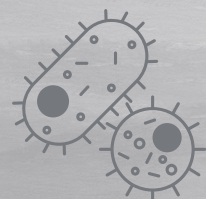
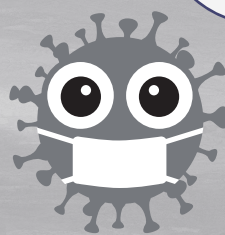
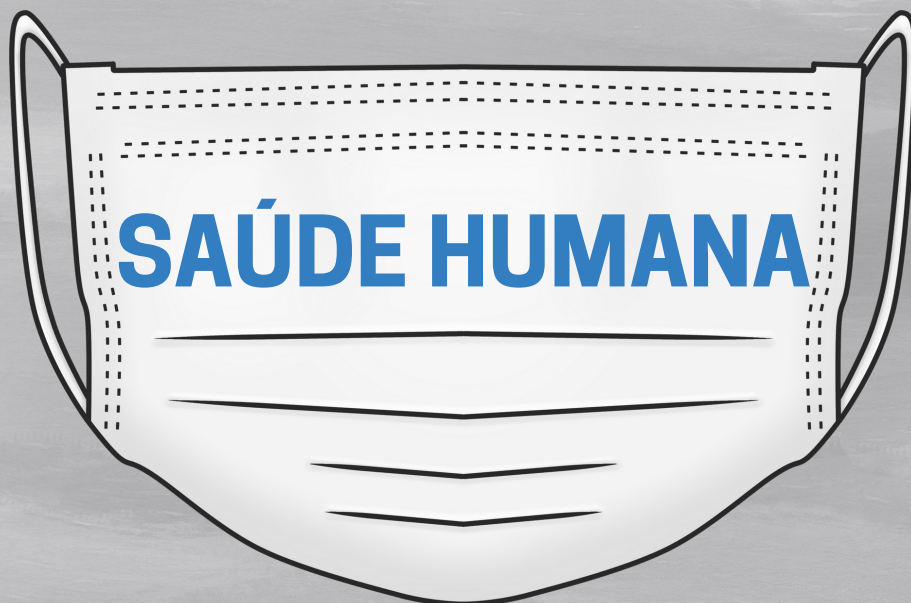


# TÓPICOS ESSENCIAIS SOBRE A

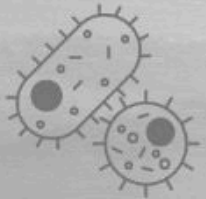
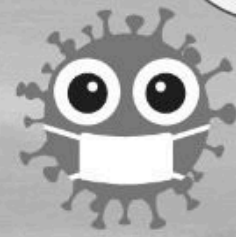


ORGANIZADOR  
**Plínio Pereira Gomes Júnior**

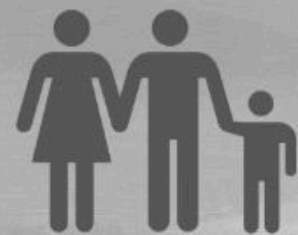




# TÓPICOS ESSENCIAIS SOBRE A



ORGANIZADOR  
Plínio Pereira Gomes Júnior



Editora Omnis Scientia

**TÓPICOS ESSENCIAIS SOBRE A SAÚDE HUMANA**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

## **Editor-Chefe**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

## **Organizador**

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

## **Conselho Editorial**

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

## **Editores de Área - Ciências da Saúde**

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

## **Assistente Editorial**

Thialla Larangeira Amorim

## **Imagem de Capa**

Canva

## **Edição de Arte**

Vileide Vitória Larangeira Amorim

## **Revisão**

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-  
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de  
responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Lumos Assessoria Editorial  
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

T674 Tópicos essenciais sobre a saúde humana : volume 1  
[recurso eletrônico] / organizador Plínio Pereira Gomes  
Júnior. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.  
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5854-895-9

DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9

1. Cuidados pessoais com a saúde. 2. Hábitos de saúde.  
3. Saúde - Aspectos sociais. 4. Saúde - Políticas  
públicas. 5. Bem-estar. 6. Cuidados em enfermagem. I.  
Gomes Júnior, Plínio Pereira. II. Título.

CDD23: 613

**Editora Omnis Scientia**

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

[editoraomnisscientia.com.br](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto:contato@editoraomnisscientia.com.br)



## PREFÁCIO

O conceito mais amplo de saúde é o equilíbrio dinâmico, entre o organismo e seu ambiente, mantendo as características estruturais e funcionais do organismo nos limites considerados normais para o seu ciclo vital. Mas a definição de saúde requer outros pontos de vista: legal, social e econômico. Esta é definida pela Organização mundial de Saúde (OMS), como 'o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças'. Ou seja, chegamos a uma questão simples, mas paradoxal: alguém no nosso país tem saúde? Parece-nos que, por melhor que sejam as condições de vida do indivíduo, é possível que ele não goze plenamente de saúde. Pois mesmo morando em uma mansão, mas se estiver psicologicamente abalado com a queda da Bolsa de Valores, não terá saúde. Assim, saúde aparenta ser um estado momentâneo e até mesmo fugaz. Então, devemos nos ater no prolongamento deste estado de saúde, pois nos parece impossível ter na prática saúde plena. Dito isso, é preciso incentivar estudos que tragam contribuições, por menores que sejam para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Deste modo, devemos focar nos pilares dessa saúde: a alimentação e a higiene, que pode prevenir doenças e agravos. Esta obra trás um pouco de algumas áreas das Ciências da Saúde, como amostra do quão complexo é essa área do conhecimento, principalmente quando aplicada à saúde humana.

Capítulo Premiado: 12 - ANÁLISE DE CASOS PÓS-FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL - UM ESTUDO TRANSVERSAL EM BELO HORIZONTE- MG.

# SUMÁRIO

## **CAPÍTULO 1.....14**

### **IMPORTÂNCIA DA HIGIENE PARA EPIDEMIOLOGIA**

Flávio Gomes Figueira Camacho

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/14-18**

## **CAPÍTULO 2.....19**

### **SOBRE CARGA DE TRABALHO DOS CUIDADORES E FAMILIARES DE DOENTES CRÔNICOS EM TEMPOS DE COVID 19**

Janaina Maria da Silva Vieira Pacheco

Cristina Fernanda Viana da Silva

Júlio César santos da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/19-28**

## **CAPÍTULO 3.....29**

### **REPERCUSSÕES DO ENSINO REMOTO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA APRENDIZAGEM DE ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DE PETROLINA-PE**

Karolline de Albuquerque Campos do Prado

Adriana Gradela

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/29-34**

## **CAPÍTULO 4.....35**

### **INCIDÊNCIA DE BACTÉRIAS CAUSADORAS DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM PACIENTES DO HU – UNIVASF EM 2021**

Lílian Filadelfa Lima dos Santos Leal

Adriana Gradela

Mateus Matiuzzi da Costa

Carine Rosa Nauê

Gabriela Lemos de Azevedo Maia

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/35-42**

**CAPÍTULO 5.....43**

**PERFIL DE RESISTÊNCIA DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO HU – UNIVASF EM 2021**

Lílian Filadelfa Lima dos Santos Leal

Adriana Gradela

Mateus Matiuzzi da Costa

Carine Rosa Nauê

Gabriela Lemos de Azevedo Maia

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/43-53**

**CAPÍTULO 6.....54**

**OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A SAÚDE DO IDOSO EM TEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19**

