

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA IDOSA COM FRATURA PROXIMAL DO FÊMUR: ESTUDO DE CASO

*Daciane Souza dos Santos*<sup>1</sup>

E-mail: [dacianesouza@hotmail.com.br](mailto:dacianesouza@hotmail.com.br)

*Renan Sallazar Ferreira Pereira*<sup>2</sup>

Email: [renansallazar@gmail.com](mailto:renansallazar@gmail.com)

Ana Paula Gomes Soares<sup>3</sup>

Email: [anapaulagsoares@yahoo.com.br](mailto:anapaulagsoares@yahoo.com.br)

Márcia Féldreman Nunes Gonzaga<sup>4</sup>

E-mail: [marcia.feldreman@gmail.com](mailto:marcia.feldreman@gmail.com)

## RESUMO

A fratura proximal do fêmur é o tipo mais comum de fratura e constitui uma das principais causas de mortalidade na população idosa. Com isso, relata-se, no presente estudo, o caso de uma paciente idosa hospitalizada, no 30º dia de internação, por fratura do colo do fêmur, em aguardo de uma avaliação ortopédica cirúrgica. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso único. Desenvolveu-se, aqui, em vislumbre da necessidade de implementação de uma conduta terapêutica de enfermagem adequadamente sistematizada, um plano de cuidados utilizando-se os diagnósticos de enfermagem propostos pela taxonomia II do NANDA International, estando dentre os principais diagnósticos levantados: dor aguda, mobilidade no leito prejudicada, risco da integridade da pele prejudicada e risco de infecção. Por fim, conclui-se que ao paciente idoso com fratura proximal do fêmur é imprescindível a implementação de uma assistência efetivamente planejada e sistematizada, visando à redução dos riscos, complicações e morte.

**Palavras-chave:** Fratura Proximal do Fêmur; Hospitalização; Assistência de Enfermagem.

---

<sup>1</sup> Aluna do curso de graduação em enfermagem do Centro Universitário UniAges.

<sup>2</sup> Professor do Centro Universitário – UniAges. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Guarulhos (UNG)

<sup>3</sup> Bioquímica. Professora do Centro Universitário – UniAges. Pós-doutorado em Bioquímica. Email:anapaulagsoares@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira. Professora no Centro Universitário Amparense- UNIFIA - Mestrado em Comunicação e Cultura pela Universidade de Sorocaba.

## ABSTRACT

The proximal femoral fracture is the most common type of fracture and is a major cause of mortality in the elderly. Thus, it is reported in the present study, the case of a hospitalized elderly patient, on the 30th day hospitalization for femoral neck fracture in awaiting a surgical orthopedic evaluation. This is an exploratory descriptive study with qualitative approach, the study of a single case type. Developed here in glimpse of the need for implementation of a therapeutic approach to properly systemized nursing, a plan of care using the nursing diagnoses proposed by Taxonomy II of NANDA International and are among the main diagnoses raised: acute pain, mobility impaired bed, impaired skin integrity risk and risk of infection. Finally, it is concluded that the elderly patient with proximal femoral fracture implementation is essential to an effectively planned and systematic assistance, in order to reduce the risks, complications and death.

**Keywords:** Proximal Femur Fracture; Hospitalization; Nursing Care.

## INTRODUÇÃO

A fratura proximal do fêmur (FPF) é o tipo mais comum de fratura e constitui uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população idosa. Este tipo de fratura requer hospitalização e geralmente tratamento cirúrgico com alto risco de complicações pós-operatórias, estando, assim, associada a uma considerável redução da capacidade funcional com conseqüente aumento da dependência e prejuízo da qualidade de vida (FERNANDES et al., 2011; MOREIRA et al., 2015; SOUZA et al., 2007;).

