

Perfil funcional, sociodemográfico e epidemiológico de idosos hospitalizados por fratura proximal de fêmur

Functional, social-demographic and epidemiological profile of elderly hospitalized for hip fracture

Danielle Ferreira Santana
Helena França Correia dos Reis
Diego Jorge Souza Ezequiel
Daniel Dominguez Ferraz

RESUMO: A fratura proximal de fêmur (FPF) está relacionada a altos índices de morbidade e a grande impacto sobre a capacidade funcional do idoso. O objetivo do estudo foi traçar o perfil funcional de pacientes idosos hospitalizados por FPF, analisando os tipos de fraturas, o mecanismo causal, e as características físicas e funcionais prévias ao evento. Trata-se de um estudo do tipo observacional, quantitativo, de corte transversal, cujos participantes eram pacientes hospitalizados por FPF. Foi utilizada uma Ficha de Registro para coletar os dados sociodemográficos. O grau de independência funcional e a capacidade de marcha prévia à FPF foram avaliados respectivamente pelo Índice de Barthel, o Questionário de Pfeffer e a Classificação Funcional da Marcha Modificada. A amostra foi constituída por 32 idosos com média de idade de 79 (\pm 9,5) anos e uma predominância do sexo feminino (71,8%), de cor parda (43,8%) e baixa escolaridade. A maioria não morava sozinho e faziam uso de algum medicamento. Os idosos participantes, previamente à fratura, eram independentes para as atividades básicas da vida diária (ABVD), dependentes para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e não utilizam dispositivos para locomoção. A queda foi a principal causa da FPF, sendo as mais prevalentes a fratura de colo de fêmur (FCF) e a fratura transtrocanterica (FTT). As comorbidades, os medicamentos, os fatores sociodemográficos, o *deficit* de marcha e a dependência funcional, podem estar associados à ocorrência de FPF em idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idoso; Fraturas do fêmur.

ABSTRACT: *The hip fracture (HF) is related to high rates of morbidity and a major impact on the functional capacity of the elderly. The aim of the study was to outline the functional profile of elderly patients hospitalized for HF analyzing kinds of fractures, the causal mechanism and the physical and functional prior to the event. This is an observational study, quantitative, cross-sectional whose participants were patients hospitalized for FPF. A registry file was used to collect sociodemographic data. The degree of functional independence and the ability to walk prior to the HF, respectively were evaluated by the Barthel Index, the Pfeffer questionnaire and the Functional Classification of the March Modified. The sample consisted of 32 elderly people with an average age of 79 (\pm 9.5) years and a predominance of females (71.8%), mulatto (43.8%) and low education. Most lived alone and did not use any medication. Participants elderly, prior to fracture, were independent for basic activities of daily living (ADL), dependent for instrumental activities of daily living (IADL) and do not use for locomotion devices. Falls were the leading cause of HF, the most prevalent the femoral neck fracture (FNF) and the trochanteric fracture (TF). Comorbidities, medications, sociodemographic factors, gait impairment and functional dependency, they may be associated with occurrence of HF in the elderly.*

Keywords: *Aging; Aged; Femoral Fractures.*

Introdução

O envelhecimento é um processo progressivo, gradual e dinâmico, caracterizado pela perda crescente de reserva funcional, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos aumentando a mortalidade (Carvalho, & Papaléo, 2005). Além das alterações biológicas, existem também processos de desenvolvimento social e psicológico que influenciam esse processo (Netto, 2002). Assim, o envelhecimento não deve ser definido apenas por critérios cronológicos, mas pela análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de forma individual.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), a população residente estimada no Brasil seria de 196,9 milhões de pessoas, representando um crescimento de 0,8% em relação ao ano anterior. Analisando por faixa etária, as pessoas com 60 anos ou mais de idade representavam 12,1% da população no ano de 2011, tendo um aumento de 0,5% no ano seguinte. Esse crescimento da população idosa brasileira vem ocorrendo principalmente devido ao avanço das ciências e das tecnologias que contribuíram para aumentar a expectativa e a qualidade de vida (Hungria, Dias, & Almeida, 2011). A queda das taxas de fecundidade, a industrialização e a urbanização das cidades, o maior acesso à educação, à saúde, e aos programas de planejamento familiar também contribuíram para o envelhecimento populacional (Barros, & Junior, 2015).

