

Complicações clínicas da fratura de quadril em idosos.¹

Clinical complications of the breaking of hip in aged.

Complicaciones clínicas de la fractura de la cadera en envejecido.

Maria Lisandri Lins; Sousa Waneska Moreira²; Brasileiro Marislei Espíndula³.
Complicações clínicas da fratura de quadril em idosos. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [*serial on-line*] 2010 jan-jul 1(1) 1-16. Available from: http://www.ceen.com.br/revista_eletronica.

Resumo

Objetivo: descrever as fratura de quadril em idosos. Materiais e métodos: trata-se de um estudo do tipo bibliográfico, exploratório e retrospectivo com análise sistematizada e quantitativa. Resultados: Após a análise dos estudos foi possível identificar que 60% das publicações foram apresentadas na Lilacs; 55% foram publicadas no ano de 2004; 50% dos periódicos foram publicados em forma de teses; 46,2% dos artigos foram publicados no Rio de Janeiro; 92,3% das publicações foram em idioma português; o método quantitativo foi o mais utilizado, em 38,4% das publicações; 38,4 dos resultados comuns entre as publicações tratam da relação entre os acidentes ocupacionais e os riscos ergonômicos no âmbito da organização do processo de trabalho de Enfermagem. Os fatores ambientais do trabalho que influenciam a saúde desses trabalhadores, diz que os riscos ergonômicos podem gerar distúrbios psicológicos e fisiológicos e provocar sérios danos à saúde do trabalhador porque produzem alterações no organismo e estado emocional, comprometendo sua produtividade, saúde e segurança, tais como: LER/DORT, cansaço físico, dores musculares, hipertensão arterial, alteração do sono, diabetes, doenças nervosas, taquicardia, doenças do aparelho digestivo. A análise ergonômica, por si só, entretanto, não resolverá todos os problemas existentes nos ambientes de trabalho, mas poderá auxiliar no reconhecimento da realidade, possibilitando modificações no ambiente real. Para que sucedam tais mudanças, os gestores administrativos devem considerar relevantes esses itens, no intuito de promover a melhoria no desempenho individual, benefícios e satisfação do trabalhador, e, conseqüentemente, a diminuição do absenteísmo e o aumento da produtividade no trabalho.

Descritores: fratura de quadril, idosos

¹ Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Neonatologia e Pediatria, do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição/Universidade Católica de Goiás.

² Enfermeiros, especialistas em Enfermagem do Trabalho, e-mail: lisandrillins@hotmail.com, cwmoreira@bol.com.br

³ Mestre em Enfermagem, docente do CEEN, e-mail: marislei@cultura.trd.br

Abstract

To describe the Ergonomic Risks gifts for the team of nursing in hospital scope through analyzes bibliographical. One is about a study of bibliographical, exploratório and retrospective the type with systemize and quantitative analysis. After the analysis of the studies was possible to identify that 60% of publications had been presented in the Lilacs; 55% had been published in the year of 2004; 50% of the periodic ones had been published in form of teses; 46.2% of articles had been published in Rio de Janeiro; 92.3% of publications had been in the Portuguese language; the quantitative method was used, in 38,4% of publications; 38,4 of the common results between publications deal with the relation between the occupational accidents and the ergonomic risks in the scope of the organization of the process of work of Nursing. The ambient factors of the work that influence the health of these workers, say that the ergonomic risks can generate psychological and physiological riots and provoke serious damages to the health of the worker because they produce alterations in the organism and emotional state, compromising its productivity, health and security, such as: LER/DORT, physical fatigue, muscular pains, arterial hipertensão, alteration of sleep, diabetes, nervous illnesses, taquicardia, illnesses of the digestive device. The ergonomic analysis, by itself, however, will not decide all the existing problems in work environments, but it will be able to assist in the recognition of the reality, being made possible modifications in the real environment. So that they succeed such changes, the administrative managers must consider excellent these item, in intention to promote the improvement in the individual performance, benefits and satisfaction of the worker, and, consequently, the reduction of the absenteeism and the increase of the productivity in the work.

