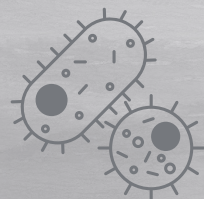
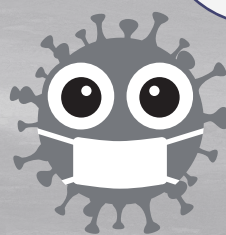
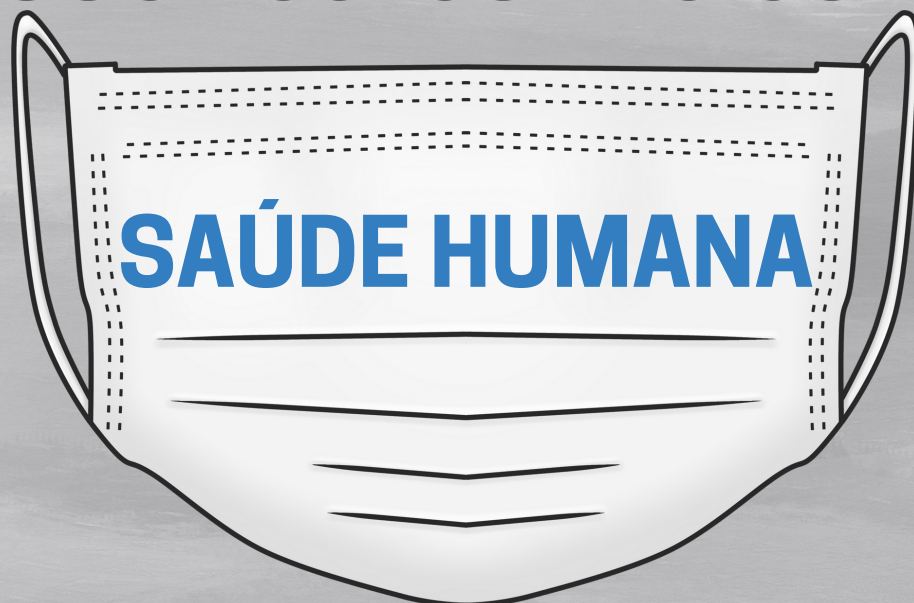




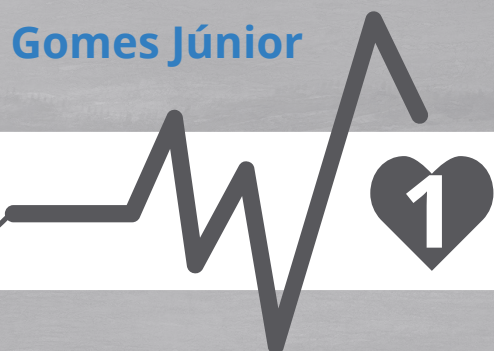
TÓPICOS ESSENCIAIS SOBRE A



ORGANIZADOR

Plínio Pereira Gomes Júnior

Volume





TÓPICOS ESSENCIAIS SOBRE A



ORGANIZADOR
Plínio Pereira Gomes Júnior



Volume

1

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 Brancalone

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

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

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

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 Junior¹;

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

ORCID: 0000-0002-4919-9079

Felipe dos Santos Souza²;

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

ORCID: 0000-0002-3896-2745

Cleiber Frederico Botta³;

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 Pinto⁴.