Ao analisar o envelhecimento humano, é fundamental distinguir o que é consequência deste processo e secundário a ele. O envelhecimento proporciona alterações negativas no âmbito psicológico, no sistema cardiovascular e respiratório, sendo também nesta fase, que ocorre o crescimento na prevalência de doenças crônico-degenerativas (Matsudo, S.M., Matsudo, V.K.R., & Barros Neto, 2000). Esses processos patológicos são comuns nesta fase da vida, porém não são provocadas pelo envelhecimento, uma vez que este se trata de um processo dependente de um conjunto de alterações experimentadas pelo organismo vivo, do nascimento até à morte. Contudo, é durante a idade mais avançada que comumente aparecem modificações funcionais e estruturais nos indivíduos, tornando-os menos ativos e com maior predisposição à incapacidade física, funcional, mental e social. Ocorrem mudanças nas dimensões corporais, perda de massa muscular, conseqüentemente redução da força e flexibilidade, diminuição do desempenho neuromotor, afetando o equilíbrio, a postura e aumentando o risco de quedas (Candeloro, & Caromano, 2007).

A queda é a principal causa de Fratura Proximal de Fêmur (FPF) no idoso, e devido as suas complicações, é considerado um importante problema de saúde pública. Pode provocar a perda da autonomia, limitação funcional, dependência, incapacidades, danos e morte, principalmente em indivíduos com mais de 65 anos (Rocha, Budó, Beuter, Silva, & Tavares, 2010). Estudos mostram que, quanto maior a idade, maior o risco de quedas seguida por fraturas (Maciel, & Guerra, 2005; Chu, Chi, & Chiu, 2005). A elevada incidência destas fraturas nessa faixa etária deve-se não apenas a uma maior frequência de quedas, mas também à instalação da osteoporose.

Consideram-se fraturas da extremidade proximal do fêmur a Fratura de Colo Femural (FCF), Fratura Transtrocanteriana (FTT) e Fratura Subtrocantérica (FST). Pacientes com diagnóstico de FCF estão predominantemente na sétima a oitava décadas de vida, e aqueles com diagnóstico de FTT da oitava década de vida em diante (Astur, Arliani, Balbachevsky, Fernandes, & Reis, 2011).

A FPF provoca grande impacto sobre a capacidade funcional do idoso, implica hospitalização e tratamento cirúrgico, estando relacionada a altos índices de morbidade e mortalidade (Hungria, Dias, & Almeida, 2011) A taxa média de mortalidade por FPF nesta população é de 21,8% (Mesquita, *et al.*, 2009).

Sendo assim, o objetivo do estudo foi traçar o perfil funcional de pacientes idosos hospitalizados por FPF, analisando os tipos de fraturas, o mecanismo causal, as características físicas e funcionais prévias à fratura.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo observacional, descritivo, quantitativo, de corte transversal com pacientes hospitalizados por FPF, internados no Hospital Manoel Victorino do Serviço Único de Saúde, referência em traumatologia na cidade de Salvador, Bahia. Foram coletados dados primários e secundários em 40 dias, entre os meses de maio e junho do ano de 2014, somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia pelo protocolo 605.701. Foram respeitados todos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos constantes na resolução CNS 466/12.

Foi realizado um Censo, a partir da verificação dos prontuários de pacientes, sendo adotados, como critérios de inclusão, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, internados por FPF, que estivessem com acompanhante e que concordassem em participar do estudo voluntariamente por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério de exclusão, aplicou-se: apresentar fraturas secundárias a doenças osteometabólicas (excetuando-se osteoporose) e a processos tumorais.

Um total de 32 idosos, a maioria mulheres, de cor parda, com baixa escolaridade e com filhos, cumpriram os critérios inclusão durante o período de coleta.