Lotar Matheus Evangelista Cecilia

Camila Miranda Pereira

Maria Silvana Cirineu da Silva

Sonia Maria Silva de França

Anny Beatriz Melo Neves

Thais Costa Da Silva

Joyce Souza da Silva

Maria do Carmo Dutra Marques

Michelle Guimarães Mattos Travassos

Darlene da Silva Pacheco Fonseca

Ivanice Jordão da Costa

Elidielza dos Santos Rodrigues

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/54-64**

**CAPÍTULO 7.....65**

**PANORAMA GERAL DAS TERAPIAS MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO DA LEISHMANIOSE**

Edmilson Clarindo de Siqueira

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/65-79**



<b>CAPÍTULO 8.....</b>	<b>80</b>
<b>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS INTOXICAÇÕES EXÓGENAS NA IV MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2010 A 2020</b>	
Silvia Helena Bezerra Santos	
Adriana Gradela	
<b>DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/80-86</b>	
<b>CAPÍTULO 9.....</b>	<b>87</b>
<b>CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A FIBROSE CÍSTICA</b>	
Tayná de Oliveira	
Fabiana Aparecida Villaça	
Daniele Ribeiro de Freitas_	
Brenda Carvalho de Souza	
Victor Nunes Cavalcante	
<b>DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/87-96</b>	
<b>CAPÍTULO 10.....</b>	<b>97</b>
<b>HEMATOMA ESPINHAL EPIDURAL ESPONTÂNEO</b>	
Adauto Francisco Lara Junior	
Felipe dos Santos Souza	
Cleiber Frederico Botta	
Otavio de Luca Druda	
<b>DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/97-103</b>	
<b>CAPÍTULO 11.....</b>	<b>104</b>
<b>IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA PROVISÓRIA X RESTRIÇÃO A CONDUÇÃO VEICULAR: DIRETRIZES E DECISÕES EMPÍRICAS</b>	
Adauto Francisco Lara Junior	
Cleiber Frederico Botta	
Ricardo Yabumoto	
<b>DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/104-113</b>	

**CAPÍTULO 12.....114**

**ANÁLISE DE CASOS PÓS-FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL: UM ESTUDO TRANSVERSAL EM BELO HORIZONTE- MG**

Adauto Francisco Lara Junior

Felipe dos Santos Souza

Cleiber Frederico Botta

Alex Fabiano Dias Pinto

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/114-129**

**CAPÍTULO 13.....130**

**ETIOLOGIA DA FISSURA LABIOPALATINA: O QUE O CIRURGIÃO-DENTISTA DEVE SABER?**

Hudson Padilha Marques da Silva

Caio Allan Alves de Araújo

Francisco Bruno Teixeira

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/130-135**

**CAPÍTULO 14.....136**

**CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DE LESÕES DE ADENOCARCINOMA EM ESFREGAÇOS CERVICOVAGINAIS**

Beatriz Caroline Dias

Ana Caroline Guilhermina

Camila Ferreira Cavalheiro

Fabiana Aparecida Vilaça

Gabriel F. de Jesus

Tayna Milhomes

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/136-145**

**CAPÍTULO 15.....146**

**CARACTERÍSTICAS DAS INTOXICAÇÕES EXÓGENAS NA IV MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2010 A 2020**

Silvia Helena Bezerra Santos

Adriana Gradela

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/146-151**

**CAPÍTULO 16.....152**

**ASSISTÊNCIA A GESTANTE COM PRÉ-ECLAMPSIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Letícia Lacerda Marques

Taiane Soares Vieira

Antônia Dyeylly Ramos Torres Rios

Anna Karolina Lages de Araújo

Raul Ricardo Rios Torres

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/152-162**

**CAPÍTULO 17.....163**

**OPÇÕES DE TRATAMENTO PARA ZUMBIDO: REVISÃO DE LITERATURA**

Jessica Aparecida Bazoni

Bruna da Silva Rocha

Wanya Maria Bulhões Viante Chaise de Freitas

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/163-179**

**CAPÍTULO 18.....180**

**UTILIZAÇÃO DOS AGROTÓXICOS NOS ALIMENTOS, E SUA RELAÇÃO COM OS IMPACTOS NUTRICIONAIS E ECONÔMICOS**

Flávio Franklin Ferreira de Almeida

Mycarla Jaiane da Silva Faustino Guedes

Paloma Cyntia da Silva Figueiredo Siqueira

Milena Nunes Alves de Sousa

Vescijudith Fernandes Moreira

Thyago Araújo Gurjão

Geovergue Rodrigues de Medeiros

Aline Carla de Medeiros

Patricio Borges Maracaja

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/180-193**

**CAPÍTULO 19.....194**

**ANÁLISE DA COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DA CESTA BÁSICA DE ALIMENTOS  
COMERCIALIZADA NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

Flávio Franklin Ferreira de Almeida

Rozelia Alves da Silva

Milena Nunes Alves de Sousa

Thyago Araújo Gurjão

Geovergue Rodrigues de Medeiros

André Luiz Dantas Bezerra

Ana Clara Roberto Ramalho de Andrade

Larissa de Araújo Batista Suárez

Aline Carla de Medeiros

Patricio Borges Maracaja

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/194-207**

**CAPÍTULO 20.....208**

**A IMPORTANCIA NUTRICIONAL DOS ALIMENTOS PROVENIENTES DA AGRICULTURA  
ORGÂNICA E CONVENCIONAL NO BRASIL**

Flávio Franklin Ferreira de Almeida

Sara Albino de Lucena

Paloma Cyntia da Silva Figueiredo Siqueira

Elzenir Pereira de Oliveira Almeida

Milena Nunes Alves de Sousa

Thyago Araújo Gurjão

Ana Clara Roberto Ramalho de Andrade

Leonardo Souza do Prado Junior

Aline Carla de Medeiros

Patricio Borges Maracaja

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/208-222**

**CAPÍTULO 21.....223**

**ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO (MP) NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE (BVS) NO PERÍODO DE 2008 A 2018**

Flávio Franklin Ferreira de Almeida

Everson Vagner de Lucena Santos

Milena Nunes Alves de Sousa

Aline Carla de Medeiros

Patricio Borges Maracaja

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/223-233**

**CAPÍTULO 22.....234**

**EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO: ANÁLISE DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

Iara Maria Ferreira Santos

Vagner Herculano de Souza

Manoel Bastos Freire Júnior

Ana Cecília Silvestre da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-5854-895-9/234-249**

### ANÁLISE DE CASOS PÓS-FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL: UM ESTUDO TRANSVERSAL EM BELO HORIZONTE- MG

**Adauto Francisco Lara Junior<sup>1</sup>;**

Médico ortopedista preceptor em residência médica nos Hospitais Semper e UNIMED - BH.

ORCID: 0000-0002-4919-9079

**Felipe dos Santos Souza<sup>2</sup>;**

Acadêmico de Medicina da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT).

ORCID: 0000-0002-3896-2745

**Cleiber Frederico Botta<sup>3</sup>;**

Médico pela Universidade estadual de Montes Claros, residente em ortopedia no Hospital Semper em Belo Horizonte - MG.

ORCID: 0000-0001-6742-202X

**Alex Fabiano Dias Pinto<sup>4</sup>.**

Médico ortopedista, preceptor em residência médica nos hospitais Hospital Maria Amélia Lins e UNIMED em Belo Horizonte - MG.

