

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NO PÓS-
OPERATÓRIO DE FRATURAS NO QUADRIL**

CAMILA CARVALHO KRAUSE GONÇALVES

RECIFE

2021

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NO PÓS-
OPERATÓRIO DE FRATURAS NO QUADRIL**

Dissertação apresentada para defesa pública á banca examinadora como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Mestrando: Camila Carvalho Krause Gonçalves

Orientadora: Profa. Dra. Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros

Coorientadora: Profa. Dra. Mônica Cristina Batista de Melo

Linha de Pesquisa: Processos clínicos e ciclos da vida

Recife

2021

QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NO PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURAS NO QUADRIL

Dissertação de Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde, submetida à defesa pública e aprovada pela Banca Examinadora em de outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros (Orientadora)

Profa. Dra. Alessandra Ramos Castanha - UFPE

Profa. Dra. Waleska Carvalho Marroquim de Medeiros - FPS

Recife

2021

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado é fruto não apenas de um esforço pessoal, mas também do apoio de diversas pessoas que me deram incentivo intelectual e emocional, direta ou indiretamente. Por este motivo, registro aqui os meus mais sinceros agradecimentos:

Às minhas orientadoras, Profa. Dra. Clarissa Dubeux Lopes Barros e Profa. Dra. Monica Cristina Batista de Melo, por tudo que me ensinaram nesta jornada de dois anos de estudo, pela atenção, pelo carinho e pela disponibilidade em ajudar neste projeto.

Aos pacientes que tiveram a disponibilidade e o interesse em participar da pesquisa, buscando contribuir em prol da ciência, para si e seus semelhantes.

Agradeço especialmente a meu esposo, Bianor Teodósio Neto, e à minha filha, Sofia Krause Teodósio, que estiveram ao meu lado, compreendendo minha ausência, juntamente a meu pai, Romeu Krause, que sempre levantou a bandeira do meu crescimento e deu força para o enfrentamento de mais esta batalha.

À minha prima, Profa. Waleska Carvalho Marroquim, pelo apoio, pelo incentivo e pela orientação no ingresso e no transcorrer do mestrado.

Aos amigos, que estimularam e orientaram sobre a importância deste trabalho, do ponto de vista de engrandecimento acadêmico, bem como de se tornar exemplo para novas gerações.

De todo o meu coração, obrigada a todos!

RESUMO

Cenário: fraturas no quadril do idoso tornaram-se um importante problema de saúde pública com o envelhecimento populacional, desenvolvendo resultados de forte impacto nos aspectos físicos, mentais e psicológicos da vida do idoso que influenciam na sua qualidade de vida. Em relação ao impacto biopsicossocial, pode-se destacar a perda da autonomia funcional decorrente do tratamento conservador com o longo tempo de imobilização no leito ou do tratamento cirúrgico com mudanças e limitações, temporárias ou duradouras, nas atividades de vida diária. Também se pode destacar a forma do enfrentamento e adaptação às mudanças corporais pós-fratura do fêmur proximal.

Objetivo: avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos no pós-operatório de fraturas do quadril atendidos em um hospital público de referência do município de Jaboatão dos Guararapes. **Método:** estudo transversal de cunho quantitativo correlacional e preditivo, do qual participaram 37 pacientes idosos, de ambos os sexos, no terceiro mês pós-cirúrgico de fratura do quadril, atendidos em um hospital público de Jaboatão. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do questionário sociodemográfico, questionário WHOQOL-BREF e o Índice de Barthel. Os dados foram analisados através do *software* SPSS- 20 e por análises descritivas e inferenciais. **Considerações éticas:** a pesquisa seguiu as normas e diretrizes éticas da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), conforme o CAAE número 35389120.1.0000.5569. **Resultados:** a qualidade de vida é afetada pelo pós-operatório tanto por meio do tipo de fratura quanto pelo tipo de cirurgia a que o paciente foi submetido, de modo que a fratura transtrocanterica impacta mais negativamente que a fratura colo femoral e a cirurgia de prótese bipolar impacta mais positivamente a

Qualidade de Vida que a cirurgia com o *Dynamic Hip Screw* (DHS). Igualmente, pudemos observar que com quem o paciente mora tem implicações importantes no seu cotidiano na medida em que morar com os filhos implica uma maior qualidade de vida, mas também uma maior dependência, bem como receber apoio afeta de forma positiva os domínios da qualidade de vida. **Conclusão:** Os desafios para uma boa recuperação da qualidade de vida após cirurgia têm início na abordagem de forma integral do idoso pelos profissionais da saúde e por familiares. A Qualidade de Vida é afetada pelo pós-operatório pelo tipo de fratura, pelo tipo de cirurgia a que o paciente foi submetido e pelo apoio social nas atividades da vida diária.

Palavras-chave: fraturas do fêmur; cirurgia; idoso; Qualidade de Vida; Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

Scenario: fractures in the hip of the elderly have become an important public health problem with the aging population, developing results that have a strong impact on the physical, mental and psychological aspects of the elderly's life that influence their quality of life. Regarding the biopsychosocial impact, the loss of functional autonomy resulting from conservative treatment with long immobilization in bed or from surgical treatment with temporary or lasting changes and limitations in activities of daily living can be highlighted. It is also possible to highlight the way of coping and adapting to bodily changes after proximal femur fracture. **Objective:** evaluate the quality of life of elderly patients in the postoperative period of hip fractures treated at a public reference hospital in the city of Jaboatão dos Guararapes. **Method:** cross-sectional study with a quantitative correlational and predictive nature, in which 37 elderly patients of both genders participated in the third month after surgery for hip fracture, treated at a public hospital in Jaboatão. Data collection was performed through the application of the sociodemographic questionnaire, WHOQOL-BREF questionnaire and the Barthel Index. Data were analyzed using SPSS-20 software and descriptive and inferential analysis. **Ethical considerations:** the research followed the ethical norms and guidelines of resolution 510/16 of the National Health Council. It was approved by the Ethics Committee for Research involving human beings at Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), according to CAAE number 35389120.1.0000.5569. **Results:** the quality of life is affected by the postoperative period both through the type of fracture and the type of surgery the patient underwent, so that the transtrochanteric fracture has a more negative impact than the femoral neck fracture and bipolar prosthesis surgery more

positively impacts the Quality of Life than surgery with the *Dynamic Hip Screw* (DHS). Likewise, we could observe that who the patient lives with has important implications in the daily lives of patients, as living with their children implies a higher quality of life, but also greater dependence, as well as receiving support, positively affects the quality domains. of life. **Conclusion:** The challenges for a good recovery of the quality of life after surgery begin with the integral approach of the elderly by health professionals and family members. The quality of life is affected in the postoperative period by the type of fracture, type of surgery to which the patient was submitted and for social support in activities of daily living.

Keywords: femoral fractures; surgery; aged; Quality of Life; Health Psychology.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição da população de acordo com a idade	53
Gráfico 2. Distribuição da população de acordo com o sexo	54
Gráfico 3. Distribuição da população de acordo com a escolaridade	55
Gráfico 4. Distribuição da população de acordo com a renda familiar	56
Gráfico 5. Distribuição da população de acordo com o estado civil	57
Gráfico 6. Distribuição da população de acordo com a moradia	58
Gráfico 7. Distribuição da população de acordo com a religião	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica	52
Tabela 2. Caracterização clínica	61
Tabela 3. Caracterização da fratura e seu tratamento	63
Tabela 4. Características do tratamento cirúrgico da fratura transtrocantérica	65
Tabela 5. Características do tratamento cirúrgico da fratura do colo femoral.....	65
Tabela 6. Características do tratamento cirúrgico da fratura subtrocantérica.....	65
Tabela 7. Análise sobre a autopercepção	67
Tabela 8. Análise sobre o domínio físico.....	68
Tabela 9. Análise sobre o domínio psicológico	71
Tabela 10. Análise geral sobre relações sociais	72
Tabela 11. Análise sobre relações sociais dos idosos que moram com o(a) companheiro(a)	73
Tabela 12. Análise sobre o meio ambiente em que o idoso vive.....	75
Tabela 13. Análise dos resultados da avaliação da Qualidade de Vida	77
Tabela 14. Avaliação do Índice de Barthel	78
Tabela 15. Correlação entre as características amostrais e os indicadores de Qualidade de Vida e dependência em pacientes idosos no pós-operatório de fratura no quadril (N = 37)	80
Tabela 16. Efeito da variável receber apoio nos domínios da qualidade de vida	81
Tabela 17. Efeito da variável companheiro de moradia sobre a satisfação com a saúde	82

Tabela 18. Efeito da variável companheiro de moradia sobre a dependência	82
Tabela 19. Efeito do domínio físico sobre o grau de dependência	83
Tabela 20. Regressão múltipla da Qualidade de Vida em função dos tipos de fratura e cirurgia.....	84

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD	Atividade da Vida Diária
CEP/FPS	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde
CIDSAÚDE	<i>Base de datos en el área de ciudades/municipios saludables</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID 19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
DCS	<i>Dynamic condylar screw</i>
DHS	<i>Dynamic Hip Screw</i>
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HMJ	Hospital Memorial Jaboatão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PFN	<i>Proximal Femoral Nail</i>
PNI	Política Nacional do Idoso
QV	Qualidade de Vida

RA	Rede de Atenção
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Idoso e as políticas públicas.....	19
1.2 Envelhecimento.....	23
1.3 Fraturas do quadril e suas características clínicas.....	25
1.3.1 Tratamento de fraturas do quadril.....	28
1.4 Qualidade de Vida.....	30
1.5 Prevenção e promoção da saúde.....	34
II. OBJETIVOS.....	38
2.1 Objetivo geral.....	38
2.2 Objetivos específicos.....	38
III. MÉTODO.....	39
3.1 Desenho do estudo.....	39
3.2 Local do estudo.....	39
3.3 Período do estudo.....	40
3.4 População do estudo.....	40
3.5 Amostra.....	40
3.6 Critérios e procedimentos para seleção dos participantes.....	40
3.6.1 Critérios de inclusão.....	40
3.6.2 Critérios de exclusão.....	41
3.6.3 Procedimento para captação dos participantes.....	41
3.7 Variáveis de análise.....	42

3.7.1	Variáveis independentes	42
3.7.2	Variável dependente.....	42
3.8	Definição e operacionalização dos termos, critérios e variáveis.....	42
3.9	Procedimentos, testes, técnicas e exames	46
3.10	Critérios para descontinuação do estudo.....	47
3.11	Coleta de dados	47
3.11.1	Instrumentos para coleta de dados	47
3.12	Processamento e análise dos dados	48
3.12.1	Processamento de dados.....	48
3.12.2	Análise dos dados.....	49
3.13	Aspectos éticos.....	49
3.13.1	Consentimento livre e esclarecido	50
IV.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
4.1	Questionário sociodemográfico	51
4.1.1	Idade.....	53
4.1.2	Sexo.....	54
4.1.3	Escolaridade	55
4.1.4	Renda familiar.....	56
4.1.5	Estado civil.....	57
4.1.6	“Com quem mora?”	57
4.1.7	Religião	59
4.1.8	Comorbidades	60
4.1.9	Fraturas.....	62
4.1.9.1	Causa da fratura	63
4.1.9.2	Tipo de fratura e tratamento cirúrgico.....	64

4.2	WHOQOL-BREF.....	66
4.2.1	Autopercepção	67
4.2.2	Domínio físico.....	68
4.2.3	Domínio psicológico	70
4.2.4	Relações sociais	72
4.2.5	Meio ambiente.....	74
4.2.6	Resultado geral.....	77
4.3	Índice de Barthel	78
4.4	Correlação entre os questionários sociodemográfico, WHOQOL e o Índice de Barthel	79
4.5	Artigos	85
4.5.1	Impacto das fraturas no quadril tratada cirurgicamente sobre a qualidade de vida nos idosos	85
4.5.2	Impacto das fraturas no quadril tratada cirurgicamente sobre a capacidade funcional nos idosos	113
4.6	Manual de boas práticas para profissionais da saúde sobre a qualidade de vida dos idosos no pós-operatório de fraturas no quadril	125
V.	CONCLUSÃO	145
VI.	REFERÊNCIAS	148
	APÊNDICES	160
	APÊNDICE 1 – CARTA DE ANUÊNCIA	160
	APÊNDICE 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	161
	APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	164
	APÊNDICE 4 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	166

ANEXOS	167
ANEXO 1 – ÍNDICE DE BARTHEL	167
ANEXO 2 – <i>WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE</i> VERSÃO ABREVIADA (WHOQOL-BREF).....	169
ANEXO 3 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA <i>TRENDS IN PSYCHOLOGY/TEMAS EM PSICOLOGIA</i>	175
ANEXO 4 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA <i>REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA</i>	183

I. INTRODUÇÃO

A população brasileira está envelhecendo de forma acelerada, o Brasil deverá tornar-se o país mais velho do mundo em 2032¹. A partir desta constatação, as políticas públicas se depararam em dar uma atenção maior às necessidades específicas do idoso.^{2,3} Essas políticas são concebidas e realizadas para atender às necessidades da população, nomeadamente os idosos, a fim de promover a melhor atenção digna. Para assegurar ao idoso a efetivação do direito à vida, à saúde, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, além dos demais direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, foi aprovado o Estatuto do Idoso e, posteriormente, foram criadas as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS).^{4,5,6}

As necessidades específicas do idoso são decorrentes do envelhecimento humano que acompanha alterações nas esferas psicológicas, estruturais e funcionais ou secundárias a ele.⁷ Os idosos estão sujeitos a sofrer acidentes como qualquer jovem, apesar de apresentarem maior vulnerabilidade e maiores consequências aos traumas.^{8,9} Dentre os acidentes previstos, estão os acidentes domésticos, aparentemente os mais simples, mas que procovam danos importantes. Com isso, faz-se necessário compreender como as fraturas, a perda da autonomia funcional e a dimensão da influência biopsicossocial ocasionada pelos traumas afetam a qualidade de vida do idoso.

Considerando a relevância da gravidade e repercussões dessas fraturas na vida do idoso, é indispensável pensar, a partir da Psicologia da Saúde, ações de promoção da saúde e de prevenção de novas fraturas. Para a promoção da saúde dos idosos, temos que relacionar a ideia de responsabilidade múltipla, que envolve as ações do Estado com políticas públicas saudáveis e eficazes, as ações dos indivíduos e a coletividade. Vale ressaltar que o empoderamento, o autocuidado, a capacitação individual e a participação

efetiva no planejamento e execução na promoção da saúde visam à melhoria da qualidade de vida e da saúde.¹⁰

1.1 Idoso e as políticas públicas

Idoso, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é todo indivíduo com 60 anos ou mais. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, vem acontecendo de forma progressiva^{1,2,3}, representando 13% da população do país, com expectativa de dobrar esse percentual nas próximas décadas¹¹, atingindo, em 2025, a colocação de sexto lugar dentre os países com maior número de idosos¹² e chegando, em 2032, a ser o país mais velho.¹

Os temas envolvendo o envelhecimento populacional nas políticas brasileiras foram incluídos com a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em 1961. Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1975, teve início a assistência específica ao idoso no Brasil, através do direcionamento à saúde, à renda e à prevenção do asilamento. Em 1976, foi normatizada a política social da população idoso com o documento Diretrizes para uma Política Nacional para a Terceira Idade. Na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Viena, em 1982, foi proposto o conceito de envelhecimento saudável, que foi incorporado à Constituição Federal do Brasil em 1988 com a Carta Magna.¹³

Na Constituição brasileira de 1988, a sociedade conquistou o direito universal e integral à saúde e ocorreu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080/90; além disso, foi a primeira a tratar o idoso e a velhice como um problema social, avançando para os direitos à velhice e assegurando a proteção na forma de assistência social a essa população.^{2,13} Em 1996, houve a regulamentação da Política

Nacional do Idoso (PNI), que assegurou os direitos sociais do idoso, promovendo condições para autonomia, integração e participação do idoso na sociedade, para as pessoas alcançarem a longevidade com qualidade de vida.¹³

Apesar de vários encontros em prol do cuidado específico aos idosos durante os anos, só em 2003 foi deliberado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), com o objetivo de assegurar ao idoso a efetivação do direito à vida, à saúde, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, além dos demais direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.^{4,5} Após 10 anos desse estatuto, com o reconhecimento de avanços no campo dos direitos e da existência de lacunas por parte das políticas públicas, foi lançado o Decreto Presidencial do Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, coordenado pela Secretaria dos Direitos Humanos junto a doze ministérios. Entre os anos de 2013 e 2014, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde publicou o documento “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de Modelo de Atenção Integral”, potencializando as ações já existentes e propondo estratégias para fortalecer a articulação, a qualificação do cuidado e a ampliação do acesso do idoso às Redes de Atenção à Saúde.⁵

Tal documento descreve que a porta de entrada do Sistema Único de Saúde deve ser a Atenção Básica de Saúde, que, com ampla cobertura populacional e equipe multidisciplinar, ordena a atenção, integrando e coordenando o cuidado, para garantir o acesso qualificado aos demais serviços de saúde, como na Atenção Básica, na Atenção Especializada Ambulatorial, na Atenção Especializada Hospitalar e nos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Para responder às demandas de saúde das pessoas idosas, foram realizadas diversas estratégias para organização da atenção integral do idoso no Sistema Único de Saúde (SUS):⁶

- As Unidades Básicas de Saúde, compostas por equipes multiprofissionais, são responsáveis por ações de saúde individual e coletivas, com destaque para a população idosa frágil ou em processo de fragilização, no território. Além disso, oferecem ações e serviços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação da saúde, através das práticas de atividades físicas, orientação sobre prevenção e acompanhamento de vítimas de violência, prevenção de quedas, do sofrimento mental, entre outras.

- O Ministério da Saúde tem uma função importante na ampliação e na qualificação do acesso do idoso à rede de saúde através do mapeamento dos mais vulneráveis e também é responsável por algumas estratégias, como a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa, a ampla divulgação e distribuição do Caderno de Atenção Básica sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa e o investimento na capacitação das equipes para ampliar e qualificar o acesso da pessoa idosa na Atenção Básica.

Numa pesquisa bibliográfica utilizando as bases de dados LILACS, CIBSAÚDE, SCIELO e MEDLINE publicados no período de 2010 a 2014 sobre promoção da saúde e integralidade na atenção ao idoso e a realidade brasileira, foram selecionados 4 trabalhos que observaram que o modelo de atenção biológico é muito forte, embora fragmentado, e que é um desafio para a saúde pública. Dessa forma, para atuar em uma perspectiva de promoção, educação, manutenção e recuperação do ser humano, os profissionais não devem focar seu cuidado unicamente no idoso portador de doenças. Logo, todos os envolvidos na assistência à saúde do idoso e os modelos de atenção devem construir um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade com uma abordagem integral para melhorar a vida dos idosos.¹⁴

Num estudo qualitativo com gestores da Rede de Atenção (RA) da Estratégia da Saúde da Família, da RA de Atenção Especializada ou Ambulatorial, da RA de Urgência

e Emergência, da RA hospitalar e da RA da Saúde Mental, perceberam-se falhas na continuidade do cuidado do idoso, o qual consegue percorrer as cinco Redes de Atenção à Saúde de forma lenta, enfrentando filas de espera e com dificuldade do retorno do usuário e de suas informações para a Rede de Atenção de origem. Logo, apesar de o usuário ter acesso livre às Redes de Atenção à Saúde, o sistema de saúde ainda não consegue comportar toda a demanda e se organizar para que ocorra o cuidado de forma contínua.¹⁵

Num estudo qualitativo e descritivo, em 2019, sobre Política de Educação Popular e práticas na Estratégia Saúde da Família (ESF), demonstrou-se que as práticas de Educação Popular em Saúde desenvolvidas na ESF se articulam com os princípios da Política Nacional do SUS, através da construção compartilhada do conhecimento, a morosidade e a problematização. Apesar disso, existem entraves do cotidiano da educação popular em saúde, como dificuldade de marcação de consultas e falta de insumos, que coincidem com a política de Atenção Básica em vigor, que apresenta sucessivos cortes neste modelo de atenção.¹⁶

Ao longo da história, identifica-se a persistência de desafios no que tange à efetivação da Política Nacional na Educação popular em saúde no SUS, apesar de o olhar ao idoso ter sofrido alterações com apoio das políticas públicas, deixando de ser uma decadência física e inatividade do idoso e passando a ser um envelhecimento ativo e independente.^{2, 3, 5}

Por fim, constata-se um avanço na atenção ao idoso, pelas diversas políticas públicas do campo da saúde citadas neste tópico, ao mesmo tempo em que se certifica que existem lacunas neste cuidado, batalha diária de todos os atores do SUS e da política da assistência.

1.2 Envelhecimento

Biologicamente, o envelhecimento humano (a senescência) é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que inicia desde nascimento e culmina na morte. Logo, envelhecer é o destino do ser humano, mas também se caracteriza em uma categoria social, e cada sociedade vivencia maneiras distintas no que diz respeito ao declínio biológico do indivíduo.^{7,17} Durante o envelhecimento, ocorrem alterações multivariadas do desenvolvimento humano e também mudanças significativas na forma com que o sujeito enxerga e vivencia a sua realidade, assim como em sua resiliência perante as possíveis perdas desta fase. Essas alterações abrangem as esferas psicológicas, estruturais e funcionais decorrentes deste processo ou secundárias dele.^{7, 12}

O envelhecimento ativo refere-se a um envelhecimento saudável, que cultiva as relações interpessoais próximas e envolve atividades com significado e propósito. O envelhecimento ativo e independente apresentou um marco teórico no estudo do envelhecimento com a perspectiva *Life-Span*, que colaborou com a mudança da concepção de que o idoso seja um ser passivo e doente, enfatizando a heterogeneidade na velhice e a importância de atividades para a manutenção do envelhecimento saudável. Com isso, observamos que é importante o idoso estar socialmente envolvido nas atividades, porém essa capacidade de participar depende do estado de saúde e de medidas políticas para garantir oportunidades para esse envolvimento e para a promoção da saúde.^{18,19}

A senescência é um processo permeado por crescentes alterações que costumam trazer consigo limitações e perdas de toda a natureza, as quais abrangem desde mudanças no corpo, no trabalho, com a aposentadoria e diminuição da renda, até no *status* social,

com discriminação, isolamento social e familiar. Também abrange o lidar com a morte de entes queridos e fantasias a respeito da própria morte.^{7, 8, 17}

As mudanças corporais do envelhecimento como perda de massa muscular com redução da força muscular, redução da flexibilidade e diminuição do desempenho neuromotor ocasionam limitações físicas ou incapacidade funcional. Essas limitações se referem à dificuldade ou à impossibilidade de realizar as atividades cotidianas, influenciando a qualidade de vida do idoso e proporcionando perda da autonomia, perda de equilíbrio, maior risco de acidentes (por exemplo quedas), maior risco de hospitalização, institucionalização e morte.⁸

Essas modificações multivariadas do ser humano durante o envelhecimento tornam os idosos mais vulneráveis a interferências de fatores extrínsecos e intrínsecos, bem como aos agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis de pessoa a pessoa, a exemplo de quedas e fraturas.⁹

Esses fatores extrínsecos estão relacionados ao meio ambiente em que o idoso vive, sendo o domicílio o local de maior exposição a esses riscos, por exemplo pisos escorregadios e irregulares, degraus com altura elevadas, iluminação inadequada, entre outros, aumentando a possibilidade de surgirem eventos irreversíveis. Já os fatores intrínsecos, por sua vez, são os agravos de saúde do indivíduo, refletindo na incapacidade dele de se equilibrar quando surge uma queda, por exemplo tontura; uso de medicamentos; fraqueza muscular; baixa acuidade visual e auditiva; alteração da marcha; doenças agudas, entre outros sintomas.⁹

É importante entender que qualquer pessoa está sujeita a sofrer acidentes e que, apesar desses acidentes serem os mesmos que os jovens sofrem, no idoso, o resultado desse evento é maior, conseqüentemente os impactos destes costuma ser mais intensos na população idosa, ocasionando lesões com características específicas, pois influenciam na

sua mobilidade e na redução das funções, o que leva a alterações psicofísicas, funcionais e econômicas.⁹ As características físicas da idade, como a fragilidade óssea, podem predispor aos idosos fraturas mais frequentes em áreas específicas, como a fratura no quadril, no punho e na coluna.²⁰ Por isso, a importância de estudar traumas que ocasionam fraturas e perda da autonomia funcional, pode proporcionar a prevenção de fraturas e suas inferências, tal como formular promoção de saúde aos idosos.

1.3 Fraturas do quadril e suas características clínicas

A fratura é uma perturbação aguda da continuidade do tecido ósseo, ocasionando ruptura parcial ou total do osso, onde a transmissão de força através desse tecido não é mais viável.²¹

O quadril é a área do corpo situada na junção da perna e do tronco, fazendo a ligação entre o osso do fêmur e o osso ilíaco (da bacia). Os dois quadris têm o papel de suportar o peso e equilibrar o corpo em pé e são essenciais nos diversos movimentos de flexão e rotação do corpo e de deambulação.²² A geometria óssea do fêmur proximal é um fator de risco potencial à fratura e possui dois principais tipos, sendo eles fratura do colo do fêmur e transtrocantérica, também chamada de fratura intertrocantérica.²³ Além da localização, existem diferenças na epidemiologia de cada tipo de fratura, nas quais as fraturas transtrocantéricas estão associadas a pacientes do sexo feminino com idades mais avançadas, com 5 a 9 doenças prévias e quedas acidentais. Já as fraturas do colo femoral têm maior prevalência na associação com doenças cerebrovasculares.²⁴

As pessoas são expostas a diversos fatores que podem ocasionar acidentes com intensidade de traumas distintos, sendo alguns com baixo impacto e outras com alto impacto.⁹ Todo trauma é descrito como lesões causadas por uma força, que pode ser de

natureza acidental, autoimposta ou como resultado de um ato de violência, atingindo um ou mais sistemas.²⁵

Com o processo de envelhecimento e o aumento da vulnerabilidade, as pessoas se tornam ainda mais susceptíveis a esses traumas.⁸ Segundo Chen *et al.*, no seu estudo caso-controle sobre a correlação entre a qualidade de vida e fatores de riscos para fratura do quadril em mulheres pós-menopausa, além do envelhecimento, o uso de auxílio para locomoção, a falta de exercício de fortalecimento e as medicações psicotrópicas são os principais fatores relacionados com fraturas de quadril.²⁶

A prevalência de quedas em idosos decorre da interação deles com o meio ambiente em que vivem, quando comparados com os agravos da saúde do indivíduo. Logo, os fatores extrínsecos são mais agravantes do que os fatores intrínsecos em relação à queda.⁹

Num estudo transversal sobre a relação da queda no idoso e seus fatores de riscos, Almeida *et al.* observaram que as quedas ocorrem principalmente em mulheres idosas por causa da maior fragilidade óssea (osteoporose) em relação aos homens, da maior ocorrência de algumas doenças crônicas, da maior exposição a atividades domésticas e do declínio físico-funcional. Relatam também que há maior prevalência de quedas entre os idosos que vivem sozinhos, idosos que têm uma autopercepção ruim de sua saúde e idosos com obesidade.²⁴

A osteoporose, condição na qual os ossos se tornam frágeis e quebradiços, é influenciada por fatores como etnia, sexo, exercício e nutrição em cada indivíduo, e é um fator preditivo de fratura relacionado à idade.²⁰ Outras variáveis, como a anatomia óssea, também são relevantes para determinar as fraturas.²³ Numa pesquisa transversal e quantitativa sobre fraturas por baixo impacto em adultos acima de 40 anos no Brasil,

observou-se que cerca de 70% das mulheres e 85% dos homens que sofreram fratura desconheciam o diagnóstico da osteoporose.²⁰

Segundo Oliveira e Borba, no seu estudo descritivo sobre a incidência e o impacto econômico das fraturas de fêmur no estado do Paraná em 2017, a incidência de fratura de fêmur é maior em mulheres, caucasianos e grupos etários mais velhos. O sexo masculino, negros, asiáticos e grupos mais velhos apresentaram as maiores taxas de mortalidade, considerando-se a osteoporose como principal causa de fraturas em idosos.²⁷

Em relação aos acidentes de trânsito, a população mais vulnerável são os deficientes e os idosos, que apresentam condições específicas para sua mobilidade nas grandes cidades. Segundo um estudo longitudinal retrospectivo sobre trauma por acidente de trânsito no idoso, a moto é o veículo envolvido nos acidentes com ocorrência de lesão nos idosos. O estudo aponta que esses traumas ocorrem porque os idosos, devido à deficiência visual e à mobilidade restrita, subestimam a velocidade desenvolvida pelo veículo e assim não conseguem concluir a travessia da via no tempo esperado, ocasionando o atropelamento. Relatam também a maior prevalência de trauma entre os idosos com baixa escolaridade, por apresentarem maior possibilidade de situação socioeconômica precária com mais exposição a riscos.²⁵

Além dos fatores que ocasionam as fraturas, o tratamento conservador ou cirúrgico e as repercussões pós-trauma também afetam o idoso fisicamente, com a necessidade de auxílio para deambular; psicologicamente, com medo de sofrer nova queda; e socialmente, com possível necessidade de dependência funcional.²⁸

1.3.1 Tratamento de fraturas do quadril

Devido à instabilidade dos movimentos interfragmentares ósseos que a fratura promove no fêmur e à perda da função de sustentação e movimentação do membro inferior, faz-se necessário o tratamento cirúrgico da fratura para promover a estabilização dela e assim restaurar a função do tecido ósseo.²¹ Segundo as diretrizes para manejo da fratura de quadril, as cirurgias devem ser realizadas o mais rápido possível, de acordo com a aptidão do idoso, seguida de reabilitação multidisciplinar, com mobilização precoce para restaurar a função e a mobilidade e, assim, promover a capacidade funcional “pré-fratura” e o bem-estar.²⁹

Num estudo retrospectivo comparativo para avaliar os fatores influenciadores da sobrevida do nonagenário com fratura do quadril, observou-se que, apesar das numerosas comorbidades dos idosos, o tratamento cirúrgico com fixação interna parece ser superior à abordagem conservadora sem procedimento cirúrgico.³⁰

Como dito anteriormente, na topografia do fêmur proximal, existem dois principais tipos de fratura, que são a fratura do colo do fêmur e a fratura transtrocanterica.²³ Para o tratamento cirúrgico dessas fraturas, temos diversas formas de procedimentos de fixação da fratura.

Segundo o estudo de Lu, que comparou a eficácia clínica entre dois tratamentos cirúrgicos de fixação da fratura transtrocanterica instável em idosos, o tratamento com as Hastes Femorais Cefalomedulares com parafuso anti-rotatório (PFN – *Proximal Femoral Nail*) é mais simples, menos traumático, menos complicado, com melhor sobrevida em curto prazo e melhor qualidade de vida, quando comparado com a fixação usando Parafusos Dinâmicos de Quadril (DHS – *Dinamic Hip Screw*).³¹

No estudo de casos realizado para investigar o efeito e o prognóstico da substituição (artroplastia) total do quadril com osteoartrite (desgaste articular) grave que sofreu fratura do fêmur proximal, Li *et al.* observaram que esses pacientes submetidos à artroplastia total do quadril apresentaram as vantagens da diminuição do tempo de tratamento, da diminuição da dor do paciente e da redução dos custos de internação, além de melhorar a função do quadril e a qualidade de vida.³²

Num estudo multicêntrico controlado randomizado, Dolatowski *et al.*, em 2019, observaram que idosos com fratura do colo femoral submetidos a tratamentos cirúrgicos com substituição parcial da articulação (hemiartroplastia) e fixação por parafuso não apresentaram diferenças significativas em relação à função. No entanto, a hemiartroplastia levou à melhora da mobilidade e a menor probabilidade de realizar novas abordagens cirúrgicas.³³

Na revisão sistemática sobre o impacto das fraturas de quadril na qualidade de vida, no estado de saúde, no estado psicológico e na correlação de fatores sobre os resultados pós-cirurgia realizada por Alexiou *et al.*, em 2018, a artroplastia total do quadril em idosos teve uma recuperação melhor do estado de saúde quando comparada com a fixação interna no tratamento da fratura do colo do fêmur no primeiro ano pós-operatório. Essa diferença do primeiro ano parece se igualar no segundo ano pós-operatório.³⁴

Após o tratamento cirúrgico ou não da fratura do quadril do idoso, o planejamento da alta hospitalar é caracterizado por uma abordagem interdisciplinar para a continuidade dos cuidados biopsicossociais e, assim, a redução das probabilidades de reinternações por complicações pós-operatórias.³⁵

Os desafios para uma boa recuperação da qualidade de vida pós-cirurgia têm início com o preparo da equipe hospitalar na orientação aos pacientes e seus familiares, em que,

na maioria das vezes, a equipe apresenta pouca condição de abordar o paciente nos aspectos mais integrais, como a qualidade de vida. Uma vez em casa, a dor continua, podendo estar associada ou não à desnutrição e a casos de delírio senil, e a família se depara com o desafio de fornecer os cuidados e a motivação da recuperação, desse modo, alterando a estrutura física e emocional da família. Outro desafio é a recuperação física com a fisioterapia, em que, muitas vezes, quando o paciente tem o acesso, o tempo é limitado e nem sempre ocorre o aconselhamento adequado de como realizar transferências com segurança e continuidade da terapia para promover o retorno da mobilidade dos pacientes.³⁶ Logo, a reabilitação do pós-operatório da fratura do quadril é multifatorial e deve-se tratar o idoso como um todo para promover melhores condições da qualidade de vida

1.4 Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida (QV), de acordo a Organização Mundial da Saúde, é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Logo, envolve a relação da pessoa com familiares, amigos, sociedade e consigo mesma, sendo influenciada pelo bem-estar físico, espiritual, mental, psicológico e emocional. Não podemos esquecer da qualidade da saúde, do nível educacional, do nível socioeconômico, dentre outras circunstâncias que influenciam a vida.^{37, 38}

Diante da valorização do conceito de Qualidade de Vida e de suas ramificações, como QV relacionada à saúde e QV no trabalho, foram desenvolvidos vários instrumentos para mensurar e avaliar a Qualidade de Vida.³⁹ Esses instrumentos podem ser questionários, escores e/ou entrevistas.^{40, 41} Normalmente as entrevistas podem ser

estruturadas ou não e são realizadas de acordo o objetivo do estudo em questão.⁴² Dentre os escores e questionários que abordam a Qualidade de Vida existem inúmeros, entre eles há os questionários desenvolvidos pela OMS. O primeiro questionário desenvolvido pela OMS para avaliar a Qualidade de Vida foi chamado de *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), que é composto por 100 questões. A partir deste, com a necessidade de questionários mais curtos que avaliassem genericamente a Qualidade de Vida, foi desenvolvido o WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life – Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, uma versão abreviada*). Com a necessidade de um questionário específico para a população idosa, foi desenvolvido o WHOQOL-OLD (Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde do Idoso). É sabido que a Qualidade de Vida abrange além dos domínios físico e psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Muito frequentemente há a necessidade de associar outros instrumentos ao questionário Whoqol, para dar foco a outros elementos que o Whoqol não alcança. É o caso do Índice de Bathel que avalia o índice de independência e outros questionários sociodemográficos.^{39, 40, 43,44, 45}

Em relação aos idosos, a Qualidade de Vida está mais relacionada à manutenção da autonomia e à capacidade funcional, pois o envelhecimento, muitas vezes, culmina em comorbidades que podem afetar a funcionalidade e a autonomia do idoso.⁴⁵ O termo autonomia pode ser interpretado em relação à autonomia pessoal ou à dependência funcional, mas, no decorrer do envelhecimento, ambas interpretações se inter-relacionam e se afetam. A autonomia abrange a capacidade de realizar as atividades para administrar o ambiente em que vive, como fazer compras e preparar refeição, e atividades avançadas da vida cotidiana, e essas associadas capacitam a pessoa a viver em comunidade de forma independente.⁴⁶

O envelhecimento saudável – quer dizer, bem-sucedido – pode ser adquirido por habilidades físicas e mentais essenciais na autonomia e na independência de cada pessoa nos ambientes físico e social em que vive. É imprescindível a associação de felicidade, satisfação e autoeficácia, bem como a autopercepção positiva da vida e a prática de atividades que melhoram a autoestima. Uma pesquisa tipo transversal sobre os fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido na atenção primária dos idosos relata que a autopercepção positiva da vida e a prática da dança como entretenimento diminuem a vulnerabilidade clínico-funcional, fornecendo uma velhice saudável e ativa.⁴⁷

No estudo transversal sobre a capacidade funcional e a Qualidade de Vida de octogenários hospitalizados utilizando os questionários o WHOQOL-OLD (específico para ser utilizado na população idosa), o WHOQOL-BREF (instrumento genérico de avaliação de Qualidade de vida) e a Escala de Katz (instrumento que mensura o desempenho e o grau de dependência), Billett e Col observaram maiores escores nos domínios físico, psicológico e meio ambiente nos idosos com dependência parcial e independência, quando comparados com as pessoas com dependência máxima. Já os pacientes com dependência parcial, quando comparados com os dependentes total, apresentaram maiores percepções da Qualidade de Vida, do funcionamento do sensorio, da participação social e da autonomia.⁴⁵

O estudo sobre autonomia em idosos institucionalizados, em 2019, apresentou uma relação significativa entre gênero feminino e dependência e declínio cognitivo; enquanto uma boa autonomia está mais relacionada ao melhor nível de estudo e ao menor tempo de institucionalização.⁴⁶ Com a compreensão desta pesquisa, podemos abarcar outro ponto importante para a autonomia, que seria o apoio social e familiar aos idosos, que proporciona uma relação com o bem-estar das pessoas.

