

# FUNCIONALIDADE APÓS FRATURA DO COLO DO FÊMUR

## OUTCOME AFTER FEMORAL NECK FRACTURE

### FUNCIONALIDAD DESPUÉS DE LA FRACTURA DEL CUELLO DEL FÊMUR

Cristina Lavareda Baixinho<sup>1</sup>

As fraturas do colo do fêmur são comuns no idoso, condicionando-lhe a qualidade de vida, aumentando a morbidade, mortalidade e os custos com a saúde. Foram objetivos deste estudo caracterizar a evolução da funcionalidade do idoso após fratura do colo do fêmur e identificar as variáveis que condicionam a evolução dessa. Por meio de revisão sistemática de literatura, realizada no segundo semestre de 2010, identificaram-se cinco estudos que permitem responder às questões centrais deste estudo: Como evolui a funcionalidade do idoso após fratura do colo do fêmur? Que variáveis condicionam a evolução da funcionalidade? Da análise dos estudos concluiu-se que uma elevada percentagem dos idosos não é independente no momento da alta, a maioria é dependente e necessita de ajuda para a realização de pelo menos uma atividade de vida diária. Há uma deterioração da funcionalidade ao longo do primeiro ano pós-fratura, não sendo possível recuperar a autonomia para os níveis pré-fratura. As alterações decorrentes do processo de envelhecimento, a patologia associada e a imobilidade perioperatória contribuem para o declínio da funcionalidade. Concluiu-se que a capacidade de marcha é o melhor preditor para a recuperação do autocuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso. Fratura do colo do fêmur. Funcionalidade. Enfermagem.

*Femoral neck fractures are common in elderly people, constraining their quality of life, increasing morbidity, mortality and health costs. The aim of this study is to characterize the evolution of the functionality of the elderly after femoral neck fracture and to identify the variables that influence its evolution. Through systematic literature review, conducted in the second semester of 2010, five primary studies were identified which allowed the answer of the following central questions of this study: How does functional ability of older patient evolves after femoral neck fracture? What variables influence in regaining functional ability? The analysis of the primary studies concluded that a high percentage of elderly patients are not independent at the moment of discharge. The majority of these patients is dependent on someone in at least one daily activity and needs help to achieve it. There is a decline of functional ability over the first year post fracture and the patients cannot regain their pre-fracture functional status. The changes that naturally occur in the aging process, the pathology and the immobility after surgery promote functional decline. It can be concluded that walking skills are the best predictors for recovering self-care.*

**KEY WORDS:** Aged. Femur neck fractures. Functionality. Nursing.

*Las fracturas del cuello del fêmur son comunes en personas mayores, restringiendo su calidad de vida, aumentando la morbilidad, la mortalidad y los costes con salud. Los objetivos de este estudio son caracterizar la evolución de la funcionalidad de las personas mayores después de la fractura del cuello del fêmur e identificar las variables que influyen en la evolución de esta. A través de la revisión sistemática de la literatura, realizada en el segundo semestre de 2010, se identificaron cinco estudios que permiten responder a las cuestiones centrales de esta investigación: ¿Cómo se desarrolla la funcionalidad de la persona mayor después de la fractura del cuello del fêmur?; ¿Qué variables influyen en la evolución de la funcionalidad? Del análisis de los estudios se concluye que un alto porcentaje de personas mayores no es independiente al recibir el alta, la mayoría es dependiente y necesita de ayuda al*

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista em Enfermagem de reabilitação. Doutoranda em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa. crbaixinho@esel.pt

*menos en una actividad diaria. Hay un deterioro de la funcionalidad durante el primer año post-fractura, siendo difícil recuperar la autonomía a los niveles de pre-fractura. Los cambios decurrentes del proceso de envejecimiento, la patología asociada y la inmovilidad peri operatoria contribuyen para la disminución de la funcionalidad. Se concluye que la capacidad de marcha es el mejor predictor para la recuperación del autocuidado.*

**PALABRAS-CLAVE:** Mayor. Fracturas del cuello del fêmur. Funcionalidad. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Os problemas musculoesqueléticos são mais comuns no idoso. As limitações decorrentes do processo de envelhecimento, a osteoporose, a diminuição da mobilidade, o subsequente risco de queda e o aumento do número de fraturas, nomeadamente do colo do fêmur, conduzem a períodos de internamento prolongados e dolorosos.