ORCID: 0000-0003-3482-1029

**RESUMO:** Estudos sobre fraturas de fêmur tem se tornado cada vez mais relevante na população, tendo em visto o aumento da expectativa de vida. Nesse sentido, é importante ressaltar que esse tipo de fratura se apresenta comumente nos traumas entre as pessoas idosas e está associada à substancial morbidade e mortalidade. **METODOLOGIA:** Estudo retrospectivo de vítimas de fratura de fêmur proximal tratadas cirurgicamente em um hospital particular de Belo Horizonte/MG, no período de 01 de fevereiro de 2007 a 01 de julho 2009. Por meio da análise dos prontuários e de contatos telefônicos coletaram-se informações com as características dos pacientes, que foram acompanhados por até 28 meses após a fratura. **RESULTADOS:** A fixação utilizada mais frequente para as fraturas de fêmur proximal foi o *Dynamic Hip Screw* (DHS), seguidos pela artroplastia parcial de quadril e artroplastia total de quadril, nessa ordem. Oito pacientes (6,8%) estavam institucionalizados quando foram admitidos. Este estudo não apontou para maior morbimortalidade. A taxa de reinternação foi de 41,7%, dentro do esperado, considerando a gravidade do paciente idoso com fratura do fêmur proximal. Este estudo revelou que 55,2% dos pacientes permaneceram hospitalizados por até seis dias. **DISCUSSÃO:** Com a análise estatística dos dados deste trabalho, foi possível ressaltar algumas características epidemiológicas dos

pacientes com fratura de fêmur. Estudos prospectivos trazem informações mais precisas e diminuem o viés da amostra. O fato de que 33,7% dos pacientes queixaram-se de dor no pós-operatório demonstra a importância em se realizar novos estudos dando enfoque a esse tema. Ademais, foi visto que 26,8% pacientes dependem definitivamente de muleta ou andador. **CONCLUSÃO:** O tema é de extrema relevância para a comunidade médica e o recorte realizado nessa pesquisa permite novos estudos na área em ortopedia objetivando compreender mais sobre a epidemiologia e o curso clínico das fraturas de fêmur proximais.

**PALAVRAS-CHAVE:** fraturas do fêmur. Epidemiologia. Ortopedia.

### **ANALYSIS OF PROXIMAL FEMUR POST-FRACTURE CASES: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN BELO HORIZONTE-MG**

**ABSTRACT:** Studies on femur fractures have become increasingly relevant in the population, given the increase in life expectancy. In this sense, it is important to emphasize that this type of fracture is commonly present in trauma among the elderly and is associated with substantial morbidity and mortality. **METHODS:** Retrospective study of victims of proximal femur fractures treated surgically in a private hospital in Belo Horizonte/MG, from February 1, 2007 to July 1, 2009. Through analysis of medical records and telephone contacts, information with the characteristics of the patients, who were followed up for up to 28 months after the fracture. **RESULTS:** The most frequently used fixation for proximal femur fractures was Dynamic Hip Screw (DHS), followed by partial hip arthroplasty and total hip arthroplasty, in that order. Eight patients (6.8%) were institutionalized when they were admitted. This study did not point to higher morbidity and mortality. The readmission rate was 41.7%, as expected, considering the severity of the elderly patient with a fracture of the proximal femur. This study revealed that 55.2% of patients remained hospitalized for up to six days. **DISCUSSION:** With the statistical analysis of the data from this study, it was possible to highlight some epidemiological characteristics of patients with femoral fractures. Prospective studies provide more accurate information and reduce sample bias. The fact that 33.7% of patients complained of pain in the postoperative period demonstrates the importance of conducting new studies focusing on this topic. Furthermore, it was seen that 26.8% of patients definitely depend on crutches or walkers. **CONCLUSION:** The topic is of extreme relevance to the medical community and the scope carried out in this research allows new studies in the area of orthopedics aiming to understand more about the epidemiology and clinical course of proximal femur fractures.

**KEY-WORDS:** femoral fractures. Epidemiology. Orthopedics.

## INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e conseqüentemente a maior proporção de idosos na população, principalmente os chamados grandes idosos (aqueles com mais de 80 anos), chama-nos a atenção para a importância de pesquisas sobre fraturas de fêmur proximal, uma vez que este tipo de fratura apresenta-se comumente nos traumas entre as pessoas idosas e está associada à substancial morbidade e mortalidade (LIPORACE; EGOL e TEJMANI, 2005), responsabilizando-se por grande parte das cirurgias e ocupação de leitos ortopédicos.

A diminuição da habilidade funcional (KOVAL e ZUCKERMAN, 1999) e o aumento das taxas de mortalidade (MEYER *et al.*, 2000) são as mais importantes conseqüências das fraturas do fêmur proximal. Outrossim, tardiamente, implicam em redução da mobilidade, perda da independência e menor possibilidade de retornar às atividades da vida diária mais elementares pré-fratura.

Vários estudos versam sobre a recuperação funcional pós-fratura de fêmur em idosos. O termo “recuperação”, em muitos trabalhos, se limita à avaliação da deambulação pós-fratura. Na realidade, estudos mais atuais são mais complexos e tendem a diagnosticar várias atividades do dia-a-dia em protocolos bem detalhados (PRAEMER; FURNER e RICE, 1992).

Nos EUA, estudos indicam que o número de fraturas do fêmur proximal dobrou a partir de meados da década de 60 para a década de 80, sendo atualmente mais de 300 mil casos por ano e com custo de cuidados médicos na ordem de 10 bilhões de dólares. Em 2050, é esperado que esse número aproxime-se de 650 mil, com aproximadamente 50% sendo fratura do colo do fêmur (ROCKWOOD; HOME e CRYER, 1990). No Brasil, os estudos epidemiológicos sobre fratura do fêmur proximal é insuficiente e não esclarece as características e impactos dessas lesões traumato-ortopédicas.

O estudo das conseqüências das fraturas do quadril, em cotejo com outras variáveis tais como: idade, sexo, comorbidades, estado cognitivo, estilo de vida pré-fratura, moradia pré-fratura, fatores perioperatórios, tipo de cirurgia, complicações cirúrgicas, tipo de reabilitação e disposição ao resgate, servirá para definir o perfil dos pacientes que poderão ser analisados e identificados.

É importante ressaltar que a maioria dos pacientes idosos apresenta, no momento da fratura do fêmur, duas ou mais doenças, o que provoca o aumento do risco de complicações no pós-operatório imediato e tardio. Eles apresentam, às vezes, complicações graves implicando em um risco aumentado de morte (VAN BALEN *et al.*, 2001).

A identificação das variáveis que influenciam a mortalidade e perda da habilidade funcional permite uma recuperação otimizada dos pacientes que sofreram fratura do quadril.

A mortalidade em um ano pós-fratura do fêmur proximal é usualmente relatada em torno de 20 a 25% e varia conforme raça, sexo, idade e comorbidades (CENTER; NGUYER



e SCHNEIDER, 1999). O risco de morte é descrito como sendo muito maior nos primeiros meses pós-fratura do que nos períodos subsequentes (EMPANA; DARGENT-MOLINA e BREART, 2004).

O tratamento das fraturas do fêmur proximal é primordialmente cirúrgico, sendo minoritária a indicação de tratamento clínico. Atualmente, há várias técnicas cirúrgicas que variam conforme o tipo de fratura. Elas visam a fixação da fratura e a estabilização do paciente objetivando sua precoce mobilização e conforto, restauração do estado pré-fratura e facilitar os cuidados de enfermagem.

Este estudo tem por objetivo avaliar de forma mais aprofundada a autonomia funcional de pacientes após fraturas de fêmur proximal.

## MÉTODOS

Estudo retrospectivo de vítimas de fratura de fêmur proximal tratadas cirurgicamente em um hospital particular de Belo Horizonte/MG, no período de 01 de fevereiro de 2007 a 01 de julho 2009. Por meio da análise dos prontuários e de contatos telefônicos coletaram-se informações com as características dos pacientes, que foram acompanhados por até 28 meses após a fratura.

