



RESOLUÇÃO SES/MG Nº 11.572, DE 19 DE AGOSTO DE 2026.

Aprova a Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 43, da Lei Estadual nº 24.313, de 28 de abril de 2023 e, considerando:

- o Memorando SES/SUBRAS-SPAH-DAHUE-CGCIH nº. 402/2026; e
- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 5.935, de 19 de agosto de 2026, que aprova as matérias pactuadas na 332ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais, conforme disposto nesta Resolução e seus Anexos.

§ 1º - O detalhamento da Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa, as atribuições dos pontos da Rede de Atenção e as diretrizes da Regulação do Acesso estão descritos no Anexos desta Resolução.

§ 2º - A Linha de Cuidado aprovada por esta Resolução fundamenta-se nas evidências científicas que demonstram a elevada morbimortalidade associada à fratura do fêmur proximal na pessoa idosa, cuja taxa de mortalidade varia de 5% a 10% nos primeiros 30 dias após o trauma, podendo atingir até 30% no primeiro ano.

§ 3º - Para fins desta Resolução, a fratura do fêmur proximal na pessoa idosa é considerada agravo tempo-dependente, cuja organização do acesso deverá priorizar o tratamento considerando as evidências científicas.

Art. 2º - São objetivos da Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa:



I – organizar a atenção à pessoa idosa com Fratura do Fêmur Proximal no Estado de Minas Gerais, de forma regionalizada e articulada, para viabilizar o acesso oportuno, resolutivo e qualificado às necessidades clínicas;

II – assegurar a organização dos fluxos assistenciais e regulatórios, com prioridade regulatória para os casos de fratura do fêmur proximal, de modo a favorecer o acesso ao hospital de referência e a realização do tratamento cirúrgico dentro da janela terapêutica recomendada;

III - subsidiar gestores municipais na organização da rede assistencial, incluindo os processos de regionalização, regulação do acesso, promovendo a equidade, a integralidade e a eficiência da atenção à saúde no âmbito do SUS-MG;

IV - qualificar a assistência à pessoa idosa com fratura do fêmur proximal, promovendo a identificação e o manejo oportunos das condições clínicas associadas, a priorização do tratamento cirúrgico, a prevenção de complicações e a reabilitação precoce;

V - promover a continuidade e a integralidade do cuidado, mediante a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, com planejamento da alta, contrarreferência e continuidade da reabilitação e dos cuidados após a hospitalização; e

VI – monitorar os resultados assistenciais e da Linha de Cuidado, visando a avaliação da qualidade da atenção, a identificação de barreiras de acesso e o aperfeiçoamento contínuo dos processos de cuidado e gestão.

Art. 3º - São públicos-alvo da Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa, os profissionais, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais.

Art. 4º - Configuram-se como pontos da rede de atenção na Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa:

I – Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

II - Serviços de Urgência Não-Hospitalar;

III - Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência;

IV - Serviços Hospitalares de Referência para realização do tratamento cirúrgico da fratura do fêmur proximal;

V - Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)/Unidades de Cuidados Prologados (UCP)/Hospital de Cuidados Prologados (HCP);

VI - Atenção Domiciliar;

VII - Atenção Ambulatorial Especializada; e

VIII - Atenção Primária à Saúde (APS).



Art. 5º - O SAMU 192 é o componente móvel pré-hospitalar da Rede de Urgência e Emergência e deve prestar atendimento, conforme a gravidade do paciente, nos seguintes termos:

I - realizar o atendimento pré-hospitalar móvel e a estabilização inicial da pessoa idosa com suspeita ou confirmação de fratura do fêmur proximal, conforme protocolos assistenciais vigentes;

II - observar os princípios da avaliação inicial sistematizada do trauma, reconhecer precocemente a gravidade da lesão, identificar situações de risco iminente à vida, controlar hemorragias, prover analgesia adequada, realizar imobilização segura e efetivar o transporte oportuno para serviços com capacidade diagnóstica e terapêutica;

III – comunicar à Central de Regulação das Urgências a situação clínica do paciente com suspeita ou confirmação fratura do fêmur proximal para que a CRU proceda com a análise e a estratificação do caso direcionando-o para o destino assistencial mais adequado em função do tempo-resposta e da necessidade de acesso à intervenção na janela cirúrgica de até 48 (quarenta e oito) horas, observado o seguinte fluxo:

a) a linha de cuidado do idoso com fratura de fêmur proximal prevê o transporte direto para a unidade com capacidade cirúrgica, contudo, em situações críticas nas quais o estado clínico do paciente imponha risco imediato à vida, admite-se o encaminhamento provisório para uma porta de urgência mais próxima tão somente para manobras de suporte básico/avançado de vida e estabilização clínica;

b) superado o risco vital imediato, o transporte ao hospital cirúrgico de referência deve ser realizado imediatamente, visando garantir o cumprimento da janela terapêutica estabelecida.

IV - garantir o transporte seguro do paciente até a unidade de referência definida pela regulação, observando critérios de segurança assistencial e continuidade do cuidado.

§ 1º - O SAMU 192 não deve proceder com o encaminhamento da Pessoa idosa com suspeita de fratura do fêmur proximal para Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e demais serviços de urgência não hospitalares.

§ 2º - A transferência de idosos com fratura de fêmur proximal para hospital de referência com capacidade cirúrgica deverá ser priorizada pela Central de Regulação de Urgência, podendo ser adotado o instituto da Vaga Zero pelo SAMU 192 quando inexistir alternativa regulatória em tempo oportuno, considerando tratar-se de condição clínica cuja intervenção cirúrgica ideal deve ocorrer em até 48 horas da fratura, conforme Diretrizes Brasileiras do Ministério da Saúde, visando à redução de complicações como pneumonia,



delirium, lesão por pressão, tromboembolismo venoso, infecções relacionadas à internação prolongada e aumento da mortalidade;

§ 3º - O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) deverá promover a capacitação permanente de suas equipes para o atendimento às pessoas idosas com suspeita ou confirmação de fratura do fêmur proximal, com ênfase no reconhecimento precoce da lesão, na mobilização e imobilização adequadas, no manejo inicial da dor e no transporte seguro até unidade hospitalar apta ao tratamento, de forma a minimizar o risco de agravamento da lesão e de complicações associadas.

§ 4º - No âmbito do atendimento pré-hospitalar móvel, o Corpo de Bombeiros Militar poderá ser acionado em apoio ao SAMU 192, sujeito à disponibilidade operacional. Destaca-se que a atuação da corporação é voltada precipuamente ao resgate, imobilização e transporte do paciente com suspeita de fratura de fêmur, não englobando a administração de analgesia medicamentosa, a qual permanece sob responsabilidade e escopo de conduta do SAMU 192.

Art. 6º - Os serviços de urgência não hospitalares (UPA24h, Pronto Socorros e Unidades Mistas) não se configuram como porta preferencial para o atendimento de casos de pessoa idosa com suspeita ou confirmação de fratura do fêmur proximal, devendo receber apenas a demanda espontânea, realizar estabilização inicial, proceder com o encaminhamento ao hospital de referência para o atendimento e cirurgia, em conformidade com o fluxo regulatório e grade de referência pactuada.

§ 1º - o encaminhamento da pessoa idosa com fratura de fêmur proximal da UPA 24h, Pronto Socorros e Unidades Mistas para o hospital de referência para o tratamento cirúrgico deverá ser realizado pelo SAMU 192 ou transporte similar a ser providenciado pelo município.

§ 2º - A regulação deverá ser realizada em caráter prioritário absoluto pela CORE, considerando ainda as diretrizes federais que regulamentam a permanência do paciente nessas Unidades por no máximo 24 horas, devendo a permanência do paciente restringir-se ao período estritamente necessário para avaliação inicial, estabilização e organização da transferência.

Art. 7º - Os Hospitais do Programa Portas de Urgência e Emergência tipificados como Hospital Geral devem priorizar o atendimento da pessoa idosa com fratura do fêmur proximal, realizar a estabilização clínica e o diagnóstico por imagem necessários, conforme protocolos assistenciais vigentes e solicitar a transferência, por meio da regulação, em caráter prioritário absoluto para o Hospital de Referência, de modo a viabilizar a realização do tratamento cirúrgico



dentro da janela terapêutica de até 48 (quarenta e oito) horas após o evento traumático, conforme a grade pactuada.

Art. 8º - Os serviços de atenção hospitalar referência para a cirurgia de fratura do fêmur proximal deverão prestar a assistência integral e oportuna, a saber:

I - disponibilizar recursos estruturais, apoio diagnóstico e recursos humanos para garantir a realização do tratamento cirúrgico em janela cirúrgica de até 48 horas após o trauma;

II - atuar como referência regional para casos de maior complexidade e receber pacientes regulados pelas Centrais de Regulação da Rede de Urgência e Emergência;

III - realizar a confirmação diagnóstica da fratura do fêmur, a definição da indicação cirúrgica e assegurar a admissão do paciente em unidade hospitalar adequada ao seu perfil clínico, de forma que a permanência em áreas de observação se restrinja ao período estritamente necessário para estabilização e definição da conduta;

IV - disponibilizar a avaliação da Geriatria ou Clínica Médica para otimização de comorbidades, exames de imagem, ECG e revisão laboratorial para verificação de anemia, desequilíbrio eletrolítico, diabetes descompensada e outros;

V - promover a avaliação e o manejo nutricional precoce do Pessoa idosa com fratura do fêmur, mediante realização de triagem nutricional nas primeiras 24 horas de internação, avaliação por profissional habilitado quando identificado risco nutricional ou desnutrição, implementação de terapia nutricional individualizada;

VI - disponibilizar equipe ortopédica capacitada para atendimento e cirurgia das fraturas proximais do fêmur, assegurando acesso ao bloco cirúrgico em caráter prioritário, definindo a estratégia terapêutica mais adequada, considerando o tipo de fratura e as condições clínicas do paciente;

VII - utilizar protocolos assistenciais bem definidos para respaldar a priorização cirúrgica, evitar retardamento cirúrgico devidos a exames não essenciais, salvo se houver instabilidade clínica grave que coloque o paciente em risco iminente de morte não sendo aceitáveis como justificativa a indisponibilidade de agenda cirúrgica, pendências administrativas ou solicitação de exames complementares sem indicação clínica relevante;

VIII - iniciar as ações de reabilitação precocemente, elaborar o Plano Terapêutico Singular para continuidade do cuidado, planejar a transição do cuidado para os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde e apoiar a continuidade da assistência após a alta hospitalar.

Parágrafo único - A fratura do fêmur proximal na pessoa idosa deve receber priorização cirúrgica, visando proteger a vida.



Art. 9º - A continuidade do cuidado hospitalar da pessoa idosa com fratura do fêmur proximal deverá receber prioridade dentre os casos com perfil de transferência para continuidade do cuidado nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, Hospitais de Cuidados Prolongados e Unidades de Cuidado Prolongado, sendo o mais adequado a alocação do paciente mais próxima da sua residência, em conformidade com as grades de referência pactuadas e devem considerar para fins de elegibilidade:

I - processo pós-agudo ou crônico agudizado que requeira atendimento multiprofissional de alta intensidade a nível hospitalar, com foco no melhor controle de sintomas causados pela condição de base;

II - dependência funcional moderada a grave;

III - pacientes com potencial de reabilitação e menor necessidade de suporte tecnológico intensivo;

IV - presença de condições clínicas estabilizadas, que necessitam de adaptação às sequelas de processos clínicos, cirúrgicos ou traumatológicos;

V - uso de dispositivos (traqueostomia, gastrostomia, sondas vesicais, ventilação mecânica prolongada); e

VI - risco de complicações (lesão por pressão, infecções recorrentes, desnutrição, pneumonia, dentre outros).

Parágrafo único - O hospital responsável pela continuidade do cuidado deverá seguir as diretrizes terapêuticas do hospital referenciador, conforme Plano Terapêutico Singular recebido, possuir equipe multiprofissional, conforme sua tipologia, estrutura, materiais e equipamentos para reabilitação, dispostos na Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.736, de 19 de junho de 2024, que aprova as normas gerais, critérios de elegibilidade e fluxos de credenciamento para as UCCI e suas atualizações.

Art. 10 - O Serviço de Atenção Domiciliar deve oferecer cuidado multiprofissional no domicílio por meio da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) e Equipe Multiprofissional de Apoio a Reabilitação (EMAP-R), conforme critério de elegibilidade mínimos:

I – estabilidade hemodinâmica e respiratória;

II - ausência de necessidade de monitorização contínua hospitalar;

III - plano terapêutico já definido pela equipe hospitalar;

IV - necessidade de cuidados frequentes/complexos no domicílio;



V - dependência para Atividades de Vida Diárias (AVDs) e risco elevado de complicações;

VI - necessidade de reabilitação intensiva e contínua, de acordo com os níveis de complexidade funcional; e

VII - presença de cuidador capacitado ou com potencial de capacitação.

Art. 11 - A reabilitação deverá ser ofertada o mais próximo possível da residência da pessoa com fratura do fêmur proximal por meio dos Ambulatórios Municipais de Reabilitação, Centros Especializados em Reabilitação - CER da Rede da Pessoa com Deficiência - RCPD, em articulação com a APS e demais pontos da Rede de Atenção.

Art. 12 - Depois do período de hospitalização, os casos de instabilidade clínica ou descompensação da pessoa idosa que sofreu fratura do fêmur proximal deverão ser encaminhados ao hospital da Rede de Urgência e Emergência, conforme pactuação da grade de referência.

Art. 13 - A Atenção Primária à Saúde deverá desempenhar papel central na prevenção da fratura do fêmur proximal em pessoas idosas, cabendo aos gestores municipais, conforme o perfil epidemiológico de sua população, desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de quedas, incluindo a identificação dos fatores de risco, a orientação sobre práticas seguras no domicílio e na comunidade, o incentivo à manutenção da capacidade funcional e o fortalecimento da educação em saúde para pessoas idosas, familiares e cuidadores.

Parágrafo único - Encontra-se no Anexo III desta Resolução o protocolo contendo as diretrizes assistenciais e recomendações clínicas aplicáveis à assistência da pessoa idosa com fratura do fêmur proximal do atendimento hospitalar a reabilitação pós alta.

Art. 14 - O Comitê Gestor Regional da Rede de Urgência e Emergência, de cada macrorregião de saúde deverá analisar e discutir o fluxo assistencial e regulatório existente para elencar os hospitais de referência para as cirurgias de fratura do fêmur proximal pessoa idosa.

§ 1º - Para a definição dos hospitais de referência desta Linha de Cuidado, devem ser considerados aqueles hospitais públicos ou filantrópicos que atendam os seguintes requisitos:

I - possuir habilitação em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia ou demonstrar capacidade instalada para a realização de procedimentos cirúrgicos ortopédicos de média e alta complexidade relacionados ao tratamento da fratura do fêmur proximal;

II - dispor de serviço de urgência e emergência com atendimento ininterrupto;



III - possuir centro cirúrgico com capacidade para realização de cirurgia ortopédica em caráter de urgência;

IV - dispor de equipe de ortopedia e traumatologia em regime de sobreaviso ou presencial, conforme organização do serviço;

V - garantir acesso aos serviços de anestesiologia, exames laboratoriais, diagnóstico por imagem (radiografia e tomografia computadorizada, quando indicada), hemoterapia e Unidade de Terapia Intensiva, para os casos que necessitem de suporte intensivo;

VI - assegurar equipe multiprofissional para avaliação e acompanhamento do paciente durante a internação, incluindo, no mínimo, fisioterapia, nutrição e serviço social, além de acesso à avaliação geriátrica ou clínica para otimização pré-operatória, conforme organização da rede;

VII - adotar protocolos assistenciais que priorizem a realização do tratamento cirúrgico em tempo oportuno, visando o cumprimento da janela de intervenção cirúrgica de até 48 horas após a admissão hospitalar, quando as condições clínicas do paciente permitirem;

VIII - apresentar produção assistencial compatível com o tratamento cirúrgico de fratura do fêmur proximal ou demonstrar capacidade técnica e operacional para sua execução, conforme critérios definidos nesta Resolução;

IX - comprometer-se a atender as macrorregiões pactuadas na grade de referência.

§ 2º - As ações descritas no caput deverão resultar em pactuação, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional (CIB Macro), das grades de referência da Rede de Urgência e Emergência para a atenção à pessoa idosa com fratura do fêmur proximal, no mês de outubro do corrente ano.

§ 3º - A divulgação da grade assistencial deve ser realizada no âmbito da Rede de Urgência Emergência, para todos os estabelecimentos de saúde e Centrais de Regulação.

§ 4º - Sempre que oportuno os fluxos e a grade de referência deverão ser revisados, buscando evitar peregrinações e perda de janela terapêutica.

Art. 15 - O fluxo regulatório da pessoa idosa com suspeita ou confirmação de fratura do fêmur proximal constitui caso de prioridade regulatória máxima na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em razão de tratar-se de condição tempo-dependente cuja demora na intervenção cirúrgica está associada ao aumento da morbimortalidade e da incapacidade funcional.

§ 1º - Quando inexistir disponibilidade imediata de leito ou houver risco de perda da janela terapêutica, a autoridade reguladora poderá determinar a transferência



mediante utilização da regulação com prioridade máxima, visando o encaminhamento em caráter prioritário absoluto, observado o interesse sanitário e a garantia da continuidade assistencial.

§ 2º - Compete à CORE/MG:

I – classificar e priorizar os casos suspeitos ou confirmados de fratura do fêmur proximal como agravo tempo-dependente, considerando o risco de sequela e morte associado ao trauma;

II – assegurar a regulação para transferência em tempo oportuno de pacientes oriundos de Hospitais da Rede de Urgência com confirmação de fratura do fêmur proximal para o Hospital de referência de modo a viabilizar a realização do tratamento cirúrgico dentro da janela terapêutica de até 48 horas.

III – verificar a disponibilidade de leitos, suporte intensivo, recursos diagnósticos, equipe multiprofissional especializada e retaguarda cirúrgica;

IV – monitorar os tempos regulatórios e assistenciais relacionados ao atendimento e transferência da pessoa com fratura do fêmur proximal;

V – promover comunicação estruturada entre os serviços solicitantes, transporte adequado e unidades executantes, assegurando continuidade do cuidado e segurança assistencial;

Art. 16 - É necessário garantir a contrarreferência da pessoa idosa com fratura do fêmur proximal, quando houver indicação para continuidade do cuidado disponíveis na região de origem do paciente, em conformidade com os fluxos assistenciais, conforme pactuação das grades de referência da Rede de Urgência e Emergência, assegurando a integralidade e a longitudinalidade da assistência.

Art. 17 - A Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa será acompanhada por meio de indicadores de qualidade destinados à avaliação da implantação da Estratégia Assistencial, da organização da Rede de Atenção à Saúde e da qualidade da assistência prestada.

§ 1º - Os indicadores propostos constam no Anexo I desta Resolução.

§ 2º - O monitoramento dos indicadores tem caráter assistencial e de gestão, destinando-se à avaliação da implantação da Linha de Cuidado, à identificação de oportunidades de melhoria e ao aperfeiçoamento contínuo dos processos assistenciais, não constituindo mecanismo de incentivo financeiro nesta Resolução.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

§ 3º - Os resultados do monitoramento poderão subsidiar o planejamento, a avaliação e a adoção de ações de qualificação da assistência pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, pelos Comitês Gestores Regionais da Rede de Urgência e Emergência e pelos gestores municipais e serviços de saúde envolvidos.

Art. 18 – A Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa constitui projeto acessório da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas, no âmbito do Módulo Valor em Saúde.

Parágrafo único - O financiamento estadual da Linha de Cuidado está vinculado às normas do Módulo Valor em Saúde regidas pela Resolução SES/MG nº 10.838 de 15 de dezembro de 2025 da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas e suas atualizações, considerando os indicadores 1 e 2 do Quadro 1, no Anexo I e os procedimentos estratégicos relacionados ao tratamento cirúrgico da fratura do fêmur proximal, dispostos no Quadro 2 do Anexo I desta Resolução.

Art. 19 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 19 de agosto de 2026.

**FÁBIO BACCHERETTI VITOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**

ANEXOS I, II E III DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 11.572, DE 19 DE AGOSTO DE 2026 (disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br).



ANEXO I DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 11.572, DE 19 DE AGOSTO DE 2026.

INDICADORES SUGERIDOS PARA MONITORAMENTO DA LINHA DE CUIDADO DA FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL NA PESSOA IDOSA

Com o objetivo de promover a qualificação da assistência à pessoa idosa com fratura do fêmur proximal são sugeridos indicadores para o monitoramento da Linha de Cuidado, considerando o caráter tempo-dependente desse agravo e os expressivos índices de morbimortalidade associados.

Os resultados dos indicadores deverão ser apresentados e analisados nos Comitês Gestores Regionais da Rede de Urgência e Emergência, visando ao aprimoramento do tempo de acesso ao tratamento cirúrgico, à melhoria da qualidade da assistência e à redução das complicações e dos prejuízos funcionais decorrentes da fratura do fêmur proximal.

Os sete indicadores sugeridos no Quadro 01 compõem, em conjunto, o painel de acompanhamento da linha de cuidado, sendo que os indicadores 1 e 2 são indicados como critério para o financiamento estadual por meio da Política Estadual Valora Minas – Valor em Saúde, através do Bônus Anual por Eficiência calculado conforme a metodologia dos Grupos Diagnósticos Relacionados (DRG) junto aos procedimentos estratégicos da Rede de Urgência e Emergência relacionados ao tratamento cirúrgico da fratura do fêmur proximal na pessoa idosa listados no Quadro 02, observada a regulamentação específica da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas, regida pela Resolução SES/MG nº 10.838 de 15 de dezembro de 2025 e suas atualizações.

Quadro 1 - Sugestão de indicadores para qualificação assistencial.

Nº Indicador	Indicador	Numerador	Denominador	Meta	Periodicidade	Fonte
1	Tempo de tratamento cirúrgico (≤ 48h)	Nº de pacientes idosos com fratura do fêmur proximal operados em até 48h do trauma (emissão AIH) *	Nº total de pacientes idosos com fratura do fêmur proximal operados no período	≥ 90% de desempenho na janela cirúrgica adequada de até 48h	Mensal	DRG



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

2	Eficiência da Assistência Hospitalar a Pessoa Idosa com fratura do fêmur proximal.	Tempo de permanência médio realizado dos pacientes idosos com FFP no período	Tempo de permanência médio previsto dos pacientes idosos com FFP no período	100%	Quadrimestral	DRG
3	Incidência de Lesão por Pressão	Nº de pacientes idosos que desenvolveram LPP (estágio ≥ 2) durante a internação	Nº total de pacientes idosos internados por fratura do fêmur proximal no período	Tendência de redução progressiva, com meta assistencial de zero eventos evitáveis	Quadrimestral	DRG, NOTIVISA.
4	Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)	Nº de pacientes idosos que apresentaram ISC	Nº total de pacientes idosos que foram submetidos ao tratamento cirúrgico de FFP	Tendência de redução progressiva, com meta assistencial de zero eventos evitáveis	Quadrimestral	DRG, prontuário do paciente e documentos internos da instituição
5	Taxa de <i>delirium</i> pós-operatório	Número de pacientes idosos com <i>delirium</i>	Número total de pacientes idosos submetidos a tratamento cirúrgico da FFP	Tendência de redução progressiva, com meta assistencial de zero eventos evitáveis	Quadrimestral	Prontuário do paciente e Documentos internos da instituição.
6	Readmissão em até 30 dias após alta hospitalar	Nº de pacientes idosos readmitidos em até 30 dias da alta, por causa relacionada à fratura ou ao tratamento	Nº total de pacientes idosos com FFP que receberam alta no período	Redução progressiva	Quadrimestral	DRG
7	Taxa de mortalidade	Nº de pacientes idosos com FFP	Nº total de pacientes idosos	<30% ao ano	Quadrimestral	DRG e documentos



		submetidos a procedimento cirúrgico que evoluíram a óbito.	com FFP submetidos a procedimento cirúrgico			internos da instituição
--	--	---	--	--	--	----------------------------

***Autorização de Internação Hospitalar:** Optou-se por monitorar o tempo até o tratamento cirúrgico a partir da AIH pela limitação de se obter o dado do momento exato do trauma.

Fonte: Elaborado pela equipe SES-MG, com base em Voeten et al. (2018); Royal College of Physicians (2016); *Software Diagnosis Related Groups-Brasil*®.

Definição:

I- Grupo de Diagnósticos Relacionados (*Diagnosis-Related Groups – DRG*)

O Grupo de Diagnósticos Relacionados (*Diagnosis-Related Groups – DRG*) consiste em um sistema de classificação que agrupa pacientes em categorias similares, considerando características clínicas e assistenciais e o consumo de recursos.

II- Critérios para os Indicadores que envolvem métricas do *Software DRG*

Para a apuração dos indicadores que utilizam métricas do DRG, deverão ser observados os seguintes critérios:

- a) apresentar percentual mínimo de codificação das altas hospitalares igual ou maior a 95% da produção anual da instituição;
- b) apresentar percentual mínimo de codificação de 95% dos pacientes internados para tratamento da fratura do fêmur proximal no conjunto de MDCs nos quais os pacientes com fratura do fêmur proximal forem alocados, como MDC 8 (Doenças e Distúrbios do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo e o MDC 24 (Traumatismos Múltiplos Significativos); e
- c) apresentar desempenho mínimo no Índice de Qualidade da Informação Clínica (IQIC) ou no Índice de Confiabilidade da Informação Clínica (ICCI) de 75% em todas as altas codificadas no hospital.

III – Classificação Internacional de Doenças (CID) e Procedimentos relacionados a fratura do fêmur proximal

Para a identificação dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da fratura do fêmur proximal, serão considerados os procedimentos estratégicos da RUE listados no quadro abaixo:



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Quadro 2 - CID e Códigos SIGTAP aplicáveis para a fratura do fêmur proximal

Procedimentos	CID
408050632- TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	S720 - Fratura do colo do fêmur S721 - Fratura pertrocanterica S722 - Fratura subtrocanterica S727 - Fraturas múltiplas do fêmur
408040050 - ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	S720 - Fratura do colo do fêmur S721 - Fratura pertrocanterica
408050489 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	S720 - Fratura do colo do fêmur S721 - Fratura pertrocanterica S722 - Fratura subtrocanterica S727 - Fraturas múltiplas do fêmur
408050616 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	S722 - Fratura subtrocanterica S727 - Fraturas múltiplas do fêmur
408040092 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NAO CIMENTADA / HIBRIDA	S720 - Fratura do colo do fêmur
408040084 - ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL CIMENTADA	S720 - Fratura do colo do fêmur S721 - Fratura pertrocanterica
408040122 - EPIFISIODESE DO TROCANTER	S720 - Fratura do colo do fêmur S721 - Fratura pertrocanterica S722 - Fratura subtrocanterica
408040319 - TRAT. CIRURGICO DE FRATURA-LUXACAO DA ARTICULACAO COXOFEMORAL	S324 - Fratura do acetábulo
408050438 - TRAT. CIRURGICO DE AVULSAO DO GRANDE E DO PEQUENO TROCANTER	S720 - Fratura do colo do fêmur S721 - Fratura pertrocanterica S727 - Fraturas múltiplas do fêmur

Fonte: SIGTAP/DATASUS

Observação: Os procedimentos de caráter eletivo relacionados aos códigos CID S72, realizados em pacientes com 60 anos ou mais, não serão contemplados para fins de financiamento no âmbito desta Estratégia, uma vez que seu escopo se restringe ao atendimento de urgência. A elegibilidade dos procedimentos será definida com base nos dados assistenciais aferidos por meio do DRG e do SIH-SUS.