Tais fraturas podem ser classificadas em do colo do fêmur, transtrocantericas e subtrocantericas (SOUZA et al., 2007). Dentre os principais fatores causais da FPF, citam-se as quedas por baixa energia, em especial em ossos osteoporóticos, havendo predomínio de ocorrência das fraturas do colo do fêmur, na sétima e oitava década de vida, em pacientes do sexo feminino (ARLIANI et al., 2011; FERNANDES et al., 2011; NETO, DIAS e ALMEIDA, 2011).

Ademais, estudos (DANIACHI et al., 2015; SOUZA et al., 2007) demonstram que alguns fatores podem alterar a taxa de mortalidade, entres eles: a idade, quantidade de comorbidades, intervalo de tempo para a realização da cirurgia, uso de antibioticoterapia profilática e fisioterapia pós-operatória.

Fundamentando-se nisso, relata-se, no presente estudo, o caso de uma paciente idosa hospitalizada, no 30º dia internamento (na data da entrevista), por FPF, em uma unidade de pequeno porte, em aguardo da transferência conforme solicitação médica para avaliação ortopédica cirúrgica. É hipertensa e apresenta

segundo eletrocardiograma (ECG), realizado em serviço, alterações eletrocardiográficas significativas.

Dada à conjuntura do caso, desenvolveu-se, aqui, em vislumbre da necessidade de implementação de uma conduta terapêutica de enfermagem adequadamente sistematizada, um plano de cuidados utilizando-se os diagnósticos de enfermagem propostos pela taxonomia II do NANDA International, aplicado mediante observação e avaliação no que diz respeito aos sinais fisiopatológicos e verbais.

O objetivo do trabalho foi implementar as etapas do processo de enfermagem preconizadas pela metodologia da sistematização da assistência em enfermagem (SAE) a uma paciente idosa hospitalizada por fratura proximal do fêmur.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso único. Foi utilizado a observação sistemática, questionário estruturado, análise documental, anamnese e exame físico. A coleta de dados foi realizada no Hospital Municipal de Cícero Dantas, Bahia, no período de 28 a 31 de março de 2016. Cabe ressaltar que foram cumpridas todas as especificações da resolução 466/12, do Ministério da Saúde. Os dados foram coletados durante a internação do paciente, após autorização da diretoria geral da instituição e coordenação do setor. Através de uma entrevista compreensiva, foi coletado dados objetivos e subjetivos, incluindo, dados sociodemográficos, profissionais, estilo de vida, moradia, história clínica, sinais vitais e exame físico. Para subsidiar a pesquisa ainda foram utilizadas algumas informações contidas no prontuário do cliente tais como resultados de exames realizados e intercorrências durante a hospitalização.

Os dados coletados foram armazenados em bando de dados criado em planilha no programa de computador Excel, analisados qualitativamente e apresentados em forma de quadro. Posteriormente, foram construíram os diagnósticos de enfermagem. Para se chegar aos diagnósticos foram utilizadas, como base, as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco determinados pela taxonomia II da NANDA International 2012-2014, bem como a utilização do pensamento crítico, tomada de posição, ética e julgamento clínicos dos pesquisadores, resultando na sistematização da assistência de enfermagem. Este

processo culminou no desenvolvimento do planejamento de enfermagem seguido das respectivas propostas de intervenção.

## **RESULTADOS**

### **RELATO DO CASO**

Trata-se de O.M.J., 79 anos, sexo feminino, casada, tem 6 filhos, aposentada, analfabeta funcional, católica, moradora em um município baiano, zona urbana. Reside com o marido (88 anos) e o filho mais novo (34 anos).

O.M.J. está em seu 30º dia de internamento hospitalar. Foi referenciada ao Hospital Municipal de Cícero Dantas após constatação médica de fratura de colo de fêmur direito, durante consulta ambulatorial, e desde então aguarda a transferência conforme solicitação médica para avaliação ortopédica cirúrgica. Segundo a filha que a acompanha no internamento, O.M.J. caiu sem qualquer razão aparente após levantar-se do sofá em um momento em que estava sozinha.