O questionário investigativo sobre as condições cognitivas e funcionais antes e depois do trauma em questão, foi adaptado do *Mini Mental State Examination* (CRUM *et al.*, 1993) e consistiu em questionar o paciente ou acompanhante se houve melhora, piora ou se não houve alteração, comparando-se os períodos pré e pós-trauma, nos seguintes aspectos: orientação espacial, orientação temporal, memória, concentração e fala.

A medida da avaliação funcional foi adaptada usando questionamentos utilizados no AVD (FITZGERALD *et al.*, 1993). Para tanto, alguns itens foram incluídos para a pesquisa: banho, vestuário, alimentação, deambulação, toalete e transferência. Para cada item, criou-se a seguinte graduação com relação à facilidade/dificuldade em ser realizada cada tarefa: sem dificuldade (três pontos), alguma dificuldade (dois pontos), muita dificuldade (um ponto) e incapaz (zero ponto). Os pontos foram somados para a classificação de cada paciente.

Além dessas informações, também foi investigado a dependência por uso de órtese de apoio no pós-trauma, qual o tipo de órtese, o tipo de fixação cirúrgica empreendida, a passagem no CTI durante o período de internação hospitalar, o local da queda, a ocorrência de reinternação, o aparecimento de algum tipo de dor no paciente, o uso de anticoagulante no período pós-operatório e o tempo de espera para realização da cirurgia.

Do total de 161 pacientes, vítimas de fratura de fêmur proximal, que tiveram seus prontuários revisados, foi possível preencher por completo 122 formulários, por meio de ligações telefônicas. Apenas os dados dos formulários completos foram submetidos à análise estatística.

## METODOLOGIA

Inicialmente, analisou-se descritivamente as variáveis utilizadas no estudo. Para as variáveis nominais ou categóricas, elaboraram-se tabelas de distribuição de frequências. Para as variáveis quantitativas, como AVD e número de comorbidades, utilizaram-se medidas de tendência central e variabilidade. Avaliou-se então, a taxa de mortalidade e as prevalências das morbidades por meio dos testes descritos abaixo.

O teste não-paramétrico Wilcoxon, que compara dados quantitativos pareados (antes/depois), para avaliar a escala AVD, antes e após a cirurgia. O teste de McNemar, apropriado para comparação de proporções pareadas, para a verificação das diferenças quanto ao uso de órteses antes e depois do trauma.

Para verificar os fatores associados à mortalidade foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para comparação de proporções ou do teste exato de Fisher, próprio para amostras com pequenas frequências. Foi estimado ainda o risco de morte, por meio da razão de chances (odds ratio – OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Quando se considerou variáveis numéricas, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Optou-se por testes não-paramétricos devido ao caráter assimétrico das variáveis testadas. Em todas as análises considerou-se um nível de significância de 5% e foram utilizados os softwares Epi-info para entrada dos dados e SPSS 12.0 para a análise.

## RESULTADOS

A Tabela 1, descreve as características dos pacientes admitidos com fratura de fêmur proximal (FFP) em um Hospital particular localizado em Belo Horizonte – MG, como por exemplo, sexo, idade, tempo de espera pela cirurgia, membro operado, tipo de fixação, local da queda, mortalidade.

Tabela 1 - Características dos pacientes

Características	Frequência	Percentual
<b>Sexo (n=122)</b>		
masculino	86	70,5
Feminino	36	29,5
<b>Idade (n=121)</b>		
<70	22	18,2
71-80	44	36,4
>81	55	45,5
<b>ASA pré-operatório (n=96)</b>		
I	6	6,3
II	43	44,8
III	42	43,8
IV	5	5,2
<b>Apoio MO<sup>1</sup> (n=84)</b>		
<3 semanas	25	29,8
4 a 5 semanas	25	29,8
> 6 semanas	34	40,5
<b>Espera cirurgia (n=120)</b>		
<12 horas	17	14,2
13 a 24 horas	35	29,2
25 a 36 horas	12	10,0
36 a 48 horas	24	20,0
3 dias ou mais	32	26,7
<b>Institucionalizado (n=116)</b>		
Não	108	93,1
Sim	8	6,9
<b>Re-internação (n=108)</b>		
Não	63	58,3
Sim	45	41,7
<b>Tempo anticoagulante (n=25)</b>		
Até 30 dias	12	48,0
mais de 31 dias	13	52,0
<b>Tempo internação (n=116)</b>		
2 a 4 dias	30	25,9
5 a 6 dias	34	29,3
7 dias ou mais	52	44,8
<b>Tempo fez a cirurgia (n=121)</b>		
7 a 12 meses	26	21,5
13 a 24 meses	56	46,3
> 24 meses	39	32,2
<b>Transfusão (n=114)</b>		
Não	69	60,5
Sim	45	39,5
<b>Fixação (n=121)</b>		
APQ <sup>2</sup>	26	21,5
ATQ <sup>3</sup>	7	5,8
Richards	88	72,7
<b>Local queda (n=115)</b>		
Banheiro	12	10,4
Corredor	2	1,7
Cozinha	4	3,5
Escada	8	7,0
Outros	48	41,7
Quarto	29	25,2
Sala	12	10,4
<b>Falecimento (n=122)</b>		
Não	87	71,3
Sim	35	28,7

<sup>1</sup>MO=Membro Operado; <sup>2</sup>APQ=Artroplastia parcial de quadril; <sup>3</sup>ATQ=Artroplastia total de quadril

O resultado da avaliação da Atividade da Vida Diária e da avaliação cognitiva (Tabela 2) mostra queda da capacidade funcional do paciente pós-fratura e altos percentuais de piora no status mental. A memória apresentou maior porcentagem de piora pós-trauma (39,8%), enquanto a fala apresentou a menor taxa com 11,9%.

**Tabela 2** - Comparação da Atividade da Vida Diária (AVD)

Descrição	AVD antes	AVD depois	Valor-p <sup>(*)</sup>
Média	17,47	13,13	
Mediana	18,00	15,00	
Desvio-padrão	1,50	5,32	<0,001
Mínimo	12	0	
Máximo	18	18	

Avaliação cognitiva	Frequência	Percentual
<b>Orientação temporal (n=117)</b>		
Inalterado	77	65,8
Piorou	40	34,2
<b>Orientação espacial (n=118)</b>		
Inalterado	77	65,3
Piorou	41	34,7
<b>Memória (n=118)</b>		
Inalterado	76	64,4
Piorou	42	35,6
<b>Concentração (n=118)</b>		
Inalterado	71	60,2
Piorou	47	39,8
<b>Fala (n=118)</b>		
Inalterado	104	88,1
Piorou	14	11,9

(\*) Teste não-paramétrico de Wilcoxon

O relato do aparecimento de algum tipo de dor que não existia no período prévio ao trauma revelou que 33,7% dos pacientes apresentaram essa queixa. O local mais frequente de queixas dolorosas foi no membro operado (75% dos que apresentaram dor nova). A análise qualitativa da dor, adaptada do AOFAS SCORE (PORTEGIJS *et al.*, 2009), revela que a dor moderada ocasional foi a mais frequente (48,4%). Cabe observar, que no período anterior ao trauma, 4,9% do total de pacientes utilizavam bengala e 3,3% utilizavam andador. No período pós-trauma, esses percentuais passaram para 13,9% e 20,5% respectivamente, na análise do uso da órtese em caráter definitivo, relacionado ao quadro algico pós-operatório. Pode-se afirmar ainda que essa foi uma diferença estatisticamente significativa, em ambos os casos, dado o valor-p (<0,05) do teste de hipótese (Tabela 3).