O apoio social tende a proporcionar uma interação e uma funcionalidade, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos, de caráter emocional, instrumental (material) ou de informação. Em específico para a população idosa, as redes de apoio social costumam estimular a percepção de estima, de ser amado e valorizado, com a inclusão do idoso na coletividade e em obrigações mútuas.⁴⁸

No estudo transversal sobre longevos em domicílios multigeracionais, foi observado que o convívio do idoso com pessoas de diferentes idades proporciona maior satisfação com a vida e que as atividades culturais e a prática de dirigir automóvel também geram satisfação.⁴⁹ Desse jeito, fortalece a ideia de que o convívio social, familiar ou não, estimula uma melhor satisfação com a vida pela promoção de maior senso de autoeficácia do idoso ao sentir-se produtivo.

Quando o idoso sofre uma fratura do quadril, esta exerce um forte impacto nos aspectos físicos, mentais e psicossociais da vida do paciente que é prejudicial para sua Qualidade de Vida.³⁴ Alexiou *et al.*, em seu estudo de revisão sistemática sobre o impacto das fraturas de quadril na qualidade de vida, observaram que os fatores comorbidade, sexo feminino e desnutrição foram associados a um impacto negativo na Qualidade de Vida após o tratamento cirúrgico da fratura do colo do fêmur, e também foram associados a maior tempo de internação, percepção severa da dor no pós-operatório e complicações.³⁴

A recuperação do estado geral da saúde do idoso para os níveis experimentados antes da fratura é longa, e um número relativamente alto de pacientes não consegue atingir esses níveis ou mesmo sobreviver.³⁴ Tendo em vista esta dificuldade em retornar as Atividades da Vida Diária (AVDs), devemos pensar formas de prevenir essas fraturas no idoso e de estratégias de promoção de saúde quando não for possível a prevenção das fraturas, para assim melhorar a Qualidade de Vida dos idosos.

1.5 Prevenção e promoção da saúde

Como já foi comentado, o envelhecimento pode afetar a Qualidade de Vida da pessoa, devido às comorbidades da saúde, diminuindo principalmente sua funcionalidade e autonomia.⁴⁵ Tendo em vista o aumento progressivo da expectativa de vida, a assistência à saúde ao idoso deve ser uma prioridade.

Em um estudo qualitativo sobre a rede de atenção ao idoso, que possui 100% de cobertura pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), revelou-se que o processo de trabalho atual da ESF não diferencia a assistência ao idoso à do adulto. Sendo que as limitações dessa assistência ao idoso são devido à fragmentação do sistema de saúde e à ausência de um modelo de atenção à saúde da pessoa idosa.⁵⁰ Logo, esse estudo só nos certificou que ainda existe muito que deve ser feito para a promoção da saúde ao idoso.

Para a atenção adequada ao idoso, é imprescindível o envolvimento de todos os órgãos públicos, instituições de saúde, instituições formadoras e da própria sociedade para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde direcionadas para esse público, como a formação e a capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso.²

Uma das alternativas importantes para um envelhecimento saudável são ações educativas para a sociedade e para os profissionais da saúde. O programa de educação em saúde propõe atividades participativas em grupos com aulas e palestras.² No programa de educação em saúde, um dos pontos importantes a ser trabalhado é buscar mais investimento em relação às ações de promoção da saúde e prevenção às quedas, pois, na população idosa, ocorre um aumento da prevalência de quedas, que resulta em hospitalizações, gastos públicos elevados com saúde e uso de leitos hospitalares por mais tempo. Com essas ações, pode-se aprimorar o conhecimento sobre o risco que esse evento

pode causar, com vistas a uma mudança positiva para a Qualidade de Vida dessa população.⁹

Ainda no pensamento das ações de prevenção e promoção da saúde do idoso, deve-se promover planejamento e adoção de medidas ligadas ao trânsito para favorecer o deslocamento dos idosos, a fim de prevenir e controlar a frequência de acidentes, proporcionando uma vida mais saudável e ativa. No estudo de Santos e Col, sobre trauma por acidente de trânsito no idoso, foi observado que ser idoso do sexo masculino é um fator de risco a envolvimento em acidente de trânsito, logo esse dado ajuda a direcionar o foco das ações de promoção e prevenção da saúde à população idosa masculina.²⁵

Como vimos anteriormente, todos esses eventos, como a queda e os acidentes de trânsito, podem ser prevenidos, mas, quando não ocorre essa prevenção, o idoso pode apresentar várias afecções, entre elas a fratura do quadril, e aí devem existir planejamentos para a promoção da saúde nesse novo aspecto da doença instalada.

Alexiou *et al.*, em seu estudo de revisão sistemática sobre o impacto das fraturas de quadril na qualidade de vida, no estado de saúde, no estado psicológico e na correlação de fatores sobre os resultados pós-cirurgia, relatam que o atendimento dos pacientes com fratura de quadril tratados com cuidados geriátricos durante a hospitalização apresenta melhor comportamento físico e da vida independente, quando comparado com os idosos tratados com cuidados ortopédicos. Além disso, programas de reabilitação de apoio, associados à psicoterapia e à suplementação nutricional antes e após a cirurgia, proporcionam benefícios ao estado de saúde e psicossocial dos pacientes mais debilitados.³⁴ Numa outra revisão sistemática da literatura sobre Qualidade de Vida do idoso após a fratura do quadril, Peeters *et al.* constataram que a otimização da ingestão nutricional, programas de reabilitação (domiciliar) e aconselhamento psicológico em pacientes com dificuldades nas dimensões psicossociais seriam recomendados após a

cirurgia de fratura de quadril.⁵¹ Conclui-se que os idosos com fratura do quadril – e no seu pós-operatório – necessitam de uma abordagem direcionada à idade, sendo acompanhados por geriatras, apoio psicológico e suplementação nutricional para apresentar uma reabilitação adequada. Assim, pode-se realizar programa de promoção à saúde, como o estímulo a uma alimentação saudável e o apoio psicológico, de forma interdisciplinar ao idoso.

Na dissertação qualitativa de mestrado “A preparação do familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fêmur”, Oliveira identificou que a preparação do familiar cuidador, através de informações e apoio no desempenho do seu papel, deve ser priorizada no regresso ao domicílio e que todo esse planejamento e orientações podem ser realizados pelos enfermeiros especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que possuem competências diferenciadas e relacionadas a essa temática.³⁵

Num estudo qualitativo sobre a jornada vivenciada pelos residentes de asilos após fraturas de quadril, observou-se que os idosos que receberam reabilitação de uma equipe hospitalar, melhor gerenciamento das dores e melhores níveis de atividade tiveram menor probabilidade de relatar ansiedade e se apresentavam mais focados na melhoria da Qualidade de Vida. Além disso, a motivação, a adesão ao tratamento e o sentimento crescente de autoeficácia são preditores positivos no processo de recuperação. Assim, estratégias de enfrentamento e não catastrofização do quadro clínico pós-operatório podem e devem ser realizadas para assegurar uma melhor reabilitação e Qualidade de Vida.³⁶

Como vimos, a população idosa e seus agravos estão aumentando e, apesar de esforços da Política Nacional, ainda se tem muito o que realizar para colocar todas as práticas e estratégias para melhorar a assistência e a Qualidade de Vida do idosos. Desse

modo, é de grande importância saber qual a repercussão do acometimento de fraturas no quadril na Qualidade de Vida no idoso.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a Qualidade de Vida de pacientes idosos no pós-operatório de fraturas do quadril atendidos em um hospital público de referência do município de Jaboaão dos Guararapes.

2.2 Objetivos específicos

1. Descrever as características clínico-epidemiológicas dos pacientes idosos que foram submetidos a cirurgia da fratura do quadril;
2. Apresentar as características sociodemográficas dos pacientes idosos diagnosticados com fraturas do quadril;
3. Examinar a Qualidade de Vida de idosos no pós-operatório de fraturas do quadril atendidos no hospital;
4. Produzir um manual de boas práticas com foco na promoção da Qualidade de Vida diante da reabilitação do pós-operatório das fraturas.

III. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal de cunho quantitativo correlacional e preditivo, com coleta de dados em uma única etapa, por meio da aplicação dos questionários sociodemográfico, WHOQOL-BREF e Índice de Barthel.

Os estudos transversais ou de corte transversal constituem uma subcategoria dos estudos analíticos observacionais. Estes descrevem a situação de uma população em um determinado momento, coletando os dados sobre a exposição e o desfecho simultaneamente, não levando em consideração a relação temporal existente entre eles.⁵²

⁵³ Na realidade, esses estudos possibilitam a análise de uma associação, identificando numa população os desfechos existentes e a relação ou não dos desfechos em diferentes graus de associação.⁵²

3.2 Local de estudo

Esta pesquisa foi realizada no serviço ambulatorial do Hospital Memorial Jaboatão (HMJ). O Hospital Memorial de Jaboatão serve exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde, com parceria entre a Prefeitura Municipal de Jaboatão dos Guararapes e o Governo do Estado de Pernambuco, por meio da Secretaria Estadual de Saúde. O Hospital é referência das duas maiores emergências do Estado e disponibiliza leitos de Traumatologia e Ortopedia para internamento, tratamento cirúrgico e acompanhamento ambulatorial, além de clínica médica e UTI.⁵⁴

3.3 Período do estudo

De outubro de 2020 a outubro de 2021.

3.4 População do estudo

Idosos de ambos os sexos no terceiro mês de pós-operatório de fratura no quadril.

3.5 Amostra

A amostra foi estabelecida pelo tempo de três meses. Isto é, foram incluídos no estudo os pacientes que, nos três meses estabelecidos para coleta, que atenderam aos critérios de inclusão participaram do estudo.

Devido ao contexto da pandemia da COVID-19, não foi possível atingir o número mais expressivo, mas isso não comprometeu a chegada a uma resposta significativa estatística do nosso trabalho.

3.6 Critérios e procedimentos para seleção dos participantes

3.6.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram: idosos com idade igual ou superior a 60 anos (de acordo com a OMS)¹, submetidos a tratamento cirúrgico de fratura do quadril no Hospital Memorial Jaboatão três meses antes da coleta de dados e em condições clínicas de

participar da pesquisa, que estavam no ambulatório para acompanhamento pós-cirúrgico com o médico cirurgião.

3.6.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram: idosos submetidos à cirurgia por outros motivos que não sejam fraturas no quadril e idosos que apresentem déficits cognitivos que inviabilizem responder ao questionário.

3.6.3 Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes

Foi realizada uma visita ao Hospital Memorial de Jaboatão para a assinatura da carta de anuência (Apêndice 1). Com isso em mãos, mais a aprovação do Comitê de Ética (Apêndice 2), começou a captação de participantes, que foi feita com todos os idosos submetidos a tratamento cirúrgico de fratura no quadril que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3). Esses participantes foram abordados na sala de espera do consultório de retorno de cirurgia e convidados a responder, com a ajuda do entrevistador, ao questionário sociodemográfico (Apêndice 4), o Índice de Barthel (Anexo 1) e o questionário de Qualidade de Vida da OMS WHOQOL-BREF (Anexo 2).

Apesar da situação pandêmica do COVID 19 a pesquisa foi realizada de forma presencial, visto que a pesquisadora já fazia parte da equipe de saúde do serviço hospitalar, respeitando as regras de convivência da pandemia preservando todos os

cuidados e protocolos de uso de máscara e distanciamento adequado para não expor os participantes idosos de contaminação com o vírus do COVID 19.

O contato com os participantes apenas aconteceu após a apresentação do projeto de pesquisa e da aprovação do estudo pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde.

3.7 Variáveis de análise

3.7.1 Variáveis independentes

As variáveis sociodemográficas, colhidas no prontuário, são: sexo; idade; escolaridade; renda familiar; estado civil; “com quem mora”; religião; comorbidades, como Hipertensão, Diabetes, Osteoporose diagnosticada, fumante, alcoolista; medicações em uso; e etiologia da fratura, tal como queda, atropelamento, acidente automobilístico, agressão física, etc.

3.7.2 Variável dependente

Qualidade de Vida.

3.8 Definição e operacionalização dos termos, critérios e variáveis

Variáveis clínicas epidemiológicas:

O sexo é variável tipo nominal, que foi classificada com: (1) masculino, (2) feminino e (3) não identificável. Já a idade, que é uma variável tipo contínuo, será caracterizada por números contínuos. Uma revisão da literatura sobre abordagem do cuidado preventivo em idoso mostra que se deve considerar útil a idade, doenças associadas ao idoso, capacidade laboral e expectativa de vida para promover uma melhor atuação na prevenção da saúde do idoso.⁵⁵

Escolaridade é termo utilizado para se referir ao tempo de permanência dos alunos no período escolar, baseado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB – Lei nº 9394/96). A educação escolar se estrutura em duas etapas: educação básica (infantil, fundamental e médio) e educação superior.⁵⁶ Esta foi uma variável tipo nominal classificada como: (1) analfabeto, (2) fundamental incompleto, (3) fundamental completo, (4) médio incompleto, (5) médio completo, (6) superior incompleto e (7) superior completo.

A renda familiar, ou seja, o rendimento familiar *per capita*, serve para definir a classe social em que o participante se encontra. Esta foi uma variável tipo nominal classificada como: (Classe E) R\$ 0 – 1.254, (Classe D) R\$ 1.255 – 2.004, (Classe C) R\$ 2.005 – 8.640, (Classe B) R\$ 8.641 – 11.261; (Classe A) R\$ \geq 11.262.⁵⁷

O estado civil, ou estado conjugal, refere-se à situação da relação entre dois indivíduos. De acordo com a lei brasileira, classifica-se o estado civil em: solteiro, casado, separado, divorciado e viúvo. Os outros termos, como amigado, são coloquialmente utilizados, mas não têm valor jurídico.⁵⁸

Como já falado anteriormente, o idoso, no pós-operatório de fratura do quadril, apresenta comprometimento da capacidade funcional para desenvolver suas atividades e tarefas cotidianas, necessitando de um cuidador formal, que presta serviços sob remuneração, ou cuidador informal, um membro da família ou qualquer pessoa como s

quais o idoso mantenha vínculos afetivos e se disponibilize a oferecer os cuidados sem qualquer remuneração. Todo cuidador é responsável por zelar pelo bem-estar, pela saúde, pela alimentação, pela higiene pessoal, pela educação, pela cultura, pela recreação e pelo lazer do indivíduo assistido. Com isso, é importante sabermos e pesquisarmos sobre quem ocupa essa função na vida do idoso em estudo.⁵⁹ A variável “Com quem mora?” foi classificada de forma nominal, como: (1) Sozinho, (2) com cuidador, (3) companheiro/companheira, (4) filho/filha, (5) neto/neta, (6) instituição/asilo ou (7) morador de rua.

A religiosidade, a espiritualidade e as crenças pessoais são importantes para a cultura e a vida social do idoso, ocupando um papel significativo na saúde física e mental do indivíduo, assim influenciando na Qualidade de Vida.⁶⁰ A religião foi denominada como uma variável tipo nominal classificada como: (1) católico, (2) protestante, (3) espírita, (4) outras.

As comorbidades são doenças e fatores que predisõem o paciente a desenvolver outras doenças⁶¹. No presente trabalho, relacionamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a Diabetes Mellitus (DM), a Osteoporose diagnosticada, a obesidade, o fumo e o alcoolismo com fraturas do quadril no idoso. Essas variáveis foram tipo ordinais, utilizando sim ou não como respostas.

- Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica definida, no adulto jovem, como pressão sanguínea com valor igual ou superior a 140/90 mmHg, enquanto, no adulto com mais de 80 anos, aceita-se um valor igual ou superior de 150/80 mmHg, por causa da rigidez fisiológica da parede arterial, que faz parte do processo de envelhecimento do sistema vascular, com o objetivo de evitar eventos de hipotensão.⁵⁵

- Diabetes Mellitus é uma doença decorrente da pouca produção ou da má absorção do hormônio insulina. Esse hormônio é responsável pela regulação da glicose

no sangue, que garante energia para o organismo.⁶² Segundo uma metaanálise sobre o Diabetes Mellitus e o risco de fraturas, os pacientes com DM apresentaram maiores riscos de fraturas totais, no quadril, na parte superior do braço e no tornozelo.⁶³

- Osteoporose é uma doença óssea caracterizada por redução da massa óssea e deterioração na microarquitetura do tecido ósseo, que predispõe a fraturas por traumas mínimos. Seu diagnóstico é estabelecido pela medida da densidade mineral óssea através da densitometria óssea das regiões corporal coluna lombar e do fêmur proximal. Os resultados são obtidos com a comparação dos valores esperados das pessoas do mesmo sexo, adulto jovem ou da mesma idade e mesma etnia.⁶⁴ A triagem da osteoporose com a densitometria óssea deve ser considerada em adultos com 65 anos ou mais e com mais de 50 anos com fatores de risco para queda e fratura, com o objetivo de diagnóstico precoce e prevenção de fraturas por traumas mínimos.⁵⁵

- O fumo foi uma variável tipo nominal: (1) sim, (2) não e (3) ex-fumante e tempo de uso. Segundo uma meta-análise de 14 estudos prospectivos sobre o efeito do tabagismo no risco de fraturas de quadril em homens sugere que o tabagismo aumenta o risco dessas fraturas, especialmente quando foi comparado fumantes atuais com nunca fumantes.⁶⁵

- O alcoolismo, também chamado de etilismo, é a ação do uso excessivo e crônico de álcool, de forma periódica e/ou permanente, que ocasiona certa dependência psíquica e/ou física, podendo influenciar no tratamento das fraturas.⁶⁶ O alcoolismo foi uma variável tipo nominal: (1) sim ou (2) não.

Medicação em uso é importante ser mencionada, pois a utilização de muitas medicações no dia a dia configura-se fator de risco aos idosos, como as medicações psicotrópicas, que podem estar relacionadas à propensão à fratura do quadril.^{9, 26} Esta variável foi tipo nominal: (1) sim ou (2) não e qual a medicação.

Em relação às causas das fraturas, teremos diversas variáveis tipo nominal, que são: (1) queda, (2) atropelamento, (3) acidente automobilístico e (4) agressão física. A queda, o atropelamento e o acidente automobilístico, como falado anteriormente, são decorrentes da interação do idoso com o meio ambiente em que vive e com a mobilidade na cidade.^{9, 25} Já agressão física é outra causa de fratura que os idosos podem sofrer, fato complexo e multivariado, pois tanto pode estar relacionado a maus--tratos e à violência e/ou negligência intrafamiliar ou dos cuidados quanto ao estilo de vida e às questões sociais e de falta de segurança pública.

Qualidade de Vida, que é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”³⁷, é uma variável dependente que foi avaliada através dos questionários Índice de Barthel e Questionário WHOQOL- BREF.

3.9 Procedimentos, testes, técnicas e exames

Para mensurar e avaliar a Qualidade de Vida, utilizamos os questionários WHOQOL-BREF (Qualidade de Vida da OMS – uma versão abreviada) e o Índice de Barthel (avalia o nível de independência).^{40, 43, 67} Apesar de existir um instrumento específico de Qualidade de vida Para o idoso, chamado WHOQOL-OLD, ele não foi utilizado, uma vez que este avalia a Qualidade de Vida em vários aspectos, mas não possui o domínio físico, o qual existe no WHOQOL-BREF, que podemos correlacionar com a capacidade funcional do Índice de Barthel.

3.10 Critérios para descontinuação do estudo

A pesquisa poderia ser suspensa em situação de greve, em caso de suspensão do atendimento a esta clientela no hospital ou em outras situações que inviabilizassem a coleta dos dados.

3.11 Coleta de dados

3.11.1 Instrumentos para coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de preenchimento do questionário sociodemográfico (Apêndice 3), que também contempla alguns dados clínicos epidemiológicos, através do sistema de prontuários eletrônico, contendo os dados pessoais, sociais e os antecedentes patológicos dos idosos avaliados. As variáveis estudadas serão as seguintes: sexo; idade; escolaridade; renda familiar; estado civil; “com quem mora?”; religião; comorbidades, como Hipertensão, Diabetes, Osteoporose diagnosticada, fumante ou alcoolista; medicações em uso; e etiologia da fratura, tal como queda, atropelamento, acidente automobilístico e agressão física. Com o objetivo de analisar o grau de independência para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária, foi utilizado o Índice de Barthel (Anexo 1), e de avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o questionário da OMS WHOQOL-BREF (Anexo 2).

O Índice de Barthel mede a independência funcional em 10 atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Sua

pontuação final da escala varia de 0-100, em que zero corresponde à dependência total para todas as atividades de vida diárias avaliadas e 100 se refere à independência total nessas atividades. Esse índice tem as seguintes interpretações de resultados: (1) 90-100 pontos independente, (2) 60-90 pontos ligeiramente dependente, (3) 40-55 pontos moderadamente dependente, (4) 20-35 pontos severamente dependente e (5) <20 pontos totalmente dependente.^{43, 67}

O questionário WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, sendo que as duas questões iniciais referem-se à autopercepção da Qualidade de Vida e à satisfação com a saúde, e as demais 24 questões abrangem quatro domínios: domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os resultados são analisados pela média dos domínios e das questões/facetas, os escores finais de cada domínio podem variar de 0-5, e, por final, classifica-se a Qualidade de Vida em: necessita melhorar (até 2,9); regular (3-3,9); boa (4-4,9); e muito boa (5).^{40, 44}

3.12 Processamento e análise dos dados

3.12.1 Processamento de dados

Todos os dados coletados a partir da aplicação dos questionários, de maneira individual, preservando a confidencialidade dos participantes, foram organizados em planilha eletrônica do Excel e, em seguida, foram analisados por meio do *software* SPSS-20.

3.12.2 Análise dos dados

Para efeitos de análise, os dados sofreram tratamento estatístico por meio de estatística descritiva (média, desvio padrão e frequências) e inferenciais. Nas análises inferenciais, há as variáveis preditoras (“com quem mora”, tipo de fratura e tipo de cirurgia) e, na qualidade de variáveis dicotômicas, foram codificadas em variáveis *Dummy*. Na representação dos resultados, foram utilizados gráficos e tabelas.

3.13 Aspectos éticos

A pesquisa adotou as orientações da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde, conforme o CAAE nº 35389120.1.0000.5569

É pertinente relatar que toda pesquisa pode vir a oferecer riscos, mesmo que mínimos. Com isso, dentre os riscos da realização da pesquisa, pode-se pensar que os idosos se sintam desconfortáveis e cansados com o tempo da realização dos questionários e que pode proporcionar alguma fragilidade emocional. Caso fosse identificado algum sinal de descontentamento para responder ao questionário, teria sido oferecida uma conversa sobre o que o atormenta e, se ele quiser, pode desistir a qualquer momento de participar da pesquisa. Entre os benefícios, a pesquisa ajudará a ampliar as informações em relação à Qualidade de Vida no pós-operatório de fratura do quadril, para, assim, podermos contribuir na realização de campanhas mais eficazes e produzir cartilha educativa com foco na prevenção e na promoção da Qualidade de Vida para os idosos diante das fraturas.

3.13.1 Consentimento livre e esclarecido

Nesta pesquisa, toda a participação foi voluntária, com o esclarecimento da proposta e dos objetivos do trabalho, respeitando e garantindo o sigilo e a confidencialidade de cada um. O contato com os participantes apenas aconteceu após a apresentação do projeto de pesquisa e a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde. Os idosos elegíveis à participação no estudo tiveram a possibilidade de interrompê-la assim que desejassem, sem nenhum ônus ou prejuízo de qualquer natureza. A coleta de dados através dos questionários aplicados só foi iniciada após a assinatura do participante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Os dados coletados serão de uso restrito da pesquisadora e da orientadora. Nenhum dado que possa identificar o participante será divulgado, assim preservando a identidade de cada participante.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido à extensão dos dados e para melhor apresentação didática, iremos inicialmente descrever e analisar cada resultado encontrado no estudo em campo; em seguida, serão expostos os resultados do projeto do mestrado através dos artigos e do manual de boas práticas.

O artigo “Impacto das fraturas no quadril tratada cirurgicamente sobre a qualidade de vida nos idosos” será submetido à Revista *Temas em Psicologia*, classificada como A2 (Anexo 3); e o artigo “Impacto das fraturas no quadril tratada cirurgicamente sobre a capacidade funcional nos idosos” será submetido à *Revista Brasileira de Ortopedia*, classificada como B1 (Anexo 4).

O “Manual de boas práticas para profissionais da saúde sobre a qualidade de vida dos idosos no pós-operatório de fraturas no quadril”, com objetivo educacional, será disponibilizado no hospital em questão.

4.1 Questionário sociodemográfico

Nesta pesquisa, foram entrevistadas 37 pessoas idosas com 60 anos ou mais, no ambulatório do hospital Memorial de Jaboatão, no pós-operatório de fratura no fêmur proximal. Os dados coletados do questionário sociodemográfico, do Índice de Barthel e do questionário WHOQOL-BREF aplicados nesses pacientes, serão apresentados em conjunto com a discussão dos resultados e sua correlação com a literatura atual.

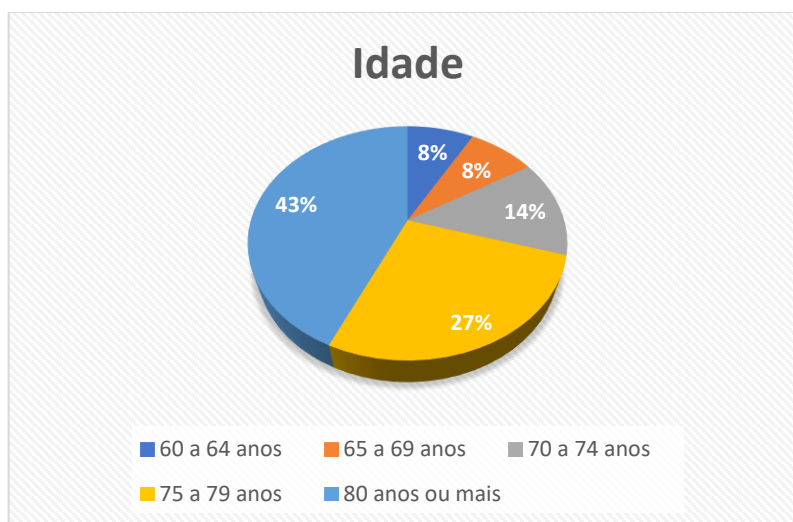
Inicialmente, foi realizada a caracterização da amostra para verificar os perfis sociodemográfico dos participantes.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica.

Idade (anos)	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>N</i>
	77,59	8.10	62	102	37
Sexo	<i>Masculino</i>	<i>%</i>	<i>Feminino</i>	<i>%</i>	100%
	17	(45,9%)	20	(54,1%)	
Escolaridade	<i>Analfabeto</i>	<i>Fund.incompleto</i>	<i>Fund.completo</i>	<i>Médio</i>	37
	8	11	12	6	
Renda (R\$)	<i>0 - 1.254</i>	<i>1.255 -2.004</i>	<i>2.004 – 8.640</i>	<i>>8.640</i>	34
	12	11	9	2	
Estado Civil	<i>Solteiro</i>	<i>Casado</i>	<i>Divorciado</i>	<i>Viúvo</i>	37
	2	20	1	14	
Mora com	<i>Companheiro</i>	<i>Filho/Neto</i>	<i>Cuidador</i>	<i>Sozinho</i>	37
	13	21	1	2	
Religião	<i>Católico</i>	<i>Protestante</i>	<i>Outra</i>		37
	34	1	2		

4.1.1 Idade

Gráfico 1. Distribuição da população de acordo com a idade.



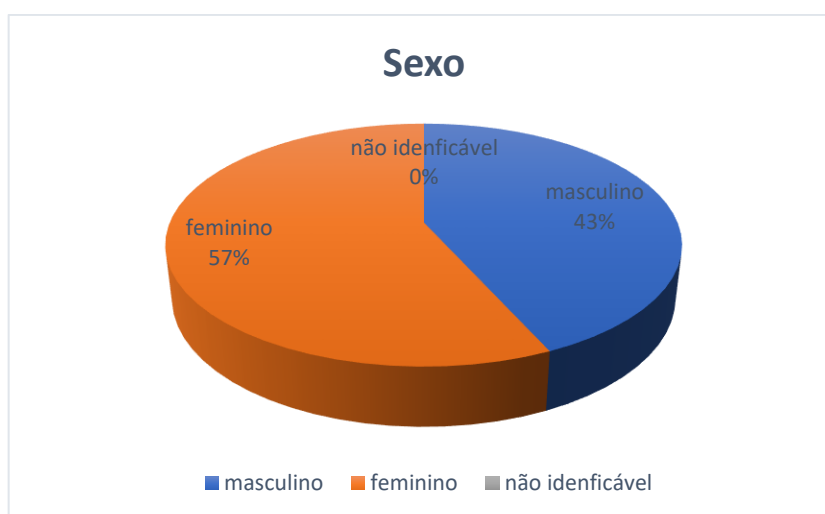
Na distribuição das idades entre os idosos entrevistados, buscou-se identificá-los pelos grupos de idade sugeridos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).⁶⁸ Observou-se que 43% dos idosos estavam no grupo de 80 anos ou mais, seguido de 27% no grupo de 75 a 79 anos, 14% com idade entre 70 a 74 anos e 8% nos grupos idade entre 65 a 69 anos e 60 a 64 anos (Gráfico 1). Em relação à faixa etária da amostra, a média de idade entre os idosos foi de 77 anos, com desvio padrão de 8,01 (Tabela 1), em que a menor idade foi de 62 anos e a maior, de 102 anos.

A maior concentração (43%) dos idosos estava na faixa etária de 80 anos ou mais, o que corrobora uma realidade cada vez maior no mundo, especialmente no Brasil.⁶⁹ Essa grande sobrevida da população está relacionada a ações de promoção de saúde,

disseminação das vacinas e antibióticos e aumento do saneamento básico, que proporciona diminuição da mortalidade por doenças infectocontagiosas.⁷⁰

4.1.2 Sexo

Gráfico 2. Distribuição da população de acordo com o sexo.



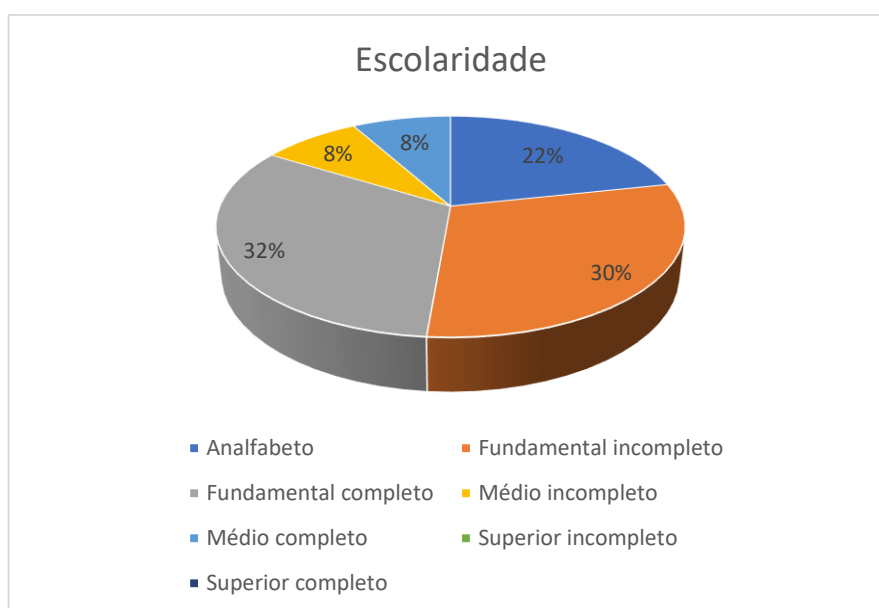
Na distribuição do sexo dos(as) idosos(as) pesquisados no Hospital Memorial de Jaboatão, os dados mostraram 57% femininos e 43% masculinos (Gráfico 2), com uma predominância de 14% para o sexo feminino. Essa predominância segue a tendência mundial de feminização da velhice, com a prevalência feminina na população idosa.^{68, 69,}
⁷¹ Estima-se uma expectativa de vida entre 5 a 7 anos a mais da mulher em relação aos homens.⁷⁰

Além disso, os resultados desse predomínio de mulheres com fraturas do quadril no presente estudo também são condizentes com diversos estudos, os quais mostram que mulheres idosas possuem maior risco de quedas e fraturas em relação aos homens devido

à maior fragilidade óssea (osteoporose), à maior ocorrência de algumas doenças crônicas, à maior exposição a atividades domésticas e ao declínio físico-funcional.^{24, 27}

4.1.3 Escolaridade

Gráfico 3. Distribuição da população de acordo com a escolaridade.



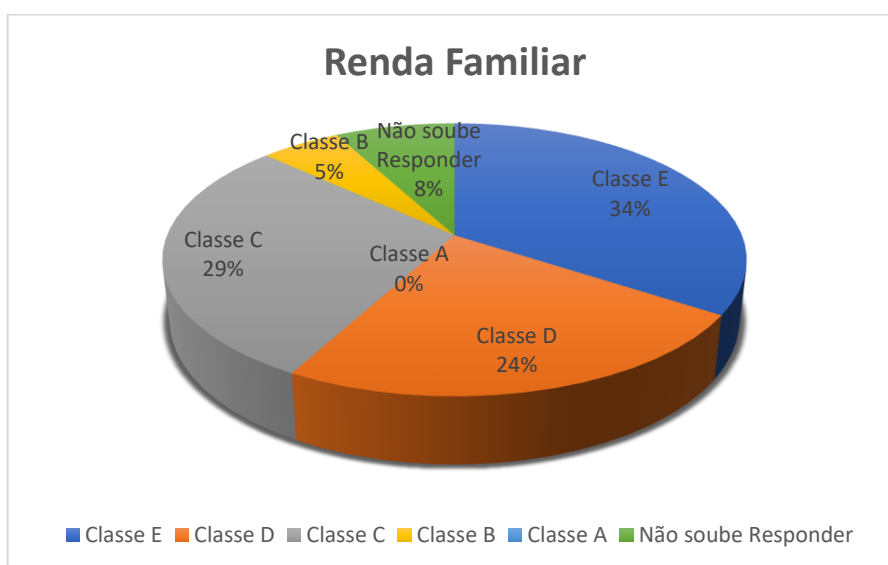
Em relação à escolaridade dos idosos, obteve-se 32% com fundamental completo, 30% com fundamental incompleto, 22% analfabetos, 8% com médio incompleto e com médio completo e não houve participantes com nível escolaridade superior (Gráfico 3). Segundo o IBGE de 2018, a taxa de analfabetismo da população com 15 anos ou mais de idade apresentou uma queda de 0,2% entre os anos 2016 a 2017; apesar disso, a incidência chega a ser quase três vezes maior na faixa etária dos idosos (19,3%).⁷²

Historicamente, o analfabetismo no Brasil está relacionado à pobreza, num contexto em que o capitalismo trata o grupo dos mais desfavorecidos como troca de seu trabalho por escassos recursos que apenas ajudam a sua subsistência.⁷³ Logo, o grau de

escolaridade eventualmente interfere no processo saúde-doença, na procura pelos serviços de saúde e na aderência aos tratamentos, assim os idosos podem ser mais vulneráveis à piora da condição de saúde.⁷⁴

4.1.4 Renda familiar

Gráfico 4. Distribuição da população de acordo com a renda familiar.



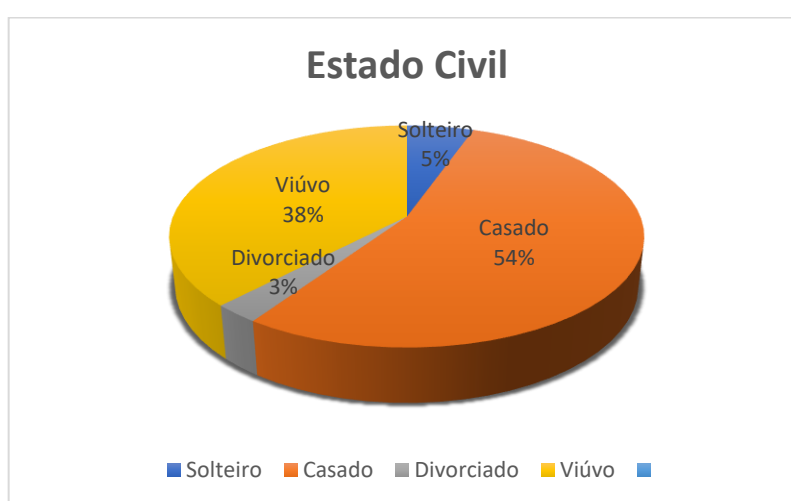
Em relação à renda familiar dos participantes da pesquisa, observaram-se 34% na Classe E, 29% na Classe C, 24% na Classe D, 5% na Classe B e nenhum na Classe A (Gráfico 4). Logo, a maioria dos rendimentos (n=23) varia entre 0 e R\$ 2.004, e 3 participantes (8%) não souberam responder.