No processo de coleta de dados foi utilizada uma Ficha de Registro contendo os dados pessoais, sociais e os antecedentes patológicos dos idosos avaliados. Com o objetivo de avaliar o grau de independência para a realização das ABVD foi utilizado o Índice de Barthel (Minosso, Amendola, Alvarenga, & Oliveira, 2010); para analisar a independência para as AIVD, foi aplicado o Questionário de Pfeffer (Pfeffer, Kurosaki, Harrah, Chance, & Filos, 1982) e, para verificar a capacidade de marcha prévia à FPF, foi usada a Classificação Funcional da Marcha Modificada (Viosca, Martínez, Almagro, Gracia, & González, 2005). Os dados referentes à fratura foram coletados através de um Questionário Epidemiológico, elaborado pelos autores.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista com os pacientes que não apresentavam *deficit* cognitivo, segundo informação médica disponível no prontuário. A entrevista dos pacientes com quadro de delírio ou *deficit* cognitivo foi realizada com o seu cuidador, familiar ou acompanhante de convívio. A análise estatística foi realizada, utilizando-se o *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão para as variáveis quantitativas e as frequências absoluta e relativa para as qualitativas.

Resultados

Participaram do estudo 32 idosos internados na enfermaria por FPF. Houve uma predominância do sexo feminino, de cor parda, com baixo nível de escolaridade, e com dois ou mais filhos. A maioria não morava sozinha e fazia uso de algum medicamento. A faixa etária dos pacientes idosos hospitalizados variou de 62 a 98 anos, com mediana/média de 78,5/79 ($\pm 9,50$) anos. As características sociodemográficas apresentadas na Tabela 1 mostram a distribuição dos resultados encontrados.

Tabela 1. Características Sociodemográficas – Salvador (BA) - 2014

Variável	N	%
Sexo:		
Feminino	23	71,9
Masculino	9	28,1
Idade:		
60-69	5	15,6
70-79	13	40,6
Acima de 80	14	43,8
Etnia:		
Branco	9	28,1
Pardo	14	43,8
Negro	9	28,1
Situação conjugal:		
Casados	13	40,6
Solteiros	6	18,8
Viúvos	13	40,6
Escolaridade:		
Analfabetos	14	43,8
Ensino fundamental incompleto	13	40,6
Ensino fundamental completo	1	3,1
Ensino médio completo	4	12,5
Número de Filhos:		
Não possui	4	12,5
Um	2	6
Dois ou mais	26	81,5
Faz uso de medicamentos		
Sim	23	71,9
Não	9	28,1
Residem com:		
Apenas com o Cônjuge	3	9,4
Com o Cônjuge e Filho(s)	10	31,2
Apenas com o(s) Filho(s)	7	21,9
Outros	7	21,9
Sozinho	5	15,6

A Tabela 2 apresenta as comorbidades clínicas dos idosos participantes, destacando-se as doenças metabólicas.

Tabela 2. Distribuição dos tipos de comorbidades clínicas – Salvador (BA) - 2014

Variável	N	%
Neoplasia		
Sim	1	3,1
Não	31	96,9
Geniturinária		
Sim	0	0
Não	32	100
Gastrointestinal		
Sim	1	3,1
Não	31	96,9
Neurológica		
Sim	2	6,3
Não	30	93,8
Musculoesquelética		
Sim	8	25,0
Não	24	75,0
Metabólicas		
Sim	20	62,5
Não	12	37,5
Pulmonar		
Sim	2	6,3
Não	30	93,8
Cardiovascular		
Sim	12	37,5
Não	20	62,5

Em relação à fratura, as mais frequentes foram as FCF e as FTT, do membro inferior esquerdo. O mecanismo de lesão da FPF mais predominante foi a fratura por queda no domicílio, por diversos motivos relacionados às atividades básicas e instrumentais da vida diária, no período diurno, durante os dias da semana e relacionados ao ato de levantar de uma cadeira e tropeços. Entre as quedas sofridas pelos participantes, 71% ocorreram no domicílio, sendo 54% dos casos no quintal e na sala. A maioria dos pacientes não referiram quedas prévias à fratura.