**Tabela 3** - Estatísticas descritivas das informações sobre dor e utilização de órtese antes e após o trauma

Descrição	Frequência	Percentual
<b>Dor nova (n=104)</b>		
Não	69	66,3
Sim	35	33,7
<b>Intensidade da dor (n=31)</b>		
Moderada, ocasional	15	48,4
Moderada, diariamente	13	41,9
Severa, quase sempre presente	3	9,7
<b>Local da dor (n=32)</b>		
Membro operado	24	75,0
Coluna	4	12,5
Joelho	1	3,1
Quadril	2	6,3
Outros	1	3,1

Uso de Órtese (%)	Antes trauma	Após trauma		Valor-p*
		Temporário	Definitivo	
Bengala	6 (4,9%)	16 (13,1%)	17 (13,9%)	<b>0,027</b>
Andador	4 (3,3%)	13 (10,7%)	25 (20,5%)	<b>0,030</b>
Muleta	--	8 (6,6%)	--	---

(\*) Teste McNemar

A prevalência de comorbidades pode ser analisada na Tabela 4.

**Tabela 4 - Prevalência de comorbidades**

Morbidades	n (prevalência)		
	Apenas antes do Trauma	Apenas depois do Trauma	Antes e Depois Do Trauma
Alzheimer	10 (8,2%)	--	--
Angina/ICO	9 (7,4%)	3 (2,5%)	2 (1,6%)
Arritmia	4 (3,3%)	4 (3,3%)	--
AVC	9 (7,4%)	3 (2,5%)	1 (0,8%)
Depressão	6 (4,9%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Dislipidemia	6 (4,9%)	1 (0,8%)	--
Diabetes	18 (14,8%)	5 (4,1%)	4 (3,3%)
DPOC	11 (9,0%)	4 (3,3%)	1 (0,8%)
HAS	62 (50,8%)	3 (2,5%)	8 (6,6%)
Hipotensão	--	12 (9,8%)	1 (0,8%)
Hipotireoidismo	13 (10,7%)	2 (1,6%)	2 (1,6%)
IAM	4 (3,3%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)
ICC	12 (9,8%)	3 (2,5%)	4 (3,3%)
Insuficiência Respiratória	1 (0,8%)	18 (14,8%)	--
Íons	11 (9,0%)	4 (3,3%)	1 (0,8%)
IRC/IRA	6 (4,9%)	9 (7,4%)	1 (0,8%)
ITU	9 (7,4%)	13 (10,7%)	1 (0,8%)
Osteoporose	9 (7,4%)	--	1 (0,8%)
Parkinson	7 (5,7%)	1 (0,8%)	--
PNM	1 (0,8%)	10 (8,2%)	--
Tabagismo	12 (9,8%)	--	1 (0,8%)
TEP	4 (3,3%)	15 (12,3%)	--
TVP	2 (1,6%)	9 (7,4%)	1 (0,8%)

AVC=Acidente Vascular Cerebral, DPOC=Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica, IAM=Infarto Agudo do Miocárdio, ICC= Insuficiência Cardíaca Congestiva, IRC/IRA=Insuficiência Renal Aguda/Insuficiência Renal Crônica, ITU=Infecção do Trato Urinário, PNM=Pneumonia, TEP= Trombo Embolismo Pulmonar, TVP= Trombose Venosa Periférica

A Tabela 5 mostra que todos os fatores relacionados à avaliação cognitiva apresentaram-se fortemente associados à mortalidade dos pacientes avaliados (valores-p<0,05). Percebendo-se, descritivamente, que a taxa de mortalidade mais elevada foi entre os pacientes que apresentaram piora na fala (71,4%). Pode-se afirmar ainda que: pacientes que apresentaram piora na orientação temporal têm 15 vezes mais chance de falecer do que os que não tiveram alteração nessa função. Quando falamos da orientação espacial a chance diminui um pouco, passando para 14 vezes e podendo ser ainda de aproximadamente 10

vezes para a função cognitiva fala. Mostra ainda que idade, ASA pré-operatório e tempo de espera da cirurgia foram outros fatores associados à mortalidade (valores-p<0,05).

**Tabela 5** - Fatores da avaliação cognitiva e fatores gerais associados à mortalidade dos pacientes

Avaliação cognitiva	Faleceu		Valor-p*	OR	IC 95%
	Não	Sim			
<b>Orientação temporal (n=117)</b>					
Inalterado	70 90,9%	7 9,1%	<b>&lt;0,001</b>	1,00	
Piorou	16 40,0%	24 60,0%		15,00	[5,51; 40,85]
<b>Orientação espacial (n=118)</b>					
Inalterado	70 90,9%	7 9,1%	<b>&lt;0,001</b>	1,00	
Piorou	17 41,5%	24 58,5%		14,12	[5,22; 38,18]
<b>Memória (n=118)</b>					
Inalterado	69 90,8%	7 9,2%	<b>&lt;0,001</b>	1,00	
Piorou	18 42,9%	24 57,1%		13,14	[4,89; 35,33]
<b>Concentração (n=118)</b>					
Inalterado	65 91,5%	6 8,5%	<b>&lt;0,001</b>	1,00	
Piorou	22 46,8%	25 53,2%		12,31	[4,47; 33,93]
<b>Fala (n=118)</b>					
Inalterado	83 79,8%	21 20,2%	<b>&lt;0,001</b>	1,00	
Piorou	4 28,6%	10 71,4%		9,88	[2,82; 34,64]

Descrição	Faleceu		Valor-p	OR	IC 95%
	Não	Sim			
<b>Sexo (n=122)</b>					
masculino	63 73,3%	23 26,7%	0,513*	1,00	
Feminino	24 66,7%	12 33,3%		1,37	[0,59; 3,18]
<b>Idade (n=121)</b>					
<70	21 95,5%	1 4,5%	<0,001**	1,00	
71-80	35 79,5%	9 20,5%		5,40	[0,64; 45,70]
>80	30 54,5%	25 45,5%		17,50	[2,20; 139,39]
<b>ASA pré-operatório (n=96)</b>					
I	6 100,0%	0 ,0%	0,015**		***
II	33 76,7%	10 23,3%			
III	26 61,9%	16 38,1%			
IV	1 20,0%	4 80,0%			
<b>Espera cirurgia (n=120)</b>					
<12 horas	16 94,1%	1 5,9%	0,029**	1,00	
13 a 24 horas	25 71,4%	10 28,6%		6,40	[0,75; 54,90]
25 a 36 horas	10 83,3%	2 16,7%		3,20	[0,26; 40,06]
36 a 48 horas	17 70,8%	7 29,2%		6,59	[0,73; 59,68]
3 dias ou mais	19 59,4%	13 40,6%		10,95	[1,29; 93,04]
<b>Institucionalizado (n=116)</b>					
Não	80 74,1%	28 25,9%	0,999**	1,00	
Sim	6 75,0%	2 25,0%		0,95	[0,18; 5,00]
<b>Transusão (n=114)</b>					
Não	50 72,5%	19 27,5%	0,535*	1,00	
Sim	30 66,7%	15 33,3%		1,32	[0,58; 2,97]
<b>CTI (n=120)</b>					
Não	74 80,4%	18 19,6%	<0,001	1,00	
Sim	12 42,9%	16 57,1%		5,48	[2,21; 13,60]
<b>Fixação (n=121)</b>					
APQ	19 73,1%	7 26,9%	0,241**	1,00	
ATQ	7 100,0%	0 ,0%			***
Richards	60 68,2%	28 31,8%		1,27	[0,48; 3,36]

(\*) Teste Qui-quadrado de Pearson; (\*\*) Teste exato de Fisher; (\*\*\*) OR não pode ser calculado devido à ocorrência de categorias nulas; CTI=Centro de Terapia Intensiva



Avaliou-se, também, a mortalidade entre dois grupos de pacientes: aqueles com até duas comorbidades e outros com três ou mais. Apesar da maior frequência de mortalidade no grupo com maior número de comorbidades, não houve alteração estatística significativa (valores  $p=0,228$ ).