Governo de Minas Gerais
Secretaria de Estado de Saúde

Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais





GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Mateus Simões

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Fábio Baccheretti Vitor

ASSESSOR DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Antônio Cotta

SUBSECRETÁRIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Camila Moreira de Castro

SUPERINTENDENTE DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO HOSPITALAR

Cristiane Barbosa Marques

DIRETORA DE ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Rosana de Vasconcelos Parra

COORDENADOR DE GESTÃO DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITALARES

Felipe Ribeiro Martins

COORDENADORA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Ana Luisa Pinheiro de Souza

EQUIPE TÉCNICA ELABORADORA

Diovana Paiva Faustino

Kelly Danielle de Araújo

Letícia Fernanda Cota Freitas

Milene Marques Klering

Roxane Rafaela Macedo dos Santos

Valéria de Lima

EQUIPE TÉCNICA COLABORADORA

Anna Beatriz Rocha



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Bárbara Quintela Zanette Reis

Belle Normand de Assis Rocha

Cristiane Anibal de Laet Freitas

Cynthia Carolina Duarte Andrade

Donaria Souza Heleno Leonardo Batista

Gilselia Marcia Magalhaes Rodrigues

Gisele Marçal Pimenta

Lírica Salluz Mattos Pereira

Luciana Mesquita de Almeida Lara

Keila Jose de Carvalho

Natália Oliveira Dias

Patricia Keyth Alves de Oliveira Santos

Raquel Siqueira Viana

Roberta Nunes Mourão da Cunha Pereira

Vinícius Quaresma Guimaraes

COLABORADORES EXTERNOS

Dr. Guilherme Zanini Rocha - Médico Ortopedista da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Gustavus Lemos Ribeiro Melo - Médico Ortopedista da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia



Apresentação

A fratura do fêmur proximal constitui uma das principais causas de internação hospitalar por trauma na população idosa e representa importante problema de saúde pública em razão de sua elevada incidência, morbimortalidade, impacto funcional e repercussões socioeconômicas. Associada, principalmente, às quedas em pessoas idosas, essa condição está diretamente relacionada ao processo de envelhecimento populacional e à elevada prevalência de condições que comprometem a saúde óssea, especialmente a osteoporose, que contribui para o aumento da fragilidade óssea e o risco de fraturas. A fratura do fêmur proximal configura-se como importante causa de perda de independência funcional, institucionalização e mortalidade nessa população (Brasil, 2022; Porto et al., 2019)

A fratura do fêmur proximal na pessoa idosa está associada a elevado risco de complicações clínicas, perda da capacidade funcional, redução da qualidade de vida e aumento da mortalidade, especialmente quando o tratamento cirúrgico não é realizado em tempo oportuno. Evidências científicas demonstram que a realização da cirurgia em até 48 horas, desde que o paciente apresente condições clínicas adequadas, está relacionada à redução da mortalidade, do tempo de permanência hospitalar, das complicações e dos custos assistenciais, além de favorecer a recuperação funcional e o retorno às atividades de vida diária (Brasil, 2022; Leal et al., 2021).

Em Minas Gerais, o envelhecimento progressivo da população e a crescente demanda por procedimentos ortopédicos de alta complexidade têm imposto desafios significativos à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os dados assistenciais e os estudos institucionais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) evidenciam importantes desafios relacionados ao acesso oportuno ao tratamento cirúrgico, à distribuição regional da oferta de serviços especializados; à disponibilidade de órteses, próteses e materiais especiais (OPME); à organização dos fluxos regulatórios; e à capacidade instalada da rede hospitalar. Esse cenário repercute diretamente sobre os desfechos clínicos dos pacientes e contribui para o aumento da permanência hospitalar, dos custos assistenciais e da judicialização relacionada aos procedimentos traumato-ortopédicos. Recomenda-se, ainda, a revisão da remuneração dos procedimentos como estratégia de fortalecimento e sustentabilidade da linha de cuidado (Minas Gerais, 2026).

A atenção à pessoa idosa com fratura do fêmur proximal compreende um conjunto de ações integradas que se inicia no atendimento pré-hospitalar, perpassa a regulação do acesso, o tratamento hospitalar, a intervenção cirúrgica, os cuidados pós-operatórios e a reabilitação, estendendo-se até o acompanhamento longitudinal na Atenção Primária à Saúde. A articulação entre os diferentes



pontos de atenção da Rede é fundamental para assegurar acesso oportuno, cuidado integral, reabilitação precoce e prevenção de novas fraturas, promovendo melhores desfechos clínicos e maior qualidade de vida às pessoas acometidas por esse agravo (Brasil, 2010; Brasil, 2022).

Nesse contexto, o Estado de Minas Gerais, por meio da SES-MG, propõe a Estratégia de Organização da Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa, com o objetivo de orientar a organização da Rede de Atenção à Saúde para a assistência às pessoas acometidas por esta patologia, fortalecendo a regionalização da atenção especializada, qualificando os processos regulatórios, promovendo o cuidado baseado em evidências científicas e ampliando o acesso oportuno ao tratamento cirúrgico e à reabilitação. A presente Linha de Cuidado busca contribuir para a redução da morbimortalidade, da perda funcional, da permanência hospitalar, dos custos assistenciais e da judicialização, assegurando atenção integral, equânime e resolutiva à população mineira promovendo a melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2010; Brasil, 2022).

A Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa é resultado do compromisso da SES-MG com o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde e com a melhoria da qualidade da assistência em Traumatismo-Ortopedia. Sua elaboração fundamenta-se nas Diretrizes Brasileiras para o Tratamento da Fratura do Colo do Fêmur em Idosos, publicadas pelo Ministério da Saúde, em protocolos assistenciais nacionais e internacionais, nas evidências científicas mais atuais, nos estudos epidemiológicos e econômicos relacionados ao agravo e na análise dos principais gargalos assistenciais identificados na rede estadual, constituindo-se como instrumento orientador para gestores e profissionais de saúde na organização da assistência à pessoa com fratura do fêmur proximal (Brasil, 2022; Nice, 2023; AAOS, 2021).

Fábio Baccheretti Vitor

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS



Sumário

ANEXO I DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº, DE AGOSTO DE 2026- INDICADORES DE MONITORAMENTO	11
ANEXO II DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº, DE AGOSTO DE 2026	15
1. INTRODUÇÃO.....	24
1.1 A fratura do fêmur no contexto nacional.....	24
1.2 Princípios Norteadores da Linha de Cuidado da Fratura do fêmur	25
1.3 Relação com o Princípios Norteadores da Linha de Cuidado	26
2. OBJETIVO	27
2.1 Geral	27
2.2 Objetivos Específicos	27
3. EPIDEMIOLOGIA.....	28
3.1 Magnitude do Problema no Brasil e em Minas Gerais.....	28
3.2 Mortalidade e Impacto Funcional.....	30
3.3 Fatores de Risco	30
3.4 Distribuição Macrorregional das internações por fratura do fêmur em Minas Gerais 2016- 2025.....	31
4. FLUXO DO PACIENTE COM FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	38
5. REGULAÇÃO DO ACESSO	39
6. COMPOSIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO E PAPÉIS ASSISTENCIAIS DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO.....	41
7. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH).....	41
7.1 Estrutura e Competências	42
7.2 Critérios de Encaminhamento – Regulação.....	43
7.3 Educação Permanente e Qualidade Assistencial	43
7.4 Comunicação e Registro.....	44
8. SERVIÇO DE URGÊNCIA NÃO HOSPITALAR (UPA) E PRONTOS SOCORROS: PAPEL NA REDE E FLUXO DE REGULAÇÃO	44
8.1 Papel da UPA 24h, e Pronto Socorros e Unidades Mistas na Linha de Cuidado da Fratura do fêmur	44
8.2 Fluxo de Regulação para Internação	47
8.3 Transferência Inter Hospitalar – Responsabilidades e Documentação	47
9. DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	48
9.1 Acolhimento, classificação de risco e atendimento inicial.....	48
9.2 Diagnóstico.....	48



9.3 Estabilização Clínica e Manejo da Dor	48
9.4 Regulação assistencial e transferência.....	49
9.5 Indicadores de Qualidade sugeridos para monitoramento na Unidade de Origem	49
10. ATRIBUIÇÕES DOS HOSPITAIS REFERÊNCIA PARA A CIRURGIAS DE FRATURA DO FÊMUR	50
10.1 Atendimento Inicial e Diagnóstico (Portas de Urgência).....	50
10.2 Fluxo Hospitalar e Internação no Hospital Referência.....	50
10.3 Avaliação especializada e otimização clínica.....	51
10.4 Fase Pré-Operatória e Otimização Clínica	51
10.5 Tempos-Alvo para Tratamento Cirúrgico	52
10.6 Tratamento cirúrgico	52
10.7 Cuidados Pós-Operatórios e Reabilitação	52
10.8 Práticas Assistenciais Não Aceitáveis	53
10.9 Planejamento da Alta: Início na Admissão	53
10.10 Componentes Necessários do Plano de Alta de Fratura do fêmur	54
10.11 Critérios de Destino Pós-Alta	55
11. DIRETRIZES DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE	55
12. TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR	58
12.1 Princípios que regem a Transição do Cuidado Hospitalar	59
12.2 Elegibilidade para a Continuidade do Cuidado Hospitalar	60
12.3 Fluxo Assistencial para Encaminhamento da Pessoa Idosa com Fratura do Fêmur Proximal para continuidade do cuidado hospitalar.....	61
12.4 Regulação pela CORE SAÚDE MG	62
12.5 Transferência do usuário	62
12.6 Internação em UCCI, UCP ou HCP	62
12.7 Planejamento da alta.....	62
12.8 Contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde.....	62
13. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)	63
13.1 Critérios de Elegibilidade para Cuidados Domiciliares	64
13.1.1 Critérios mínimos de elegibilidade.....	64
13.1.2 Critérios de Inelegibilidade para o SAD.....	64
13.2 Elegibilidade para reabilitação	64
13.3 Atribuições do Serviço de Atenção Domiciliar na Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa.....	65
13.4 Planejamento da Alta Hospitalar	65
13.5 Articulação com a Rede de Atenção à Saúde	66
13.6 Encaminhamento formal.....	66



13.7 Acolhimento na Atenção Domiciliar/APS após a alta	66
13.8 Referência e Contrarreferência	66
13.9 Síntese Operacional do Fluxo.....	67
14. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)	67
14.1 Princípios e Diretrizes Organizativas da Atenção Ambulatorial Especializada	67
14.2 Objetivos da Atenção Ambulatorial Especializada	68
14.3 Acesso e Fluxos Assistenciais na Atenção Ambulatorial Especializada	68
14.4 Manejo das Complicações de Maior Complexidade	70
15. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL	71
15.1 Das ações de prevenção à fratura do fêmur proximal	71
15.2 Acompanhamento após a fratura	74
15.3 Coordenação do cuidado e reabilitação	76
15.4 Educação em saúde e prevenção secundária de novas fraturas	76
15.5 Organização do cuidado no território	77
15.6 Registro das informações e monitoramento	77
16. FLUXOGRAMA RESUMIDO – LINHA DE CUIDADO DA FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL NA PESSOA IDOSA	77
17. SÍNTESE DOS TEMPOS-ALVO DO PROTOCOLO SES-MG – FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL	79
18. REFERÊNCIAS	80
ANEXO III DA RESOLUÇÃO SES/MG- PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL NA PESSOA IDOSA	86



Dicionário de Siglas

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada

AAOS - *American Academy of Orthopaedic Surgeons*

AGA - Avaliação Geriátrica Ampla

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CER - Centro Especializado em Reabilitação

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias

CORE - Central de Operações para Regulação Estadual

DRG - Diagnosis Related Group

FFN - *Fragility Fracture Network*

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

JRRCPD - Junta Reguladora da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência

HCP - Hospitais de Cuidados Prolongados

NICE - *National Institute for Clinical Excellence*

NIR - Núcleo Interno de Regulação

OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais

PTS – Plano Terapêutico Singular

RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RM - Ressonância Magnética

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SBAR - Situação, Background, Avaliação e Recomendação

SBOT - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

TC - Tomografia Computadorizada

TEV- Tromboembolismo Venoso

TPH - Transporte Pré-Hospitalar



1. INTRODUÇÃO

1.1 A fratura do fêmur no contexto nacional

A fratura do fêmur constitui uma das mais graves emergências ortopédicas atendidas na rede pública de saúde brasileira. Associa-se à elevada morbimortalidade, alto custo assistencial e impacto funcional severo sobre a capacidade do paciente. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), esse agravo demanda resposta coordenada, ágil e qualificada desde o momento do atendimento pré-hospitalar até a alta hospitalar e a transição para os cuidados de reabilitação (BRASIL, 2018).

A fratura do fêmur proximal compreende um conjunto de lesões que acometem a extremidade proximal do fêmur. Do ponto de vista anatômico, essas fraturas são classificadas em intracapsulares, que incluem as fraturas da cabeça e do colo femoral; e extracapsulares, representadas pelas fraturas trocantéricas: transtrocantéricas e subtrocantéricas. Essa distinção possui relevância clínica por influenciar diretamente a estabilidade da fratura, o risco de comprometimento vascular da cabeça femoral, a indicação terapêutica, o tipo de procedimento cirúrgico e o prognóstico funcional do paciente (Brasil, 2022; *National Institute for Health and Excellence* - NICE, 2023).

A etiologia da fratura do fêmur proximal varia conforme a faixa etária e as condições clínicas do indivíduo. Em pessoas idosas, predominam os mecanismos de baixa energia, especialmente quedas da própria altura associadas à osteoporose e à fragilidade óssea. Em indivíduos jovens, por sua vez, essas fraturas geralmente decorrem de traumas de alta energia, como acidentes de trânsito ou quedas de altura significativa, frequentemente associadas a outras lesões traumáticas. Essa diferença etiológica exige abordagens assistenciais distintas, considerando as particularidades clínicas, funcionais e reabilitadoras de cada grupo populacional (*American Academy of Orthopaedic Surgeons* - AAOS, 2021; Brasil, 2022).

O manejo da fratura do fêmur proximal requer abordagem multiprofissional e integrada por envolver diferentes especialidades e níveis de atenção. Desde o primeiro atendimento, torna-se fundamental a avaliação clínica abrangente, incluindo identificação de comorbidades, estratificação do risco cirúrgico, controle da dor, prevenção de complicações clínicas, avaliação do seu *status* funcional antes da fratura e planejamento da reabilitação. Modelos assistenciais baseados na atuação conjunta entre ortopedia, clínica médica, geriatria, anestesiologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, serviço social e demais profissionais da equipe multiprofissional têm



demonstrado melhores desfechos clínicos, redução da permanência hospitalar e menor incidência de complicações (NICE, 2023)

Além do tratamento da lesão aguda, a atenção à pessoa com fratura do fêmur proximal deve contemplar medidas voltadas à recuperação funcional, prevenção de novas quedas, investigação e tratamento da osteoporose, bem como acompanhamento longitudinal após a alta hospitalar. A ocorrência de uma fratura por fragilidade representa importante marcador de risco para novos eventos osteoporóticos, tornando imprescindível a adoção de estratégias secundárias de prevenção, com participação articulada da Atenção Primária à Saúde e dos serviços especializados (Stolnicki, Oliveira, 2016; Brasil, 2017).

A gestão do cuidado à pessoa com fratura do fêmur proximal pressupõe a integração entre os componentes da Rede de Atenção à Saúde, para assegurar continuidade assistencial, coordenação do cuidado e adequada comunicação entre os diferentes pontos de atenção. Nesse contexto, a Linha de Cuidado configura-se como instrumento estratégico para orientar fluxos assistenciais, definir responsabilidades, estabelecer critérios de encaminhamento e promover maior integração entre os serviços, contribuindo para a qualificação da assistência e para a utilização mais eficiente dos recursos disponíveis (Brasil, 2017; Mendes, 2019).

A elaboração desta Linha de Cuidado fundamenta-se na necessidade de estruturar um modelo assistencial capaz de integrar as ações desenvolvidas pelos diferentes componentes da Rede de Atenção à Saúde, considerando as especificidades epidemiológicas, territoriais e assistenciais do Estado de Minas Gerais. A organização de fluxos regionais, a definição de responsabilidades entre os pontos de atenção, a qualificação dos processos regulatórios e a incorporação de práticas baseadas em evidências constituem elementos essenciais para garantir maior efetividade da assistência e promover os melhores resultados para os usuários do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017).

1.2 Princípios Norteadores da Linha de Cuidado da Fratura do fêmur

A estruturação das ações assistenciais e de gestão desta linha de cuidado fundamenta-se nos seguintes princípios:

- a) reconhecimento da fratura do fêmur proximal como condição tempo-dependente;
- b) integralidade do cuidado e atenção centrada na pessoa;
- c) acesso oportuno, equitativo e regionalizado;
- d) assistência baseada em evidências científicas;



- e) atuação inter e multidisciplinar;
- f) segurança do paciente e prevenção de complicações;
- g) reabilitação precoce e recuperação funcional;
- h) continuidade do cuidado e prevenção de novas fraturas.

1.3 Relação com o Princípios Norteadores da Linha de Cuidado

Esta Linha de Cuidado é acompanhada de um Protocolo Assistencial disposto no Anexo III, que reúne as recomendações clínicas aplicáveis às diferentes etapas do itinerário do paciente com fratura do fêmur proximal, abrangendo desde o atendimento pré-hospitalar até a reabilitação. O referido documento fundamenta-se nas diretrizes nacionais estabelecidas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) e pelo Ministério da Saúde, em conjunto com a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), além de incorporar o embasamento científico de sociedades internacionais de referência no manejo do trauma geriátrico, como *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (AAOS) e a *Fragility Fracture Network* (FFN).

A consolidação deste conteúdo técnico e clínico em documento próprio não visa substituir os protocolos assistenciais já formalizados nas instituições da Rede SUS-MG, os quais prevalecem quando existentes. O objetivo central é oferecer um referencial técnico alinhado às melhores práticas científicas vigentes, auxiliando no posicionamento uniforme dos diversos pontos da rede assistencial frente às etapas do cuidado da fratura do fêmur, servindo como ferramenta de especial utilidade para as unidades de saúde que ainda não dispõem de protocolo institucional próprio.

Diante da complexidade clínica e assistencial associada à fratura do fêmur proximal e da necessidade de garantir acesso oportuno ao cuidado, torna-se fundamental a organização de uma Linha de Cuidado que estabeleça fluxos assistenciais claros, critérios de encaminhamento e responsabilidades entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A definição e o monitoramento de indicadores assistenciais constituem ferramentas essenciais para avaliar a efetividade desses fluxos, identificar pontos críticos no percurso do usuário e subsidiar processos de regulação e tomada de decisão. Nesse sentido, a estruturação de uma Linha de Cuidado para a fratura do fêmur proximal da pessoa idosa no âmbito do SUS-MG busca promover maior integração entre os serviços, reduzir barreiras e lacunas no acesso ao cuidado oportuno e qualificar a coordenação da assistência, tendo os indicadores assistenciais como



instrumentos para o acompanhamento sistemático do desempenho da rede e para a identificação de oportunidades de melhoria.

2. OBJETIVO

2.1 Geral

Organizar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde para assegurar o acesso oportuno, o cuidado contínuo e integral à pessoa idosa com fratura do fêmur proximal no Estado de Minas Gerais,

2.2 Objetivos Específicos

- a) padronizar o cuidado à pessoa idosa com fratura do fêmur proximal em todas as fases da atenção, desde o atendimento pré-hospitalar até a reabilitação;
- b) estabelecer as diretrizes para os fluxos assistenciais para o atendimento à pessoa idosa com fratura do fêmur proximal nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- c) promover o acesso oportuno ao tratamento cirúrgico, estabelecendo tempos-alvo para cada etapa do cuidado, em conformidade com as melhores evidências científicas, visando à melhoria dos desfechos clínicos, da recuperação funcional e da segurança do paciente;
- d) fortalecer a atuação multiprofissional e interdisciplinar, com foco no cuidado centrado na pessoa, na avaliação integral do paciente, na prevenção de complicações, na reabilitação precoce, na desospitalização segura e na participação da família durante todo o processo assistencial;
- e) fortalecer a integração entre os componentes da Rede de Atenção à Saúde, articulando os serviços de atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, atenção hospitalar, reabilitação, Atenção Domiciliar e Atenção Primária à Saúde, assegurando a continuidade do cuidado;
- f) subsidiar gestores estaduais e municipais na organização da Rede de Atenção à Saúde, incluindo o planejamento regional da oferta assistencial, a definição de referências, a regulação do acesso;
- g) estimular a adoção de protocolos clínicos e assistenciais baseados em evidências científicas, promovendo a padronização das condutas, a segurança do paciente, a qualificação da assistência e a melhoria dos resultados clínicos;
- h) promover ações de prevenção secundária, incluindo a investigação e o tratamento da



osteoporose, a prevenção de quedas e o acompanhamento longitudinal das pessoas com fratura por fragilidade, com vistas à redução da ocorrência de novas fraturas e à preservação da capacidade funcional.

3. EPIDEMIOLOGIA

3.1 Magnitude do Problema no Brasil e em Minas Gerais

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional ocorre de forma mais acelerada comparada aos países desenvolvidos, porém em um contexto de menor preparo econômico, social e estrutural para atender às demandas dessa transição demográfica. Diferentemente dos países desenvolvidos, no Brasil os determinantes sociais como baixa renda, escolaridade limitada, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, condições inadequadas de moradia, fragilidade das redes de apoio e desigualdade regional influenciam diretamente a vulnerabilidade das pessoas idosas e contribuem para maior risco de incapacidade, quedas e ocorrência de fraturas, como as da extremidade proximal do fêmur (Veras, 2018).

A fratura da extremidade proximal do fêmur em pessoas idosas é reconhecida mundialmente como um dos maiores problemas de saúde pública. Dados da OMS demonstram que em 2030, 1 em cada 6 pessoas no mundo terá 60 anos ou mais. A parcela da população com 60 anos ou mais aumentará de 1 bilhão em 2020 para 1,4 bilhão. Em 2050, a população mundial de pessoas com 60 anos ou mais dobrará (2,1 bilhões). O número de pessoas com 80 anos ou mais deverá triplicar entre 2020 e 2050, chegando a 426 milhões (World Health Organization - WHO, 2023).

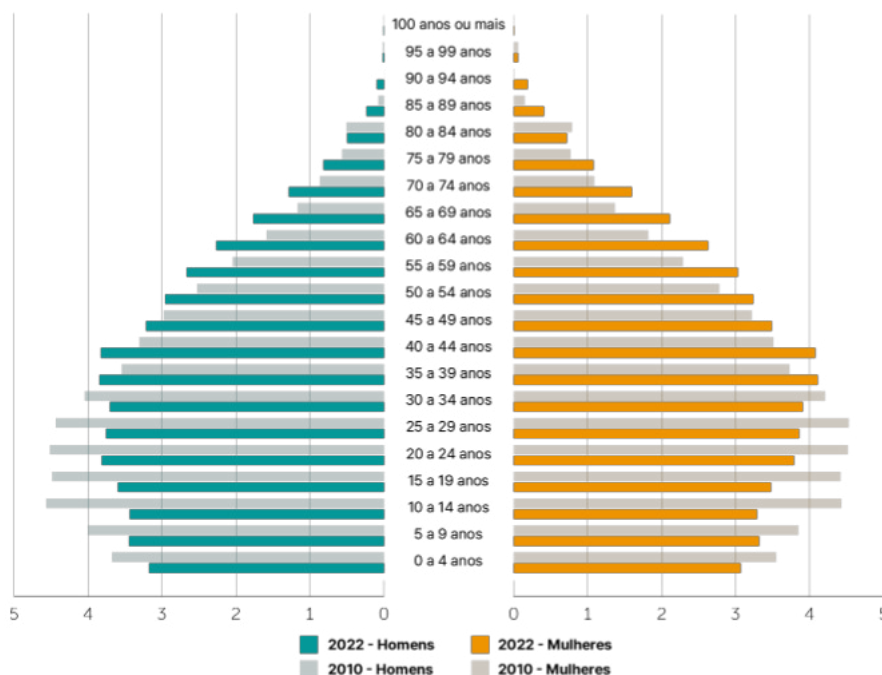
Dados do Censo Demográfico 2022, demonstram que o número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% na população do país em 12 anos. O total de pessoas dessa faixa etária chegou a cerca de 22,2 milhões de pessoas (10,9%) em 2022 contra 14 milhões (7,4%) em 2010.

Gráfico 1 – Pirâmide da população residente no Brasil por sexo e grupos de idade em 2010 e 2022



População residente no Brasil (%)

Segundo sexo e grupos de idade, em 2010 e 2022



Fontes: Censo Demográfico 2022: População por idade e sexo - Resultados do universo; IBGE - Censo Demográfico 2010

Fonte: IBGE (2023).

Embora a literatura frequentemente enfatize as fraturas proximais do fêmur em pessoas idosas, os dados epidemiológicos apresentados neste documento referem-se ao conjunto das fraturas do fêmur classificadas sob o CID-10 S72.

As fraturas da extremidade proximal do fêmur no Brasil também se configuram importante problema de saúde pública. Entre 2013 e 2022, foram registradas 568.367 internações de pessoas idosas por fratura do fêmur no SUS, observando-se tendência crescente ao longo do período, especialmente na região Sudeste do país (Silva et al., 2021).

A análise, das internações por fratura do fêmur (CID-10 S72) em Minas Gerais, no período de 2016 a 2025 totalizaram 148.353 em diversas faixas etárias confirmando a fratura do fêmur como uma das principais causas de hospitalização por lesões traumáticas e importante demanda para os serviços de ortopedia e traumatologia do estado, segundo dados do Tabwin produção SIH/SUS.

Sob a perspectiva epidemiológica, o elevado número de internações observado ao longo do período está diretamente relacionado à transição demográfica e ao envelhecimento populacional experimentado por Minas Gerais. A fratura do fêmur constitui um dos agravos mais fortemente associados à fragilidade física e à osteoporose, sendo mais frequente entre pessoas idosas, especialmente mulheres após a menopausa. (Radominski et al., 2017, Loures et al., 2024).



3.2 Mortalidade e Impacto Funcional

A mortalidade associada à fratura do fêmur é expressiva e multifatorial. No período pós-operatório imediato (primeiros 30 dias), a taxa de óbito varia de 5 a 10%. Em um ano, alcança 15% a 30% (Brasil, 2018). Os principais determinantes de mortalidade incluem: idade avançada, sexo masculino, presença de comorbidades (hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, demências), risco anestésico elevado (ASA III-IV), tempo prolongado entre trauma e cirurgia (superior a 48h–72h) e complicações pós-operatórias (pneumonia, tromboembolismo venoso, infecção de sítio cirúrgico e *delirium*) (Brasil, 2018).

3.3 Fatores de Risco

Osteoporose: principal fator de risco para fratura por fragilidade, incluindo a fratura de quadril; a condição é mais prevalente e mais frequentemente subdiagnosticada em mulheres na pós-menopausa (Radomininski et al., 2017).

Quedas: especialmente aquelas da própria altura, permanecem como o principal mecanismo traumático associado às fraturas proximais do fêmur em pessoas idosas. Estudos recentes demonstram que a maioria dessas fraturas decorre de traumas de baixa energia, característicos do envelhecimento, frequentemente associados à osteoporose, fragilidade e comprometimento funcional. Em série hospitalar brasileira 89,4% das fraturas proximais do fêmur ocorreram após quedas da própria altura, reforçando a importância de estratégias de prevenção de quedas nessa população (Trincado et al., 2022).

Idade avançada e sexo feminino: a fratura do fêmur em pessoas idosas apresenta predomínio no sexo feminino, com razão mulher: homem de 1,67:1 no Brasil, e concentração mais expressiva nas faixas etárias mais avançadas (Brasil, 2018).

Comorbidades: a presença de comorbidades (incluindo doenças cardiovasculares, renais, diabetes *mellitus* e eventos cerebrovasculares) é fator prognóstico relevante tanto para o risco de queda quanto para desfechos pós-fratura (Brasil, 2018).

Polifarmácia, sedentarismo e desnutrição: A polifarmácia é altamente prevalente na população idosa e frequentemente decorre da presença de múltiplas doenças crônicas, fator que amplia a vulnerabilidade da pessoa idosa e se soma a outros determinantes de risco para fratura por fragilidade. Entre esses determinantes, destacam-se o sedentarismo e a desnutrição — com consequente redução de massa muscular — e o baixo consumo de cálcio e vitamina D. Ademais, o



uso de medicações se associa a maior risco de queda, como anti-hipertensivos, benzodiazepínicos, antipsicóticos e hipoglicemiantes, fatores que devem ser considerados na estratificação de risco individual (Radominski et al., 2017).

3.4 Distribuição Macrorregional das internações por fratura do fêmur em Minas Gerais 2016-2025

A distribuição das internações por macrorregião de saúde demonstra importante concentração dos atendimentos em regiões que possuem maior densidade populacional, maior proporção de população idosa e maior oferta de serviços especializados. A Macrorregião Centro concentrou 48.290 internações, correspondendo a 33% de todas as internações por fratura do fêmur registradas em Minas Gerais.

As macrorregiões Sudeste e Norte apresentaram a segunda maior participação estadual, com 12.028 (8%) e 11.498 internações (8%), respectivamente. Em seguida, destaca-se a Macrorregião Triângulo do Norte, com 9.430 internações, representando 6% do total estadual.

As macrorregiões Oeste, Vale do Aço, Sul, Extremo Sul e Sudoeste apresentaram participações semelhantes, variando entre 5% e 5,4% do total estadual. Foram registradas 8.071 internações na Macrorregião Oeste, 7.355 no Extremo Sul, 7.279 no Sudoeste, 6.937 no Sul e 6.747 no Vale do Aço.