Petronilho (2007) refere que as três principais causas de restrição da atividade física nos idosos são as do aparelho osteoarticular (fraturas do colo do fêmur e artroses), as doenças cerebrovasculares e as perturbações da visão e da audição. Se a isto associar-se que as pessoas com acidente vascular cerebral, diminuição da visão e/ou audição têm um risco aumentado de queda e de acidente, as patologias do foro ortotraumatológico assumem um papel determinante no processo de envelhecimento e nas necessidades de cuidados de saúde.

Em 1990, ocorreram 1,7 milhões de fraturas da extremidade proximal do fêmur em todo o mundo. Com o envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida, calcula-se que, em 2050, se atinjam os 6,26 milhões de fraturas do colo do fêmur. Em Portugal, foram internados em hospitais públicos, entre 1993 e 1997, uma média de 7.000 doentes/ano (PORTUGAL, 2003).

A probabilidade de se sofrer uma fratura do colo do fêmur é elevada; 40% das mulheres e 13% dos homens, com mais de 50 anos, de raça caucasiana, nos Estados Unidos, irão ter pelo menos uma fratura até ao fim de vida (COOPER, 1997). Acima dos 50 anos, o risco de fratura do colo do fêmur aumenta 100% em cada 10 anos. No Brasil, a média da idade das fraturas do colo do fêmur é de 75-80 anos nas mulheres, sendo

um pouco mais baixa nos homens – 70-75 anos (CHIKUDE et al., 2007); a sua incidência tem aumentado nas últimas décadas (ASSUNÇÃO et al., 2008).

O aumento da incidência e prevalência deste problema acarreta problemas na assistência e no financiamento dos serviços de saúde. “Em Portugal, calculava-se, em 1989, um dispêndio de 15 milhões de dólares e, em 1991, 3,5 a 4,1 milhões de contos” (PORTUGAL, 2003, p. 8). No entanto, os custos individuais e familiares são difíceis de avaliar, até pelas necessidades de recursos e seguimento de saúde após a fratura, bem como da comorbilidade associada.

A hospitalização arrasta consigo uma série de problemas com implicações diversas que podem ser promotoras de perda de funcionalidade; o próprio tempo de internamento pré-cirurgia, a diminuição da mobilidade, a existência de antecedentes pessoais podem conduzir ao aparecimento e manutenção de sequelas que rapidamente originam graus de elevada dependência. Assunção et al. (2008) referem que a imobilidade gerada pela fratura pode provocar ou agravar inúmeras patologias clínicas e ortopédicas, como a osteoporose, com mortalidade após um ano de fratura podendo chegar a 33% dos casos.

Esses dados são um alerta sobre a hospitalização, que pode estar na origem de processos de dependência, mas não permite que o idoso fique internado até o restabelecimento da funcionalidade para os níveis anteriores ao do internamento. Por esta complexidade de fatores, no momento da saída do hospital, nem todas as pessoas estão em condições de manterem o seu autocuidado. Por outro lado, a transição do hospital para a comunidade nem sempre envolve a

desejada continuidade de cuidados e esta inoperância pode invalidar o sucesso de todo o empenho da equipe de cuidados.

Este não é um problema do pós-alta, mas uma consequência da não avaliação das repercussões da doença na vida da pessoa, porque o declínio do estado funcional não está associado à patologia, mas ao modo como os cuidados estão organizados, com pouca liberdade da pessoa na tomada de decisão e na sua autonomia, empurrando-a para a passividade e com esta fomenta-se o declínio das suas capacidades funcionais (CABETE, 2004).

Alicerçada nesta problemática questiona-se: Como evolui a funcionalidade do idoso após fratura do colo do fêmur? Que variáveis condicionam a evolução da funcionalidade?