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 consequentemente 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 consequências 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 consequências 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
Sexo (n=122)		
masculino	86	70,5
Feminino	36	29,5
Idade (n=121)		
<70	22	18,2
71-80	44	36,4
>81	55	45,5
ASA pré-operatório (n=96)		
I	6	6,3
II	43	44,8
III	42	43,8
IV	5	5,2
Apoio MO¹ (n=84)		
<3 semanas	25	29,8
4 a 5 semanas	25	29,8
> 6 semanas	34	40,5
Espera cirurgia (n=120)		
<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
Institucionalizado (n=116)		
Não	108	93,1
Sim	8	6,9
Re-internação (n=108)		
Não	63	58,3
Sim	45	41,7
Tempo anticoagulante (n=25)		
Até 30 dias	12	48,0
mais de 31 dias	13	52,0
Tempo internação (n=116)		
2 a 4 dias	30	25,9
5 a 6 dias	34	29,3
7 dias ou mais	52	44,8
Tempo fez a cirurgia (n=121)		
7 a 12 meses	26	21,5
13 a 24 meses	56	46,3
> 24 meses	39	32,2
Transfusão (n=114)		
Não	69	60,5
Sim	45	39,5
Fixação (n=121)		
APQ ²	26	21,5
ATQ ³	7	5,8
Richards	88	72,7
Local queda (n=115)		
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
Falecimento (n=122)		
Não	87	71,3
Sim	35	28,7

¹MO=Membro Operado; ²APQ=Artroplastia parcial de quadril; ³ATQ=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 ^(*)
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
Orientação temporal (n=117)		
Inalterado	77	65,8
Piorou	40	34,2
Orientação espacial (n=118)		
Inalterado	77	65,3
Piorou	41	34,7
Memória (n=118)		
Inalterado	76	64,4
Piorou	42	35,6
Concentração (n=118)		
Inalterado	71	60,2
Piorou	47	39,8
Fala (n=118)		
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
Dor nova (n=104)		
Não	69	66,3
Sim	35	33,7
Intensidade da dor (n=31)		
Moderada, ocasional	15	48,4
Moderada, diariamente	13	41,9
Severa, quase sempre presente	3	9,7
Local da dor (n=32)		
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%)	0,027
Andador	4 (3,3%)	13 (10,7%)	25 (20,5%)	0,030
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			
Orientação temporal (n=117)					
Inalterado	70	7	<0,001	1,00	[5,51; 40,85]
	90,9%	9,1%			
	Piorou	16		24	
		40,0%		60,0%	
Orientação espacial (n=118)					
Inalterado	70	7	<0,001	1,00	[5,22; 38,18]
	90,9%	9,1%			
	Piorou	17		24	
		41,5%		58,5%	
Memória (n=118)					
Inalterado	69	7	<0,001	1,00	[4,89; 35,33]
	90,8%	9,2%			
	Piorou	18		24	
		42,9%		57,1%	
Concentração (n=118)					
Inalterado	65	6	<0,001	1,00	[4,47; 33,93]
	91,5%	8,5%			
	Piorou	22		25	
		46,8%		53,2%	
Fala (n=118)					
Inalterado	83	21	<0,001	1,00	[2,82; 34,64]
	79,8%	20,2%			
	Piorou	4		10	
		28,6%		71,4%	

Descrição	Faleceu		Valor-p	OR	IC 95%
	Não	Sim			
Sexo (n=122)					
masculino	63 73,3%	23 26,7%	0,513*	1,00	
Feminino	24 66,7%	12 33,3%		1,37	[0,59; 3,18]
Idade (n=121)					
<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]
ASA pré-operatório (n=96)					
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%			
Espera cirurgia (n=120)					
<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]
Institucionalizado (n=116)					
Não	80 74,1%	28 25,9%	0,999**	1,00	
Sim	6 75,0%	2 25,0%		0,95	[0,18; 5,00]
Transusão (n=114)					
Não	50 72,5%	19 27,5%	0,535*	1,00	
Sim	30 66,7%	15 33,3%		1,32	[0,58; 2,97]
CTI (n=120)					
Não	74 80,4%	18 19,6%	<0,001	1,00	
Sim	12 42,9%	16 57,1%		5,48	[2,21; 13,60]
Fixação (n=121)					
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 trocantéricas, 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 deteriorização. 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, Adelhof 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. Broekhuysen. 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, Teiwani 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
Famíliares 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

Varíola 14, 15, 16

Z

Zinco 209, 218, 220

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



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 