

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA OSTEOPOROSE¹

NURSING ASSISTANCE IN THE OSTEOPOROSIS PREVENTION

Alessandra Frizzo da Silva²

Cíntia Nunes Prado²

Adriana Dall'Asta³

RESUMO

A osteoporose é uma doença grave que atinge principalmente as mulheres após a menopausa, tornando os ossos fracos e porosos, ocasionando fraturas. Partindo dessa idéia, objetivou-se com este estudo, avaliar o conhecimento das mulheres sobre a osteoporose e investigar seus hábitos alimentares, de lazer e o uso de hormônios. Para isso foi aplicado um questionário que abordou o assunto com 71 acadêmicas que freqüentam o Curso de Pedagogia do Centro Universitário Franciscano. Concluiu-se que a clientela pouco sabe sobre a prevenção da osteoporose, embora tenham bons hábitos alimentares e exerçam atividade física.

Palavras-Chave: Osteoporose, Mulheres, Ossos.

ABSTRACT

The osteoporose is a serious disease that attacks mainly the women after the menopause, turning the bones weak and porous, causing fractures. The objective of that study is to evaluate the women's knowledge on the osteoporose and to investigate the alimentary habits, leisure and use of hormones. For that a questionnaire was applied to 71 academic that attend the Course of Pedagogy of FAFRA. It was concluded that the subjects of the questionnaire know very litte about osteoporosis prevention, although they have good alimentary habits and they exercise regularly.

Key Words: Osteoporose, Women, Bones.

¹Trabalho Final de Graduação.

²Alunas do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano.

³Orientadora.

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos vêm facilitando a vida das pessoas, sendo também um dos responsáveis pelo aumento da longevidade dos brasileiros fato que está marcando as últimas décadas, graças a disponibilidade de recursos para realização de exames, resultando em laudos precisos e rápidos, permitindo a intervenção precoce nos processos de doença e mesmo a prevenção de algumas patologias, possibilitando assim uma melhor qualidade de vida às pessoas. Uma das moléstias que vêm acompanhando esse progresso é a osteoporose, enfermidade que há pouco tempo tinha pequena incidência, e hoje representa m verdadeiro temor para a população adulta, como principal vítima, está a mulher devido suas características hormonais.

A osteoporose é uma doença silenciosa e avança lentamente. Não há dor, sintomas. Aos poucos, os ossos enfraquecem tornando-se porosos e frágeis. Essa doença não tem cura, mas possui fortes aliados para sua prevenção que deve começar durante a juventude na fase em que ocorre a formação óssea.

De acordo com ERICKSON & JONES (1992) que constataram que a osteoporose afeta 25 milhões de americanos por ano e representando um custo estimado entre U\$ 7 a U\$ 10 bilhões; no Brasil, a estimativa citada por FACCIONI (1993) prevê que no ano 2000 quinze milhões de brasileiros estarão propensos a desenvolver esta patologia. São dados assustadores alertando a enfermagem sobre o problema no que se refere à promoção de saúde e prevenção da doença.

Para enfrentar os problemas de osteoporose nossa preocupação foi com a desinformação das mulheres sobre esta moléstia, por isso optamos pela realização desta pesquisa. Portanto, trouxe, à tona a seguinte problemática como alertar a população feminina quanto à prevenção e também sobre as complicações que podem ser causadas pela osteoporose?

Este estudo objetivou:

- avaliar o conhecimento das mulheres sobre a osteoporose;
- orientar as mulheres quanto à prevenção da osteoporose;
- investigar sobre os hábitos alimentares, de lazer e também sobre o uso de hormonioterapia;
- conhecer antecedentes familiares que tenham desenvolvido a osteoporose.

REVISÃO DE LITERATURA

A perda óssea diminui exponencialmente com o tempo e a maior parte dos ossos é perdida durante os primeiros 4 a 8 anos após a menopausa.

Para MEAD (1997) há 2 tipos de células no esqueleto, as que ajudam a colocar o cálcio no osso - os osteoblastos - e as que retiram o cálcio do osso para levá-lo até a corrente sanguínea - os osteoclastos.

Convém salientar que a formação dos ossos começa muito antes do nosso nascimento. A ossificação é um processo pelo qual a matriz óssea é formada e os minerais responsáveis pelo endurecimento são depositados nas fibras colágenas em um ambiente eletronegativo. As fibras dão ao osso resistência à tração e o cálcio proporciona resistência de compressão. O Paratormônio e a calcitonina são os principais reguladores hormonais da homeostase do cálcio. A acumulação insuficiente de massa óssea durante o crescimento esquelético predispõe às fraturas mais tarde quando a perda óssea relacionada à idade acontecer. Constatou-se que a quantidade de osso existente nos adultos jovens tem determinantes genéticos fortes e as filhas de mulheres com osteoporose têm antes da menopausa densidade óssea mais baixa do que a das mulheres de idade equivalente do grupo controle.

A remodelagem do osso no adulto resulta em aumento da massa óssea até aproximadamente os 35 anos de idade. A genética (por exemplo, mulheres caucasianas de descendência européia de pele clara e pequena estatura), a nutrição, as escolhas no estilo de vida (por exemplo, fumo, consumo de cafeína e álcool) e a atividade física influenciam a massa óssea máxima (BRUNNER & SUDDARTH, 1994, p.1594).

A osteoporose pode ser classificada quanto à etiologia. Temos as Primárias: Pós-menopausa, Senil, Idiopática do adulto jovem. Secundárias: Endócrinas, Digestivas, Renais, Reumáticas, Neurogênica, Neoplásicas e Drogas.