Tabela 3. Caracterização e Mecanismo de Lesão da Fratura – Salvador (BA) - 2014

Variável	N	%
Tipo de Fratura:		
Fratura Transtrocantérica	15	46,9
Fratura de colo de Fêmur	15	46,9
Fratura Subtrocantérica	2	6,3
Total	32	100
Lado Acometido:		
Direito	12	37,5
Esquerdo	19	59,4
Ambos	1	3,1
Total	32	100
Trauma:		
Queda da própria altura	30	93,8
Atropelamento	1	3,1
Crise convulsiva	1	3,1
Total	32	100
Motivo:		
Escorregões	8	25
Degraus	2	6,3
Baixa visão	1	3,1
Tontura	1	3,1
Outros motivos extrínsecos	20	62,5
Total	32	100
Local que ocorreu a fratura:		
Casa	24	75
Comunidade	7	21,9
Fora da comunidade	1	3,1
Total	32	100
Dia da semana:		
Domingo	3	9,3
Segunda-Feira	1	3,1
Terça-Feira	6	18,8
Quarta-Feira	5	15,6
Quinta-Feira	6	18,8
Sexta-Feira	5	15,6
Sábado	6	18,8
Total	32	100
Horário que ocorreu:		
Manhã	15	46,9
Tarde	11	34,4
Início da noite	3	9,4
Noite	3	9,4
Total	32	100
Ocorrência de queda anterior:		
Uma	3	9,4
Duas	2	6,3
Três	1	3,1

Mais de três	6	18,8
Não houve	20	62,5
Total	32	100
Barreiras arquitetônicas presentes nas residências:		
Tapetes soltos	7	21,9
Calçado inadequado	1	3,1
Iluminação inadequada	1	3,1
Móveis instáveis	2	6,3
Banheiro escorregadio	10	31,3
Piso escorregadio	13	40,6
Objetos guardados em locais altos	6	18,8
Escadas sem corrimão	2	6,3
Degraus nas soleiras das portas	16	50

Grande parte dos idosos eram independentes para ABVD, porém, dependentes para as AIVD, apresentando, dessa forma, incapacidade para viverem sozinhos. Mais da metade dos idosos eram capazes de deambular pela própria comunidade e não utilizavam dispositivo de marcha.

Tabela 4. Classificação Funcional Prévia a Fratura de Fêmur – Salvador (BA) - 2014

Variável	N	%
Pfeffer		
Independentes para instrumentais	15	46,9
Dependentes para instrumentais	17	53,1
Total	32	100
Barthel		
Dependência grave	1	3,1
Dependência moderada	2	6,3
Dependência leve	7	21,9
Independente	22	68,8
Total	32	100
CFM		
Marcha não funcional	1	3,1
Marcha domiciliar	8	25
Marcha comunitária restrita	9	28,1
Marcha comunitária	4	12,5
Marcha normal	10	31,3
Total	32	100
Uso de Dispositivo para locomoção		
Não utiliza	25	78,1
Muleta(s)	1	3,1
Bengala	5	15,6
Cadeira de rodas	1	3,1
Total	32	100

Discussão

Na amostra estudada as mulheres com idade superior a 70 anos, pardas e negras, solteiras ou viúvas, com baixo nível de escolaridade apresentaram uma maior prevalência para a FPF.

Outros estudos (Gac, Marín, Castro, Hoyl & Valenzuela, 2003; Arndt, Telles & Kowalski, 2011; Costa, Xavier & Filgueiras, 2013) corroboram com estes achados e apresentam a mulher como o gênero com maior vulnerabilidade, devido a uma relação direta entre o estado funcional e uma maior morbidade, maior exposição às atividades domésticas, maior presença de osteoartrose, além de influências antropométricas e fatores genéticos.

Neste estudo, houve maior incidência de FPF na faixa etária entre 73 a 83 anos, com decréscimo para maiores de 84 anos. Não obstante, estudos (Abreu, & Caldas, 2008; Rocha, *et al.*, 2010) mostram que 32% das FPF ocorrem entre os 65 e 74 anos; 35% entre os 75 e 84 anos; e 51% acima dos 85 anos (Abreu, & Caldas, 2008). Essa maior incidência da FPF com o incremento da idade, deve-se à perda gradativa da massa, da força e da qualidade do músculo esquelético, caracterizado pela sarcopenia (Silva, Lopes, Mazzer, & Trelha, 2014).

Com relação à etnia, existe um maior predomínio da raça branca para as FPF, devido à predisposição para desenvolver a osteoporose (Rocha, *et al.*, 2010) e à maior predominância de mulheres de raça branca (55,0%) na população idosa brasileira (IBGE, 2012). Os resultados do estudo mostram um maior número de casos de FPF em idosas da raça parda, uma vez que o estudo foi realizado em Salvador, cidade com maior concentração de negros e pardos do país (IBGE, 2012).