No estudo em questão, a baixa renda pode estar relacionada à baixa escolaridade, concordando com o estudo sobre o reconhecimento e a cidadania dos analfabetos no Brasil, o qual relatou que a baixa escolaridade limita o acesso ao mercado de trabalho e a salários inferiores e conseqüentemente menos disponibilidade ao atendimento médico.⁷³ Acrescentando as dificuldades encontradas pela baixa renda familiar, o avançar da idade pode aumentar os gastos com a saúde, especialmente para compra de medicamentos,

comprometendo ainda mais a renda mensal para atender às necessidades básicas, como habitação, assistência à saúde e alimentação dentro do domicílio, afetando a qualidade de vida do idoso.⁷⁴

4.1.5 Estado civil

Gráfico 5. Distribuição da população de acordo com o estado civil.



Quanto à situação conjugal dos idosos, obteve-se 54% casado, 38% viúvo, 5% solteiro e 3% divorciado (Gráfico 5).

4.1.6 “Com quem mora?”

Com relação ao questionamento de “Com quem o idoso mora?”, pode-se observar que 54% moram com os(as) filho(a); 30% com o(a) companheiro(a); 9% com o(a) neto(a) e apenas 5% moram sozinhos (Gráfico 6). Nessa amostra, não houve morador de rua e morador em asilo, dados que condizem com o artigo sobre perfil sociofuncional de idosos

assistidos pelo Sistema Único de Saúde de uma cidade do Nordeste brasileiro, por apresentar prevalência de os idosos residirem com familiares.⁷⁰ Essa formação domiciliar do idoso frequentemente é uma decisão não só do idoso e da sua família, ela representa o reflexo de uma série de variáveis englobando fatores históricos, socioculturais, políticos, econômicos e demográficos, que podem interferir positiva ou negativamente em sua qualidade de vida.⁷⁴

Gráfico 6. Distribuição da população de acordo com a moradia.



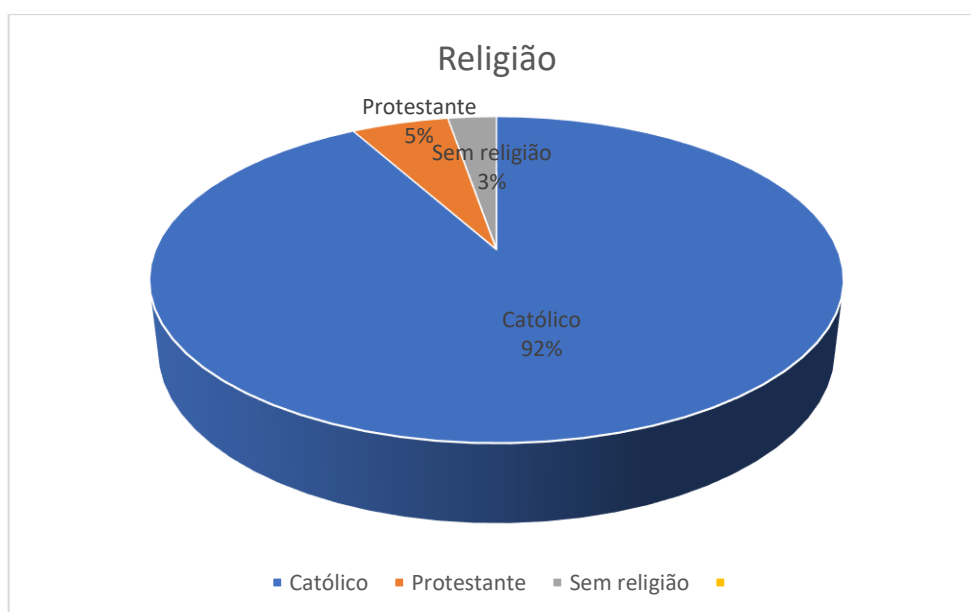
A relação da pessoa idosa com os familiares, amigos, sociedade e consigo mesma influencia no bem-estar físico, emocional, psicológico e mental.^{37,38} Com isso, um estudo transversal observou que o convívio de longevos em domicílios com pessoas de diferentes idades também proporciona maior satisfação com a vida.⁴⁹ Em outro estudo, sobre relação entre arranjo domiciliar e Qualidade de Vida de idosos da comunidade utilizando o questionário WHOQOL-BREF, observou-se que os idosos que vivem com o(a) parceiro(a) apresentaram melhores escores de Qualidade de Vida em todos os domínios e facetas de QV, exceto no domínio morte e morrer, por compartilhar a vivência do

processo de envelhecimento e suas limitações, evitando o isolamento social.⁷⁴ Logo, a maior proporção de convívio e moradia de idosos com familiares em seu domicílio na população pode nos levar a pensar ser um fator para melhor Qualidade de Vida. Ser casado ou ter um companheiro pode ser visto como um fator de proteção, enquanto ser mulher pode ser um fator de risco para fraturas decorrentes da multifuncionalidade feminina com o acúmulo de funções com os cuidados à família, os serviços domésticos e o trabalho.

Outro fator que também influencia na Qualidade de Vida do idoso é que, após o comprometimento da capacidade funcional decorrente da cirurgia da fratura do quadril, este necessita de um apoio de um cuidador formal ou da família nas suas atividades do cotidiano.⁵⁷ Nesse contexto, nem sempre a moradia com familiares quer dizer que o idoso vai ter o cuidado ideal, pois a falta de condições financeiras ou de disponibilidade familiar ao cuidado pode interferir na reabilitação pós-operatória.

4.1.7 Religião

Gráfico 7. Distribuição da população de acordo com a religião.



O dados da pesquisa sobre a religião dos idosos apontaram que 92% são católicos, 5% protestantes e 3% sem religião (Gráfico 7). A religião é um conjunto determinado de crenças e dogmas que definem a relação entre o homem e o sagrado. Esta apresenta-se aos idosos como um importante recurso no enfrentamento dos desafios nessa fase da vida, com um papel significativo na saúde física e mental do indivíduo, assim influenciando a Qualidade de Vida. O cristianismo é a maior religião abrangendo quase um terço da população mundial, e a Igreja Católica é considerada uma das principais denominações cristãs.^{58, 75} Essa predominação do catolicismo é condizente com os dados adquiridos no presente estudo.

4.1.8 Comorbidades

As comorbidades são doenças e fatores que predisõem o paciente a desenvolver outras doenças⁶¹. No presente trabalho, relacionamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a Diabetes Mellitus (DM), a Osteoporose diagnosticada, o fumo e a bebida com fraturas do quadril no idoso. As estratégias para controle dessas comorbidades consistem em tratamento não medicamentoso, com dieta, exercício físico, perda de peso e mudanças no estilo de vida, em conjunto com o tratamento medicamentoso, do qual os idosos são os principais consumidores e beneficiários da farmacoterapia moderna. Um estudo sobre a compreensão da terapia medicamentosa pelos idosos revelou que o estado civil, a família, o estado cognitivo, o número de comprimido e o grau da escolaridade são fatores que influenciam a compreensão e a adesão do idoso ao tratamento.⁷⁶

Tabela 2. Caracterização clínica.

	<i>Sim</i>	%	<i>Não</i>	%	
Hipertensão	23	(62,2%)	14	(37,8%)	100%
Diabetes	8	(21,6%)	29	(78,4%)	100%
Osteoporose	7	(18,9%)	30	(81,1%)	100%
Bebida	3	(8,1%)	34	(91,9%)	100%
Medicamento	30	(81,1%)	7	(18,9%)	100%

A caracterização clínica demonstrou que, dos 37 pacientes, a maioria é hipertensa e faz uso de medicamento, enquanto a minoria dos participantes não apresenta quadro de DM nem Osteoporose e apenas 3 pacientes fazem uso de bebida (Tabela 2).

De acordo com a meta-análise sobre a Diabetes Mellitus e o risco de fraturas, os pacientes com DM apresentaram maiores riscos de fraturas totais, no quadril, em parte superior do braço e no tornozelo.⁶³ Logo, constatamos que as quedas e as fraturas dos

quadril nos idosos pesquisados não estão relacionados com a diabetes e/ou com falta de compreensão e/ou adesão do tratamento medicamentoso da DM.

Em relação à Osteoporose diagnosticada, apenas 18,9% dos idosos estudados estavam cientes de serem portadores de Osteoporose, enquanto isso, 81,1% não tinham ideia da existência desse diagnóstico. Corroborando esse resultado, o estudo sobre o impacto da Osteoporose no Brasil (*The Brazilian Osteoporosis Study*) relata que a prevalência de Osteoporose deve ser maior pela não realização do exame de densitometria óssea frequentemente. A triagem da Osteoporose com a densitometria óssea deve ser considerada em adultos com 65 anos ou mais e com mais de 50 anos com fatores de risco para queda e fratura.⁵⁵ Outro fato importante é que, apesar de o paciente não ter a ciência de ser portador de Osteoporose, seu diagnóstico também pode ser estabelecido pela presença de fratura por trauma mínimo.²⁰

Nos resultados da pesquisa, apenas 3 participantes (8%) faziam uso de bebida alcoólica, dentre esses 2 bebiam uma vez ao mês ou menos (5%) e 1 bebia mais de três vezes por semana (3%). Apenas um dos pacientes faz uso excessivo ou crônico de forma periódica e/ou permanente.⁶⁶ Pelo pequeno número amostral, não podemos concluir que o etilismo foi ou não um fator de risco para a fratura do quadril ou influenciador da Qualidade de Vida dos idosos.

De acordo com os dados da pesquisa, apenas um participante era fumante (3%) e um ex-fumante (3%). Logo, no nosso estudo, não podemos considerar o fumo como um fator de risco para a fratura do quadril ou um influenciador na Qualidade de Vida dos idosos, apesar de estudos apresentados numa meta-análise relatarem que o tabagismo aumenta o risco das fraturas de quadril em homens.⁶⁵

4.1.9 Fraturas

Tabela 3. Caracterização da fratura e seu tratamento.

Etiologia da Fratura	<i>Acidente automobilístico</i>	%	<i>Queda</i>	%	<i>N(37)</i>
	1	(2,7%)	36	(97,3%)	100%
Tipo de fratura	<i>Colo femoral</i>	<i>Subtrocantérica</i>	<i>Transtrocantérica</i>		<i>N(37)</i>
	15	1	21		
Tipo de cirurgia	<i>DCS*</i>	<i>DHS**</i>	<i>Haste</i>	<i>Prótese</i>	<i>N(37)</i>
	1	21	2	13	

*DCS - *Dynamic condylar screw*. **DHS - *Dynamic Hip Screw*

4.1.9.1 Causa da fratura

A partir da caracterização das fraturas (Tabela 3) dos 37 pacientes estudados, obtivemos 97,3% dos casos com história de queda do próprio nível como causa da fratura, enquanto apenas um participante sofreu um acidente automobilístico como etiologia da fratura no quadril. Essa prevalência de quedas nos idosos participantes é corroborada por vários estudos que relatam que as quedas estão relacionadas à interação do idoso com o meio ambiente em que vive, além do declínio físico-funcional e de uma desfavorável

autopercepção de sua saúde.^{9, 24} Já os acidentes de trânsito, que também atingem a população dos idosos, por apresentarem limitações na sua mobilidade nas grandes cidades, estão relacionados também à baixa escolaridade e a situações precárias socioeconômicas²⁵, não apresentando correlação significativa no presente estudo.

4.1.9.2 Tipo de fratura e tratamento cirúrgico

Na análise dos resultados das fraturas da população pesquisada (Tabela 3), observamos que a maioria apresentou fratura transtrocanterica, as quais foram submetidas a tratamento cirúrgico com o DHS (n=21) e Prótese (n=13), sendo onze prótese bipolar e dois prótese total.

Nos casos dos portadores de fratura transtrocanterica, os dados mostraram uma população com idade média de 76 anos, sendo o mais velho com 102 anos e o mais novo 62 anos, estes foram submetidos a tratamento cirúrgico com fixação da fratura com DHS em 95% e com haste intramedular em 5% dos casos (Tabela 4). As fraturas do colo femoral foram encontradas nos idosos com idade média de 78,8 anos, sendo o mais velho com 85 anos e o mais novo 72 anos, os quais foram submetidos à fixação da fratura com prótese bipolar (11 casos), prótese total (2 casos), DHS (1 caso) e haste (1 caso) (Tabela 5). Já a fratura subtrocanterica foi encontrada em apenas um paciente com 91 anos, o qual foi submetido a tratamento cirúrgico com fixação com DCS (*Dynamic Condylar Screw*) (Tabela 6).

Tabela 4. Características do tratamento cirúrgico da fratura transtrocanterica.

	Quantidade	Porcentagem	Idade média
Haste	1	5%	75 anos
DHS*	20	95%	76,1 anos
Total	21	100%	76 anos

*DHS - *Dynamic Hip Screw*

Tabela 5. Características do tratamento cirúrgico da fratura do colo femoral.

	Quantidade	Porcentagem	Idade Média
Prótese Bipolar	11	73%	78,8 anos
Prótese Total	2	13%	79 anos
Haste	1	7%	79 anos
DHS*	1	7%	79 anos
Total	15	100%	78,8 anos

*DHS - *Dynamic Hip Screw*

Tabela 6. Características do tratamento cirúrgico da fratura subtrocantérica.

	Quantidade	Porcentagem	Idade Média
DCS*	1	100%	91 anos

*DCS - *Dynamic condylar screw.*

Numa meta-análise e revisão sistemática sobre a mortalidade por fratura de quadril na China continental, observou-se que a taxa de mortalidade em 1 ano foi maior após a fratura intertrocanterica do fêmur do que a fratura do colo do fêmur. Apesar de a relação entre o tipo de fratura e mortalidade permanecer controversa, outra observação encontrada é que pacientes com fraturas intertrocantericas eram mais velhos do que aqueles com fratura do colo do fêmur nos estudos anteriores, e foi observado que o excesso de mortalidade nesses estudos reflete diferenças na idade ou nos tipos de fratura, o que ainda não foi esclarecido.⁷⁷ Esses fatos não foram condizentes com nosso estudo, pois este apresentou diferença insignificante da média de idade em relação ao tipo de fratura.

4.2 WHOQOL-BREF

No que se refere à avaliação da Qualidade de Vida através do instrumento WHOQOL-BREF, o questionário foi dividido em conjunto de questões/facetas, assim avaliando os domínios da autopercepção, do físico, do psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Foi realizada também a média dos resultados para cada domínio e, em seguida, foi classificada a Qualidade de Vida em: necessita melhorar (até 2,9); regular (3-3,9); boa (4-4,9) e muito boa (5).

Antes e durante a administração do questionário, os participantes foram instruídos a responderem às questões tendo em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações nas últimas duas semanas.

4.2.1 Autopercepção

Tabela 7. Análise sobre a autopercepção.

	Autopercepção	Análise
Questão 1: Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,81	Regular
Questão 2: Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	3,45	Regular
	3,63	Regular

Em relação à análise da autopercepção (Tabela 7), que inclui primeira questão “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” e segunda questão “Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?”, foi classificada em Qualidade de Vida regular no aspecto da autopercepção e da satisfação da saúde do idoso pós-operado de fratura do quadril. Uma pesquisa tipo transversal sobre os fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido na atenção primária dos idosos robustos relata que a autopercepção positiva da vida e a prática da dança como entretenimento diminuem a vulnerabilidade clínico-funcional, fornecendo uma velhice saudável e ativa.⁷⁸

A autoavaliação da saúde é um fator importante sobre a saúde na velhice, pois serve como preditor mais robusto de mortalidade e de morbidade do que indicadores objetivos, com aumento de mortalidade nos idosos com autopercepção da saúde com ruim e muito ruim. A percepção mais negativa na velhice é um reflexo do aumento dos problemas de saúde física, de limitações da funcionalidade e da diminuição dos recursos para enfrentar tais problemas. O resultado regular sobre a autopercepção da Qualidade de Vida do presente estudo após tratamento cirurgico da fratura do quadril deve estar

relacionado a essa percepção negativa devido à sua atual limitação da funcionalidade, mas dá esperança em relação à menor chance de mortalidade e morbidade.⁷⁹

4.2.2 Domínio físico

Tabela 8. Análise sobre o domínio físico.

Facetas/Questões	Domínio físico	Análise
3. Dor e desconforto	2,92	necessita melhorar
4. Energia e fadiga	2,56	necessita melhorar
10. Sono e repouso	3,0	Regular
15. Mobilidade	3,05	Regular
16. Atividades da vida cotidiana	3,37	Regular
17. Dependência de medicação ou de tratamento	3,0	Regular
18. Capacidade de trabalho	2,86	necessita melhorar
	2,69	Necessita melhorar

O questionário WHOQOL-BREF avalia o domínio físico (Tabela 8) pela análise das médias do conjunto de 7 facetas, que são: a questão 3, “Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?”; a questão 4, “O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?”; a questão 10, “Você tem energia suficiente para seu dia a dia?”; a questão 15, “Quão bem você é capaz

de se locomover?"; a questão 16, "Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?"; a questão 17, "Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?"; e a questão 18, "Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?".

Pode-se observar que, nas facetas sobre sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana e dependência de medicação ou de tratamento, o resultado foi de uma Qualidade de Vida regular. Já em relação às questões sobre dor/desconforto, energia/fadiga e capacidade de trabalho, a Qualidade de Vida piorou, com a classificação de necessita melhorar, influenciando o resultado geral do domínio físico para uma classificação de necessita melhorar. Esse resultado é concordante com o que diz o estudo prospectivo sobre os fatores influenciadores da saúde após fratura do quadril, o qual relata que a fratura do quadril constitui uma queda profunda e duradoura no estado de saúde desses pacientes (Hack *et al.*, 2019). Outro artigo sobre atividade funcional a longo prazo em idosos com fraturas de quadril observou uma deterioração significativa, com aumento da dependência física e de moradia, com uma diminuição da Qualidade de Vida. Além disso, relata que essas fraturas estão associadas a altas taxas de mortalidade em 5 anos (Joode, Kalmet, Fiddlers, Poeze, & Blokhuis, 2019). Logo, demonstra-se que uma boa recuperação da Qualidade de Vida pós-operatório de fratura do quadril é um desafio que tem início com o preparo da equipe hospitalar na orientação aos pacientes e a seus familiares. Essas orientações são de extrema importância pois em casa a dor pode continuar e este fato pode estar associado à desnutrição e a casos de delírios senil. A família se depara com o desafio de fornecer os cuidados e a motivação da recuperação, desse modo alterando a estrutura física do idoso e influenciando o aspecto e emocional da família.⁸⁰

O domínio físico do questionário WHOQOL- BREF está relacionado às atividades físicas globais, que incluem desempenho físico, social, intelectual, laboral, trabalho doméstico e de lazer.⁷⁹

Os idosos têm certa relutância em relatar as dores por acharem que estas fazem parte natural do envelhecer, e no pós-operatório não é diferente. Essas dores podem agravar a função física e psicossocial da Qualidade de Vida,⁸¹ e a autoavaliação da dor se torna importante indicador para mensurar e tratar a mesma. Outro fato importante sobre a dor no idoso é que esta é uma importante causa de morbidade, pois está relacionada com a incapacidade de manutenção de uma vida saudável e independente.⁸¹ Como é possível perceber, os idosos estudados no presente trabalho apresentam a pior classificação (“necessita melhorar”) no item da dor/desconforto do domínio físico, agravando a Qualidade de Vida geral. Todavia, essa dor pode ser prevenida e tratada para uma melhor reabilitação.

Em relação à classificação baixa no item Energia/fadiga observa-se que este resultado pode se correlacionar com a dor e a maior dificuldade nas atividades da vida diária decorrentes da reabilitação cirúrgica, como o fato de o uso de muletas que aumenta o gasto energético para deambular. Em conjunto, essas limitações provenientes da reabilitação cirúrgica promovem o afastamento e/ou limitação nas atividades do trabalho quer seja temporariamente, quer permanentemente; devido a isso, é condizente uma classificação baixa no item Capacidade de trabalho.

4.2.3 Domínio psicológico

Em relação à avaliação do domínio psicológico (Tabela 9), foi realizada a análise das médias do conjunto de 6 questões, que são: questão 5, “O quanto você aproveita a

vida?"; questão 6, "Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?"; questão 7, "O quanto você consegue se concentrar?"; questão 11, "Você é capaz de aceitar sua aparência física?"; questão 19, "Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?"; e questão 26, "Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?".

Tabela 9. Análise sobre o domínio psicológico.

Facetas / Questões	Domínio psicológico	Análise
5. sentimentos positivos	3,32	Regular
6. pensar, aprender, memória e concentração	3,59	Regular
7. auto-estima	3,08	Regular
11. imagem corporal e aparência	3,56	Regular
19. Sentimentos negativos	3,51	Regular
26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais	4,08	Boa
	3,52	regular

Na análise das facetas separadamente, foi observado que a questão sobre a espiritualidade/religião/crenças pessoais apresentou uma melhor pontuação, com resultado de boa qualidade. Enquanto as questões sobre sentimentos positivos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência e sentimentos negativos apresentaram uma piora na Qualidade de Vida, com a classificação de regular.

Segundo o estudo sobre a autoeficácia e a independência de idosos no pós-operatório de fratura de quadril, a perda de independência pode ser percebida como uma

ameaça potencial à autoestima e à autoeficácia, em que a autoeficácia é um fator importante de ser trabalhado para perceber as ameaças potenciais à saúde e à independência, assim como para avançar com as estratégias de enfrentamento da recuperação pós-operatória. Outro ponto que também é acometido no processo de reabilitação da fratura do quadril é a autoestima, já que há o estresse e a ansiedade que algumas pessoas experimentam, com a perda de independência temporária ou permanente.⁷⁸ Logo, esse resultado corrobora o resultado regular do domínio psicológico do nosso estudo.

4.2.4 Relações sociais

Tabela 10. Análise geral sobre relações sociais.

Facetas / Questões	Relações sociais	Análise
20. Relações pessoais	3,91	Regular
21. Suporte (apoio) social	2,97	Necessita melhorar
22. Atividade sexual	3,83	Regular
	3,57	Regular

Diante da avaliação das relações sociais dos idosos pesquisados (Tabela 10), foi realizada a análise das médias do conjunto de 3 questões: a questão 20, “Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?”; a questão

21, “Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?”; e a questão 22, “Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?”.

Na análise de cada questão isoladamente, foi observado que as questões sobre as relações pessoais e a atividade sexual apresentaram um resultado de qualidade regular. Já a questão sobre o suporte (apoio) social demonstrou que necessita melhorar. Com isso, a média dessas facetas apresentou um resultado para as relações sociais de Qualidade de Vida regular.

Tabela 11. Análise sobre relações sociais dos idosos que moram com o(a) companheiro(a).

Facetas / Questões	Relações sociais	Análise
20. Relações pessoais	4,23	Boa
21. Suporte (apoio) social	3,07	Regular
22. Atividade sexual	4,15	Boa
	3,82	Regular

Apesar de os idosos estudados morarem, em sua maioria, com algum parente e manterem o convívio familiar, a qualidade das relações sociais dos nossos pesquisados apresentou um resultado de regular, diante da classificação de necessita melhorar, regular, boa ou muito boa. Logo, não foi condizente com o estudo transversal que demonstrou que o convívio de longevos com pessoas de diferentes idades proporciona maior satisfação na vida.⁴⁹ Os 30% dos idosos que moram com o(a) parceiro(a), apesar de apresentarem um

resultado de boa qualidade nas facetas sobre relações pessoais e atividade sexual, não foram suficientes para a qualidade das relações sociais deixar de ser caracterizada como regular, como apresentado na população geral do trabalho (Tabela 11). Esses dados são parcialmente condizentes com o estudo da relação do arranjo domiciliar e da Qualidade de Vida do idoso, o qual demonstrou que os idosos que vivem com o(a) parceiro(a) apresentaram melhores escores de Qualidade de Vida em todos os domínios e facetas de QV no questionário do WHOQOL- BREF.⁷⁴

Um ponto que podemos levar em consideração da Qualidade de Vida regular nas relações sociais é que o cuidado a um idoso muitas vezes precisa de uma atenção especial, principalmente aos idosos após serem submetidos a um tratamento cirúrgico do quadril. A maioria dos idosos no pós-operatório de fratura do quadril necessita de um cuidador profissional ou não, auxiliando na sua reabilitação, e esse cuidado especial muitas vezes é negligenciado pela falta de condições financeiras ou estruturais da família.³⁵

4.2.5 Meio ambiente

Em relação à avaliação do meio ambiente em que o idoso vive (Tabela 12), foi realizado a análise das médias do conjunto de 8 facetas: a questão 8, “Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?”; questão 9, “Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?”; questão 12, “Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?”; questão 13, “Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?”; questão 14, “Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?”; questão 23, “Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?”; questão 24, “Quão satisfeito(a) você está com o seu

acesso aos serviços de saúde?"; e questão 25, "Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?".

Tabela 12. Análise sobre o meio ambiente em que o idoso vive.

Facetas/Questões	Meio ambiente	Análise
8. Segurança física e proteção	3,37	Regular
9. Ambiente no lar	3,56	Regular
12. Recursos financeiros	2,94	precisa melhorar
13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	3,35	Regular
14. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades	2,64	precisa melhorar
23. Participação e oportunidades de recreação/lazer	3,83	Regular
24. Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima	3,70	Regular
25. Transporte	3,35	Regular
	3,34	Regular

Pode-se observar que, nas facetas sobre proteção, ambiente do lar, cuidados de saúde e sociais, lazer e recreação, poluição e trânsito e transporte, a Qualidade de Vida foi classificada como regular. Já em relação às questões sobre recursos financeiros e oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, a Qualidade de Vida piorou,

com a classificação de necessita melhorar. Com isso, o resultado do domínio sobre o meio ambiente demonstrou uma Qualidade de Vida regular.

A pior classificação “necessita melhorar” dos recursos financeiros no meio ambiente da Qualidade de Vida é condizente com a baixa renda familiar dos idosos. Essa renda baixa normalmente é afetada com o avançar da idade e com os agravos na saúde, como a fratura do quadril, que pode comprometer as necessidades básicas, a exemplo de habitação, assistência à saúde e alimentação dentro do domicílio, afetando a Qualidade de vida do Idoso.⁷⁴

Para a atenção adequada ao idoso, é imprescindível o envolvimento de todos os órgãos públicos, as instituições de saúde, as instituições formadoras e a própria sociedade para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde direcionadas para esse público, como a formação e a capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso.⁸⁴

Uma das alternativas importantes para um envelhecimento saudável são ações educativas para a sociedade e para os profissionais da saúde. O programa de educação em saúde propõe atividades participativas em grupos com aulas e palestras.⁸⁴ No programa de educação em saúde, um dos pontos importantes a ser trabalhado é buscar mais investimento em relação às ações de promoção da saúde e de prevenção às quedas, pois, na população idosa, ocorre um aumento da prevalência de quedas, que resulta em hospitalizações, gastos públicos elevados com saúde e uso de leitos hospitalares por mais tempo. Com essas ações, pode-se aprimorar o conhecimento sobre o risco que esse evento pode causar, com vistas a uma mudança positiva para a Qualidade de Vida dessa população.⁸³

4.2.6 Resultado geral

Tabela 13. Análise dos resultados da avaliação da Qualidade de Vida.

	Qualidade de Vida					
	Autopercepção		Domínios			
	Qualidade de vida	Satisfação com a saúde	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Média	3,81	3,45	2,96	3,52	3,57	3,34
Desvio-Padrão	0,605	0,759	0,482	0,537	0,482	0,575
Avaliação	Regular	Regular	Necessita Melhorar	Regular	Regular	Regular

Fazendo uma análise geral do questionário WHOQOL-BREF, pode-se observar que a Qualidade de Vida dos idosos no pós-operatório de fratura do quadril demonstra que, no que diz respeito tanto à autopercepção como dos diversos domínios, os participantes avaliam a Qualidade de Vida como regular e necessita melhorar (Tabela 13). Como podemos observar, o domínio físico apresenta a média mais baixa, de modo que a avaliação dos pacientes remete à necessidade de melhorar. Esse resultado é concordante com o que diz o estudo prospectivo sobre os fatores influenciadores da saúde após fratura do quadril, o qual relata que a fratura do quadril constitui uma queda profunda e duradoura no estado de saúde desses pacientes.⁷⁹ Outro artigo sobre atividade funcional a longo prazo em idosos com fraturas de quadril observou uma deterioração significativa, com aumento da dependência física e de moradia, com uma diminuição da Qualidade de Vida.

Além disso, relata que essas fraturas estão associadas a altas taxas de mortalidade em 5 anos.⁸⁰

4.3 Índice de Barthel

Tabela 14. Avaliação do Índice de Barthel.

		Níveis de dependência				
	Independente	Dependência leve	Dependência moderada	Dependência severa	Dependência total	Total
<i>(f)</i>	5	18	7	4	3	37
<i>%</i>	13,5	48,6	18,9	10,8	8,1	100%

A avaliação estatística do Índice de Barthel demonstra que a maioria dos participantes (86,5%) apresentam dependência, variando em seu grau, sendo a maior frequência observada no grau de dependência leve ($M_o=18$). Dos 37 participantes, apenas 5 apresentam independência e 3, dependência total (Tabela 14).

No estudo randomizado sobre impacto do programa educacional na qualidade de vida dos pacientes no pós-operatório de fratura do quadril, observou-se que, nos primeiros meses após a cirurgia, é esperado que os valores de Qualidade de Vida sofram uma queda significativa relacionada à diminuição significativa das capacidades de desenvolvimento funcional e que esses valores devam melhorar junto à capacidade funcional. Os domínios

analisados da qualidade de vida não só não recuperaram os valores basais, mas também estiveram longe de atingi-los, como no caso do domínio função física (26,6% e 25,6% de recuperação) e vitalidade (34,8% e 48,5% de recuperação) com intervenção ou não do programa educacional, enquanto os outros domínios atingiram uma recuperação em torno de 60%. Além disso, mostrou que, aos 12 meses, os participantes apresentam uma melhora significativa na dimensão física e com o desenvolvimento das atividades diárias básicas e instrumentais.⁸¹

De acordo com um estudo, que utilizou a escala da dor e o Índice de Barthel, os pacientes idosos com fratura de quadril podem melhorar a Qualidade de Vida e reduzir significativamente as complicações perioperatórias quando submetidos à intervenção educativa com o programa de autocuidado baseado no Modelo de Orem.⁸²

4.4 Correlação entre os questionários sociodemográficos, WHOQOL e o Índice de Barthel

Analisou-se a correlação para verificar em que medida as características amostrais e os indicadores de Qualidade de Vida e dependência em pacientes idosos com fratura no quadril apresentam correspondências entre si (Tabela 15). A variável “com quem mora” foi recategorizada em companheiro de moradia a partir do agrupamento de filhos e netos em uma única categoria (filhos), codificado em *Dummy* 0 (mora com companheiro) e 1 (mora com filhos).

Os resultados da Tabela 15 demonstram que o companheiro de moradia se correlaciona moderadamente

e de forma positiva com o Índice de Barthel e com a satisfação com a saúde. Observamos ainda que, embora a Qualidade de Vida não se correlacione com o

companheiro de moradia, a QV se correlaciona positivamente com o Índice de Barthel e com a satisfação com a saúde. Este resultado, em particular, sugere que morar com o companheiro está positivamente relacionado a uma maior independência e a uma melhor Qualidade de Vida.

Tabela 15. Correlação entre as características amostrais e os indicadores de Qualidade de Vida e dependência em pacientes idosos no pós-operatório de fratura no quadril (N = 37).

	Qualidade de vida	Satisfação com saúde	Índice de Barthel	Companheiro de moradia
Companheiro de moradia	0,310	0,368*	0,527**	1
Índice de Barthel	0,424**	0,450**	1	
Satisfação com saúde	0,604**	1		
Qualidade de vida	1			

Nota: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

As análises de regressão para verificar o efeito da variável apoio social sobre os domínios da qualidade de vida estão presentes na Tabela 16.

A partir dessas análises, é possível verificar que a variável receber apoio prediz, de forma significativa, os domínios psicológico e meio ambiente e prediz, de forma marginalmente significativa, o domínio relações sociais. A variável receber apoio não teve efeito significativo sobre o domínio físico.

Tabela 16. Efeito da variável receber apoio nos domínios da qualidade de vida.

Domínios da Qualidade de vida			
	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
	<i>b</i>	<i>b</i>	<i>B</i>
Intercepto	2,426***	2,685 ***	2,037 **
Receber Apoio	0,273*	0,221	0,326*
	<i>R</i> = 0,349	<i>R</i> = 0,315	<i>R</i> = 0,388
	<i>R</i> ² <i>adjusted</i> =	<i>R</i> ² <i>adjusted</i> =	<i>R</i> ² <i>adjusted</i> =
	0,122	0,074	0,126
	<i>F</i> (1,36) =	<i>F</i> (1,36) =	<i>F</i> (1,36) =
	4,852	3,862	6,211
	<i>p</i> < 0,05	<i>p</i> < 0,057	<i>p</i> = 0,01

Nota: **p*<0,05; ****p*<0,001.

As análises de regressão para verificar o efeito da variável companhia de moradia sobre a satisfação com a saúde e o Índice de Barthel estão presentes nas Tabelas 17 e 18.

Os resultados da tabela 17 demonstraram que a variável “com quem mora” prediz, de forma significativa, a satisfação com a saúde, de modo que morar com os filhos implica uma maior satisfação com a saúde em comparação a morar com o companheiro ou companheira.

Tabela 17. Efeito da variável companheiro de moradia sobre a satisfação com a saúde.

Satisfação com a saúde				
Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
Intercepto	3,238		25,80	0,001
Companheiro de moradia	0,454	0,368	2,239	0,05
Coeficiente de regressão	R = 0,368; R ² = 0,135			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,108			
Teste estatístico	F(1,33)=5,011; p<0,05			

Tabela 18. Efeito da variável companheiro de moradia sobre a dependência.

Índice de Barthel				
Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
Intercepto	52,61		12,478	0,001
Companheiro de moradia	23,91	0,527	3,507	0,001
Coeficiente de regressão	R = 0,527; R ² = 0,278			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,255			
Teste estatístico	F(1,33)=12,302; p<0,001			

Os resultados da tabela 18 demonstraram que a variável “com quem mora” prediz, de forma significativa, o Índice de Barthel, de modo que morar com os filhos implica maior dependência em comparação com morar com o companheiro ou companheira. O que esse índice pode querer dizer? Morar com companheiro de baixa renda, na maioria das vezes, quer dizer que a convivência se dá a partir da coabitação de dois idosos,

consequentemente, a necessidade de maior independência pode estar associada às limitações do cuidador. Em seguida, realizamos uma análise de regressão tendo como variável preditora do domínio físico e da variável de saída o Índice de Barthel (Tabela 19). Os resultados demonstraram que a variável domínio físico prediz, de forma significativa, o índice de Barthel, de modo que, quanto melhor a Qualidade de Vida nesse domínio, menor o grau de dependência dos pacientes.

Tabela 19. Efeito do domínio físico sobre o grau de dependência.

Índice de Barthel				
Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
Intercepto	4,992		4,423	0,001
Domínio Físico	-0,843	0,373	-2,260	0,05
Coeficiente de regressão	R = 0,361; R ² = 0,131			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,105			
Teste estatístico	F(1,33)=5,106; p<0,05			

Por fim, para testar a hipótese principal do estudo de que o pós-operatório impacta a Qualidade de Vida do idoso com fratura no quadril, foi realizada uma regressão linear tendo como variáveis preditoras o tipo de cirurgia e o tipo de fratura e como variável de saída a Qualidade de Vida.

Esses resultados (Tabela 20) demonstraram que a Qualidade de Vida é impactada de forma negativa pelo tipo de fratura e positivamente pelo tipo de cirurgia, de modo que a fratura transtrocanterica impacta mais negativamente que a colo femoral e a cirurgia de prótese bipolar impacta mais positivamente a Qualidade de Vida que a cirurgia com o DHS. Logo, como a maioria dos idosos com fraturas transtrocanterica foi fixada com

DHS, não podemos determinar qual dos dois impactou negativamente a Qualidade de Vida. Do mesmo modo ocorreu nas fraturas do colo com tratamento de prótese que impactaram positivamente na Qualidade de Vida.

Tabela 20. Regressão múltipla da Qualidade de Vida em função dos tipos de fratura e cirurgia.

