos hospitalizados. **Métodos:** Trata-se de um ensaio clínico randomizado, no qual os participantes foram alocados em grupo intervenção, submetido à caminhada diária de 10 a 12 minutos durante o período de internação, e grupo controle, submetidos aos cuidados habituais do internamento. O risco de quedas foi avaliado por meio do teste Timed Up and Go (TUG) na admissão e após 10 dias de internamento. A variação do TUG (Δ TUG) foi analisada de forma contínua pelo teste de Mann-Whitney, e a classificação do risco de quedas no décimo dia foi analisada de forma categórica pelo teste Qui-quadrado, adotando-se nível de significância de 5%. **Resultados:** Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à variação contínua do TUG. Entretanto, a análise categórica demonstrou associação estatisticamente significativa entre a prática de caminhada diária e menor proporção de idosos classificados como alto risco de quedas no 10º dia de internamento ou alta hospitalar. **Conclusão:** A caminhada diária durante a hospitalização não promoveu melhora funcional global mensurável, porém mostrou-se associada à redução do risco de quedas quando avaliada por classificação clínica. Os resultados sugerem que a caminhada pode ser uma estratégia simples, segura e de baixo custo para a prevenção de quedas em idosos hospitalizados.

Palavras-chave: idoso; quedas; hospitalização; atividade física; caminhada.

ABSTRACT

Introduction: **Introduction:** Population aging is associated with an increased risk of falls, particularly among hospitalized older adults, due to functional decline and factors related to the hospital environment. Physical activity, such as walking, may contribute to maintaining functionality and reducing this risk. **Objective:** To evaluate the association between daily walking practice during hospitalization and the risk of falls in hospitalized older patients. **Methods:** This was a randomized clinical trial in which participants were allocated to an intervention group, submitted to daily walking sessions lasting 10 to 12 minutes during the hospitalization period, and a control group, which received usual inpatient care. Fall risk was assessed using the Timed Up and Go (TUG) test at admission and after 10 days of hospitalization. Changes in TUG performance (Δ TUG) were analyzed as a continuous variable using the Mann–Whitney test, and fall risk classification on the tenth day was analyzed categorically using the Chi-square test, adopting a significance level of 5%. **Results:** No statistically significant difference was observed between groups regarding continuous TUG variation. However, categorical analysis demonstrated a statistically significant association between daily walking practice and a lower proportion of older adults classified as high risk for falls on the tenth day of hospitalization or at hospital discharge. **Conclusion:** Daily walking during hospitalization did not result in measurable global functional improvement but was associated with reduced fall risk when assessed by clinical classification. These findings suggest that walking may be a simple, safe, and low-cost strategy for fall prevention in hospitalized older adults.

Keywords: aged; falls; hospitalization; physical activity and walking.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Avaliação sociodemográfica do Grupo Controle e Grupo Intervenção	22
Tabela 2 – Frequência relativa e absoluta de doenças prévias	23
Tabela 3 – Análise do efeito da intervenção sobre o risco de quedas (Δ TUG)	24
Tabela 4 – Associação entre a prática de caminhada diária e a classificação do risco de quedas	24
Tabela 5 – Frequência absoluta dos desfechos secundários por grupo	25

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma de seleção dos participantes.....	21
--	----

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	OBJETIVOS	12
2.1.	Objetivo Geral	12
2.2.	Objetivos Específicos	12
3.	METODOLOGIA	13
3.1.	Desenho do estudo	13
3.2.	Local do estudo	13
3.3.	População do estudo	13
3.4.	Amostra/Amostragem	14
3.4.1.	Amostragem	14
3.4.2.	Amostra	14
3.5.	CrITÉRIOS e Procedimentos para Seleção dos Participantes	14
3.5.1.	CrITÉRIOS de inclusão	14
3.5.2.	CrITÉRIOS de exclusão	14
3.6.	Procedimentos para Seleção dos Participantes	15
3.7.	Procedimento para randomização dos participantes	15
3.8.	Definição dos desfechos e variáveis	16
3.8.1.	Variável independente	16
3.8.2.	Desfecho primário	16
3.8.3.	Desfechos secundários	16
3.9.	CrITÉRIOS para descontinuação do estudo	18
3.10.	Coleta de dados	18
3.10.1.	Instrumentos	18
3.10.2.	Acompanhamento	19
3.11.	Análise de dados	19
3.12.	Aspectos éticos	20
4.	RESULTADOS	21
5.	DISCUSSÃO	25
6.	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	28
	APÊNDICE I	31
	APÊNDICE II	33

APÊNDICE III

34

APÊNDICE IV

36

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial decorrente do aumento da expectativa de vida e da redução das taxas de fecundidade, resultando em uma crescente proporção de pessoas idosas na população. No Brasil, esse processo ocorre de forma acelerada, configurando importantes desafios para os sistemas de saúde, especialmente no que se refere à prevenção de agravos, manutenção da funcionalidade e promoção da qualidade de vida dessa população (IBGE, 2023; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Entre os principais problemas de saúde pública que acometem os idosos, destacam-se as quedas, consideradas eventos frequentes e potencialmente graves. Estima-se que aproximadamente 30% dos idosos com 65 anos ou mais sofram ao menos uma queda ao longo de um ano, percentual que aumenta progressivamente com o avançar da idade. Existem diversos fatores de risco para quedas que podem ser agrupados em diferentes áreas (psicossociais, demográficas, médicas, medicamentosas, comportamentais e ambientais). As quedas estão associadas a consequências relevantes, como fraturas, perda de independência funcional, medo de cair novamente, institucionalização e aumento da morbimortalidade, além de elevados custos sociais e econômicos (PEREIRA; KANASHIRO, 2022; AMBROSINI et al., 2019).

O risco de queda torna-se ainda mais significativo no contexto da hospitalização. Idosos hospitalizados apresentam maior vulnerabilidade em razão da interação entre fatores intrínsecos, como declínio da força muscular, alterações do equilíbrio, comprometimento cognitivo e presença de múltiplas comorbidades, e fatores extrínsecos relacionados ao ambiente hospitalar. Entre estes, destacam-se a restrição ao leito, a mudança do ambiente habitual, o uso de dispositivos invasivos, a polifarmácia e a administração de medicamentos que podem interferir no nível de consciência e na estabilidade postural (OLIVEIRA et al., 2014; MIASSO et al., 2018). Assim, embora a hospitalização seja necessária para o tratamento de diversas condições clínicas, ela pode contribuir para o declínio funcional e aumento do risco de quedas. (MARTÍNEZ-VELILLA et al., 2019).