O analfabetismo e a baixa escolaridade encontrada no presente estudo contribuem para a vulnerabilidade social, levantando a hipótese de que o não acesso à informação e o *deficit* de conhecimento geral podem interferir na manutenção de uma vida saudável. Oportunidades de aprendizado podem ajudar às pessoas a desenvolver habilidades e confiança na realização de adaptações no processo de envelhecimento (Santos, Koszuoski, Dias, & Pattussi, 2007).

O baixo nível de escolaridade encontrado nos idosos que participaram do estudo pode justificar-se, pois, segundo dados do IBGE (2012), o tempo de estudo médio dos idosos brasileiros é de 3,9 anos, sendo 32% têm menos de 1 ano de estudo.

Embora não exista relação direta e clara entre a baixa escolaridade e a má percepção de saúde, uma rede de serviços ineficiente durante a vida revela-se em outros aspectos como a habitação, cultura, renda e saúde. Devido à relação entre escolaridade e saúde, indivíduos com maior instrução apresentam uma maior preocupação com a saúde e capacidade de recuperação, assim como hábitos higiênicos mais saudáveis (Maciel, & Guerra, 2005). A baixa escolaridade foi encontrada como fator de risco para a ocorrência de fratura de quadril em 5630 idosos com 70 anos ou mais de idade (Wilson, Chase, Chrischilles, & Wallace, 2006).

Segundo o IBGE (2012), 85,6% dos idosos brasileiros vivem em arranjos em que há a presença de outra pessoa com quem se estabelece alguma relação de parentesco, seja cônjuge, filho, outro parente ou agregado. Similarmente aos achados do estudo atual, a maioria dos idosos com FPF que participaram da pesquisa tinham filhos e não viviam sozinhos (Rocha, *et al.*, 2010). A presença dos filhos no mesmo ambiente domiciliar, embora proporcione um maior apoio familiar (Rocha, *et al.*, 2010), parece não ser um fator protetor de FPF para a população estudada. Contudo, Moreno-Martínez, Ruiz-Hidalgo, Burdoy-Joaquimk, Vázquez-Mata (2005) observaram, em seus resultados, que os idosos divorciados ou separados apresentavam uma elevada possibilidade de sofrer quedas. O cuidado entre os parceiros, por exemplo, poderia explicar uma menor ocorrência de quedas entre os idosos que não vivem sozinhos.

A presença de comorbidades clínicas e o uso de fármacos, encontrados nos participantes do presente estudo, geram hipóteses que precisam ser testadas sobre uma possível relação desses fatores com o risco de quedas em idosos. Os idosos, que fazem uso de medicamentos, têm maior risco de sofrer fratura por queda (Hamra, Ribeiro, & Miguel, 2007). Além disso, quanto maior o número de doenças apresentadas pelo paciente idoso fraturado, maior é a chance de evolução para óbito (Astur, *et al.*, 2011). Bakken *et al.* (2013) trazem em seu estudo que o risco de fratura é elevado em idosos que utilizam antidepressivos e medicamentos que afetam o metabolismo.

Os resultados de Uchida e Melo Borges (2013) também confirmam a polifarmácia e a presença de doenças crônicas como fatores de risco para FPF modificáveis mais frequentes.

No estudo atual, houve paridade quanto ao número de FCF e FTT, resultados similares aos encontrados por Astur, *et al.* (2011), resultando em 52,9% e 47,1%, respectivamente.

A região transtrocantérica, em indivíduos com 70 e 80 anos, é o local do quadril que absorve mais força após um impacto (Bakken, *et al.*, 2013). Esta absorção aumenta à medida que a fragilidade óssea cresce e, com frequência, aqueles com diagnóstico de FCF encontram-se predominantemente na sétima a oitava década de vida (Sarraf, & Borges, 2012).

A queda foi o principal mecanismo do trauma responsável pela fratura de fêmur em idosos. Em estudo retrospectivo de análise de prontuários (Muniz, Arnaut, Yoshida & Trelha, 2007), encontrou-se um percentual de 78,16% casos de fratura por queda, podendo alcançar cifras mais elevadas como 91,4% (Astur, *et al.*, 2011).