## DISCUSSÃO

Com a análise estatística dos dados deste trabalho, foi possível ressaltar algumas características epidemiológicas dos pacientes com fratura de fêmur. Porém, é importante considerar que este é um estudo retrospectivo e que está sujeito a perda de dados. Estudos prospectivos trazem informações mais precisas e diminuem o viés da amostra.

Como confirmam relatos de outros autores, as fraturas do fêmur proximal predominaram na sétima e oitava décadas de vida (HOLT *et al.*, 2008) e há nítida predominância do sexo feminino (GARCIA; DECKERS e LEME, 2006).

De acordo com Holt *et al.* (2008), a maior taxa de mortalidade ocorre nos três primeiros meses pós-operatório. Neste estudo, 35 pacientes (28,7%) foram a óbito, restando 71,7% vivos dos 122 pacientes estudados no seguimento de 28 meses. Para Harper e Lyles (1988), a taxa de mortalidade global é de 20% no primeiro ano após a fratura e então retorna às taxas pareadas para os padrões de sexo e idade. Neste estudo a taxa foi de 20,5%.

Garcia *et al.* revelou em seu estudo que o quarto foi o ambiente mais prevalente como local da queda, com 28% do total. Neste estudo, 25,2% dos pacientes sofreram a queda no quarto e 41,7% referiram-se ao item “outros”.

Na literatura, a data de início da marcha é muito variável, porém são bem conhecidos os riscos de seu atraso (EKSTROM *et al.*, 2009). Neste estudo, a análise do início da descarga de peso no membro operado revela que 29,8% dos pacientes deambulam até três semanas do período pós-operatório. A marcha precoce durante as primeiras semanas é fundamental para reduzir as complicações clínicas e a mortalidade.

Foram admitidos em Unidade de Terapia Intensiva 28 pacientes (23,3%) durante a internação hospitalar. As indicações foram diversas, incluindo as admissões eletivas, e não é objetivo desta pesquisa discutir profundamente sobre esse achado. Pesquisas na base de dados MEDLINE “*Intensive Care Units*”[Mesh] and “*Hip Fractures*”[Mesh] revelaram apenas seis resultados que não demonstraram uma estatística de admissões nesses centros especializados. Há necessidade de enfatizar este assunto para que haja consenso dos requisitos de indicação para acompanhamento em unidades de terapia intensiva.

A análise do tempo decorrido entre a admissão no hospital e o tratamento cirúrgico revela que 42,4% dos pacientes operaram nas primeiras 24 horas. Veado e Cunha (2006) obteve uma média de 4,1 dias. Há muito se preconiza o tratamento até 24 horas para diminuir os riscos de complicações (LEFAIVRE *et al.*, 2009). O tempo de espera para cirurgia foi um dos fatores associados à mortalidade. Nota-se ainda que pacientes que esperaram mais de

três dias pela cirurgia têm quase 11 vezes mais chance de morrer que os que esperaram menos de 12 horas.

A fixação utilizada mais frequente foi o *Dynamic Hip Screw* (DHS), seguidos pela artroplastia parcial de quadril e artroplastia total de quadril, nessa ordem. O DHS tem indicação mais precisa nas fraturas trocântéricas, que são a maioria das FFP em idosos (ROCKWOOD, 2001).

Oito pacientes (6,8%) estavam institucionalizados quando foram admitidos. Nos estudos de Hasegawa, Susuki e Wingstrand (2007) o percentual reportado foi de 4,7%. Os cuidados diferenciados dos pacientes institucionalizados poderiam justificar uma maior ou menor morbimortalidade. Este estudo não apontou para maior morbimortalidade, porém existem relatos de que pacientes institucionalizados têm uma sobrevida diminuída de 80% para 60% (HOMEMBERG e THORNGREEN, 1987).

A taxa de reinternação foi de 41,7%, dentro do esperado, considerando a gravidade do paciente idoso com fratura do fêmur proximal.

Este estudo revelou que 55,2% dos pacientes permaneceram hospitalizados por até seis dias. O tempo de internação foi muito variável na bibliografia estudada, mas manteve-se constante nas referências europeias que reportaram aproximadamente oito dias de internação (DE PALMA *et al.*, 1992).

Existem vários estudos sobre a recuperação funcional pós-fratura de fêmur em idosos. O termo “recuperação”, em muitos trabalhos, se limita à avaliação da deambulação pós-fratura. Na realidade, estudos mais atuais são mais complexos e tendem a diagnosticar várias atividades do dia-a-dia em protocolos bem detalhados (PRAEMER; FURNER e RICE, 1992).

O AVD é um teste funcional mundialmente conhecido e, neste estudo, demonstrou a queda do quadro funcional pós-fratura de maneira significativa ( $p < 0,05$ ). Outros estudos já chegaram a esta conclusão (MAROTTOLI; BERKMAN e COONEY, 1992; MORRISON e SIU, 1998).

Estudos prospectivos descreveram a importância do bom estado cognitivo pré-trauma no melhor prognóstico dos pacientes (PFEIFFER, 1975) e, neste estudo, os resultados apontam maior mortalidade em pacientes que relataram piora do estado cognitivo no questionário investigativo. Nos cinco itens de avaliação cognitiva houve a descrição de piora do status mental. A fala foi o item com menor relato de piora, comparado com o período pré-trauma, e a memória o item com maior piora.

O fato de que 33,7% dos pacientes queixaram-se de dor no pós-operatório demonstra a importância em se realizar novos estudos dando enfoque a esse tema. A dor no pós-operatório tardio é muito estudada junto a questionários que avaliam qualidade de vida, mas a literatura carece de uma análise separada e mais detalhada.

O resultado revelou que 26,8% pacientes dependem definitivamente de muleta ou andador. Atkinson *et al.*, em seu estudo, encontrou 60% de seus pacientes dependendo de muleta, andador ou bengala no pós-operatório. Eles afirmaram que essa dependência por uma órtese de apoio pós-fratura reflete o acréscimo da debilidade funcional.

As doenças prévias ao trauma mais prevalentes foram as doenças cardiovasculares (50,8%) e Diabetes Mellitus (14,8%). Outros estudos demonstram essa tendência (CUMMING e KLINEBERG, 1994). Foi avaliado, ainda, o número total de comorbidades apresentadas por cada paciente. Percebe-se que houve um máximo de seis comorbidades, sendo uma média de duas.

Trabalhos revistos (HARPER e LYLES, 1988) apontam maior frequência de complicações respiratórias e cardiovasculares. Quando se analisa as comorbidades que surgiram no período pós-trauma, a insuficiência respiratória foi a principal complicação observada no estudo (14,8%). Hipotensão, TVP e TEP também se mostraram bem frequentes.