Nesse contexto, a prática de atividade física assume papel central como estratégia preventiva. Evidências científicas demonstram que a realização regular de exercícios físicos está associada à melhora da força muscular, do equilíbrio, da mobilidade e da capacidade funcional, fatores diretamente relacionados à redução do risco de quedas em idosos

(SHERRINGTON et al., 2019). Além disso, a atividade física contribui para a manutenção da autonomia e para a melhora da saúde física e mental dessa população. (HARTLEY et al., 2022)

A caminhada destaca-se como uma modalidade de atividade física de baixo custo, fácil execução e boa aceitação entre idosos. Quando realizada de forma segura e supervisionada, mesmo durante a internação hospitalar, a caminhada pode auxiliar na prevenção do imobilismo, na preservação da funcionalidade e na redução do risco de eventos adversos, como as quedas (ABIZANDA et al., 2011; BROWN et al., 2016).

Dessa forma, investigar a associação entre a prática de caminhada diária e a redução do risco de quedas em idosos hospitalizados mostra-se relevante para subsidiar estratégias de cuidado mais eficazes e seguras no ambiente hospitalar.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar associação entre a prática de caminhada diária e a redução do risco de quedas em pacientes idosos durante internamento em serviço hospitalar terciário do nordeste brasileiro.

2.2. Objetivos Específicos

Em pacientes idosos internados em enfermaria de um hospital terciário:

- I. Traçar o perfil sociodemográfico;
- II. Avaliar a marcha e equilíbrio no momento da admissão e no 10º dia de internamento;
- III. Identificar as comorbidades prévias, além do motivo do internamento;
- IV. Elencar comorbidades adquiridas no internamento.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho do estudo

Este trabalho constitui um braço do estudo intitulado “Atividade de caminhada para favorecer a funcionalidade em idosos hospitalizados – ensaio clínico randomizado, desenvolvido no âmbito do Instituto Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. O presente recorte metodológico corresponde a um ensaio clínico randomizado que avaliou o risco de quedas de idosos hospitalizados submetidos a um programa de atividade física, tipo caminhada diária durante internamento hospitalar, já o grupo controle foi composto por pacientes idosos submetidos apenas aos cuidados habituais do hospital. Esse ensaio foi selecionado a partir do protocolo geral do estudo principal. A coleta de dados seguiu os mesmos procedimentos estabelecidos no estudo maior, com adaptações específicas para atender aos objetivos deste TCR.

O grupo O estudo seguiu as recomendações do CONSORT e SPIRIT (CUSCHIERI, 2019) e o projeto foi previamente registrado no REBEC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

3.2. Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital Mestre Vitalino (HMV), localizado no município de Caruaru-PE. O HMV é um hospital público, administrado por organização privada, referência no atendimento hospitalar de alta complexidade na região do Agreste de Pernambuco. Conta com 381 leitos, sendo 196 de enfermaria, de várias especialidades, dentre elas clínica médica. A média de atendimento com internamento hospitalar mensal de pacientes idosos (acima de 60 anos) é 300 pacientes.

3.3. População do estudo

Idosos hospitalizados na enfermaria de clínica médica do HMV entre os anos de 2024 e 2025 e selecionadas de acordo com os critérios de elegibilidade.

3.4. Amostra/Amostragem

A população do estudo correspondeu a pacientes submetidos a cateterismo eletivo no serviço público de saúde referência em cateterismo em Caruaru e região do agreste, no período de janeiro e fevereiro de 2025.

3.4.1. Amostragem

Foi obtida uma amostra não probabilística, de conveniência, composta pelos idosos atendidos no H MV no período do estudo que preencherem os critérios de elegibilidade. Os voluntários foram randomizados em dois grupos: Caminhada de 12 minutos por dia durante dez dias (grupo intervenção) e Cuidados Habituais do Serviço (grupo controle).

3.4.2. Amostra

A amostra do estudo para o desfecho primário (risco de queda) foi alcançada a partir de resultados de uma revisão sistemática (HARTLEY et al., 2022), através do programa *Open-epi* versão 3.0, considerando-se um intervalo de confiança bilateral (1-alpha) de 95%, um poder de 80% (1-beta, % de detecção) e uma razão do tamanho da amostra de um, obteve-se um tamanho total da amostra de 76 idosos, dividido em 38 para ambos os grupos.

3.5. Critérios e Procedimentos para Seleção dos Participantes

3.5.1. Critérios de inclusão

- Idosos acima de 60 anos;
- Admitidos no setor de clínica médica;
- Classificados como sedentários pelo Questionário Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*) (Apêndice 1);

3.5.2. Critérios de exclusão

- Prática de atividade física prévia;
- Comprometimento severo da funcionalidade prévio;
- Incapacidade de deambular.

3.6. Procedimentos para Seleção dos Participantes

Uma vez identificado um possível participante, o pesquisador aplicou uma lista de checagem (Apêndice 2) para confirmar o cumprimento dos critérios de elegibilidade. Visto que o paciente se enquadra no perfil da amostra proposta, foi então abordado pelo pesquisador e convidado a ingressar nesta pesquisa.

Todos os participantes incluídos no estudo foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos, justificativa, métodos e as possíveis consequências de sua participação no estudo. Os idosos foram ainda informados que, caso não aceitassem participar do estudo, o seu acompanhamento seria realizado segundo a rotina habitual do serviço por uma equipe capacitada, sem nenhum prejuízo de qualquer ordem. Caso concordassem voluntariamente em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Caso apresentassem critérios de exclusão ou se recusassem a participar do estudo, a correspondente lista de checagem foi armazenada, permitindo assim o preenchimento correto do fluxograma com os critérios de elegibilidade e as recusas.