Qualidade de Vida				
Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
Intercepto	3,274		11,23	0,001
Fratura	-0,93	-0,76	-2,25	0,05
Cirurgia	1,06	0,87	2,57	0,05
Coefficiente de regressão múltipla	R = 0,403; R ² = 0,163			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,113			
Teste estatístico	F(2,35)=3,303; p<0,001			

Tomados em conjunto, os resultados demonstraram que a Qualidade de Vida é afetada pelo pós-operatório tanto por meio do tipo de fratura quanto pelo tipo de cirurgia a que o paciente foi submetido. Igualmente, pôde-se observar que com quem o paciente mora tem implicações importantes no cotidiano dos pacientes na medida em que morar com os filhos implica uma maior Qualidade de Vida, mas também uma maior dependência, bem como receber apoio afeta de forma positiva os domínios da Qualidade de Vida.

4.5 Artigos

4.5.1 Impacto das fraturas no quadril tratada cirurgicamente sobre a qualidade de vida nos idosos (Artigo original)

O artigo “Impacto das fraturas no quadril tratada cirurgicamente sobre a qualidade de vida nos idosos” será submetido na Revista *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*, classificada como A2, e seguiu as normas instruções aos autores da Revista. (Anexo 3).

IMPACTO DAS FRATURAS NO QUADRIL TRATADAS CIRURGICAMENTE NA QUALIDADE DE VIDA NOS IDOSOS

Camila Carvalho Krause Gonçalves¹, Mônica Cristina Batista de Melo², Clarissa Dubeux Lopes Barros²

1. Mestranda da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); endereço institucional: da FPS, Recife-PE, Brasil; telefone: (81) 991351549; e-mail: drcamilakrause@gmail.com.

2. Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

O manuscrito faz parte da dissertação do mestrado em Psicologia da Saúde da primeira autora, com título “Qualidade de vida dos idosos no pós-operatório de fraturas de quadril”, na Faculdade Pernambucana de Saúde, com defesa em 2021.

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos no pós-operatório de fraturas do quadril atendidos em um hospital público.

Método: foi realizado um estudo transversal de cunho quantitativo correlacional e preditivo, do qual participaram 37 idosos, de ambos os sexos, no terceiro mês pós-cirúrgico de fratura do quadril, atendidos em um hospital público de Jaboatão. Os

participantes responderam ao questionário sociodemográfico e ao questionário WHOQOL-BREF. Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS- 20.

Resultados: a maioria apresentou fratura transtrocantérica; quanto à cirurgia, as mais frequentes foram com DHS (n= 21) e prótese (n=13), sendo 11 prótese bipolar e 2 prótese total. Os participantes avaliaram a qualidade de vida como regular e que necessita melhorar.

Conclusão: a qualidade de vida é afetada pelo pós-operatório tanto por meio do tipo de fratura quanto pelo tipo de cirurgia a que o paciente foi submetido. Igualmente, foi possível observar que com quem o paciente mora e recebe apoio tem implicações importantes no cotidiano e na sua qualidade de vida.

Descritores: fraturas do fêmur; cirurgia; idoso; qualidade de vida; psicologia da saúde.

INTRODUÇÃO

A população brasileira está envelhecendo de forma acelerada, com o Brasil se tornando o país mais velho do mundo em 2032 (Gerontologia, 2019). Com isso, as políticas públicas se depararam com demandas e especificidades do idoso, sendo concebidas e realizadas para atender as necessidades dessa população a fim de promover a melhor atenção digna (Martins, Schier, Erdmann, & Albuquerque, 2019; Jardim, Medeiros, & Brito, 2019). Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso e, posteriormente, entre 2013 e 2014, foram criadas as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS) para assegurar ao idoso a efetivação do direito à vida, à saúde, à liberdade, à dignidade, ao respeito, à convivência familiar e comunitária e aos demais direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (Senado Federal, 2003; Ministério da Saúde do Brasil, 2014).

O envelhecer é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, sendo o destino do ser humano, mas também se caracteriza em uma categoria social, e cada

sociedade vivencia maneiras distintas no que diz respeito ao declínio biológico do indivíduo (Santos, Santos, Albino, Silveira, & Nardelli, 2019; Barbosa, Oliveira, & Fernandes, 2019). Durante o envelhecimento, ocorrem alterações multivariadas do desenvolvimento humano e mudanças significativas na forma com que o sujeito enxerga e vivencia sua realidade, assim como em sua resiliência perante as perdas dessa fase. Logo, essas alterações abrangem as esferas psicológicas, estruturais e funcionais decorrentes desse processo ou secundárias dele (Santos, Santos, Albino, Silveira, & Nardelli, 2019; Dagostini *et al.*, 2018).

Essas modificações multivariadas do ser humano durante o envelhecimento tornam os idosos mais vulneráveis a interferências de fatores extrínsecos e intrínsecos, bem como aos agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis de pessoa a pessoa como quedas e fraturas (Teixeira, Andrade, Santos, & Caires, 2019). Com isso, os idosos estão sujeitos a sofrer acidentes como qualquer jovem, apesar de apresentarem maior vulnerabilidade e maiores consequências aos traumas (Cruz, Beltrame, & Dallacosta, 2019; Teixeira, Andrade, Santos, & Caires, 2019), aumentando a importância de compreender como as fraturas, a perda da autonomia funcional e a dimensão da influência biopsicossocial ocasionada pelos traumas afetam a Qualidade de Vida (QV) do idoso.

Considerando a relevância da gravidade e as repercussões dessas fraturas na vida do idoso, é indispensável pensar, a partir da Psicologia da Saúde, ações de promoção da saúde e de prevenção de novas fraturas. Para a promoção da saúde dos idosos, temos que relacionar a ideia de responsabilidade múltipla, que envolve as ações do Estado com políticas públicas saudáveis, ações dos indivíduos e a coletividade. Vale ressaltar que o empoderamento, o autocuidado, a capacitação individual e a participação efetiva no

planejamento e na execução na promoção da saúde visam à melhoria da Qualidade de Vida e da saúde (Ministério da Saúde, 2009).

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de cunho quantitativo correlacional e preditivo, com coleta de dados em uma única etapa. Fizeram parte do estudo 37 idosos no terceiro mês pós-cirúrgico de fratura do quadril, sendo 20 do sexo feminino e 17 do sexo masculino, com idades variando de 62 a 102 anos, atendidos em um hospital público do município Jabotão dos Guararapes.

Os participantes foram abordados por um dos pesquisadores na sala de espera do consultório de retorno de cirurgia, quando assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, responderam ao questionário sociodemográfico e ao questionário WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life* – qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde: uma versão abreviada).

O questionário sociodemográfico contemplou sexo; idade; escolaridade; renda familiar; estado civil; com quem mora/cuidador; religião; comorbidades como Hipertensão, Diabetes, Osteoporose diagnosticada; etiologia da fratura; e cirurgia realizada.

O questionário WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, sendo que as duas questões iniciais se referem à autopercepção da qualidade de vida e à satisfação com a saúde e as demais 24 questões abrangem quatro domínios: domínio físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os resultados foram expressos pela classificação da Qualidade de Vida em: necessita melhorar (até 2,9); regular (3-3,9); boa (4-4,9); e muito boa (5) (Abreu-Reis *et al.*, 2019; Fleck *et al.*, 2000).

Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS- 20. Foram realizadas análises descritivas e inferenciais. Nas análises inferenciais, as variáveis preditoras (com quem mora, tipo de fratura e tipo de cirurgia), na qualidade de variáveis dicotômicas, foram codificadas em variáveis *Dummy*.

A pesquisa adotou as orientações da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde, conforme o CAAE número 35389120.1.0000.5569.

RESULTADOS

Inicialmente, foi realizada a caracterização da amostra para verificar os perfis sociodemográficos e clínicos dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica.

Idade (anos)	<i>Média</i>	DP	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>N</i>
	77,59	8.10	62	102	
Sexo	<i>Masculino</i>	%	<i>Feminino</i>	%	100%
	17	(45,9%)	20	(54,1%)	
Escolaridade	<i>Analfabeto</i>	<i>Fund.incompleto</i>	<i>Fund.completo</i>	<i>Médio</i>	37
	8	11	12	6	
Renda (R\$)	<i>0 - 1.254</i>	<i>1.255 -2.004</i>	<i>2.004 – 8.640</i>	<i>>8.640</i>	34
	12	11	9	2	
Estado Civil	<i>Solteiro</i>	<i>Casado</i>	<i>Divorciado</i>	<i>Viúvo</i>	37

	2	20	1	14	
Mora com	<i>Companheiro</i>	<i>Filho/Neto</i>	<i>Cuidador</i>	<i>Sozinho</i>	37
	13	21	1	2	
Religião	<i>Católico</i>	<i>Protestante</i>	<i>Outra</i>		37
	34	1	2		
Etiologia da Fratura	<i>Acidente automobilístico</i>	%	<i>Queda</i>	%	<i>N(37)</i>
	1	(2,7%)	36	(97,3%)	100%
Tipo de fratura	<i>Colo femoral</i>	<i>Subtrocanterica</i>	<i>Transtrocantérica</i>		<i>N(37)</i>
	15	1	21		
Tipo de cirurgia	<i>DCS</i>	<i>DHS</i>	<i>Haste</i>	<i>Prótese</i>	<i>N(37)</i>
	1	21	2	13	
Hipertensão	<i>Sim</i>	%	<i>Não</i>	%	100%
	23	(62,2%)	14	(37,8%)	
Diabetes	<i>Sim</i>	%	<i>Não</i>	%	100%
	8	(21,6%)	29	(78,4%)	
Osteoporose	<i>Sim</i>	%	<i>Não</i>	%	100%
	7	(18,9%)	30	(81,1%)	
Bebida	<i>Sim</i>	%	<i>Não</i>	%	100%
	3	(8,1%)	34	(91,9%)	
Medicamento	<i>Sim</i>	%	<i>Não</i>	%	100%
	30	(81,1%)	7	(18,9%)	

DCS = Dynamic condylar screw; DHS = Dinamic Hip Screw

A avaliação da Qualidade de Vida (Tabela 2) demonstrou que, no que diz respeito tanto à autopercepção como aos domínios, os participantes a avaliam como regular e necessita melhorar. Como podemos observar, o domínio físico apresenta a média mais baixa, de modo que a avaliação dos pacientes remete à necessidade de melhorar.

Tabela 2. Avaliação da Qualidade de Vida.

	Qualidade de Vida					
	Autopercepção		Domínios			
	Qualidade de vida	Satisfação com a saúde	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Média	3,81	3,45	2,96	3,52	3,57	3,34
Desvio-Padrão	0,605	0,759	0,482	0,537	0,482	0,575
Avaliação	Regular	Regular	Necessita Melhorar	Regular	Regular	Regular

Em seguida, a variável com quem mora foi recategorizada em companheiro de moradia a partir do agrupamento de filhos e netos em uma única categoria (filhos), codificado em *Dummy* 0 (mora com companheiro) e 1 (mora com filhos). Foram realizadas também análises de regressão para verificar o efeito da variável receber apoio sobre os domínios da Qualidade de Vida (Tabela 3).

Tabela 3. Efeito da variável receber apoio nos domínios da Qualidade de Vida.

Domínios da Qualidade de vida			
	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
	<i>B</i>	<i>b</i>	<i>b</i>
Intercepto	2,426***	2,685 ***	2,037 **
Receber Apoio	0,273*	0,221	0,326*
	<i>R</i> = 0,349	<i>R</i> = 0,315	<i>R</i> = 0,388
	<i>R</i> ² <i>adjusted</i> = 0,122	<i>R</i> ² <i>adjusted</i> = 0,074	<i>R</i> ² <i>adjusted</i> = 0,126
	<i>F</i> (1,36) =	<i>F</i> (1,36) =	<i>F</i> (1,36) =
	4,852	3,862	6,211
	<i>p</i> < 0,05	<i>p</i> < 0,057	<i>p</i> = 0,01

Nota: **p*<0,05; ****p*<0,001.

A partir dessas análises, é possível verificar que a variável receber apoio prediz, de forma significativa os domínios psicológico e meio ambiente e, prediz, de forma marginalmente significativa o domínio relações sociais. A variável receber apoio não teve efeito significativo sobre o domínio físico.

As análises de regressão para verificar o efeito da variável companhia de moradia sobre a satisfação com a saúde (Tabela 4) demonstraram que a variável “com quem mora” prediz, de forma significativa, a satisfação com a saúde, de modo que morar com os filhos implica uma maior satisfação com a saúde em comparação a morar com o companheiro ou companheira.

Tabela 4. Efeito da variável companheiro de moradia sobre a satisfação com a saúde.

Satisfação com a saúde				
Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
Intercepto	3,238		25,80	0,001
Companheiro de moradia	0,454	0,368	2,239	0,05
Coefficiente de regressão	R = 0,368; R ² = 0,135			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,108			
Teste estatístico	F(1,33)=5,011; p<0,05			

Por fim, para testar a hipótese principal do estudo de que o pós-operatório impacta a qualidade de vida do idoso com fratura no quadril, foi realizada uma regressão linear, tendo como variáveis predictoras o tipo de cirurgia e o tipo de fratura e como variável de saída a Qualidade de Vida (Tabela 5).

Tabela 5. Regressão múltipla da Qualidade de Vida em função dos tipos de fratura e cirurgia.

Qualidade de Vida				
Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
Intercepto	3,274		11,23	0,001
Fratura	-0,93	-0,76	-2,25	0,05
Cirurgia	1,06	0,87	2,57	0,05
Coefficiente de regressão múltipla	R = 0,403; R ² = 0,163			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,113			
Teste estatístico	F(2,35)=3,303; p<0,001			

Esses resultados demonstraram que a Qualidade de Vida é impactada de forma negativa pelo tipo de fratura e positivamente pelo tipo de cirurgia, de modo que a fratura transtrocanterica impacta mais negativamente que a colo femoral e a cirurgia de prótese bipolar impacta mais positivamente a Qualidade de Vida do que a DHS.

DISCUSSÃO

A maior concentração (43%) dos idosos no presente estudo estava na faixa etária de 80 anos ou mais, sendo um número grande de octogenários, o que corrobora uma realidade cada vez maior no mundo, especialmente no Brasil (Almeida, Mafra, Silva, & Kanso, 2015). Essa grande sobrevida da população está relacionada a ações de promoção de saúde, disseminação das vacinas e antibióticos e aumento do saneamento básico, o que proporciona diminuição da mortalidade por doenças infectocontagiosas (Rebêlo, Calazans, Lima, & Silva, 2021).

O predomínio de 8,2% de mulheres encontradas no estudo segue a tendência mundial de feminização da velhice, com a prevalência feminina na população idosa (Almeida, Mafra, Silva, & Kanso, 2015; IBGE, 2011; IBGE, 2018). Além disso, o resultado desse predomínio de mulheres com fraturas do quadril no presente estudo também é condizente com diversos estudos, os quais mostram que mulheres idosas possuem maior risco de quedas e fraturas em relação aos homens devido a maior fragilidade óssea (Osteoporose), a maior ocorrência de algumas doenças crônicas, a maior exposição a atividades domésticas e ao declínio físico-funcional (Almeida, Meucci, & Dumith, 2019; Oliveira & Borba, 2017).

A questão da baixa renda familiar não apresentou relação significativa com a baixa escolaridade como descrito no estudo sobre o reconhecimento e a cidadania dos

analfabetos no Brasil, o qual relatou que a baixa escolaridade limita o acesso ao mercado de trabalho e promove o acesso a salários inferiores, conseqüentemente menor disponibilidade ao atendimento médico (Andrade & Moreira, 2019). Acrescentando as dificuldades encontradas pela baixa renda familiar, o avançar da idade pode aumentar os gastos com a saúde, especialmente para compra de medicamentos, comprometendo ainda mais a renda mensal para atender às necessidades básicas, como habitação, assistência à saúde e alimentação dentro do domicílio, afetando a Qualidade de Vida do idoso (Melo, Teixeira, Barbosa, Montoya, & Silveira, 2016), fato que foi condizente com a baixa pontuação no domínio meio ambiente do questionário WHOQOL-BREF, em especial na questão de recursos financeiros.

A relação da pessoa idosa com familiares, amigos, sociedade e consigo mesma influencia o bem-estar físico, emocional, psicológico e mental (Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2013; Rosas & Neri, 2019). Com isso, um estudo transversal observou que o convívio de longevos em domicílios com pessoas de diferentes idades também proporciona maior satisfação com a vida (Oliveira *et al.*, 2020). Em outro estudo sobre relação entre arranjo domiciliar e qualidade de vida de idosos da comunidade utilizando o questionário WHOQOL-BREF, observou-se que os idosos que vivem com o(a) parceiro(a) apresentaram melhores escores de Qualidade de Vida, exceto no domínio morte e morrer, por compartilhar a vivência do processo de envelhecimento e suas limitações, evitando o isolamento social (Melo, Teixeira, Barbosa, Montoya, & Silveira, 2016). Outro fator que também influencia na Qualidade de Vida do idoso é que, após o comprometimento da capacidade funcional decorrente da cirurgia da fratura do quadril, o idoso necessita de um apoio de um cuidador formal ou da família nas suas atividades do cotidiano (Lopes, Oliveira, Stigger, & Lemos, 2020). Logo, a importância do convívio e da moradia de idosos com familiares em seu domicílio também

foi observada no presente estudo, ao demonstrar, de forma significativa, que morar com os filhos proporciona uma maior satisfação com a saúde em comparação com morar com o(a) companheiro(a).

Em relação à religião, esta se apresenta aos idosos como um importante recurso no enfrentamento dos desafios nessa fase da vida, com um papel significativo na saúde física e mental do indivíduo, assim influenciando na Qualidade de Vida. O Cristianismo é a maior religião, abrangendo quase um terço da população mundial, e a Igreja Católica é considerada uma das principais denominações cristã (Molina, Tavares, Haas, & Rodrigues, 2020; Esperandio, Escudero, Fanini, & Macedo, 2019). Essa predominância do catolicismo é condizente com os dados adquiridos no presente estudo.

Com o envelhecimento, a pessoa fica mais suscetível a desenvolver doenças e comorbidades, e, no presente trabalho, relacionamos a Hipertensão arterial, a Diabetes Mellitus (DM) e a Osteoporose diagnosticada com fraturas do quadril no idoso, mas esta relação não apresentou significância. Essa relação da diabetes com as fraturas dos quadris nos idosos contradiz a metanálise sobre o Diabetes e o risco de fraturas, em que relata que os pacientes com DM apresentaram maiores riscos de fraturas totais, no quadril, na parte superior do braço e no tornozelo (Wang, Ba, Xing, & Du, 2019).

Em relação à Osteoporose diagnosticada, apenas 18,9% dos idosos estudados estavam cientes de serem portadores de Osteoporose, enquanto isso, 81,1% não tinham ideia da existência desse diagnóstico. A Osteoporose é a condição na qual os ossos se tornam frágeis e quebradiços, ela pode ser influenciada por fatores como etnia, sexo, exercício e nutrição em cada indivíduo, e é um fator preditivo de fratura relacionada à idade (Pinheiro *et al.*, 2010). Corroborando nossos resultados, o estudo sobre o impacto da Osteoporose no Brasil (*The Brazilian Osteoporosis Study*) relata que a prevalência de Osteoporose deve ser maior pela não realização do exame de densitometria óssea

frequentemente (Tazkarji, Lam, Lee & Meiyappan, 2016). Outro fato importante é que, apesar de o paciente não ter a ciência de ser portador de Osteoporose, seu diagnóstico também pode ser estabelecido pela presença de fratura por trauma mínimo (Pinheiro *et al.*, 2010).

A Qualidade de Vida, de acordo a Organização Mundial da Saúde, é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Logo, envolve a relação interpessoal e consigo mesma, sendo influenciada pelo bem-estar biopsicossocial. Não podemos esquecer-nos da qualidade da saúde, do nível educacional, do nível socioeconômico, dentre outras circunstâncias que influenciam a vida (Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2013; Rosas & Neri, 2019). Já a Qualidade de Vida dos idosos está mais relacionada à manutenção da autonomia e à capacidade funcional, pois o envelhecimento, muitas vezes, culmina em comorbidades que podem afetar a funcionalidade e a autonomia do idoso (Billett *et al.*, 2019). A autonomia abrange a capacidade de realizar as atividades para administrar o ambiente em que vive, como fazer compras e preparar refeição, e atividades avançadas da vida cotidiana, e essas associadas capacitam a pessoa a viver em comunidade de forma independente (Carbonell, Jaimes, Torregroza, Camargo-Hernández & Moreno, 2019).

A Qualidade de Vida estudada através do instrumento WHOQOL-BREF, que é dividido em conjunto de questões/facetas, avalia os domínios da autopercepção, do físico, do psicológico, das relações sociais e do meio ambiente e classifica a Qualidade de Vida em necessita melhorar, regular, boa e muito boa.

Em relação à autopercepção do idoso pós-operado de fratura do quadril estudado, que inclui a autoavaliação da qualidade de vida e da satisfação com a saúde, foi classificada em Qualidade de Vida regular. Uma pesquisa tipo transversal sobre os fatores

associados ao envelhecimento bem-sucedido na atenção primária dos idosos robustos relata que a autopercepção positiva da vida e a prática da dança como entretenimento diminuem a vulnerabilidade clínico-funcional, fornecendo uma velhice saudável e ativa (Maia, Colares, Moraes, Costa & Caldeira, 2020).

Já na avaliação do domínio físico pela análise sobre sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana e dependência de medicação ou de tratamento, o resultado foi de uma Qualidade de Vida regular. Já em relação às questões sobre dor/desconforto, energia/fadiga e capacidade de trabalho, a Qualidade de Vida piorou, apresentando a pior classificação do questionário. Esse resultado é concordante com o que diz o estudo prospectivo sobre os fatores influenciadores da saúde após fratura do quadril, o qual relata que a fratura do quadril constitui uma queda profunda e duradoura no estado de saúde desses pacientes (Hack *et al.*, 2019). Outro artigo sobre atividade funcional a longo prazo em idosos com fraturas de quadril observou uma deterioração significativa, com aumento da dependência física e de moradia, com uma diminuição da Qualidade de Vida (Joode, Kalmet, Fiddlers, Poeze & Blokhuis, 2019). Logo, demonstra que uma boa recuperação da Qualidade de Vida pós-operatório de fratura dos quadril é um desafio que tem início com o preparo da equipe hospitalar na orientação aos pacientes e a seus familiares, uma vez em casa a dor continua, podendo estar associada ou não à desnutrição e a casos de delírio senil e a família se depara com o desafio de fornecer os cuidados e a motivação da recuperação, desse modo alterando a estrutura física e emocional da família (Killington, Walker & Crotty, 2016).

O domínio psicológico, que avalia a espiritualidade/religião/crenças, sentimentos positivos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência e sentimentos negativos, apresentou um resultado de Qualidade de Vida regular e uma relação positiva com receber apoio.

Segundo o estudo sobre a autoeficácia e a independência de idosos no pós-operatório de fratura de quadril, a perda de independência pode ser percebida como uma ameaça potencial à autoestima e à autoeficácia. Esta, que quer dizer sentir-se produtivo, é um fator importante de ser trabalhado para perceber as ameaças potenciais à saúde e à independência, assim como para avançar com as estratégias de enfrentamento da recuperação pós-operatória. Outros pontos que também são acometidos no processo de reabilitação da fratura do quadril são a autoestima, o estresse e a ansiedade que algumas pessoas experimentam com a perda de independência temporária ou permanente (Langford, Edwards, Gray, Fleig & Ashe, 2018). Logo, este achado corrobora o resultado regular do domínio psicológico do nosso estudo.

Diante da avaliação das relações sociais dos idosos pesquisados, sobre as relações pessoais, a atividade sexual e o suporte (apoio) social, demonstrou-se uma Qualidade de Vida regular e uma correlação com receber apoio.

O apoio social proporciona uma interação, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos, de caráter emocional, instrumental (material) ou de informação. Em específico para a população idosa, as redes de apoio social podem estimular a percepção de estima, de ser amado e valorizado, com a inclusão do idoso na coletividade, e de obrigações mútuas (Mesquita, Morano, Landim, Collares & Pinto, 2010). Outro ponto que devemos levar em consideração é que o cuidado de um idoso muitas vezes precisa de uma atenção especial, principalmente após serem submetidos a um tratamento cirúrgico de fratura do quadril, período em que os idosos necessitam de um cuidador profissional ou não, auxiliando na sua reabilitação, e que esse cuidado especial muitas vezes é negligenciado pela falta de condições financeiras ou estruturais da família (Oliveira, 2019).

Em relação à avaliação do meio ambiente em que o idoso vive, que avaliou proteção, ambiente do lar, cuidados de saúde e sociais, lazer e recreação, poluição, trânsito e transporte, recursos financeiros e oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, obteve-se o achado de uma Qualidade de Vida regular. Logo, o ambiente em que o idoso vive pode afetar a Qualidade de Vida, e, para a melhora desta, deve ser trabalhada de forma ampla através de ações políticas, sociais e pessoais.

Para a atenção adequada ao idoso, é imprescindível o envolvimento de todos os órgãos públicos, as instituições de saúde e as instituições formadoras e da própria sociedade para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde direcionadas para esse público, como a formação e a capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso (Martins, Schier, Erdmann & Albuquerque, 2019). Uma das alternativas importantes para um envelhecimento saudável são ações educativas para a sociedade e para os profissionais da saúde. O programa de educação em saúde propõe atividades participativas em grupos com aulas e palestras (Martins, Schier, Erdmann & Albuquerque, 2019). No programa de educação em saúde, um dos pontos importantes a ser trabalhado é buscar mais investimento em relação às ações de promoção da saúde e de prevenção às quedas, pois, na população idosa, ocorre um aumento da prevalência de quedas, que resulta em hospitalizações, gastos públicos elevados com saúde e uso de leitos hospitalares por mais tempo. Com essas ações, pode-se aprimorar o conhecimento sobre o risco que esse evento pode causar, com vistas a uma mudança positiva para a Qualidade de Vida dessa população (Teixeira, Andrade, Santos & Caires, 2019).

Com o processo de envelhecimento e o aumento da vulnerabilidade, as pessoas se tornam ainda mais suscetíveis a esses traumas (Cruz, Beltrame & Dallacosta, 2019). Na relação das fraturas com os idosos estudados, houve uma prevalência de quedas nos idosos participantes, quer dizer, fraturas por acidentes com trauma de baixa energia. Esse

dato é corroborado por vários estudos que relatam que as quedas estão relacionadas à interação do idoso com o meio ambiente em que vive, além do declínio físico-funcional e de uma desfavorável autopercepção de sua saúde (Teixeira, Andrade, Santos & Caires, 2019; Almeida, Meucci & Dumith, 2019). Num estudo transversal sobre a relação da queda no idoso e seus fatores de riscos, Almeida, Meucci e Dumith (2019) observaram que as quedas ocorrem principalmente em mulheres idosas por causa da maior fragilidade óssea (Osteoporose) em relação aos homens, da maior ocorrência de algumas doenças crônicas, da maior exposição a atividades domésticas e do declínio físico-funcional. Relatam também a maior prevalência de quedas entre os idosos que vivem sozinhos, idosos que têm uma autopercepção ruim de sua saúde e idosos com obesidade (Almeida, Meucci & Dumith, 2019). Já sobre os acidentes de trânsito, que também atingem a população dos idosos por apresentarem limitações na sua mobilidade nas grandes cidades e que apresentam relação com a baixa escolaridade e as situações precárias socioeconômicas (Santos, Rodrigues & Diniz, 2017), não demonstraram correlação significativa no presente estudo.

Além dos fatores que ocasionam as fraturas, o tratamento conservador ou cirúrgico e as repercussões pós-trauma também afetam o idoso fisicamente, com a necessidade de auxílio para deambular; psicologicamente, com medo de sofrer nova queda; e socialmente, com possível necessidade de dependência funcional (Guimarães, Lima, Souza, Livani & Belangero, 2011).

Segundo as diretrizes para manejo da fratura de quadril, as cirurgias devem ser realizadas o mais rápido possível, de acordo com a aptidão do idoso, seguida de reabilitação multidisciplinar, com mobilização precoce para restaurar a função e a mobilidade e, assim, promover a capacidade funcional “pré-fratura” e o bem-estar (Ftouh, Morga & Swift, 2011).

Na topografia do quadril, em especial do fêmur proximal, existem dois principais tipos de fratura, que são a fratura do colo do fêmur e a fratura transtrocanterica (Lima, Miranda & Vasconcelos, 2017), que são tratadas cirurgicamente com diversas formas de procedimentos de fixação da fratura.

Numa meta-análise e revisão sistemática sobre a mortalidade por fratura de quadril na China continental, observou-se que, apesar de a relação entre o tipo de fratura e mortalidade permanecer controversa, os pacientes com fraturas intertrocantericas eram mais velhos do que aqueles com fratura do colo do fêmur e que o excesso de mortalidade nesses estudos reflete diferenças na idade ou nos tipos de fratura, o que ainda não foi esclarecido (Cui *et al.*, 2019). Esses fatos não foram condizentes com nosso estudo, pois não tivemos diferença significativa de idade em relação ao tipo de fratura, mas nossos resultados demonstraram que a Qualidade de Vida é impactada de forma negativa pelo tipo de fratura, sendo pior na fratura transtrocanterica que na do colo femoral.

Num ensaio clínico multicêntrico randomizado sobre função do quadril, mobilidade, dor, Qualidade de Vida e risco de reoperar do paciente idoso com fratura do colo do femur tratada cirurgicamente com hemiartrorplastia (prótese parcial) ou fixação com parafuso, constatou-se que a hemiartrorplastia ocasionou melhor mobilidade e Qualidade de Vida, além de menos reoperações importantes em comparação com a fixação interna com parafusos da fratura, mas não apresentou diferença significativa na função do quadril (Dolatowski *et al.*, 2019). Num estudo retrospectivo, Afag *et al.*, em 2020, também compararam o tratamento cirúrgico artroplastia do quadril com fixação interna com parafuso/DHS nas fraturas do colo do femur e observaram que a artroplastia reduziu o risco de mortalidade e reoperação em 24 meses, além da melhora na saúde física geral. O tratamento do estudo não foi associado a uma diferença na saúde mental geral (Afaq *et al.*, 2020). Na revisão sistemática sobre o impacto das fraturas de quadril na

Qualidade de Vida, no estado de saúde, no estado psicológico e na correlação de fatores sobre os resultados pós-cirurgia realizada por Alexiou *et al.*, em 2018, a artroplastia total do quadril em idosos tem uma recuperação melhor do estado de saúde quando comparada com a fixação interna no tratamento da fratura do colo do fêmur no primeiro ano pós-operatório. Essa diferença do primeiro ano parece se igualar no segundo ano pós-operatório (Alexiou, Roushias, Varitimidis & Malizos, 2018).

Nos tratamentos cirúrgicos de fixação da fratura transtrocanterica instável em idosos, Lu (2019) observou que o tratamento com a Haste Femorais Cefalomedulares com parafuso anti-rotatório (PFN) é mais simples, menos traumático, menos complicado e com melhor sobrevida em curto prazo e proporciona melhor Qualidade de Vida, quando comparado com a fixação usando DHS.

Condizentes com estes estudos, nossos resultados demonstraram que a Qualidade de Vida é impactada de forma positiva pelo tipo de cirurgia, de modo que a cirurgia de prótese bipolar impacta mais positivamente na Qualidade de Vida que a DHS.

No estudo randomizado sobre impacto do programa educacional na Qualidade de Vida dos pacientes no pós-operatório de fratura do quadril, observou-se que, nos primeiros meses após a cirurgia, é esperado que os valores de Qualidade de Vida sofram uma queda significativa relacionada à diminuição das capacidades de desenvolvimento funcional e que esses valores devem melhorar junto à capacidade funcional. Os domínios analisados da Qualidade de Vida não só não recuperaram os valores basais, mas também estiveram longe de atingi-los, como no caso do domínio função física (26,6% e 25,6% de recuperação) e vitalidade (34,8% e 48,5% de recuperação), com intervenção ou não do programa educacional, enquanto os outros domínios atingiram uma recuperação em torno de 60%. Além disso, mostrou que, aos 12 meses, os participantes apresentam uma

melhora significativa na dimensão física, com o desenvolvimento das atividades diárias básicas e instrumentais (Donoso *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Os desafios para uma boa recuperação da Qualidade de Vida após cirurgia têm início na abordagem de forma integral do idoso pelos profissionais da saúde e pelos familiares, pois a Qualidade de Vida é afetada pelo pós-operatório tanto por meio do tipo de fratura quanto pelo tipo de cirurgia a que o paciente foi submetido. Igualmente, pudemos observar que com quem o paciente mora tem implicações importantes no cotidiano dos pacientes na medida em que morar com os filhos implica uma maior Qualidade de Vida, bem como receber apoio afeta de forma positiva os domínios da Qualidade de Vida.

O presente trabalho conseguiu alcançar os objetivos demonstrando a importância de um cuidado multiprofissional, interdisciplinar e multifatorial, com influência significativa do apoio social. Como continuação, seria necessário proporcionar maior educação e apoio aos idosos para a prevenção das fraturas, como quedas, através de cartilhas e orientações a esse público e apoiadores dele. Podem-se abarcar formas de adaptação da casa para as necessidades e as dificuldades específicas do idoso, além de formas de atividades físicas e mentais para melhor autoconhecimento e autoeficácia.

REFERÊNCIAS

- Abreu-Reis, P., Oldoni, C., Souza, G. A., Bettega, A., Góes, M. N., Sarquis, L., . . . Nasr, A. (2019). Aspectos psicológicos e qualidade de vida na Residência Médica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 46(1). doi:<https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192050>
- Afaq, S., O'Hara, N., Schemitsch, E., Bzovsky, S., Sprague, S., Poolman, R., . . . Slobogean, G. (2020). Arthroplasty Versus Internal Fixation for the Treatment of Undisplaced Femoral Neck Fractures: A Retrospective Cohort Study. *J Orthop Trauma*, 34, S9-S14. doi:10.1097/BOT.0000000000001940
- Alexiou, K., Roushias, A., Varitimidis, S., & Malizos, K. N. (2018). Quality of life and psychological consequences in elderly patients after a hip fracture: a review. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 143-150. doi:<https://doi.org/10.2147/CIA.S150067>
- Almeida, A. V., Mafra, S. C., Silva, E. P., & Kanso, S. (2015). A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, 65(11), 115-131. doi:10.15448/1677-9509.2015.1.19830
- Almeida, L. M., Meucci, R. D., & Dumith, S. C. (2019). Prevalence of falls in elderly people: a population based study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 65(11), 1397-1403. doi:<https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.11.1397>
- Andrade, A. C., & Moreira, M. S. (2019). Reconhecimento e Cidadania dos Analfabetos no Brasil - Uma Questão Histórica e Política. *FIDES - Revista de Filosofia do Direito, do Estado e da Sociedade*, 10(20). Recuperado de <http://www.revistafides.ufrn.br/index.php/br/article/view/389>
- Barbosa, K. T., Oliveira, F. M., & Fernandes, M. d. (2019). Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(sup 2), 337-344. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>

- Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. (2013). *Qualidade de vida em 5 passos*. São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html
- Billett, M. C., Campanharo, C. R., Lopes, M. B., Batista, R. E., Belasco, A. G., & Okuno, M. F. (2019). Capacidade funcional e qualidade de vida de octogenários hospitalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 28, 1-11. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0781>
- Carbonell, M. M., Jaimes, E. L., Torregroza, E. C., Camargo-Hernández, K. d., & Moreno, L. J. (2019). Autonomía en ancianos institucionalizados: relación con el género, la escolaridad y el tiempo de institucionalización. *Gerokomos*, 30. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200050&lng=es.
- Cruz, R. R., Beltrame, V., & Dallacosta, F. M. (2019). Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 6. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000300204&lng=pt
- Cui, Z., Feng, H., Meng, X., Zhuang, S., Liu, Z., Ye, K., . . . Tian, Y. (2019). Age-specific 1-year mortality rates after hip fracture based on the populations in mainland China between the years 2000 and 2018: a systematic analysis. *Archives of Osteoporosis*, 14(55). doi:<https://doi.org/10.1007/s11657-019-0604-3>
- Dagostini, C. L., Ribeiro, I., Antonioli, F., Bressan, C., Bonatto, V. d., Quandt, D. L., & Loraschi, M. (2018). Envelhecimento: Senescência ou Senilidade. *Seminário de Iniciação Científica e Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão*. Sorocaba. Recuperado de <https://unoesc.emnuvens.com.br/siepe/article/view/18491>
- Dicio. (2009-2021). *Quadril: significado de Quadril*. Recuperado de <https://www.dicio.com.br/quadril/>
- Dicio. (2019-2020). *Comorbidade: significado de Comorbidade*. Recuperado de <https://www.dicio.com.br/comorbidade/>
- Dolatowski, F. C., Frihagen, F., Bartels, S., Opland, V., Šaltytė Benth, J., Talsnes, O., . . . Utvåg, S. E. (2019). Screw Fixation Versus Hemiarthroplasty for Nondisplaced

Femoral Neck Fractures in Elderly Patients: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 136-144. doi:10.2106/JBJS.18.00316

Donoso, F. J., Martín, R. R., García, J. L., Macías, M. d., Canal, M. P., López, C. C., . . . Espuela, F. L. (2020). Impact of a Postoperative Intervention Educational Program on the Quality of Life of Patients with Hip Fracture: A Randomized, Open-Label Controlled Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(24). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph17249327>

Esperandio, M. R., Escudero, F. T., Fanini, L., & Macedo, E. P. (2019). Envelhecimento e espiritualidade: O papel do coping espiritual/religioso em pessoas idosas hospitalizadas. *Interação em Psicologia*, 23. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/65381/39271>

Ferro, F. F. (2012). *Instrumentos para Medir a Qualidade de Vida no Trabalho e a ESF: uma Revisão de Literatura* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, MG, Brasil. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3756.pdf>

Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2). doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>

Ftouh, S., Morga, A., & Swift, C. (2011). Management of hip fracture in adults: summary of NICE guidance. *BMJ*. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d3304>

Gerontologia, S. B. (2019). *OMS divulga metas para 2019: desafios impactam a vida de idosos*. Recuperado de <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>

Guimarães, F. d., Lima, R. R., Souza, A. d., Livani, B., & Belangero, W. D. (2011). Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas transtrocantéricas do fêmur. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 43(sup. 1). doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-36162011000700012>

Hack, J., Buecking, B., Aigner, R., Oberkircher, L., Knauf, T., Ruchholtz, S., & Eschbach, D. (2019). What are the influencing factors in self-rated health status after hip

fracture? A prospective study on 402 patients. *Archives of Osteoporosis*. doi: <https://doi.org/10.1007/s11657-019-0642-x>

IBGE. (2011). *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro. Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>

IBGE. (2018). *Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017*. Brasil. Recuperado de <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>

Jardim, V. C., Medeiros, B. F., & Brito, A. M. (2019). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(2). doi: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09023>

Joode, S. G., Kalmet, P. H., Fiddellers, A. A., Poeze, M., & Blokhuis, T. J. (2019). Long-term functional outcome after a low-energy hip fracture in elderly patients. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*. doi: <https://doi.org/10.1186/s10195-019-0529-z>

Killington, M., Walker, R., & Crotty, M. (2016.). The chaotic journey: Recovering from hip fracture in a nursing home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.004>

Langford, D., Edwards, N., Gray, S. M., Fleig, L., & Ashe, M. C. (2018). “Life Goes On.” Everyday Tasks, Coping Self-Efficacy, and Independence: Exploring Older Adults’ Recovery From Hip Fracture. *Qualitative Health Research*, 1-12. doi:<https://doi.org/10.1177/1049732318755675>

Lima, A. C., Miranda, S. C., & Vasconcelos, H. F. (2017). Anatomia radiográfica do fêmur proximal: fratura de colo vs . fratura transtrocantérica. *Revista Brasileira de Ortopedia*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rbort/a/QgjgntXFvhJTLsnrSQ57sbc/?lang=pt>

Lopes, C. C., Oliveira, G. A., Stigger, F. d., & Lemos, A. T. (2020). Associação entre a ocorrência de dor e sobrecarga em cuidadores principais e o nível de

independência de idosos nas atividades de vida diária: estudo transversal. *Cadernos Saúde Coletiva*. doi:<https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010184>

Lu, J.-F. (2019). Comparison of PFNA and DHS for the treatment of elderly unstable intertrochanteric fractures of femur. *Zhongguo Gu Shang*, 824-829. doi:10.3969/j.issn.1003-0034.2019.09.010.