É hipertensa e por isso sua refeição é preparada com pouco sal, não ingere verduras, legumes ou frutas por preferência pessoal, e relata pouca ingestão hídrica. Restrita ao leito, apresentando-se um pouco desorientada, balbucia queixando-se de dor intensa na região femoral direita. Ao exame físico: estado nutricional emagrecido, pele desidratada, pupilas isocóricas, tórax simétrico, à ausculta pulmonar, murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, respirando ar ambiente, abdômen plano, indolor à palpação, em uso de sonda vesical de demora (urina de cor amarela escura), acesso venoso com gelco em dorso da mão direita sem sinais flogísticos (em soroterapia fluente), membro inferior direito imobilizado. Sinais Vitais (Pressão Arterial - PA, Temperatura – Tax. e Glicemia Capilar – HgT, das últimas 12h): 24h- PA: 130x80 mmHg/ Tax. 36,0 °C/ HgT: 130 dl/ml; 06h- PA: 140x80 mmHg/ Tax. 36,0 °C/ HgT: 140 dl/ml; 12h- PA: 140x80 mmHg/ Tax. 35, 7°C/ HgT: 178 dl/ml. Refere inapetência, não tendo se alimentado adequadamente nos últimos dias, e insônia devido à dor, sem que tenha dormido na última noite.

Exame complementar: ECG (Laudo): extra-sístole ventricular; eixo cardíaco deslocado para a esquerda; área eletricamente inativa em parede septal. Prescrição Médica (em serviço): dieta oral hipossódica; SF 0,9% 1000ml EV 8/8h; dipirona 1g EV 6/6h; anlodipino 5 mg VO (se PA> 160/90 mmHg); losartana 50 mg VO 12/12h; cetoprofeno 100mg EV 12/12h; tramadol 100mg EV 12/12h; metoclopramida 1 amp.

EV 8/8h; heparina 5.000 UI 1x dia; óleo Mineral 5 ml, antes do café, almoço e jantar; insulina Regular SC conforme protocolo institucional.

## **DISCUSSÃO**

Os pacientes idosos com FPF apresentam altos índices de mortalidade por fratura do colo de fêmur, segundo Mesquita et al. (2009) estes índices variam de 7,4% a 34,8%, com uma taxa média de 21,8%. Ainda, considerando as doenças prévias existentes como precursoras da mortalidade após a FPF, no caso de O.M.J., citam-se a hipertensão e os achados eletrocardiográficos que indicam história de infarto miocárdico. De acordo com Souza et al. (2007), o efeito das comorbidades se determinam tanto em função de sua quantidade, quanto de sua gravidade. O fato é que, segundo estes autores, pacientes com mais de uma doença coexistente apresentam 44% de chances a mais de morrer, isto a cada nova patologia adquirida.

Esses dados atentam para a complexidade do planejamento da assistência a qual deve ser implementada objetivando não só o conforto da paciente, durante o período de aguardo até a efetuação da conduta médica cirúrgica, como também a prevenção de complicações que podem surgir associando-se a condição clínica atual.

As fraturas podem ter complicações imediatas e tardias. Uma complicação especial é a embolia gordurosa que pode se manifestar após fratura ou intervenção cirúrgica, e afeta principalmente os pulmões e o cérebro, resultando em insuficiência respiratória progressiva e alterações neurológicas variantes até convulsões e coma profundo (PORTO, 2009; FILOMENO et al., 2005).

Além disso, a fratura provoca incapacidade funcional, o que reduz a mobilidade e ocasiona restrição ao leito, provocando úlceras de decúbito, problemas também respiratórios e urinários, exigindo assim uma maior demanda de cuidados (SIEGA, 2007 apud LOPES e DIAS, 2010).

Destaca-se que as principais queixas apresentadas pelo paciente com FPF são dor e incapacidade de mexer o membro (FRAGOSO e SOARES, 2010), fazendo com que o paciente se sinta excessivamente desconfortável. Desta forma, substancializa-se, no contexto da assistência, o emprego das medidas adequadas de controle da dor.