São objetivos deste estudo caracterizar a evolução da funcionalidade do idoso após fratura do colo do fêmur e identificar as variáveis que condicionam a evolução dessa funcionalidade.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Optou-se por um estudo de Revisão Sistemática de Literatura (RSL), efetuada por um único revisor, realizada sem metassíntese e sem metanálise, por promover o conhecimento da prática clínica baseada em evidência, realizada no segundo semestre de 2010. A revisão sistemática permite combinar vários estudos para explorar a mesma pergunta de investigação, localizando, avaliando e sintetizando as evidências de estudos científicos.

Foi utilizado o método *Participants; Intervention; Comparisons; Outcomes* (PIC O), definido pelo *Centre for Reviews and Dissemination* (2009), para formular as questões de investigação. Esta orientação metodológica possibilitou a definição dos critérios de inclusão/exclusão de estudos primários, com a finalidade de estreitar os intervalos de confiança, facilitar a comparação dos trabalhos, interpretação dos dados e aumentar a precisão dos resultados. Deste modo, respeitou-se este método de “[...] pesquisa rigoroso que permite agrupar estudos primários

extraído deles a melhor evidência científica” (RAMALHO, 2005, p. 45).

Incluíram-se os estudos que definiam claramente os objetivos, os métodos e técnicas de investigação, bem como o(s) instrumento(s) de avaliação, e discriminavam, de modo explícito, sua fidelidade e validade. Foi também critério de inclusão estudos quantitativos ou mistos, longitudinais, que descrevessem a evolução da funcionalidade.

Excluíram-se os estudos qualitativos que utilizaram entrevista para avaliar a percepção da pessoa sobre a evolução da sua situação, por não recorrerem a instrumentos que permitissem uma avaliação rigorosa da funcionalidade.

As bases de dados consultadas foram: Scielo; B-on; Biomed Central; PubMed; Bibliomed; NursesInfo; British Medical Journal; Cochrane.

Foram pesquisadas listagens de Monografias/ Dissertações/Teses de Mestrado e Doutorado *on-line* e resumos e atas de congressos. Os descritores usados foram: *aged; femur neck fractures; functionality; selfcare, post-discharge*.

O limite temporal inicialmente estipulado para os estudos primários a selecionar foi o de cinco anos, por ser o aconselhável para este tipo de revisão da literatura (RAMALHO, 2005). Os estudos encontrados não permitiam responder às questões da pesquisa e, por isso, alargou-se o horizonte temporal para estudos realizados entre 2003-2010.

A potencial amostra ficou constituída por 43 estudos que respeitavam os critérios de inclusão. A leitura e análise do título e do resumo permitiram, de imediato, eliminar 13 artigos repetidos, obtidos em bases de dados diferentes.

A leitura e análise do resumo dos estudos condicionou a seleção para 21 e a análise do texto integral para cinco, que obedecem aos critérios pré-estabelecidos.

Os estudos constituintes da amostra são todos quantitativos, respeitam os critérios de inclusão, discriminam objetivos, população/amostra, instrumento e metodologia de coleta de dados, utilizam instrumentos validados, permitem a análise e discussão dos resultados. Neste texto,

os artigos da amostra bibliográfica estão identificados como E1, E2, E3... E5.

## RESULTADOS

As questões formuladas previamente permitem a organização e apresentação dos resultados em duas categorias.

Em relação à primeira – como evolui a funcionalidade do idoso após fratura do colo do fêmur – Rosell e Parker (2003), (E1), concluíram que há uma diminuição entre o momento da alta e o ano subsequente. As atividades em que há maior declínio são a marcha, o cortar unhas, o subir e descer escadas, vestir (sobretudo a metade inferior do corpo), calçar sapatos e tomar banho, por ordem decrescente. Sobressai a elevada percentagem da população (74%) que não consegue efetuar marcha sem ajuda técnica (andador, bengalas).

Röder (2003), (E2), mediante a monitorização da habilidade funcional para a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), identificaram uma redução da função entre 33-35%, associada às limitações na mobilidade. A diminuição de capacidade para a realização das diferentes AVDs é na ordem dos 29%. Na avaliação do grau de independência/dependência para a realização das AVDs há um decréscimo acentuado na independência (associado às dificuldades de marcha) para 60,4%, mas aumentou para 76,3% aos seis meses e para 73,6% aos 12 meses. Há um declínio na função dos seis aos 12 meses. Apesar de os participantes não terem atingido o nível de desempenho pré-fratura ocorre uma recuperação significativa ( $p < 0,01$ ) nos primeiros seis meses. Este resultado é comum aos três grupos do estudo (grupo controle e dois grupos alvos de programa de reabilitação específico).

