

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.

Ficha Catalográfica

Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

G635m Gonçalves, Camila Carvalho Krause

Manual de boas práticas para profissionais da saúde sobre a qualidade de vida dos idosos no pós-operatório de fraturas no quadril. / Camila Carvalho Krause Gonçalves; orientadora Clarissa Dubeux Lopes Barros; coorientadora Mônica Cristina Batista Melo. – Recife: Do Autor, 2021.
19 f.

Manual
ISBN: 978-65-6034-010-7

1. Boas práticas para profissionais. 2. Qualidade de vida dos idosos. 3. Reabilitação física. I. Barros, Clarissa Dubeux Lopes, orientadora. II. Melo, Mônica Cristina Batista de, coorientadora. III. Título.

CDU 616-053.9

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,

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 impotencia 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 consequentemente 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

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 adesivos contêm 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).

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>

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>

Ftoun, 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>

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 Fêmur: 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 Ouden, 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>