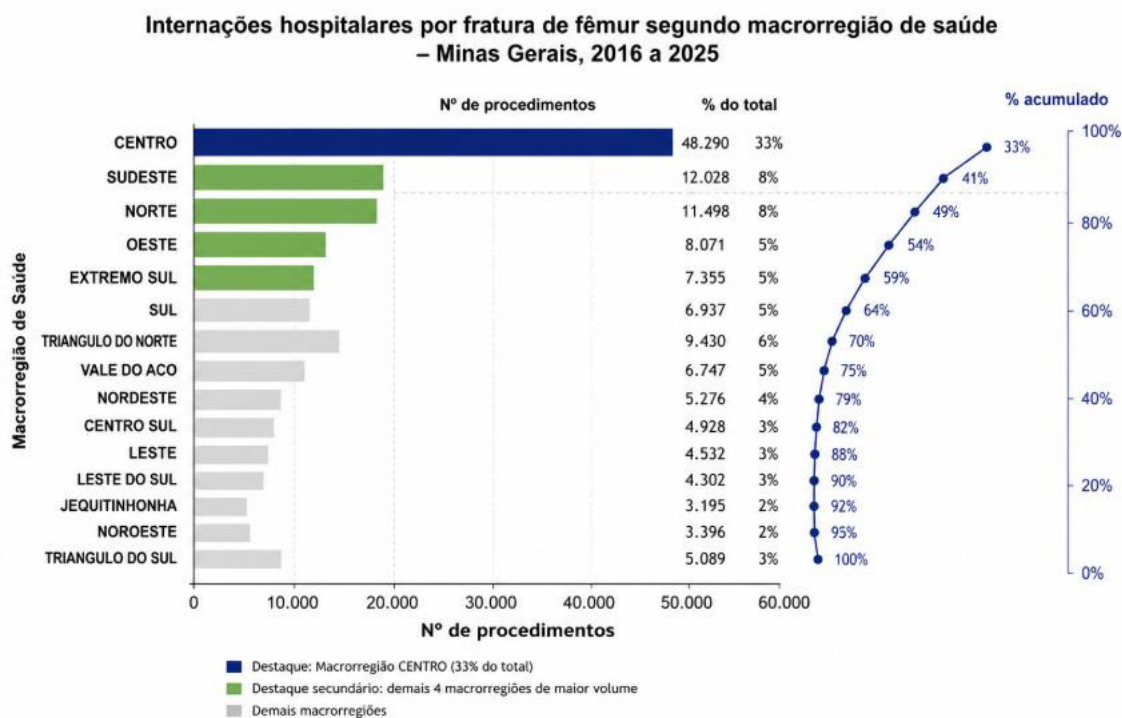
A Macrorregião Nordeste registrou 5.276 internações, correspondendo a 4% do total estadual, enquanto as macrorregiões Centro-Sul, Leste, Leste do Sul e Triângulo do Sul apresentaram participações de aproximadamente 3% cada, com volumes variando entre 4.302 e 5.089 internações. Os menores volumes de internações foram observados nas macrorregiões Jequitinhonha e Noroeste, com 3.195 e 3.396 internações, respectivamente, representando cerca de 2% do total estadual cada uma.

A distribuição regional observada sugere que as internações acompanham tanto a concentração populacional quanto a disponibilidade de serviços especializados. A predominância da Macrorregião Centro evidencia o papel central dos hospitais de referência estaduais, enquanto os expressivos quantitativos registrados nas macrorregiões Norte, Sudeste e Triângulo do Norte demonstram a importância da regionalização da assistência para garantir acesso oportuno ao tratamento cirúrgico e reduzir complicações decorrentes do atraso no atendimento.



Em síntese, o registro de 148.353 internações entre 2016 e 2025 evidencia uma elevada carga de morbidade associada a esse agravo, especialmente em um contexto de envelhecimento populacional conforme o Gráfico 1.

Gráfico 2 - Internações hospitalares por fratura do fêmur segundo macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2016 a 2025



3.5 Epidemiologia internações por fraturas do fêmur em Minas Gerais Sexo, Faixa etária, Óbitos

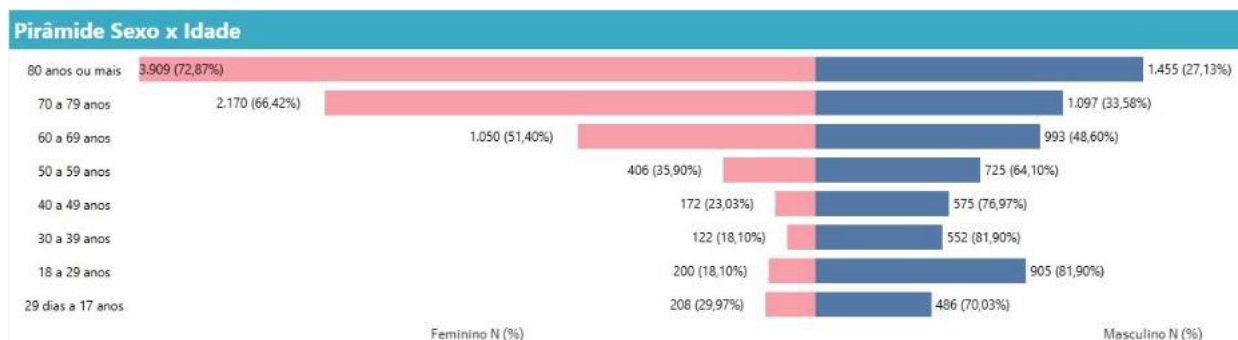
Dados do DRG Minas Gerais do ano de 2025 trazem a distribuição das internações por fratura do fêmur segundo sexo e faixa etária e evidenciam perfis epidemiológicos distintos ao longo do ciclo de vida. Nas faixas etárias mais jovens, observa-se predominância do sexo masculino, especialmente entre 18 e 29 anos, em que os homens representaram 81,9% dos casos (n=905), e entre 30 e 39 anos, correspondendo a 81,9% das internações (n=552).

Esse padrão também foi observado entre 40 e 49 anos (77,0%) e 50 e 59 anos (64,1%), sugerindo maior exposição masculina a traumas de alta energia, como acidentes de trânsito e acidentes ocupacionais.

Em contrapartida, a partir dos 60 anos ocorre uma inversão progressiva dessa distribuição, com predomínio do sexo feminino: 51,4% dos casos entre 60 e 69 anos (n=1.050), 66,4% entre 70 e 79 anos (n=2.170) e 72,9% entre indivíduos com 80 anos ou mais (n=3.909). A faixa etária

de 80 anos ou mais concentrou o maior número absoluto de internações, totalizando 5.364 casos, seguida pelo grupo de 70 a 79 anos, com 3.267 registros. Esses achados evidenciam um padrão epidemiológico bimodal: nos adultos jovens as fraturas do fêmur relacionam-se predominantemente a eventos traumáticos de alta energia, onde o sexo masculino prevalece. Já entre as pessoas idosas, especialmente mulheres longevas, associam-se ao envelhecimento, à osteoporose e ao consequente aumento do risco de quedas, configurando um importante problema de saúde pública relacionado à transição demográfica e ao envelhecimento populacional (DRG, 2025).

Gráfico 3 - Pirâmide sexo x idade



Fonte: DRG 2025.

Os dados do DRG Minas Gerais 2025 demonstram discreto predomínio do sexo feminino entre os pacientes internados por fratura do fêmur. Do total de casos analisados, 8.237 (54,8%) ocorreram em mulheres, enquanto 6.788 (45,2%) foram registrados em homens. Esse resultado reforça o perfil epidemiológico descrito na literatura, que associa a maior ocorrência de fraturas do fêmur em mulheres ao envelhecimento populacional, à osteoporose e ao aumento da fragilidade óssea no período pós-menopausa conforme Gráfico 4.

Gráfico 4 - Distribuição da Fratura do fêmur por sexo



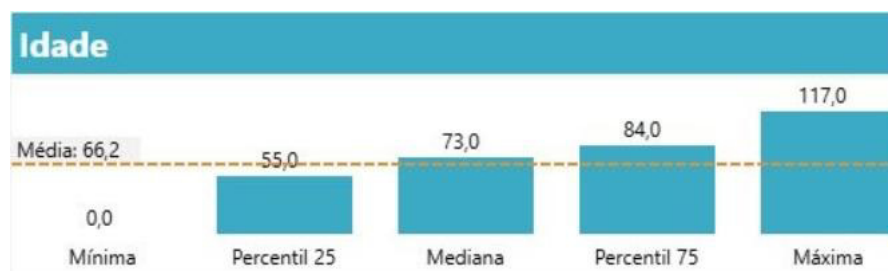
Fonte: DRG: 2025

Já em relação à idade, observa-se que as fraturas do fêmur acometeram predominantemente pessoas idosas, com média etária de 66,2 anos e mediana de 73 anos. Além disso, 75% dos pacientes



possuíam até 84 anos de idade (percentil 75), enquanto apenas 25% tinham menos de 55 anos (percentil 25). A idade máxima registrada foi de 117 anos, evidenciando a elevada concentração desse agravo nas faixas etárias mais avançadas e confirmando a estreita relação entre envelhecimento e ocorrência de fraturas do fêmur no estado de Minas Gerais, conforme Gráfico 5.

Gráfico 5 - Distribuição da Fratura do fêmur por idade



Fonte: DRG (2025).

3.6 Produção Hospitalar de Cirurgias em Minas Gerais por Macrorregião de Saúde e principais unidades hospitalares por volume cirúrgico

No período de 2016 a 2025, das 148.353 internações realizadas em Minas Gerais, 79.027 (53%) resultaram em procedimentos cirúrgicos relacionados às fraturas do fêmur, evidenciando o caráter predominantemente cirúrgico desse agravo.

A distribuição das cirurgias entre as macrorregiões de saúde evidencia um padrão semelhante ao observado para as internações, com forte concentração dos procedimentos em regiões que dispõem de hospitais de referência em traumatologia, ortopedia e atendimento de alta complexidade.

A Macrorregião Centro apresentou o maior volume cirúrgico, com 25.897 procedimentos, correspondendo a 33% de todas as cirurgias realizadas no estado. Esse resultado demonstra a centralidade da Região Metropolitana de Belo Horizonte na rede assistencial mineira, concentrando hospitais especializados e serviços capazes de absorver casos complexos provenientes de diferentes regiões do estado.

Em seguida, destacam-se as macrorregiões Sudeste, Norte e Triângulo do Norte, com 6.563 (8%), 6.543 (8%) e 6.172 procedimentos (8%), respectivamente. Esses resultados demonstram a importância da regionalização da assistência ortopédica em Minas Gerais e refletem a capacidade instalada dos hospitais localizados em polos como Juiz de Fora, Montes Claros, Janaúba e



Uberlândia. Essas regiões exercem papel estratégico na garantia do acesso oportuno ao tratamento cirúrgico, reduzindo deslocamentos para a capital e favorecendo a resolutividade local.

A Macrorregião Oeste registrou 4.893 procedimentos cirúrgicos, representando 6% do total estadual, enquanto a Macrorregião Sudoeste realizou 4.268 cirurgias (5%). As macrorregiões Sul, Extremo Sul e Triângulo do Sul apresentaram volumes relevantes, com 3.106, 3.205 e 2.799 procedimentos, respectivamente, representando entre 4% e 5% do total estadual. Essas regiões possuem hospitais de referência que exercem papel fundamental no tratamento das fraturas do fêmur, especialmente em áreas com elevada população idosa e demanda crescente por assistência ortopédica.

No grupo das macrorregiões com participação intermediária encontram-se Centro-Sul, Vale do Aço, Nordeste, Leste do Sul e Noroeste, que registraram entre 2.043 e 2.755 procedimentos cirúrgicos, correspondendo a aproximadamente 3% do total estadual cada uma. Embora apresentem menor volume absoluto de procedimentos, essas regiões contribuem significativamente para a descentralização da assistência e para a ampliação do acesso aos serviços cirúrgicos especializados.

As menores frequências foram observadas nas macrorregiões Jequitinhonha e Leste, com 1.411 e 1.635 procedimentos, respectivamente, representando cerca de 2% das cirurgias realizadas no estado. Esses resultados podem refletir características demográficas regionais, menor densidade populacional, limitações na oferta de serviços especializados ou ainda a necessidade de encaminhamento de pacientes para centros de referência localizados em outras macrorregiões.

Sob a perspectiva ortopédica, a cirurgia constitui o tratamento padrão para a maioria das fraturas do fêmur, especialmente as fraturas proximais em pessoas idosas e as fraturas diafisárias decorrentes de traumas de alta energia. A realização precoce da intervenção cirúrgica está associada à redução de complicações clínicas, menor tempo de permanência hospitalar, melhor recuperação funcional e menor mortalidade, particularmente entre pessoas idosas.

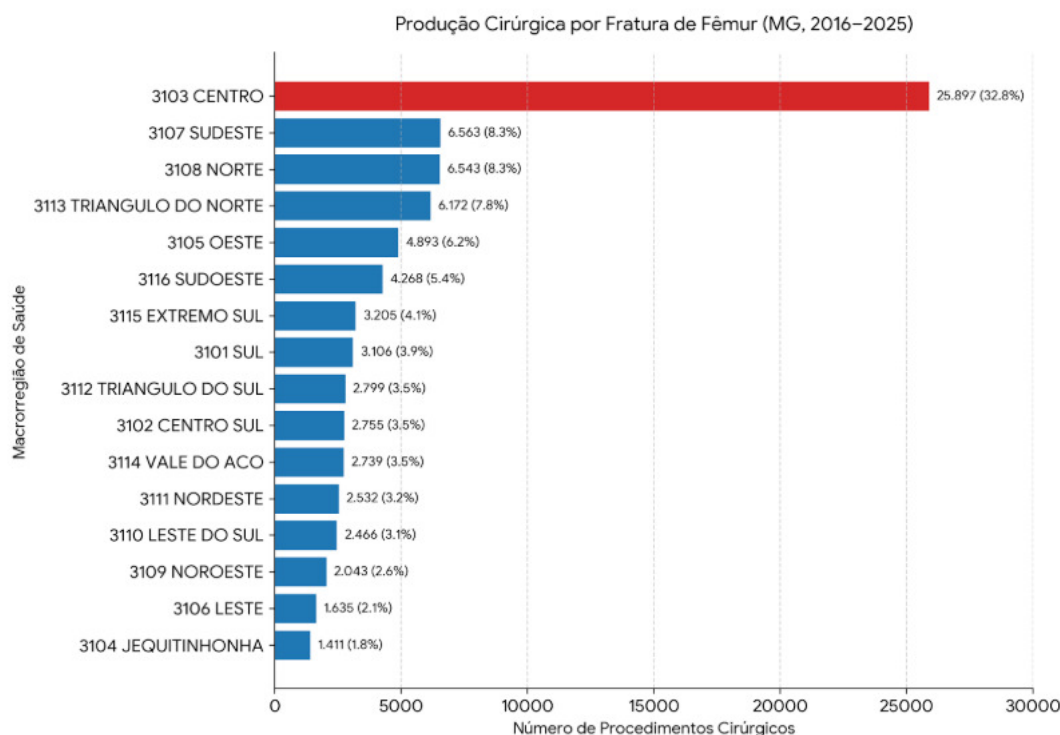
A concentração das cirurgias nas macrorregiões Centro, Sudeste, Norte e Triângulo do Norte demonstra a existência de polos assistenciais consolidados capazes de realizar procedimentos de maior complexidade, incluindo osteossínteses, artroplastias parciais e totais do quadril e tratamentos reconstrutivos de fraturas graves. Entretanto, os dados também evidenciam a necessidade contínua de fortalecimento da capacidade cirúrgica regional, especialmente em áreas mais distantes dos grandes centros, visando ampliar a equidade no acesso ao tratamento.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

A produção cirúrgica de 2016 a 2025 relacionada aos CID S-72 (Fratura do fêmur) relacionados aos procedimentos cirúrgicos de tratamento de fratura do fêmur (códigos SIGTAP 0408050489, 0408050519, 0408050586, 0408050616, 0408050624 e 0408050632) em pacientes de diversas faixas etárias está disposta no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Produção cirúrgica por fratura do fêmur segundo macrorregião de saúde – Minas Gerais, 2016 a 2025

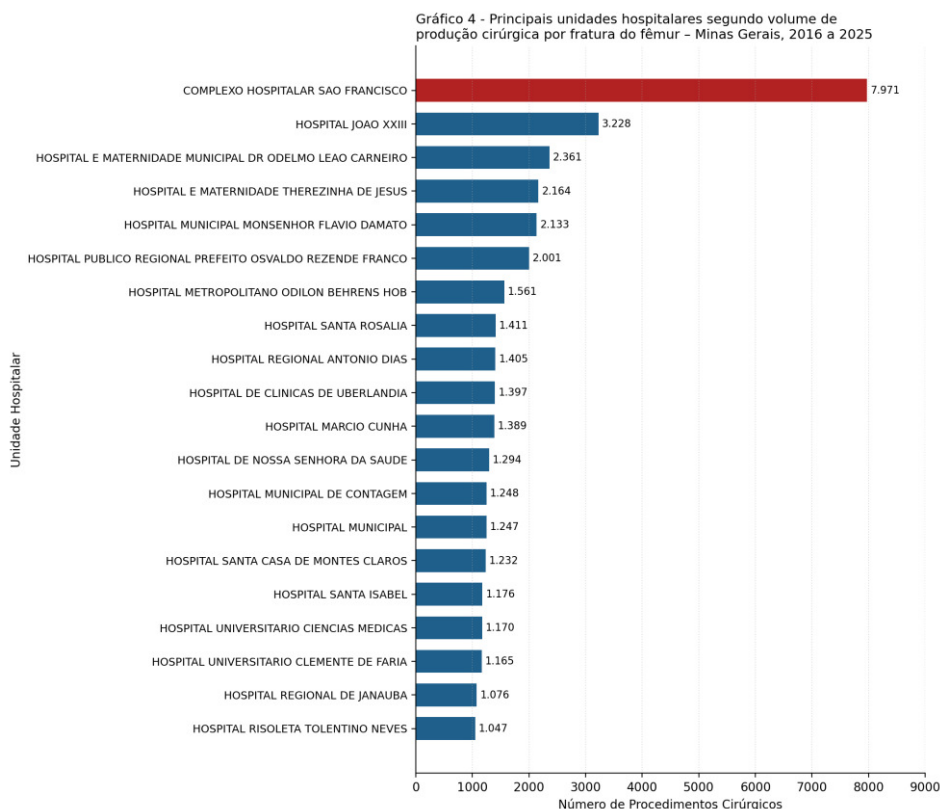


Nota: Extração realizada via TabWin (Produção Hospitalar.def), competências 01/2016 a 12/2025, base RDMG/RD*.dbc. 13.210.596 registros processados. Dados de produção hospitalar.
Fonte: SIH-SUS/DATASUS, com processamento da SES-MG (2026).

Gráfico 7 - Principais unidades hospitalares segundo volume de produção cirúrgica por fratura do fêmur – Minas Gerais, 2016 a 2025.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Nota: Extração realizada via TabWin (Produção Hospitalar.def), competências 01/2016 a 12/2025, base RDMG/RD*.dbc. 13.210.596 registros processados. Dados de produção hospitalar. Os dados acima refletem produção cirúrgica registrada (proxy de demanda efetivamente atendida), e não o mapeamento formal de leitos habilitados, escalas de plantão ortopédico e capacidade instalada por unidade.

Fonte: SIH-SUS/DATASUS, com processamento da SES-MG (2026).

Os dados revelam que a assistência à fratura do fêmur em Minas Gerais está fortemente concentrada em hospitais de média e alta complexidade, especialmente em Belo Horizonte, Uberlândia, Juiz de Fora, Sete Lagoas e Betim. O Complexo Hospitalar São Francisco (7.971 casos) e o Hospital João XXIII (3.228 casos) destacam-se como os maiores centros de tratamento do estado. Em conjunto, os dados do SIH/SUS e do DRG demonstram que a fratura do fêmur em Minas Gerais apresenta dois perfis epidemiológicos distintos: um associado a indivíduos mais jovens, predominantemente do sexo masculino e relacionado a traumas de maior energia, e outro concentrado na população idosa, especialmente em mulheres, fortemente associado ao envelhecimento, à osteoporose e às quedas da própria altura. Esse segundo grupo concentra a maior carga assistencial, funcional e econômica para o sistema de saúde.



4. FLUXO DO PACIENTE COM FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Linha de Cuidado da Pessoa Idosa com Fratura do Fêmur Proximal organiza o percurso assistencial do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelecendo os principais pontos de atenção, os fluxos de referência e contrarreferência e as responsabilidades dos serviços envolvidos no cuidado. Seu propósito é garantir assistência integral, coordenada e resolutive, promovendo acesso oportuno ao tratamento e continuidade do cuidado em todas as fases da atenção (Brasil, 2010; Mendes, 2019).

O fluxo assistencial habitual inicia-se no atendimento pré-hospitalar, realizado pelos serviços móveis de Urgência ou por demanda espontânea às unidades da Rede de Urgência e Emergência, onde ocorre a avaliação clínica inicial, o controle da dor, a estabilização do paciente e a confirmação diagnóstica. A partir dessa avaliação, o paciente deverá ser encaminhado ao hospital com capacidade para realização do tratamento definitivo ou, quando necessário, regulado para unidade de referência da Rede de Urgência e Emergência, conforme os fluxos assistenciais estabelecidos no Estado de Minas Gerais (Brasil, 2017; Brasil, 2022).

Caso o paciente procure a Atenção Primária à Saúde por demanda espontânea, ele deverá passar por acolhimento, avaliação rápida e identificação dos sinais de gravidade e realização dos primeiros cuidados e organização do encaminhamento para a Rede de Urgência e Emergência, para confirmação diagnóstica e continuidade do cuidado.

Na atenção hospitalar, o cuidado deve ser organizado de forma a minimizar o tempo entre a admissão e o tratamento definitivo, assegurando avaliação clínica, ortopédica e anestésica, realização dos exames complementares necessários, preparo cirúrgico e disponibilidade de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), quando indicados. A integração entre as equipes assistenciais e os Complexos Reguladores é fundamental para evitar atrasos desnecessários e favorecer o acesso oportuno ao tratamento cirúrgico (Brasil, 2022; NICE, 2023).

Após o tratamento definitivo, o paciente deverá iniciar precocemente as medidas de reabilitação ainda durante a internação hospitalar, com planejamento da alta de forma articulada entre a equipe multiprofissional e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Sempre que necessário, deverão ser estabelecidos os encaminhamentos para a continuidade do cuidado hospitalar, os serviços de reabilitação, Serviço de Atenção Domiciliar e Atenção Primária à Saúde,

assegurando a continuidade do cuidado, a recuperação funcional, a prevenção de complicações e o acompanhamento clínico após a alta hospitalar (Brasil, 2022; FFN, 2021).

A organização desse fluxo pressupõe atuação integrada entre os diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde, de forma que cada ponto de atenção desempenhe suas responsabilidades de maneira articulada, garantindo acesso oportuno ao tratamento, adequada transição do cuidado e acompanhamento longitudinal do usuário. A Figura 2 apresenta o fluxo assistencial proposto para a Linha de Cuidado da Pessoa com Fratura do Fêmur Proximal no Estado de Minas Gerais.

Figura 1 - Jornada da pessoa idosa com fratura do fêmur proximal no SUS-MG: fluxo integrado na Linha de Cuidado



Fonte: SES/MG. Elaborado pela SES/MG com auxílio de ferramenta de IA generativa (2026).

5. REGULAÇÃO DO ACESSO

A Regulação do Acesso à Assistência é nortada pela Política Nacional de Regulação e pela Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência no âmbito do estado de Minas Gerais. Possui como objetivos: a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso a dos fluxos assistenciais de urgência e emergência no âmbito do SUS/MG.



Esta é uma função essencial de gestão do SUS, compreendendo aspectos gerenciais, administrativos, tecnológicos e clínicos, com vistas à garantia do acesso oportuno, qualificado e resolutivo às ações e serviços de saúde. A consolidação de um processo regulatório robusto na Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal constitui elemento central para a efetividade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Minas Gerais.

O fluxo regulatório das urgências e emergências se inicia com a chegada do paciente em uma porta hospitalar de entrada de urgência e emergência ou componente pré-hospitalar fixo ou móvel. Identificada a necessidade de internação ou transferência, este paciente será cadastrado na Ferramenta Estadual de Regulação, a CORE/MG. As portas de entrada utilizadas pela Regulação são os componentes pactuados das RAS. Importante pontuar que o regulador gerencia o acesso dos usuários à alternativa assistencial mais adequada às suas necessidades de saúde, com base nos protocolos de acesso e demais documentos institucionais e normativos do SUS, e no perfil de oferta dos estabelecimentos de saúde do território. Além da consonância com os princípios e diretrizes do SUS, a priorização se dá mediante critérios clínicos.

O fluxo regulatório na fase aguda da fratura do fêmur proximal na pessoa idosa deve ser orientado pela urgência do agravo e pela necessidade de intervenção cirúrgica tempestiva, objetivando alcançar a "**Janela de Ouro**", ou seja, a **janela de tratamento cirúrgico de até 48 horas após o trauma**.

A priorização regulatória deve fundamentar-se em critérios clínicos objetivos. Pacientes com idade ≥ 60 anos com suspeita ou confirmação de fratura do fêmur proximal (colo, transtrocanteriana ou subtrocanteriana) devem ser classificados como de **Alta Prioridade** no Sistema de Regulação das Urgências. A estratégia regulatória deve reconhecer o caráter tempo-dependente da fratura do fêmur proximal na pessoa idosa, à semelhança de outros agravos em que o tempo para o tratamento influencia os desfechos assistenciais, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE), considerando as evidências que associam o atraso na realização do tratamento cirúrgico a piores desfechos clínicos e ao aumento da mortalidade (BRASIL, 2018).

- a. A morosidade nos processos de regulação e transferência para os serviços de referência impacta diretamente o desfecho clínico da Pessoa idosa.



Esse atraso resulta no agravamento do quadro de saúde, no aumento dos índices de morbimortalidade e na piora significativa do prognóstico funcional, devendo ser evitado por meio do cumprimento rigoroso dos fluxos e tempos estabelecidos neste protocolo.

O detalhamento do processo Regulatório está descrito na Resolução que regulamenta esta Linha de Cuidado.

6. COMPOSIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO E PAPÉIS ASSISTENCIAIS DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO

A Atenção Primária à Saúde é a ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, sendo responsável pelo paciente em todas as fases do cuidado, entretanto para o momento agudo da assistência à pessoa idosa com fratura do fêmur proximal deverá ser considerado a jornada do paciente no fluxo da Rede de Urgência e Emergência. Neste cenário fazem parte da Linha de Cuidado da Pessoa com Fratura do Fêmur Proximal os seguintes pontos da Rede de Atenção à Saúde:

- I - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Pré-Hospitalar;
- II - Serviço de Urgência Não-Hospitalar;
- III - Serviços Hospitalares da Rede de Urgência e Emergência;
- IV - Serviços Hospitalares de Referência para realização do Tratamento Cirúrgico da fratura de fêmur proximal;
- V - Hospitais para continuidade de Cuidados;
- VI - Serviço de Atenção Domiciliar;
- VII - Atenção Ambulatorial Especializada;
- VIII - Atenção Primária à Saúde.

7. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH)

Esta seção trata dos critérios de encaminhamento, regulação, comunicação e educação permanente no Atendimento Pré-hospitalar (APH). As diretrizes assistenciais relativas à avaliação, analgesia e imobilização pré-hospitalar estão detalhadas no Protocolo Assistencial da Fratura do fêmur Proximal disposto no Anexo III da Resolução.



7.1 Estrutura e Competências

O transporte dos pacientes contemplados nesta linha de cuidados deverá observar as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, da Política Estadual de Regulação do Acesso e das normas vigentes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, especialmente a Portaria GM/MS nº 2.048/2002, a Resolução SES/MG nº 7.611/2021 e suas alterações, bem como as Resoluções SES/MG nº 10.832/2025, nº 10.834/2025 e nº 10.837/2025.

O percurso assistencial da pessoa com suspeita ou confirmação de fratura do fêmur inicia-se, na maioria dos casos, no cenário pré-hospitalar, onde as equipes de atendimento móvel de urgência desempenham papel fundamental na estabilização clínica, controle da dor, prevenção de complicações e transporte seguro até a unidade hospitalar de referência.

A qualidade da assistência prestada nesse momento influencia diretamente os desfechos funcionais, a morbimortalidade e o tempo para tratamento definitivo, especialmente nas pessoas idosas com fraturas por fragilidade e nas pessoas vítimas de traumas de alta energia. O atendimento deve estar organizado segundo os princípios da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), articulando SAMU 192 como os serviços hospitalares regulados.

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) na fratura do fêmur tem como objetivos principais reconhecer precocemente a gravidade da lesão, identificar situações de risco iminente à vida, controlar hemorragias, prover analgesia adequada, realizar imobilização segura e efetivar o transporte oportuno para serviços com capacidade diagnóstica e terapêutica. Estudos demonstram que atrasos na assistência, manejo inadequado da dor e transporte sem estabilização adequada estão associados ao aumento de complicações clínicas, perda funcional e mortalidade, sobretudo entre idosos fragilizados.

A assistência pré-hospitalar deve ser realizada pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), articuladas com as Centrais de Regulação de Urgência (CRU), a CORE MG e Centrais Municipais de Regulação, conforme avaliação do médico regulador e estratificação da gravidade. Observando os protocolos operacionais e as instruções de trabalho vigentes considerando ainda, nos casos aplicáveis, o serviço de transporte terrestre de urgência e emergência complementar (UTI terrestre contratada).