No terceiro estudo constituinte da amostra, (E3), Ingemarsson et al. (2003) identificaram que, apesar de ao fim de um ano a maior parte ser independente na marcha e ter equilíbrio, 56% mantêm a necessidade de ajuda técnica para a marcha (provavelmente pelo medo de nova queda) e 17% da população atinge um nível de independência máxima.

Não existem diferenças significativas na população entre o momento da alta e ao fim de um ano, mas salienta-se o fato de, neste período, só 2% da população ter melhorado no item andar 10 metros sem ajuda, havendo o aumento de 1% no item incapaz (andar 10 metros).

Lin e Chang (2004), (E4), concluem que há uma perda de 13% na capacidade de marcha em piso plano, no momento da alta, aos três meses 46,1% não é independente para a marcha e ao fim de um ano só 58% consegue andar, de modo independente, fora do domicílio.

Lin et al. (2006), (E5), num estudo realizado com 71 idosos após fratura do colo do fêmur (todos eles independentes para as AVDs antes da fratura), concluem que uma semana após a alta há uma melhoria na capacidade funcional do idoso, relativamente ao período do internamento hospitalar, mas nenhum conseguiu atingir a independência em todas as AVDs.

Ao fim de uma semana (após alta) mais de 60% da população é independente para comer/beber e para o arranjo pessoal. Com recurso a ajudas técnicas 46,5% conseguem efetuar marcha em piso plano. Poucos conseguem tomar banho independentemente (14,1%). A maioria (73,2%) não consegue subir e descer escadas.

A segunda categoria pretende responder à questão: Que variáveis condicionam a evolução da funcionalidade?

Rosell e Parker (2003), (E1), identificam uma relação positiva entre a independência pré-fratura e a evolução da funcionalidade, constatando que há uma diminuição da funcionalidade superior nas atividades onde já existiam maiores dificuldades antes da queda e fratura, determinando claramente que o estado funcional no regresso a casa está associado ao estado funcional pré-fratura. Os autores relacionam a diminuição da capacidade de marcha com a satisfação das outras atividades de vida, imputando à marcha um decréscimo na ordem dos 20 a 25%, da funcionalidade, estimando que 5% desta perda de função esteja associada ao processo de envelhecimento e a restante seja secundária à fratura. Concluíram, ainda, que as pessoas que apresentam dificuldades em mais de uma atividade de

vida dificilmente recuperam a independência que tinham antes da fratura.

Os investigadores do segundo estudo constituinte da amostra corroboram esta conclusão descrevendo um decréscimo acentuado na independência, associado às dificuldades de marcha (RÖDER, 2003), (E2).

Ingemarsson et al. (2003), (E3), identificaram relação positiva entre a marcha e a independência nas AVDs. Referem que o medo de nova queda pode ser uma variável condicionante para a dependência de uma ajuda técnica para a marcha.

Lin e Chang (2004), (E4), concluíram que a queda e a fratura têm um impacto negativo nas famílias de idosos, aumentando o risco de nova queda.

O estudo discrimina como variáveis com interferência na evolução da funcionalidade a capacidade de efetuar marcha “fora de portas”, dado que os idosos com dificuldades ou incapacitados neste item têm pior recuperação; identifica ainda a capacidade de visão, audição, marcha com ou sem ajudas técnicas, história de queda anterior, medicação e dor como preditores.

O último estudo da amostra, desenvolvido por Lin et al. (2006), (E4), realizado com 71 idosos após fratura do colo do fêmur (todos eles independentes para as AVDs antes da fratura) relaciona a preparação e a capacitação do cuidador familiar e o apoio social com uma melhoria na função.

## DISCUSSÃO

As fraturas do colo do fêmur estão associadas à deterioração do estado geral de saúde, ao declínio funcional, psicológico e social (AHARANOFF; KOVAL; SKOVRON, 1997; CEDER; THORNGREN; WALLDEN, 1980; ETHEGEN et al., 2004; RANDEL et al., 2000) existe um declínio da função entre 15-20% que pode ser diretamente imputado à fratura (ROSELL; PARKER, 2003).