Macedo, A. S., Marinho, P. V., Dal-Bo, Í. d., Bregadioli, T., Diamante, G., Fiuza, B., . . . Ferrigno, C. R. (2018). Physics behind the implants used for high strain fractures: literature review. *Braz. J. Vet. Res. Anim. Sci.*, 55, 1-8. doi:10.11606/issn.1678-4456.bjvras.2018.131164

Maia, L. C., Colares, T. d., Moraes, E. N., Costa, S. d., & Caldeira, A. P. (2020). Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Revista de Saúde Pública*. doi:<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>

Martins, J. d., Schier, J., Erdmann, A. L., & Albuquerque, G. L. (2019). Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. doi:<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10039>

Melo, N. C., Teixeira, K. M., Barbosa, T. L., Montoya, Á. J., & Silveira, M. B. (2016). Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. doi:<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15011>.

Mesquita, R. B., Morano, M. A., Landim, F. L., Collares, P. M., & Pinto, J. M. (2010). Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. Recuperado de <https://scielosp.org/article/csc/2012.v17n5/1125-1133/pt/>.

Ministério da Saúde. (2009). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. *Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)*. Rio de Janeiro. Recuperado de https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_a_sunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf

- Ministério da Saúde do Brasil. (2014). Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. *XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde*, Ministério da Saúde, Brasília. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
- Minosso, J. S., Amendola, F., Alvarenga, M. R., & Oliveira, M. d. (2010). Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paulista de Enfermagem*. doi:<https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
- Mitte, R., Crotty, M., Miller, M. D., Whitehead, C., & Ratcliffe, J. (2018). Quality of life in older adults following a hip fracture: an empirical comparison of the ICECAP-O and the EQ-5D-3 L instruments. *Health Qual Life Outcomes*. doi:10.1186/s12955-018-1005-9
- Molina, N. P., Tavares, D. M., Haas, V. J., & Rodrigues, L. R. (2020). Religiosity, spirituality and quality of life of elderly according to structural equation modeling. *Texto & contexto - Enfermagem*, 29. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0468>
- Moretti, M. M., Ruy, A. A., & Saccomann, I. C. (2018). A compreensão da terapêutica medicamentosa em idosos em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20, 7-12. doi:10.23925/1984-4840.2018v20i1a3.
- Oliveira, A. C. (2019). *A preparação do familiar cuidador para a alta da pessoa idosa com fratura da extremidade proximal do fêmur: percepção dos enfermeiros do serviço de ortopedia* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Recuperado de <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31246/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ana%20Rita%20Oliveira.pdf>
- Oliveira, C. C., & Borba, V. Z. (2017). Epidemiology of femur fractures in the elderly and cost to the state of Paraná, Brazil. *Acta Ortopédica Brasileira*. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-785220172504168827>
- Oliveira, M. G., Salmazo-Silva, H., Gomes, L., Gomes, L., Moraes, C. F., & Alves, V. P. (2020). Elderly individuals in multigenerational households: Family composition,

satisfaction with life and social involvement. *Psychology of Development*. doi:<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e180081>

Ovidiu, A., Stefan, G. T., Dragos, P., Bogdan, V., & Dana, A. I. (2017). Survival of nonagenarian patients with hip fractures: a cohort study. *Acta Ortopédica Brasileira*, 132-136. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-785220172504167561>

Pinheiro, M., Ciconelli, R., Jacques, N. d., Genaro, P. S., Martini, L. A., & Ferraz, M. B. (2010). O impacto da osteoporose no Brasil: dados regionais das fraturas em homens e mulheres adultos - The Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). *Revista Brasileira de Reumatologia*. doi:<https://doi.org/10.1590/S0482-50042010000200002>

Rebêlo, F. L., Calazans, M. M., Lima, N. F., & Silva, V. A. (2021). Perfil sócio-funcional de idosos assistidos pelo Sistema Único de Saúde de uma cidade do Nordeste Brasileiro. *FisiSenectus*, 1-15. Recuperado de <https://1library.org/document/y4j9xwry-perfil-funcional-assistidos-sistema-unico-saude-nordeste-brasileiro.html>

Rosas, C., & Neri, A. L. (2019). Qualidade de vida, sobrecarga, apoio emocional familiar: um modelo em idosos cuidadores. *Revista Brasileira de Enfermagem*. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0439>

Santos, Á. D., Santos, V. D., Albino, A., Silveira, R. E., & Nardelli, G. G. (2019). Sobre a Psicanálise e o Envelhecimento: focalizando a produção científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, (35), 1-8. doi:<https://doi.org/10.1590/0102.3772e35423>

Santos, A. R., Rodrigues, R. A., & Diniz, M. A. (2017). Trauma por acidente de trânsito no idoso: fatores de risco e consequências. *Texto & Contexto - Enfermagem*. doi:<https://doi.org/10.1590/0104-07072017004220015>

Senado Federal. (2003). *Estatuto do Idoso e normas correlatas*. Brasília: Senado Federal. Recuperado de <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf?sequencia=2>

Tazkarji, B., Lam, R., Lee, S., & Meiyappan, S. (2016). Approach to preventive care in the elderly. *Canadian Family Physician*, 62(9), 717-721. Recuperado de <https://www.cfp.ca/content/62/9/717/tab-article-info>

Teixeira, D. K., Andrade, L. M., Santos, J. L., & Caires, E. S. (2019). Falls among the elderly: environmental limitations and functional losses. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. doi:<https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180229>

Wang, H., Ba, Y., Xing, Q., & Du, J.-L. (2019). Diabetes mellitus and the risk of fractures at specific sites: a meta-analysis. *BMJ Open*, 1-11. doi:[10.1136/bmjopen-2018-024067](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024067)

4.5.2 Impacto das fraturas no quadril tratada cirurgicamente sobre a capacidade funcional nos idosos (Artigo original)

O Artigo “Impacto das fraturas no quadril tratada cirurgicamente sobre a capacidade funcional nos idosos” será submetido na *Revista Brasileira de Ortopedia*, classificada como B1e seguiu as normas instruções aos autores da Revista. (Anexo 4).

IMPACTO DAS FRATURAS NO QUADRIL TRATADAS CIRURGICAMENTE SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL NOS IDOSOS

Camila Carvalho Krause Gonçalves¹, Mônica Cristina Batista de Melo², Clarissa Dubeux Lopes Barros²

1. Mestranda da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)
2. Tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Camila Carvalho Krause Gonçalves. Endereço institucional: FPS, Recife-PE, Brasil; telefone: (81) 991351549; e-mail: drcamilakrause@gmail.com.

O manuscrito faz parte da dissertação do mestrado em Psicologia da Saúde da primeira autora, com título Qualidade de Vida dos idosos no pós-operatório de fraturas de quadril, na Faculdade Pernambucana de Saúde, com defesa em 2021.

RESUMO

Objetivo: avaliar a capacidade funcional dos pacientes idosos no pós-operatório de fraturas do quadril atendidos em um hospital público.

Método: foi realizado um estudo transversal. Participaram 37 idosos de ambos os sexos no terceiro mês pós-cirúrgico de fratura do quadril, atendidos em um hospital público de Jaboatão. Os participantes responderam ao questionário sociodemográfico e ao Índice de Barthel. Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS- 20.

Resultados: a maioria apresentou fratura transtrocantérica; quanto à cirurgia, as mais frequentes foram com DHS (n= 21) e Prótese (n=13), sendo 11 próteses bipolar e 2 próteses total. 86,5% dos participantes apresentaram variados graus de dependência, sendo a maior frequência observada no grau de dependência leve (Mo=18). Dos 37 participantes, apenas 5 apresentam independência e 3, dependência total.

Conclusão: a capacidade funcional do idoso é afetada pela fratura de quadril e seu pós-operatório, aumentando o grau de dependência, e se correlaciona com quem o idoso mora,

sugerindo que morar com o companheiro está positivamente relacionado a uma maior independência.

Palavras-chave: fraturas do fêmur; quadril; cirurgia; idoso; capacidade funcional.

Introdução

A população brasileira está envelhecendo de forma acelerada, e com isso as políticas públicas estão se deparando com necessidades específicas do idoso, considerando que, durante o envelhecimento humano, ocorrem alterações multivariadas do desenvolvimento abrangendo as esferas psicológicas, estruturais e funcionais.^{1, 2, 3, 4}

Essas modificações multivariadas tornam os idosos mais vulneráveis a interferências de fatores extrínsecos e intrínsecos, bem como aos agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis de pessoa a pessoa, por exemplo quedas e fraturas.⁵ Logo, os idosos estão sujeitos a sofrer acidentes como qualquer jovem, apesar de apresentarem maior vulnerabilidade e maiores consequências aos traumas.^{5, 6}

A manutenção da autonomia e da capacidade funcional está relacionada à qualidade de vida, que abrange a capacidade de realizar as atividades para administrar o ambiente em que vive, como fazer compras e preparar refeição; e atividades avançadas da vida cotidiana. O conjunto destas capacita a pessoa a viver em comunidade de forma independente.^{7, 8}

O idoso está propício a ser alvo de graves repercussões da vulnerabilidade aos traumas pelas fraturas do quadril idoso, com isso, é importante compreender os agravos da capacidade funcional para planejamento e execução na promoção da saúde que visam à melhoria da qualidade de vida do idoso.

Método

Foi realizado um estudo transversal de cunho quantitativo correlacional e preditivo, com coleta de dados em uma única etapa. Fizeram parte do estudo 37 idosos no terceiro mês pós-cirúrgico de fratura do quadril, de ambos os sexos, com idades variando de 62 a 102 anos, atendidos em um hospital público do município Jaboatão dos Guararapes/PE.

Os participantes foram abordados na sala de espera do consultório de retorno de cirurgia, quando assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam ao questionário sociodemográfico e clínico e ao Índice de Barthel.

O questionário sociodemográfico e clínico contempla sexo; idade; escolaridade; renda familiar; estado civil; com quem mora; etiologia da fratura; localização de fratura; e cirurgia realizada.

O Índice de Barthel mede a independência funcional nas Atividades Básicas de Vida Diária, nos seguintes 10 itens: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Sua pontuação final varia de 0-100, com as seguintes interpretações de resultados: 90-100 pontos independente; 60-90 pontos ligeiramente dependente; 40-55 pontos moderadamente dependente; 20-35 pontos severamente dependente; <20 pontos totalmente dependente.⁹

Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS- 20. Foram realizadas análises descritivas e inferencial, com a variável “com quem mora” codificada em variáveis *Dummy*.

A pesquisa adotou as orientações da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

da Faculdade Pernambucana de Saúde, conforme o CAAE número 35389120.1.0000.5569.

Resultados

Inicialmente, foi realizada a caracterização da amostra para verificar os perfis sociodemográfico e clínico dos participantes.

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica e clínica

Idade (anos)	<i>Média</i>	DP	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>N</i>
	77,59	8.10	62	102	37
Sexo	<i>Masculino</i>	%	<i>Feminino</i>	%	100
	17	(45,9)	20	(54,1)	%
Escolaridade	<i>Analfabeto</i>	<i>Fund.incomplet</i>	<i>Fund.complet</i>	<i>Médio</i>	37
	8	11	12	6	
Renda (R\$)	<i>0 - 1.254</i>	<i>1.255 -2.004</i>	<i>2.004 – 8.640</i>	<i>>8.640</i>	34
	12	11	9	2	
Estado Civil	<i>Solteiro</i>	<i>Casado</i>	<i>Divorciado</i>	<i>Viúvo</i>	37

	2	20	1	14	
Mora com	<i>Companheiro</i>	<i>Filho/Neto</i>	<i>Cuidador</i>	<i>Sozinho</i>	37
	13	21	1	2	
Etiologia da Fratura	<i>Acidente automobilístico</i>	%	<i>Queda</i>	%	N(37)
	1	(2,7%)	36	(97,3%)	100%
Tipo de fratura	<i>Colo femoral</i>	<i>Subtrocantérica</i>	<i>Transtrocantérica</i>		N(37)
	15	1	21		
Tipo de cirurgia	<i>DCS</i>	<i>DHS</i>	<i>Haste</i>	<i>Prótese</i>	N(37)
	1	21	2	13	

Abreviaturas: DCS = *Dynamic Condylar Screw*; DHS = *Dinamic Hip Screw*

A partir da Tabela 1, podemos observar que os participantes apresentaram idade média de 77 anos DP= 8,01; sendo maioria do sexo feminino. Quanto à escolaridade, a maioria (n=23) cursou o ensino fundamental, mas apenas 12 concluíram, e a minoria (n=6) cursou o ensino médio, mas desta apenas 3 concluíram. A maioria dos rendimentos (n=23) variaram entre 0 e R\$ 2.004, e 3 participantes não souberam responder; dos 37 participantes, 20 eram casados, e destes 13 moravam com o companheiro(a).

A caracterização clínica demonstrou que, dos 37 pacientes, apenas 1 apresentou fratura no quadril em função de acidente automobilístico; a maioria apresentou fratura transtrocantérica (n=21). Quanto à cirurgia, as mais frequentes foram com DHS - fixação usando Parafusos Dinâmicos de Quadril (n= 21) e Prótese (n=13), sendo 11 prótese bipolar e 2 prótese total (Tabela 1).

Tabela 2 Avaliação do Índice de Barthel

	Níveis de dependência					Total
	Independente	Dependência leve	Dependência moderada	Dependência severa	Dependência total	
(f)	5	18	7	4	3	37
%	13,5	48,6	18,9	10,8	8,1	100%

A avaliação do Índice de Barthel demonstra que a maioria dos participantes (86,5%) apresenta dependência, variando em seu grau, sendo a maior frequência observada no grau de dependência leve (Mo=18). Dos 37 participantes, apenas 5 apresentam independência e 3, dependência total (Tabela 2).

Em seguida, foram realizadas análises de correlação para verificar em que medida as características amostrais e o indicador de dependência em pacientes idosos com fratura no quadril apresentam correspondências entre si. A variável com quem mora foi recategorizada em companheiro de moradia a partir do agrupamento de filhos e netos em uma única categoria (filhos) codificada em *Dummy* 0 (mora com companheiro) e 1 (mora com filhos).

Nas análises de regressão para verificar o efeito da variável companhia de moradia sobre o Índice de Barthel (Tabela 3) os resultados demonstraram que a variável com quem

mora prediz, de forma significativa, o Índice de Barthel, de modo que morar com os filhos implica maior dependência em comparação com morar com o companheiro ou companheira.

Tabela 3 Efeito da variável Companheiro de moradia sobre a dependência

Índice de Barthel				
Preditores	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i> <
Intercepto	52,61		12,478	0,001
Companheiro de moradia	23,91	0,527	3,507	0,001
Coefficiente de regressão	R = 0,527; R ² = 0,278			
Variância explicada	R ² ajustado = 0,255			
Teste estatístico	F(1,33)=12,302; p<0,001			

Discussão

A caracterização do perfil socioeconômico e demográfico revelou uma população com predomínio de 8,2% de mulheres, que segue a tendência mundial de feminização da velhice^{10, 11, 12}; revelou também uma maior concentração (43%) dos idosos na faixa etária de 80 anos ou mais, sendo um número grande de octogenários, o que corrobora uma realidade cada vez maior no mundo, especialmente no Brasil¹⁰.

Outro fato encontrado no presente estudo foi o predomínio de mulheres com fraturas do quadril que também são condizentes com diversos estudos, os quais mostram que mulheres idosas possuem maior risco de quedas e fraturas em relação aos homens devido à maior fragilidade óssea (Osteoporose), à maior ocorrência de algumas doenças crônicas, à maior exposição a atividades domésticas e ao declínio físico-funcional.^{13,14}

A questão da baixa renda familiar não apresentou relação significativa com a baixa escolaridade como descrito no estudo sobre o reconhecimento e a cidadania dos analfabetos no Brasil, o qual relatou que a baixa escolaridade limita o acesso ao mercado de trabalho e a salários inferiores, ocasionando, conseqüentemente, menos disponibilidade ao atendimento médico.¹⁵

Com o processo de envelhecimento, as pessoas se tornam ainda mais suscetíveis a traumas, que podem ser de baixa ou alta energia.⁶ Na relação das fraturas com os idosos estudados, houve uma prevalência de quedas nos idosos participantes, quer dizer, fraturas por acidentes com trauma de baixa energia. Esse dado é corroborado por vários estudos que relatam que as quedas estão relacionadas à interação do idoso com o meio ambiente em que vive, além do declínio físico-funcional e de uma desfavorável autopercepção de sua saúde.^{5, 13}

Num estudo transversal sobre a relação da queda no idoso e seus fatores de riscos, Almeida *et al.* observaram que as quedas ocorrem principalmente em mulheres idosas por causa da maior fragilidade óssea (Osteoporose) em relação aos homens, à maior ocorrência de algumas doenças crônicas, à maior exposição a atividades domésticas e ao declínio físico-funcional. Relata também que há maior prevalência de quedas entre os idosos que vivem sozinhos, idosos que têm uma autopercepção ruim de sua saúde e idosos com obesidade.¹³ Já sobre os traumas de alta energia, temos os acidentes de trânsito, que atingem a população idosa por apresentarem limitações na sua mobilidade nas grandes cidades. Esses acidentes também apresentam relação com a baixa escolaridade e as situações precárias socioeconômicas¹⁶. Esses dados não apresentaram correlação significativa no presente estudo.

Além dos fatores que ocasionam as fraturas, o tratamento conservador ou cirúrgico e as repercussões pós-trauma também afetam o idoso fisicamente, com a

necessidade de auxílio para deambular; psicologicamente, com medo de sofrer nova queda; e socialmente, com possível necessidade de dependência funcional.¹⁷

A capacidade funcional configura-se como a habilidade de executar tarefas cotidianas, simples ou complexas, necessárias para uma vida independente e autônoma na sociedade. Segundo o estudo sobre os fatores associados à incapacidade funcional de idosos residentes em instituições de longa permanência, o processo de envelhecimento, principalmente o mal-sucedido, proporciona uma perda progressiva da independência, e os idosos institucionalizados apresentam um alto grau de incapacidade funcional decorrente do isolamento social. Logo, a capacidade funcional pode ser influenciada por diversos fatores, como o fator social. Também afirma que o convívio com o parceiro contribui para melhora e manutenção da capacidade funcional.¹⁸

O apoio social proporciona uma interação, tendendo a resultar em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos, de caráter emocional, instrumental (material) ou informativo. Em específico para a população idosa, as redes de apoio social estimulam a percepção de estima, de ser amado e valorizado, com a inclusão do idoso na coletividade e em obrigações mútuas.¹⁹ Condizente com o nível de independência influenciada pelo fator social, nosso estudo mostra que morar com o companheiro está relacionado a uma maior independência. O que isso pode querer dizer? Morar com companheiro de baixa renda, na maioria das vezes, quer dizer que a convivência se dá a partir da coabitação de dois idosos, conseqüentemente, a necessidade de maior independência pode estar associada às limitações do cuidador.

Segundo o estudo sobre a autoeficácia e independência de idosos no pós-operatório de fratura de quadril, a perda de independência temporária ou permanente pode ser percebida como uma ameaça potencial à autoestima e à autoeficácia, prejudicando o enfrentamento da recuperação pós-operatória.²⁰ Este também foi observado no presente

estudo, já que, além de a fratura afetar a autonomia do idoso, o ambiente que vive influencia na independência do idoso nas suas atividades da vida diária.

Conclusão

Conclui-se que o grau de dependência é influenciado pelo fator social, portanto morar com os filhos implica uma maior dependência nas atividades cotidianas. Logo, o idoso necessita de um cuidado multiprofissional, interdisciplinar e multifatorial, com apoio social, para alcançar uma boa recuperação da Qualidade de Vida após cirurgia.

Referências

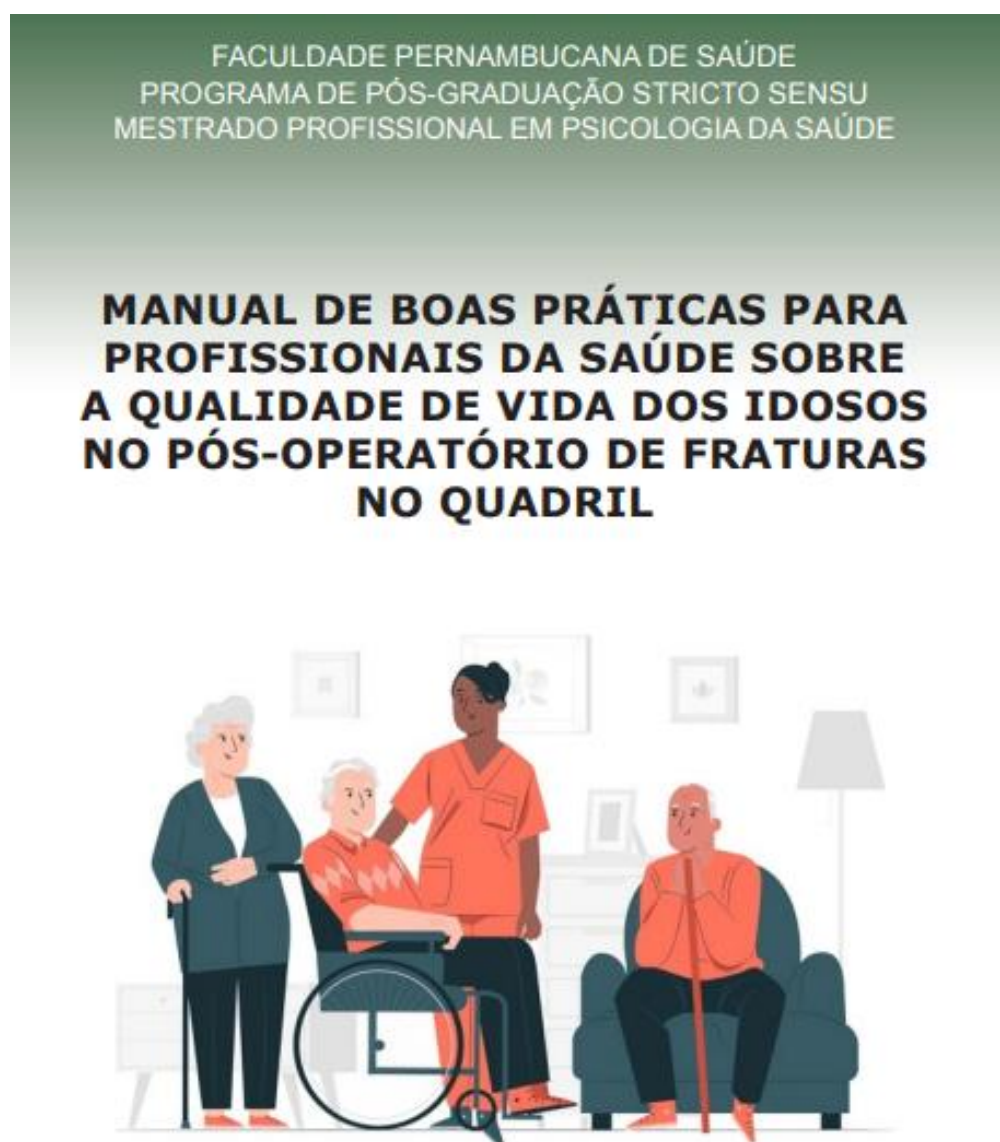
1. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos [Internet]. 2020 Jan 27 [cited 2020 Jun 26]. Available from: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>
2. Martins JJ, Schier J, Erdmann AL, Albuquerque GL. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2019 Out [cited 2020 Jan 07]; 10(3):371-382. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10039>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300371&lng=pt.
3. Jardim VCFS, Medeiros BF, Brito AM. Um Olhar Sobre o Processo do Envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2019 Out [cited 2020 Jan 07]; 9(2):25-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09023>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000200025&lng=pt.
4. Santos AS, Santos VA, Albino A, Silveira RE, Nardelli GG. Sobre a Psicanálise e o Envelhecimento: Focalizando a Produção Científica. Psicologia: Teoria e Pesquisa [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 07]. DOI <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35423>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722019000100523&lng=pt

5. Teixeira DKS, Andrade LM, Santos JLP, Caires ES. Quedas em pessoas idosas: restrições do ambiente doméstico e perdas funcionais. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 Set [cited 2020 Jan 07]; 22(3):e180229. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180229>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000300205&lng=pt.
6. Cruz RR, Beltrame V, Dallacosta FM. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 Set [cited 2020 Jan 07]; 22(3):e180212. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180212>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000300204&lng=pt.
7. Billett MC, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA, Belasco AGS, Okuno MFP. Capacidade funcional e qualidade de vida de octogenários hospitalizados. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 29]; 72(Suppl2):43-48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800043&lng=en.
8. Martín CM, Laguado JE, Campo TE, Camargo-Hernández KC, Pereira MLJ. Autonomía en ancianos institucionalizados: relación con el género, la escolaridad y el tiempo de institucionalización. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [cited 2020 Abr 02]; 30(2):50-55. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200050&lng=es.
9. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2010 Apr [cited 2020 July 02]; 23(2):218-223. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en.
10. Almeida AV, Mafra SC, Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, 2015 Jan/Jun: 115-131. doi:10.15448/1677-9509.2015.1.19830
11. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011, Rio de Janeiro. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>
12. IBGE. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. 1 de Outubro de 2018. Brasil. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>

13. Almeida LMS, Meucci RD, Dumith SC. Prevalence of falls in elderly people: a population based study. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2019 Nov [cited 2020 Jan 02]; 65(11):1397-1403. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302019001101397&lng=pt.
14. Oliveira CC, Borba VZC. Epidemiology of Femur Fractures in the Elderly and Cost to the State of Paraná, Brazil. *Acta ortop. bras.* [Internet]. 2017 Aug [cited 2020 Jan 31]; 25(4):155-158. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522017000400155&lng=en.
15. Andrade AC, Moreira MS. Reconhecimento e Cidadania dos Analfabetos no Brasil - Uma Questão Histórica e Política. *Revista FIDES - Revista de Filosofia do Direito, do Estado e da Sociedade.* 2019 Nov 12;10(2):128-41. Available from: <http://www.revistafides.ufrn.br/index.php/br/article/view/389>
16. Santos AMR, Rodrigues RAP, Diniz MA. Trauma por acidente de trânsito no idoso: fatores de risco e consequências. *Texto & Contexto - Enfermagem.* 2017 Jun 26 [cited 2021 Aug 14];26(2). Available from: <http://www.scielo.br/j/tce/a/TgdGH74VTnpwGcjj67fdknL/?lang=en&format=pdf>. doi: 10.1590/0104-07072017004220015
17. Guimarães FAM, Lima RR, Souza AC, Livani B, Belangero WD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas transtrocanterianas do fêmur. *Revista Brasileira de Ortopedia.* 2011;46:48–54. doi:<https://doi.org/10.1590/S0102-36162011000700012>
18. Rebêlo FL, Peixoto CVG, Lima JS, Silva CMA, Santos AIB. Avaliação e fatores associados à incapacidade funcional de idosos residentes em Instituições de longa permanência. *Conscientiae Saúde* 2021;20(0):18967. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v20n1.18967>.
19. Mesquita RB de, Morano MTAP, Landim FLP, Collares PMC, Pinto JMS. Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(5):1125-33. Available from: <https://scielosp.org/article/csc/2012.v17n5/1125-1133/pt/>.
20. Langford D, Edwards N, Gray SM, Fleig L, Ashe MC. “Life Goes On.” Everyday Tasks, Coping Self-Efficacy, and Independence: Exploring Older Adults’ Recovery From Hip Fracture. *Qualitative Health Research*, 2018;28(8):1255-66. doi:<https://doi.org/10.1177/1049732318755675>

4.6 Manual de boas práticas para profissionais da saúde sobre a qualidade de vida dos idosos no pós-operatório de fraturas no quadril

O “Manual de boas práticas para profissionais da saúde sobre a qualidade de vida dos idosos no pós-operatório de fraturas no quadril”, com objetivo educacional, será disponibilizado no hospital em questão.



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA
PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE
A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS
NO PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURAS
NO QUADRIL**

Recife
2021

INFORMAÇÕES DOS AUTORES

Mestranda: Camila Carvalho Krause Gonçalves

Possui Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (CESED) e Graduação em Fisioterapia pela Faculdade Integrada do Recife (FIR); Especialização médica em Ortopedia e Traumatologia pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT); Médica ortopedista em consultório no Instituto de Traumatologia e Ortopedia Romeu Krause (ITORK) e no Hospital dos Servidores. Atua como preceptora na cadeira de ortopedia da graduação de medicina da faculdade Nassau e como preceptora na residência de traumatologia e ortopedia do ITORK.

Telefone: (81) 99135-1549.

E-mail: drcamilakrause@gmail.com

Coorientadora: Mônica Cristina Batista de Melo

Psicóloga pela Universidade Católica de Pernambuco, Especialista em Psicologia Hospitalar, mestre e doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – (IMIP). Pós-doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como Psicóloga no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- (IMIP) no Setor de Psicologia - Laboratório de Avaliação Psicológica – (LAP) e em consultório. Tutora no curso de graduação em Psicologia e nas pós graduações: Curso de Especialização em Neuropsicologia e de Psicologia Clínica Hospitalar. Docente permanente no Mestrado Profissional em educação para o Ensino na Área de Saúde e Mestrado profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde – (FPS). Membro dos grupos de pesquisa em Psicologia da Saúde e Saúde Mental.

Telefone: (81) 9999-81301

E-mail: monicacbmelo@gmail.com

Orientadora: Clarissa Dubeux Lopes Barros.

Possui Graduação em Psicologia, Especialização e Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) e Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com período sanduíche no Instituto de Ciências Sociais - Universidade de Lisboa. Psicoterapeuta em Consultório Particular e Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) no curso de graduação em Psicologia e pós-graduação em Psicologia da Saúde. Tem experiência na área de Psicologia, atuando especialmente nos seguintes temas: Psicanálise; Aprendizagem; Preconceito; Discriminação; Interface Saúde e Educação.

Telefone: (81) 98891-8552.

E-mail: claramabarros@gmail.com.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	05
1. O que é qualidade de vida?	06
2. O envelhecimento humano.....	06
3. Mudanças decorrentes da fratura do quadril e seu tratamento no idoso.....	08
4. Boas práticas para os profissionais de saúde sobre qualidade de vida do idoso.	09
4.1. Cuidados ao idoso durante a tempo internado no hospital	09
4.2. Orientações e recomendações na hora da alta hospitalar	10
4.3. Cuidados em casa	10
4.3.1. Medicação domiciliar	11
4.3.2. Reabilitação física	13
4.3.3. Apoio Familiar, Social e Psicológico	14
5. CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS.....	16

APRESENTAÇÃO DO MANUAL

A população brasileira está envelhecendo, e o Brasil se tornará o país mais velho do mundo em 2032 (Gerontologia, 2019). Com isso, as mudanças corporais do processo de envelhecimento ocasionam limitações físicas ou incapacidade funcional, proporcionando perda da autonomia, perda de equilíbrio, maior risco de acidentes, maior risco de hospitalização, institucionalização e morte (Cruz, Beltrame, & Dallacosta, 2019). Por exemplo, a perda de equilíbrio pode proporcionar um acidente como a queda, a qual fornece maior risco de fratura do quadril no idoso, e conseqüentemente levar hospitalização e mudanças na capacidade funcional deste. Logo, esse processo influencia nos aspectos físicos, sociais e psicológicos na vida dos idosos

Ao mesmo tempo, as fraturas no quadril do idoso e seu tratamento aceleram a perda da autonomia funcional temporariamente ou não, tornando-se um problema e uma sobrecarga na família que, em sua maioria, não está preparada para lidar com a promoção da reabilitação e da saúde do seu idoso.

Por isso, refletir orientações neste manual de boas práticas possibilitará caminhos de aplicabilidade de medidas fundamentais na saúde física, social e psíquica dos idosos e de seus familiares que estão em processo de reabilitação pós-tratamento cirúrgico de fratura do quadril e formas de prevenir nova fratura.

Este manual se destina a servir como padrão de atendimento dos profissionais da saúde, aproximando-os do idoso, com um olhar mais integral. Os atendimentos devem ser determinados com base em todos os dados clínicos disponíveis do paciente individual e são sujeitos a alterações conforme o conhecimento científico e tecnológico e a evolução do paciente. Esses parâmetros de prática devem ser considerados apenas como diretrizes. A adesão a eles não garantirá um resultado bem-sucedido em todos os pacientes, nem devem ser interpretados como incluindo todos os métodos adequados de atendimento ou excluindo outros métodos aceitáveis de atendimento que visam aos mesmos resultados. O julgamento final a respeito de um determinado procedimento clínico ou plano de tratamento deve ser feito com base na experiência clínica e na apresentação clínica do paciente, nas evidências disponíveis, nas opções de diagnóstico, nos tratamentos disponíveis e nos valores, nas expectativas e em preferências do paciente.

Este manual é fruto do Mestrado em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), onde as autoras, a partir da pesquisa sobre qualidade de vida dos idosos no pós-operatório de fratura do quadril, vislumbraram este produto, através da vivência dos próprios idosos entrelaçados com a literatura, para fornecer um aprimoramento aos profissionais que atuam com a população.