As quedas em indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos são tão recorrentes que alguns autores as consideram como efeito da própria senescência (Lord, Menz, & Sherrington, 2006; Machado, Oliveira, Costa, & Araujo, 2009), que podem provocar limitações fisiológicas de equilíbrio, força, visão ou tempo de reação, bem como em decorrência de doenças (Araujo Silva, Junior, Pinheiro, & Szejnfeld, 2006). Contudo, os resultados mostram que quase 72% das quedas ocorreram devido ao piso escorregadio, o que mostra a importância de fatores externos e não apenas das transformações geradas pela senescência. A queda da própria altura é o principal mecanismo de trauma responsável pelas fraturas em idosos (Costa, *et al.*, 2012). Esse evento pode impactar a vida do idoso de forma irreversível trazendo consequências drásticas advindas da reabilitação pós-cirúrgica, como a perda da autonomia, dependência funcional, incapacidades e danos que podem reduzir a qualidade de vida e levar a morte (Ribeiro, Souza, Atie, Souza & Schilithz, 2008).

A maioria das ocorrências de quedas, no estudo atual, foram causadas por fatores extrínsecos e em ambiente domiciliar. Os fatores contribuintes, que expõem o idoso a esse evento, foram as barreiras arquitetônicas, sendo a de maior proporção os degraus nas soleiras das portas. Muitos idosos têm dificuldade para deambulação em seus ambientes familiares, tendo em maior proporção a queda em locais como: banheiros, cozinhas e salas, devido aos pisos escorregadios ou a algum obstáculo (Pinho, *et al.*, 2012).

A desorganização e a falta de estruturação do ambiente podem prejudicar a acessibilidade, impedindo uma circulação do idoso com segurança, aumentando os riscos para quedas, podendo provocar fraturas. Pesquisas já realizadas (Rocha, *et al.*, 2010; Pinho, *et al.*, 2012) confirmam estes achados.

Entretanto, organizar um ambiente inclusivo e adaptado depende de estrutura física adequada, condição econômica suficiente e profissional especializado em acessibilidade e não apenas do sujeito.

A maioria dos idosos que participaram do presente estudo não apresentaram quedas prévias à fratura de fêmur. Uma pesquisa exploratória realizada por Ribeiro, *et al.* (2008) mostrou que 70,4% dos idosos informaram haver sofrido apenas uma queda e 26,6% mais de uma. O estudo também destaca que as principais consequências da queda para o idoso são o medo de voltar a cair, abandono de certas atividades, modificações no hábito, entre outras (Ribeiro, *et al.*, 2008).

Embora não tenha sido encontrada predominância em relação ao dia da semana de ocorrência da fratura, e o domingo e a segunda-feira tenham alcançado os menores índices, alguns autores apontam um discreto predomínio das fraturas aos sábados e domingos (Astur, *et al.*, 2011). Ainda que, no estudo atual, as fraturas tenham ocorrido com maior frequência durante o dia, período que os idosos estão realizando suas atividades cotidianas, outro estudo encontrou uma maior prevalência de queda no período da noite, mostrando uma relação direta com o uso de medicamentos psicotrópicos (Leavy, *et al.*, 2013).

Observou-se, nos resultados da pesquisa, que a maioria dos idosos participantes eram independentes na realização de suas ABVD antes da FPF, o que corrobora os achados de Santos, *et al.* (2007) que obtiveram resultados com poucos casos de dependência total, grave ou moderada. Já em relação à capacidade para realizar as AIVD prévias à fratura, um pouco mais da metade dos participantes eram dependentes. Resultados similares também foram encontrados no estudo de Santos, & Pavarini (2011), pois 52% dos idosos eram dependentes para as atividades instrumentais.

A maioria dos idosos, neste estudo, não apresentavam capacidade de marcha normal, já que previamente à FPF, 25% eram capazes de deambular apenas pelo domicílio e 28,1% possuíam uma marcha comunitária restrita. Apesar dessa limitação para a deambulação, a maioria dos participantes não utilizavam dispositivo de marcha.

A deambulação com restrições associada ao não uso de dispositivo de marcha podem ocasionar riscos de fraturas (Sakaki, *et al.*, 2004).

Entre as limitações e dificuldades encontradas durante a realização da pesquisa, podem ser citados: o número reduzido da amostra, a presença de prontuários com informações incompletas nos itens peso, altura, comorbidades e materiais utilizados para intervenção cirúrgica, e escassez de artigos que tenham pesquisado o nível da capacidade funcional prévia à FPF em idosos.

A longevidade da população tem aumentado significativamente, tornando a realização de estudos observacionais importante na identificação de características da população senil e de fatores que podem estar associados a seus agravos mais prevalentes. A partir dessas informações, é possível traçar estratégias para a implantação e criação de políticas de saúde com objetivos de prevenção, promoção e redução do impacto econômico (Astur, *et al.*, 2011).