Resumen

Para describir los regalos Ergonómicos de Riesgos para el equipo de la enfermería en el alcance del hospital por analiza bibliográfico. Uno está acerca de un estudio de bibliográfico, exploratório y retrospectivo el tipo con systemize y análisis cuantitativo. Después de que el análisis de los estudios fuera posible identificar que 60% de publicaciones había sido presentada en las Lilas; 55% había sido publicado en el año de 2004; 50% de los periódicos había sido publicado en la forma de teses; 46,2% de artículos había sido publicado en Río de Janeiro; 92,3% de publicaciones había estado en el idioma portugués; el método cuantitativo fue utilizado, en 38.4% de publicaciones; 38.4 de Los resultados comunes entre publicaciones tratan con la relación entre los accidentes laborales y los riesgos ergonómicos en el alcance de la organización del proceso del trabajo de la Enfermería. Los factores ambientes del trabajo que influye la salud de estos trabajadores, dicen que los riesgos ergonómicos pueden engendrar disturbios psicológicos y fisiológicos y provocarle daños graves a la salud del trabajador porque ellos producen modificaciones en el organismo y estado emocional, cediendo

su productividad, la salud y la seguridad, como: LER/DORT, fatiga física, dolores musculares, hipertensão arterial, la modificación de sueño, la diabetes, enfermedades nerviosas, taquicardia, las enfermedades del dispositivo digestivo. El análisis ergonómico, por sí mismo, sin embargo, no decidirá todos los problemas existentes en ámbitos laborales, pero podrá participar en el reconocimiento de la realidad, para ser hecho modificaciones posibles en el ambiente verdadero. Para que ellos tengan éxito tales cambios, los directores administrativos deben considerar excelente este artículo, en la intención para promover la mejora en el desempeño individual, los beneficios y la satisfacción del trabajador, y, consecuentemente, la reducción del absentismo y el aumento de la productividad en el trabajo.

1 Introdução

O interesse em pesquisar a respeito das Fraturas de Quadril em idosos, através de análise bibliográfica.,,, a respeito da saúde do idoso surgiu ao se observar, no cotidiano que está ocorrendo crescimento da população idosa como consequência à diminuição da taxa de mortalidade e declínio da fecundidade. Essas mudanças, agregadas às desigualdades socioeconômicas, estão afetando de forma significativa a estrutura etária da população, ocasionando problemas que necessitam de solução imediata para assegurar ao idoso oportunidades de preservar sua saúde física e mental e aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual, em condições de autonomia e dignidade.

Diante disso existem questões que norteiam a investigação sobre o idoso, quais são as principais complicações clínicas mais frequentes em pacientes idosos após a fratura de quadril é o serviço de saúde pública está conduzindo de forma adequada o tratamento do paciente idoso com fratura de quadril?

Os fatores de risco para fraturas de quadril têm sido analisados em muitos estudos. A maior parte deles se restringe a mulheres brancas. Informações de homens e mulheres não brancas são escassas. Os fatores de riscos podem ser classificados em três grupos: relacionados à força óssea, associados a quedas e, por último, com as características clínicas ¹.

Mais de 95% das fraturas do quadril resultam de quedas. O risco de queda aumenta com o avançar da idade e começa na época da menopausa. As mulheres são mais propensas a quedas com fraturas que os homens ².

Quedas com impacto no trocanter aumentam o risco de fratura no quadril especialmente se as respostas protetoras (como o apoio das mãos) estão fracas ou ausentes. Alterações funcionais da mobilidade, deficiência visual, condições neurológicas, uso de barbitúricos de ação prolongada, fraqueza muscular, inadequada propriocepção e aumento da instabilidade postural têm sido identificados como fatores de risco para queda ³.

A Idade é um importante fator de risco para doenças crônicas. O risco de fratura de quadril aumenta exponencialmente com o avançar da idade e esse efeito independe das condições comórbidas e declínio da DMO relacionado à idade. O risco de fratura de quadril aumenta 40% para cada cinco anos de incremento na idade, mesmo após ajuste pela DMO e

fratura prévia. Uma vez que o risco para quedas aumenta com a idade, parte do aumento observado está provavelmente ligada às quedas ³.

Riscos adicionais para fratura de quadril têm sido identificados, incluindo peso e perda de peso, altura, cognição, situação socioeconômica, estação do ano, deficiência visual, estado civil, atividade física, uso de certas medicações, entre outros ⁴.

Avaliação de resultados sugerem que o impacto da fratura de quadril é substancial e de longa duração. Nos primeiros três meses esses pacientes experimentam deterioração da função física, vitalidade e atividade social. Estudos prospectivos sugerem que os efeitos negativos da fratura de quadril persistem por pelo menos 12 meses ⁵.