Em participando do estudo, cada paciente foi avaliado no momento do aceite de sua participação, sendo acompanhado de nova avaliação até o momento da alta hospitalar ou até o décimo dia de internamento. Em cada um desses momentos foi avaliado o risco de queda, assim como os fatores associados elencados como desfechos secundários.

3.7. Procedimento para randomização dos participantes

A randomização para Caminhada de 12 minutos por dia e Cuidados Habituais foi realizada de acordo com uma tabela de números randômicos previamente gerada em computador, por um estatístico que não participará da coleta de dados, utilizando-se o programa *Random Allocation Software* versão 1.0.

A partir dessa lista, foram preparados envelopes opacos numerados sequencialmente de um a setenta e seis, sendo que cada número, de acordo com a tabela de randomização, correspondeu à colocação do paciente no grupo intervenção ou controle. Esses envelopes opacos foram preparados por um pesquisador independente que não se envolveu com a pesquisa para garantir o sigilo de alocação.

Após inclusão no estudo, cada participante recebeu sequencialmente o envelope correspondente a sua ordem de entrada no estudo. Nesse momento o envelope foi aberto e a participante recebeu sua alocação para o grupo de intervenção ou controle.

3.8. Definição dos desfechos e variáveis

3.8.1. Variável independente

Sedentarismo – Questionário IPAQ: Questionário internacional para determinar o nível de atividade física da população, validado no Brasil, que permite classificar o indivíduo como: muito ativo, ativo, insuficientemente ativo e sedentário. Sendo sedentário aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos dez minutos contínuos durante a semana (ORTIZ-ALONSO et al., 2020).

3.8.2. Desfecho primário

Teste *Time up and go*: É um teste para avaliação do risco de quedas, considerando o equilíbrio e a marcha. Consiste em um circuito no qual o sujeito deve se levantar de uma cadeira, caminhar três metros, virar e caminhar de volta para a cadeira para sentar-se novamente. É mensurado o tempo total e categorizado conforme risco de quedas (ORTEGA-BASTIDAS et al., 2023).

3.8.3. Desfechos secundários

Lesão por pressão: Lesões por pressão, também denominadas úlceras de decúbito ou úlceras por pressão, são lesões localizadas na pele e nos tecidos moles que se formam como resultado de pressão e cisalhamento prolongados, geralmente exercidos sobre proeminências ósseas. Essas úlceras estão presentes em 70% do tempo no sacro, tuberosidade isquial e trocanter maior. No entanto, também podem ocorrer na região occipital, escápula, cotovelo, calcanhar, maléolo lateral, ombro e orelha. Além de proeminências ósseas, elas também podem ocorrer devido a dispositivos médicos utilizados durante o tratamento do paciente (ZAIDI, SHARMA et al., 2024).

Infecções: invasão dos tecidos corporais por organismos causadores de doença que só podem ser vistos por meio de microscópio e/ou detectados por meio de cultura específica e/ou presença de material genético e anticorpos no exame de sangue, por exemplo vírus, bactérias, protozoários/helmintos e fungos. É ainda a reação do hospedeiro a esses organismos e/ou toxinas que produzem (DREXLER, 2010).

Trombose venosa: refere -se à formação de um ou mais coágulos sanguíneos em uma das grandes veias do corpo, mais comumente nos membros inferiores (por exemplo, perna ou panturrilha). O coágulo pode causar bloqueio parcial ou completo da circulação na veia, que em alguns pacientes leva a dor, edema, calor, descoloração ou vermelhidão da área afetada (DINISIO, BULLER, 2016).

Tempo prolongado de internamento: tempo de permanência hospitalar maior ou igual a 15 dias (O'SULLIVAN et al., 2017).

Lesão renal aguda (LRA): é definida como uma diminuição abrupta (em poucas horas) na função renal, que abrange lesão (dano estrutural) e comprometimento (perda de função). A classificação inclui LRA pré-renal, nefropatia obstrutiva pós-renal aguda e doenças renais agudas intrínsecas. Segundo Kdigo, LRA é a presença de qualquer um dos seguintes critérios: aumento da creatinina sérica em 0,3 mg/dL ou mais (26,5 µmol/L ou mais) dentro de 48 horas e/ou aumento da creatinina sérica para 1,5 vezes ou mais que a linha de base dos sete dias anteriores e/ou volume de urina inferior a 0,5 ml/kg/h por pelo menos 6 horas (MAKRIS, SPANOU, 2016).

Infarto do miocárdio: é causado pela redução parcial ou completa do fluxo sanguíneo para uma parte do miocárdio (músculo cardíaco). O infarto do miocárdio pode ser "silencioso" e não ser detectado, ou pode ser um evento catastrófico, levando à deterioração hemodinâmica e morte súbita. Com a oclusão da artéria coronária, o miocárdio é privado de oxigênio. A privação prolongada do suprimento de oxigênio pode levar à morte e necrose celular do miocárdio. Os pacientes podem apresentar desconforto ou pressão no tórax que podem irradiar para o pescoço, mandíbula, ombro ou braço. Além da história e do exame físico, a isquemia do miocárdio pode estar associada a alterações do eletrocardiograma e marcadores bioquímicos, como troponinas cardíacas (APPLE et al., 2017).

Acidente vascular encefálico (AVC): interrupção do fluxo sanguíneo arterial em região do sistema nervoso central, provocando sinais e sintomas específicos da área acometida. Pode ser categorizado em AVC isquêmico ou hemorrágico. O isquêmico ocorre quando há um bloqueio em um vaso sanguíneo, resultando em um suprimento sanguíneo restrito ao cérebro. Em contraste, o hemorrágico ocorre quando um vaso sanguíneo se rompe, fazendo com que o sangue extravase para a cavidade intracraniana (SACCO et al., 2013).

Hepatite aguda: é um termo usado para descrever uma ampla variedade de condições caracterizadas pela inflamação aguda do parênquima hepático ou lesão nos hepatócitos, resultando em índices de função hepática elevados. Em geral, é classificada como aguda ou crônica com base na duração da inflamação e insulto ao parênquima hepático. Se o período de inflamação ou lesão hepatocelular durar menos de seis meses, caracterizada pela normalização dos testes de função hepática, é chamada de hepatite aguda. Por outro lado, se a inflamação ou lesão hepatocelular persistir além de seis meses, é denominada hepatite crônica. Pode resultar de uma ampla variedade de causas não infecciosas que incluem, entre outras, drogas (hepatite induzida por drogas), álcool (hepatite alcoólica), imunológica (hepatite autoimune, colangite biliar primária) ou como resultado de insulto indireto secundário à disfunção do trato biliar (hepatite colestática), disfunção hepática relacionada à gravidez, choque ou doença metastática (CACCIOLA et al., 2017).