7.2 Critérios de Encaminhamento – Regulação

Nos casos pré-hospitalares, o transporte deve ser direcionado para hospital de referência em trauma definido pela Central de Regulação de Urgência do SAMU 192 (CRU), conforme a grade de referência pactuada considerando a gravidade da lesão, idade do paciente, presença de comorbidades e disponibilidade regional de recursos especializados. Casos de trauma de alta energia, instabilidade hemodinâmica, fraturas expostas ou politraumatismos exigem comunicação prévia ao hospital receptor, reduzindo o tempo até o atendimento definitivo.

Nas transferências inter-hospitalares, o acionamento do serviço de transporte terrestre de urgência e emergência complementar ou outro tipo de transporte, será de responsabilidade compartilhada, conforme os critérios clínicos e operacionais. A unidade de destino deverá estar previamente definida pela regulação de leitos (CORE –MG ou Centrais Municipais de Regulação) e o meio de transporte deverá ser compatível com as necessidades assistenciais do paciente durante todo o deslocamento.

A integração entre a Central de Operações para Regulação Estadual (CORE/MG), as Centrais Municipais de Regulação e as Centrais de Regulação de Urgência (SAMU 192) deve ser permanente e pautada na cooperação técnica, no compartilhamento de informações assistenciais e na adoção de protocolos operacionais unificados e devidamente alinhados.

A transmissão padronizada das informações clínicas deve incluir mecanismo do trauma, localização da fratura, sinais vitais, Escala de Coma de Glasgow, intensidade da dor, analgesia administrada, procedimentos realizados e tempo estimado de chegada. Protocolos estruturados de comunicação, como o SBAR, contribuem para a continuidade do cuidado e maior segurança do paciente durante a transição assistencial.

7.3 Educação Permanente e Qualidade Assistencial

A qualificação contínua das equipes de APH é componente estratégico para a melhoria dos resultados clínicos. Programas de treinamento baseados no PHTLS, atualização em analgesia regional, manejo da pessoa idosa traumatizada e protocolos de estabilização ortopédica aumentam a adesão às melhores práticas e reduzem eventos adversos durante o transporte. A padronização dos processos assistenciais, associada ao monitoramento de indicadores de qualidade, fortalece a segurança e a efetividade da atenção pré-hospitalar às pessoas com fratura do fêmur proximal.



7.4 Comunicação e Registro

Registro obrigatório na ficha de regulação do SAMU: horário do trauma e do acionamento; mecanismo; sinais vitais (PA, FC, FR, SpO₂, temperatura); Escala de Coma de Glasgow (ECG), Escala Visual Analógica (EVA); medicações e horários; tipo de imobilização; destino regulado e horário de chegada. A comunicação prévia ao hospital receptor é obrigatória nos casos de trauma grave, fratura exposta, instabilidade hemodinâmica e idoso com múltiplas comorbidades.

8. SERVIÇO DE URGÊNCIA NÃO HOSPITALAR (UPA) E PRONTOS SOCORROS: PAPEL NA REDE E FLUXO DE REGULAÇÃO

Esta seção descreve o papel da UPA 24h, dos Prontos-Socorros e Unidades Mistas na linha de cuidado, o fluxo de regulação para internação e a transferência inter-hospitalar. Os protocolos clínicos de acolhimento, avaliação, exames e manejo da dor na UPA 24h e Prontos Socorros e Unidades Mistas estão detalhados no Protocolo Assistencial (Anexo III).

8.1 Papel da UPA 24h, e Pronto Socorros e Unidades Mistas na Linha de Cuidado da Fratura do fêmur

Os Serviços de Urgência pré-hospitalares fixos, no âmbito da Rede de Urgência e Emergência, são responsáveis por ofertar atendimento resolutivo intermediário, com estabilização clínica, avaliação diagnóstica inicial e definição da conduta assistencial, incluindo o encaminhamento regulado aos serviços hospitalares de referência, conforme a gravidade do caso (Brasil, 2002, 2011).

De acordo com o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, esses serviços constituem pontos estratégicos da rede, devendo assegurar resposta oportuna às condições agudas e tempo-dependentes que forem admitidas por demanda espontânea, como o trauma grave procedendo com o encaminhamento responsável o mais breve possível (Brasil, 2002).

De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências e com as diretrizes atuais da Rede de Atenção às Urgências, as unidades de urgência de complexidade intermediária devem garantir acolhimento com classificação de risco, avaliação clínica imediata, suporte diagnóstico básico, estabilização e encaminhamento regulado para os serviços de referência.

Essas unidades devem ser acionadas apenas por demanda espontânea, pois não constituem o destino assistencial preferencial para pacientes com indicação cirúrgica, mas sim pontos de cuidado transitórios cuja principal função é realizar o diagnóstico, promover a estabilização e o



encaminhamento adequado, em tempo oportuno, de acordo com as diretrizes da Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa (Brasil, 2002; Brasil, 2011; Brasil, 2023).

As fraturas do fêmur, especialmente as fraturas proximais em pessoas idosas, são consideradas condições tempo-dependentes, uma vez que o atraso no tratamento está associado ao aumento da mortalidade, da incidência de *delirium*, infecções, tromboembolismo venoso, perda funcional e maior permanência hospitalar. Diretrizes nacionais recomendam que a cirurgia seja realizada em até 48 horas após o trauma, desde que o paciente esteja clinicamente estabilizado, tornando fundamental a rápida identificação e transferência dos casos atendidos nas unidades de urgência não hospitalares (Brasil, 2018).

No âmbito da Linha de Cuidado da Pessoa com Fratura do Fêmur Proximal, os serviços de urgência não hospitalares são responsáveis por:

Acolhimento e classificação de risco: realizar a classificação de risco imediata, reconhecendo a fratura do fêmur como condição prioritária, especialmente em pessoas idosas frágeis, pacientes com dor intensa, incapacidade de marcha, suspeita de fratura exposta ou sinais de instabilidade clínica (Brasil, 2017; Brasil, 2023).

Estabilização clínica inicial: promover o manejo inicial utilizando abordagem sistematizada baseada nos princípios do atendimento ao trauma, garantindo monitorização contínua, controle da dor, prevenção de complicações e manutenção da estabilidade hemodinâmica (NAEMT/ACS; WHO, 2012).

Avaliação diagnóstica: realizar a propedêutica inicial incluindo o exame físico completo e exames de imagem disponíveis na unidade, principalmente radiografias da pelve, quadril e fêmur para confirmação diagnóstica; nos casos de forte suspeita clínica com radiografias normais, o paciente deve ser encaminhado para investigação complementar em unidade de referência com tomografia computadorizada ou ressonância magnética (NICE, 2023; AAOS, 2021).

Analgesia precoce: instituir o alívio da dor de forma efetiva, preferencialmente antes de qualquer mobilização, utilizando protocolos de analgesia multimodal; sempre que houver disponibilidade técnica e profissional capacitado, os bloqueios periféricos, como o bloqueio do nervo femoral ou da fáscia ilíaca, devem ser considerados por sua comprovada eficácia na redução da dor e da necessidade de opioides (NICE, 2023; Hayashi et al., 2024; Liu et al., 2025).



Imobilização do segmento: realizar a imobilização adequada do membro acometido, minimizando a movimentação desnecessária, prevenindo o agravamento da lesão, reduzindo a dor e proporcionando maior segurança durante a permanência na unidade e no transporte interinstitucional (NAEMT/ACS; WHO, 2012).

Manejo de condições reversíveis: identificar e corrigir condições clínicas potencialmente reversíveis, como desidratação, hipovolemia, distúrbios glicêmicos, insuficiência cardíaca descompensada, arritmias e hipoxemia que possam aumentar o risco cirúrgico ou comprometer a segurança do transporte (NICE, 2023; AAOS, 2021).

Solicitação de regulação: acionar imediatamente a regulação para hospital com capacidade cirúrgica ortopédica, observando a grade regional pactuada e priorizando os pacientes com fratura do fêmur proximal, fraturas expostas, múltiplas lesões ou necessidade de suporte especializado (Brasil, 2011; Brasil, 2023).

Comunicação estruturada: garantir a transmissão padronizada de informações clínicas com a Central de Regulação e com o hospital receptor, informando o mecanismo de trauma, exame físico, exames realizados, intensidade da dor, tratamentos instituídos e comorbidades; a utilização de ferramentas estruturadas, como o *SBAR*, contribui para a segurança da transição assistencial (WHO, 2005; Brasil, 2023).

Tempo de permanência: é imperativo evitar a retenção prolongada da pessoa idosa com fratura de fêmur proximal na unidade, considerando a diretriz federal do Programa UPA24h, que prevê a permanência do paciente nestas por até 24h e reconhecer que a fratura do fêmur constitui condição tempo-dependente associada a piores desfechos quando ocorre atraso no acesso ao tratamento definitivo (NICE, 2023; AAOS, 2021, Brasil, 2017).

Os serviços de urgência não hospitalares e os Prontos Socorros não especializados em trauma assumem, portanto, papel fundamental na coordenação do cuidado da pessoa com fratura do fêmur, atuando como elo entre o atendimento pré-hospitalar e a atenção hospitalar especializada. Sua adequada atuação contribui para a redução do sofrimento, diminuição de complicações evitáveis e melhoria dos desfechos clínicos e funcionais dos pacientes, especialmente entre pessoas idosas, que representam a principal população acometida por essa condição (WHO, 2012; AAOS, 2021; NICE, 2023).

Nota de tempo-alvo crítico: o tratamento cirúrgico da fratura do colo do fêmur deve ser realizado em até 48 horas a partir da ocorrência do trauma (Brasil, 2018). Cada hora de permanência



desnecessária na UPA24h, Pronto Socorros ou Unidades Mistas reduz a janela cirúrgica, aumentando o risco de complicações clínicas e a taxa de mortalidade.

8.2 Fluxo de Regulação para Internação

A regulação para internação cirúrgica deve ser iniciada imediatamente após a confirmação diagnóstica de fratura do fêmur, paralelamente à estabilização clínica — e não após a resolução completa das comorbidades, dada a meta de cirurgia em até 48 horas do trauma (Brasil, 2018).

O médico assistente da UPA 24h ou do Pronto-Socorro é o responsável por inserir a solicitação de transferência na Ferramenta Estadual de Regulação, devendo constar laudo que indique a necessidade transferência, com clareza quanto aos dados do paciente, ao diagnóstico, à sua localização, à gravidade do quadro, aos critérios técnicos e aos motivos da solicitação, à evolução clínica, bem como aos exames e tratamentos realizados, contendo informações completas e verídicas, em conformidade com a complexidade do caso e os recursos disponíveis.

A prioridade de regulação deve ser atribuída de acordo com a classificação de risco e o tempo já decorrido desde o trauma. Pacientes com mais de 24 horas de trauma devem ser sinalizados como PRIORIDADE ALTA na solicitação de regulação, dado o impacto do atraso cirúrgico sobre a mortalidade (Brasil, 2018).

8.3 Transferência Inter Hospitalar – Responsabilidades e Documentação

Sugerimos indicadores que poderão qualificar o atendimento na UPA 24h ou Pronto Socorros preparando o paciente para melhor desfecho do quadro, otimizando a transferência e encaminhamento cirúrgico quando o paciente for admitido no hospital especializado.

- a. Tempo porta-analgesia: ≤ 30 minutos após chegada à UPA (NICE, 2023).
- b. Tempo porta-radiografia: ≤ 60 minutos após chegada.
- c. Tempo porta-solicitação de regulação: ≤ 60 minutos após confirmação diagnóstica.
- d. Permanência total na UPA: desejável ≤ 6 horas (Sung, 2025; Clement, 2023).
- e. Taxa de pacientes transferidos com sumário de atendimento completo: 100%

A transferência da UPA para o hospital de referência é um momento crítico e deve ser executada com segurança clínica e documentação completa, conforme a Resolução CFM nº 1.672/2003.



9. DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

No âmbito da Rede de Urgência e Emergência (RUE), os hospitais que realizam o primeiro atendimento da pessoa idosa com suspeita ou diagnóstico de fratura do fêmur proximal desempenham papel fundamental na organização do acesso, estabilização clínica, confirmação diagnóstica e encaminhamento oportuno para os serviços responsáveis pelo tratamento definitivo.

Considerando que o atraso na assistência está associado ao aumento da morbimortalidade, essas unidades devem assegurar a rápida identificação dos casos elegíveis e a adequada articulação com a Central de Regulação e os serviços especializados.

9.1 Acolhimento, classificação de risco e atendimento inicial

Compete aos hospitais da Rede de Urgência e Emergência:

- Realizar acolhimento com classificação de risco, conforme protocolo institucional adotado;
- Priorizar o atendimento de pessoas idosas (≥ 60 anos) com suspeita de fratura do fêmur proximal;
- Identificar precocemente sinais e sintomas sugestivos da lesão, tais como dor em quadril, incapacidade funcional, encurtamento e rotação externa do membro inferior;
Instituir atendimento médico imediato e iniciar o manejo clínico necessário.

9.2 Diagnóstico

Compete às unidades de atendimento inicial:

- Solicitar e realizar os exames de imagem necessários para confirmação diagnóstica;
- Quando em hospital não especializado, adotar estratégias diagnósticas complementares quando a suspeita clínica persistir apesar de exame radiológico inconclusivo, incluindo tomografia computadorizada ou ressonância magnética, conforme disponibilidade da rede;
- Assegurar que o paciente seja encaminhado com diagnóstico estabelecido ou adequadamente investigado.

9.3 Estabilização Clínica e Manejo da Dor

A dor intensa é um fator de risco para o desenvolvimento de *delirium* e instabilidade cardiovascular no idoso.

- Analgesia Sistêmica:** Deve-se iniciar imediatamente com analgésicos simples (dipirona ou paracetamol). O uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) é **contraindicado** devido aos riscos de nefrotoxicidade e hemorragia digestiva nesta população (Brasil, 2018).



- b. **Bloqueio de Nervo Regional:** É atribuição da unidade de urgência, sempre que houver profissional capacitado, realizar o bloqueio de nervo regional (fáscia ilíaca ou nervo femoral). Este procedimento é superior aos opioides sistêmicos no controle da dor pré-operatória e reduz a necessidade de sedação profunda (Brasil, 2018).
- c. **Avaliação Laboratorial Inicial:** Devem ser providenciados exames de rotina: hemograma, creatinina, ureia, eletrólitos e eletrocardiograma (ECG). A correção de desequilíbrios eletrolíticos e a identificação de anemia grave ($Hb < 7-9$ g/dL) devem começar ainda na unidade de origem.
- d. Corrigir alterações clínicas relevantes identificadas durante o atendimento;
- e. Adotar medidas para prevenção de complicações relacionadas à imobilidade durante a permanência na unidade (Brasil, 2018).

9.4 Regulação assistencial e transferência

Unidades que não possuem serviço de cirurgia ortopédica devem atuar como facilitadoras do fluxo assistencial, para tal devem:

- a. Providenciar a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de urgência para prosseguimento da regulação do paciente ao hospital referência para a cirurgia, destacando a necessidade de atendimento à janela de cirurgia de até 48 horas;
- b. Encaminhar obrigatoriamente relatório detalhado com a história do trauma, comorbidades prévias, medicamentos em uso (especialmente anticoagulantes e antiagregantes plaquetários) e os exames de imagem já realizados;
- c. Manter os cuidados clínicos até a transferência para o serviço de referência com medidas de prevenção de lesões por pressão (mudança de decúbito e proteção de proeminências ósseas) e vigilância para evitar desidratação e infecções pulmonares (Brasil, 2018).

9.5 Indicadores de Qualidade sugeridos para monitoramento na Unidade de Origem

Para garantir a eficiência da rede, os hospitais de atendimento inicial devem monitorar:

- a. **Tempo Médio de Permanência na Unidade:** Meta de transferência em tempo hábil para viabilizar a cirurgia em $< 48h$ do trauma (Brasil, 2018).
- b. **Taxa de Analgesia Adequada:** Verificação se a dor foi reavaliada entre 30 e 60 minutos após a medicação (Brasil, 2018).
- c. **Qualidade do Diagnóstico:** Redução da taxa de fraturas não diagnosticadas na primeira abordagem (Brasil, 2018).



10. ATRIBUIÇÕES DOS HOSPITAIS REFERÊNCIA PARA A CIRURGIAS DE FRATURA DO FÊMUR

Os hospitais responsáveis pela realização dos procedimentos cirúrgicos constituem pontos estratégicos da Linha de Cuidado da Pessoa com Fratura do fêmur, devendo assegurar assistência integral, multiprofissional e centrada nas necessidades do usuário.

Esses serviços devem organizar seus processos assistenciais para garantir a realização do tratamento cirúrgico em tempo oportuno, visando garantir a janela do tratamento cirúrgico de até 48 horas após o trauma tendo em vista que a taxa de mortalidade nos primeiros 30 dias após o trauma varia de 5% a 10%, podendo atingir até 30% no primeiro ano.

10.1 Atendimento Inicial e Diagnóstico (Portas de Urgência)

O paciente com suspeita de fratura do fêmur deve ser priorizado na triagem e classificado conforme o risco clínico.

- a. **Avaliação Radiológica:** O protocolo inicial deve incluir radiografias simples em três incidências (Brasil, 2018).
- b. **Fraturas Ocultas:** Caso a radiografia inicial seja negativa, mas persista a suspeita clínica (dor e limitação funcional), a **Ressonância Magnética (RM)** é o método padrão-ouro para diagnóstico. Na impossibilidade de RM, a Tomografia Computadorizada (TC) deve ser realizada nas primeiras 24 horas (Brasil, 2018).
- c. **Analgesia Imediata:** Deve-se iniciar o controle da dor precocemente com analgésicos simples (paracetamol ou dipirona) e, conforme avaliação, realizar o **bloqueio de nervo regional** (fáscia ilíaca ou nervo femoral), que é altamente eficaz no alívio da dor pré-operatória e reduz a necessidade de ópióides. O uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) deve ser evitado em idosos devido aos riscos de nefrotoxicidade e hemorragia gastrointestinal (Brasil, 2018).

10.2 Fluxo Hospitalar e Internação no Hospital Referência

Após confirmação diagnóstica da fratura do fêmur e definição de indicação cirúrgica, o paciente deverá ser imediatamente admitido em unidade de internação hospitalar adequada ao seu perfil clínico, não sendo aceitável a permanência prolongada em áreas de observação ou corredores dos serviços de urgência.

A alocação dos pacientes na unidade hospitalar deverá observar os seguintes critérios:



- a. **Leito de enfermaria de ortopedia/traumatologia:** indicado para pacientes com fraturas proximais ou diafisárias clinicamente estáveis.
- b. **Leito de terapia intensiva (UTI) ou unidade semi-intensiva:** indicado para pacientes com classificação ASA superior a IV, instabilidade hemodinâmica, necessidade de ventilação mecânica, choque ou no pós-operatório de artroplastia em idosos de alto risco.
- c. **Box de observação do pronto-socorro:** poderá ser utilizado apenas como local transitório enquanto se aguarda disponibilização de leito de internação, por período máximo de 12 horas.

10.3 Avaliação especializada e otimização clínica

Compete aos hospitais referência:

- a. **Padronizar o atendimento inicial** e o fluxo cirúrgico em ambiente hospitalar.
- b. Realizar avaliação ortopédica especializada;
- c. Confirmar e complementar a investigação diagnóstica quando necessário;
- d. Promover a **integração multiprofissional** (ortopedia, geriatria, anestesiologia, enfermagem e fisioterapia) para otimização das condições pré-operatórias;
- e. Identificar e corrigir condições clínicas com o objetivo de reduzir o intervalo entre o trauma e a **cirurgia para até 48 horas**, visando diminuir complicações clínicas e a mortalidade.
- f. Monitorar resultados através de indicadores de qualidade assistencial.

10.4 Fase Pré-Operatória e Otimização Clínica

A cirurgia não deve ser retardada para exames exaustivos, salvo se houver instabilidade clínica grave que coloque o paciente em risco iminente de morte.

- a. **Avaliação Geriátrica/Clínica:** Todos os pacientes ≥ 60 anos devem receber avaliação da Geriatria ou Clínica Médica para otimização de comorbidades como anemia, desequilíbrio eletrolítico, diabetes descompensada e insuficiência cardíaca (Brasil, 2018).
- b. **Exames Laboratoriais:** Devem ser solicitados rotineiramente hemograma, creatinina, eletrólitos e ECG.



- c. **Prioridade Cirúrgica:** A fratura do fêmur proximal na pessoa idosa deve ser tratada como uma **urgência hospitalar prioritária** no agendamento do bloco cirúrgico.

10.5 Tempos-Alvo para Tratamento Cirúrgico

Os hospitais executores devem estruturar seus processos internos de modo a garantir os seguintes tempos máximos recomendados para intervenção cirúrgica:

- a. **Fratura do colo do fêmur:** cirurgia em até 48 horas após o trauma.
- b. **Fraturas transtrocanterianas e subtrocanterianas:** cirurgia em até 48 horas após o trauma.
- c. **Fraturas diafisárias e distais decorrentes de trauma de alta energia:** cirurgia de urgência nos casos com instabilidade vascular ou síndrome compartimental, e estabilização cirúrgica precoce entre 24 e 72 horas nos demais casos.

O adiamento do procedimento cirúrgico somente será considerado justificável diante de condição clínica ativa e potencialmente reversível que contraindique temporariamente a cirurgia, não sendo aceitáveis como justificativa a indisponibilidade de agenda cirúrgica, pendências administrativas ou solicitação de exames complementares sem indicação clínica relevante.

10.6 Tratamento cirúrgico

A escolha da técnica cirúrgica depende da localização e do desvio da fratura.

- a. Disponibilizar equipe ortopédica capacitada para atendimento das fraturas proximais do fêmur no idoso;
- b. Assegurar acesso ao bloco cirúrgico em caráter prioritário;
- c. Definir a estratégia terapêutica mais adequada, considerando o tipo de fratura e as condições clínicas do paciente;
- d. Realizar procedimentos cirúrgicos, conforme indicação clínica;
- e. Garantir suporte anestésico adequado durante todo o período perioperatório.

10.7 Cuidados Pós-Operatórios e Reabilitação

Compete aos hospitais executores, conforme Brasil, 2018:

- a. Instituir acompanhamento multiprofissional após a cirurgia;



- b. Promover mobilização precoce e início da reabilitação funcional com treino de marcha e a fisioterapia que devem ser iniciados **dentro das primeiras 24 a 48 horas** pós-operatórias. A deambulação precoce é um dos principais fatores modificáveis para reduzir a mortalidade;
- c. Realizar prevenção, identificação e tratamento oportuno de complicações clínicas e cirúrgicas;
- d. Implementar medidas de prevenção de tromboembolismo venoso, lesões por pressão, delirium e infecções;
- e. Garantir avaliação nutricional e suporte alimentar apropriado;
- f. Desenvolver ações de prevenção secundária de novas fraturas por fragilidade.

10.8 Práticas Assistenciais Não Aceitáveis

Consideram-se práticas inadequadas e incompatíveis com a presente Linha de Cuidado:

- a. Manter o paciente em maca de corredor do pronto-socorro por período superior a seis horas.
- b. Postergar o acionamento ou avaliação da equipe de ortopedia em razão da indisponibilidade de leito.
- c. Atrasar o início da analgesia multimodal sob justificativa de aguardar parecer especializado.
- d. Repetir exames laboratoriais já realizados e devidamente documentados na unidade de origem, exceto quando houver justificativa clínica formalmente registrada em prontuário.

10.9 Planejamento da Alta: Início na Admissão

O planejamento da alta hospitalar deve ser iniciado no momento da admissão, e não apenas quando o paciente está clinicamente pronto para sair. A alta precoce e segura reduz o risco de infecções hospitalares, *delirium* associado à internação prolongada e reinternações evitáveis.

Compete aos hospitais executores elaborar, de forma multiprofissional, o plano terapêutico singular para continuidade do cuidado, orientar o paciente, familiares e cuidadores, articular a continuidade da assistência com a Atenção Primária à Saúde, Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), serviços de reabilitação e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, bem como encaminhar as informações clínicas necessárias para o seguimento pós-alta.



O Plano de Alta deve ser elaborado de forma multiprofissional, documentado no prontuário e atualizado a cada 48 horas.

10.10 Componentes Necessários do Plano de Alta de Fratura do fêmur

- I. **Destino pós-alta:** domicílio com cuidador; leito de retaguarda para continuidade do cuidado hospitalar; acompanhamento pelo Serviço de Atenção Domiciliar – SAD e Atenção Primária à Saúde.
- II. **Cuidador identificado e orientado:** registro do nome, vínculo e disponibilidade; realização de orientação presencial antes da alta.
- III. **Plano terapêutico e prescrição domiciliar completa:** analgesia; profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) por 28 a 35 dias; suplementação vitamínica, quando indicado para osteoporose.
- IV. **Restrições e precauções:** carga permitida; precauções para prevenção de luxação (nos casos de artroplastia); restrições de atividades.
- V. **Cuidados com a ferida operatória:** orientações para troca de curativo e identificação de sinais de infecção que demandem retorno imediato ao serviço de saúde.
- VI. **Retorno ambulatorial e seguimento:** consulta com ortopedia em até duas semanas após a alta e encaminhamento para fisioterapia ambulatorial.
- VII. **Orientação para prevenção de quedas:** adequações no domicílio, eliminação de riscos ambientais e utilização de dispositivos auxiliares de marcha quando indicados.
- VIII. **Informações clínicas para o seguimento pós-alta:** fornecimento do sumário de alta contendo diagnóstico, procedimento realizado, intercorrências, prescrição, encaminhamentos e pendências assistenciais.

Articulação da continuidade do cuidado e encaminhamentos devem ser direcionados à Atenção Primária à Saúde e demais serviços da rede; encaminhamento para reumatologia ou endocrinologia (quando houver osteoporose) e cardiologia (quando houver cardiopatia), além de outros especialistas conforme necessidade clínica.



10.11 Critérios de Destino Pós-Alta

A definição do destino pós-alta deve considerar conjuntamente as condições clínicas, funcionais, cognitivas e sociais do paciente, bem como a disponibilidade de cuidador, a acessibilidade do domicílio e os recursos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde. A decisão deve ser pactuada pela equipe multiprofissional, registrada no prontuário e articulada previamente com os serviços responsáveis pela continuidade do cuidado.

Quadro 1 - Critérios orientadores para definição do destino pós-alta hospitalar e recursos necessários

Destino	Critérios de Indicação	Recursos Necessários
Domicílio com cuidador	Paciente deambulando com andador; cuidador disponível e orientado; domicílio acessível; rede de apoio identificada.	Prescrição completa; orientações ao cuidador; fisioterapia ambulatorial agendada.
Serviço de Atenção Domiciliar	Paciente com alta dependência funcional; cuidador identificado, mas com necessidade de apoio profissional; domicílio acessível.	Acionamento do SAD antes da alta; recomenda-se visita domiciliar programada nas primeiras 48h.
Leito de retaguarda (hospital de retaguarda)	Ausência de cuidador; domicílio inacessível; necessidade de reabilitação intensiva em ambiente controlado; condição clínica ainda instável para domicílio.	Regulação de leito pelo CORE; PTS e sumário de transferência completo.
Cuidados paliativos	Paciente em fase terminal; tratamento exclusivamente paliativo definido; fratura tratada de forma conservadora.	Articulação com os pontos da RAS e com a Equipe de Cuidados Paliativos macrorregional ou assistencial (caso o estabelecimento possua); comunicação com a família; controle de sintomas no domicílio ou em instituição hospitalar.
Atenção Primária à Saúde	Paciente com estabilidade clínica, com necessidade de acompanhamento pós-operatório e prevenção de novas fraturas.	Acionamento da APS para acompanhamento, monitoramento e ações de prevenção de novas fraturas.

Fonte: SES-MG (2026). Elaboração própria.

Nota: Os indicadores de monitoramento para a Linha de Cuidado estão dispostos no Anexo I desta Resolução e no Protocolo Assistencial.

11. DIRETRIZES DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE ALTA COMPLEXIDADE

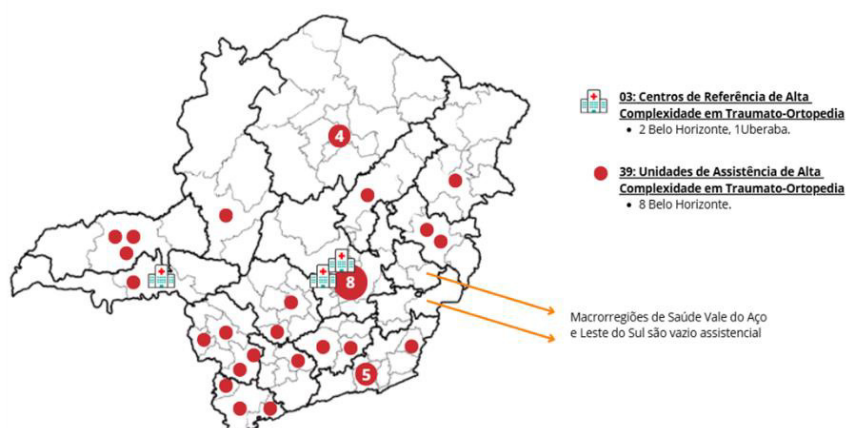
Os hospitais habilitados em Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia constituem componentes essenciais da Linha de Cuidado da Pessoa com Fratura do Fêmur Proximal, atuando na assistência especializada, no tratamento cirúrgico, na recuperação funcional e na articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a redução da morbimortalidade, da incapacidade e das reinternações evitáveis.

A Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia é regida pela Portaria GM/MS nº 221/2005 consolidada atualmente na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que estabelece a organização regionalizada e hierarquizada da atenção especializada em traumatologia e ortopedia, assegurando acesso oportuno aos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos e de reabilitação necessários ao tratamento das lesões musculoesqueléticas de maior complexidade.

Em Minas Gerais há atualmente 42 serviços habilitados pelo Ministério da Saúde na alta complexidade em Traumatologia e Ortopedia que são pontos estratégicos sendo responsáveis pelo atendimento especializado dos casos encaminhados pela Rede de Urgência e Emergência, especialmente daqueles que demandam tratamento cirúrgico, cuidados intensivos e manejo multiprofissional qualificado.

Figura 2 - Rede de hospitais habilitados na alta complexidade em traumatologia e ortopedia em Minas Gerais

Habilitados: Traumato-Ortopedia de Alta Complexidade



Fonte: SES/MG. Elaboração própria.

A fratura do fêmur proximal é uma condição tempo-dependente, associada a elevada morbimortalidade, perda funcional, institucionalização e redução da qualidade de vida, particularmente entre pessoas idosas. O manejo adequado nas primeiras horas após a admissão hospitalar influencia diretamente os desfechos clínicos e funcionais, tornando essencial o acesso rápido a hospitais com capacidade técnica e infraestrutura compatíveis com a complexidade do cuidado requerido.

Nesse contexto, os hospitais de alta complexidade desempenham papel central por reunirem equipes especializadas compostas por ortopedistas, anesthesiologistas, geriatras, clínicos,



intensivistas, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais e demais profissionais necessários para uma assistência integral e interdisciplinar, além de possuir recursos diagnósticos fundamentais para a confirmação para avaliação pré-operatória, identificação de comorbidades e definição da melhor estratégia terapêutica.

Outro aspecto fundamental é a capacidade de realização de procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade, incluindo osteossínteses e artroplastias parciais ou totais do quadril, de acordo com o tipo de fratura, condições clínicas do paciente e protocolos assistenciais vigentes. Evidências demonstram que a realização da cirurgia em tempo oportuno está associada à redução de complicações, mortalidade hospitalar, tempo de permanência e incapacidade funcional futura.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e os serviços de retaguarda clínica também exercem papel relevante no tratamento dos pacientes com maior gravidade clínica, fragilidade ou múltiplas comorbidades, garantindo suporte especializado para prevenção e manejo de complicações frequentes, como delirium, tromboembolismo venoso, infecções, descompensações cardiovasculares, desnutrição e síndrome da imobilidade.

A reabilitação precoce deve ser iniciada ainda durante a hospitalização, com foco na recuperação da mobilidade, prevenção de incapacidades, redução do risco de novas quedas e promoção da autonomia funcional. Essa atuação integrada favorece a recuperação clínica e funcional, reduz reinternações evitáveis e melhora a qualidade de vida dos usuários.

O Hospital Habilitado em Traumatologia e Ortopedia deve atuar como Referência Regional na assistência especializada recebendo as pessoas com fratura de fêmur proximal oriundas da RUE, nos seguintes termos:

- a. Coordenar o cuidado e o tratamento cirúrgico dos casos de pessoas idosas com fratura do fêmur proximal;
- b. Integrar as ações dos diversos profissionais envolvidos na assistência;
- c. Elaborar Projeto Terapêutico Singular para continuidade do cuidado;
- d. Planejar a transição do cuidado para os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- e. Apoiar a continuidade da assistência após a alta hospitalar.
- f. Promover a qualificação permanente das equipes assistenciais;



- g. Apoiar tecnicamente os demais serviços da rede;
- h. Participar de estratégias de monitoramento e avaliação da Linha de Cuidado;
- i. Produzir informações para acompanhamento dos indicadores assistenciais e gerenciais.

Nota: Os indicadores de monitoramento para a Linha de Cuidado estão dispostos no Anexo I desta Resolução e Protocolo Assistencial.

12. TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR

A transição do cuidado da pessoa com fratura do fêmur proximal compreende o conjunto de ações planejadas e coordenadas que asseguram a continuidade da assistência entre os diferentes pontos da RAS, desde a internação hospitalar até o retorno ao domicílio ou o encaminhamento para outro serviço de saúde. Esse processo deve ocorrer de forma integrada, segura e centrada nas necessidades da pessoa, garantindo a continuidade do tratamento, a recuperação funcional, a prevenção de complicações e a redução de reinternações evitáveis (Brasil, 2024; WHO, 2021).

As Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), as Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) e os Hospitais de Cuidados Prolongados (HCP) constituem pontos estratégicos da Linha de Cuidado para usuários que, após a estabilização clínica e tratamento cirúrgico, necessitam de acompanhamento clínico, cuidados multiprofissionais, reabilitação antes do retorno ao domicílio. Esses serviços atuam como retaguarda aos hospitais de urgência e emergência, favorecendo a recuperação funcional, a prevenção de complicações relacionadas à imobilidade, o preparo do usuário e de seus cuidadores para a alta e a utilização mais adequada dos leitos hospitalares de maior complexidade (Brasil, 2012; Minas Gerais, 2024; NICE, 2023).

As pessoas idosas pós fratura do fêmur proximal que passaram por internação em hospital de maior complexidade devem ter prioridade para o encaminhamento para a continuidade do cuidado, para tal devem ser observados os critérios clínicos, funcionais e sociais, bem como o potencial de recuperação funcional. O processo deve ser iniciado ainda durante a internação hospitalar, por meio do planejamento compartilhado entre a equipe assistencial, a unidade de destino, a APS e os demais pontos da RAS, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, e a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.736, de 19 de junho de 2024 (Brasil, 2012; Minas Gerais, 2024).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), deve ser elaborado pela equipe multiprofissional do Hospital encaminhador visando orientar o planejamento da transição do cuidado e da reabilitação,



contemplando objetivos terapêuticos, metas funcionais, plano de reabilitação, estratégias de prevenção de novas quedas e fraturas e definição das responsabilidades dos diferentes pontos da RAS. Sua elaboração compartilhada entre equipe multiprofissional favorece a integralidade da assistência, a coordenação do cuidado e melhores desfechos clínicos e funcionais (Brasil, 2017; Mendes, 2019; NICE, 2023).

12.1 Princípios que regem a Transição do Cuidado Hospitalar

A transição do cuidado da pessoa com fratura do fêmur proximal para continuidade do cuidado hospitalar deverá observar os seguintes princípios:

- a. **Integralidade e continuidade do cuidado:** garantir assistência articulada entre os diferentes pontos RAS, assegurando a continuidade do tratamento, da reabilitação e do acompanhamento após a alta hospitalar (Brasil, 2017; Brasil, 2012).
- b. **Cuidado centrado na pessoa e na funcionalidade:** considerar as necessidades clínicas, funcionais e psicossociais do usuário, visando à recuperação da autonomia e da qualidade de vida (WHO, 2022; NICE, 2023).
- c. **Coordenação do cuidado:** promover comunicação efetiva entre hospital, unidades de transição, APS, SAD e demais serviços envolvidos no acompanhamento (Brasil, 2017; Brasil, 2024A).
- d. **Reabilitação precoce e interdisciplinar:** assegurar o início oportuno da reabilitação por equipe multiprofissional, favorecendo a recuperação funcional, a prevenção de incapacidades (NICE, 2023; AAOS, 2024).
- e. **Prevenção de complicações:** adotar medidas para prevenção, identificação precoce e manejo de complicações relacionadas à fratura, ao tratamento cirúrgico e à imobilidade (AAOS, 2024; NICE, 2023).
- f. **Prevenção secundária de fraturas:** garantir investigação e tratamento da osteoporose, bem como estratégias de prevenção de quedas e novas fraturas (Fragility Fracture Network, 2025; International Osteoporosis Foundation, 2023).
- g. **Planejamento da alta e preparo do cuidador:** iniciar o planejamento da alta durante a internação, promovendo educação em saúde, treinamento de familiares e cuidadores e organização do seguimento na RAS (Brasil, 2024A; AHRQ, 2023).



- h. **Segurança do paciente e qualidade da atenção:** utilizar comunicação estruturada, compartilhamento de informações clínicas e estratégias que reduzam eventos adversos e reinternações evitáveis (Brasil, 2024A; WHO, 2021).
- i. **Equidade e acesso oportuno:** garantir acesso aos serviços de cuidados continuados e reabilitação de acordo com as necessidades do usuário e os princípios do SUS (BRASIL, 1988; Brasil, 2017).

12.2 Elegibilidade para a Continuidade do Cuidado Hospitalar

A indicação para UCCI, UCP ou HCP deve ocorrer após a estabilização clínica e o tratamento da fase aguda, considerando avaliação multiprofissional dos aspectos clínicos, funcionais, sociais e do potencial de recuperação funcional. A decisão deve observar os critérios estabelecidos nesta Linha de Cuidado e a regulamentação vigente (Brasil, 2012; Minas Gerais, 2024; NICE, 2023).

Quadro 3 – Critérios de elegibilidade para UCCI, UCP e HCP

Dimensão	Critérios
Clínicos	Estabilidade clínica; ausência de necessidade de terapia intensiva; necessidade de cuidados clínicos continuados; manejo de complicações clínicas compatíveis com o perfil da unidade; necessidade de antibioticoterapia venosa ou curativos complexos.
Funcionais	Dependência parcial ou total para AVD; limitação importante da mobilidade; necessidade de reabilitação intensiva; necessidade de treinamento para marcha e uso de dispositivos auxiliares; potencial de recuperação funcional.
Sociais	Necessidade de treinamento do cuidador; necessidade de adaptação do domicílio; articulação com a rede socioassistencial; impossibilidade temporária de retorno seguro ao domicílio associada a indicação clínica.
Reabilitação	Necessidade de programa interdisciplinar estruturado; fisioterapia intensiva; terapia ocupacional; prevenção de incapacidades; preparação para retorno ao domicílio.

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Brasil (2012), DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 4.736/2024, NICE (2023) E AAOS (2024).

Quadro 4 - Critérios de Não Elegibilidade para Continuidade do Cuidado Hospitalar

Situação	Justificativa
Instabilidade clínica	Necessidade de monitorização contínua ou terapia intensiva



Necessidade de cirurgia ou procedimento de alta complexidade	Deve permanecer em hospital de atenção aguda
Doença infectocontagiosa com necessidade de isolamento específico	Incompatível com o perfil assistencial da unidade
Ausência de necessidade de cuidados continuados	Pode ser acompanhado em nível ambulatorial, APS ou SAD
Demanda exclusivamente social	Não constitui indicação isolada para internação em leito de transição, ressalvadas as excepcionalidades previstas na Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.736/2024

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de Brasil (2012), Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.736/2024, NICE (2023) E AAOS (2024).

A permanência em UCCI, UCP ou HCP deve estar vinculada à existência de objetivos terapêuticos definidos, potencial de recuperação funcional ou necessidade de cuidados clínicos continuados compatíveis com o perfil da unidade. A perda desses critérios deve motivar reavaliação do PTS e definição do ponto de atenção mais adequado para continuidade do cuidado. (Brasil, 2012; Minas Gerais, 2024; Brasil, 2017).

12.3 Fluxo Assistencial para Encaminhamento da Pessoa Idosa com Fratura do Fêmur Proximal para continuidade do cuidado hospitalar

A transição para continuidade do cuidado hospitalar deve ocorrer de forma planejada, regulada e articulada entre os serviços assistenciais, a regulação estadual e a APS (Brasil, 2012; Minas Gerais, 2024; Brasil, 2017).

Identificação de elegibilidade

Após estabilização clínica e tratamento da fase aguda, a equipe multiprofissional deverá identificar os usuários elegíveis à continuidade do cuidado, conforme os critérios definidos nesta Linha de Cuidado (Brasil, 2012; NICE, 2023).

Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

A equipe multiprofissional deverá elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), definindo os objetivos terapêuticos, as metas de recuperação funcional, as necessidades de cuidados clínicos e de reabilitação, o tempo estimado de permanência e o planejamento da alta. O PTS deverá ser construído de forma compartilhada orientando a continuidade do cuidado (Brasil, 2017; Mendes, 2019).



12.4 Regulação pela CORE SAÚDE MG

Confirmada a elegibilidade, o estabelecimento de origem deverá cadastrar a solicitação de transferência na ferramenta estadual de regulação – CORE Saúde MG –, contendo informações clínicas e funcionais completas, justificativa para a transferência, exames pertinentes, plano terapêutico e demais documentos necessários à adequada avaliação regulatória. Caberá à instância reguladora analisar a conformidade da solicitação com os critérios assistenciais, definir a unidade de destino conforme o perfil do usuário e a disponibilidade de leitos e encaminhar o caso para avaliação e aceite da unidade receptora.

12.5 Transferência do usuário

Após autorização regulatória, a transferência deverá ocorrer de forma segura, com envio de relatório clínico completo, avaliação multiprofissional, medicamentos em uso, exames relevantes, dispositivos utilizados e plano terapêutico.

12.6 Internação em UCCI, UCP ou HCP

Na admissão, a equipe multiprofissional deverá realizar avaliação clínica, funcional e social, revisar o PTS e implementar o programa de cuidados continuados e reabilitação. As ações devem contemplar recuperação funcional, prevenção de complicações, controle clínico, educação em saúde e preparo progressivo para o retorno ao domicílio (Brasil, 2012; NICE, 2023; AAOS, 2024).

12.7 Planejamento da alta

O planejamento da alta deverá ser iniciado precocemente e revisado ao longo da internação. A alta ocorrerá quando os objetivos terapêuticos forem alcançados ou quando houver definição de outro ponto da rede mais adequado para continuidade do cuidado. O processo deve contemplar orientações ao usuário, treinamento do cuidador e organização do seguimento na RAS (Brasil, 2012; Brasil, 2017).

12.8 Contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde

A alta deverá ser acompanhada da contrarreferência à APS, garantindo o compartilhamento das informações clínicas e do plano de cuidados. Caberá à APS coordenar o seguimento longitudinal, monitorar a recuperação funcional, apoiar a prevenção de novas quedas e fraturas e articular o cuidado com os demais serviços da rede (Brasil, 2017; Mendes, 2019; NICE, 2023).

Quadro 5 – Resumo das Responsabilidades no fluxo assistencial



Etapas	Responsável
Identificação da elegibilidade	Equipe hospitalar
Elaboração do PTS	Equipe multiprofissional
Solicitação	Hospital de origem
Regulação	CORE Saúde MG
Assistência	UCCI/UCP/HCP
Alta	Equipe multiprofissional
Seguimento	APS

Fonte: SES-MG (2026).

13. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, palição e manutenção da funcionalidade realizadas no domicílio, assegurando a continuidade do cuidado.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), por meio do Programa Melhor em Casa, constitui estratégia de desospitalização e continuidade assistencial para pessoas com fratura do fêmur proximal, especialmente idosos e indivíduos com limitação funcional, atuando de forma complementar ou substitutiva à internação hospitalar quando clinicamente indicado.

São objetivos do SAD:

- I. Garantir a continuidade do cuidado à pessoa idosa com fratura do fêmur provenientes dos diferentes pontos da RAS;
- II. Prestar assistência multiprofissional e reabilitação domiciliar aos usuários elegíveis;
- III. Apoiar a recuperação da capacidade funcional e autonomia e contribuir para prevenção de complicações relacionadas à fratura e à imobilidade;
- IV. Apoiar familiares e cuidadores na realização segura dos cuidados domiciliares, promovendo ações para segurança no domicílio, articulando com APS e demais pontos da rede.

O SAD disponibiliza cuidado multiprofissional por meio da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) e Equipe Multiprofissional de Apoio à Reabilitação (EMAP-R), contribuindo para a recuperação funcional e para a redução de reinternações evitáveis.



13.1 Critérios de Elegibilidade para Cuidados Domiciliares

A inclusão no SAD deve considerar a estabilidade clínica associada à necessidade de cuidados intensivos, frequentes ou complexos no domicílio.

13.1.1 Critérios mínimos de elegibilidade

- I. Estabilidade clínica e hemodinâmica;
- II. Ausência de necessidade de monitorização hospitalar contínua;
- III. Plano terapêutico definido;
- IV. Limitação importante da mobilidade ou dependência para atividades de vida diária;
- V. Necessidade de cuidados domiciliares frequentes e/ou reabilitação funcional;
- VI. Presença de cuidador capacitado ou com potencial para capacitação.

Poderão ser admitidas pessoas idosas em recuperação pós-operatória ou em tratamento conservador da fratura do fêmur que apresentem necessidade de acompanhamento multiprofissional, reabilitação intensiva, manejo da dor, antibioticoterapia venosa prolongada, cuidados paliativos, acompanhamento de feridas operatórias, treinamento de familiares e cuidadores ou risco elevado de complicações relacionadas à imobilidade.

13.1.2 Critérios de Inelegibilidade para o SAD

Não serão elegíveis para assistência no SAD pessoas idosas com fratura de fêmur proximal com:

- I. Instabilidade clínica ou hemodinâmica;
- II. Necessidade de cuidados intensivos hospitalares;
- III. Complicações cirúrgicas agudas que demandem intervenção imediata;
- IV. Infecção grave não controlada;
- V. Necessidade de novo procedimento cirúrgico de urgência.

13.2 Elegibilidade para reabilitação

São elegíveis para acompanhamento de reabilitação os usuários com potencial de recuperação funcional após fratura do fêmur que apresentem:



I. Limitações na marcha, mobilidade, equilíbrio, força muscular ou capacidade funcional decorrentes da fratura;

II. Necessidade de utilização e treinamento para tecnologias assistivas, tais como andadores, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, órteses e adaptações domiciliares;

III. Risco de perda funcional permanente, recorrência de quedas ou institucionalização.

A reabilitação deverá priorizar a recuperação da funcionalidade, a autonomia, a segurança na mobilidade e a prevenção de novas quedas.

13.3 Atribuições do Serviço de Atenção Domiciliar na Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa

Compete ao Serviço de Atenção Domiciliar:

I. Garantir a transição segura do cuidado para a Atenção Primária à Saúde e os demais pontos da RAS;

II. Executar e monitorar o Plano Terapêutico Singular (PTS);

III. Realizar acompanhamento clínico e funcional periódico;

IV. Desenvolver ações de reabilitação voltadas à recuperação da mobilidade, marcha, equilíbrio e independência funcional;

V. Prevenir complicações decorrentes da imobilidade e do pós-operatório incluindo o acompanhamento de feridas operatórias e demais cuidados assistenciais necessários;

VI. Realizar educação em saúde para usuários, familiares e cuidadores, incluindo orientações sobre prevenção de quedas, autocuidado, uso de medicamentos, dispositivos assistivos e adaptações do ambiente domiciliar;

VII. Identificar precocemente intercorrências clínicas ou cirúrgicas e articular os encaminhamentos necessários junto aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;

VIII. Planejar a alta do SAD e garantir a continuidade do acompanhamento pela APS, pelos serviços de reabilitação e demais pontos da rede, conforme a necessidade do usuário.

13.4 Planejamento da Alta Hospitalar

A alta hospitalar deve ser iniciada precocemente e conduzida de forma compartilhada pela equipe multiprofissional, contemplando:

I. Elaboração do PTS;

II. Definição do tipo de atenção domiciliar (AD1, AD2 ou AD3);



- III. Definição no nível de complexidade funcional (I, II, III ou IV, conforme Nota Técnica nº 49/2025-CGADOM/DAHUD/SAES/MS);
- IV. Capacitação do cuidador/família;
- V. Prescrição de insumos, equipamentos e tecnologias assistivas;
- VI. Relatório clínico e funcional detalhado com orientações para continuidade do cuidado.

13.5 Articulação com a Rede de Atenção à Saúde

Na fase de elaboração do PTS o hospital deverá realizar:

- I. Comunicação formal com a APS de referência (equipe de Saúde da Família), inclusive no caso de usuários moradores de outros municípios, para tal o Serviço Social deve fazer a interface com o município de origem;
- II. Encaminhamento ao SAD, inclusive no caso de usuários moradores de outros municípios, para tal o Serviço Social deve fazer a interface com o município de origem.

13.6 Encaminhamento formal

O encaminhamento deve incluir:

- I. Relatório de alta estruturado (diagnóstico, informações cirúrgicas, escala funcional, conforme a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF), que tem como base a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para diagnóstico funcional, complicações, dispositivos em uso);
- II. Plano de cuidados domiciliares;
- III. Prescrição médica e de enfermagem;
- IV. Agenda de seguimento (consultas, reabilitação, exames);
- V. Contatos para referência e contrarreferência.

13.7 Acolhimento na Atenção Domiciliar/APS após a alta

A equipe da APS deverá realizar visita domiciliar inicial, o SAD (quando acionado) inicia o acompanhamento conforme complexidade (AD2/AD3) e realizar a reavaliação do plano de cuidado e estratificação de risco.

13.8 Referência e Contrarreferência

Deve-se garantir fluxo bidirecional:



- I. No caso de intercorrências deve ser garantido o encaminhamento ao nível hospitalar da Rede de Urgência e Emergência, conforme grade de referência pactuada em caso de intercorrências;
- II. Articulação com a Atenção Primária à Saúde para compartilhamento de cuidado e posterior encaminhamento;
- III. Registro sistemático das informações para continuidade assistencial.

13.9 Síntese Operacional do Fluxo

Hospital → Planejamento de Alta → Articulação com APS/SAD → Encaminhamento Formal → Domicílio (APS + SAD) → Monitoramento → Referência/Contrarreferência

14. ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) possui como escopo de atuação os serviços ambulatoriais especializados de ortopedia, reabilitação, fisioterapia, endocrinologia, reumatologia e demais especialidades envolvidas no cuidado à pessoa com fratura do fêmur proximal. Seu objetivo está relacionado à continuidade do cuidado após a alta hospitalar, à recuperação funcional, à prevenção de complicações, ao manejo da osteoporose e à prevenção de novas quedas e fraturas, em articulação permanente com a Atenção Primária à Saúde (APS), o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), de reabilitação e hospitais de referência. A abordagem deve estar estruturada em linha de cuidado integrada, centrada na funcionalidade do usuário e na recuperação da independência para as atividades da vida diária.

14.1 Princípios e Diretrizes Organizativas da Atenção Ambulatorial Especializada

O cuidado ambulatorial especializado deve ser multiprofissional, interdisciplinar, centrado na pessoa e orientado para a recuperação funcional, prevenção de incapacidades e manutenção da autonomia. A assistência deve ocorrer de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, assegurando mecanismos formais de referência e contrarreferência com a APS, Atenção Domiciliar e serviços hospitalares.

A reabilitação deve ser iniciada precocemente e conduzida com definição de metas terapêuticas individualizadas, monitoramento periódico de resultados e avaliação contínua da funcionalidade, mobilidade, risco de quedas, cognição, condição nutricional e suporte familiar. A abordagem deve contemplar não apenas a recuperação da lesão aguda, mas também o tratamento



dos fatores que contribuíram para a ocorrência da fratura, especialmente osteoporose, sarcopenia, fragilidade e quedas recorrentes.

Recomenda-se a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como ferramenta para avaliação funcional e definição do Projeto Terapêutico Singular (PTS), favorecendo o acompanhamento longitudinal e a integração dos diferentes pontos de atenção da rede assistencial.

14.2 Objetivos da Atenção Ambulatorial Especializada

- I. Promover a recuperação funcional máxima possível, autonomia e qualidade de vida;
- II. Restabelecer a mobilidade, a marcha e a capacidade para realização das atividades da vida diária;
- III. Prevenir complicações pós-operatórias e sequelas decorrentes da imobilidade prolongada;
- IV. Identificar e tratar a osteoporose e demais causas de fragilidade óssea;
- V. Reduzir o risco de quedas recorrentes e de novas fraturas por fragilidade;
- VI. Garantir o seguimento ortopédico pós-operatório e o monitoramento da consolidação da fratura ou da evolução da artroplastia;
- VII. Apoiar o autocuidado, o cuidador e a rede familiar;
- VIII. Articular a continuidade do cuidado com a APS, SAD e serviços de reabilitação.

14.3 Acesso e Fluxos Assistenciais na Atenção Ambulatorial Especializada

O acesso à AAE deve ocorrer prioritariamente após a alta hospitalar, mediante encaminhamento realizado pela APS acompanhado de sumário de alta, contendo diagnóstico, classificação da fratura, procedimento realizado, comorbidades, intercorrências, tratamento medicamentoso instituído, estratificação de risco, estado funcional na alta e recomendações para seguimento.

O primeiro atendimento especializado deve ocorrer preferencialmente nas primeiras semanas após a alta hospitalar, contemplando avaliação clínica, ortopédica e funcional, revisão do plano terapêutico, avaliação do controle da dor, da mobilidade, da adesão ao tratamento e do risco de novas quedas.



A transição do cuidado para usuários residentes em outros municípios deverá ser articulada previamente pela equipe hospitalar em conjunto como Núcleo Interno de Regulação (NIR), regulação e com a APS do município de residência, garantindo continuidade da reabilitação, acompanhamento ambulatorial e acesso aos recursos assistenciais necessários.

A Atenção Ambulatorial Especializada deve:

- I. Elaborar e atualizar periodicamente o Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- II. Realizar avaliação funcional sistemática da marcha, mobilidade, equilíbrio e independência funcional;
- III. Monitorar a evolução ortopédica e a recuperação funcional;
- IV. Investigar e tratar fatores de risco para novas fraturas;
- V. Avaliar e instituir tratamento farmacológico para osteoporose quando indicado;
- VI. Prescrever, adaptar e acompanhar o uso de dispositivos auxiliares de marcha;
- VII. Promover educação em saúde para paciente e cuidador;
- VIII. Articular-se com APS, SAD e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- IX. Garantir seguimento longitudinal até estabilização funcional e clínica do usuário.

O processo assistencial na Atenção Ambulatorial Especializada deve contemplar avaliação multiprofissional da funcionalidade, mobilidade, equilíbrio, força muscular, cognição, nutrição, condições domiciliares e suporte social, seguida da definição de plano terapêutico singular voltado para recuperação funcional, prevenção de quedas e prevenção secundária da osteoporose.

Usuários, pós alta hospitalar por fratura do fêmur proximal, que demandem por continuidade no processo de reabilitação física em serviços especializados ambulatoriais da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência de Minas, devem ser referenciados prioritariamente pela Atenção Primária à Saúde para Referências Técnicas Municipais ou Junta Reguladora da RCPD (JRRCPD) da Secretaria Municipal de Saúde, conforme fluxo estabelecido pela Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.003, de 09 de dezembro de 2014.

A JRRCPD fará a análise da solicitação e de acordo com pertinência do caso realizará o agendamento para uma avaliação multidisciplinar no serviço de reabilitação especializado da RCPD, conforme grade de referência pactuada. A partir dessa avaliação, a equipe multiprofissional do serviço elaborará/atualizará o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário, definido o conjunto de condutas terapêuticas necessárias à melhora clínica e funcional.



Atualmente a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência conta com serviços ambulatoriais especializados em reabilitação física (Serviços de modalidade única de reabilitação física, Centro Especializado em Reabilitação que contempla a modalidade de reabilitação física e Oficinas ortopédicas Fixas e Itinerantes Terrestres), habilitados pelo Ministério da Saúde, que realizam a reabilitação clínico funcional e, provem quando necessário, a concessão, manutenção, adaptação e substituições de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção físicas (como muleta, bengala, andador, cadeiras de rodas entre outros) que constam na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SIA/SUS da Tabela SIGTAP/SUS.

Esses serviços possuem abrangência assistencial regionalizada, conforme grade de referência pactuada e dispõem de instalações físicas apropriadas, equipamentos para reabilitação e equipe multiprofissional capacitada (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, psicólogo, médico entre outros) para o atendimento aos usuários, seguindo as diretrizes vigentes.

14.4 Manejo das Complicações de Maior Complexidade

I. Comprometimento funcional persistente: avaliação especializada para investigação de limitações funcionais relevantes, atraso na recuperação da marcha ou dependência prolongada para atividades da vida diária.

II. Complicações ortopédicas: investigação de falha de implante, pseudartrose, soltura protética, consolidação inadequada, infecção relacionada ao procedimento ou dor persistente.

III. Osteoporose e prevenção secundária: avaliação etiológica, estratificação de risco de fratura, solicitação de exames complementares e instituição de terapia farmacológica específica conforme protocolos vigentes.