Fraturas de quadril são as mais caras conseqüências da osteoporose. Os custos econômicos podem ser divididos em custos médicos diretos (hospitalização, cirurgia, serviços médicos e de outros profissionais de saúde, medicamentos, fisioterapia etc). custos médicos indiretos (perda da produtividade devido à doença e à morbidade e perdas devido a morte precoce) e custos não médicos (transporte, dieta especial, aposentadoria, modificação da moradia etc) ⁵.

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento, dado o crescimento marcante da fração de indivíduos considerados idosos, com idade equivalente ou superior a 60 anos ⁶.

No Brasil estima-se que a população de idosos crescerá 16 vezes, contra cinco vezes o crescimento da população de idosos do mundo ⁷.

Frente ao envelhecimento da população idosa brasileira, há a necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do país ⁷. Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos, implicando no tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada ⁸.

Em 01 de outubro de 2003, foi sancionado pelo governo brasileiro o Estatuto do Idoso a fim de direcionar ações a garantir às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos proteção à vida e à saúde. O referido documento contém disposições sobre os direitos atribuídos aos idosos, dentre elas destaca-se o artigo 3º do estatuto do Idoso "É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, uma vez que apresenta a integralidade das ações estabelecidas".

De acordo com o artigo 18 do referido documento, "as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, familiares e grupos de auto-ajuda".

A hospitalização é considerada de grande risco especialmente para as pessoas mais

idosas. Como repercussões, a hospitalização é seguida, em geral, por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes irreversíveis ⁹.

A partir desses últimos estudos, justificou-se proceder ao presente trabalho, fratura de quadril em idosos, através de análise Qualitativa e Quantitativa, com o objetivo de trazer para o âmbito da saúde do idoso questionamentos relativos aos riscos existentes, na tentativa de que os profissionais se conscientizem da necessidade das orientações aos pacientes idosos.

Espera-se com este estudo contribuir com novas formas de atuação do corpo de enfermagem, visando os riscos de fratura de quadril em idosos.

Diante disso surge o questionamento de quais são as complicações clínicas mais freqüentes em pacientes idosos após fratura de quadril?

2 Objetivos

Descrever a fratura de quadril em idosos, e identificar as complicações clínicas associadas à fratura de quadril em idosos internados na enfermaria da ortopedia de um hospital em Taguatinga e correlacionar estas patologias com o tempo transcorrido até a realização da cirurgia.

3 Materiais e Método

Trata-se de um estudo do tipo Qualitativo, Quantitativo e pesquisa de campo com análise exploratória.

A abordagem utilizada é do tipo quanti-qualitativa, que associa a análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, privilegiando a melhor compreensão do tema a ser estudado, facilitando desta forma a interpretação dos dados obtidos. Segundo ¹⁰, a abordagem quanti-qualitativa é aquela que permite a complementação entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana.

A abordagem quantitativa se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados. Deve ser aplicada nas seguintes situações: quando é exigido um estudo do problema ou do objeto de pesquisa; quando é necessário um diagnóstico inicial da situação; nos estudos experimentais; nos estudos de análise ocupacional e análise de desempenho, como nas auditorias da qualidade do desempenho profissional e dos recursos institucionais ¹¹.

De acordo com ¹², a metodologia qualitativa surge diante da impossibilidade de investigar e compreender por meio de dados estatísticos alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade. Ela está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas no dia-a-dia.

Descreve a abordagem qualitativa como "modos de inquisição sistemática preocupados com a compreensão dos seres humanos e da natureza e suas transações consigo mesmo e com seus arredores" ¹⁰.

De acordo com as divisões essa pesquisa contempla a fase exploratória, em que são feitas investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos ¹³.

O estudo exploratório tem por objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção dele e descobrir novas idéias. Realiza descrições precisas da situação e busca descobrir as relações existentes entre seus elementos componentes da mesma, requerendo um planejamento bastante flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou de uma situação ¹⁴.

Geralmente o estudo exploratório proporciona maior familiaridade com o problema, ou seja, tem o intuito de torná-lo mais explícito. Essas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou descoberta de intuições. ¹⁵, fazendo referência à pesquisa exploratória, afirmam que "na maioria dos casos são pesquisas que envolvem: levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão". Embora o planejamento da pesquisa exploratória seja bastante flexível, na maioria dos casos pode assumir a forma de pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso.