3.9. Critérios para descontinuação do estudo

Os idosos participantes da pesquisa tiveram seu acompanhamento descontinuados em caso de impossibilidade de deambulação por condição de saúde ou indicação médica. Também foram descontinuados aqueles pacientes transferidos para unidade de terapia intensiva ou outras instituições de saúde.

3.10. Coleta de dados

3.10.1. Instrumentos

Foi aplicado um formulário de avaliação contendo os dados sociodemográficos e clínicos para caracterizar os pacientes (Apêndice 3).

Todos os participantes foram convidados a realizar o teste *Time up and go* no início e ao final do tempo de acompanhamento. O pesquisador posicionava uma cadeira sem apoio e demarcava a distância de três metros no corredor do hospital. O paciente seguia os movimentos conforme descrição no Apêndice 4. O tempo do teste foi medido com cronômetro pelo pesquisador.

No grupo experimental, o paciente foi convidado pelo pesquisador a se levantar do leito e realizar uma caminhada de doze minutos, em marcha lenta ou a mais acelerada possível, no próprio corredor do hospital. O tempo de caminhada poderia ser em um único momento, ou fracionado em duas etapas de seis minutos cada, podendo também ser em turnos separados, por exemplo, manhã e tarde. Toda a atividade de caminhada foi conduzida com a presença do cuidador responsável pelo paciente, caso esteja presente hospital.

3.10.2. Acompanhamento

A avaliação do risco de queda se deu no momento da admissão e no momento da alta ou ao concluir 10 dias de internamento, caso o paciente recebesse alta hospitalar antes dos dez dias, seria avaliado no momento da alta. Em cada avaliação realizada foi aplicado o TUG para estimar o risco de queda de cada participante, assim como os desfechos associados.

3.11. Análise de dados

Os dados coletados foram organizados em planilhas do *Microsoft Office Professional Plus 2016 Excel*, digitado e revisado pelo pesquisador.

Para a caracterização da amostra em relação as variáveis sociodemográficas e clínicas, foi realizado uma análise descritiva através de frequência absoluta simples e relativa. Para as variáveis quantitativas foram utilizadas média, mediana e suas respectivas variabilidades. As características sociodemográficas e clínicas da população estudada estão apresentadas em tabelas.

Foi realizada a análise inicial de comparação dos grupos para verificação da comparabilidade, utilizando-se do teste Mann Whitney. Além disso, foi aplicado o teste do qui-quadrado afim de avaliar a associação entre a prática de caminhada e a classificação do risco de quedas na alta hospitalar obtida pela interpretação dos valores do teste Time Up and Go.

Considera-se como falha terapêutica todos os casos que foram retirados do estudo por razões de efeitos colaterais ou condição médica e aqueles nos quais não foi possível completar o seguimento de avaliação.

3.12. Aspectos éticos

A presente pesquisa segue os termos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12) para pesquisa em seres humanos. Todos os pacientes foram devidamente informados sobre os objetivos e métodos do estudo e só foram incluídos aqueles que concordaram em participar, assinando o TCLE. Os dados coletados nesta pesquisa ficaram armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço: Rua Vitoriano Palhares, 255, apto 1201, Torre, Recife-PE, CEP: 50710-190, pelo período de cinco anos.

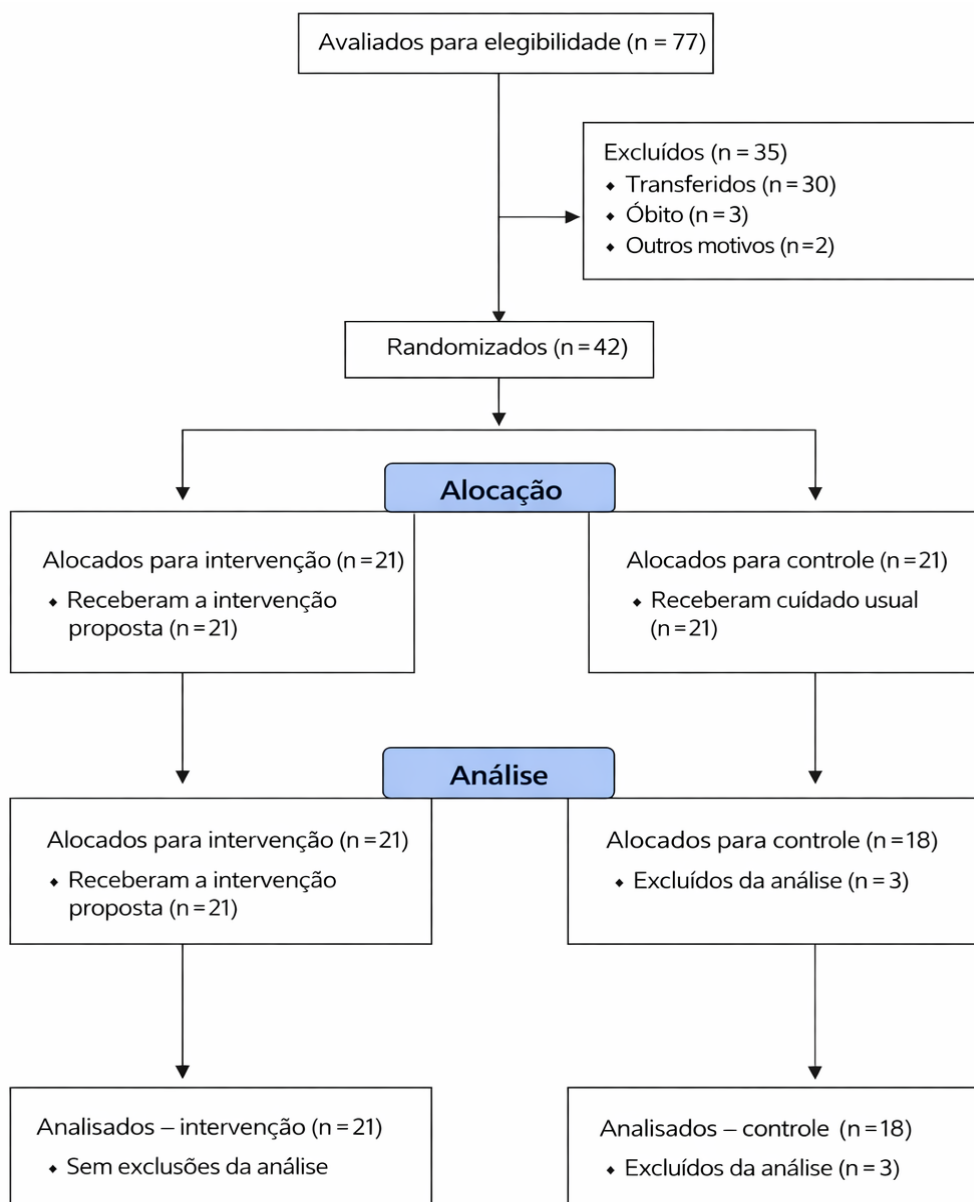
O presente estudo não utilizou nenhum método ou procedimento que possa vir a causar danos ou prejuízo à saúde do paciente. Do ponto de vista assistencial, foi mantida a assistência adequada ao paciente durante todo o internamento, independente se houve o aceite ou não em participar da pesquisa. Durante o acompanhamento se fosse identificada qualquer situação clínica ameaçadora a vida, a equipe assistente foi notificada e tomado os devidos cuidados em saúde.