Os resultados revelam que pacientes com mais de 80 anos tem uma taxa de mortalidade de 45,5% e apresentam uma chance 17 vezes maior de evoluir a óbito que aqueles com idade menor que 70 anos. A taxa de mortalidade aumenta à medida que aumentam os valores do ASA, indo de zero para pacientes com ASA I, a 80% para os pacientes com ASA IV. A mortalidade é inversamente proporcional à capacidade funcional do indivíduo (NILSSON; LOFMAN e BERGLUND, 1991) apesar dos estudos não revelarem esse achado. O maior número de comorbidades, a opção por hemiartroplastia e o maior tempo de internação também se associam a índices de mortalidade mais altos na literatura, porém não conferentes com os resultados deste estudo. Nota-se ainda que pacientes que esperaram mais de três dias pela cirurgia tem quase 11 vezes mais chance de morte que os que esperaram menos de 12 horas, resultado que revela a tendência de outros trabalhos e que justifica a priorização da cirurgia precoce.

Tanto HAS (valores-p=0,05) quanto Alzheimer (valores-p=0,022) mostraram-se associados à maior chance de falecer. A presença da primeira doença aumentou em 3,453 a chance de morte enquanto a presença da segunda aumentou em 4,293. Essas doenças já foram associadas a um aumento da mortalidade anteriormente.

Bigler *et al.* enfatizaram pior prognóstico funcional em pacientes com baixa função mental, idade mais avançada e sexo masculino (BIGLER; ADELHOJ e PETRING, 1985). Os resultados aqui obtidos confirmam a análise para pacientes mais idosos e para aqueles com classificação ASA mais elevadas.

## CONCLUSÃO

A pesquisa permite concluir que a fratura do fêmur proximal está associada à piora do quadro funcional e ao aumento da mortalidade no primeiro ano pós-fratura. Em relação à morbimortalidade, concluiu-se que a classificação ASA pré-operatório elevada, a idade maior que 80 anos (comparado com grupo com menos de 70 anos), o tratamento cirúrgico antes de 12 horas (comparado ao tratamento após 36 horas) e os pacientes em que foram relatados piora do estado cognitivo apresentaram maior índice de mortalidade. A presença de Alzheimer e HAS antes da fratura também parece aumentar o risco de morte. Sobre a autonomia funcional, o estudo mostra que nos cinco itens de avaliação cognitiva houve a descrição de piora do status mental. A fala foi o item com menor relato de piora e a memória o item com maior deterioração. A dor foi um dos maiores limitantes funcionais. Os piores resultados funcionais analisados pelo AVD aconteceram nos pacientes com maior idade e maior classificação ASA. Os resultados apontam a presença de bom estado cognitivo pré-trauma como fator de melhor prognóstico e revelam maior mortalidade entre os pacientes que evidenciaram piora do estado cognitivo no questionário investigativo. Assim, este estudo mostra que o conceito de Autonomia Funcional é muito amplo e não deve se limitar à deambulação pós-fratura, uma vez que todas as funções cognitivas mostram íntima relação com a morbimortalidade pós-fratura de fêmur proximal.

## REFERÊNCIAS

1. Atkinson H.H, Cesari M, Kritchevsky SB, et al. Predictors of combined cognitive and physical decline. *J Am Geriatr Soc.* v.53, p.1197-1202, 2005.
2. Bigler D, Adelhoj B, Petring OU et al. Mental function and morbidity after acute hip surgery during spinal and general anesthesia. *Anaesthesia*, 1985; 40: 672-6.
3. Crum, RN et al. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *JAMA*, 1993; 269: 2386-91.
4. Cumming RG, Klineberg, RJ. Case-control study of risk factors for hip fractures in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 1994; 139: 493-503.
5. De Palma L et al. Survival after trochanteric fracture. Biological factors analyzed in 270 patients. *Acta Orthop Scand*, 1992; 63: 645-7.
6. Ekstrom W et al. Quality of life after a stable trochanteric fracture--a prospective cohort study on 148 patients. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 2009; 23(1): 39-44.
7. Empana JP, Dargent-Molina P, Breart G. Effect of hip fracture on mortality in elderly women: The EPIDOS prospective study. *J Am Geriatr Soc*, 2004; 52: 685-690.
8. Fitzgerald JF et al. Replication of the multidimensionality of activities of daily living. *J Gerontol*, 1993; 48: S28-31.
9. Garcia RL et al. Evolution of Brazilian elderly with hip fracture secondary to a fall. *Clinics*, 2006; 61(6): 539-44.
10. Harper CM, Lyles YM. Physiology and complications of bed rest. *J Am Geriatr Soc.*,

1988; 36: 1047–1054.

11. Hasegawa Z, Susuki S, Wingstrand H. Risk of mortality following hip fracture in Japan. *J Orthop Sci.*, 2007; 12: 113-17.

12. Holt G et al. Early mortality after surgical fixation of hip fractures in the elderly: an analysis of data from the scottish hip fracture audit. *Journal of Bone & Joint Surgery – British*, 2008; 90(10): 1357-63.

13. Homemberg S, Thorngreen, K. Statistical analysis of femoral neck fractures basen on 3.053 cases. *Clin Orthop.*, 1987; 218: 32-41.

14. Koval KJ, Zuckerman J. Functional recovery after fracture of the hip. *J Bone Joint Surg*, 1999; 76: 751-6.

15. Lefaivre KA et al. Broekhuysse. Length of stay, mortality, morbidity and delay to surgery in hip fractures. *Journal of Bone & Joint Surgery – British*, 2009; 91(7): 922-7.

16. Liporace FA, Egol KA, Tejwani N. What's new in hip fractures? Current concepts. *Am J Orthop*, 2005; 34: 66-74.

17. Luthje P, Kataja M, Nurmi I. Four-year survival after hip fractures-an analysis in two Finnish helth care regions. *Ann Chir Gynaecol*, 1995; 84: 395-401.

18. Marottoli J, Berkman, LF, Cooney, LM. Decline in physical function following hip fracture. *Journal of the American Geriatric Society*, 1992; 40: 861-6.

19. Meyer HE et al. Factors associated with mortality after hip facture. *Osteoporos Int*, 2000; 11: 228-32.

20. Morrison RS, Siu AL. Inadequate treatment of pain in hip fracture patients (abstract). Paper presented at American Geriatrics Society Meetings, Seattle, WA, 1998; 2: 5-12.

## Índice Remissivo

### A

- A. Baumannii 36, 38, 40, 44, 45, 46, 48, 49, 50
- Abertura/ruptura na região do lábio e/ou palato 130, 131
- Acompanhamento multidisciplinar 130
- Adenocarcinoma 137
- Administração de medicamentos 152, 154
- Agentes nocivos 184, 209
- Agentes terapêuticos 65
- Agricultura conservadora 209
- Agricultura convencional 209, 214, 215, 216, 218, 219, 220
- Agricultura orgânica 209, 210, 211, 212, 214, 215, 216, 217, 219, 220
- Agricultura sustentável 209, 211
- Agrotóxico 146
- Agrotóxicos na alimentação 181, 185, 191
- Alimentação adequada 195, 197
- Alimentos 181, 184, 187, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 207, 212, 222
- Alimentos orgânicos 209, 211, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221
- Ambiente agrícola 181, 183
- Aminoácidos 209, 218, 220
- Antiagregantes plaquetários 97, 98, 100
- Anticoagulante 97, 98, 100, 117, 119
- Antimicrobianos 36, 38, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53
- Antimicrobianos 44
- Antimoniais 65, 66
- Antioxidantes 184, 209, 218, 220
- Áreas endêmicas 65, 66
- Artroplastia parcial 114, 126
- Artroplastia total 106, 109, 114, 126
- Aspectos biológicos 195
- Aspirados traqueais 36
- Atendimento humanizado 153, 160

### B

- Bactérias 15, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53
- Bibliometria 224, 232
- Biblioteca virtual de saúde (bvs) 223, 225, 227, 230

### C

- Câncer de colo de útero 136, 137, 144
- Certificação dos orgânicos 209, 211
- Cesta básica de alimentos 195, 200