1. O QUE É QUALIDADE DE VIDA?

Qualidade de vida, baseado na Organização Mundial da Saúde, é a percepção do indivíduo diante da sua inclusão na cultura e no sistema de valores em que vive com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta é relacionada ao convívio com familiares, amigos, a sociedade e consigo mesma, especificamente no idoso a qualidade de vida esta mais relacionada com a manutenção da autonomia e à capacidade funcional. (Billett, et al., 2019) A autonomia pessoal ou a dependência funcional abrange a capacidade de realizar as atividades para administrar o ambiente em que vive, desde fazer compras, preparar refeição a atividades avançadas da vida cotidiana e trabalhistas. O conjunto dessas atividades capacitam a pessoa a viver em comunidade de forma independente. (Carbonell, Jaimes, Torregroza, Camargo-Hernández, & Moreno, 2019)

O envelhecimento saudável, também chamado de envelhecimento ativo e independente, cultiva as relações interpessoais próxima e envolve atividades com significado e propósito. (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012) (Bastos, et al., 2020) Este pode ser adquirido por habilidades físicas e mentais essenciais na autonomia e independência de cada pessoa no ambiente físico e social em que vive. É imprescindível a associação da felicidade, satisfação e autoeficácia, bem como a autopercepção positiva da vida e a prática de atividades que melhoram a autoestima. (Maia, Colares, Moraes, Costa, & Caldeira, 2020) Outro ponto importante para a autonomia em idosos é o apoio social e familiar, que proporciona a percepção de estima, de ser amado e valorizado, além da inclusão na coletividade e de obrigações mútuas. (Mesquita, Morano, Landim, Collares, & Pinto, 2010)

2. O ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento humano é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que inicia desde nascimento e culmina na morte. Este é composto por crescentes alterações que levam a limitações e perdas de toda a natureza, com mudanças: no corpo; no trabalho, com a aposentadoria e diminuição da renda; e no status social, com discriminação, isolamento social e familiar. Também abrange o lidar com a morte de entes queridos e fantasias a respeito da própria morte. (Cruz, Beltrame, & Dallacosta, 2019) (Santos,

7

Santos, Albino, Silveira, & Nardelli, 2019) (Barbosa, Oliveira, & Fernandes, 2019) Logo, essas alterações abrangem as esferas psicológicas, estruturais e funcionais decorrente deste processo ou secundário dele. (Santos, Santos, Albino, Silveira, & Nardelli, 2019) (Dagostini, et al., 2018)

As mudanças corporais do envelhecimento como perda de massa muscular com redução da força muscular, redução da flexibilidade e diminuição do desempenho neuromotor, ocasionam limitações físicas ou incapacidade funcional. Essas limitações se referem à dificuldade ou impossibilidade de realizar as atividades cotidianas, influenciando a qualidade de vida do idoso, proporcionando perda da autonomia, perda de equilíbrio, maior risco de acidentes (por exemplo quedas), maior risco de hospitalização, institucionalização e morte. (Cruz, Beltrame, & Dallacosta, 2019) Essas modificações do envelhecimento tornam os idosos mais vulneráveis a interferências de fatores extrínsecos e intrínsecos, bem como os agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis de pessoa a pessoa, por exemplo quedas e fraturas. (Teixeira, Andrade, Santos, & Caires, 2019)

Esses fatores extrínsecos estão relacionados ao meio ambiente em que o idoso vive, sendo a casa onde mora o local de maior risco, por exemplo: pisos escorregadios e irregulares, degraus com altura elevadas, iluminação inadequada, entre outros, aumentando a possibilidade de surgir eventos irreversíveis. Já os fatores intrínsecos, que são os agravos de saúde do indivíduo, por exemplo: tontura; uso de medicamentos; fraqueza muscular; baixa acuidade visual e auditiva; alteração da marcha; doenças agudas, entre outros, refletem na incapacidade do mesmo em se equilibrar assim ocasionando queda. (Teixeira, Andrade, Santos, & Caires, 2019)

É importante entender que qualquer pessoa está sujeita a sofrer acidentes, e que apesar desses acidentes serem os mesmos que os jovens sofrem, no idoso, o resultado desse evento é maior, ocasionando lesões com características específicas e consequências desta faixa etária, pois influencia na sua mobilidade e na redução das funções, o que leva a alterações psicofísicas, funcionais e econômicas. (Teixeira, Andrade, Santos, & Caires, 2019). Por exemplo, uma queda do próprio nível no idoso pode ocasionar uma fratura no quadril, promovendo impotência funcional que precise de tempo prolongado no leito ou de tratamento cirurgico e cuidados especiais.

3. MUDANÇAS DECORRENTES DA FRATURA DO QUADRIL E SEU TRATAMENTO NO IDOSO

Quando o idoso sofre uma fratura do quadril, esta exerce um forte impacto nos aspectos físicos, mentais e psicossociais da vida do paciente, que prejudica sua qualidade de vida. Alexiou et al (2018), em seu estudo de revisão sistemática sobre o impacto das fraturas de quadril na qualidade de vida, no estado de saúde, no estado psicológico e na correlação de fatores sobre os resultados pós-cirurgia, observaram que inúmeros fatores, como comorbidade, sexo feminino e desnutrição, foram associados a um impacto negativo na qualidade de vida e no estado de saúde após o tratamento cirúrgico da fratura do colo do fêmur, e foram associados a maior tempo de internação, percepção severa da dor no pós-operatório e complicações. (Alexiou, Roushias, Varitimidis, & Malizos, 2018)

Segundo o estudo sobre trajetória de sintomas depressivos após fratura do quadril relata que os eventos de vida estressantes anteriores à fratura, tabagismo atual, maior ansiedade, menos apoio social, uso de antidepressivos, depressão passada e tipo de implante predispõe a sintomas depressivos, que denominaram como 'resilientes', 'angustiadados' e 'deprimidos'. (Cristancho, Lenze, Avidan, & Rawson, 2016)

De acordo com as diretrizes para manejo da fratura de quadril as cirurgias devem ser realizadas o mais rápido possível de acordo com as condições de saúde do idoso, seguida de reabilitação multidisciplinar com mobilização precoce para restaurar a função e a mobilidade, assim promover a capacidade funcional "pré-fratura" e o bem-estar. (Ftouh, Morga, & Swift, 2011)

A recuperação do estado geral da saúde do idoso para os níveis de experimentados antes da fratura é longa, e um número relativamente alto de pacientes não consegue atingir esses níveis ou mesmo sobreviver. (Alexiou, Roushias, Varitimidis, & Malizos, 2018) Tendo em vista esta dificuldade em retornar as Atividades da Vida Diária (AVDs), devemos pensar formas de prevenir essas fraturas no idoso e de estratégias de promoção de saúde quando não for possível a prevenção das fraturas, para assim melhorar a qualidade de vida dos idosos.

4. BOAS PRÁTICAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

4.1. CUIDADOS AO IDOSO DURANTE A TEMPO INTERNADO NO HOSPITAL

O atendimento dos pacientes com fratura de quadril tratados com cuidados geriátricos durante a hospitalização apresenta melhor comportamento físico e da vida independente quando comparado com os idosos tratados com cuidados ortopédicos. Além de que programas de reabilitação de apoio, associado a psicoterapia e suplementação nutricional antes e após a cirurgia proporcionam benefícios ao estado de saúde e psicossocial dos pacientes mais debilitados. (Alexiou, Roushias, Varitimidis, & Malizos, 2018)

Segundo o estudo sobre impacto de um programa educacional sobre a qualidade de vida no pós-operatório de fratura do quadril um programa de educação durante a admissão apresenta melhorias significativas no componente mental, vitalidade e dimensões de funcionamento social. Essas sessões educativas abordaram recuperação funcional com mobilização precoce, recuperação de capacidades perdidas antes da fratura; exercícios de mobilização para iniciar no dia seguinte ao procedimento cirúrgico, tal como exercícios de membros inferiores e fisioterapia respiratória; e dicas para evitar quedas futuras. (Donoso, et al., 2020)

A dor intensa é frequentemente observada em pacientes com fratura de quadril. Particularmente os idosos, em sua maioria, apresentam um tempo maior na espera da cirurgia devido à saúde precária e ao exame e tratamento pré-operatório, prolongando o sofrimento das dores decorrentes da fratura e aumentando a necessidade manuseio farmacológico da dor. (Hao, Dong, Zhang, & Luo, 2019)(Barros & Santos, 2019)

O manuseio da dor aguda no trauma deve ser iniciado logo após o trauma e diagnóstico da fratura, através de tratamentos não medicamentosos como posicionamento do membro inferior, uso de crioterapia e repouso, e tratamento farmacológico de acordo com a escala analgésica da dor proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1986. Para as dores leves devem ser utilizado medicamentos não-opioides, quer dizer, os analgésicos simples como dipirona e paracetamol, e os anti-inflamatórios não esteroidais. Para as dores moderadas devem ser utilizados um opioide fraco como a codeína ou o tramadol. Já em casos de dores de forte intensidade pode-se

utilizar um opioide forte ou uma associação de medicamentos, não deve ser prescrito mais de um opioide de cada categoria (fraco ou forte). Logo, durante todo o período do internamento do paciente (peri-operatório, intra-operatório e no pós-operatório imediato) o foco do tratamento deve ser mantido no alívio da dor e na reabilitação, que inclui a cirurgia e a fisioterapia. (Barros & Santos, 2019) (Marchado & Zabeu, 2019) (Ramponi, Kaufmann, & Drahnak, 2018)

4.2. ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES NA HORA DA ALTA HOSPITALAR

Após o tratamento cirúrgico ou não da fratura do quadril do idoso, o planejamento da alta hospitalar é caracterizado por uma abordagem interdisciplinar para a continuidade dos cuidados biopsicossociais e assim reduzir as probabilidades de re-internações por complicações pós-operatórias. (Oliveira, 2019)

A alta do hospital geralmente ocorre o mais rápido possível (assim que a pessoa é considerada clinicamente estável) e essa transição pode ser assustadora para os idosos que assumem seus próprios cuidados, sozinhos ou com a ajuda de apoios sociais. Assim, a necessidade de idosos e suas famílias terem informação, comunicação e apoio de qualidade para o manejo em casa aumenta proporcionalmente à complexidade da condição de saúde. (Langford, Edwards, Gray, Fleig, & Ashe, 2018)

Logo, uma boa recuperação da qualidade de vida no pós cirúrgico inicia com o preparo da equipe hospitalar para orientar os pacientes e seus familiares e abordar o paciente no aspecto mais integral, abrangendo desde cuidados diários até cuidados da reabilitação para a melhorar a qualidade de vida. (Killington, Walker, & Crotty, 2016)

4.3. CUIDADOS EM CASA

Uma vez em casa a dor continua... podendo estar associada ou não com a desnutrição e a casos de delírio senil, e a família se depara com o desafio de fornecer os cuidados e a motivação da recuperação, desse modo alterando a estrutura física e emocional da família. Outro desafio é a recuperação física com a fisioterapia, que muitas vezes quando o paciente tem o acesso, o tempo é limitado e nem sempre ocorre o aconselhamento adequado de como realizar transferências com segurança e continuidade da terapia para promover o retorno da mobilidade dos pacientes. (Killington, Walker, & Crotty, 2016)

4.3.1. MEDICAÇÃO DOMICILIAR

O manejo da dor é um fator de preocupação na reabilitação pós cirúrgica da fratura do quadril, esta deve ser bem planejada para que a medicação analgésica contenha a dor, mas mantenha o idoso alerta o suficiente para realizar as atividades da vida cotidiana. Assim, com esse planejamento e acompanhamento adequado, evita-se os efeitos adversos de sonolência e confusão que podem predispor a novas quedas e conseqüentemente nova fratura. (Killington, Walker, & Crotty, 2016) A grande gama farmacêutica para controle da dor deve ser administrada de acordo com a intensidade da dor de cada paciente e respeitar as características do idoso. (Barros & Santos, 2019)

Para dores de leve intensidade, com pontuação entre 1 a 4 na escala numérica verbal pode-se utilizar: (Barros & Santos, 2019)

- **Paracetamol:** Analgésico simples com ação analgésica e antipirética, sem efeito anti-inflamatório. Nos idosos, recomenda-se dose máxima de 2g/dia e nos portadores de insuficiência hepática e renal deve-se ser administrado com cuidado, por causa da metabolização e exceção da medicação.
- **Dipirona:** Analgésico simples com ação analgésica e antipirética, que atua no sistema nervoso central e periféricamente atua com efeito anti-inflamatório. Nos idosos, recomenda-se dose máxima de 4g/dia por causa do efeito adverso de hipotensão transitória, podendo ser um fator predisponente a quedas.
- **Viminol:** analgésico simples com ação analgésica e antitussígena. Não apresenta interferência significativa no estado de consciência, na coordenação motora, respiratória ou cardíaca.



- **Anti-inflamatórios:** apresentam ação nas lesões e inflamações dos tecidos, em dores somáticas, viscerais ou neuropáticas. No idoso, recomenda-se cautela por seus efeitos colaterais como hiperglicemia, confusão mental, insônia e hipertensão arterial. Além de não serem recomendados como analgésico para tratamento de dor crônica nos idosos.

Para dores de moderada intensidade, com pontuação entre 5 a 7 na escala numérica verbal pode-se utilizar opioides fracos associados ou não aos medicamentos para dores leves já comentados. Opioides fracos: (Barros & Santos, 2019)

- **Codeína:** é uma pro-droga que se metaboliza em morfina, tem ação analgésica e antitussígena. Em idosos, deve ser iniciado com doses baixas e intervalo de 6 a 8 horas, para evitar efeitos adversos, e sobrecarregar a função renal e hepática.
- **Tramadol:** análogo sintético da codeína. Deve ser iniciada o uso com baixas doses e com intervalo de 8 em 8 horas se de ação curta.

Para dores de forte intensidade, com pontuação entre 8 a 10 na escala numérica verbal pode-se utilizar opioides fortes, associado ou não com outros analgésicos. Não associar opioides da mesma categoria. Opioides fortes: (Barros & Santos, 2019)

- **Morfina:** No idoso, deve-se iniciar com dose menor (2,5mg a 5mg por dose) e/ou com intervalo maior e ajustar até 4 em 4 horas. Por também apresentar excreção renal, tem que haver cautela nos pacientes portadores de insuficiência renal.
- **Metadona:** Apresenta menor desenvolvimento de tolerância em relação a morfina. Como acumula-se no tecido adiposo e tem excreção intestinal, apresenta maior segurança nos pacientes com insuficiência hepática e renal. Menos assim apresenta risco de toxicidade gradual, logo, deve-se iniciar com dose baixa e/ou intervalo menor.
- **Oxicodona:** Apresenta maior potência que a morfina e menor incidência de tolerância e efeitos colaterais. Pode ser considerado como opioide

13

fraco em doses de 20mg/dia. Tem que haver cautela nos pacientes portadores de insuficiência renal e hepática.

- **Buprenorfina:** Utilizado por via transdérmica (7-7dias), apresentando menores efeitos adversos.

- **Fentanil:** Semelhante a morfina, porém mais potente. Utilizado por via endovenosa e transdérmica. Os adesivo contem metal, logo deve-se ter cautela na realização da ressonância magnética pois pode ocasionar lesões cutâneas por queimaduras.

Além disso, Killington, Walker, & Crotty, em 2016, relatam que é importante uma revisão precoce de medicamentos usados pelo idoso ser realizada pelo geriatra que aborda o idoso como um todo, avaliando outros problemas de saúde do idoso. Nesse estudo em particular, vários membros da família relataram sua satisfação com as revisões de medicamentos fornecidas, especialmente quando estavam preocupados com a polifarmácia do idoso. (Killington, Walker, & Crotty, 2016)

Outro fator importante que temos que levar em consideração é a otimização da ingestão nutricional para desenvolver uma reabilitação adequada, pois durante a fase hospitalar uma parcela dos idosos apresentam uma perda substancial de peso. (Peeters, et al., 2016) (Killington, Walker, & Crotty, 2016)

Pensando na prevenção de novas fraturas no idoso, deve-se começar a tratar os pacientes com osteoporose. Os medicamentos para o tratamento da osteoporose englobam bifosfonatos (alendronato, risedronato, ibandronato, ácido zoledrônico), hormônios peptídicos (teriparatida e calcitonina), estrogênio (na forma de terapia hormonal menopausal) para mulheres na pós-menopausa, moduladores seletivos do receptor de estrogênio (SERMs) (raloxifeno para mulheres na pós-menopausa), Denosumabe (um novo agente biológico), cálcio dietético e suplementar e vitamina D, eles tem o objetivo de reduzir o risco de fratura de quadril. (Ramponi, Kaufmann, & Drahnak, 2018) Segundo um ensaio clínico randomizado, para prevenção secundária da perda óssea em idosos após uma fratura de quadril o uso da suplementação nutricional, juntamente com um bifosfonato administrado por via oral produzem efeitos aditivos na densitometria óssea após fratura de quadril. (Flodin, et al., 2014)

4.3.2. REABILITAÇÃO FÍSICA

A reabilitação física tem como objetivo o retorno das atividades da vida diária dos idosos o mais rápido possível e na prevenção de quedas e consequentemente de nova fratura.

Os programas de treinamento devem conter e combinar vários componentes, como força funcional e exercícios de equilíbrio, bem como exercícios de coordenação. Além disso, devem ser realizados regularmente pelo menos uma vez por semana, sendo melhor duas vezes por semana pelo maior tempo possível. O ideal é que essas atividades sejam feitas com fisioterapeutas e em casa, dando maior independência e funcionalidade das atividades. Dessa forma esses programas se tornam eficazes na prevenção de quedas. (Jansen, et al., 2021)



4.3.3. APOIO FAMILIAR, SOCIAL E PSICOLÓGICO

O apoio familiar e social proporcionam uma interação, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos, de caráter emocional, instrumental (material) ou de informação. Em específico para a população idosa, as redes de apoio social estimulam a percepção de estima, de ser amado e valorizado, com a inclusão do idoso na coletividade e de obrigações mútuas (Mesquita, Morano, Landim, Collares, & Pinto, 2010).

15

A intervenção com apoio psicológico aos idosos no pós-operatório tem como objetivo aumentar a motivação e autoeficácia para construir expectativas realistas, dessa forma ajudar a colocar em prática os objetivos e mobilizar o apoio social para dar continuidade na jornada de recuperação. Para ocorrer esta intervenção de reabilitação e as respostas dos idosos deve-se enfatizar três componentes instrumentais da recuperação: a importância do suporte social, atividade física e perspectiva pessoal. (Langford, Edwards, Gray, Fleig, & Ashe, 2018)

O suporte social engloba:

- Apoio emocional como por exemplo uma garantia
- Informações, como um conselho
- Recursos físicos, por exemplo providenciar um auxílio para locomoção ou fornecer refeições
- Companheirismo, por exemplo ficar com o idoso durante os primeiros dias após sua alta hospitalar até fornecer assistência nas Atividades da Vida Diária.



Esses fatores podem ser fundamentais para maximizar a independência nas atividades funcionais afetadas pela fratura de quadril. Em contraste, a perda de independência e de sua autonomia na sociedade pode ser percebida como uma ameaça potencial à autoestima e à autoeficácia. A autoeficácia que é definida como crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar com sucesso determinada atividade, quer dizer, julgamentos de capacidade pessoal, faz parte do constructo principal dentro da Teoria Cognitiva Social estudada e praticada pelos psicólogos. (Langford, Edwards, Gray, Fleig, & Ashe, 2018)

A autoeficácia de enfrentamento, quer dizer, a percepção da pessoa a respeito de sua capacidade de lidar com um trauma recente, como por exemplo a fratura do quadril e o tratamento cirúrgico da fratura, é um fator importante de ser trabalhado para perceber as ameaças potências à saúde e independência assim como para avançar com as estratégias de enfrentamento. Alguns idosos trabalham com os desafios existentes, enquanto outros ajustam suas expectativas, reconhecendo a necessidade de readaptação determinado pelo cronograma de recuperação. Parte dessa autoeficácia pode estar relacionada ao domínio dos idosos em relação a experiências semelhantes no passado. (Langford, Edwards, Gray, Fleig, & Ashe, 2018)

Além de trabalhar a autoeficácia do idoso no processo de reabilitação da fratura do quadril, deve-se destacar a autoestima, com abordagem do estresse e da ansiedade que algumas pessoas experimentam com a perda de independência temporária ou permanente. (Langford, Edwards, Gray, Fleig, & Ashe, 2018)

5. CONCLUSÃO

Em conclusão, como os idosos apresentam um fardo adicional da multimorbidade e o papel da perspectiva pessoal no processo de recuperação, destacamos a importância de tratar o idoso como um todo, abrangendo o suporte no âmbito biopsicossocial, com apoio da família, dos amigos e da atividade física cotidiana, pois fazem partes da recuperação de fratura de quadril. Não podemos esquecer que a recuperação do idoso não termina após a cicatrização cirúrgica e tem que ter continuidade com a prevenção de novas fraturas e com atitudes para manter a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

Santos, Á. d., Santos, V. d., Albino, A., Silveira, R. E., & Nardelli, G. G. (2019). Sobre a Psicanálise e o Envelhecimento: Focalizando a Produção Científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. doi:<https://doi.org/10.1590/0102.3772e35423>

Alexiou, K., Roushias, A., Varitimidis, S., & Malizos, K. N. (24 de Janeiro de 2018). Quality of life and psychological consequences in elderly patients after a hip fracture: a review. *Clinical Interventions in Aging*, 143-150. doi:<https://doi.org/10.2147/CIA.S150067>

Barbosa, K. T., Oliveira, F. M., & Fernandes, M. d. (Novembro de 2019). Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>

17

Barros, B. F., & Santos, F. C. (2019). Dor em idoso. Em R. Kobayashi, M. V. Luzo, M. Cohen, & S. SBOT (Ed.), *Tratado de Dor Musculoesquelética* (pp. 389-398). São Paulo: Alef.

Bastos, M. M., Monteiro, J. M., Faria, C. M., Pimentel, M. H., Silva, S. d., & Afonso, C. M. (2020). Participação em programas de intervenção comunitária e qualidade de vida: resultados de um estudo multicêntrico em Portugal. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 1-14. Fonte: https://www.rbgg.com.br/edicoes/v23n6/RBGG%20v23n6%20PORT_2019-0017.pdf

Billett, M. C., Campanharo, C. R., Lopes, M. B., Batista, R. E., Belasco, A. G., & Okuno, M. F. (Nov de 2019). Capacidade funcional e qualidade de vida de octogenários hospitalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0781>

Carbonell, M. M., Jaimes, E. L., Torregroza, E. C., Camargo-Hernández, K. d., & Moreno, L. J. (2019). Autonomía en ancianos institucionalizados: relación con el género, la escolaridad y el tiempo de institucionalización. *Gerokomos*, 30. Fonte: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200050&lng=es.

Cristancho, P., Lenze, E., Avidan, M., & Rawson, K. S. (Maio de 2016). Trajectories of depressive symptoms after hip fracture. *Psychological Medicine*, 1413-1425. doi:<https://doi.org/10.1017/S0033291715002974>

Cruz, R. R., Beltrame, V., & Dallacosta, F. M. (2019). Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 6. Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000300204&lng=pt

Dagostini, C. L., Ribeiro, I., Antonioli, F., Bressan, C., Bonatto, V. d., Quandt, D. L., & Loraschi, M. (2018). ENVELHECIMENTO: Senescência ou Senilidade. *eminário De Iniciação Científica E Seminário Integrado De Ensino, Pesquisa E Extensão*. Sorocaba. Fonte: <https://unoesc.emnuvens.com.br/siepe/article/view/18491>

Donoso, F. J., Martín, R. R., García, J. L., Macías, M. d., Canal, M. P., López, C. C., . . . Espuela, F. L. (13 de Dezembro de 2020). Impact of a Postoperative Intervention Educational Program on the Quality of Life of Patients with Hip Fracture: A Randomized, Open-Label Controlled Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph17249327>

Flodin, L., Sääf, M., Cederholm, T., Al-Ani, A., Ackermann, P., Samnegård, E., . . . Hedström, M. (29 de Abril de 2014). Additive effects of nutritional supplementation, together with bisphosphonates, on bone mineral density after hip fracture: a 12-month randomized controlled study. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1043-1050. doi:<https://doi.org/10.2147/CIA.S63987>

Ftouh, S., Morga, A., & Swift, C. (21 de June de 2011). Management of hip fracture in adults: summary of NICE guidance. *BMJ*. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d3304>

Gerontologia, S. B. (27 de janeiro de 2019). OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos. Acesso em 26 de junho de 2020, disponível em <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>

Hao, J., Dong, B., Zhang, J., & Luo, Z. (Setembro de 2019). Pre-emptive analgesia with continuous fascia iliaca compartment block reduces postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. *Saudi Medical Journal*, 901-906. doi:<https://doi.org/10.15537/smj.2019.9.24483>

Jansen, C.-P., Gross, M., Kramer-Gmeiner, F., Blessing, U., Becker, C., & Schwenk, M. (7 de abril de 2021). Empfehlungspapier für das körperliche Gruppentraining zur Sturzprävention bei älteren, zu Hause lebenden Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 229–239. Fonte: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00391-021-01876-w#citeas>

Killington, M., Walker, R., & Crotty, M. (Nov-Dec de 2016). The chaotic journey: Recovering from hip fracture in a nursing home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.004>

Langford, D., Edwards, N., Gray, S. M., Fleig, L., & Ashe, M. C. (20 de Fevereiro de 2018). "Life Goes On." Everyday Tasks, Coping Self-Efficacy, and Independence: Exploring Older Adults' Recovery From Hip Fracture. *Qualitative Health Research*, 1-12. doi:<https://doi.org/10.1177/1049732318755675>

Maia, L. C., Colares, T. d., Moraes, E. N., Costa, S. d., & Caldeira, A. P. (2020). Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Revista de Saúde Pública*. doi:<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>

19

Marchado, J. K., & Zabeu, J. L. (2019). Dor em trauma. Em R. Kobayashi, M. V. Luzo, M. Cohen, & S. S. Traumatologia (Ed.), *Tratado de Dor Musculoesquelético* (pp. 81-90). São Paulo: Alef.

Mesquita, R. B., Morano, M. A., Landim, F. L., Collares, P. M., & Pinto, J. M. (15 de Setembro de 2010). Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. Fonte: <https://scielosp.org/article/csc/2012.v17n5/1125-1133/pt/>.

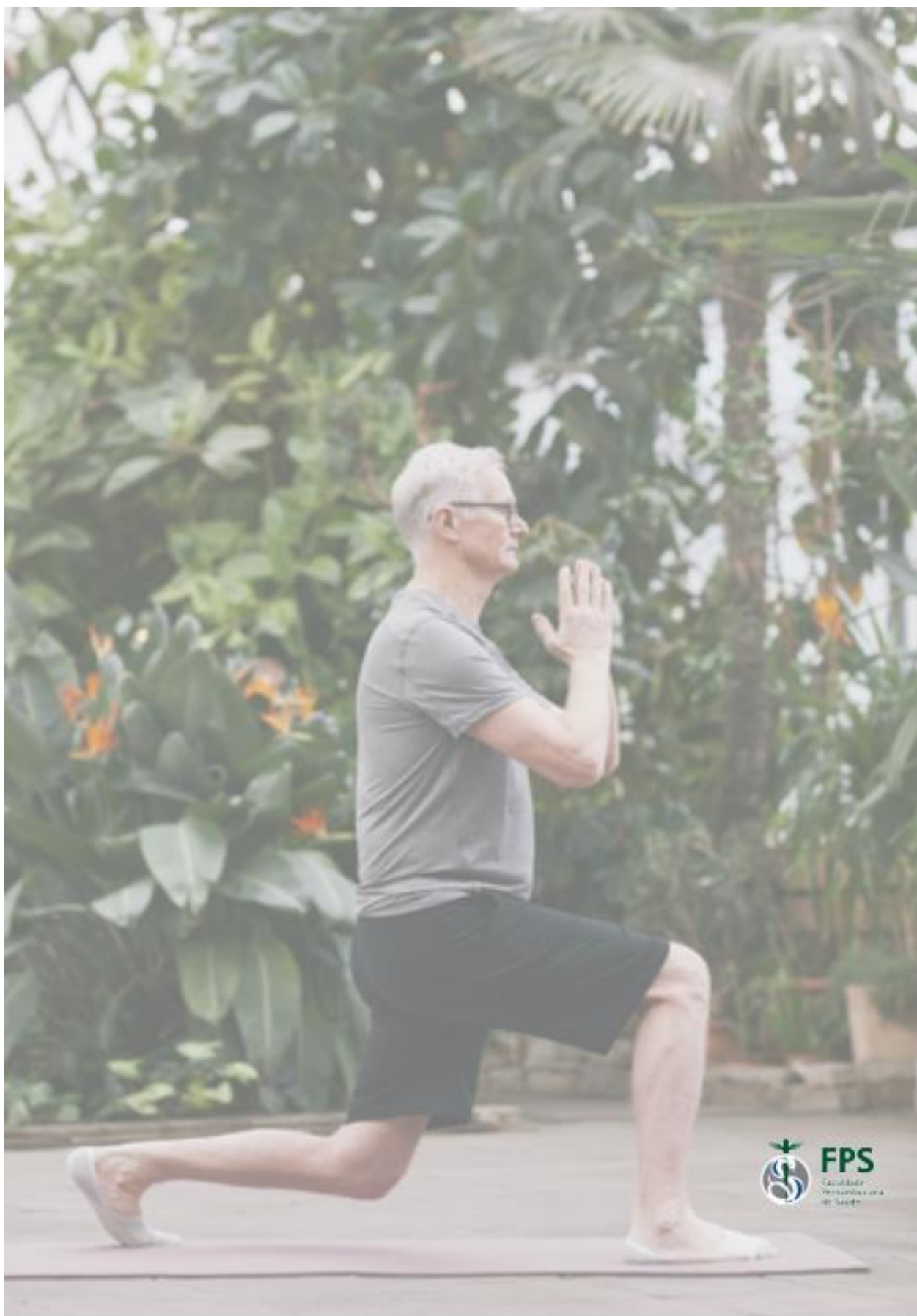
Oliveira, A. C. (2019). A Preparação do Familiar Cuidador para a Alta da Pessoa Idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur: Percepção dos Enfermeiros do Serviço de Ortopedia. *Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 1-103. Porto Alegre. Fonte: <http://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31246/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ana%20Rita%20Oliveira.pdf>

Peeters, C., Visser, E., Van de Ree, C. L., Gosens, T., Den Oudsten, B. L., & De Vries, J. (Julho de 2016). Quality of life after hip fracture in the elderly: A systematic literature review. *Injury*, 1369-1382. doi:10.1016/j.injury.2016.04.018

Ramponi, D., Kaufmann, J., & Drahnak, G. (Jan-Mar de 2018). Hip Fractures. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 40, 8-15. doi:10.1097/TME.000000000000180

Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. (Outubro-Dezembro de 2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia*, 29, 647-655. Fonte: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395335581001>.

Teixeira, D. K., Andrade, L. M., Santos, J. L., & Caires, E. S. (2019). Falls among the elderly: environmental limitations and functional losses. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. doi:<https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180229>



V. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida de pacientes idosos no pós-operatório de fraturas do quadril atendidos em um hospital público de referência do município de Jaboatão dos Guararapes.

Dentre os objetivos específicos, o primeiro e segundo referiram-se à caracterização clínico-epidemiológica e sociodemográfica. Em relação ao perfil sócio-demográfico deteve-se uma população com idade média de 77 anos, com prevalência de fraturas do quadril no sexo feminino, majoritariamente apresentavam-se casadas, com uma predominância de acidentes de pequena intensidade como a queda (97,3%). Dentre os tipos de fraturas teve uma predominância na fratura transtrocantérica (n=21). Já em relação ao tratamento cirúrgico 21 pacientes foram abordados com o uso de DHS, enquanto 13 pacientes com Prótese sendo destes onze prótese bipolar e dois próteses total.

Para analisar a Qualidade de Vida dos idosos no pós-operatório, foi utilizado o questionário WHOQOL-BREF e o Índice de Barthel. O primeiro questionário avalia a qualidade de vida pela autopercepção e nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Enquanto o Índice de Barthel avalia a capacidade funcional nas atividades do cotidiano. Os resultados, por meio do questionário WHOQOL-BREF, obtiveram pontuações baixas em todos os domínios, sendo o mais afetado o domínio físico, com uma classificação de necessita melhorar. No Índice de Barthel, a maioria dos participantes apresentaram algum grau de dependência, sendo a maior frequência o grau de dependência leve. Quando correlacionamos os resultados dos questionários, foi demonstrado que a Qualidade de Vida é afetada pelo pós-operatório, tanto por meio do tipo de fratura quanto pelo tipo de cirurgia a que o paciente foi submetido, de modo que

a fratura transtrocanterica impacta mais negativamente que a colo femoral e a cirurgia de prótese bipolar impacta mais positivamente a Qualidade de Vida que a cirurgia com o DHS. Além disso, a Qualidade de Vida também é influenciada pelo fator social, no qual o morar com os filhos implica uma maior dependência nas atividades cotidianas e maior Qualidade de Vida.

Para alcançar o último objetivo, a produção de produtos de promoção de qualidade de vida do idoso, foi realizada dois artigos e uma cartilha educativa com a meta de promoção de Qualidade de Vida dos idosos diante do pós-operatório de fratura do quadril, demonstrando a importância de um cuidado multiprofissional, interdisciplinar e multifatorial, com influência significativa do apoio social.

Pode-se concluir que a aquisição de uma boa recuperação da Qualidade de Vida no pós-operatório é um desafio multifatorial que inicia com a abordagem de forma integral do idoso pelos profissionais da saúde e por familiares, pois a Qualidade de Vida é afetada pelo pós-operatório tanto pelo meio em que vive quanto pelo tipo de fratura e tipo de cirurgia submetido.

Como continuação, seria necessário maior educação e apoio aos idosos para a prevenção das fraturas, como quedas, através de cartilhas e orientações a esse público e apoiadores deles, podendo abarcar formas de adaptação da casa às necessidades e às dificuldades específicas do idoso, além de formas de atividades físicas e mentais para melhor autoconhecimento e autoeficácia.

Como limitações, o presente estudo teve a negação de idosos a participarem da pesquisa devido ao longo tempo para responder aos questionários, além da presença da pandemia da COVID 19 durante o período da pesquisa, diminuindo, assim, o número de participantes. A pandemia promoveu uma menor quantidade de cirurgias no hospital em questão quando comparamos com os dados de períodos anteriores, podendo estar

influenciada pela diminuição de exposição aos riscos extrínsecos do idoso por estarem reclusos em suas casas com a presença de familiares.

Entre os benefícios, a pesquisa ajudou a ampliar as informações em relação à Qualidade de Vida no pós-operatório de fratura do quadril, demonstrando a importância do apoio social para a qualidade de vida do idoso na reabilitação do pós-operatório de fratura do quadril e a necessidade do tratamento do idoso interdisciplinar para um cuidado integral do idoso. Estes resultados podem contribuir na realização de campanhas educativas mais eficazes com foco na prevenção e na promoção da Qualidade de Vida para os idosos diante das fraturas. Além de servir como inspiração para outros profissionais para realizar novos estudos que beneficiem o cuidado a população idosa.

VI. REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos [Internet]. 2020 [acesso em 26 jun 2020]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>
2. Martins JJ, Schier J, Erdmann AL, Albuquerque GL. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 [acesso em 7 jan 2020];10(3):371-382. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300371&lng=pt.
3. Jardim VCFS, Medeiros BF, Brito AM. Um Olhar Sobre o Processo do Envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 [acesso em 7 jan 2020]; 9(2):25-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000200025&lng=pt.
4. Senado Federal. Estatuto do Idoso e normas correlatas [Internet]. Brasília: Senado Federal Secretaria Especial de Editoração e Publicações Subsecretaria de Edições Técnicas; 2003 [acesso em 26 mar 2020]. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf?sequence=2>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral [Internet]. 2013; [acesso em 24 mar 2020]. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 2 mai 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf
7. Santos AS, Santos VA, Albino A, Silveira RE, Nardelli GG. Sobre a Psicanálise e o Envelhecimento: Focalizando a Produção Científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2019 [acesso em 7 jan 2020]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722019000100523&lng=pt

8. Cruz RR, Beltrame V, Dallacosta FM. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 [acesso em 7 jan 2020];22(3):e180212. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000300204&lng=pt.

9. Teixeira DKS, Andrade LM, Santos JLP, Caires ES. Quedas em pessoas idosas: restrições do ambiente doméstico e perdas funcionais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2019 [acesso em 7 jan 2020]; 22(3):e180229. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000300205&lng=pt.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Internet]. 2009 [acesso em 26 jun 2020];(3). Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf

11. Perissé C, Marli M. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. *Revista Retratos* [Internet]. 2019 [Acessi em 11 nov 2019]:1. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>.