Na pesquisa de campo será utilizada a coleta de dados, que consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presumem relevantes, para analisá-los ¹⁶.

De acordo com trabalho ¹⁰, a pesquisa de campo descreve e explora fenômenos em cenários naturais e pretende examinar práticas de pessoas ou grupos em ação na vida real. A intenção com esse tipo de estudo é de aproximar-se dos sujeitos da pesquisa, de forma a conhecer e entender o problema no cenário onde ele ocorreu, sem impor uma estrutura ou forma de controle.

A presente pesquisa foi realizada na Unidade de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), localizado no Setor C Norte, Área Especial nº 24 na Região Administrativa de Taguatinga do Distrito Federal. A escolha se deu pelo fato de ser um hospital de referência em ortopedia, com 43 leitos para esta especialidade. A população participante foi de 40 idosos que deram entrada no serviço de ortopedia do hospital no período de outubro, novembro e dezembro de 2006, com fratura de quadril.

Foi utilizada a técnica de observação não-participante, que segundo ¹⁰, diz que o pesquisador não se envolve com o contexto a ser observado. As observações foram realizadas à distância, não havendo a participação como membro da situação.

A coleta de dados da pesquisa de campo foi feita mediante a leitura de documentos (prontuários), seguida da observação de manifestações clínicas que indicavam complicações durante a internação do idoso, e da realização de entrevistas por meio de aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas.

Para a seleção dos idosos, foi feito um levantamento junto à Unidade de Ortopedia e Traumatologia para identificação daqueles que haviam sido admitidos por motivo de fratura de quadril. Após esta identificação, os idosos eram abordados pelas pesquisadoras que apresentavam os objetivos da pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) para ser assinado em caso de concordância. Todos os idosos abordados concordaram em participar da pesquisa.

Nessa etapa foi utilizado um questionário semi-estruturado (Apêndice 1) para a coleta de dados socio-demográficos, a forma de acesso ao hospital, informações sobre a história de internações prévias e histórico de quedas, compondo a primeira parte do instrumento de coleta de dados.

Para o preenchimento da segunda parte do instrumento de coleta de dados foi realizada a análise dos prontuários dos idosos participantes da pesquisa, buscando-se informações clínicas atuais e anteriores à internação.

Seguindo à análise de prontuários, foram complementadas as informações por meio de entrevista junto aos pacientes e/ou acompanhantes, momento em que foram aprofundadas algumas informações que não tinham sido coletadas com clareza nos prontuários, utilizando-se do mesmo instrumento de coleta de dados.

A análise dos dados do questionário é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e outros fatores ¹⁶. Essa análise foi de caráter quanti-qualitativo, concretizada por tabulações dos dados de identificação e da história da doença, a fim de caracterizar a população estudada.

A tabulação e análise foi feita pelos *softwares Access* e *SPSS (SFAFISFICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES)*, este último permitindo realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar resultados de forma rápida permitindo assim uma apresentação e uma interpretação sucinta dos resultados obtidos.

Esclarece-se que, para cumprimento dos princípios éticos em pesquisa que envolve seres humanos, esta pesquisa foi desenvolvida após ser submetida à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

Todos os idosos (acima de 60 anos) internados com fratura de quadril foram convidados a participar do estudo, foi apresentado a cada pessoa o termo de consentimento livre e esclarecido, sugerido por ¹⁷, procurando usar linguagem simples e deixando espaços para que a pessoa possa pudesse se manifestar sobre qualquer dúvida ou questão levantada. O termo foi assinado pelo participante e pelo pesquisador, em duas vias, ficando cada um com uma cópia. Foi garantido o anonimato e o sigilo das informações obtidas, respeitando os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Ministério da saúde – Brasil.

4 Resultados e Discussão

As fraturas de quadril resultam em grandes seqüelas psicológicas, funcionais e

econômicas com substancial risco de morbidade e mortalidade.

Aproximadamente 24% dos pacientes com fratura de quadril morrem durante o ano subsequente à fratura e entre as mulheres a sobrevida é 12%-20% menor que o esperado. A maior parte da mortalidade está relacionada com condições clínicas prévias à fratura. Assim, a fratura por si só pode aumentar a probabilidade de morte por essas comorbidades ⁵.