IV. Síndrome da fragilidade, sarcopenia e desnutrição: avaliação geriátrica ampliada, suporte nutricional e plano de fortalecimento muscular para recuperação funcional.

V. Quedas recorrentes: investigação multidimensional dos fatores intrínsecos e extrínsecos associados ao risco de quedas, incluindo déficits sensoriais, alterações cognitivas, polifarmácia, barreiras ambientais e alterações do equilíbrio.

VI. Dor crônica pós-fratura: abordagem multiprofissional, reabilitadora e farmacológica para controle da dor e melhora da funcionalidade.



15. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), desempenhando papel estratégico na promoção da saúde, na prevenção de quedas e fraturas, na identificação precoce de pessoas em situação de fragilidade e na coordenação do cuidado das pessoas com fratura do fêmur proximal, especialmente na população idosa. Na Linha de Cuidado, sua atuação vai além do acompanhamento após a alta hospitalar, abrangendo a organização da transição do cuidado, a articulação com os serviços de reabilitação e a prevenção de novos eventos (Brasil, 2017; Brasil, 2021).

O cuidado deve ser desenvolvido de forma integral, considerando as condições clínicas, funcionais, cognitivas, emocionais e sociais da pessoa, bem como seu contexto familiar e territorial. Sua atuação deve estar orientada pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, promovendo a articulação entre os diferentes pontos da RAS e assegurando a continuidade da assistência e o acesso oportuno aos serviços especializados sempre que necessário (Brasil, 2017; Loures et al., 2024; Mendes et al., 2023).

No âmbito desta Linha de Cuidado, compete à APS desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de quedas e fraturas, identificar precocemente pessoas em situação de fragilidade e vulnerabilidade, coordenar o cuidado após a alta hospitalar, acompanhar a recuperação funcional, promover a prevenção secundária de novas fraturas e articular o cuidado com os serviços especializados, de reabilitação e demais componentes da RAS. Essas ações devem contribuir para a recuperação da funcionalidade, a manutenção da autonomia, a redução de complicações, refraturas e incapacidades, bem como para a melhoria da qualidade de vida dos usuários (Brasil, 2017; Fischer et al., 2021; Mendes et al., 2023).

15.1 Das ações de prevenção à fratura do fêmur proximal

A APS desempenha papel estratégico na prevenção da fratura do fêmur proximal por meio da identificação precoce, avaliação e manejo dos fatores de risco relacionados às quedas e à fragilidade óssea. A prevenção inicia-se no território, por meio das ações desenvolvidas rotineiramente pelas equipes. Durante o acompanhamento da população adscrita, e em especial das pessoas idosas, recomenda-se incorporar a avaliação do risco de quedas, contemplando mobilidade, equilíbrio, marcha, cognição, acuidade visual, condições clínicas, uso de medicamentos, presença de osteoporose, sarcopenia e demais fatores associados ao aumento do risco de quedas e fraturas,



utilizando instrumentos de avaliação validados sempre que indicados. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)/Técnicos em Agentes Comunitários de Saúde (TACS) são peças fundamentais na estratificação do risco familiar e individual das pessoas de seu território, e no fortalecimento do vínculo entre o usuário e a equipe multiprofissional (Mendes et al., 2023; Vasconcelos et al., 2020; American Geriatrics Society beers Criteria, 2023; Sáez-López et al., 2025).

As ações preventivas devem contemplar a promoção do envelhecimento saudável, o incentivo à prática regular de atividade física, o fortalecimento muscular, o treinamento de equilíbrio e marcha, a alimentação adequada, a prevenção e o tratamento da osteoporose, a suplementação de cálcio e vitamina D quando clinicamente indicada, a revisão periódica da farmacoterapia e o manejo adequado das condições crônicas associadas ao risco de quedas. Compete também às equipes orientar usuários, familiares e cuidadores quanto à adequação do ambiente domiciliar — uso de sapatos fechados com solado antiderrapante, pisos secos, retirada de tapetes soltos, locais de passagem livres de objetos e com iluminação adequada —, visando reduzir riscos ambientais e promover maior segurança e autonomia da pessoa idosa. As atividades coletivas e individuais desenvolvidas no território também representam importantes estratégias para essa finalidade (Brasil, 2022; Mendes et al., 2023; International Osteoporosis Foundation, 2023; Lehtonen et al., 2018).

A estratificação da vulnerabilidade clínico-funcional da pessoa idosa, quando indicada, pode ser realizada por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), ferramenta de triagem multidimensional que auxilia as equipes na identificação de pessoas em situação de vulnerabilidade e subsidia o planejamento do cuidado e a definição de intervenções preventivas. Essas avaliações ajudam a definir quais idosos podem ser acompanhados principalmente na APS, quais deles precisam de acompanhamento mais intensivo e quais devem ser encaminhados para serviços especializados, mantendo a APS como coordenadora do cuidado (Moraes, 2023).

Compete às equipes da APS:

- I. Promover ações de promoção da saúde e do envelhecimento saudável, incentivando alimentação adequada, prática regular de atividade física, fortalecimento muscular, treinamento de equilíbrio e marcha;
- II. Identificar precocemente pessoas em situação de fragilidade, osteoporose, sarcopenia e outros fatores de risco para quedas e fraturas;



- III. Realizar avaliação periódica do risco de quedas, considerando mobilidade, equilíbrio, marcha, cognição, acuidade visual, condições clínicas, uso de medicamentos, capacidade funcional e condições do ambiente domiciliar;
- IV. Revisar fatores de risco modificáveis, incluindo polifarmácia e uso de medicamentos potencialmente associados ao aumento do risco de quedas.
- V. Desenvolver ações de educação em saúde voltadas à prevenção de quedas, orientando usuários, familiares e cuidadores sobre adaptação do domicílio, uso de calçados adequados, dispositivos auxiliares de marcha e medidas de segurança;
- VI. Desenvolver ações individuais e coletivas no território para prevenção de quedas e promoção da saúde da pessoa idosa;
- VII. Investigar, acompanhar e promover o tratamento da osteoporose conforme protocolos vigentes, contribuindo para a prevenção primária de fraturas por fragilidade.

O planejamento das ações preventivas deve considerar o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde da população do território, subsidiando intervenções voltadas à redução da incidência de quedas e fraturas, ao fortalecimento da capacidade funcional e à promoção do envelhecimento saudável, em articulação com os demais pontos da RAS (Loures et al., 2024; Araújo et al., 2020; Vasconcelos et al., 2020).

Identificação precoce de possíveis fraturas do fêmur

A APS desempenha papel fundamental na identificação precoce de pessoas que procuram o serviço após quedas ou traumas, garantindo o reconhecimento oportuno da suspeita de fratura proximal do fêmur e o encaminhamento adequado. Diante da suspeita clínica, não se deve estimular a deambulação nem realizar manobras. O membro acometido deve ser mantido em posição confortável, com mínima movimentação, adotando-se medidas para alívio da dor conforme os protocolos locais, e monitorando as condições clínicas do paciente até seu encaminhamento a um serviço de urgência e emergência para confirmação diagnóstica por exame de imagem, avaliação ortopédica e tratamento definitivo. Sempre que possível, a equipe da APS deve comunicar previamente o serviço de referência, fornecendo informações clínicas relevantes para favorecer a continuidade do cuidado (Brasil, 2018).

Compete às equipes da APS:

- I. Identificar precocemente usuários que apresentem queda ou trauma com suspeita de fratura do fêmur proximal;



- II. Reconhecer os principais sinais e sintomas sugestivos de fratura;
- III. Evitar a mobilização desnecessária do membro acometido e não estimular a deambulação diante da suspeita clínica;
- IV. Adotar medidas iniciais para alívio da dor e conforto do paciente, conforme protocolos assistenciais vigentes;
- V. Monitorar as condições clínicas até a transferência para o serviço de urgência e emergência;
- VI. Realizar avaliação clínica inicial e identificar situações de urgência que demandem encaminhamento imediato;
- VII. Providenciar o encaminhamento oportuno ao serviço de urgência e emergência para confirmação diagnóstica, avaliação ortopédica e tratamento definitivo;
- VIII. Comunicar previamente o serviço de referência, sempre que possível, compartilhando informações clínicas relevantes;
- IX. Registrar adequadamente as informações clínicas e os encaminhamentos realizados;
- X. Manter articulação com os serviços da RAS durante o processo de referência e contrarreferência.

15.2 Acompanhamento após a fratura

Após a alta hospitalar, a APS é responsável pela coordenação e continuidade do cuidado da pessoa idosa com fratura do fêmur proximal, assegurando o acompanhamento longitudinal e a articulação com os demais pontos da RAS. O cuidado deve ser iniciado, preferencialmente, ainda no período de preparação para a alta, por meio da comunicação entre a equipe hospitalar e a APS, permitindo o compartilhamento do plano terapêutico, a identificação das necessidades de cuidados domiciliares, o planejamento do seguimento e a organização do acesso aos serviços de reabilitação. A transição do cuidado deve ocorrer de forma planejada, com utilização das informações provenientes da contrarreferência para definição do plano de acompanhamento do usuário (Brasil, 2017; Brasil, 2018; Loures et al., 2024).

No seguimento pós-alta, a APS deve realizar avaliação integral das condições clínicas, funcionais, cognitivas, nutricionais, psicológicas e sociais do usuário, elaborar ou atualizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) quando indicado, acompanhar a recuperação funcional e monitorar a ocorrência de complicações relacionadas à fratura e à imobilidade — declínio funcional, novas quedas, refraturas, osteoporose, lesões por pressão, tromboembolismo venoso, infecções, desnutrição, sarcopenia, dor crônica e transtornos de saúde mental. Compete ainda à APS monitorar a adesão ao tratamento, promover a prevenção secundária de novas fraturas, realizar o manejo das condições crônicas associadas, orientar usuários, familiares e cuidadores quanto ao autocuidado e



às medidas de prevenção de quedas, bem como encaminhar e acompanhar o acesso aos serviços especializados e de reabilitação sempre que necessário (Brasil, 2017; Fischer et al., 2021; Mendes et al., 2023; Sáez-López et al., 2025).

O acompanhamento deve ser organizado conforme as necessidades identificadas na avaliação inicial, podendo incluir consultas médicas e de enfermagem, atendimentos compartilhados pela equipe multiprofissional, visitas domiciliares, acompanhamento pelo ACS, elaboração ou atualização do PTS quando indicado, e compartilhamento do cuidado com outros serviços da rede. A periodicidade do seguimento deverá considerar a condição clínica, funcional e social da pessoa, priorizando os usuários com maior grau de fragilidade ou risco de complicações (Brasil, 2018).

Durante o acompanhamento, a equipe da APS deverá monitorar a adesão ao tratamento, orientando sobre o uso seguro de medicações — armazenamento, preparo, doses e horários — e sensibilizar o cuidador quanto à importância das mudanças de decúbito, do uso de coxins para prevenção de lesão por pressão e da higiene do paciente para prevenção de infecções (Brasil, 2018).

Compete às equipes da APS:

- I. Coordenar a transição do cuidado após a alta hospitalar, utilizando as informações da contrarreferência para organizar o acompanhamento longitudinal;
- II. Realizar avaliação integral da pessoa, por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20);
- III. Elaborar ou atualizar o Plano de Cuidados, quando indicado;
- IV. Monitorar a recuperação funcional, a dor, a mobilidade, a capacidade para realização das atividades de vida diária e a adesão ao tratamento;
- V. Identificar precocemente complicações relacionadas à fratura e à imobilidade, incluindo lesão por pressão, tromboembolismo venoso, infecções, desnutrição, sarcopenia, dor crônica, osteoporose, novas quedas e refraturas;
- VI. Orientar usuários e cuidadores quanto ao reconhecimento precoce de sinais e sintomas que indiquem complicações ou necessidade de reavaliação pela equipe de saúde;
- VII. Realizar visitas domiciliares quando houver limitação funcional, dificuldade de deslocamento ou necessidade de avaliação do ambiente domiciliar;
- VIII. Orientar usuários, familiares e cuidadores quanto ao uso correto dos medicamentos, prevenção de complicações, mudanças de decúbito, higiene, alimentação e cuidados gerais durante a recuperação;



- IX. Desenvolver ações permanentes de educação em saúde voltadas ao autocuidado, à prevenção de quedas e à adesão ao tratamento.

15.3 Coordenação do cuidado e reabilitação

Compete à APS coordenar o acesso e acompanhar a utilização dos serviços de reabilitação — fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, psicologia e outras especialidades, conforme as necessidades do usuário —, monitorando a evolução clínica e funcional, a adesão ao tratamento e o alcance das metas terapêuticas. A reabilitação deve ser desenvolvida de forma integrada, interdisciplinar e, sempre que possível, próxima ao domicílio da pessoa, favorecendo a recuperação da mobilidade, da capacidade funcional, da independência para as atividades de vida diária e da participação social. Sempre que necessário, a equipe deverá articular o acesso aos demais profissionais da equipe multiprofissional (eMulti), favorecendo uma abordagem interdisciplinar voltada à recuperação da funcionalidade, à manutenção da autonomia e à reinserção da pessoa em seu contexto familiar e comunitário (Brasil, 2015; Brasil, 2017; Fischer et al., 2021).

A APS deve ainda fortalecer a articulação com a família, cuidadores, assistência social e demais recursos disponíveis no território, promovendo o acesso a tecnologias assistivas, adaptações domiciliares e outros apoios necessários para a manutenção da autonomia, da permanência segura no território e da qualidade de vida da pessoa com fratura do fêmur proximal, estimulando a participação da família e dos cuidadores no processo de reabilitação e no fortalecimento do suporte domiciliar (Brasil, 2017).

15.4 Educação em saúde e prevenção secundária de novas fraturas

A APS deve desenvolver ações de educação em saúde voltadas à pessoa com fratura do fêmur proximal, seus familiares e cuidadores, promovendo o autocuidado e o protagonismo do usuário no processo de recuperação funcional. As orientações devem contemplar a prevenção de quedas, o uso seguro de dispositivos de auxílio à marcha, a adequação do ambiente domiciliar, a prática de atividade física conforme a capacidade funcional, a alimentação adequada, a adesão ao tratamento e o reconhecimento precoce de sinais e sintomas que demandem reavaliação pela equipe de saúde (Brasil, 2022; Mendes et al., 2023).

A prevenção secundária deve ser incorporada ao acompanhamento longitudinal, considerando que a ocorrência de uma fratura por fragilidade representa importante fator de risco para novos eventos. Compete à APS assegurar a investigação, o tratamento e o monitoramento da osteoporose, acompanhar a adesão às medidas farmacológicas e não farmacológicas, revisar



periodicamente os fatores de risco para quedas e refraturas e implementar intervenções voltadas à redução da recorrência desses eventos, em articulação com os demais pontos da RAS. Compete ainda à APS acompanhar os fatores de risco modificáveis, revisar periodicamente a farmacoterapia, monitorar a adesão às medidas terapêuticas e incentivar o autocuidado, contribuindo para a redução da ocorrência de refraturas e incapacidades (Brasil, 2022; Mendes et al., 2023; Sáez-López ET AL., 2025).

15.5 Organização do cuidado no território

A organização do cuidado deve considerar as características do território e a realidade social da pessoa acompanhada. O cadastro da população, a estratificação de risco, a identificação de pessoas idosas em situação de fragilidade e o planejamento das ações da equipe constituem ferramentas essenciais para o acompanhamento longitudinal. O ACS/TACS desempenha papel relevante nesse processo, fortalecendo o vínculo entre equipe e comunidade, identificando situações de vulnerabilidade, monitorando a adesão ao tratamento e comunicando precocemente alterações nas condições de saúde da pessoa acompanhada (Brasil, 2017; Moraes, 2023).

15.6 Registro das informações e monitoramento

A APS deve realizar o monitoramento longitudinal da pessoa idosa com fratura do fêmur proximal, garantindo o registro qualificado das informações clínicas e assistenciais nos sistemas oficiais de informação, especialmente no e-SUS APS — que passou a incluir o IVCF-20 para qualificação dos registros —, de forma a subsidiar a coordenação do cuidado, o acompanhamento da evolução clínica e funcional, a identificação de novas quedas ou refraturas e o planejamento das ações da equipe. O monitoramento contínuo permite identificar precocemente usuários com maior risco de novas quedas, refraturas ou perda funcional, possibilitando intervenções oportunas (Brasil, 2023; Moraes, 2023).

A APS deve ainda promover a articulação intersetorial com a assistência social e demais políticas públicas, visando ao acesso da pessoa com fratura do fêmur proximal aos recursos necessários para sua recuperação funcional e permanência segura no território — incluindo encaminhamento e acompanhamento para acesso a benefícios sociais, atenção domiciliar, transporte sanitário, tecnologias assistivas e adaptações domiciliares (Brasil, 2017; Brasil, 2022).

16. FLUXOGRAMA RESUMIDO – LINHA DE CUIDADO DA FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL NA PESSOA IDOSA

Figura 2 – Fluxograma Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa

LINHA DE CUIDADO – FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL

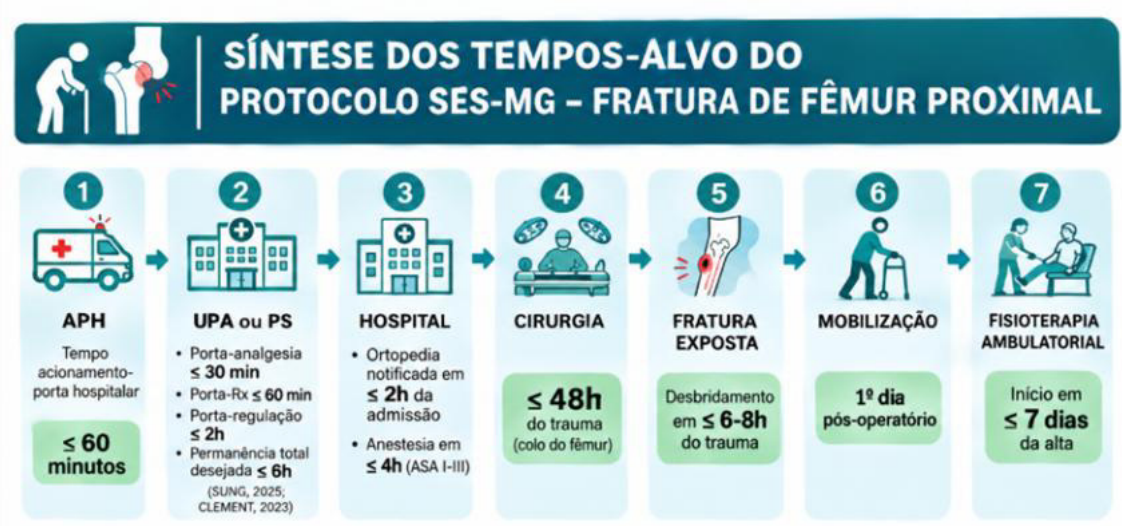


Fonte: Elaboração SES-MG com IA Geradora.

17. SÍNTESE DOS TEMPOS-ALVO DO PROTOCOLO SES-MG – FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL

A síntese a seguir apresenta os principais tempos-alvo estabelecidos no protocolo, visando orientar o cuidado oportuno à pessoa idosa com fratura do fêmur proximal ao longo do percurso assistencial.

Figura 3 – Síntese dos tempos-alvo do Protocolo SES-MG – Fratura do Fêmur Proximal



Fonte: Elaboração SES-MG com IA Geradora.



18. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Programa de Qualificação de Operadoras:** ano-base 2024. Rio de Janeiro: ANS, 2024.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Care Coordination Measures Atlas.** Rockville: AHRQ, 2023.

ALDRETE, J. A.; KROULIK, D. A postanesthetic recovery score. **Anesthesia & Analgesia**, v. 49, n. 6, p. 924-934, 1970.

AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS (AAOS). **Management of hip fractures in older adults: evidence-based clinical practice guideline.** 2. ed. Rosemont: AAOS, 2021.

AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS (ACCP). Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis. **Chest**, v. 141, n. 2, supl., 2012.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (ACS). **Trauma Quality Improvement Program (TQIP): best practices in the management of orthopaedic trauma.** Chicago: ACS, 2015.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 2023 UPDATED AGS BEERS CRITERIA EXPERT PANEL. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 71, n. 7, p. 2271-2281, 2023.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY EXPERT PANEL. American Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 1, p. 142-150, 2015.

ARAÚJO, L. B. et al. Tendência de hospitalizações por fratura do fêmur no Brasil: uma série temporal. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, p. 25110-25121, 2020.

ARNDT, A. B. M.; TELLES, J. L.; KOWALSKI, S. C. O custo direto da fratura do fêmur por quedas in pessoas idosas: análise no setor privado de saúde na cidade de Brasília, 2009. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 221-231, 2011.

BASKARAN, D. et al. Effect of tranexamic acid use on blood loss and thromboembolic risk in hip fracture surgery: systematic review and meta-analysis. **HIP International**, v. 28, n. 1, p. 3-10, 2018.

BERGSTROM, N. et al. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. **Nursing Research**, v. 36, n. 4, p. 205-210, 1987.

BORTOLON, P. C.; ANDRADE, C. L. T.; ANDRADE, C. A. F. O perfil das internações do SUS para fratura osteoporótica do fêmur em idosos no Brasil: uma análise do triênio 2006-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 733-742, 2011.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2003.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

Diretrizes brasileiras para tratamento de fratura do colo do fêmur no idoso: relatório de recomendação nº 323. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o Tratamento da Fratura do Colo do Fêmur em Idosos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão da Transição do Cuidado em Fisioterapia no Programa Melhor em Casa (PMeC):** Nota Técnica nº 49/2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 21, de 24 de setembro de 2018. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, p. 64, 27 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.997, de 24 de novembro de 2023.** Atualiza as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 11.527, de 19 de dezembro de 2024.** Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente (PNQSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 10 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 5 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192:** Suporte Avançado de Vida. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.



BRATZLER, D. W. et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 70, n. 3, p. 195-283, 2013.

BRITISH ORTHOPAEDIC ASSOCIATION. **The Care of Patients with Fragility Fracture (Blue Book)**. London: BOA, 2023.

CLEMENT, N. D.; PENFOLD, R. S.; DUFFY, A.; MURTHY, K.; MACLULLICH, A. M. J.; DUCKWORTH, A. D. Completion of the emergency department "Big 6" in patients with an acute hip fracture is associated with a lower mortality risk and shorter length of hospital stay. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 17, art. 5559, 2023.

COELHO, G. M. **Fatores preditores de morte em idosos após tratamento cirúrgico de fratura do terço proximal do fêmur na macrorregião de Diamantina**. 2023. Dissertação (Mestrado) – UFVJM, Diamantina, 2023.

FISCHER, H. et al. Management of proximal femur fractures in the elderly: current concepts and treatment options. **European Journal of Medical Research**, v. 26, n. 1, p. 42-53, 2021.

FRAGILITY FRACTURE NETWORK (FFN). **Global Call to Action on Fragility Fractures**. Zurich: FFN, 2025.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). **PC 09 — Tratamento primário das fraturas expostas**. 2. ed. Belo Horizonte: FHEMIG, 2026.

HAYASHI, M. et al. Peripheral Nerve Blocks in the Preoperative Management of Hip Fractures. **Annals of Emergency Medicine**, v. 83, n. 6, p. 522-538, 2024.

HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS (HOB). **Protocolo Institucional HOB - Tratamento de Fraturas do Fêmur**. Belo Horizonte: HOB, 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pirâmide etária**. Rio de Janeiro: IBGE Educa, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida 2025**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025.

INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION (IOF). **Capture the Fracture® Best Practice Framework**. Nyon: IOF, 2023.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

LEAL, R. P. et al. Early versus delayed surgery for hip fracture: cost-effectiveness analysis. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 56, n. 3, p. 312-320, 2021.

LEHTONEN, E. J. I. et al. Tendências no tratamento cirúrgico das fraturas do colo do fêmur em idosos. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 3, p. 1-8, 2018.



LIU, Y. T.; HIRASHIMA, E. T.; YADAV, K. Peripheral Nerve Blocks for Hip Fractures. **JAMA**, v. 333, n. 23, p. 2314-2316, 2025.

LOURES, F. B. et al. Análise econômica do tratamento cirúrgico de fratura do quadril em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 12, 2015.

LOURES, F. B. et al. Análise espaço-temporal do tratamento cirúrgico da fratura do quadril em idosos de Minas Gerais. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 10, n. 4, p. 2572-2580, 2024.

LYNG, J. W. et al. Management of Suspected Femoral Shaft Fractures. **Prehospital Emergency Care**, v. 29, n. 2, p. 114-123, 2025.

MACKWAY-JONES, K. et al. (ed.). **Emergency Triage**: Manchester Triage Group. 3. ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2014.

MARICONDA, M. et al. Factors predicting mobility and the change in activities of daily living after hip fracture. **Journal of Orthopaedic Trauma**, v. 30, n. 2, p. 71-77, 2016.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: OPAS, 2019.

MENDES, M. C. et al. Fatores de risco de fratura do fêmur em idosos. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 6094-6103, 2023.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.736, de 19 de junho de 2024. **Belo Horizonte**: SES-MG, 2024.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 10.837, de 15 de dezembro de 2025. **Belo Horizonte**: SES-MG, 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Termômetro da Judicialização**: 1º semestre de 2026. Belo Horizonte: SES-MG, 2026.

MORAES, E. N. **Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2023.

MOREIRA, R. S. et al. Mortalidade em idosos com fratura do fêmur proximal em um Hospital Universitário. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e6382, 2021.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **PHTLS**: Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Hip fracture: management** (Clinical Guideline CG124). London: NICE, 2023.

O'CONNOR, M. I.; SWITZER, J. A. AAOS Clinical Practice Guideline Summary. **Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons**, v. 30, n. 20, p. e1291-e1296, 2022.



ONG, T.; VINDLACHERUVU, M. A commentary update on NICE CG124: Hip fracture management (2023). **Age and Ageing**, v. 52, n. 6, p. 11-18, 2023.

PEREIRA, H. O. **Infecção de sítio cirúrgico em cirurgias limpas de fraturas do fêmur em um Hospital de grande porte de Belo Horizonte**. 2012. Dissertação (Mestrado) – EE-UFGM, Belo Horizonte, 2012.

PORTO, A. O. et al. Characteristics sociodemográficas e custo de hospitalizações por fratura do fêmur em idosos na Bahia. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 2, p. 297-309, 2019.

RADOMINSKI, S. C. et al. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, n. 2, p. 452-466, 2017.

SÁEZ-LÓPEZ, P. et al. Recommendations for the prevention of fragility fractures: a consensus from international experts and Ibero-American scientific societies. **Archives of Osteoporosis**, v. 20, n. 76, p. 1-15, 2025. DOI: 10.1007/s11657-025-01551-2.

SILVA, E. L. D. et al. Perfil epidemiológico das internações por fratura do fêmur em idosos no Brasil entre 2013 e 2022. **Revista de Epidemiologia e Saúde Pública**, v. 1, n. 2, p. 45-54, 2023.

SILVA, J. C. A. et al. Fraturas do fêmur em idosos nas diferentes regiões do Brasil de 2015 a 2020. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 11, n. 4, p. 798-806, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SBOT). **Manual de trauma ortopédico**. São Paulo: SBOT, 2011.

STOLNICKI, B.; OLIVEIRA, L. G. Para que a primeira fratura seja a última. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 51, n. 2, p. 121-126, 2016.

SUNG, A.; KIM, D. H.; KIM, D. H. et al. Patient and emergency department factors influencing surgery timing in patients with hip fracture. **Scientific Reports**, v. 15, art. 22682, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-08913-3>

TRINCADO, R. M. et al. Epidemiology of proximal femur fracture in older adults in a philanthropic hospital in São Paulo. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 30, n. 6, e255963, 2022.

VASCONCELOS, P. A. B. et al. Femoral fractures in the elderly in Brazil: incidence, lethality and costs (2008-2018). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 12, p. 1702-1706, 2020.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ageing and health**. Genebra: WHO, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030**. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for Essential Trauma Care**. Geneva: WHO, 2012.



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrated Care for Older People (ICOPE)**. Geneva: WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prehospital Trauma Care Systems**. Geneva: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; FRAGILITY FRACTURE NETWORK. **WHO benchmarks for equitable hip-fracture care and osteoporosis treatment**. Geneva: Decade of Healthy Ageing Initiative, 2025.

ZONARO, G. G. et al. Estudo epidemiológico das fraturas do fêmur proximal em idosos tratadas em um hospital do Sul de Minas Gerais. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO SEMESP, 15., 2015, Itajubá. **Anais [...]**. Itajubá: Faculdade de Medicina de Itajubá, 2015.



ANEXO III DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 11.572, DE 19 DE AGOSTO DE 2026.