Mediante a monitorização da habilidade funcional para a realização das AVDs foi possível identificar uma redução da função entre 33-35% (RÖDER, 2003); ao fim de um ano, somente 17%

atinge um nível de independência em todas as atividades de vida (INGEMARSSON et al., 2003).

Como mais problemático surge o subir e descer escadas, sair da cama e levantar, sentar na cadeira. Há uma redução de 4,5% a 6,4% na capacidade de comer sem ajuda; percentagem igual é apresentada para atividades como ler, escrever e realizar trabalhos manuais (ROSELL; PARKER, 2003).

Sabendo de antemão que a fratura vai trazer efeitos na mobilidade dos membros inferiores, com possíveis alterações da amplitude articular e força muscular, seria de esperar que atividades que se realizam com o contributo dos membros superiores não fossem afetadas, mas tal não acontece.

No que respeita à evolução quanto à recuperação da funcionalidade, ao longo do tempo os estudos não são consensuais.

Na avaliação do grau de independência/dependência para a realização das AVDs parece existir um decréscimo acentuado na independência, no momento da alta, para 60,4%, mas aumenta para 76,3% aos seis meses. A melhoria ocorre nos primeiros seis meses, com um declínio dos seis aos 12 meses (RÖDER, 2003).

Convém salientar que, nesta investigação, a primeira avaliação pós-alta foi feita aos seis meses. Não se deixa de questionar se uma avaliação ao fim do primeiro e do terceiro mês demonstraria ganhos nesta altura superiores aos encontrados no sexto mês.

Esta dúvida é fundamentada pelos resultados de outros estudos (ELINGUE et al, 2006; LIN; CHANG, 2004), que apresentam conclusões nas quais fica evidente que a habilidade para a realização das AVDs é melhor três meses após a fratura do que no momento da alta ( $p < 0,5$ ). Dos três meses ao ano só a capacidade para subir escadas demonstrou alguma melhoria; não se observaram progressos nas outras AVDs entre os três meses e o ano pós-fratura. Outra investigação (ELINGUE et al., 2006) conclui que a máxima recuperação consegue-se nos primeiros três meses. Mas todos são unânimes em afirmar que, ao fim de um ano, o *score* é inferior aos valores pré-fratura.

Um estudo realizado no Brasil por Assunção et al. (2008) conclui que os pacientes com fratura e mais de quatro comorbidades apresentaram pior qualidade de marcha após os seis meses.

Um estudo longitudinal que comparou o estado funcional do idoso antes do internamento (por relato do idoso), no momento da alta e três meses após este, conclui que: no momento da alta, 59% não apresentavam alterações significativas do desempenho das suas atividades de vida diária, 10% melhoraram e 31% apresentava um declínio; após os três meses 11% tinha falecido, 40% apresentava deterioração do estado funcional, em comparação com os índices anteriores ao internamento (CABETE, 2004).

Considera-se que o declínio continua a acentuar-se após a alta seja por dificuldades de recuperação, seja por manutenção das incapacidades que apresentavam à saída, seja ainda pelo aparecimento de novas incapacidades, aumentando a mobilidade e mortalidade.

Um estudo que seguiu 100 idosos durante oito meses após fratura do colo do fêmur afirma que é possível recuperar a função para o nível pré-fratura, com um investimento em programas "intensivos" de reabilitação (LIN; CHANG, 2004).

Assunção et al. (2008) estabelecem uma correlação positiva entre o período de reabilitação pós-operatório e a capacidade de marcha; os doentes que fizeram treino de marcha precoce foram os que apresentaram melhor prognóstico ao fim do primeiro mês.

Perante esses resultados Röder (2003) alerta que o cerne do tratamento das fraturas do colo do fêmur deve ser a prevenção da progressão da incapacidade e a restauração da função para os níveis pré-fratura. Este, no entanto, não é um desafio de fácil resolução, porque a diminuição da habilidade para a marcha devido à perda de força muscular, rigidez articular (pelos períodos de imobilidade perioperatória) e pela obrigatoriedade do uso de ajudas técnicas para a marcha (muitos idosos não podem efetuar carga sobre o membro operado, nas situações de hemiartroplastia e redução e osteossíntese) vai condicionar todos os outros autocuidados.