Conclusão

A incapacidade funcional para as AIVD, as limitações na deambulação prévia à fratura, os fatores sociodemográficos como sexo, idade e escolaridade e o uso de medicamentos, podem estar relacionados à ocorrência de FPF em indivíduos idosos. A queda foi a principal causa desse tipo de fratura na amostra estudada e, quando relacionada à restrição na capacidade de deambulação, pode sofrer influência do não uso de dispositivo de marcha. Sugere-se que investigações futuras contemplem este assunto com uma amostra mais significativa, tendo em vista a relevância da temática.

Referências

Abreu, S.S.E., & Caldas, C.P. (2008). Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Rev Bras Fisioter*, 12(4), 324-330.

- Araujo Silva, T.A., Junior, A.F., Pinheiro, M.M., & Szejnfeld, V.L. (2006). Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. *Rev Bras Reumatol*, 46(6), 391-397.
- Arndt, A.B.M., Telles, J.L., & Kowalski, S.C. (2011). O custo direto da fratura de fêmur por quedas em pessoas idosas: análise no setor privado de saúde na cidade de Brasília, 2009. *Rev Bras de Geriatr Gerontol*, 14(2), 221-232.
- Astur, D.da C., Arliani, G.G., Balbachevsky, D., Fernandes, H.J.A, & Reis, F.B. dos. (2011). Fraturas da extremidade proximal do fêmur tratadas no hospital São Paulo/Unifesp—estudo epidemiológico. *Rev Bras Ortop*, 46(2), 189-194.
- Bakken, M.S., Engeland, A., Engesæter, L.B., Ranhoff, A.H., Hunskaar, S., & Ruths, S. (2013). Increased risk of hip fracture among older people using antidepressant drugs: data from the Norwegian Prescription Database and the Norwegian Hip Fracture Registry. *Age and Ageing*, 42(4), 514-520.
- Barros, R.H.de, & Junior, E.D.P.G. (2015). Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. *CES Revista*, 27(1), 75-92.
- Candeloro, J.M., & Caromano, F.A. (2007). Efeito de um programa de hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosas. *Rev Bras Fisioter*, 11(4), 303-309.
- Carvalho, E.T.F., & Papaléo, M.N. (2005). *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. (2ª ed.). São Paulo (SP): Atheneu.
- Chu, L.W., Chi, I., & Chiu, A.Y. (2005). Incidence and predictors of falls in the Chinese elderly. *Ann Acad Med Singapore*, 34(1), 60-72.
- Costa, A.M R., Xavier, E.M.D.O., & Filgueiras, M.D.C. (2013). Perfil eEpidemiológico de idosos com fraturas atendidos em hospital de emergência. *Revista Brasileira de Ciências e Saúde*, 1(34), 41-46.
- Gac, H., Marín, P.P., Castro, S., Hoyl, T., & Valenzuela, E. (2003). Caídas en adultos mayores institucionalizados: descripción y evaluación geriátrica. *Revista Médica de Chile*, 131(8), 887-894.
- Hamra, A., Ribeiro, M.B., & Miguel, O. F. (2007). Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. *Acta Ortop Bras*, 15(3), 143-145.
- Hungria, N.J.S., Dias, C.R., & Almeida, J.D.B. (2011) Características epidemiológicas e causas da fratura do terço proximal do fêmur em idosos. *Rev Bras Ortop*, 46(6), 660-667.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. (2012) *Síntese de Indicadores Sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Recuperado em 5 maio, 2014, de ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf
- IBGE. (2012). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. *Perfil Nacional por Amostra em Domicílios – Síntese de Indicadores*. Recuperado em 5 maio, 2014, de: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf
- Leavy, B., Åberg, A.C., Melhus, H., Mallmin, H., Michaëlsson, K., & Byberg, L. (2013). When and where do the hip fractures occur? A population-based study. *Osteoporosis International*, 24(9), 2387-2396.