Por conseguinte, embora o tempo para cirurgia seja pontuado como fator de interferência na mortalidade (DANIACHI et al., 2015), em um estudo do tipo coorte retrospectivo, realizado no Hospital de São Paulo, analisou a possível associação entre o atraso para a realização do tratamento cirúrgico e mortalidade em pacientes idosos com FPF e constatou não haver associação entre o tempo para cirurgia e mortalidade (ARLIANI et al., 2011).

Todavia, conclui-se que a demora na realização do procedimento cirúrgico aumenta o tempo de internação com conseqüente aumento da morbidade, demandando a implementação de uma assistência mais intensiva. Dito isto com especial atenção ao caso de O.M.J. que apresenta um tempo de internamento prolongado.

## **DIAGNÓSTICOS, PLANEJAMENTO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

### **Diagnósticos de Enfermagem**

DE 1 - Dor aguda associada à fratura na extremidade proximal do fêmur direito, caracterizada por relato verbal de dor, distúrbio no padrão de sono e mudança no apetite;

DE 2 - Insônia relacionada à dor, evidenciada por relato de dificuldade para adormecer;

DE 3 - Mobilidade no leito prejudicada relacionada à dor e ao prejuízo musculoesquelético no MID, evidenciado por capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama;

DE 4 - Risco de integridade da pele prejudicada associado à redução da mobilidade física em leito e ao estado nutricional desequilibrado (emagrecimento) e a idade avançada (79 anos);

DE 5 - Déficit no autocuidado para o banho associado ao prejuízo musculoesquelético em razão da fratura no colo do fêmur direito, evidenciado por incapacidade de acesso ao banheiro e realização da autohigienização;

DE 6 - Risco de infecção relacionado ao cateterismo vesical de demora, implantação do cateter endovenoso no MSD, fatores nutricionais, idade avançada e tempo prolongado de internação (30 dias);

DE 7 - Risco de trauma vascular relacionado à presença de dispositivo venoso periférico no MSD;

DE 8 - Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada à inapetência, caracterizada pela perda de interesse no alimento e emagrecimento;

DE 9 - Risco de constipação relacionada à ingestão insuficiente de fibras e água e atividade física insuficiente.

### **Quadro 1. Planejamento e Intervenções de Enfermagem**

RESULTADOS ESPERADOS (Planejamento)		PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>DE1/2</b>	Demonstrará conforto e melhora do padrão de sono mediante redução da dor.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Auxiliar na elaboração do plano terapêutico medicamentoso para alívio da dor (<i>Enfermeiro</i>);</li><li>- Controlar os fatores ambientais capazes de intensificar a dor (temperatura, iluminação, ruídos...);</li><li>- Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor. Notificar o médico em caso das destas não funcionarem, e junto a este discutir e implementar novas medidas.</li></ul>