O trabalho foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado sob CAAE nº 84920524.2.0000.5201. Não existe nenhum tipo de conflito de interesse com o presente estudo.

4. RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 42 participantes idosos, distribuídos igualmente entre o grupo controle (GC) e o grupo intervenção (GI), com 21 participantes em cada grupo, conforme a figura abaixo:

Figura 1. Fluxograma de seleção dos participantes.



Fonte: Autoria Própria.

A média de idade foi de 71,2 anos no GC e 70,2 anos no GI, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à idade (Teste de Mann-Whitney; $U = 225,0$; $p = 0,92$).

Em relação às características sociodemográficas, observou-se predomínio do sexo masculino na amostra total [n = 24 (57,1%)], sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Qui-quadrado de Pearson = 3,82; p = 0,051). A distribuição da escolaridade mostrou maior frequência de participantes com até 11 anos de estudo em ambos os grupos. Quanto ao estado civil, não houve diferença estatisticamente significativa entre GC e GI (Qui-quadrado de Pearson = 2,48; p = 0,48). A maioria dos participantes apresentou renda familiar entre um e três salários mínimos. As demais características sociodemográficas encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Avaliação sociodemográfica do Grupo Controle.

Variáveis	Categorias	n (Frequência Absoluta)
Grupo Controle		
Idade (anos)	Média 71,2 anos*	21
	Faixa etária 1: [60-69]	10
	Faixa etária 2: [70-79]	8
	Faixa etária 3: [>80]	3
Sexo**	Feminino	10
	Masculino	11
Escolaridade	1 a 3 anos	7
	4 a 7 anos	5
	8 a 11 anos	8
	>12 anos	1
Estado Civil	Solteiro (a)	2
	Casado(a)	9
	Viúvo(a)	6
	Divorciado	4
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	1
	De 1 a 3 salários mínimos	20
Grupo Intervenção		
Idade (anos)	Média 70,2 anos*	21
	Faixa etária 1: [60-69]	11
	Faixa etária 2: [70-79]	6
	Faixa etária 3: [>80]	4
Sexo**	Feminino	8
	Masculino	13
Escolaridade	1 a 3 anos	10

Estado Civil***	4 a 7 anos	3
	8 a 11 anos	7
	>12 anos	1
	Solteiro (a)	9
	Casado(a)	8
	Viúvo(a)	3
	Divorciado	1
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	0
	De 1 a 3 salários mínimos	19
	Acima de 4 salários mínimos	2

Fonte: Dados da pesquisa 2024.

*Teste Mann-Whitney (U=225,0); p = 0.92.

** Qui-quadrado de Pearson 3,82; p = 0,051.

*** Qui-quadrado de Pearson: 2,48; p = 0.48

No que se refere aos antecedentes patológicos, as doenças crônicas mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 em ambos os grupos. No grupo controle, 85% dos participantes apresentavam hipertensão arterial sistêmica e 47% diabetes mellitus tipo 2, enquanto no grupo intervenção esses percentuais foram de 71% e 19%, respectivamente. Outras condições clínicas observadas incluíram doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico prévio e outras comorbidades, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2. Frequência relativa e absoluta de doenças prévias.

Doenças Prévias	Grupo controle		Grupo Intervenção	
	n	(%)	n	(%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	18	85	15	71
Diabetes Mellitus Tipo 2	10	47	4	19
Doença Arterial Coronariana	5	23	6	28
Acidente Vascular Encefálico prévio	3	14	0	-
Outras	11	52	5	23

Fonte: Dados da pesquisa 2024.

A análise do efeito da intervenção sobre o risco de quedas foi realizada por meio do teste Timed Up and Go. Inicialmente, foi avaliada a variação do TUG (Δ TUG), definida como a diferença entre o valor do teste na alta hospitalar e na admissão. Valores negativos indicaram melhora funcional, enquanto valores positivos indicaram piora. Não foi observada diferença

estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e o grupo controle quanto à variação contínua do TUG, conforme análise pelo teste de Mann-Whitney (Tabela 4).

Tabela 3. Análise do efeito da intervenção sobre o risco de quedas.

Grupo	N	Δ TUG – mediana (IQR)	Teste estatístico	p-valor
Intervenção	21	0,0 (–1,0 a 2,0)	Mann–Whitney U	0,81
Controle	18	2,0 (–4,75 a 4,5)	—	—

Fonte: Dados da pesquisa 2024.