12. Dagostini CLF, Ribeiro I, Antonioli F, Bressan C, Bonatto V dos S, Quandt DLK, Loraschi M. Envelhecimento: Senescência ou Senilidade. *SIEPE* [Internet]. 28º de agosto de 2018 [acesso em 15 jun 2020];00. Disponível em: <https://unoesc.emnuvens.com.br/siepe/article/view/18491>

13. Willig MH, Lenardt MH, Méier MJ. A Trajetória das Políticas Públicas do Idoso no Brasil: Breve análise. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em 26 jun 2020]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29298/19053>

14. Mesquita JS, Cavalcante MLR, Siqueira CA. Promoção da saúde e integralidade na atenção ao idoso: uma realidade brasileira? *Revista Kairós Gerontologia* [Internet]. 2016 [acesso em 2 mai 2020];19(1):227-238. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/30357>

15. Santos CTB, Andrade LOM, Silva MJ, Sousa MF. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 17 jun 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2016.v26n1/45-62/pt>
16. Geraldo MCHM, Corrêa VAF, Freire MAM, Dias JR, Mello AS, Acioli S. Política de Educação Popular: práticas na Estratégia Saúde da Família. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [acesso em 16 jun 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051943>
17. Barbosa KTF, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em 7 jan 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800337&lng=en.
18. Nunes AJSL, Barbosa NG. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia* [Intenet]. 2012 [acesso em 6 jun 2020]; 29:647-655. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395335581001>.
19. Bastos MAMSC, Monteiro JMMP, Faria CMGM, Pimentel MH, Silva SLR, Afonso CMF. Participação em programas de intervenção comunitária e qualidade de vida: resultados de um estudo multicêntrico em Portugal. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [Internet]. 2020 [acesso em 16 jun 2020]. Disponível em: https://www.rbgg.com.br/edicoes/v23n6/RBGG%20v23n6%20PORT_2019-0017.pdf
20. Pinheiro MM, Ciconelli RM, Jacques NO, Genaro PS, Martini LA, Ferraz MB. O impacto da osteoporose no Brasil: dados regionais das fraturas em homens e mulheres adultos - The Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). *Rev. Bras. Reumatol.* [Internet]. 2010 [acesso em 1 abr 2020]; 50(2):113-120. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000200002&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042010000200002>.
21. Macedo AS, Marinho PVT, Dal-Bó IS, Bregadioli T, Diamante G, Fiuza B, Zoppa ALV, Ferrigno CRA. Physics behind the implants used for high strain fractures: literature review. *Braz. J. Vet. Res. Anim. Sci* [Internet]. 2018 [acesso em 7 jan 2020];55:1-8. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/bjvras/article/view/131164/139183>.
22. Dicio. Dicionário Online em Português. Quadril: Significado de Quadril [Internet]. 2019-2020 [acesso em 30 jun 2020]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/quadril/>.

23. Lima ALCLA, Miranda SC, Vasconcelos HFO. Radiographic anatomy of the proximal femur: femoral neck fracture vs. transtrochanteric fracture. *Rev. bras. ortop.* [Internet]. 2017 [acesso em 1 fev 2020]; 52(6):651-657. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162017000600651&lng=en.
24. Almeida LMS, Meucci RD, Dumith SC. Prevalence of falls in elderly people: a population based study. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2019 [acesso em 2 jan 2020]; 65(11):1397-1403. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302019001101397&lng=pt. Epub 02-Dez-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.65.11.1397>.
25. Santos AMR, Rodrigues RAP, Diniz MA. Trauma por Acidente de Trânsito no Idoso: Fatores de Risco e Consequências. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 30 jan 2020]; 26(2):e4220015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200310&lng=pt.
26. Chen FP, Fu TS, Lin YC, Fan CM. Correlation of quality of life with risk factors for first-incident hip fracture in postmenopausal women. *J. Obstet. Gynaecol. Res* [Internet]. 2018 [acesso em 30 jan 2020]. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jog.13637>
27. Oliveira CC, Borba VZC. Epidemiology of Femur Fractures in the Elderly and Cost to the State of Paraná, Brazil. *Acta ortop. bras.* [Internet]. 2017 [acesso em 31 jan 2020]; 25(4):155-158. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522017000400155&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-785220172504168827>.
28. Guimarães FAM, Lima RR, Souza AC, Livani B, Belangero WD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas transtrocanterianas do fêmur. *Rev. bras. ortop.* [Internet]. 2011 [acesso em 17 jun 2020]; 46(Suppl1):48-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162011000700012&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-36162011000700012>

29. Ftouh S, Morga A, Swift C. Management of hip fracture in adults: summary of NICE guidance. *BMJ* [Internet]. 2011 [acesso em 27 jun 2020]. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d330>
30. Ovidiu A, Stefan GT, Dragos P, Bogdan V, Dana AI. Survival of Nonagenarian Patients with Hip Fractures: A Cohort Study. *Acta ortop. bras.* [Internet]. 2017 [acesso em 13 abr 2020]; 25(4):132-136. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522017000400132&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-785220172504167561>.
31. Lu JF. Comparison of PFNA and DHS for the treatment of elderly unstable intertrochanteric fractures of femur. *Zhongguo Gu Shang* [Internet]. 2019 [acesso em 17 jan 2020]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31615179/>.
32. Li JT, Li SQ, Wang X, Li J, Gao H, Li DS. Phase I total hip replacement for severe hip osteoarthritis with proximal femoral fractures. *Zhongguo Gu Shang* [Internet]. 2019 [acesso em 17 jan 2020]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31248234/>.
33. Dolatowski FC, Frihagen F, Bartels S, Opland V, Saltyte Benth J, Talsnes O, Hoelsbrekken SE, Utvåg SE. Screw Fixation Versus Hemiarthroplasty for Nondisplaced Femoral Neck Fractures in Elderly Patients: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *The Journal of Bone and Joint Surgery* [Internet]. 2019 [acesso em 17 jan 2020];101:136-144. Disponível em: https://journals.lww.com/jbjsjournal/Abstract/2019/01160/Screw_Fixation_Versus_Hemiarthroplasty_for.5.aspx.
34. Alexiou KI et al. Quality of life and psychological consequences in elderly patients after a hip fracture: a review. *Clinical Interventions in Aging*. 2018; 13:143-150. Doi:10.2147/CIA.S150067
35. Oliveira ARC. A Preparação do Familiar Cuidador para a Alta da Pessoa Idosa com Fratura da Extremidade Proximal do Fémur: Perceção dos Enfermeiros do Serviço de Ortopedia [Dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2019 [acesso em 28 mar 2020]. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31246/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ana%20Rita%20Oliveira.pdf>
36. Killington M, Walker R, Crotty M. The chaotic journey: Recovering from hip fracture in a nursing home. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2016 [acesso em 27 jun

- 2020]. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494316301340?via%3Dihub>
37. Brasil. Ministério da Saúde. Qualidade de vida em 5 passos. Biblioteca Virtual em Saúde [Internet]. São Paulo; 2013 [acesso em 24 mar 2020]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html
38. Rosas C, Neri AL. Qualidade de vida, sobrecarga, apoio emocional familiar: um modelo em idosos cuidadores. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 1 fev 2020]; 72(Suppl2):169-176. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800169&lng=pt. Epub 05-Dez-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0439>
39. Ferro FF. Instrumentos para medir a qualidade de vida no trabalho e a ESF: Revisão da Literatura [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012 [acesso em 26 jun 2020]. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3756.pdf>
40. Abreu-Reis P, Oldoni C, Souza GAL, Bettega AL, Góes MN, Sarquis LM et al. Aspectos psicológicos e qualidade de vida na Residência Médica. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet]. 2019 [acesso em 2 fev 2020]; 46(1):e2050. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912019000100159&lng=pt. Epub 21-Mar-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20192050>.
41. Milte R, Crotty M, Miller MD, Whitehead C, Ratcliffe J. Quality of life in older adults following a hip fracture: an empirical comparison of the ICECAP-O and the EQ-5D-3 L instruments. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2018 [acesso em 1 fev 2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6126006/>
42. Nunes GC, Nascimento MCD, Alencar MAC. Pesquisa científica: conceitos básicos. ID on line Revista de Psicologia [Internet]. 2016 [acesso em 2 mai 2020];10. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/390/527>
43. Mínozzo JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta Paul. Enferm. [Internet]. 2010 [acesso em 2 jul 2020]; 23(2):218-223. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>.

44. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al . Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. Saúde Pública [Internet]. 2000 [acesso em 27 mai 2020]; 34(2):178-183. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.
45. Billett MC, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA, Belasco AGS, Okuno MFP. Capacidade funcional e qualidade de vida de octogenários hospitalizados. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 29 dez 2019]; 72(Suppl2):43-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800043&lng=en. Epub Dec 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0781>
46. Martín CM, Laguado JE, Campo TE, Camargo-Hernández KC, Pereira MLJ. Autonomía en ancianos institucionalizados: relación con el género, la escolaridad y el tiempo de institucionalización. Gerokomos [Internet]. 2019 [acesso em 2 abr 2020]; 30(2):50-55. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200050&lng=es.
47. Maia LC, Colares TFB, Moraes EM, Costa SM, Caldeira AP. Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2020 [acesso em 26 jun 2020]; 54:35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100230&lng=pt. Epub 06-Abr-2020. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>.
48. Mesquita RB, Morano MT, Landim FL, Collares PM, Pinto JM. Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [acesso em 1 fev 2020]. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2012.v17n5/1125-1133/pt/>.
49. Oliveira MC, Salmazo-Silva H, Gomes L, Moraes CF, Alves VP. Elderly individuals in multigenerational households: Family composition, satisfaction with life and social involvement. Estudos de Psicologia (Campinas) [Internet]. 2019 [acesso em 1 fev 2020];37. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100800&lng=en

50. Coelho LP, Motta LB, Caldas CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis* [Internet]. 2018 [acesso em 13 abr 2020]; 28(4):e280404. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000400603&lng=en.

51. Peeters CM, Visser E, Van de Ree CL, Gosens T, Den Oudsten BL, De Vries J. Quality of life after hip fracture in the elderly: A systematic literature review. *Injury* [Internet]. 2016 [acesso em 17 jan 2020]. Disponível em: [https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383\(16\)30119-X/fulltext](https://www.injuryjournal.com/article/S0020-1383(16)30119-X/fulltext).

52. Aragão J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista Práxis* [Internet]. 2011 [acesso 27 jun 2021]. Disponível em: <https://moodlead.unifoa.edu.br/revistas/index.php/praxis/article/view/566/528>

53. Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica* [Internet]. 2007 [acesso em 27 jun 2021]; 17:229-232. Disponível em: <file:///C:/Users/camil/Downloads/2806-Article%20Text-42422-2-10-20130619.pdf>

54. Hospital Memorial de Jaboaão. Hospital Memorial de Jaboaão: promovendo e valorizando a vida [Internet]. 2007? [acesso em 26 mar 2020]. Disponível em: <http://www.hmjpe.org/institucional/>.

55. Tazkarji B, Lam R, Lee S, Meiyappan S. Approach to preventive care in the elderly. *Canadian Family Physician* [Internet]. 2016 [acesso 15 jun 2020]. Disponível em: <https://www.cfp.ca/content/62/9/717.short>

56. Brasil. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília, 23 dez 1996 [acesso em 24 mai 2020]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-norma-pl.html>

57. Fundação Getulio Vargas Social. Qual a faixa de renda familiar das classes? [Internet]. 2018 [acesso em 27 jun 2020]. Disponível em: <https://cps.fgv.br/qual-faixa-de-renda-familiar-das-classes>.

58. Significados. Significado de Estado Civil [Internet]. 2013 [acesso em 28 jun 2020]. Disponível em: <https://www.significados.com.br/estado-civil/>.

59. Lopes CC, Oliveira GA, Stigger FS, Lemos AT. Associação entre a ocorrência de dor e sobrecarga em cuidadores principais e o nível de independência de idosos nas atividades de vida diária: estudo transversal. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2020 [acesso em 30 jun 2020]; 28(1):98-106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2020000100098&lng=en.
60. Molina NPFM, Tavares DMS, Haas VJ, Rodrigues LR. Religiosity, Spirituality And Quality Of Life Of Elderly According To Structural Equation Modeling. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em 30 jun 2020]; 29:e20180468. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100323&lng=pt. Epub 17-Fev-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0468>.
61. Dicio. Dicionário Online em Português. Comorbidade: Significado de Comorbidade [Internet]. 2019-2020 [acesso em 30 jun 2020]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/comorbidade/>.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes (Diabetes Mellitus): Sintomas, Causas e Tratamentos [Internet]. 2013/2020 [acesso em 27 mai 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/diabetes>
63. Wang H, Ba Y, Xing Q, et al. Diabetes mellitus and the risk of fractures at specific sites: a meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [acesso em 27 mai 2020]. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/1/e024067.full.pdf>
64. Felisberto MM, Costi ME, Heluany CC. Relação entre resultados da FRAX-Brasil e de densitometrias ósseas. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd* [Internet]. 2018 [acesso em 25 mai 2020]. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884976/161.pdf>
65. Wu Z-J. Effect of Cigarette Smoking on Risk of Hip Fracture in Men: A Meta-Analysis of 14 Prospective Cohort Studies. *PLoS ONE* [Internet]. 2016 [acesso em 27 mai 2020]. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0168990>
66. Dicio. Dicionário Online em Português. Alcoolismo: Significado de Alcoolismo [Internet]. 2019-2020 [acesso em 13 jul 2020]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/alcoolismo/>
67. Vilela Jr GB. Escala de Barthel [Internet]. 2006 [acesso em 2 jul 2020]. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/37992084/indice-de-barthel>

68. IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010 [Internet]. 2011 [acesso em 2 mar 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>
69. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos* [Internet]. 2015 [acesso em 24 fev 2021]; 14:115-131. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/19830/13313>
70. Rebêlo FL, Calazans MMB, Lima NFS, Silva VA. Perfil sócio-funcional de idosos assistidos pelo Sistema Único de Saúde de uma cidade do Nordeste Brasileiro. *FisiSenectus* [Internet]. 2021 [acesso em 23 mar 2021]; 9. DOI: <https://doi.org/10.22298/rfs.2021.v.9.n.1.5828>.
71. IBGE [Internet]. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. 2018 [acesso em 3 mar 2021]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>
72. IBGE [Internet]. Analfabetismo cai em 2017, mas segue acima da meta para 2015. 2018 [acesso em 2 mar 2021]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21255-analfabetismo-cai-em-2017-mas-segue-acima-da-meta-para-2015>
73. Andrade AC, Moreira MS. Reconhecimento e Cidadania dos Analfabetos no Brasil - Uma Questão Histórica e Política. *Revista FIDES - Revista de Filosofia do Direito, do Estado e da Sociedade*. 2019 [acesso em 2 mar 2021] 12;10(2):128-41. Disponível em: <http://www.revistafides.ufrn.br/index.php/br/article/view/389>
74. Melo NCV, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montoya AJA, Silveira MB. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2016 [acesso em 23 mar 2021]; 19(1):139-151. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000100139&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15011>.
75. Esperandio MRG, et al. Envelhecimento e Espiritualidade: o Papel do Coping Espiritual/Religioso em Idosos Hospitalizados. *Interação em Psicologia* [Internet]. 2019

[acesso em 3 mar 2021]; 23(2). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/65381/39271>

76. Moretti MCMS, Ruy ABAB, Saccomann ICR. A compreensão da terapêutica medicamentosa em idosos em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba* [Internet]. 2018 [acesso em 23 mar 2021]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/27069/pdf>

77. Cui Z, Feng H, Meng X, et al. Age-specific 1-year mortality rates after hip fracture based on the populations in mainland China between the years 2000 and 2018: a systematic analysis. *Arch Osteoporos* [Internet]. 2019 [acesso em 23 mar 2021]; 55. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11657-019-0604-3>

78. Maia LC, Colares TD, Moraes EN, Costa SD, Caldeira AP. (2020). Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso em 27 jun 2021]. doi:<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>

79. Neri AL, organizadora. *Fragilidade e Qualidade de Vida na Velhice*. Campinas: Alínea; 2013.

80. Killington M, Walker R, Crotty M. The chaotic journey: Recovering from hip fracture in a nursing home. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2016 [acesso em 27 jun 2020]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494316301340?via%3Dihub>

81. Freitas EV et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.

82. Langford D, et al. “Life Goes On.” Everyday Tasks, Coping Self-Efficacy, and Independence: Exploring Older Adults’ Recovery From Hip Fracture. *Qualitative Health Research* [Internet]. 2018 [acesso em 23 mar 2021]; 1-12. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732318755675>

83. Teixeira DKS, Andrade LM, Santos JLP, Caires ES. Quedas em pessoas idosas: restrições do ambiente doméstico e perdas funcionais. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 Set [cited 2020 Jan 07]; 22(3):e180229. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180229>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000300205&lng=pt.

84. Martins JJ, Schier J, Erdmann AL, Albuquerque GL. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2019 Out [cited 2020 Jan 07];

10(3):371-382. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10039>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300371&lng=pt.

85. Hack J, Buecking B, Aigner R, et al. What are the influencing factors in self-rated health status after hip fracture? A prospective study on 402 patients. *Arch Osteoporos* [Internet]. 2019 [acesso em 16 jun 2020]:92. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11657-019-0642-x>

86. Joode SG CJ, Kalmet PHS, Fiddelers AAA, et al. Long-term functional outcome after a low-energy hip fracture in elderly patients. *J Orthop Traumatol* [Internet]. 2019 [acesso em 2 mar 2020]; 20. Disponível em: <https://jorthotraumatol.springeropen.com/articles/10.1186/s10195-019-0529-z>

87. Donoso FJA, Martín RR, García JL, Macías MLLC, Canal MP, López CC, Felipe RT, Martín SR, Fernández SB, Espuela FL. Impact of a Postoperative Intervention Educational Program on the Quality of Life of Patients with Hip Fracture: A Randomized, Open-Label Controlled Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2020 [acesso em 5 abr 2021]; 17. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/24/9327>

88. Xiaodong Xu, Jun Han, Yajia Li, Xichun Sun, Peng Lin, Ying Chen, Fuqiang Gao, Zirong Li, Shuai Zhang, Wei Sun. Efeitos do modelo de autocuidado de Orem na qualidade de vida de pacientes idosos com fraturas de quadril. *Pain Research and Management* [Internet]. 2020 [acesso em 5 abr 2021]. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/prm/2020/5602683/>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – CARTA DE ANUÊNCIA

Nome: _____ Função:

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado **QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NO PÓS-OPERATORIO DE FRATURAS NO QUADRIL** coordenado pelas pesquisadoras Camila Carvalho Krause Gonçalves, Clarissa Dubeux Lopes Barros e Mônica Cristina Batista de Melo

O objetivo da pesquisa é avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos no pós-operatório de fraturas atendidos no Hospital Memorial de Jaboatão de referência do município de Jaboatão.

Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo.

Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Recife, de de 2020.

Carimbo e Assinatura do pesquisador

() concordo com a solicitação () não concordo com a solicitação

Carimbo e assinatura do responsável pelo setor

APÊNDICE 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NO PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURAS NO QUADRIL

Pesquisador: Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35389120.1.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.228.005

Apresentação do Projeto:

Projeto bem desenhado e fundamentado.

Objetivo da Pesquisa:

Claros e bem delimitado

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos no pós-operatório de fraturas do quadril atendidos em um hospital público de referência do município de Jaboatão.

Objetivo Secundário:

1- Descrever as características clínico-epidemiológicas dos pacientes idosos diagnosticados com fraturas do quadril.2- Apresentar as características sociodemográficos dos pacientes idosos diagnosticados com fraturas do quadril.3- Examinar a qualidade de vida de idosos no pósoperatório de fraturas do quadril atendidos no hospital.4- Produzir cartilha educativa com foco na prevenção e promoção da qualidade de vida diante das de fraturas e novas fraturas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

OK

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e bem desenvolvida.

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 4.228.005

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

Adicionar flexibilização de gênero - o(a) - nos espaços em que não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Itens apresentados em conformidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar relatórios parciais e ao final do estudo por meio de notificação via plataforma Brasil

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1596856.pdf	21/07/2020 11:38:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_QUALIDADE_DE_VIDA DOS_IDOSOS_NO_POS_OPERATORIO_DE_FRATURAS_NO_QUADRIL_Camila krause.doc	21/07/2020 11:38:04	Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros	Aceito
Outros	instrumentosdecoletacamila.docx	21/07/2020 11:36:01	Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros	Aceito
Outros	CRONOGRAMA.docx	21/07/2020 11:32:27	Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECAMILAKRAUSE.docx	21/07/2020 11:29:25	Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoCamilaKrauseword.doc	21/07/2020 11:27:07	Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros	Aceito
Outros	jpg2word.docx	20/07/2020 16:58:50	Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOCAMILAKRAUSAE.docx	16/07/2020 20:29:04	Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros	Aceito
Outros	curriculomonica.pdf	16/07/2020 20:21:18	Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 4.228.005

Outros	curriculoclarissa.pdf	16/07/2020 20:20:55	Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros	Aceito
Outros	curriculocamila.pdf	16/07/2020 20:20:40	Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 20 de Agosto de 2020

Assinado por:
Ariani Impieri de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Faculdade Pernambucana de Saúde

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS NO PÓS-OPERATORIO DE FRATURAS NO QUADRIL

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre qualidade de vida do idoso no pós-operatório de fratura de quadril, por ser uma pessoa de 60 anos ou mais, que foi submetida a cirurgia de fratura do quadril nos últimos 3 meses e segue em acompanhamento no Hospital Memorial de Jaboatão.

A coleta das informações para a realização desse trabalho será realizada quando o senhor (a) estiver na sala de espera do consultório de retorno a cirurgia. Nesse momento será realizada a entrevista para preencher dois questionários que durará em torno de 10-15 minutos cada um deles.

Dentre os riscos da realização da pesquisa, pode-se pensar que o senhor ou a senhora se sintam desconfortáveis e cansados com o tempo da realização dos questionários, e que pode proporcionar alguma fragilidade emocional. Caso seja identificado algum sinal de descontentamento para responder o questionário, será oferecida uma conversa sobre o que a atormenta, e se o mesmo quiser pode desistir a qualquer momento de participar da pesquisa. Entre os benefícios, a pesquisa ajudará a ampliar as informações em relação à qualidade de vida no pós-operatório de fratura do quadril, e assim podermos produzir cartilha educativa com foco na prevenção e promoção da qualidade de vida para os idosos diante das fraturas.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Camila Carvalho Krause Gonçalves, Clarissa Dubeux Lopes Barros e Mônica Cristina Batista de Melo certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Camila Carvalho Krause Gonçalves através do telefone 99135-1549 ou endereço Rua Francisco Alves n326, 3 andar, Ilha do Leite, Recife-PE, e-mail: drcamilakrause@gmail.com; Clarissa Barros, através do telefone 81.988918552, no endereço Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, e-mail: claramabarros@gmail.com; Mônica Cristina Batista de Melo através do Telefone: (81) 9999-81301, no endereço Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861 ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira- Recife-PE. CEP: 51150-000.Bloco: Administrativo. Tel: (81)33127755 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____	_____	_____
Nome	Assinatura do Participante	Data
_____	_____	_____
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
_____	_____	_____
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

Impressão digital



APÊNDICE 4 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome:

Idade

Sexo: () masculino, () feminino, () não identificável

Escolaridade: () analfabeto () fundamental incompleto, () fundamental completo, () médio incompleto, () médio completo, () superior incompleto, () superior completo;

Renda familiar: () R\$ 0 – 1.254, () R\$ 1.255 – 2.004, () R\$ 2.005 – 8.640, () R\$ 8.641 – 11.261; () R\$ >= 11.262; () Não soube responder; () Sabe apenas a renda pessoal

Estado civil: () solteiro, () casado, () separado, () divorciado, () viúvo, () amigado

Com quem mora: () Sozinho, () com cuidador, () companheiro/companheira, () filho/filha, () Neto/neta, () instituição/asilo, () morador de rua

Religião: () católico, () protestante, () espírita () outras, qual? _____

Comorbidades:

- Hipertensão: () Sim, () Não
- Diabetes: () Sim, () Não
- Osteoporose diagnosticada: () Sim, () Não
- Fumante: () Sim, () Não () Ex-fumante, tempo de uso? _____

o Tempo de uso? _____

o Quantos cigarros por dia? _____

- Faz uso de bebida alcoólica? () Sim, () Não

o Se sim. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

() 0= nunca; () 1 = uma vez por mês ou menos; () 2 = duas a quatro vezes por mês; () 3 = duas a três vezes por semanas; () 4 = quatro ou mais vezes por semana

Medicações em uso: () Sim, () Não, Qual? _____

Etiologia da fratura: () queda, () atropelamento, () acidente automobilístico, () agressão física, () outra. Qual? _____.

ANEXOS

ANEXO 1 – ÍNDICE DE BARTHEL

ESCALA DE BARTHEL⁶⁵

Nome: _____ Sexo _____ Idade _____

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
	0
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	
USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)	
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	

MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	
Total (0 - 100)	

Interpretação do Resultado: 90-100 Independente; 60-90 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente.

Orientações:

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

ANEXO 2 - WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE

VERSÃO ABREVIADA (WHOQOL-BREF)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1) Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2) Quanto satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3) Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4) O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária	1	2	3	4	5
5) O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6) Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7) O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8) Quanto seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9) Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	completamente
10) Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11) Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
12) Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
13) Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14) Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	Muito boa
15) Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito

16) Quanto satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17) Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18) Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?					
19) Quanto satisfeito(a) você está consigo mesmo?					
20) Quanto satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
21) Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?					

22) Quanto satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
23) Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?					
24) Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
25) Quanto satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?					

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26) Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero,	1	2	3	4	5

ansiedade, depressão?					
--------------------------	--	--	--	--	--

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

ANEXO 3 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA *TRENDS IN PSYCHOLOGY/TEMAS EM PSICOLOGIA*



ISSN 2358-1883 (*Trends in Psychology*)
ISSN 2175-3652 (Temas em Psicologia)

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Objetivo e política editorial
- I. Tipos de colaboração aceita
- II. Orientações para submissão de manuscritos
- III. Aspectos éticos
- IV. Apresentação dos manuscritos
- V. Apreciação pela comissão editorial
- VI. Direitos autorais

Comunicamos que a *Trends in Psychology* passará a ser publicada em parceria com a Springer. A partir de **25 de outubro de 2019** as submissões de artigos deverão ser realizadas pela página da revista na Springer (<https://www.springer.com/journal/43076>). Acessem as orientações para submissões e assinaturas. Sócios da SBP terão acesso gratuito à revista e autores não terão taxas para publicação

Objetivo e política editorial

Trends in Psychology/Temas em Psicologia publica relatos de pesquisa empírica, estudos históricos, teóricos e conceituais, relatos de experiência profissional, revisões críticas da literatura, notas técnicas e cartas aos editores. A revista, de periodicidade trimestral (março, junho, setembro e dezembro), tem por objetivo publicar artigos científicos que contribuam para o avanço do conhecimento em todas as áreas da Psicologia. Destina-se a estudantes, profissionais e pesquisadores da Psicologia e áreas afins.

Observação importante: Em 2019 a *Trends in Psychology/Temas em Psicologia* passará a publicar seus números somente na língua inglesa. A partir de 01 de agosto de 2018 os artigos deverão ser submetidos em inglês e os autores deverão garantir a qualidade da redação no referido idioma. Autores não nativos de países de língua inglesa deverão apresentar certificação de tradução ou de revisão do texto por profissional ou empresa credenciados pela revista ou por profissional/empresa comprovadamente nativo de países de língua inglesa. Caso os autores não aceitem os termos de tradução/revisão, o manuscrito não poderá ser veiculado por nosso periódico. Em caso de dúvidas, por favor, contatar a secretaria da revista: comissaoeditorial@sbponline.org.br

I. Tipos de colaboração aceita

1. **Estudo empírico:** Relato de pesquisa original com descrição de objetivos, método, resultados e discussão. A discussão dos resultados deve incluir limitações do estudo e possíveis implicações.
2. **Revisão de literatura:** Síntese e revisões críticas de pesquisas já publicadas (meta-análises e revisões sistemáticas da literatura). O estudo deve descrever procedimentos metodológicos de busca e análise da literatura revisada.
3. **Estudo teórico/conceitual:** análise original sobre teorias ou conceitos da Psicologia, visando problematizar reflexões ou teses de uma literatura específica em direção ao seu refinamento teórico.
4. **Relato de experiência/estudo de caso:** artigo original sobre descrição de procedimentos e estratégias de intervenção com indivíduos, grupos, comunidades ou organizações. Deve apresentar e discutir resultados obtidos e possíveis implicações para prática profissional.
5. **Nota/informe técnico:** descrição de instrumentos, métodos originais de pesquisa, novas técnicas de análise de dados.
6. **Carta aos editores:** comentários e atualizações sobre a revista dirigidas aos editores que serão publicadas a critério do editor-chefe com a concordância do remetente.

Artigos inseridos nas seções 1, 2, 3 e 4 deverão apresentar tamanho máximo de 30 laudas, incluindo resumo, *abstract*, *resumen*, texto propriamente dito, referências, figuras e tabelas (quando pertinentes). Nota/informe técnico (Seção 5) e Carta aos Editores (Seção 6) deverão apresentar tamanho máximo de 10 páginas, incluindo texto propriamente dito, referências, figuras e tabelas (quando pertinentes). Tabelas e figuras não devem exceder um total de seis (6).

II. Orientações para submissão de manuscritos

A submissão do manuscrito deverá ser feita por meio do sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação, disponível em <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/tp/>. Manuscritos recebidos por correio convencional, fax, e-mail ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pela Comissão Editorial. Após a submissão do manuscrito no sistema eletrônico, os autores receberão uma mensagem de confirmação. O tempo médio de tramitação entre a submissão do manuscrito e sua publicação é um ano. Não são cobradas taxas dos autores para submissão e processamento.

As seguintes condições são necessárias para que os manuscritos submetidos à revista sejam considerados para análise editorial:

1. Os manuscritos devem estar em conformidade com o Manual de Publicação da *American Psychological Association* (APA), 6ª. Edição, 2010.
2. Estudos empíricos, de abordagem quantitativa, qualitativa, ou mista, devem apresentar os seguintes subtópicos na seção Método: Participantes,

Instrumentos, Procedimentos de coleta de dados, Procedimentos de análise de dados, Procedimentos éticos).

3. Os tópicos de Resultados e Discussão devem estar separados em artigos quantitativos, mas podem estar integrados em artigos qualitativos.
4. Exige-se que pelo menos 40% de todas as referências tenham sido publicadas nos últimos 5 anos. No caso de artigos de pesquisa histórica, o conselho editorial poderá considerar o corpo de referências sem este critério.
5. Devem apresentar o resumo do trabalho em português, inglês e espanhol.
6. Não devem ter sido publicados em qualquer outro veículo de divulgação.
7. Não devem estar em análise para publicação em qualquer outro veículo de divulgação.
8. Todos os autores dos manuscritos devem ter previamente aprovado a sua submissão.
9. Qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal deve ter aprovado anteriormente a sua citação.
10. Os autores devem apresentar declaração de que todos os procedimentos éticos foram cumpridos.

IMPORTANTE:

- 1) Artigos que não estiverem em conformidade com as normas do Manual de Publicação da APA, 6ª. Edição, 2010, serão automaticamente rejeitados.
- 2) A taxa de rejeição de artigos na Revista Temas em 2016 foi de aproximadamente 70%.
- 3) Artigos empíricos de abordagem quantitativa devem respeitar os pressupostos dos testes utilizados. Tais pressupostos devem ser testados e seus resultados devem ser apresentados no manuscrito.

III. Aspectos éticos

A Trends in Psychology/Temas em Psicologia segue os padrões nacionais e internacionais de aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos (Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde & IUPsys - Declaração Universal dos Princípios Éticos para Psicólogos), e baseia o seu processo editorial no Comitê de Ética em Publicação (Committee on Publication Ethics, COPE). Obs. Eventuais trabalhos que tenham seguido a Resolução 466/2012 serão também considerados para avaliação.

Assim, a Trends in Psychology/Temas em Psicologia apresenta os seguintes critérios para publicação:

É de responsabilidade dos autores:

1. Apresentar lista de referências ao final do manuscrito;
2. Informar sobre suporte financeiro (quando for o caso);
3. Garantir que o manuscrito submetido para publicação não está submetido ou publicado em nenhum outro veículo de comunicação;
4. Assumir que todos os autores do manuscrito participaram ativamente do processo de desenvolvimento do manuscrito, contribuindo significativamente para a pesquisa;
5. Garantir que os dados são reais, e que não há nenhuma espécie de plágio no manuscrito;

6. Garantir que todos os preceitos éticos preconizados pela resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 foram cumpridos.

7. Os autores devem declarar, de forma explícita, individualmente, qualquer potencial conflito de interesse financeiro, direto e/ou indireto, e não financeiro etc.

É de responsabilidade da comissão editorial da *Temas em Psicologia*:

1. Avaliar com rigorosidade, objetividade e parcimônia todos os manuscritos submetidos à revista, sem nenhum tipo de distinção;

2. Oferecer pareceres objetivos, construtivos e, acima de tudo, informativos para os autores do manuscrito avaliado;

3. Escolher pareceristas que não possuam conflito de interesse na publicação do manuscrito seja em relação aos autores, aos objetivos da pesquisa, ou à entidade patrocinadora. No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor ad hoc.

4. Garantir que a tramitação do manuscrito utilizará o sistema de revisão duplo-cego (Double blind review process). Ou seja, garantir a preservação da identidade dos autores do manuscrito para os pareceristas, bem como garantir a preservação da identidade dos pareceristas para o(s) autor(es) do manuscrito.

5. Realizar a tramitação dos manuscritos em menor tempo hábil possível.

6. Garantir que toda e qualquer decisão editorial será baseada somente na importância, qualidade, originalidade e mérito do manuscrito.

A comissão editorial da *Temas em Psicologia* se compromete ainda à:

1. Buscar o constante desenvolvimento da Revista, através de ampliação das fontes de indexações, do escopo da revista, e da qualidade editorial;

2. Publicar, sempre que necessário, correções, clarificações e retratações por parte dos autores.

Para maiores informações sobre todos os procedimentos éticos do processo editorial da *Temas em Psicologia*, visite as Diretrizes do Committee on Publication Ethics (COPE):

http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf

IV. Apresentação dos manuscritos

Por se tratar de uma publicação unicamente eletrônica, o manuscrito poderá conter, quando indispensável, figuras ou fotos coloridas. Conforme as normas do Manual de Publicação da APA 6ª. Edição, cores em tabelas não são permitidas.

O artigo deverá ser digitado em processador de texto compatível com o padrão *Word for Windows 6.0 ou superior*, em fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com espaçamento duplo e alinhamento à esquerda. A página deverá ser de tamanho A4, com 2,5 cm de margens em todos os lados (i.e., superior, inferior, esquerda e direita). Palavras ou expressões de origem estrangeira, estrangeirismos e símbolos estatísticos devem ser destacados em *itálico*.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

1. Folha de rosto personalizada contendo:

- 1.1. Título pleno em português, inglês e espanhol. O título pleno não deve exceder 15 palavras.
- 1.2. Sugestão de título abreviado para cabeçalho, na língua original do manuscrito. O título abreviado não deve exceder quatro palavras.
- 1.3. Nome de cada autor e suas afiliações institucionais. É recomendável incluir ORCID de cada autor (ver em orcid.org).
- 1.4. Indicação do endereço para correspondência com a Comissão Editorial, incluindo FAX (quando houver), telefone e endereço eletrônico.
- 1.5. Indicação do autor responsável pelo contato com os leitores bem como de seu endereço e contato de e-mail.
- 1.6. Quando necessário, incluir parágrafo reconhecendo apoio financeiro, colaboração de colegas e técnicos e outros fatos eticamente necessários.
- 1.7. Nota do autor com outras informações que se julgar relevantes (opcional).
- 1.8. A Folha de Rosto deve ser numerada com o número 1 e seguida pelas demais páginas do manuscrito numeradas em sequência.

2. Folha de rosto personalizada sem identificação:

- 2.1. Título pleno em português, inglês e espanhol.
- 2.2. Sugestão de título abreviado.

3. Folha contendo o Resumo em português, em inglês (Abstract) e em espanhol (Resumen):

O **Resumo** deve ter entre 150 a 200 palavras, seguido de três a cinco palavras-chave para indexação do trabalho. As palavras-chave devem ser escolhidas com precisão adequada para fins de classificação, permitindo que o trabalho seja recuperado com trabalhos semelhantes. Assim, devem ser palavras-chave que, possivelmente, seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico sobre o tema do manuscrito.

4. Texto propriamente dito

Esta parte do manuscrito deve começar em uma nova folha, contendo uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por títulos e, quando necessários, subtítulos (para organização de títulos e subtítulos, ver Manual de Publicação da APA, 6ª. Edição, 2010). Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas devem ser claramente indicados no texto.

Notas de rodapé devem restringir-se à complementação de informações que, julgadas relevantes, não caibam na sequência lógica do texto; devem ser reduzidas ao mínimo. **Citações de autores** devem obedecer às normas do Manual de Publicação da APA, 6ª. Edição, 2010. No caso de transcrição na íntegra de um trecho, a transcrição deve ser delimitada por aspas e a citação do autor deve ser seguida do número da página citada. Citações literais devem ser evitadas, mas quando tiverem 40 palavras ou mais devem ser apresentadas em bloco próprio, começando em nova linha, com recuo de 0,5cm em cada margem, na posição de um novo parágrafo. O mesmo tamanho de fonte do texto (12) deve ser utilizado.

Referências devem ser inseridas em uma nova página. A lista de referências deve ser formatada em espaço duplo, conforme exemplos abaixo.

Exemplos de referências:

Artigo de revista científica com doi

Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(1), 137–155. doi:10.1023/A:1006824100041

Artigo de revista científica sem doi

Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49. Retrieved from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v10n1/v10n1a05.pdf>

Artigo de revista científica com mais de sete autores

Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., ..., & Abela, J. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, 24(3), 701–712. doi:10.1037/a0026681

Capítulo de livro

Steger, M. F. (2009). Meaning in life. In S. J. Lopez (Ed.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 679-687). Oxford, UK: Oxford University Press.