<b>DE3/4</b>	Apresentará redução do risco de lesionar a pele durante o tempo de permanência no hospital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar o tempo de preenchimento capilar dos MMSS e MMII 6/6h. Atentar para o aparecimento de regiões isquêmicas nos membros (especialmente o MID);</li> <li>- Realizar a mudança de decúbito (3/3h), evitando a promoção de movimentos bruscos envolvendo o membro fraturado;</li> <li>- Elevar adequadamente o membro, mantendo-o apoiado em posicionamento correto;</li> <li>- Discutir com os familiares a possibilidade de compra de um colchão apropriado para alívio da pressão sobre a pele;</li> <li>- Monitorar diariamente a pele e as mucosas quanto á vermelhidão, calor exagerado, drenagem, ressecamento ou umidade (atentar às regiões de preeminência óssea, e o membro fraturado - MID). Comunicar o enfermeiro em caso de aparecimento de um ou mais sinais;</li> <li>- Discutir com a filha a possibilidade de compra de creme hidratante com base de uréia a 3%. Aplicar o hidratante após o banho, repetir a aplicação 8/8h.</li> </ul>
<b>DE5</b>	Terá sua higienização corporal realizada de forma eficaz com auxílio da equipe de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar o banho no leito. Lavar os cabelos, conforme necessidade e vontade. Promover a higienização oral;</li> <li>- Monitorar as condições da pele durante o banho (turgor, ressecamento, descamação e despigmentação).</li> </ul>
<b>DE6</b>	Apresentará redução do risco para aquisição de infecção, incluindo ITUs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado ao paciente;</li> <li>- Limpar externamente agente antimicrobiano o cateter urinário na região externa do meato e área de pele ao redor (atentar para a limpeza dos grandes e pequenos lábios), diariamente após o banho (utilizar luvas);</li> <li>- Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos. Registrar o volume urinário e o aspecto da urina a cada 1h. Comunicar o enfermeiro valores inferiores a 50ml/h e superiores a 200ml/h;</li> <li>- Manter o sistema fechado da SVD abaixo da altura da bexiga.</li> </ul>
<b>DE7</b>	Não apresentará infecção, flebite ou infiltração durante o tempo de permanência do cateter venoso periférico no MSD.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter técnica asséptica sempre que manipular o dispositivo de acesso venoso;</li> <li>- Trocar o curativo do AVP a cada 24h. Utilizar álcool a 70% e ocluir com fita hipoalergênica. Manter o curativo seco e limpo. Observar o aparecimento de sinais e sintomas associados á infecção local e sistêmica (dor, edema, calor, rubor, ou secreção visível). Comunicar o enfermeiro o aparecimento dessas evidências;</li> <li>- Realizar a troca do dispositivo (gelco) e sistema a cada 72 horas (ou quando houver sinais e sintomas de flebites e/ou infiltração, sob orientação do enfermeiro);</li> <li>- Verificar a posição e a permeabilidade intravenosa antes de administrar a medicação;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar a compreensão da Sra O.M.J. e de sua filha (acompanhante) a respeito do propósito dos curativos e da manutenção do dispositivo.</li> </ul>
DE8/9	<p>Demonstrará aumento do apetite durante as refeições oferecidas de forma a satisfazer suas necessidades corporais de modo a prevenir a perda de peso e constipação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar o apoio e atenção da equipe da nutrição. Auxiliar na elaboração do plano alimentar coerente com condição clínica atual, oferecendo os alimentos e as bebidas em porções adequadas e a intervalos regulares de acordo com a preferência pessoal e demanda calórica. Atentar para a necessidade de incluir, no plano, alimentos ricos em ferro, cálcio, água e fibras, e restringir a ingestão de alimentos gordurosos, de alto índice glicêmico, e rico em sódio (<i>Enfermeiro</i>);</li> <li>- Discutir com a Sra. O.M.J. e sua filha os riscos associados ao fato de se alimentar de forma inadequada (menos que as necessidades corporais);</li> <li>- Dar oportunidade para que os alimentos sejam cheirados para estimular o apetite;</li> <li>- Discutir junto ao médico a possibilidade de solicitação do hemograma e proteínas séricas de modo a avaliar os níveis de albumina, proteína total, hemoglobina e hematócritos (<i>Enfermeiro</i>);</li> <li>- Monitorar o peso e circunferência muscular da porção média do braço da Sra. O.M.J., diariamente. Registrar os resultados no prontuário;</li> <li>- Monitorar e registrar a realização das refeições (3/3h);</li> <li>- Estimular a ingestão de água e sucos naturais (35 ml/kg distribuído a intervalos regulares: 1/1h);</li> <li>- Monitorar a glicemia capilar (comunicar valor &lt;70 e &gt; 110 mg/dl) e a PA (comunicar PAs menor que 90 ou maior que 140 e PAd menor que 60 ou maior que 90 mmHg) 6/6h;</li> <li>- Monitorar a ocorrência de palidez e desidratação, diariamente;</li> <li>- Monitorar e registrar a frequência de eliminação intestinal. Comunicar a ausência ou excesso de evacuações no prazo de 12h;</li> <li>- Realizar exame físico do abdome, diariamente. Atentar para diminuição dos ruídos hidroaéreos e presença de massa na região abdominal (<i>Enfermeiro</i>).</li> </ul>

**Fonte:** Elaborado pelos próprios autores.

## CONCLUSÃO

Considerando-se todos os aspectos tratados, neste estudo, é-se levado a acreditar que ao paciente idoso com fratura proximal do fêmur é imprescindível a implementação de uma assistência efetivamente planejada e sistematizada, visando à redução dos riscos, complicações e morte. Sugere-se, portando, o uso da

metodologia da sistematização da assistência em enfermagem como subsídio para alcance das metas requeridas pela condição clínica do paciente.