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA FRATURA DO FÊMUR PROXIMAL NA PESSOA IDOSA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE MINAS GERAIS

Sobre o documento

Este Protocolo Assistencial compõe o Anexo Técnico da Linha de Cuidado da Fratura do Fêmur Proximal na Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde do SUS Minas Gerais propõe as recomendações clínicas aplicáveis às etapas do itinerário (do atendimento pré-hospitalar à reabilitação pós-alta) do paciente idoso (60+) com fratura de fêmur proximal. Fundamenta-se em diretrizes nacionais e internacionais, referenciadas ao longo do texto (*Fragility Fracture Network-FFC*, 2025; *National Institute for Health and Care Excellence - NICE*, 2023; *American Academy of Orthopaedic Surgeons - AAOS*, 2021; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC, 2018; Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT, 2011).

O documento não visa a substituição de protocolos institucionais já formalizados na rede SUS-MG, e tem por objetivo trazer diretrizes para aprimoramento dos protocolos existentes e subsídio para elaboração de novos nas Unidades que ainda não possuem visando promover a padronização assistencial. A Linha de Cuidado traz consigo a Resolução SES/MG, que aprova as diretrizes e regras para a assistência à fratura de fêmur proximal na pessoa idosa no que refere à organização da rede, fluxos de regulação e governança.

Quadro 1 — Meta Institucional para assistência à fratura de fêmur proximal na pessoa idosa

META CENTRAL DESTE PROTOCOLO EM ALINHAMENTO COM GOVERNANÇA DA LINHA DE CUIDADO

1) Cirurgia em até 48 horas do trauma

A SES-MG adota como meta institucional a realização da cirurgia de fratura de fêmur proximal no idoso em até 48 horas do trauma, para todos os subtipos de fratura do fêmur proximal — colo, transtrocantérica e subtrocantérica —, conforme a Portaria Conjunta MS nº 21/2018 e as diretrizes da AAOS (2021).

Cada 24 horas adicionais de espera pela cirurgia eleva a mortalidade intra-hospitalar e a mortalidade em um ano, aumenta o custo da internação e piora o resultado funcional (CONITEC, 2018; Loures et al., 2015).

O adiamento da cirurgia só se justifica por instabilidade clínica **ativa**, ou seja, não por exames pendentes ou por falta de agenda cirúrgica. Pacientes **ASA IV não devem ter a cirurgia indefinidamente postergada**, pois a imobilização



prolongada representa risco de mortalidade comparável ou superior ao risco cirúrgico. Nesse grupo pode não ser seguida a meta de até 48 horas para alguns casos que tiverem ainda circunstâncias a serem manejadas. A decisão de operar deve ser conjunta entre ortopedia, anestesiologia e clínica médica/geriatria.

Para esse indicador a medição se dará pela emissão de AIH e registro da cirurgia, sendo estes os parâmetros mais verossímeis através do DRG e SIH.

2) Maior segurança do paciente e eficiência assistencial

A Linha de Cuidado Estadual da Fratura de Fêmur Proximal na pessoa idosa será acompanhada por meio de sete indicadores de eficiência assistencial que refletem a qualidade do cuidado ao longo de toda a internação.

A SES-MG adota como segunda meta institucional deste protocolo, visando assegurar maior segurança ao paciente idoso submetido ao tratamento da fratura de fêmur, a monitoração do tempo de permanência hospitalar.

O acompanhamento desse indicador será realizado por meio do DRG (*Diagnosis Related Groups*), permitindo monitorar desfechos, complicações e eficiência assistencial ao longo da linha de cuidado.

Fonte: Elaborado pela equipe SES-MG, baseado em Brasil, Ministério da Saúde, CONITEC (2018); Brasil, Ministério DA Saúde (2026); *American Academy of Orthopaedic Surgeons* (2021); Loures et al.. (2015); Royal College of Physicians - RCP (2016); Voeten (2018).

Indicadores de acompanhamento para qualificação assistencial

Em alinhamento com a governança da Linha de cuidado, a SES-MG propõe o acompanhamento de indicadores visando a qualificação assistencial, sendo os indicadores 1 e 2 vinculados a financiamento no âmbito do Valora Minas:

Quadro 2 — Indicadores para qualificação assistencial

Número do Indicador	Indicador	Numerador	Denominador	Meta	Periodicidade
1	Tempo de tratamento cirúrgico (≤ 48h)	Nº de pacientes idosos com fratura de fêmur proximal operados em até 48h do trauma *(emissão AIH)	Nº total de pacientes com fratura de fêmur proximal operados no período	≥ 90% de desempenho na janela cirúrgica adequada de até 48h	Mensal
2	Eficiência da Assistência Hospitalar ao Paciente Idoso com fratura de	Tempo de permanência médio realizado dos pacientes com FFP no período	Tempo de permanência médio previsto dos pacientes com FFP no período	100%	Quadrimestral



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

	fêmur proximal.				
3	Incidência de LPP	Nº de pacientes que desenvolveram LPP (estágio ≥ 2) durante a internação	Nº total de pacientes internados por fratura de fêmur proximal no período	Tendência de redução progressiva, com meta assistencial de zero eventos evitáveis	Quadrimestral
4	Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)	Nº de pacientes que apresentaram ISC	Nº total de pacientes que foram submetidos ao tratamento cirúrgico de FFP	Tendência de redução progressiva, com meta assistencial de zero eventos evitáveis	Quadrimestral
5	Taxa de <i>delirium</i> pós-operatório	Número de pacientes com <i>delirium</i>	Número total de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico da FFP	Tendência de redução progressiva, com meta assistencial de zero eventos evitáveis	Quadrimestral
6	Readmissão até 30 dias após alta hospitalar	Nº de pacientes readmitidos em até 30 dias da alta, por causa relacionada à fratura ou ao tratamento	Nº total de pacientes com FFP que receberam alta no período	Redução progressiva	Quadrimestral
7	Taxa de mortalidade	Nº de pacientes idosos com FFP submetidos a procedimento cirúrgico que evoluíram a óbito.	Nº total de pacientes idosos com FFP submetidos a procedimento cirúrgico	<30% ao ano	Quadrimestral

Fonte: Elaboração SES-MG baseado em Voeten et al. (2018); Royal College of Physicians (2016); *Software Diagnosis Related Groups-Brasil*® e no Protocolo Assistencial do Hospital Odilon Behrens, Belo Horizonte, 2025.

Dentre esses indicadores, o indicador da realização da cirurgia em até 48 horas e o de eficiência da Assistência Hospitalar na assistência à pessoa idosa com fratura de fêmur proximal farão parte do painel de acompanhamento do cuidado assistencial, a serem reportados periodicamente ao Comitê Gestor Regional da Rede de Urgência e Emergência.

Quadro 3 — Magnitude do problema e evidências de custo-efetividade da cirurgia precoce



Por que essa meta é prioritária — magnitude do problema e evidências

Em Minas Gerais, foram registradas 148.353 internações por fratura de fêmur entre 2016 e 2025, das quais 53% resultaram em cirurgia; 64,6% ocorreram em pessoas com 60 anos ou mais e 51,85% em pessoas com 80 anos ou mais (SIH-SUS/DATASUS, extração SES-MG).

A mortalidade em 1 ano após fratura de fêmur no idoso varia de 15% a 30%; em uma coorte brasileira de pacientes operados, foi de 23,6%, significativamente associada a anemia e demência (Guerra et al., 2017).

Um estudo brasileiro de custo-utilidade mostrou que a cirurgia precoce é estrategicamente dominante sobre a tardia: menor custo (R\$3.711 vs. R\$6.205 por paciente) e melhor resultado em anos de vida ajustados por qualidade, com mortalidade intra-hospitalar de 7,4% no grupo precoce contra 16,9% no tardio (Loures et al., 2015).

Extrapolando esses achados para o SUS em escala nacional, a adoção rotineira da cirurgia precoce/tempestiva (neste caso foi analisado até 4 dias de trauma) poderia gerar uma economia estimada em R\$90,5 milhões/ano e salvar cerca de 3.882 vidas/ano (Loures et al., 2015).

FONTE: SIH-SUS/DATASUS, extração SES-MG (2016-2025); Guerra et al. (2017); Loures et al. (2015).

1. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (APH) — MANEJO CLÍNICO

O Serviço de Atendimento Móvel de urgência -SAMU 192 é o responsável pelo atendimento pré-hospitalar móvel à pessoa idosa com suspeita de fratura de fêmur proximal. Sua atuação é vinculada às diretrizes da Central de Regulação das Urgências no que refere ao tipo de transporte a assistência necessários de acordo com a condição clínica.

A suspeita de fratura deve ser considerada diante de dor intensa em quadril/coxa/joelho após trauma, incapacidade de deambular, encurtamento ou rotação externa do membro e deformidade — inclusive após quedas da própria altura, quando as manifestações podem ser discretas nos idosos, exigindo elevado grau de suspeição da equipe.

Meta de tempo: o intervalo entre o acionamento do SAMU 19 e a chegada à porta hospitalar (Pronto Socorro/ Hospital de referência) deve ser ≤ 60 minutos, conforme a síntese de tempos-alvo da Linha de Cuidado da Fratura de Fêmur Proximal (SES-MG).

Sequência XABCDE

Quadro 4 — Sequência XABCDE de atendimento pré-hospitalar

X — Exsanguinação: controle de hemorragias graves (compressão, torniquete); acesso venoso calibroso; SF 0,9%/RL se hipotensão.



- A — Via aérea:** garantir perviedade (jaw thrust se trauma cervical); O₂ suplementar se SpO₂ < 94%.
- B — Respiração:** FR, amplitude, oximetria; investigar pneumotórax em alta energia.
- C — Circulação:** pulso, perfusão, coloração da pele; buscar hemorragias não detectadas.
- D — Disfunção neurológica:** Glasgow; pupilas; EVA; rastreio de déficit em MMII.
- E — Exposição:** remover roupas; avaliar deformidades; cobrir o paciente (risco de hipotermia no idoso).
- Analgesia é obrigatória antes de qualquer mobilização.
 - Imobilizar em posição de conforto e não reduzir a fratura no campo.
 - Registrar horário do trauma, mecanismo, sinais vitais, EVA e medicações.

Fonte: PHTLS, 9ª ed., ATLS, 11ª ed.

Analgesia pré-hospitalar

Em idosos, opióides devem ter a dose reduzida em 25–50% em relação ao adulto jovem (NICE, 2011/2023); reavaliar a dor em 30–60 min.

Quadro 5 — Fármacos para analgesia pré-hospitalar no idoso

Fármaco	Dose / via	Indicação	Observação
Dipirona	1g IV lento (≥5 min) ou IM	1ª linha; EVA < 6	Evitar IV rápido; monitorar PA
Paracetamol	500–750mg VO	Alternativa; dor leve	Se deglutição preservada
Morfina	2–4mg IV titulada c/5 min (máx. 0,1mg/kg)	EVA ≥ 6 refratária; SAV	Monitorar SpO ₂ , FR, sedação
Cetamina sub-anestésica	0,1–0,3mg/kg IV lento	Dor refratária + hipotensão; SAV	Evitar em TCE grave

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2011/2023).

Imobilização e transporte

- Fêmur proximal/quadril:** não reduzir no campo, posição de conforto, almofada entre os membros, maca rígida com fixação lateral;
- Diáfise femoral fechada:** tala de tração (Thomas ou similar), quando sem contraindicação (suspeita de fratura pélvica ou lesão articular associada);
- Fratura exposta:** curativo estéril, controle de sangramento, sem manipulação excessiva; antibioticoprofilaxia precoce pode ser iniciada pela SAV quando prevista em protocolo local;



- d. **Fêmur distal:** tala posterior longa, joelho em leve flexão (15–20°); checar pulsos distais antes e após a imobilização;
- e. Transporte horizontal, em maca rígida, com tempo mínimo no campo (princípio *load-and-go* em pacientes instáveis).

2. AVALIAÇÃO E MANEJO EM SERVIÇOS NÃO HOSPITALARES DE URGÊNCIA E HOSPITAIS GERAIS

Admissão: Na chegada à unidade, o paciente deve ser classificado conforme o Protocolo de Manchester, adaptado aos achados típicos da fratura de fêmur.

Metas de tempo na UPA/Pronto Socorro e Unidade Mista: porta-analgesia ≤ 30 minutos após a chegada; porta-radiografia ≤ 60 minutos; porta-regulação (decisão de transferência) ≤ 2 horas; permanência total na unidade desejável ≤ 6 horas — limiar a partir do qual o *boarding* prolongado no serviço de emergência associa-se a maior tempo de internação e pior desfecho clínico (Sung et al., 2025; Clement et al., 2023).

Acolhimento e classificação de risco (Protocolo de Manchester)

Quadro 6 — Classificação de risco de Manchester aplicada à fratura de fêmur

Classificação	Critérios (fratura de fêmur)	Tempo-resposta
Emergência (vermelha)	Fratura exposta com sangramento ativo; instabilidade hemodinâmica ($PA < 90/FC > 120$); Glasgow ≤ 13	Imediato
Muito urgente (laranja)	EVA ≥ 7 ; deformidade grosseira; déficit neurovascular; idoso ≥ 80 com fratura proximal	≤ 10 min
Urgente (amarela)	EVA 4–6; idoso estável com fratura proximal suspeita	≤ 30 min
Pouco urgente (verde)	EVA < 4 ; suspeita de fratura oculta; deambulando com dor	≤ 60 min

FONTE: Mackway-Jones; Marsden; Windle (2014).

Avaliação clínica inicial: Anamnese investigando o mecanismo e horário do trauma; comorbidades; uso de anticoagulantes/antiagregantes; nível funcional prévio; alergias; última ingestão alimentar; condições sociofamiliares.



Exame físico: sinais vitais completos e glicemia capilar; deformidade/encurtamento/rotação; avaliação neurovascular distal; lesões associadas em alta energia; avaliação cognitiva sumária; lesões cutâneas pré-existentes.

Diagnóstico por imagem: Radiografia obrigatória de pelve em AP (panorâmica) + quadril acometido em AP; perfil do quadril (para valiação do desvio e do tipo de fratura do colo) (adiar se dor intensa/instável); fêmur AP e perfil (em suspeita de fratura de diáfise/distais).

Manejo da dor: A intensidade da dor, mensurada pela Escala Visual Analógica (EVA), orienta a conduta analgésica inicial:

Quadro 7 — Conduta analgésica na UPA/Hospital Geral segundo a Escala Visual Analógica (EVA)

EVA	Intensidade	Conduta inicial	Reavaliação
1–3	Leve	Paracetamol 500–1000mg VO ou Dipirona 500mg VO	30–60 min
4–6	Moderada	Dipirona 1g IV + Tramadol 50–100mg IV; ou Codeína 30mg VO	30–60 min
7–10	Intensa	Dipirona 1g IV + Morfina 2–5mg IV titulada	15–30 min

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2011/2023) e American Academy of Orthopaedic Surgeons (2021).

Comorbidades descompensadas — conduta na UPA24h, Pronto Socorros, Unidades Mistas Hospitais Gerais

Comorbidades clínicas descompensadas identificadas na avaliação inicial devem ser estabilizadas antes do encaminhamento hospitalar, conforme a conduta a seguir:

Quadro 8 — Conduta na UPA24h, Pronto Socorros e Hospitais Gerais diante de comorbidades descompensadas

Comorbidade	Conduta
HAS grave (PAS>180)	Anti-hipertensivo IV; meta PAS <160 antes da transferência
Hiperglicemia (>250mg/dL)	Insulina IV/SC; meta 140–200mg/dL no pré-operatório
Anticoagulação terapêutica	Suspender; Vit. K 10mg IV se Warfarina (INR>1,5); registrar para hospital de destino se NOAC



ICC descompensada / infecção respiratória ativa	Furosemida IV / ATB empírico + O ₂ ; contato com cardiologia ou Clínica Médica do hospital de destino confere maior segurança na transferência do cuidado.
---	---

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, CONITEC (2018); American Academy of Orthopaedic Surgeons (2021).

3. ATENDIMENTO HOSPITALAR REFERÊNCIA EM TRAUMA— ADMISSÃO E CHECKLIST

Acolhimento e classificação de risco: realizar a classificação de risco imediata, reconhecendo a fratura de fêmur como condição prioritária, especialmente em idosos frágeis, pacientes com dor intensa, incapacidade de marcha, suspeita de fratura exposta ou sinais de instabilidade clínica (Brasil, 2017; Brasil, 2023).

Estabilização clínica inicial: promover o manejo inicial utilizando abordagem sistematizada baseada nos princípios do atendimento ao trauma, garantindo monitorização contínua, controle da dor, prevenção de complicações e manutenção da estabilidade hemodinâmica (NAEMT/ACS; WHO, 2012).

Avaliação diagnóstica: realizar a propedêutica inicial incluindo o exame físico completo e exames de imagem, principalmente radiografias da pelve, quadril e fêmur para confirmação diagnóstica (NICE, 2023; AAOS, 2021).

Analgesia precoce: instituir o alívio da dor de forma efetiva, preferencialmente antes de qualquer mobilização, utilizando protocolos de analgesia multimodal; sempre que houver disponibilidade técnica e profissional capacitado, os bloqueios periféricos, como o bloqueio do nervo femoral ou da fáscia ilíaca, devem ser considerados por sua comprovada eficácia na redução da dor e da necessidade de opioides (Brasil, 2023; NICE, 2023; Hayashi et al., 2024; Liu et al., 2025).

Imobilização do segmento: realizar a imobilização adequada do membro acometido, minimizando a movimentação desnecessária, prevenindo o agravamento da lesão, reduzindo a dor e proporcionando maior segurança durante a permanência na unidade e no transporte interinstitucional (NAEMT/ACS; WHO, 2012).

Manejo de condições reversíveis: identificar e corrigir condições clínicas potencialmente reversíveis, como desidratação, hipovolemia, distúrbios glicêmicos, insuficiência cardíaca



descompensada, arritmias e hipoxemia que possam aumentar o risco cirúrgico ou comprometer a segurança do transporte (NICE, 2023; AAOS, 2021).

Comunicação estruturada: garantir a transmissão padronizada de informações clínicas com a Central de Regulação e com o hospital receptor, informando o mecanismo de trauma, exame físico, exames realizados, intensidade da dor, tratamentos instituídos e comorbidades; a utilização de ferramentas estruturadas, como o *SBAR*, contribui para a segurança da transição assistencial (WHO, 2005; Brasil, 2023).

Tempo de permanência: evitar a retenção prolongada do paciente na unidade, reconhecendo que a fratura de fêmur proximal constitui condição tempo-dependente associada a piores desfechos quando ocorre atraso no acesso ao tratamento definitivo, devendo-se evitar a observação prolongada em serviços sem capacidade cirúrgica (NICE, 2023; AAOS, 2021).

Admissão médica: validação e complementação

- a. Validar diagnóstico, exames trazidos e medicações já administradas na Unidade de origem ou APH;
- b. Reavaliar sinais vitais, nível de consciência e neurovascular distal;
- c. Avaliação cognitiva estruturada — referência basal para delirium;
- d. Avaliação funcional pré-fratura;
- e.** Solicitação de exames necessários.
- f. Comunicação e acionamento da equipe multiprofissional.

Figura 1 – Acionamento Multiprofissional



Fonte: Elaborado por SES MG, através de IA geradora.



Quadro 9 – Escore ASA

ASA	Definição	Implicação para a Fratura de Fêmur
I	Paciente saudável, sem doença sistêmica	Cirurgia com risco mínimo; meta: cirurgia em até 48h trauma.
II	Doença sistêmica leve, sem limitação funcional (HAS controlada, DM compensado)	Cirurgia em até 48h; otimização de comorbidades durante o preparo pré-operatório.
III	Doença sistêmica grave com limitação funcional (ICC, DPOC, DRC, DM descompensado)	Avaliação pré-operatória multidisciplinar; cirurgia em até 48-72 horas, de acordo com a condição clínica; contato com anestesiologia.
IV	Doença sistêmica grave com risco de vida (ICC descompensada, sepse, IAM recente)	Estabilização clínica prioritária; discussão multidisciplinar sobre risco-benefício; cirurgia quando clinicamente viável.

Fonte: American Society of Anesthesiologists, (1963);

Pacientes ASA IV com fratura de fêmur não devem ter a cirurgia indefinidamente postergada: a imobilização prolongada por si só representa risco de mortalidade comparável ou superior ao risco cirúrgico. Neste grupo especificamente a meta de se operar em 48 horas não deve ser estritamente aplicada pois algumas circunstâncias devem ser manejadas antes da cirurgia para maior segurança assistencial. A decisão de operar deve ser tomada em conjunto pela equipe de ortopedia, anestesiologia e clínica médica/geriatria.

Checklist de admissão hospitalar

A admissão hospitalar deve ser formalizada por meio do checklist a seguir, garantindo a continuidade das informações entre APH e equipe hospitalar:

Figura 2 — Checklist de admissão hospitalar na fratura de fêmur

SES-MG · LINHA DE CUIDADO DA FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL NO IDOSO

Checklist de Admissão Hospitalar

Continuidade das informações entre o atendimento pré-hospitalar (APH/UPA) e a equipe hospitalar na fratura de fêmur proximal no idoso.

- 1 Registro e triagem**
 - ☐ Horário do trauma registrado
 - ☐ Classificação de risco e box prioritário
 - ☐ Sumário da UPA/APH lido e validado
- 2 Diagnóstico e avaliação clínica**
 - ☐ Diagnóstico por imagem confirmado
 - ☐ Exames laboratoriais solicitados; resultados críticos comunicados
 - ☐ Membro imobilizado; pulsos distais documentados
 - ☐ Analgesia instituída/mantida; EVA reavaliada
- 3 Acionamento da equipe**
 - ☐ Ortopedia notificada
 - ☐ ASA definido; anestesiologia ou CLM notificada, conforme rotina hospitalar
 - ☐ Geriatria/clínica médica acionada (≥ 70 anos ou ASA $\geq III$)
 - ☐ Serviço Social acionado se vulnerabilidade social
- 4 Preparo pré-cirúrgico**
 - ☐ Tipagem sanguínea e reserva de 2 CH solicitadas
 - ☐ Jejum orientado
 - ☐ Profilaxia mecânica de TEV iniciada, se disponível
- 5 Risco e comunicação**
 - ☐ Escala de Braden e Escala de Morse aplicadas
 - ☐ Família informada sobre diagnóstico e plano terapêutico pela equipe médica

Fonte: Adaptado de Brasil, Ministério da Saúde, Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão (2013).

Fonte: Adaptado de Brasil, (2014) e Brasil, Protocolo Prevenção Úlcera de Pressão (2013), elaborado por SES, por meio de IA geradora.

4. CLASSIFICAÇÃO DA FRATURA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM INTRA-HOSPITALAR

A correta classificação da fratura determina a escolha do implante, a via de acesso e os recursos necessários, com impacto direto sobre o resultado funcional (NICE, 2011/2023).



- a. **Radiografia simples** (1ª linha): pelve em AP (panorâmica); quadril em AP com 10° de rotação interna (avalia desvio/Garden); Cross Table (perfil verdadeiro); fêmur AP e perfil incluindo joelho em fraturas de diáfise/distais; contralateral do quadril para planejamento de implante.
- b. **Tomografia (TC)**: fratura complexa/cominutiva; suspeita de fratura acetabular associada; planejamento de osteossíntese/artroplastia complexa; politraumatizado (whole-body CT).
- c. **Ressonância (RM)**: padrão-ouro para fratura oculta do colo do fêmur (sensibilidade/especificidade >98%); indicada quando Rx é negativo/inconclusivo com suspeita clínica forte; realizar preferencialmente em até 24h da admissão.

Quadro 10 — Conduta diante de suspeita de fratura oculta do colo do fêmur

Conduta — suspeita de fratura oculta do colo do fêmur

Rx negativo + dor em quadril + recusa de carga + mecanismo compatível: internar (NÃO liberar para casa); manter imobilização e restrição de carga; solicitar RM em até 24h (ou TC se RM indisponível); com diagnóstico confirmado, seguir o protocolo cirúrgico. Se ambos negativos e dor persistente: manter internação e reavaliar em 48–72h.

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2011/2023).

Avaliação neurovascular

Avaliação neurovascular é obrigatória na admissão e após qualquer manipulação: pulsos pedioso/ tibial posterior, tempo de enchimento capilar (≤ 2 s), sensibilidade (L4–S1), mobilidade ativa e temperatura do pé, comparados ao lado contralateral.

5. PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

O preparo pré-operatório deve ser conduzido em paralelo à definição do tempo-alvo cirúrgico, que varia conforme o subtipo de fratura:

Quadro 11 — Tempo-alvo para cirurgia por tipo de fratura de fêmur

Tempo-alvo para cirurgia — SES-MG

- Fratura do colo do fêmur (qualquer tipo): cirurgia em até 48 horas do trauma (Portaria Conjunta MS nº 21/2018).
- Fratura transtrocanterica e subtrocanterica: cirurgia em até 48 horas (AAOS, 2021).



- Adiamiento cirúrgico só se justifica por instabilidade clínica ATIVA — nunca por exames pendentes ou agenda cirúrgica.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Portaria Conjunta MS nº 21/2018; American Academy of Orthopaedic Surgeons (2021); FHEMIG (2026).

Exames complementares específicos (ecocardiograma, USG Doppler de MMII, angio-TC, cintilografia óssea) devem ser solicitados apenas conforme indicação clínica e não devem justificar postergar a cirurgia além de 48h, salvo situações que efetivamente impossibilitem a anestesia com segurança.

Manejo por domínio clínico

- Dor:** analgesia multimodal contínua (paracetamol + dipirona basal; tramadol/morfina de resgate); bloqueio femoral contínuo como opção de maior eficácia; evitar AINEs no idoso;
- Hidratação:** acesso venoso calibroso; corrigir hipocalemia/hiponatremia (frequentes no idoso, aumentam risco de arritmia e delirium);
- TEV:** profilaxia obrigatória em todos os pacientes — mecânica (meia/ Compressão pneumática- quando disponíveis) desde a admissão; farmacológica após avaliação de risco hemorrágico (enoxaparina 40mg SC iniciada 12h pós-cirurgia, por 28–35 dias, ou alternativa oral);
- Prevenção de UPP:** Escala de Braden na admissão e a cada 24h; mudança de decúbito a cada 2–4h conforme risco; coxins para calcâneos flutuantes;
- Prevenção de delirium:** reorientação frequente, ciclo sono-vigília preservado, mobilização precoce, evitar benzodiazepínicos/anticolinérgicos, manter óculos/aparelhos auditivos e presença de familiar.

Manejo de anticoagulantes/antiagregantes (síntese)

O uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários não deve postergar a cirurgia além do necessário; a conduta pré-operatória varia conforme o fármaco.

O manejo Peri operatório de anticoagulantes e antiagregantes deve seguir consenso internacional específico para pacientes idosos com fratura de quadril (Mitchell et al., 2024; DOUKETIS, American College of Chest Physicians, 2022):

Figura 3 — Manejo pré-operatório de anticoagulantes e antiagregantes



SES-MG · LINHA DE CUIDADO DA FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL NO IDOSO

Manejo Pré-Operatório de Anticoagulantes e Antiagregantes

Protocolo de otimização para cirurgia em até 48 horas — conduta por fármaco, sem comprometer a janela cirúrgica.



⚠️ Gestão de risco e meta cirúrgica

Meta de 48 horas: o manejo deve ser ágil para não comprometer a janela cirúrgica.

Justificativa clínica: a imobilização prolongada é mais perigosa que o procedimento. Cada 24h de atraso impacta na mortalidade anual do idoso.

Decisão multidisciplinar: em pacientes de alto risco (ASA IV ou NOACs complexos), conduta definida entre Ortopedia, Clínica Médica e Anestesiologia.

Fonte: Elaborado pela equipe SES-MG, com base em Douketis et al. (2022); Mitchell et al. (2024).

Fonte: Elaborado por SES MG, através de IA geradora, com base em Douketis et al. (2022) ; Mitchell et al. (2024).

Antibioticoprofilaxia cirúrgica



A antibioticoprofilaxia deve ser iniciada antes da incisão cirúrgica, com esquema definido pelo tipo de procedimento e pelo risco associado:

Quadro 12 — Antibioticoprofilaxia cirúrgica na fratura de fêmur proximal

Situação	Esquema	Duração
Padrão (implante)	Cefazolina 2g IV 30–60min antes; repique 1g em cirurgia longa	Até 24h
Alergia a betalactâmico	Clindamicina 900mg IV pré + 600mg 6/6h	Até 24h
Risco de MRSA	Vancomicina 15mg/kg IV 1–2h antes; repetir 12/12h	Até 24h
Fratura exposta (I / II-III)	Cefazolina 2g ($\pm$ Gentamicina 5mg/kg se grau II-III)	24h / até 72h

Fonte: Bratzler et al. (2013).

Reserva de hemocomponentes:

O padrão preconizado é a reserva de 2 concentrados de hemácias (CH) tipadas e cruzadas,

Pode ampliar para 3–4 unidades nos casos de fratura diafisária, fraturas expostas Gustilo II–III, revisão de artroplastia ou hemoglobina pré-operatória inferior a 10 g/dL.

A transfusão está indicada quando a hemoglobina estiver abaixo de 8 g/dL, sendo a amostra pré-transfusional válida por 72 horas.