Capítulo de livro reeditado

Rosenmayr, L. (1985). Changing values and positions of aging in Western culture. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed., pp. 190-215). New York: Van Nostrand Reinhold.

Outras formas de citação, consultar Manual de Publicação da *American Psychological Association*, 6ª. Edição, 2010.

5. Figuras

Devem ser apresentadas ao final do texto, uma em cada página do texto, incluindo legenda. Para assegurar qualidade de reprodução, figuras que contenham desenhos devem ser encaminhadas em qualidade para fotografia. Como há limites para a largura de figuras na versão publicada (PDF), os autores devem tomar cuidado para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso seja necessária redução. O título da figura não deve fazer parte dela, mas deve ser apresentado à parte como texto.

6. Tabelas

Devem ser apresentadas ao final do texto, uma em cada página, incluindo título e legenda (quando necessário). Os autores deverão limitar sua largura a 60 caracteres, para tabelas simples que ocupem uma coluna impressa, incluindo três caracteres de espaço entre colunas, e limitar sua largura a 125 caracteres, para tabelas que ocupem duas colunas impressas. O comprimento de tabelas não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé.

7. Anexos/Apêndices

Devem ser apresentados apenas quando contiverem informação original importante, ou destacamento indispensável para a compreensão do trabalho. Autores que apresentem artigos de validação de instrumentos poderão enviar a versão de uso do instrumento em anexo. Em outros casos, recomenda-se evitá-los.

V. Apreciação pela comissão editorial

Os manuscritos recebidos serão apreciados pela Comissão Editorial. Se estiverem de acordo com as normas de publicação da revista, serão encaminhados para consultores ad hoc. A avaliação segue procedimento duplo-cego (*double-blind review*). A identidade dos autores e suas afiliações institucionais não serão informadas aos consultores. Do mesmo modo, a identidade dos avaliadores não será informada aos autores. A Comissão Editorial apreciará os pareceres dos consultores e notificará os autores sobre sua decisão, que pode ser de aceite sem modificação, aceite com solicitação de reformulação, necessidade de amplas reformulações, reenvio para nova apreciação ou recusa. Juntamente com a decisão editorial, os autores receberão cópias dos pareceres.

Em caso de **solicitação de reformulações**, estas deverão ser feitas pelos autores e o manuscrito revisado deve ser submetido novamente pelo sistema. O manuscrito revisado deve conter todas as revisões marcadas em vermelho e ser acompanhado de uma carta detalhada aos editores, destacando as revisões feitas. Deve-se responder a todas as sugestões e comentários, mesmo que se decida não as acatar na revisão (neste caso, deve-se justificar o motivo). A versão reformulada passará por nova apreciação pela Comissão Editorial e por avaliadores externos. Podem ser solicitadas tantas mudanças quantas forem necessárias para uma possível aceitação final do texto. À Comissão Editorial caberá a decisão final sobre a publicação do manuscrito. Salienta-se, por fim, que a solicitação de revisões não implica necessariamente na aceitação para publicação do manuscrito reformulado.

A Comissão Editorial poderá fazer pequenas modificações no texto. No caso de o manuscrito ser aprovado para publicação, será enviada uma prova gráfica para a última revisão dos autores. Esta revisão deverá ser devolvida acompanhada de uma

manifestação de aprovação por parte do autor e co-autores, quando for o caso. O tempo médio de tramitação do manuscrito entre a submissão e a publicação é de um ano.

Observação: A Revista *Trends in Psychology/Temas em Psicologia* **não** corrige os textos submetidos com relação a aspectos gramaticais, ortográficos e de concordância. Esta tarefa é obrigação exclusiva do(s) autor(es) do manuscrito, sendo uma etapa prévia à submissão. Os artigos serão publicados sob a responsabilidade dos autores.

VI. Direitos autorais

1. Artigos publicados no periódico *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem ao periódico *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*. A reprodução total em outras publicações, ou para qualquer outro fim, está condicionada à autorização por escrito do Editor Responsável de *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*. A reprodução parcial de artigos (partes de texto que excedam 500 palavras, tabelas, figuras e outras ilustrações) deve ter permissão por escrito dos autores do artigo reproduzido.

2. Reprodução parcial de outras publicações nos artigos publicados no periódico *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*

Os manuscritos submetidos à publicação devem obedecer aos limites especificados no item anterior, quando contiverem partes extraídas de outras publicações. Recomenda-se evitar a reprodução de figuras, tabelas e ilustrações. A aceitação de algum manuscrito que contiver este tipo de reprodução dependerá da autorização por escrito para reprodução, do detentor dos direitos autorais do trabalho original, endereçada ao autor do trabalho submetido ao periódico *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*. O periódico *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*, em nenhuma circunstância, repassará direitos de reprodução assim obtidos.

ANEXO 4 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA

Revista Brasileira de Ortopedia

Instruções aos Autores

Muito obrigado por contribuir com a *Revista Brasileira de Ortopedia*. Por favor, leia cuidadosamente as instruções a seguir. A falta de concordância com essas instruções pode causar atrasos desnecessários na publicação de seu artigo.

taxa APC	2020 Article Processing Charge (APC)
Regular	Zero (financiando pela sociedade)

Veja mais sobre o Open Access na Thieme em <http://open.thieme.com>

CHECKLIST	
Todos os Manuscritos devem ser submetidos no link: http://www.editorialmanager.com/rbo	
<input type="checkbox"/>	INFORMAÇÕES AUTORAIS - Todos os autores: nome completo, departamento, afiliação. - Autor correspondente: nome completo, maior título, departamento, afiliação, endereço de correspondência, telefone e e-mail.
<input type="checkbox"/>	MANUSCRITO - Deve ser um arquivo digital – cópias impressas não serão aceitas.
<input type="checkbox"/>	RESUMO E PALAVRAS-CHAVE - Veja a seção Tipo de Artigo.
<input type="checkbox"/>	REFERÊNCIAS - Citadas sequencialmente em estilo AMA.
<input type="checkbox"/>	FIGURAS E TABELAS - Citadas sequencialmente no manuscrito, salvas em arquivos separados do manuscrito.
<input type="checkbox"/>	ARTES - Devem ser salvas a parte do manuscrito.
<input type="checkbox"/>	PERMISSÕES - Necessária se você planeja reproduzir conteúdo já publicado em outra fonte, incluindo imagens de pacientes. - Consentimento informado de pacientes disponível no link www.thieme.com/journal-authors .

SUMÁRIO	
FORMATO DO MANUSCRITO	3-8
Tipos de Artigo	3
Guia Geral	3
Checklist de Arquivos e Informação	4
Folha de Rosto	4
Resumo e Palavras-chave	4
Manuscrito	4
Agradecimentos	5
Fontes de Suporte	5
Conflitos de Interesse	5
Referências	5
Título e Legenda de Figuras	5
Tabelas	6
Vídeos	6
Material Complementar	6
PREPARAÇÃO DIGITAL DE ARTE	6
Guia Geral	6
Arte em preto & branco	6
Arte em cores	6
Dísticos e texto	6
PROCESSO DE SUBMISSÃO	7
<i>Article Processing Charge (APC)</i>	7
Submissão	7
Revisão	7
PROCESSO DE PRODUÇÃO	7
Provas do Autor	7
POLÍTICA EDITORIAL	7
Responsabilização	7
Definição de Autoria	7
Colaboradores	7
Alterações na autoria	7
Copyright	7
Declaração de interesse	8
Papel da fonte de financiamento	8
Ética	8
Consentimento Informado	8
Proteção de Seres Humanos e Animais	8
CONTATOS	8

A Revista Brasileira de Ortopedia (RBO) é a publicação oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) com o objetivo de divulgar artigos que contribuam positivamente com a prática, a pesquisa e o ensino de Ortopedia e áreas correlatas. A RBO é publicada bimestralmente em fevereiro, abril, junho, agosto, outubro e dezembro, e tem sido publicada regularmente desde sua 1ª edição em 1965. A revista é dedicada aos ortopedistas associados à SBOT, profissionais da saúde dedicados a atividades similares e ortopedistas em outros países.

FORMATO DO MANUSCRITO

Tipos de Artigo

A tabela a seguir mostra os tipos de artigos aceitos para publicação e seus requisitos.

Tipos de Artigo	Limite para Resumo	Limite de Palavras chave	Limite para Títulos	Figuras/Tabelas	Referências
Artigo Original (Até 2.500 palavras)	Até 250 palavras	6	não aplicável	10 Figuras e 6 Tabelas	Até 30 referências
Artigo de Atualização (Até 4.000 palavras)	Até 250 palavras	6	não aplicável	3 Figuras e 2 Tabelas	Até 60 referências
Artigos de Revisão Sistemática e Meta-análise (Até 4.000 palavras)	Até 250 palavras	6	não aplicável	3 Figuras e 2 Tabelas	Até 60 referências
Relato de Caso (Até 1.000 palavras)	Até 250 palavras	6	não aplicável	5 Figuras	Até 10 referências
Nota Técnica (Até 1.500 palavras)	Até 250 palavras	6	não aplicável	5 Figuras e 2 Tabelas	Até 8 referências
Carta ao Editor (Até 500 palavras)	N/A	N/A	não aplicável	2 Figuras	Até 4 referências
Editorial (Até 500 palavras)	N/A	N/A	não aplicável	N/A	N/A

- **Artigo Original:** Descreve pesquisa experimental ou investigação clínica - prospectiva ou retrospectiva, randomizada ou duplo cego. Deve ter: Título, Resumo estruturado (Objetivo, Métodos, Resultado e Conclusão), Palavras-chave, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências. Máximo de 2.500 palavras, 30 referências, 10 figuras e 6 tabelas.
- **Artigo de Atualização:** Revisões do estado da arte sobre determinado tema, escrito por especialista a convite do editor-chefe. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave e Referências. Máximo de 4.000 palavras, 60 referências, 3 figuras e 2 tabelas.
- **Artigos de Revisão Sistemática e Meta-análise:** Tem como finalidade examinar a bibliografia publicada sobre determinado assunto fazendo avaliação crítica e sistematizada da literatura sobre certo tema específico, além de apresentar conclusões importantes baseadas nessa literatura. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Considerações Finais e Referências. Máximo de 4.000 palavras, 60 referências, 3 figuras e 2 tabelas. Nota: Os trabalhos de relato de caso terão um tempo de editoração individualizado e não seguirão o mesmo tempo de avaliação e publicação dos demais artigos da revista.
- **Relato de Caso:** Deve ser informativo e não deve conter detalhes irrelevantes. Só serão aceitos os relatos de casos clínicos de interesse, quer pela raridade como entidade nosológica, ou ainda pela forma não usual de apresentação. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave, e Referências. Máximo de 1.000 palavras, 10 referências e 5 figuras. **Nota: Os trabalhos de relato**

de caso terão um tempo de editoração individualizado e não seguirão o mesmo tempo de avaliação e publicação dos demais artigos da revista.

- **Nota Técnica:** Destina-se à divulgação de método de diagnóstico ou técnica cirúrgica experimental, novo instrumental cirúrgico, implante ortopédico, etc. Deve ter: Título, Resumo (não estruturado), Palavras-chave, Introdução Explicativa, Descrição do Método, do Material ou da Técnica, Comentários Finais e Referências. Máximo de 1.500 palavras, 8 referências, 5 figuras e 2 tabelas. **Nota: Os trabalhos de nota técnica terão um tempo de editoração individualizado e não seguirão o mesmo tempo de avaliação e publicação dos demais artigos da revista.**
- **Carta ao Editor:** Tem por objetivo comentar ou discutir trabalhos publicados na revista ou relatar pesquisas originais em andamento. É publicada a critério dos Editores, com a respectiva réplica quando pertinente. Máximo de 500 palavras, 4 referências e 2 figuras.
- **Editorial:** Escritos a convite do editor-chefe, apresentando comentários de trabalhos relevantes da própria revista, pesquisas importantes publicadas ou comunicações dos editores de interesse para a especialidade. Máximo de 500 palavras.

Guia Geral

- A submissão deve ser em formato digital. Cópias impressas não serão aceitas.
- Manter o formato do manuscrito simples e claro. Editaremos o manuscrito de acordo com o nosso estilo - não tente formate o documento.
- O Manuscrito, incluindo a Folha de Rosto, o Resumo e as palavras-chave, o texto, as referências, títulos e legendas

de figuras e tabelas devem ser digitadas em espaço duplo, fonte em tamanho 12 com 2,5 cm para todas as margens salvas em um arquivo.

- Cada figura deve ser salva em arquivo separado. Não copie as figuras no manuscrito. Arquivos serão trabalhados pela equipe da Thieme.
- Use o mínimo possível de abreviações e sempre descreva cada uma em sua primeira ocorrência.
- Os manuscritos devem ser escritos em inglês ou português.
- O manuscrito deve usar o Sistema Internacional (SI) de medidas. Para clareza, equivalentes não métricos podem ser incluídos entre parênteses seguidos pela unidade SI de medida.
- Use nomes genéricos de drogas. Você pode citar nomes registrados entre parênteses seguidos do fabricante e local de origem.
- Informar créditos de fornecedores e fabricantes de equipamentos, drogas e outros materiais com nome registrado entre parênteses, incluindo nome da companhia e cidade sede.

Checklist de Arquivos e Informação:

- Um dos autores deve ser designado como correspondente. O e-mail e endereço de correspondência devem ser incluídos na Folha de Rosto. Para maiores detalhes, veja a seção Folha de Rosto.
- Manuscrito:
 - Incluir palavras-chave
 - Todos os títulos e legendas de Figuras
 - Todas as Tabelas (incluindo título, descrição, legendas e notas)
 - Assegurar que todas as Figuras e Tabelas citadas no texto combinem com os arquivos fornecidos
 - Indicar com clareza como as cores devem ser usadas nas Figuras
 - Arquivos complementares (supplemental files)
- Considerações adicionais
 - O manuscrito deve ser submetido a algum corretor ortográfico
 - Todas as referências devem ser citadas no texto e listadas ao final
 - Concessões devem ser obtidas se for usado material protegido por copyright (incluindo da internet)
 - Quaisquer conflitos de interesse devem ser declarados, mesmo que não haja nenhum a declarar
 - As instruções da revista devem ser revistas e consideradas

Idioma

Os artigos devem ser escritos em Português ou Inglês.

Folha de Rosto

- A RBO adota a revisão duplo-cego (double-blinded peer-review policy). A Folha de Rosto **não** deve fazer parte do manuscrito e deve ser fornecida separadamente.
- Título: Conciso e informativo. Títulos são normalmente usados em sistemas de busca de informação. Evite abreviações e fórmulas sempre que possível.
- Autoria: No máximo 6 autores, com exceção de estudos multicêntricos quando o número de autores poderá ser maior, conforme a seguir:
 - Duas ou três instituições, no máximo 4 autores por instituição;
 - Acima de quatro instituições, no máximo 3 autores por instituição;

- Em hipótese alguma o número de autores poderá ser maior do que 20.

- Indicar formação profissional, titulação acadêmica e afiliação de cada autor, separadamente. Se houver mais de uma afiliação institucional, indicar apenas a mais relevante. Por favor indicar com clareza o primeiro nome e o sobrenome de cada autor com a grafia correta. Apresentar a afiliação correta de cada autor. Enumerar todas as afiliações aos respectivos autores, incluindo cidade e país. Fornecer o ORCID (<https://orcid.org/>) e e-mail de cada autor.
- As afiliações devem ser apresentadas de forma crescente de hierarquia (e.g. Harvard University, Harvard Business School, Boston, USA) e devem ser escritas em seu idioma original (e.g. Universit Paris-Sorbonne; Harvard University, Universidade de São Paulo).
- Autor correspondente: Indicar com clareza quem será o autor correspondente que responderá a todas as etapas da publicação. Assegurar-se que o e-mail fornecido e os contatos são atualizados.

Resumo e Palavras-chave

Veja a seção Tipo de Artigo para limite de palavras.

O resumo deve desenhar de forma breve o conteúdo do artigo e quaisquer conclusões obtidas. As palavras-chave devem ser pensadas para a busca do conteúdo do estudo.

Um resumo estruturado pode demonstrar o contexto e a base do estudo, assim como apresentar seu objetivo, método, resultados e principais conclusões. Deve ressaltar os aspectos novos e relevantes do estudo ou observações.

Os resumos podem ter no máximo 250 palavras e estruturados no seguinte formato: **Objetivo:** Uma ou duas frases que afirmem de forma simples o propósito do estudo. **Métodos:** Fornecer detalhes sobre o método do estudo, incluindo análise de dados. **Resultados:** Apresentar os achados mais importantes do estudo. Por favor, forneça números (médias com desvios-padrão ou medianas com amplitude) para fundamentar seus achados e resultados. **Conclusões:** Uma ou duas frases com o que seu estudo identificou e de fato demonstrou. Por favor não inclua comentários ou afirmações sem o suporte de dados do seu estudo. **Nível de evidência** (para estudo envolvendo pessoas) ou **Relevância Clínica** (ciências básicas *in vitro* ou *in vivo*). Logo após o resumo, por favor forneça não mais que 6 palavras-chave em ordem alfabética separadas por ponto-e-vírgula. Os descritores podem ser retirados dos Descritores em Ciências da Saúde, disponíveis em <http://www.decs.bvs.br> ou www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Manuscrito

- A RBO usa a revisão duplo-cego, o que significa que a identidade dos autores deve ser omitida dos revisores. Para facilitar, por favor inclua esta informação de forma separada:
 - Folha de Rosto (com detalhes dos autores): título, formação profissional, titulação acadêmica e afiliação de cada autor, agradecimentos e quaisquer declarações de conflitos de interesse, além do endereço completo do autor correspondente com e-mail.
 - *Manuscrito* (sem informações dos autores): corpo do texto (incluindo referências, títulos e legendas de figuras, tabelas completas e agradecimentos) não deve trazer qualquer informação como nome ou afiliação dos autores.
- Artigos Originais, Revisões Sistemáticas e Meta-análises devem trazer textos estruturados (Introdução, Métodos, Resultados e Discussão).
- Artigos incluindo seres humanos ou animais devem informar aprovação da agência apropriada no texto.

- Usar nomes genéricos de drogas ou aparelhos. Se uma marca em particular for usada no estudo, informar junto ao nome registrado o fabricante e a cidade entre parênteses.
- Quantidades e unidades devem ser informadas em concordância com as recomendações do sistema internacional de unidades (SI), International System of Units (SI), 8th edition 2006 (www.bipm.org/units-com-monpdfsi_brochure_8_en.pdf).
- Ao usar abreviações, informar o significado completo em sua primeira ocorrência.
- Por favor, distinguir de forma clara a hierarquia das seções e subseções do manuscrito usando iniciais maiúsculas, sublinhado, itálico e negrito se necessário.
- Use itálico, sobrescrito, subscrito e negrito somente quando necessário. Caso contrário, evite usar estilos diferentes de fonte.
- Use o *Enter* apenas ao final de parágrafos, e não ao final de cada linha. Permita linhas terem quebra automática no seu software de texto.
- Use apenas um espaço após o ponto final, e não dois espaços.
- Crie tabelas usando a ferramenta de tabela do seu software de texto.

Thieme Editing Services

A Thieme oferece serviços de edição de texto, resumos e outros em parceria com a Enago, empresa líder em serviços autorais para pesquisadores em todo o mundo. Autores podem escolher dentre diferentes serviços de edição e ter seus manuscritos editados por profissionais médicos. Autores que desejarem escolher este serviço receberão 20% de desconto em todas as opções. Para maiores detalhes, ou para cotação de valores, visite o site <https://www.enago.com/thieme>.

Agradecimento

Reúna agradecimentos em uma seção a parte ao final do artigo, antes das referências e não as inclua na Folha de Rosto. Cite aqui aqueles que ajudaram na pesquisa (e.g. revisando o idioma, ajudando na redação ou revisando o texto, etc.).

Fontes de Suporte

Relacione as fontes de suporte no seguinte formato:

Financeiro: Este trabalho teve suporte do Conselho Nacional de Pesquisa [protocolo número xxxx, yyyy]; da Fundação de Amparo à Pesquisa [nº zzzz].

Não é necessário informar detalhes descritivos do programa ou tipo de aporte ou prêmio. Quando os recursos forem de um grupo ou universidade, ou instituto, forneça o nome da organização.

Se nenhum recurso foi usado para a pesquisa, por favor inclua a seguinte frase: Este estudo não recebeu nenhum suporte financeiro de fontes públicas, comerciais ou sem fins lucrativos.

Conflitos de Interesse

Por favor acesse o link <http://www.icmje.org/conflicts-of-interest> e baixe o formulário de conflitos de interesse.

Referências

Referências devem ser as mais recentes possíveis e pertinentes à literatura disponível. É essencial que estejam completas e checadas. Se a referência informada estiver incompleta, boas opções para busca são a National Library of Medicine: www.nlm.nih.gov; Books in Print: www.booksinprint.com; PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/; ou o website da editora.

- Referências devem ser listadas no estilo AMA, usando o *Index Medical journal title abbreviation*.
- Referências devem vir ao final do texto. Abra uma linha antes de relacionar as referências.
- Referências devem ser citadas de forma sequencial no texto em ordem numérica (não alfabética).
- Cita todos os autores até o sexto autor. Se mais de 6 autores, citar os 3 primeiros seguidos de et al.
- Referências devem seguir estilo conforme os exemplos a seguir:

1. Artigo de revista:

Borges JLP, Milani C, Kuwajima SS, Laredo Filho J. Tratamento da luxação congênita de quadril com suspensório de Pavlik e monitorização ultra-sonográfica. *Rev Bras Ortop* 2002;37(1/2):5-12

2. Capítulo de livro:

Johnson KA. Posterior tibial tendon. In: Baxter D. *The foot and ankle in sport*. St Louis: Mosby; 1995. p. 43-51

3. Livro:

Baxter D. *The foot and ankle in sport*. St Louis: Mosby; 1995

4. Tese:

Laredo Filho J. Contribuição ao estudo clínico-estatístico e genealógico-estatístico do pé torto congênito equinovaro [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo colocar virgula Escola Paulista de Medicina; 1968

5. Publicação governamental:

Food and Drug Administration. *Jin Bu Huan Herbal Tablets*. Rockville, MD: National Press Office; April 15, 1994. Talk Paper T94-22

6. Artigo online:

Lino Junior W, Belangero WD. Efeito do Hólmio YAG laser (Ho: YAG) sobre o tendão patelar de ratos após 12 e 24 semanas de seguimento. *Acta Ortop Bras [periodical on the Internet]* 2005 [cited 2005, Aug 27];13(2):[about 5 p.] Available from: <http://www.scielo.br/scielo>

7. Artigo de simpósio:

Eisenberg J. Market forces and physician workforce reform: why they may not work. Paper presented at: Annual Meeting of the Association of American Medical Colleges; October 28, 1995; Washington, DC

Título e legenda de Figura

- Figuras vão de fotografias ou radiografias, ilustrações, gráficos, quadros, fluxogramas e organogramas, mas NÃO tabelas.
- Figuras devem ser citadas em ordem numérica. Enumere todas as figuras (e títulos correspondentes) de forma sequencial em ordem numérica no texto.
- Títulos de Figuras devem ser escritos após as referências. Abra uma linha antes de inserir os títulos das Figuras.
- Títulos de Figuras devem incluir uma descrição da figura e/ou subparte (A, B, etc.), assim como quaisquer símbolos, setas, asteriscos etc.
- Para Figuras emprestadas ou adaptadas de outra publicação (com a devida permissão), o crédito da fonte deve ser informado ao final de cada legenda entre parênteses. Este crédito deve ser completo com a referência bibliográfica da fonte ou o copyright.

Tabelas

- Dados em tabelas devem ser comentados, mas sem repetição no texto. Assegure-se de ter colunas e linhas compostas por um programa de texto adequado.
- Não intercale tabelas em meio ao texto. Tabelas devem vir ao final com seus respectivos títulos e legendas.
- Tabelas devem ter espaço duplo e numeração na sequência em que são citadas no texto. Um curto título descritivo deve ser fornecido.
- Se uma tabela contém imagem ou arte, forneça a arte em arquivo à parte.
- Para tabelas emprestadas ou adaptadas (com a devida permissão), o crédito da fonte deve ser informado ao final de cada legenda entre parênteses. Este crédito deve ser completo com a referência bibliográfica da fonte ou o copyright.
- Outras notas de referência da tabela devem ser indicadas com letras sobrescritas em ordem alfabética.
- Qualquer abreviação usada na tabela deve ser descrita na legenda.

Vídeos

- São aceitos os seguintes formatos: *.avi, *.mov and *.mpg.
- Para vídeos complementares, a extensão não pode exceder 4 minutos e a legenda não pode ter mais de 40 palavras por vídeo ou sequência.
- Se houver som sobre o vídeo, deve ser em inglês e com clareza. Ser preciso, informativo e claro em sua fala.

Material Complementar

Material complementar como aplicações, imagens e podcasts podem ser publicados em seu artigo para aprimorá-lo. O material complementar submetido é publicado tal como fornecido. Por favor, envie seu material junto ao artigo e forneça uma descrição concisa para cada item. Se desejar alterar o material complementar, por favor forneça o arquivo atualizado.

PREPARAÇÃO DE ARTE DIGITAL

Guia Geral

- O ideal é usar o Adobe Photoshop para criar e salvar imagens, e Adobe Illustrator para dísticos e textos.
- Evite criar arte em Microsoft Excel, Word ou PowerPoint.
- Salve cada figura em um arquivo separado.
- Não compactar os arquivos.
- Todas as artes em preto & branco e em cores devem ter o menos resolução de 300 dpi (*dots per inch*) em formato TIFF. Arquivos desenhados devem ter 1.200 dpi em formato EPS ou TIFF. Contate o editor de produção da Thieme se estiver inseguro quanto ao tamanho final.
- *É preferível que figuras sejam editadas em seu tamanho final* (aproximadamente 3,5 polegadas 3½ para 1 coluna e 7 polegadas para 2 colunas), ou maior, e na direção correta. Se arte for submetida em formato menor, a imagem será aumentada e perderá resolução.

Nota: Resoluções menores (inferiores a 300 dpi) e formato JPEG (.jpg) para escalas de cinza e em cor não são ideais devido à baixa qualidade. O formato JPEG, por definição, é uma resolução menor (compactada) destinadas a rápidos uploads em telas de computador.

Arte em preto & branco (PB)

- Artes em PB podem ser fotografias, radiografias, ilustrações, gráficos ou fluxogramas. A Thieme aceita somente arte em formato digital.
- Se possível, não envie arte em cores para conversão em PB. Faça a conversão antes de enviar para que você possa verificar o resultado antes, evitando perda de detalhes importantes.
- Para melhores resultados, desenhos devem ser em PM em um fundo branco.

Arte em cores

- Toda arte em cores deve ser salva em CMYK, não em RGB.

Dísticos

- Setas, asteriscos e outros símbolos devem ser escuros sobre fundos claros e em formatos maiores. Caso contrário, estes marcadores podem ser difíceis de ver após redução da resolução.
- Use iniciais maiúsculas em cada item de texto. Considere usar todas as maiúsculas se precisar de maior destaque.
- Assegure-se de usar textos e símbolos consistentes a todas as figuras.
- Evite usar fontes ou tamanhos diferentes no texto.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Article Processing Charge (APC) & Open Access

Esta é uma revista Open Access: todos os artigos, após publicados, são imediatamente e permanentemente feitos disponíveis de forma gratuita para leitura e download em nossa plataforma Thieme-connect. A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) arca com os custos de publicação. Os autores não precisam pagar nenhuma taxa, tal como *Article Processing Charge* ou *Open Access Publication Fee*. Todos os artigos revisados são publicados com acesso aberto na RBO. O reuso por terceiros é definido pela licença Creative Commons: *Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivs (CC BY-NC-ND)*.

Para finalidades não comerciais, outros podem distribuir e copiar o artigo e incluí-lo em um trabalho coletivo (como uma antologia), desde que seja dado o devido crédito ao(s) autor(es) e nada seja modificado.

Processo de Submissão

- Consulte o checklist da primeira página deste documento para ter certeza de que está pronto para encaminhar seu manuscrito.
- Manuscritos devem ser submetidos eletronicamente pelo link a seguir: <http://www.editorialmanager.com/rbo>.
- Sempre revise o seu manuscrito antes de submetê-lo. Você pode interromper uma submissão a qualquer momento e continuar depois. Você pode checar o status de sua submissão acessando o Sistema. O Sistema converterá os arquivos fornecidos em um único PDF. Arquivos editáveis são necessários para editar seu artigo para publicação final. Toda a comunicação, incluindo a notificação final do Editor-chefe, e pedidos de revisão são enviados por e-mail. O Editor-chefe informará você por e-mail assim que tomar uma decisão.

Processo de Revisão

- Caso o Editor decida que seu artigo precisa de uma revisão, você terá de fazer as correções e resubmeter eletronicamente.

- Acesse o Sistema e encontre seu artigo que foi marcado para revisão (revision).
- O melhor meio de fazer revisões é ativando o Controle de Alterações no Microsoft Word, o qual destacará automaticamente o texto revisado. Por favor, resubmeta uma versão com as marcas de alteração e outra sem nenhuma marca de alteração do seu manuscrito revisado.
- Seus arquivos originais estarão disponíveis após fazer o upload de seu manuscrito revisado, então é importante deletar arquivos redundantes antes de concluir sua submissão.
- Você também terá espaço para responder aos comentários dos revisores e dos editores. Por favor, seja o mais específico possível na sua resposta.

PROCESSO DE PRODUÇÃO

Prova do Autor

A Prova do Autor será enviada por e-mail. A prova será enviada em formato PDF, o qual pode ser aberto pelo programa Acrobat Reader. Você receberá a prova com instruções. Aproveite a oportunidade para checar a editoração e eventuais imperfeições. Alterações significativas são difíceis de acomodar em função do processo de revisão ter sido concluído. Neste sentido, ao submeter seu manuscrito, tenha certeza de que está pronto e completo.

POLÍTICA EDITORIAL

Responsabilidade

A legislação sobre responsabilidade do conteúdo faz grandes exigências sobre o dever de cuidar de ser exercitado pelos autores de pesquisa científica médica. Isto se aplica em particular a artigos com instruções terapêuticas ou de dosagem de consumo. Pedimos que examine com cuidado, também em seu interesse, a precisão factual do conteúdo, uma vez que seu texto foi revisado e editado. A responsabilidade pela precisão dos dados e das afirmações no manuscrito recai inteiramente sobre o autor.

Definição de Autoria

O crédito de autoria é baseado no critério estabelecido pelo International Committee of Medical Journal Editors. Cada autor deve ter feito as seguintes contribuições:

1. Contribuições substanciais na concepção e desenho, aquisição de dados ou análise e interpretação dos dados
2. Rascunhando o artigo ou revisando conteúdo intelectual crítico
3. Aprovação final da versão publicada

Colaboradores

Cada autor é solicitado a declarar sua contribuição individual no artigo: todos os autores devem ter participado concretamente da pesquisa e/ou preparação do artigo, para que todos tenham funções descritas nos artigos.

Alterações na autoria

Esperamos que os autores tenham cuidado ao relacionar os nomes dos coautores **antes** de submeter seu manuscrito. Qualquer alteração, adição ou remoção do nome de um autor deve ser feita **antes** da submissão ser aceita pelo Editor. Para solicitar esta alteração, o Editor precisa receber o seguinte pedido do **autor correspondente**: (a) a razão para a alteração (b) confirmação (e-mail, carta) de todos os autores de acordo com a alteração. No caso de adição ou remoção, isso inclui o auto rem questão.

Apenas em circunstâncias excepcionais o Editor considerará a alteração, adição ou remoção de um autor **após** o manuscrito ter sido aceito. Enquanto o Editor avalia a questão, a publicação do artigo fica suspenso. Se o artigo já foi publicado, qualquer pedido aprovado pelo Editor resultará em um *corrigendum*.

Copyright

Manuscritos submetidos devem ser de pesquisa original que não foi publicada ou submetida para publicação anteriormente. Os editores da Thieme combatem o plágio, dupla publicação e conduta indevida com o programa Cross-Check da iThenticate. Seu manuscrito estará sujeito a uma investigação se houve suspeita de plágio.

Se você deseja reproduzir texto, tabelas ou figuras de fonte publicada, é necessário primeiro obter autorização do proprietário do copyright (geralmente a editora). Isso é necessário mesmo quando o material é da mesma editora que publicará o seu trabalho. Para material nunca publicado antes fornecido a você por outra pessoa, você precisa obter autorização desta pessoa. Atrasos significativos na publicação podem ocorrer pela falta destas autorizações.

Como autor, é sua responsabilidade obter as autorizações, pagar eventuais taxas, fornecer cópias de autorizações e incluir o devido crédito ao final de cada legenda de figura ou tabela. Após a publicação de um artigo, todos os direitos serão detidos pela editora, incluindo os direitos de reprodução total ou parcial de qualquer publicação. É vetada a reprodução dos artigos ou ilustrações sem o prévio consentimento da editora.

Declaração de interesse

Todos os autores devem divulgar qualquer relação pessoal ou financeira com outras pessoas ou organizações que possam influenciar inapropriadamente (prejudicar) seu trabalho. Exemplos de potenciais conflitos de interesse incluem emprego, consultoria, posse de ações, recebimento de honorários, testemunho pericial pago, pedidos/registros de patentes e financiamentos ou demais financiamentos.

Além de fornecer os formulários ICMJE e COI devidamente preenchidos, os autores deverão disponibilizar qualquer tipo de interesse em dois lugares:

1. Declaração sumária de afirmação de conflito de interesses no arquivo da folha de rosto. Se não houver conflitos de interesse a declarar, por favor, indique: "Declaração de interesse: não há". Esta declaração sumária será publicada caso o artigo seja aceito.
2. Divulgações detalhadas como parte de formulários separados como ICMJE e COI foram mencionadas acima – tais formulários fazem parte dos registros oficiais do periódico. É importante que potenciais interesses sejam declarados em ambos os lugares e que as informações sejam compatíveis.

Papel da fonte de financiamento

É necessário identificar quem forneceu apoio financeiro para a realização da pesquisa e/ou do preparo do manuscrito e uma breve descrição do (s) patrocinador (es), caso haja, na concepção do estudo; na coleta; análise e interpretação de dados; na redação do relatório e na decisão de submeter o manuscrito para publicação. Se não houve envolvimento da (s) fonte (s) de financiamento, isso deverá ser declarado.

Declaração de Ética

Este periódico segue o padrão de ética descrito pelo Committee on Publication Ethics e do International Committee of Medical Journal Editors. Os autores deverão aderir a esses padrões.

Para todos os manuscritos que relatem dados de estudos conduzidos envolvendo participação de humanos ou de animais, é necessário que haja revisão formal e aprovação ou revisão formal e renúncia (isenção), por um comitê institucional apropriado (IRB) ou comitê de ética, bem como qualquer consentimento HIPAA necessário, devendo ser descrito na seção Métodos com o nome por extenso da entidade revisora. Todos os ensaios clínicos devem ser registrados em um registro de ensaios público. O registro e o número de registro deverão ser indicados.

Política de Permissão de Pacientes (www.thieme.com/journal-authors)

Você deverá obter um formulário de permissão do paciente assinado para cada paciente cuja fotografia reconhecível seja utilizada. Caso não seja possível, a identidade do paciente deve ser obscurecida antes que a imagem seja publicada; isto poderá interferir no valor instrutivo da fotografia. O formulário de Consentimento Informado do Paciente está disponível em www.thieme.com/journal-authors. Os autores deverão incluir uma declaração de consentimento informado no manuscrito, informando que houve o consentimento para experimentação com seres humanos. Os direitos de privacidade dos seres humanos devem ser sempre observados. Toda experimentação animal deverá seguir as diretrizes locais e os autores deverão indicar com clareza no manuscrito que tais diretrizes foram seguidas.

Proteção de Seres Humanos e Animais

Todos os manuscritos deverão incluir linguagem que descre-

va as medidas tomadas para a proteção de seres humanos e/ou animais ou uma declaração de que seres humanos e/ou animais não foram incluídos no projeto do estudo, de acordo com a Declaração de Helsink. Um exemplo da linguagem básica para a proteção de seres humanos pode ser: "O estudo foi realizado de acordo com a Declaração de Helsink da Associação Médica Mundial sobre princípios éticos para Pesquisa Médica envolvendo seres humanos, e foi revisada pelo Comitê de Revisão Institucional da XXX."

CONTATO EDITORIAL

Por favor, contate o Editor-chefe ou a Thieme se tiver qualquer dúvida.

Editor-chefe

Prof. Dr. Sergio L Checchia, MD, PhD
Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Alameda Lorena, 427 - 2o. Andar - Jd. Paulista, SP, Brasil
rbo@sbot.org.br
T: +55 11 2137 5400

Thieme Publishers - Production Coordinator

Leonardo Vidal
Leonardo.vidal@thieme.com.br
T: +55 21 2563 9734

Thieme Publishers - Acquisitions Editor

Ana Paula Canel Bluhm, MSc., PhD
Ana.Bluhm@thieme.com.br
T: +55 11 3362 2464