A taxa de mortalidade após fraturas é maior em mulheres com comorbidades do que em mulheres saudáveis, mas o risco de mortalidade aumenta ao longo dos anos, mesmo em mulheres sem doenças preexistentes. Idade, alterações funcionais e cognitivas e complicações pós-operatórias também podem prever risco para mortalidade. As taxas de mortalidade masculinas são aproximadamente o dobro das femininas e essa diferença persiste por pelo menos dois anos. Algumas evidências recentes sugerem que diferentes taxas de morte por infecção (pneumonia, septicemia) podem explicar a diferença entre a sobrevida de homens e mulheres ⁵.

Dos pacientes que sobrevivem após fratura, a morbidade é substancial. A taxa de readmissão hospitalar pode ser maior que 40% e é maior entre os pacientes com complicações pós-operatórias. ⁵, Relataram que a maioria das readmissões não está diretamente relacionada à fratura do quadril, mas sim a problemas não cirúrgicos e comorbidades, como as infecções e problemas cardíacos. Cerca de 50% dos pacientes necessitam de um período de recuperação em casas de repouso e mais de 25% a 33% permanecem lá por mais de 12 meses. Mobilidade pré-fratura, função cognitiva, saúde física, solidão, idade e incontinência são importantes preditores de longas permanências em casa de repouso ¹⁸.

Verificaram que em 12 meses após a fratura de quadril, somente 33% dos pacientes recuperaram suas atividades básicas da vida diária pré-fratura ⁵.

Somente 20% dos pacientes recuperou níveis de performance das atividades instrumentais e somente 26% recuperou funções e papéis sociais ¹⁸.

Pacientes mais velhos, aqueles com maior permanência hospitalar, aqueles com alterações cognitivas e desordens afetivas durante a hospitalização e aqueles com limitado contato social, apresentarão mais dificuldade para recuperação ⁵.

Avaliação de resultados sugerem que o impacto da fratura de quadril é substancial e de longa duração. Nos primeiros três meses esses pacientes experimentam deterioração da função física, vitalidade e atividade social. Estudos prospectivos sugerem que os efeitos negativos da fratura de quadril persistem por pelo menos 12 meses ⁵.

Fraturas de quadril são as mais caras conseqüências da osteoporose. Os custos econômicos podem ser divididos em custos médicos diretos (hospitalização, cirurgia, serviços médicos e de outros profissionais de saúde, medicamentos, fisioterapia etc). Custos médicos indiretos (perda da produtividade devido à doença e à morbidade e perdas devido a morte precoce) e custos não médicos (transporte, dieta especial, aposentadoria, modificação da moradia etc) ¹⁹.

As fraturas do colo femoral e fraturas intertrocânticas usualmente exigem uma redução aberta e fixação interna. Elas são mais comuns em mulheres que em homens (80%

a 85%), provavelmente em decorrência de diversos fatores. As mulheres têm uma pelve ligeiramente mais larga, com uma tendência para coxa em varo, tendem a ser menos ativas, e desenvolvem osteoporose mais cedo, e tendem ainda a viver mais tempo que os homens ²⁰.

Pacientes idosos não toleram bem o confinamento ao leito, e todos os esforços devem ser feitos para fixar cirurgicamente a fratura no espaço de 24 horas: uma espera mais prolongada pode resultar no aparecimento de complicações devido formação de escaras e congestão pulmonar; a realização da fixação interna deve ser levada a cabo com o paciente sob anestesia geral, espinhal, ou epidural. A redução aberta e a fixação interna das fraturas do quadril devem ser realizadas, com o objetivo de ser obtida uma fixação interna rígida e estável que vá permitir que o paciente se movimente e seja capaz de deambular dentro de um curto período de tempo. No caso das fraturas do quadril usuais, é permitido ao paciente que se sente numa cadeira no dia seguinte à cirurgia, e a descarga do peso protegida será permitida dentro de 24 horas após a cirurgia, desde que a fratura tenha sido bem reduzida, e esteja segura e firmemente fixada por meio de uma fixação interna estável. A continuidade óssea deverá ser restabelecida, de modo que o próprio osso assuma uma porção significativa da carga. Rydell, Frankel, e outros, demonstraram que as forças aplicadas à cabeça femoral e fêmur proximal, com a prática de atividades como o erguimento da perna e com o ato de sentar e levantar de uma "comadre", freqüentemente igualam ou excedem a carga aplicada durante uma deambulação protegida. A experiência confirmou que, quando a fratura estiver bem reduzida e fixada internamente, a sustentação do peso poderá ter início quase que imediatamente ²⁰.