Os estudos primários constituintes da amostra, ao fazerem referência à relação entre recuperação da funcionalidade e apoio social e emocional, apontam o apoio emocional e social como preditor da reabilitação do desempenho físico e da saúde em geral (CHIKUDE et al., 2007; KIRK-SANCHEZ, 2004; LIN; CHANG, 2004; REIS et al., 2007; RÖDER, 2003).

Estudos longitudinais revelaram uma interação dinâmica entre suporte social e recuperação dos idosos com fratura do colo de fêmur; quanto melhor o apoio, maior a recuperação (CABETE, 2004).

Por outro lado, há uma forte correlação entre baixos níveis de funcionalidade e elevados níveis de necessidades de cuidados (SLAUENWHITE; SIMPSON, 1998), bem como do aumento da comorbilidade (AHARANOFF; KOVAL; SKOVRON, 1997; SLAUENWHITE; SIMPSON, 1998). Por sua vez, a necessidade de ajuda por parte de outrem pode ser preditor de um aumento de dependência (ALVARENGA; MENDOZA; FARO, 2006; LIN; CHANG, 2004). A própria patologia leva a um aumento do suporte social, como afirmam Rosell e Parker (2003).

Salienta-se que os estudos não referenciam dificuldades resultantes do declínio psicológico associado ao período de internamento e/ou do isolamento social durante o internamento e no pós-alta no domicílio pela própria dificuldade de deambulação e transposição das barreiras arquitetônicas. O comprometimento físico associado ao cognitivo implica problemas sociais que interferem na satisfação das AVDs (WILLIAMS; OBERST; BJORKLUND, 1994).

Estudo realizado por Magaziner et al. (2000) ressalta o grande impacto nos recursos de saúde e sociais causados pelo tratamento e reabilitação.

A recuperação é superior nos grupos que tiveram possibilidade de *follow-up* em hospitais de reabilitação (RÖDER, 2003).

Estudo realizado por Ceder, Thorngren e Wallden (1980), em que foram seguidos 103 idosos (média de idades 75 anos) com fratura do colo do fêmur, operados, todos eles provenientes do domicílio, submetidos a um programa que incluía levantar e mobilização precoce,

encontrou: três quartos dos utentes regressaram a casa logo após a alta; quatro meses depois da fratura, 81 dos 99 sobreviventes estava em casa, e a maioria tinha recuperado o estado funcional pré-fratura; um ano após a alta havia 78 idosos nas suas casas, sem perda de função. Contudo, os resultados não podem ser extrapolados para outras populações até pela influência que os fatores culturais adquirem na reabilitação (KIRK-SANCHEZ, 2004; SHYU et al., 2004).

Parece que a evolução do processo de envelhecimento, bem como a degradação progressiva das capacidades funcionais secundárias ao processo de imobilidade perioperatório e nos primeiros dias após a alta originam a degradação progressiva das capacidades funcionais, com implicações na comorbilidade, mortalidade e, muito particularmente, na independência para o autocuidado.

A fratura do colo do fêmur e a perda de funcionalidade condicionam o aumento de mortalidade para 11,7% após um ano (AHARONOFF; KOVAL; SKOVRON, 1997).

Os estudos referem taxas de mortalidade, após um ano, que variam entre 11% (LIN; CHANG, 2004; ROSELL; PARKER, 2003) e 33% (AHARONOFF; KOVAL; SKOVRON, 1997; ROSELL; PARKER, 2003). O estudo de Ingemarsson et al. (2003) conclui que 25,6% da população morre no primeiro ano e 31,7% nos 18 meses. Um estudo longitudinal (1986-1995) com 11.086 pessoas com fratura do colo do fêmur e 8.141 pessoas no grupo controlo concluiu que a mortalidade é maior entre os homens, no primeiro ano pós-fratura (FORSÉN et al., 1999). A taxa de mortalidade do primeiro grupo foi de 31% e, no controlo, de 17%. O risco de morrer até ao ano de fratura, entre aqueles acima dos 75 anos, é de 3,3% para as mulheres e 4,2% para os homens. O risco de excesso de mortalidade em mulheres acima dos 85 anos diminuía, significativamente ao fim de três meses.