Em análise complementar, o TUG na alta hospitalar foi categorizado em baixo risco de quedas ($< 13,5$ segundos) e alto risco de quedas ($\geq 13,5$ segundos). A associação entre a prática de caminhada diária e a classificação do risco de quedas foi avaliada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a prática de caminhada diária e a classificação do risco de quedas na alta hospitalar, com menor proporção de indivíduos classificados como alto risco no grupo intervenção em comparação ao grupo controle (Tabela 5).

Tabela 4. Associação entre a prática de caminhada diária e a classificação do risco de quedas.

Grupo	Baixo risco ($<13,5$ s)	Alto risco ($\geq13,5$ s)	Teste	p-valor
Intervenção	8	13	Qui-quadrado	0,011
Controle	0	18	—	—

Fonte: Dados da pesquisa 2024.

Em relação aos desfechos secundários, observou-se maior frequência absoluta de infecção no grupo intervenção em comparação ao grupo controle. Os demais desfechos apresentaram baixa ocorrência em ambos os grupos, incluindo trombose, óbito, acidente vascular cerebral e lesão renal aguda. Não foram observados casos de hemodiálise, infarto agudo do miocárdio ou hepatite aguda em nenhum dos grupos durante o período de acompanhamento (Tabela 6).

Tabela 5. Frequência absoluta dos desfechos secundários por grupo.

Desfecho	Grupo Controle (n)	Grupo Intervenção (n)
Infecção	2	5
Trombose	1	1

Hemodiálise	0	0
Óbito	1	2
IAM	0	0
AVC	1	0
Lesão renal aguda	4	2
Hepatite aguda	0	0
LPP	0	1

Fonte: Dados da pesquisa 2024.

Ressalta-se que o n final encontrado não correspondeu ao valor mínimo exigido no processo de amostragem devido à grande perda de seguimento dos pacientes decorrente do alto fluxo de encaminhamento para leitos de retaguarda e outros evoluídos para óbito, não sendo possível reavaliação. No grupo controle três pacientes não realizaram o teste na alta hospitalar por incapacidade funcional, sendo retirados exclusivamente da análise associativa, resultado em um n final de 18 voluntários no grupo controle.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a associação entre a prática de caminhada diária durante a hospitalização e o risco de quedas em pacientes idosos, utilizando o teste Time

Up and Go (TUG) como instrumento de avaliação funcional. Os resultados evidenciaram achados distintos conforme o tipo de análise estatística empregada, o que permite uma discussão mais aprofundada sobre a interpretação clínica e metodológica dos dados.

Na análise contínua da variação do TUG (Δ TUG), não foi observada diferença estatisticamente significativa entre o grupo intervenção e o grupo controle. Esse achado sugere que, quando considerada a magnitude absoluta da mudança funcional entre admissão e alta, a prática de caminhada diária não foi suficiente para promover uma melhora mensurável do desempenho funcional global. Esse resultado pode ser explicado por fatores como o curto período de internação, a intensidade moderada da intervenção (10 a 12 minutos diários) e o tamanho reduzido da amostra, elementos frequentemente apontados na literatura como limitadores para a detecção de mudanças funcionais significativas em idosos hospitalizados (BROWN et al., 2016; HIRASE et al., 2020).

Entretanto, quando o TUG foi analisado de forma categórica, utilizando o ponto de corte de 13,5 segundos para classificação do risco de quedas, observou-se associação estatisticamente significativa entre a prática de caminhada e menor proporção de idosos classificados como alto risco na alta hospitalar. Estudos prévios demonstram que tempos iguais ou superiores a 13,5 segundos no TUG estão associados a maior probabilidade de quedas, declínio funcional e eventos adversos em idosos, reforçando a relevância clínica desse ponto de corte na prática assistencial (SHUMWAY-COOK et al., 2000). Dessa forma, embora a caminhada não tenha produzido uma melhora funcional expressiva em termos absolutos, ela pode ter contribuído para manter ou deslocar indivíduos para uma faixa funcional clinicamente mais segura, o que é particularmente relevante em idosos hospitalizados, nos quais pequenas mudanças funcionais podem representar redução significativa do risco de quedas e de outros desfechos negativos (PODSIADLO; RICHARDSON, 1991; BROWN et al., 2016).

A discrepância entre os resultados das análises contínua e categórica é amplamente discutida na literatura. O uso de pontos de corte no TUG, apesar de reduzir a sensibilidade estatística ao agrupar valores contínuos, permite uma interpretação clínica mais direta, especialmente no contexto hospitalar, onde decisões são frequentemente baseadas em classificações de risco (PODSIADLO; RICHARDSON, 1991; SHUMWAY-COOK et al., 2000). Assim, a significância observada na análise categórica reforça a relevância clínica da intervenção, mesmo na ausência de significância estatística na análise contínua.

Estudos prévios demonstram que intervenções de mobilização precoce e atividade física leve durante a hospitalização estão associadas à preservação da funcionalidade e à redução de desfechos adversos, como quedas e declínio funcional, ainda que os efeitos sobre medidas quantitativas possam ser modestos (BROWN et al., 2016; MARTÍNEZ-VELILLA et al., 2019). Nesse sentido, a caminhada diária pode ter atuado como estratégia de prevenção do imobilismo, contribuindo para evitar a piora funcional frequentemente observada em idosos hospitalizados.

Adicionalmente, o ambiente hospitalar impõe múltiplos fatores de risco para quedas, incluindo polifarmácia, alterações cognitivas transitórias, restrição ao leito e desorientação espacial. A inserção da caminhada supervisionada pode ter promovido maior familiarização com o ambiente, melhora da confiança para deambulação e estímulo à autonomia, aspectos que não são plenamente captados pela variação contínua do TUG, mas que influenciam diretamente o risco de quedas (OLIVEIRA et al., 2014; MIASSO et al., 2018).

É importante destacar que a análise categórica não substitui a análise contínua, mas a complementa. Enquanto a análise contínua fornece maior precisão estatística, a categorização permite identificar impactos clínicos relevantes, sobretudo em estudos com amostras reduzidas e intervenções de curta duração. Assim, os resultados deste estudo indicam que a prática de caminhada diária durante a hospitalização pode representar uma estratégia simples, segura e potencialmente eficaz na redução do risco de quedas em idosos hospitalizados, reforçando a necessidade de sua incorporação em protocolos assistenciais e de novas investigações com amostras maiores e maior tempo de intervenção.