Permite-se que o paciente sente numa cadeira no dia seguinte a cirurgia; têm início os exercícios ativos das extremidades superiores e inferiores. Dependendo do estado do paciente e da estabilidade da fixação internas, a sustentação parcial do peso tem início no segundo dia, tendo continuidade até que ocorra uma significativa consolidação da fratura ²⁰.

A Organização das Nações unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento, dado o crescimento marcante da fração de indivíduos considerados idosos, com idade equivalente ou superior a 60 anos ⁶.

No Brasil estima-se que a população de idosos crescerá 16 vezes, contra cinco vezes o crescimento da população de idosos do mundo ⁷.

Frente ao envelhecimento da população idosa brasileira, há a necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do país ⁷. Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos, implicando no tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada ⁸.

Em 01 de outubro de 2003, foi sancionado pelo governo brasileiro o Estatuto do Idoso a fim de direcionar ações a garantir às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos proteção à vida e à saúde O referido documento contém disposições sobre os direitos

atribuídos aos idosos, dentre elas destaca-se o artigo 3º do estatuto do Idoso "É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, uma vez que apresenta a integralidade das ações estabelecidas".

De acordo com o artigo 18 do referido documento, "as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, familiares e grupos de auto-ajuda".

A hospitalização é considerada de grande risco especialmente para as pessoas mais idosas. Como repercussões, a hospitalização é seguida, em geral, por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes irreversíveis⁹.

5 Considerações finais

Com a tendência do envelhecimento populacional, torna-se necessária uma discussão sobre o preparo dos sistemas de saúde para acolher a crescente demanda de idosos. É necessário uma estruturação dos serviços e dos programas de saúde, pois os idosos utilizam os serviços de saúde de maneira mais intensa que os demais grupos etários.

A queda é um evento real na vida dos idosos e traz a eles muitas conseqüências, às vezes irreparáveis. Portanto, a abordagem ao idoso que caiu deve incluir uma avaliação ampla e integral visto que o idoso é mais suscetível a complicações causada pelo repouso prolongado no leito durante a hospitalização. Uma atenção especial deve ser voltada para esse grupo, uma vez que dadas as características, a manifestação clínica evidente da fratura de quadril.

Assim, o profissional de saúde deve realizar a capacitação de pessoal de saúde para o atendimento ao idoso desde a formação acadêmica, com vista ao atendimento do fenômeno do envelhecimento (Gerontologia) e processo saúde-doença dos idosos (Geriatria). É necessário fazer uma anamnese bem detalhada, direcionada às causas da queda. Neste momento, saber se é a primeira queda ou não pode direcionar a avaliação. Detalhar o acometimento a fatores extrínsecos (fatores ambientais, vestimenta) e intrínsecos (doenças, uso de polifármacos) faz-se importante. Esta avaliação poderá evitar quedas posteriores, assim como permitirá um melhor entendimento da queda.

É necessária uma abordagem multidimensional, o que só é possível por meio de uma ação integrada e especializada de uma equipe. No entanto, a despeito do crescente interesse por esta faixa etária, pouco se tem feito, tanto no plano da prevenção quanto no da reabilitação.

A Política Nacional de Saúde do Idoso já aborda esse tipo de assistência. Para tanto, faz-se necessário colocar em prática o que está previsto em lei. Existe a necessidade de

profissionais de saúde e a organização dos serviços para que a atenção ao idoso seja uma política governamental.

Outro aspecto é reforçar a importância do autocuidado e alertar família/cuidador para que participem ativamente da prevenção de queda com os idosos.

Por fim, de acordo com o objetivo proposto para este estudo, verificou-se que o tempo levado para realizar a cirurgia e a ocorrência de complicação patológica, observou-se que dos idosos que fizeram cirurgia em até 10 dias, apenas 6,9% tiveram algum tipo de complicação, e dos idosos que fizeram cirurgia entre 11 a 25 dias, 65,5% tiveram algum tipo de complicação. Quanto ao tempo decorrido entre a hospitalização e o registro da primeira ocorrência de complicações patológicas, todas as complicações ocorreram antes do procedimento cirúrgico, com a ocorrência de complicações distribuídas como segue: no período de 0 a 5 dias, 24,1%; 6 a 10 dias, 37,9%; 11 à 15 dias, 13,8%; 16 a 20 dias, 13,8%; 21 à 25 dias, 6,9%; 36 à 40 dias, 3,4%; e 27,5% não apresentou nenhuma ocorrência de complicação durante a internação. Observa-se que nos primeiros 10 dias 62% dos idosos tiveram algum tipo de complicação, 25% dos pacientes não passaram pelo processo da cirurgia, ou seja, 3 pacientes vieram a óbito (7,5%), 7 pacientes não tiveram condições clínicas para a cirurgia (17,5%) e 33 pacientes (82,5%) passaram pelo processo cirúrgico.