A mortalidade é superior nos homens e o risco aumenta com a idade e é superior nos idosos com outra patologia associada. Entre os idosos, 10% morrem nos primeiros seis meses pós-fratura. No grupo etário acima dos 75 anos,

a mortalidade é superior nos homens. Um ano após a fratura, a mortalidade é de 36% para os homens e 21% para as mulheres. Dois anos após, a taxa de mortalidade é similar à da restante população (COOPER, 1997).

## CONCLUSÃO

Existe um declínio na funcionalidade do idoso após a fratura do colo do fêmur, o que se traduz em dificuldades no autocuidado. Uma percentagem significativa da população não fica independente para a marcha, com condicionamento dos outros autocuidados e torna-se dependente de outros. O idoso tem alta em piores condições funcionais e psicológicas do que quando entrou no hospital e o nível de função pré-fratura não é atingido ao fim de um ano. As dificuldades no autocuidado diminuem a qualidade de vida do idoso, interferem nas dinâmicas da família e são predictoras de um aumento de isolamento social, morbidade e mortalidade.

A prestação de cuidados à pessoa idosa com fratura do colo do fêmur é “naturalmente integrada” nos serviços e pouco questionada. O investimento em equipas que integrem, nas suas práticas, uma filosofia de promoção da autonomia da população geriátrica e de espaços/tempos que permitam a educação/formação e treino para o autocuidado é uma mais valia para quem necessita, mas também constitui ganhos em saúde para a sociedade e contenção de despesas com futuras complicações inerentes ao próprio processo da imobilidade.

Sugere-se a avaliação funcional do idoso (com recurso a instrumentos de avaliação funcional validados internacionalmente). Esta prática permite identificar, objetivamente, as limitações/dificuldades para o autocuidado, melhora o planeamento das intervenções do enfermeiro e favorece a promoção do regresso a casa desde o primeiro dia de internamento. O uso de instrumentos validados permite o desenvolvimento de trabalhos científicos e a comparação dos resultados. Outra avaliação fundamental nesses casos é identificar, com objetividade, o que a pessoa

fazia antes do internamento para preparar o regresso à casa.

As equipas dos cuidados de saúde primários têm um papel primordial na avaliação da necessidade de ajudas técnicas adequadas para a situação, instrução e monitorização do seu uso nos primeiros dias após a alta hospitalar. A formação dos cuidadores sobre inconvenientes da imobilidade, técnica de levantar, sentar, transferência para banheira ou ducha, prevenção de quedas constitui-se em outra área prioritária de atuação.

Assim, trabalhar em colaboração com idosos e familiares cuidadores, conhecer a amplitude de potenciais situações geradoras de crise e antecipadamente minimizar esses efeitos, assegurando que os idosos e seus cuidadores estejam bem informados acerca da forma como devem dar resposta às suas necessidades, assim como habilitar o idoso para manter o controle sobre a tomada de decisão, garantir-lhe e aos familiares suporte físico e emocional é o que se espera das equipas de cuidados de saúde primários.

Sobressai a necessidade de desenvolver estudos nesta área, de forma a contribuir para o conhecimento do fenómeno e permitir a desenvolvimento de estratégias nos cuidados de saúde primários para promover a funcionalidade do idoso após a cirurgia.