Por fim, em relação aos desfechos secundários, observou-se baixa frequência absoluta de eventos clínicos em ambos os grupos ao longo do período de acompanhamento. As infecções foram o desfecho mais frequentemente observado, com maior número de casos no grupo intervenção em comparação ao grupo controle. No entanto, considerando o tamanho reduzido da amostra e a ausência de análise inferencial para esses desfechos, não é possível estabelecer associação causal entre a intervenção proposta e a ocorrência de infecções. É importante ressaltar que idosos hospitalizados apresentam risco intrinsecamente elevado para infecções, em função da presença de comorbidades, imunossenescência e maior exposição a procedimentos invasivos, independentemente da prática de atividade física (NICOLLE, 2014).

6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicam que a prática de caminhada diária durante a hospitalização não promoveu melhora funcional global mensurável quando avaliada pela variação contínua do teste Time Up and Go. Contudo, a análise categórica demonstrou associação significativa entre a intervenção e menor proporção de idosos classificados como alto risco de quedas na alta hospitalar, evidenciando um impacto clínico relevante da caminhada na redução do risco de eventos adversos.

Entre as limitações do estudo, destacam-se o tamanho reduzido da amostra, o curto período de intervenção, restrito ao tempo de internação, e as perdas ocorridas após a randomização, fatores que podem ter limitado a detecção de diferenças em medidas funcionais contínuas. Além disso, a intensidade e a duração da caminhada podem não ter sido suficientes para gerar mudanças funcionais mais expressivas.

Assim, recomenda-se a realização de estudos futuros com amostras maiores, maior tempo de intervenção e diferentes intensidades de atividade física, a fim de aprofundar a compreensão dos efeitos da caminhada e de outras estratégias de mobilização sobre a funcionalidade e o risco de quedas em idosos hospitalizados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABIZANDA, P.; LEÓN, M.; DOMÍNGUEZ-MARTÍN, L.; LOZANO-BERRIO, V.; ROMERO, L.; LUENGO, C.; SÁNCHEZ-JURADO, P. M.; MARTÍN-SEBASTIÁ, E. **Effects of a short-term occupational therapy intervention in an acute geriatric unit: a randomized clinical trial.** *Maturitas*, v. 69, n. 3, p. 273–278, 2011. DOI: 10.1016/j.maturitas.2011.04.001.

AMBROSINI, E. et al. **Falls and fall-related injuries in older adults: a review of epidemiology, risk factors and prevention strategies.** *Aging Clinical and Experimental Research*, v. 31, n. 2, p. 127–138, 2019.

APPLE, F. S.; SANDOVAL, Y.; JAFFE, A. S.; ORDONEZ-LLANOS, J.; IFCC TASK FORCE ON CLINICAL APPLICATIONS OF CARDIAC BIOMARKERS. **Cardiac troponin assays: guide to understanding analytical characteristics and their impact on clinical care.** *Clinical Chemistry*, v. 63, n. 1, p. 73–81, 2017.

BROWN, C. J. et al. **Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults.** *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 64, n. 3, p. 533–540, 2016.

CACCIOLA, I.; SCOGGIO, R.; ALIBRANDI, A.; SQUADRITO, G.; RAIMONDO, G. **Evaluation of liver enzyme levels and identification of asymptomatic liver disease patients in primary care.** *Internal and Emergency Medicine*, v. 12, n. 2, p. 181–186, 2017.

CUSCHIERI, S. **The CONSORT statement.** *Saudi Journal of Anaesthesia*, v. 13, supl. 1, p. S27–S30, 2019. DOI: 10.4103/sja.SJA_559_18.

DI NISIO, M.; VAN ES, N.; BÜLLER, H. R. **Deep vein thrombosis and pulmonary embolism.** *The Lancet*, v. 388, n. 10063, p. 3060–3073, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30514-1.

DREXLER, M.; INSTITUTE OF MEDICINE (US). **What you need to know about infectious disease.** Washington (DC): National Academies Press, 2010.

HARTLEY, P. et al. **Exercise for acutely hospitalised older medical patients.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022. DOI: 10.1002/14651858.CD005955.pub3.

HIRASE, T. et al. **Mobility decline and associated factors during hospitalization in older adults.** *Geriatrics & Gerontology International*, v. 20, n. 2, p. 142–148, 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

MAKRIS, K.; SPANOU, L. **Acute kidney injury: definition, pathophysiology and clinical phenotypes**. *Clinical Biochemistry Reviews*, v. 37, n. 2, p. 85–98, 2016.

MARTÍNEZ-VELILLA, N. et al. **Effect of exercise intervention on functional decline in very elderly patients during acute hospitalization**. *JAMA Internal Medicine*, v. 179, n. 1, p. 28–36, 2019.

MIASSO, A. I. et al. **Risco de quedas em pacientes idosos hospitalizados**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, supl. 2, p. 826–833, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://ensaiosclinicos.gov.br/>. Acesso em: 23 out. 2024.

NICOLLE, L. E. **Infection prevention in older adults**. *Clinical Geriatrics Medicine*, v. 30, n. 3, p. 513–530, 2014.

OLIVEIRA, D. U. et al. **Fatores associados ao risco de quedas em idosos hospitalizados**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 3, p. 513–519, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015.

ORTEGA-BASTIDAS, P.; GÓMEZ, B.; AQUEVEQUE, P.; LUARTE-MARTÍNEZ, S.; CANO-DE-LA-CUERDA, R. **Instrumented Timed Up and Go Test (iTUG): more than assessing time to predict falls – a systematic review**. *Sensors*, v. 23, n. 7, p. 3426, 2023.

ORTIZ-ALONSO, J.; BUSTAMANTE-ARA, N.; VALENZUELA, P. L. et al. **Effect of a simple exercise program on hospitalization-associated disability in older patients: a**

randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 21, n. 4, p. 531–537.e1, 2020.

PEREIRA, C. B.; KANASHIRO, A. M. K. **Falls in older adults: a practical approach.** *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 80, supl. 1, p. 313–323, 2022. DOI: 10.1590/0004-282X-ANP-2022-S107.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. **The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons.** *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 39, n. 2, p. 142–148, 1991.