Coluna 62, 97, 121  
Complicações materno-fetais 153, 158  
Composição nutricional dos alimentos 209, 211, 212, 214, 220  
Comprometimento fetal 152, 154  
Consumo de agrotóxicos 181, 183, 188  
Controle do uso de agrotóxicos 146, 150, 186, 189  
Covid-19 14, 15, 19, 20, 29, 30, 31, 206  
Covid-19 na aprendizagem de estudantes 29, 31

## D

Defeito genético 87, 89, 95  
Déficit neurológico 97, 98, 101  
Déficit nutricional 130, 132  
Desigualdades sociais 30  
Distanciamento social 30  
Distúrbios de coagulação 97, 98, 100  
Doença crônica 87, 88, 89, 95  
Doença ortopédica 104  
Doença respiratória 16, 19  
Doenças crônicas 19, 21, 172  
Doenças negligenciadas 65  
Doença tropical negligenciada 65, 66  
Dominossanitários 146  
Dor cervical intensa 97, 99

## E

Educação à distância 30  
Enfermagem 27, 41, 42, 52, 53, 55, 57, 62, 63, 85, 86, 90, 91, 145, 150, 157, 206, 228, 231  
Enfermidades 14, 21  
Epidemia 14  
Epidemias 14  
Estratégia terapêutica 65  
Exposição do trabalhador rural às substâncias nocivas 181, 183

## F

Família 19, 61, 62  
Familiares e cuidadores 19  
Fármacos 44, 49, 52, 65, 66, 67, 68, 71, 73, 78, 148  
Fatores ambientais 130, 131, 133, 134, 214  
Fatores genéticos 130, 134  
Fechamento dos estabelecimentos de ensino 29  
Fertilizantes 188, 190, 209, 210, 219  
Fibrose cística (fc) 87, 95  
Fichas de notificação e investigação epidemiológica (fie) 80, 82, 146, 148  
Fissuras labiopalatinas 130, 131, 132, 134

Flavonol 209, 210, 218, 220  
Fraturas de fêmur 114, 116, 117  
Frutose 209, 218, 220

## G

Gestante com pré-eclâmpsia 153  
Gestantes 130, 152, 155, 157, 158, 159, 160  
Glândulas secretoras (exócrinas) 87, 89, 95  
Glicose 209, 218, 220  
Grupo de risco 19

## H

Hábitos de higiene 14, 17  
Hematoma 97, 98, 99, 101, 102, 103  
Hematoma espinhal epidural 97, 98, 101  
Hemoculturas 36, 40  
Higiene 14, 15

## I

Idosos 15, 19, 20, 26, 27, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 106, 116, 126, 127, 149, 167, 206, 207  
Infecções 14, 15, 17, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 50, 74, 132, 138  
Infecções hospitalares 44  
Infecções relacionadas à assistência à saúde (iras) 35, 37, 43, 45  
Ingestão de inseticidas 146, 149, 150  
Injúria musculoesquelética 104, 109, 110  
Inseticidas 146, 149, 150, 181, 183  
Instituições de saúde 37, 43, 45  
Interrupção prematura da gestação 152, 154  
Intervenção cirúrgica 97, 98, 99, 101, 102  
Intoxicações exógenas acidentais 80, 81  
Intoxicações exógenas acidentais ou intencionais 146, 147

## K

K. Pneumoniae 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 45, 46, 48, 49, 50

## L

Lavagem de mãos 14, 16  
Leishmania 65, 66, 68, 69, 72, 74  
Leishmaniose 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 78  
Lesão 97, 98, 99, 100, 101, 106, 109, 110, 136, 140, 143  
Lesão musculoesquelética 104  
Lockdown 29, 30, 64



## M

- Macronutrientes 195, 203
- Malformações faciais congênitas 130
- Malformações vasculares 97, 98, 100
- Maltose 209, 210, 218, 220
- Máscaras faciais 14, 16
- Medidas de higiene 14, 15
- Medidas preventivas 14, 16
- Medula espinhal 97, 98, 101
- Meio ambiente 17, 66, 134, 148, 181, 185, 188, 189, 190, 206, 211, 214, 216, 217, 220, 221
- Meios de comunicação 14
- Metodologia da problematização (mp) 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 231
- Micronutrientes 195, 203
- Microrganismos 35, 37, 40, 45, 46, 47, 50
- Monitoramento epidemiológico 80
- Morfologia 137
- Multirresistência 44

## N

- Necessidades alimentares básicas 195
- Necessidades nutricionais 195
- Níveis tensionais elevados na gravidez 152, 154
- Nutrientes 197, 205, 206, 209, 214, 216, 219, 220

## O

- Organização mundial de saúde 14, 15, 16, 34, 57, 159
- Ortopedia 97, 115

## P

- Pacientes acamados e debilitados 19
- Pacientes hospitalizados 35, 37
- Paraplegia 97, 98, 99, 101, 102
- Parto 152, 154, 155, 157, 158, 159, 160
- Perda auditiva 130, 165, 166, 169, 173, 174, 177
- Polifenol 209, 218, 220
- População idosa 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62
- Posicionamento dentário e estético 130
- Pré-eclâmpsia 152, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161
- Pré-natal 130, 153, 157, 158, 159, 161
- Pressão arterial refratária 152, 154
- Problemas articulares 130, 132
- Problemas de fala 130
- Problematização 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 232
- Produção científica 187, 190, 223, 225, 232, 233

Produção científica na área da saúde 223, 225  
Produtores agrícolas 181, 183  
Produtos químicos 85, 150, 181, 183, 184, 220  
Profissionais da saúde 24, 88, 89, 95, 152, 155, 191, 226  
Propagação de epidemias 14  
Proteínas 196, 209, 215, 218, 220  
Proteinúria 152, 154, 159  
Publicações 224, 227

## Q

Quarentena 29, 31  
Quimioterapia 65, 70

## R

Resistência aos patógenos 43  
Resistência bacteriana 35, 37, 41, 44, 45, 47, 52

## S

Sacarose 209, 218, 220  
Sala de cuidados intermediários (sci) 35, 43  
Saúde dos cuidadores 19  
Saúde do trabalhador 150, 195, 205  
Saúde humana 15, 181, 185, 187, 189, 190, 191, 193, 214, 221  
Saúde pública 14, 20, 35, 43, 46, 66, 80, 81, 84, 146, 147, 148, 154, 158, 181, 184, 186,  
190, 191, 232  
Síndromes 130, 133, 134  
Sistemas alternativos e ecológico 209, 210  
Sobrecarga 19  
Sobrecarga de trabalho 19, 20  
Sobrecarga no cuidado de pacientes 19, 21

## T

Tentativa de suicídio 146  
Terapia combinada de medicamentos 65  
Terapia medicamentosa 65  
Terapias antileishmania 65  
Toxicidade 65, 71, 72, 73, 74, 76, 78, 214  
Toxicidade na célula 65  
Transtornos físicos e emocionais 163, 165  
Tratamento 16, 44, 45, 47, 50, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 89, 90,  
93, 96, 97, 98, 101, 102, 105, 106, 109, 117, 125, 128, 132, 155, 160, 163, 164, 165,  
166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 191

## U

Unidades de terapia intensiva (utis) 35, 37

Uroculturas 36

Útero 137

## V

Variola 14, 15, 16

## Z

Zinco 209, 218, 220

Zumbido 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 178

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



**editoraomnisscientia@gmail.com** 

**<https://editoraomnisscientia.com.br/>** 

**@editora\_omnis\_scientia** 

**<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9>** 

**+55 (87) 9656-3565** 