Destaca-se que apenas 3% dos idosos internados tiveram acesso ao procedimento cirúrgico entre 0 e 5 dias, 27,2% dos idosos tiveram o mesmo acesso entre 26 e 50 dias e 69,70% realizaram o procedimento cirúrgico entre 6 e 25 dias. Dentro dos que não fizeram parte do procedimento cirúrgico 3 pacientes vieram a óbito (7,5%), 7 pacientes não tiveram condições clínicas para a cirurgia (17,5%) e 33 pacientes (82,5%) passaram pelo processo cirúrgico.

Durante o período de internação por causa da fratura de quadril, registraram-se as seguintes complicações patológicas relacionadas à internação: Escaras (32,5%), pneumonia (25%), transtornos mentais (20%), infecção urinária (15%), hipertensão e desidratação (5%), sepse, embolia gordurosa, estase/trombose venosa, bexigoma, anemia, hiponatremia (2,5%).

Tal fato implica a necessidade de capacitação de Enfermeiros para a prestação de cuidados especiais com esses indivíduos, visando a minimizar o risco desses acidentes durante a internação hospitalar e trabalhar o cuidado destes pacientes estendendo à sua família.

6 Referências

01. Cummings S.R. et al. Risk factors for hip fracture in white women. *N. Engl. J. Med.* 1995, 332:767-773.
02. Peacock M., Turner C.H. et. al. Genetics of osteoporosis. *Endocr Rev.* 2002; 23:303-326.
03. Davies J.C., Manning D.P., Kemp G.J. The rising number of underfoot accidents after the menopause causes both fractures and non-fracture injuries. *Q. J. Med.* 2001; 94:699-707.
04. Law M.R., Hackshaw A.K. A meta-analysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: recognition of a major effect. *Br. Med. J.* 1997; 315:841-846.

05. Bergamim D. P.; Ayres J. L. A.; Molina T. H. Fratura de quadril: análise dos fatores de risco e suas conseqüências. Temas de reumatologia clínica. Revista de reumatologia clínica 2005 março; Vol. 6. Número 1. pg.09-13.
06. Cançado F. X. Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte: Coopmed/Health; 1994.
07. Chomowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rer Saúde Pública 1997.
08. Coelho F. J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. Ver Saúde Pública 2000.
09. Creditor M. C. Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Inter med 1993.
10. Polit D. F.; Hungler B. P. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
11. Santos, I. dos; Clos, A. C. Pesquisa quantitativa e metodologia. In: Gauthier, J. et al. Pesquisa em enfermagem; novas metodologias aplicadas. Rio de janeiro: Guanabara koogan, 1998.
12. Minayo, M.C.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de janeiro: Vozes, 1994.
13. Tripodi, Tony et. al. Análise da pesquisa social:diretrizes para o uso de pesquisa em serviço social e em ciências sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.
14. Cervo, A. L. Metodologia Científica. 5ª edição. São Paulo: Prentice hall, 2002.
15. Gil, A.C. Como Elaborar Projetos de pesquisa. 3ª edição. São Paulo: Atlas; 1991.
16. Trujillo, F. A. Metodologia da ciência. 3. ed. Rio de janeiro: Kennedy, 1974.
17. Goldim J. R. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre: da casa, 2000.
18. National Osteoposis Foundation. Osteoporosis: review of the evidence for prevention, diagnosis, and treatment and cost-effectiveness analysis. Osteoporos Int. 1998; 8(Suppl 4):S1-S88.
19. National Osteoporosis Foundation: America's Bone Health: The State of Osteoporosis and Low Bone Mass in Our Nation. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2002.
20. Crenshaw A. H. Cirurgia ortopédica de Campbell. São Paulo: Editora Manoele Ltda, 1996; 1ª edição brasileira.
21. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução 196/96. Diário oficial da união, Brasília (Out. 16, 1996). P.21085-6.