SACCO, R. L. et al. **An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.** *Stroke*, v. 44, n. 7, p. 2064–2089, 2013.

SHERRINGTON, C. et al. **Exercise for preventing falls in older people living in the community.** *British Journal of Sports Medicine*, v. 53, n. 14, p. 905–911, 2019.

SHUMWAY-COOK, A. et al. **Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test.** *Physical Therapy*, v. 80, n. 9, p. 896–903, 2000.

ZAIDI, S. R. H.; SHARMA, S. **Pressure ulcer.** In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

APÊNDICE I

IPAQ - VERSÃO CURTA

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na última semana.

Para responder as questões lembre-se que:

- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS de cada vez.

1a) Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias: _____ por SEMANA ou () Nenhum

1b) Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando POR DIA?

Horas: _____ Minutos: _____

2a) Em quantos dias da última semana você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do 2 jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA).

Dias: _____ por SEMANA ou () Nenhum

2b) Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades POR DIA?

Horas: _____ Minutos: _____

3a) Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete. Fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

Dias: _____ por SEMANA ou () Nenhum

3b) Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades POR DIA?

Horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a) Quanto tempo no total você gasta sentado durante UM DIA DE SEMANA?

Horas: _____ Minutos: _____

4b) Quanto tempo no total você gasta sentado durante UM DIA DE FINAL DE SEMANA?

Horas: _____ Minutos: _____

SEDENTÁRIO: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

APÊNDICE II

LISTA DE CHECAGEM

**“ATIVIDADE DE CAMINHADA PARA FAVORECER A
FUNCIONALIDADE EM IDOSOS HOSPITALIZADOS – ENSAIO CLÍNICO**

RANDOMIZADO”

Registro nº _____ Formulário nº. _____

Paciente: _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Idade maior 60 anos ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Admissão no setor de Clínica Médica ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Sedentário - IPAQ ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Comprometimento severo da funcionalidade prévio ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Incapacidade de deambular ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

SE ELEGÍVEL, CONCORDA EM PARTICIPAR? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

APÊNDICE III**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO**

Nº prontuário _____ Formulário nº. _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

DADOS CLÍNICOS**Indicação do internamento:** _____**Comorbidades prévias:**

() HAS | () DM2 | () AVC | () Epilepsia | () DHC | () DRC | () DAC | () Síndrome demencial

() Incontinência urinária | () Déficit visual | () Déficit auditivo | () | ()

Outras: _____

Alteração cognitiva: () SIM () NÃO**DADOS SOCIOECONÔMICO.****Estado Civil**

1- Solteiro () 2- Casado () 3- Divorciado () 4- Viúvo () 5- União Estável ()

Escolaridade:

1- 1 a 3 anos () 2- 4 a 7 anos () 3- 8 a 11 anos () 4- Mais de 12 anos ()

Renda Familiar:

1- Menos que 1 salário mínimo () 2- 1 a 3 Salários mínimos ()

3- 4 a 6 Salários Mínimos () 4- Mais que 7 Salários Mínimos () () Aposentadoria

Com quem reside/cuidador: _____**Habitação:** () Casa própria () Aluguel () ILPI () Abrigo () Situação de rua**Atividade física prévia:** () SIM () Não

ÍNDICE DE BARTHEL:

D0: _____ | D10: _____ | D Alta: _____

TIME UP AND GO:

D0: _____ | D10: _____ | D Alta: _____

Desfechos secundários:

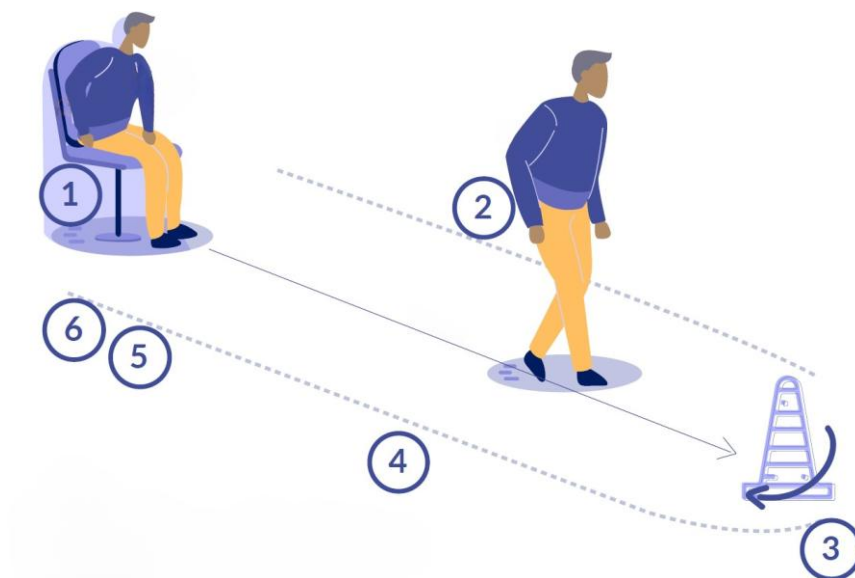
Comorbidades adquiridas no hospital:

Lesão por Pressão () Infecção () Trombose venosa () Infarto do miocárdio ()

Acidente vascular encefálico () Lesão renal () Hepatite aguda () Óbito ()

Outras () _____

Tempo de internamento: _____ **Prolongado () SIM () Não****APÊNDICE IV*****Time up and go***



Teste de "Timed Up and Go" com as diferentes subfases após a segmentação completa: (1) Em pé. (2) Caminhada. (3) Virada de três metros. (4) Caminhada de retorno. (5) Virada para sentar. (6) Sentar.

Ponto de corte:

1. Até 10 segundos – desempenho normal para adultos saudáveis. Baixo risco de quedas;
2. Entre 11 e 20 segundos – Normal para idosos frágeis ou com debilidade, mas que se mantêm independentes na maioria das atividades de vida diária. Baixo risco de quedas;
3. Entre 21 e 29 segundos – Risco de quedas moderado;
4. Maior ou igual a 30 segundos – Alto risco para quedas.