Checklist pré-operatório (completar até 2h antes da cirurgia)

A liberação do paciente para o centro cirúrgico deve ser precedida da conferência do checklist pré-operatório:



Figura 4— Checklist pré-operatório na fratura de fêmur

SES-MG · LINHA DE CUIDADO DA FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL NO IDOSO

Checklist Pré-Operatório

Verificação final antes da liberação do paciente com fratura de fêmur proximal para o centro cirúrgico — completar até 2h antes da cirurgia.

- 1 Documentação e comunicação**
 - ☐ Consentimento informado assinado, de acordo com rotina da instituição
 - ☐ Marcação do sítio cirúrgico e lateralidade
 - ☐ Família informada sobre horário, local e procedimento proposto
- 2 Tempo e preparo cirúrgico**
 - ☐ Tempo trauma-cirurgia calculado e dentro da meta
 - ☐ Imagens disponíveis no centro cirúrgico
 - ☐ Implante confirmado no estoque do centro cirúrgico
 - ☐ Jejum adequado (≥6h sólidos, ≥2h líquidos claros)
- 3 Avaliação clínica e laboratorial**
 - ☐ Exames laboratoriais atualizados
 - ☐ Avaliação pré-anestésica realizada; ASA definido
 - ☐ Avaliação neurovascular documentada
 - ☐ Escala de Braden aplicada
- 4 Segurança hemostática e profilaxias**
 - ☐ INR <1,5 (Warfarina); NOACs suspensos conforme janela
 - ☐ Reserva de hemocomponentes confirmada (≥2 CH)
 - ☐ Antibioticoprofilaxia prescrita e confirmada
 - ☐ Profilaxia mecânica de TEV aplicada quando disponível

Fonte: Haynes et al. (2009); Brasil, Ministério da Saúde, Protocolo para Cirurgia Segura (2013).

Fonte: Elaborado por SES MG, através de IA geradora, com base em Haynes et al. (2009); Brasil, Ministério da Saúde, Cirurgia Segura (2013).

6. CONDUTAS PERIOPERATÓRIAS

Figura 5 – Segurança do paciente no perioperatório

SES-MG · LINHA DE CUIDADO DA FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL NO IDOSO

Condutas Perioperatórias

Condutas perioperatórias na fratura de fêmur proximal no idoso — da avaliação pré-anestésica ao Sign Out, sequência de segurança alinhada ao Protocolo para Cirurgia Segura do Ministério da Saúde.

- 1 Avaliação pré-anestésica**
ASA I-III: até 4h da admissão **ASA IV: imediata**
 - ☐ Revisão de **comorbidades e medicações** em uso
 - ☐ Exames mínimos necessários ao plano anestésico
 - ☐ Avaliação de via aérea — **Mallampati**
 - ☐ Estado volêmico e definição do plano anestésico
 - ☐ Confirmação de jejum e profilaxia de TEV
- 2 Sign In** **Antes da indução anestésica**
 - ☐ Confirmação de **identidade, procedimento, lateralidade** e sítio cirúrgico marcado
 - ☐ Verificação de **alergias** conhecidas
 - ☐ Avaliação de via aérea difícil / risco de aspiração
 - ☐ Risco de perda sanguínea $\geq 500\text{mL}$ — acesso venoso calibroso e reserva de hemocomponentes adequados
 - ☐ Oximetria, aparelho de anestesia e medicações checados
- 3 Posicionamento cirúrgico** **Time Out — antes da incisão**

Fratura proximal (isolada)
Mesa ortopédica/tração; almofadar proeminências ósseas

Fraturas de fêmur associadas
Posicionamento definido pela equipe cirúrgica conforme o(s) segmento(s) associado(s) à fratura proximal

 - ☐ Equipe se apresenta — **nome e função** de cada membro
 - ☐ Confirmação verbal de paciente, sítio e procedimento
 - ☐ Antibioticoprofilaxia administrada **≤ 60 minutos** antes da incisão
 - ☐ Imagens necessárias disponíveis e exibidas na sala
- 4 Cuidados gerais de posicionamento**
 - ☐ Proteção ocular
 - ☐ Evitar hiperextensão cervical
 - ☐ Atenção ao posicionamento dos **MMSS** — risco de plexopatia braquial
- 5 Sign Out** **Antes de o paciente sair da sala**
 - ☐ Equipe revisa em conjunto o **procedimento realizado**
 - ☐ Conclusão da contagem de instrumentais, compressas, gazes e agulhas
 - ☐ Identificação e etiquetagem de amostras cirúrgicas obtidas
 - ☐ Registro de eventuais problemas com equipamentos
 - ☐ Plano de recuperação e cuidados pós-operatórios comunicado à equipe

⚠ Condução da lista de verificação
Em cada uma das três fases (Sign In, Time Out e Sign Out), um único condutor deve ser responsável por checar os itens com a equipe antes de prosseguir à etapa seguinte — a checagem não deve ser feita isoladamente por um profissional.

Fonte: Elaborado pela equipe SES-MG, com base em Brasil, Ministério da Saúde, Portaria Conjunta MS nº 21/2018; Brasil, Ministério da Saúde, Protocolo para Cirurgia Segura (2013).

Fonte: Elaborado por SES-MG, com base em Brasil, Ministério da Saúde, Portaria Conjunta MS n 21/2018; Brasil, Ministério da Saúde, Protocolo para Cirurgia Segura (2013), através de IA geradora.



7. TRATAMENTO CIRÚRGICO POR TIPO DE FRATURA

O objetivo do tratamento cirúrgico é restaurar a anatomia e a função do membro, permitindo mobilização precoce e reduzindo complicações da imobilidade (trombose, UPP, pneumonia, delirium). A mobilização precoce, nas primeiras 48h pós-operatórias, é o principal fator isolado de redução de complicações e de mortalidade em 1 ano — a escolha do implante deve priorizar a opção que permita carga imediata ou precoce.

7.1 Classificação topográfica

As fraturas de fêmur proximal/ Quadril no idoso são classificadas por localização anatômica, o que determina a conduta cirúrgica subsequente.

- a. **Intracapsulares:** colo do fêmur;
- b. **Extracapsulares:** intertrocantéricas (ou transtrocantéricas);
- c. **Subtrocantéricas** – Aproximadamente 5 cm abaixo do colo do fêmur.

7.2 Indicação cirúrgica por tipo de fratura

A escolha do procedimento cirúrgico decorre diretamente do tipo de fratura identificado.

Figura 6—Tratamento Cirúrgico de Fratura Proximal do Fêmur Proximal



SES-MG · LINHA DE CUIDADO DA FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL NO IDOSO

Indicação Cirúrgica por Tipo de Fratura Proximal de Fêmur

A escolha do procedimento cirúrgico decorre diretamente do tipo de fratura identificado — da classificação por segmento anatómico ao implante padrão recomendado.



1 Colo do fêmur

TIPO	PROCEDIMENTO PADRÃO	OBSERVAÇÕES
Garden I / II — não desviada	Osteossíntese: 3 parafusos canulados ou DHS	Artroplastia pode ser preferida em ≥75 anos com osteoporose grave
Garden III / IV — desviada	Artroplastia parcial (baixa demanda) ou total cimentada (boa demanda)	ATQ cimentada: menor risco de fratura periprotética no idoso

Classificação de Garden — define o grau de desvio

I Incompleta/impactada em valgo Parafusos canulados ou DHS	I Completa, sem desvio Osteossíntese	III Completa, desvio parcial Artroplastia (osteossíntese se <60a)	IV Completa, desvio total Artroplastia — risco de necrose avascular
---	---	--	--



2 Transtrocantérica (AO/OTA)

TIPO	PROCEDIMENTO PADRÃO	OBSERVAÇÕES
AO-A1 — estável	DHS ou haste cefalomedular curta	DHS: boa opção em fraturas simples estáveis
AO-A2 / A3 — instável	Haste cefalomedular longa — hastes cefalomedulares curtas também são opção	Maior estabilidade em fraturas instáveis/reversas

Tip-apex distance ≤25mm; bloqueio distal obrigatório. Carga parcial no 1º dia, plena em 4-6 semanas.



3 Subtrocantérica

TIPO	PROCEDIMENTO PADRÃO	OBSERVAÇÕES
Qualquer padrão	Haste cefalomedular	Redução tecnicamente exigente; preferir entrada trocantérica. Também tratada por placas DCS longas.

A musculatura proximal desvia o fragmento em flexão/abdução/rotação externa. Carga parcial a partir do 2º dia, plena em 6-10 semanas.



4 Exposta (segmento proximal)

TIPO	PROCEDIMENTO PADRÃO	OBSERVAÇÕES
Gustilo-Anderson I-IIIIC	Desbridamento + fixação externa ou definitiva	Antibióticoprofilaxia; cirurgia em até 6-8h



Quando o tratamento é conservador

Exceção no idoso: reservado a risco cirúrgico proibitivo (ASA V / condição terminal) ou paciente acamado sem potencial funcional, com objetivo exclusivamente paliativo — sempre com justificativa clínica, discussão multiprofissional e consentimento documentados.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Garden (1961); Meinberg et al. (2018); American Academy of Orthopaedic Surgeons (2021).

Fonte: Elaborado pela equipe da SES MG e SBOT, com base em Garden (1961); Meinberg et al (2018); American Academy of Orthopaedic Surgeons (2021); FHEMIG, 2026; através de IA geradora.

8. CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

No pós-operatório imediato, a alta da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) deve seguir critérios objetivos de estabilidade clínica:

Quadro 13 — Critérios de alta da Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Critérios de alta da SRPA (Aldrete modificado)

- Pontuação de Aldrete ≥ 9 (atividade motora, respiração, circulação, consciência, SpO₂);



- b. EVA ≤ 4 com analgesia em curso; temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$;
- c. Ausência de náuseas/vômitos não controlados;
- d. Rastreio de delirium pelo CAM-ICU.
- e. ASA IV ou intercorrência intraoperatória: transferir para UTI/semi-intensivo.

Fonte: Aldrete; Kroulik (1970).

Monitorização nas primeiras 24h: os sinais vitais devem ser aferidos a cada 30 minutos nas primeiras 4 horas, passando a intervalos de 1/1 hora entre 4 e 12 horas e, a partir daí, de 4/4 horas caso o paciente esteja estável. A temperatura deve ser verificada a cada 4 horas, já que febre acima de $38,3^{\circ}\text{C}$ nas primeiras 48 horas pode indicar infecção, pneumonia ou tromboembolismo pulmonar. A diurese deve ser monitorada horariamente, com meta de pelo menos $0,5 \text{ mL/kg/h}$, e o CAM deve ser aplicado a cada turno. A dor deve ser reavaliada pela EVA a cada 4 horas, com meta de manter escore ≤ 4 , e o hemograma de controle deve ser realizado em 6 horas, com nova coleta em 24 horas.

Analgesia multimodal pós-operatória

O controle da dor no pós-operatório segue esquema escalonado conforme a intensidade referida pelo paciente:

Quadro 14— Analgesia multimodal pós-operatória

Degrau	EVA	Conduta	Observação
1	0–3	Paracetamol 1g + Dipirona 1g IV/VO 6/6h	Base para todos os pacientes
2	4–6	+ Tramadol 50–100mg IV 8/8h (50mg no idoso)	Acrescentar ao degrau 1
3	7–10	+ Morfina 2–4mg IV a cada 4h (resgate)	Naloxona disponível
Adjuvante/regional	Qualquer	Gabapentina/Pregabalina; cateter de bloqueio femoral (24–48h)	Reduz consumo de opioides

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2011/2023) e American Academy of Orthopaedic Surgeons (2021).

Evitar AINEs sistêmicos como rotina no idoso, em DRC, cardiopatas ou risco gastrointestinal.

Cuidados de enfermagem e complicações mais frequentes



O paciente idoso com fratura de fêmur proximal reúne fatores de risco combinados para o desenvolvimento de Lesão Por Pressão-LPP — imobilidade pré e pós-operatória, idade avançada, comprometimento sensitivo-perfusional, tempo de espera cirúrgica, desnutrição e uso de analgesia sedativa —, o que torna a LPP um evento-sentinela sensível à qualidade assistencial ao longo de toda a linha de cuidado, da admissão à alta.

A prevenção e o monitoramento têm como base na Escala de Braden (Bergstrom et al., 1987): aplicação na admissão, com reavaliação a cada 24–48 horas ou a cada mudança do quadro clínico; inspeção sistemática da pele, com atenção às proeminências ósseas (sacro, calcâneos e trocânteres); reposicionamento programado; uso de superfícies de redistribuição de pressão para pacientes de alto risco (Braden ≤ 12); suporte nutricional precoce; e mobilização o mais precoce possível.

Toda LPP identificada durante a internação deve ser classificada por estágio e notificada ao núcleo de segurança do paciente da unidade como evento adverso evitável, alimentando o indicador institucional.

Curativo: sinais de infecção comunicados imediatamente; dreno retirado em 24–48h com débito $<50\text{mL/turno}$.

Quadro 15 — Manejo das principais complicações pós-operatórias

Complicação	Sinais de alerta	Conduta imediata
Sangramento	Queda de Hb $>2\text{g/dL}$; hipotensão; taquicardia	Hemograma urgente; transfundir se Hb <8 ; avaliar reoperação
TVP / TEP	Edema/dor assimétrica em MMII; dispneia, dessaturação, dor torácica	USG Doppler ou angio-TC urgente; anticoagulação plena
Infecção de sítio	Eritema, secreção, febre	Antibiótico; cultura; revisão do curativo (superficial) ou TC/hemocultura e ATB IV amplo espectro (profunda)
Delirium	Confusão, agitação, desorientação (1º–3º DPO)	Medidas não farmacológicas; haloperidol 0,5–1mg IV se agitação grave
Pneumonia aspirativa	Febre, tosse, expectoração purulenta	Fisioterapia respiratória intensiva; ATB IV; avaliar UTI
Luxação de artroplastia	Dor súbita intensa; encurtamento/rotação	Comunicar ortopedista imediatamente; redução fechada sob sedação

Fonte: Elaborado com base em Brasil, Ministério da Saúde, Portaria Conjunta MS nº 21/2018; NICE (2011).



CrITÉRIOS de alta da enfermaria

A alta hospitalar deve ser autorizada somente quando os critérios abaixo, organizados por domínio de avaliação, estiverem atendidos:

Quadro 16— Critérios de alta da enfermaria

Domínio	CrITÉrio
Dor / Mobilidade	EVA ≤ 4 com analgesia oral; deambulando com andador ≥ 10 m
Ferida / Hemodinâmica	Curativo limpo, sem sinais de infecção; PA/FC habituais; SpO ₂ $\geq 94\%$
Cognição / Suporte social	Sem delirium ativo; cuidador identificado e orientado
Continuidade	Consulta de ortopedia em 2 semanas; encaminhamento à reabilitação na alta

Fonte: Elaborado com base em National Institute for Health and Care Excellence (2011/2023)

9. ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL INTRA-HOSPITALAR

O cuidado integrado, com atuação compartilhada entre as equipes de ortopedia e geriatria, está associado à melhora de desfechos hospitalares em pessoas idosas com fratura de quadril (Kates; Mendelson; Friedman, 2010).

Evidências da Cochrane indicam benefícios da reabilitação multidisciplinar supervisionada no ambiente hospitalar, especialmente na redução de desfechos desfavoráveis após a fratura (Handoll et al., 2021);

Intervenções voltadas à mobilidade, incluindo treino de marcha, equilíbrio e tarefas funcionais, podem promover melhora clinicamente significativa da mobilidade e da velocidade da marcha, tanto no ambiente hospitalar quanto após a alta (Fairhall et al., 2022). As Diretrizes Brasileiras para o Tratamento da Fratura do Colo do Fêmur em Idosos, aprovadas pelo Ministério da Saúde, constituem referência nacional para o cuidado dessa população.

Quadro 17— Composição e atuação da equipe multiprofissional

Profissional	Momento	Foco
Ortopedista / Anestesiologista	Admissão; cirúrgico; SRPA	Diagnóstico, indicação e realização do procedimento; plano anestésico e analgesia
Geriatra / Clínico	≤ 6 h (≥ 70 anos ou ASA $\geq$ III); diário	Avaliação geriátrica ampla; comorbidades; delirium; polifarmácia



Fisioterapeuta	1º dia; diário	Avaliação funcional; respiratória e motora; mobilização precoce
Terapeuta ocupacional	1º–2º dia	AVDs; dispositivos auxiliares; treino de transferências; domicílio
Enfermagem	Contínuo	Monitorização, curativo, UPP, dor, medicação, educação em saúde
Nutricionista	1º dia	Avaliação nutricional (MAN); dieta; suplementação
Assistente social	1º dia (vulnerabilidade)	Sociofamiliar; cuidador; rede de proteção; planejamento de alta
Psicólogo	Conforme demanda	Suporte emocional; delirium; adaptação funcional

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Kates; Mendelson; Friedman (2010).

Nutrição — suporte

Dieta oral assim que houver deglutição segura (2–4h pós-raquianestesia); MAN no 1º dia; cálcio 1.200mg/dia e vitamina D 600–800UI/dia desde o pós-operatório imediato.

Fisioterapia — mobilização precoce

A progressão da carga na reabilitação depende diretamente do tipo de tratamento ortopédico realizado.

Quadro 18 — Progressão da carga conforme o tratamento ortopédico

Tratamento ortopédico	Recomendação de carga
Artroplastia (colo do fêmur)	Carga que tolerar desde o pós-operatório imediato
Haste cefalomedular (transtrocantérica/subtrocantérica estável)	Carga que tolerar nas primeiras 24h; restrição temporária em subtrocantéricas complexas
DHS	Carga que tolerar em fraturas estáveis; individualizar em instáveis
Haste intramedular (diáfise) / Placas bloqueadas (distal/diáfise)	Carga parcial precoce evoluindo para total; placas frequentemente exigem restrição inicial

Fonte: Elaborado pela Equipe SES-MG, com base em American Academy of Orthopaedic Surgeons (2021) e Turabi et al. (2025).

Terapia ocupacional, serviço social, geriatria, psicologia e nutrição



- I. **Terapeuta Ocupacional:** treino de transferências e de dispositivos auxiliares; adaptação de AVDs respeitando precauções de luxação; avaliação do domicílio antes da alta;
- II. **Serviço Social:** avaliação sociofamiliar no 1º dia; identificação de cuidador, renda, rede de apoio (CRAS/CAPS/SAD-NASF-núcleo de apoio de saúde à família); notificação obrigatória de violência/negligência ao Conselho do Idoso;
- III. **Geriatría:** Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) em até 6h (≥ 70 anos ou $ASA \geq III$) — cognição, delirium, funcionalidade, nutrição, mobilidade, polifarmácia, humor e suporte social;
- IV. **Psicologia:** acolhimento na admissão; GDS-15 para triagem de humor; intervenção cognitiva em delirium; suporte à adesão à fisioterapia; orientação à família;
- V. **Nutrição:** dieta hipercalórica/hiperproteica (30–35kcal/kg/dia; 1,2–1,5g proteína/kg/dia); suplementação oral quando ingestão inadequada; cálcio e vitamina D desde o pós-operatório.

Quadro 19— Situações que impedem alta direta para o domicílio

Situações que impedem alta direta para o domicílio

Ausência de cuidador disponível; domicílio sem condições mínimas de acessibilidade; violência doméstica ou risco social grave; dependência funcional total sem cuidador capacitado. Nesses casos: acionar regulação para leito de retaguarda ou articular suporte domiciliar intensivo.

Fonte: Elaborado por SES

10. ORIENTAÇÕES DE ALTA, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO E REABILITAÇÃO PÓS-ALTA

Orientações ao paciente e ao cuidador

- Uso correto do dispositivo de marcha, com demonstração prática; restrições de carga (qual perna, quanto peso, prazo até carga plena).
- Medicamentos de alta (nome, dose, frequência, duração) e profilaxia de TEV domiciliar, quando prescrita.
- Cuidados com a ferida e sinais de alarme para retorno imediato: dor súbita intensa, encurtamento/rotação do membro, febre $>38^{\circ}\text{C}$, dispneia ou dor torácica.
- Precauções específicas para artroplastia (6–8 semanas): não flexionar o quadril acima de 90° , não cruzar as pernas, evitar rotação interna; usar assento elevado.



- Prevenção de novas quedas: retirar tapetes soltos, instalar barras de apoio no banheiro, iluminação adequada, calçados fechados antiderrapantes, revisão de medicamentos que causam tontura/hipotensão postural.

Seguimento ambulatorial

O acompanhamento após alta hospitalar segue um cronograma estruturado de consultas e reavaliações:

Quadro 20— Cronograma de seguimento ambulatorial pós-alta

Consulta / serviço	Prazo pós-alta	Objetivo
Ortopedia	2 e 6 semanas	Revisão de ferida; controle radiológico; progressão de carga
Fisioterapia ambulatorial/domiciliar	Início em até 7 dias	Reabilitação motora; equilíbrio e marcha
Reumatologia / Endocrinologia	30–60 dias	Tratamento da osteoporose; densitometria
Geriatría / Clínica médica	30 dias	Comorbidades; cognição; polifarmácia; prevenção de nova queda
Atenção Primária (UBS)	Imediato	Continuidade de baixa complexidade; renovação de receitas

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em National Institute for Health and Care Excellence (2011/2023) e Ojeda-Thies et al. (2025).

A posição da Fragility Fracture Network sobre carga total precoce sem restrição (Turabi et al., 2025) deve orientar a fisioterapia de seguimento, evitando restrições de carga não justificadas clinicamente que atrasem a recuperação funcional.

Compete ao Serviço de Atenção Domiciliar:

- Garantir a transição segura do cuidado para a Atenção Primária à Saúde e os demais pontos da RAS;
- Executar e monitorar o Plano Terapêutico Singular (PTS);
- Realizar acompanhamento clínico e funcional periódico;
- Desenvolver ações de reabilitação voltadas à recuperação da mobilidade, marcha, equilíbrio e independência funcional;
- Prevenir complicações decorrentes da imobilidade e do pós-operatório incluindo o acompanhamento de feridas operatórias e demais cuidados assistenciais necessários;



VI. Realizar educação em saúde para usuários, familiares e cuidadores, incluindo orientações sobre prevenção de quedas, autocuidado, uso de medicamentos, dispositivos assistivos e adaptações do ambiente domiciliar;

VII. Identificar precocemente intercorrências clínicas ou cirúrgicas e articular os encaminhamentos necessários junto aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;

VIII. Planejar a alta do SAD e garantir a continuidade do acompanhamento pela APS, pelos serviços de reabilitação e demais pontos da rede, conforme a necessidade do usuário.

Compete à Atenção Primária à Saúde:

No âmbito desta Linha de Cuidado, compete à APS desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de quedas e fraturas, identificar precocemente pessoas em situação de fragilidade e vulnerabilidade, coordenar o cuidado após a alta hospitalar, acompanhar a recuperação funcional, promover a prevenção secundária de novas fraturas e articular o cuidado com os serviços especializados, de reabilitação e demais componentes da RAS. Essas ações devem contribuir para a recuperação da funcionalidade, a manutenção da autonomia, a redução de complicações, refraturas e incapacidades, bem como para a melhoria da qualidade de vida dos usuários (Brasil, 2017; Fischer et al., 2021; Mendes et al., 2023).

11. FLUXOGRAMA RESUMIDO – LINHA DE CUIDADO DA FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL NA PESSOA IDOSA

Figura 7 – Fluxograma Linha de Cuidado da Fratura de Fêmur Proximal na Pessoa Idosa

LINHA DE CUIDADO – FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL



Fonte: Elaboração SES-MG com IA Geradora.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDRETE, J. A.; KROULIK, D. A postanesthetic recovery score. *Anesthesia & Analgesia*, v. 49, n. 6, p. 924-934, 1970.
- AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS (AAOS). Management of hip fractures in older adults: evidence-based clinical practice guideline. 2. ed. Rosemont: AAOS, 2021.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Advanced Trauma Life Support (ATLS): student course manual. 11. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2025.
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA). New classification of physical status [editorial]. *Anesthesiology*, v. 24, p. 111, 1963.
- BERGSTROM, N.; BRADEN, B. J.; LAGUZZA, A.; HOLMAN, V. The Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, v. 36, n. 4, p. 205-210, 1987.
- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 28 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). *Diretrizes Brasileiras para o tratamento de fratura do colo do fêmur no idoso: Relatório de Recomendação nº 323*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta nº 21, de 24 de setembro de 2018. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Tratamento de Fratura do Colo do Fêmur em Idosos. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Protocolo para cirurgia segura*. Brasília: Ministério da Saúde/ANVISA, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)/ FIOCRUZ. *Protocolo para prevenção de úlcera de pressão*. Brasília: Ministério da Saúde/ANVISA/FIOCRUZ, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 — Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Suporte Avançado de Vida. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente. Brasília, DF, 2026.
- BRATZLER, D. W. et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 70, n. 3, p. 195-283, 2013.
- CLEMENT, N. D.; PENFOLD, R. S.; DUFFY, A.; MURTHY, K.; MACLULLICH, A. M. J.; DUCKWORTH, A. D. Completion of the emergency department "Big 6" in patients with an acute hip fracture is associated with a lower mortality risk and shorter length of hospital stay. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 17, art. 5559, 2023.



DOUKETIS, J. D.; SPYROPOULOS, A. C.; MURAD, M. H.; ARCELUS, J. I.; DAGER, W. E.; ESSIEN, E. F. et al. Perioperative management of antithrombotic therapy: an American College of Chest Physicians clinical practice guideline. *Chest*, v. 162, n. 5, p. e207-e243, 2022.

FAIRHALL, N. J. et al. Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 9, art. CD001704, 2022.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). Comissão Central de Protocolos Clínicos. PC 09 — Tratamento primário das fraturas expostas. 2. ed. Belo Horizonte: FHEMIG, 2026.

GARDEN, R. S. Low-angle fixation in fractures of the femoral neck. *The Journal of Bone and Joint Surgery (British)*, v. 43-B, n. 4, p. 647-663, 1961.

GUERRA, M. T. E.; VIANA, R. D.; FEIL, L.; FERON, E. T.; MABONI, J.; VARGAS, A. S. G. Mortalidade em um ano de pacientes idosos com fratura do quadril tratados cirurgicamente num hospital do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Ortopedia*, v. 52, n. 1, p. 17-23, 2017.

GUSTILO, R. B.; ANDERSON, J. T. Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty-five open fractures of long bones. *The Journal of Bone and Joint Surgery (American)*, v. 58, n. 4, p. 453-458, 1976.

HANDOLL, H. H. G. et al. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 11, art. CD007125, 2021.

HAYNES, A. B.; WEISER, T. G.; BERRY, W. R. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, v. 360, n. 5, p. 491-499, 2009.

HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS (HOB). Protocolo Institucional HOB - Tratamento de Fraturas do Fêmur. Belo Horizonte: HOB, 2025.

KATES, S. L.; MENDELSON, D. A.; FRIEDMAN, S. M. Co-managed care for fragility hip fractures (Rochester model). *Osteoporosis International*, v. 21, supl. 4, p. S621-S625, 2010.

LOURES, F. B.; CHAOUBAH, A.; OLIVEIRA, V. M.; ALMEIDA, A. M.; CAMPOS, E. M. S.; PAIVA, E. P. Análise econômica do tratamento cirúrgico de fratura do quadril em idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, art. 12, 2015.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. (ed.). Emergency Triage: Manchester Triage Group. 3. ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2014.

MEINBERG, E. G.; AGEL, J.; ROBERTS, C. S.; KARAM, M. D.; KELLAM, J. F. Fracture and Dislocation Classification Compendium 2018. *Journal of Orthopaedic Trauma*, v. 32, supl. 1, p. S1-S170, 2018.

MITCHELL, R. J. et al. Principles for the management of hip fracture for older adults taking direct oral anticoagulants: an international consensus statement. *Anaesthesia*, v. 79, n. 6, p. 627-637, 2024.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT); AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (ACS). *Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)*. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2019.



NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Hip fracture: management. Clinical guideline CG124. London: NICE, 2011. Atualizado em 2023.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. *National Hip Fracture Database*: annual report. London: RCP, 2016.

OJEDA-THIES, C. et al. Recommendations for the prevention of fragility fractures: a consensus from international experts and Ibero-American scientific societies. *Archives of Osteoporosis*, v. 20, n. 1, p. 45-56, 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SBOT). Manual de trauma ortopédico. São Paulo: SBOT, 2011.

SUNG, A.; KIM, D. H.; KIM, D. H. et al. Patient and emergency department factors influencing surgery timing in patients with hip fracture. **Scientific Reports**, v. 15, art. 22682, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-08913-3>

TURABI, R. et al. Fragility Fracture Network position on unrestricted weight-bearing after hip fracture surgery. *Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, v. 16, 2025.

VOETEN, S. C.; KRIJNEN, P.; VOETEN, D. M.; HEGEMAN, J. H.; WOUTERS, M. W. J. M.; SCHIPPER, I. B. Quality indicators for hip fracture care, a systematic review. *Osteoporosis International*, v. 29, n. 9, p. 1963-1985, 2018.