Ressalta-se, por fim, que sendo o enfermeiro o profissional que mais possui proximidade com o paciente, este, junto a outros profissionais da equipe multidisciplinar, é portador dos recursos necessários à disposição de uma terapêutica inteiramente eficaz, estando sob seu controle a prática das ações possíveis de determinar a qualidade assistencial, uma vez medida pelo padrão de responsividade do cliente ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

ARLIANI, G. G. et al. **Correlação entre tempo para o tratamento cirúrgico e mortalidade em pacientes idosos com fratura da extremidade proximal do fêmur.** Rev. Bras. Ortop. [internet], v. 46, n. 2, 2011, p. 189-94. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162011000200013>> Acesso em: 10 de Agosto de 2016.

DANIACH, D. et al. **Epidemiologia das fraturas do terço proximal do fêmur em pacientes idosos.** Rev. Bras. Ortop. [internet], v. 50, n. 4, 2015, p. 371–377. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2014.07.014>> Acesso em: 17 de Agosto de 2016.

FERNANDES, R. A. et al. **Fraturas do fêmur proximal no idoso: estudo de custo da doença sob a perspectiva de um hospital público no Rio de Janeiro, Brasil.** Rev. Physis [internet], v. 21, n. 2, 2011, p. 395-416. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200004>> Acesso em: 09 de Agosto de 2016.

FILOMENO, L. T. B. et al. **Embolia gordurosa: uma revisão para a prática ortopédica atual.** Rev. Acta Ortop. Bras. [internet], v. 13, n. 4, 2005, p. 196-208. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522005000400010>> Acesso em: 17 de Agosto de 2016.

FRAGOSO, D. A. R.; SOARES, E. **Assistência de enfermagem a um paciente com fratura de fêmur.** Rev. de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [internet], n. 2 (ed. supl.), out/dez. de 2010, p. 688-691. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v0i0.%25p>> Acesso em: 12 de Agosto de 2016

LOPES, R. A.; DIAS, R. C. **O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos.** Rev. ConScientiae Saúde [internet], v. 9, n. 3, 2010, p. 504-509. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92915180022>> Acesso em: 13 de Agosto de 2016.

MESQUISTA, G. V. et al. **Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur.** Rev. Texto & Contexto - Enferm., [internet], v. 18, n. 1, Jan./ Mar. De 2009, p. 67-73. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100008>> Acesso em: 12 de Agosto de 2016.

MOREIRA, S. A. P. et al. **Notificações de fraturas do fêmur em idosos de uma capital nordestina: nos anos de 2008 a 2012.** Rev. de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [internet], n. 7 (ed. supl.), dez de 2015, p. 182-188. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i5.182-188>> Acesso em: 10 de Agosto de 2016.

NETO, J. S. H.; DIAS, C. R.; ALMEIDA, J. D. B. **Características epidemiológicas e causas da fratura do terço proximal do fêmur em idosos.** Rev. Bras. Ortop. [internet], v. 46, n. 6, 2011, p. 660-67. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162011000600007>> Acesso em: 17 de Agosto de 2016.

PORTO, C. C.. **Semiologia Médica.** 6° Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, R. C. et al. **Aplicação de medidas de ajuste de risco para a mortalidade após fratura proximal de fêmur.** Rev. Saúde Pública [internet], v. 41, n. 4, 2007, p. 625-31. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400017>> Acesso em: 10 de Agosto de 2016.