## REFERÊNCIAS

- AHARANOFF, Gina; KOVAL, Kenneth; SKOVRON, Mary Louise. Hip fracture in the elderly: predictors of one year mortality. *J. orthop. trauma*, Florida, v.11, n. 3, p. 162-165, 1997.
- ALVARENGA, Marcia; MENDOZA, Yovana; FARO, Ana Cristina. *Avaliação funcional de idosos submetidos a cirurgia ortopédica: revisão de literatura*. Trabalho apresentado na 9ª Conferência de Investigação em Enfermagem, Lisboa, 2006. 1 CD.
- ASSUNÇÃO, Jorge Henrique et al. Fatores preditivos para marcha na fratura transtrocanteriana do fêmur. *Acta ortop. bras.*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 35-39, 2008.
- CABETE, Dulce Gaspar. *O idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusociência, 2004.
- CEDER, L.; THORNGREN, K.G.; WALLDEN, B. Prognostic indicators and early home rehabilitation in elderly patients with hip fractures. *Clin. orthop.*, New York, v. 152, p. 173-184, 1980.
- CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATIONS. *Systematic Reviews*. New York, 2009.
- CHIKUDE, TaKeshi et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes idosos com fratura do colo do fêmur tratados cirurgicamente pela artroplastia parcial do quadril. *Acta ortop. bras.*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 197-199, 2007.
- COOPER, Cyrus. The crippling consequences of fractures and their impact on quality of life. *Am. J. med.*, Arizona, v. 103, n. 2, p. 12-19, 1997.
- ELINGUE, Eva et al. Daily life among the oldest old with and without previous hip fractures. *Scand. J. occup. ther.*, London, v. 12, n. 2, p. 51-58, 2006.
- ETHEGEN, Oliver et al. Health-Related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. *J bone joint surgery*, Needham, MA, v. 12, p. 963-974, 2004.
- FORSÉN, L. et al. Survival after hip-fracture: short- and long-term excess mortality according to age and gender. *Osteoporos. int.*, New York, v. 10, n. 1, p. 73-78, 1999.
- INGEMARSSON, Annika et al. Walking ability and activity level after hip fracture in the elderly: a follow-up. *J. rehabil. med.*, Suíça, v. 35, n. 2, p. 76-83, 2003.
- KIRK-SANCHEZ, Neva J. Factors related to activity limitations in a group of Cuban Americans before and after hip fracture. *Physical therapy*, Alexandria, v. 84, n. 5, p. 408-418, 2004.
- LIN, Pi-Chu; CHANG, Su-Yu. Functional recovery among elderly people one year after hip fracture surgery. *J. nurs. research*, Philadelphia, PA, v. 12, n. 1, p. 72-82, 2004.
- LIN, Pi-Chu et al. Care needs and level of care difficulty related to hip fractures in geriatric populations during the post-discharge transition period. *J. nurs. research*, Philadelphia, PA, v. 14, n. 4, p. 251-259, 2006.
- MAGAZINER, Jay et al. Recovery from hip fracture in eight areas of function. *J. gerontol.*, Oxford, v. 55, n. 9, p. 498-507, 2000.
- PETRONILHO, Fernando Alberto Soares. *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 2007.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *Fracturas da extremidade proximal do fêmur*



*no idoso: recomendações para intervenção terapêutica.* Lisboa, 2003.

RAMALHO, Anabela. *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem.* Coimbra: Formasau, 2005.

RANDELL, A.G. et al. Deterioration in quality of life following hip fracture: a prospective study. *Osteoporos. int.*, Washington, v. 11, p. 460-466, 2000.

REIS, Carlos et al. *Qualidade de vida no doente submetido a artroplastia total da anca.* 2007. 197 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, 2007.

RÖDER, Frank. Proximal femur fracture in older patients: rehabilitation and clinical outcome. *Age and Ageing*, Oxford, v. 32, p. 74-80, 2003.

ROSELL, P.A.; PARKER, M.J. Functional outcome after hip fracture: a year prospective outcome study of 275 patients. *J. care injury*, Philadelphia, v. 34, n. 7, p. 529-532, 2003.

SHYU, Yea-Ing et al. Changes in quality of life among elderly patients with hip fracture in Taiwan. *Osteoporos. int.*, Washington, v. 15, p. 95-102, 2004.

SLAUENWHITE, Carol Anne; SIMPSON, Peggy. Patient and family perspectives on early discharge and care of the older adult undergoing fractured hip rehabilitation. *Orthop. nurs.*, Chicago, v. 17, n. 1, p. 30-36, 1998.

WILLIAMS, Margaret; OBERST, Marilyn; BJORKLUND, Barry. Posthospital convalescence in older women with hip fracture. *Orthop. nurs.*, Chicago, v. 3, n. 4, p. 55-64, 1994.

Submissão: 16/11/2011

Aceito: 8/7/2012

Esta obra foi publicada no formato 210 x 297mm  
utilizando as fontes Gatineau e Humanist 721

Salvador, 2012