- Lord, S.R., Menz, H.B., & Sherrington, C. (2006). Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age and Ageing*, 35(suppl 2), ii55-ii59.
- Machado, T.R., Oliveira, C.J.D., Costa, F.B.C., & Araujo, T.L.D. (2009). Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Rev Eletr Enf*, 11(1), 32-38.
- Maciel, A.C.C., & Guerra, R.O. (2005) Prevalência e fatores associados ao *deficit* de equilíbrio em idosos. *R Bras Ci e Mov.*, 13(1), 37-44.
- Matsudo, S.M., Matsudo, V.K.R., & Barros Neto, T.L. (2000). Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 8(4), 21-32.
- Mesquita, G.V., Malta, L., Santos, A.M.R.D., Alves, E.L.M., Brito, J.N.P.O., & Martins, M.D.C.D.C. (2009). Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. *Texto Contexto Enferm*, 18(1), 63-67.
- Minosso, J.S.M., Amendola, F., Alvarenga, M.R.M., & Oliveira, M.A.D.C. (2010). Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta paul enferm*, 23(2), 218-223.
- Moreno-Martínez, N.R., Ruiz-Hidalgo, D., Burdoy-Joaquim, E., & Vázquez-Mata, G. (2005). Incidencia y factores explicativos de las caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 11-17.
- Muniz, C.F., Arnaut, A.C., Yoshida, M., & Trelha, C.S. (2007). Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público. *Revista Espaço para a Saúde*, 8(2), 33-38.
- Netto, M.P. (2002). Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. *In: Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo (SP): Atheneu.
- Pfeffer, R.I., Kurosaki, T.T., Harrah, C.H., Chance, J.M., & Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37(3), 323-329.
- Pinho, T.A.M., Silva, A.O., Tura, L.F.R., Moreira, M.A.S.P., Gurgel, S.N., Smith, A.D.A.F., & Bezerra, V.P. (2012). Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 320-327.
- Ribeiro, A.P., Souza, E.R.D., Atie, S., Souza, A.C.D., & Schilithz, A.O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*, 13(4), 1265-1273.
- Rocha, L., Budó, M.L.D., Beuter, M., Silva, R.M., & Tavares, J.P. (2010) Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril. *Esc Anna Nery*, 14(4), 690-696.
- Sakaki, M.H., Oliveira, A.R., Coelho, F.F., Leme, L.E.G., Suzuki, I., & Amatuzzi, M.M. (2004). Estudo da mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos. *Acta Ortop Bras*, 12(4), 242-249.
- Santos, K.A.S., Koszuoski, R., Dias-da Costa, J.S., & Patussi, M.P. (2007). Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23(11), 2781-2788.

Santos, A.A., & Pavarini, S.C.I. (2011). Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm*, 24(4), 520-526.

Sarraf, E.M., & Borges, R. (2012, out.-dez.). Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com fratura de quadril internados em um hospital de referência traumatológica na cidade de Salvador, Bahia. *Rev. Baiana Saúde Pública*, 36(4), 1053-1067.

Silva, N.S.M., Lopes, A.R., Mazzer, L.P., & Trelha, C.S. (2014). Conhecimento sobre fatores de risco de quedas e fontes utilizadas por idosos de Londrina (PR). *Kairós Gerontologia*, 17(2), 141-151. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21704/15960>.

Uchida, J.E.F., & Melo Borges, S.de M. (2013). Quedas em idosos institucionalizados. *Kairós Gerontologia*, 16(3), 83-94. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20420/15120>.

Viosca, E., Martínez, J.L., Almagro, P.L., Gracia, A., & González, C. (2005). Proposal and validation of a new functional ambulation classification scale for clinical use. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 86(6), 1234-1238.

Wilson, R.T., Chase, G.A., Chrischilles, E.A., & Wallace, R.B. (2006). Hip fracture risk among community-dwelling elderly people in the United States: a prospective study of physical, cognitive and socioeconomic indicators. *Am J Publ Health*, 96, 1210-1218.

Recebido em 13/01/2015

Aceito em 30/03/2015

Danielle Ferreira Santana - Discente do Curso de Fisioterapia, da Universidade Federal da Bahia.

E-mail: danny_fsa17@hotmail.com

Helena França Correia dos Reis - Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia.

E-mail: lenafran@gmail.com

Diego Jorge Souza Ezequiel - Fisioterapeuta do Hospital Manoel Victorino. Salvador (BA), Brasil.

E-mail: diegojsezequiel@gmail.com

Daniel Dominguez Ferraz - Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia. Salvador (BA), Brasil.

E-mail: danieldf@ufba.br