As manifestações clínicas da osteoporose é observada em decorrência de fraturas das vértebras, bacias, punhos, perda de altura, deformidade da coluna. A dorsialgia causada pela compressão das vértebras. A dor pode ser discreta ou intensa e pode ser localizada ou irradiada para o flanco.

A osteoporose resulta freqüentemente em fraturas por compressão da coluna torácica e lombar, fraturas do colo do fêmur e da região intertrocanteriana e fratura de coles do punho. Múltiplas fraturas por compressão das vértebras resultam em deformidade esquelética (cifose) (BRUNNER & SUDDARTH, 1994, p.1995).

De acordo com CECIL (1988, p.1457) a osteoporose pode se manifestar de duas formas: Tipo I (Pós-menopausa) e Tipo II (Relacionada à idade).

A osteoporose do Tipo I afeta tipicamente mulheres, 15 a 20 anos, após a menopausa. As fraturas vertebrais e as fraturas de Colles são manifestações clínicas principais. As fraturas vertebrais são muitas vezes do “tipo esmagamento” e são associadas a grandes deformações e dor. Nesses pacientes, a velocidade de perda óssea trabecular é geralmente 2 ou 3 vezes a velocidade normal.

A osteoporose do Tipo I está diretamente associada à deficiência de estrogênio secundários à menopausa, ooforectomia bilateral ou amenorréia em mulheres jovens.

Segundo o mesmo autor, a osteoporose do Tipo II, ocorre em homens e mulheres com 70 anos de idade ou mais e resulta da fase lenta de perda óssea. Manifesta-se principalmente por fraturas de bacia e de vértebras, apesar de fraturas vértebras amiúde serem cuneiformes e múltiplas, conduzindo à cifose dorsal.

Temos ainda a osteoporose induzida por glicocorticóides, SELBY (1997) nos coloca que “o tratamento com corticosteróides é a segunda maior causa de osteoporose”, porém os médicos não estão levando em conta esse índice e continuam com os tratamentos prolongados com corticóides, sem medidas preventivas.

Se ocorresse a prevenção aos danos, o tratamento não seria tão oneroso para o paciente.

Quando o tratamento for indispensável, recomenda-se que as pessoas incluam em sua dieta cálcio 1 g por dia e também exercícios físicos regularmente.

As pessoas idosas devem tomar suplementos de vitamina D. Existem preparados combinados. Pode ainda ocorrer o hipogonodismo nas pessoas que fazem o tratamento com glicocorticóides que pode ser corrigido através de uma terapêutica hormonal.

Recomenda-se às mulheres que estão no período pré-menopausa e se submetem a esse tratamento seguirem a terapêutica de substituição hormonal, a não ser que existam contra-indicações específicas.

Esse mesmo artigo sugere como medidas específicas, na prevenção primária e secundária da rarefação óssea induzida por glicocorticóides, a terapêutica intermitente com Etidranato dada ciclicamente com cálcio (Didronel PMO), sendo no momento este o biofosfanato mais indicado e com efeitos satisfatórios.

Ainda não se encontrou a cura para a osteoporose, contudo, há tratamentos eficazes no alívio dos sintomas e mesmo para estabilizar a doença.

Esses exigem um planejamento bem definido, associando medidas físicas, medicamentosas e mudanças nos hábitos de vida das pessoas.

De acordo com CECIL (1988, p.1460):

Entre as medidas gerais terapêuticas temos os analgésicos que agem com efeito satisfatório sobre a dorsalgia aguda, a aplicação de calor e à massagem delicada para aliviar o espasmo muscular. Todos os pacientes com osteoporose devem ter uma dieta adequada em cálcio, proteínas e vitaminas; devem ter uma atividade física razoável e devem tomar precauções para evitar quedas.

Quando a perda óssea é identificada através de exames normalmente já está num estágio avançado, não sendo eficazes apenas medidas preventivas, devendo-se implementar o tratamento medicamentoso que conforme PRADO et al. (1993) pode ser dividido em Drogas Bloqueadoras da reabsorção óssea da qual fazem parte o estrogênio. Os mais utilizados são os estrogênios conjugados e a dosagem mínima necessária para prevenção e/ou tratamento da osteoporose deve ser de 0,625 mg/dia. O 17-beta-estradiol também pode ser utilizado, e a dosagem mínima necessária é de 2 mg/dia.

Um estudo recentemente efetuado na França demonstrou que a administração de elevadas doses de cálcio (1,2 g diários), juntamente com vitamina D (20 mg; 800 UI diários) está associada a uma redução em todas as fraturas não vertebrais particularmente as do colo do fêmur (SELBY, 1997, p.31).

O mesmo autor assegura que todas as doentes em tratamento devem receber suplementos de cálcio, se tal for necessário para que seu consumo atinja os níveis requeridos. Da mesma forma se procede com carência de vitamina D. É possível associar cálcio e vitamina D num mesmo preparado.

Temos ainda os Bifosfonatos - alendronato e etidronato de sódio inibem a reabsorção óssea e são considerados um dos principais avanços nos tratamentos da osteoporose, estando indicado principalmente às mulheres que estão impossibilitadas de ingerir estrogênio. O etidronato é indicado para osteoporose vertebral. Alendronato é mais potente que o etidronato de sódio, é dado numa dose diária de 10 mg. O alendronato previne a perda óssea nos três principais locais de fraturas osteoporóticas.

O Estrogênio e Progesterona devem ser ministrados no mínimo durante 12 dias de cada ciclo, em doses suficientes para prevenir a proliferação do

endométrio. Essa associação está indicada principalmente em mulheres que têm útero, pois o uso isolado de estrogênio aumenta a incidência de câncer uterino. A Calcitonina: está indicado principalmente a pacientes que tenham contra-indicação absoluta para hormonioterapia.

Difosfanatos: o mais utilizado é o etidronato dissódico (Didronel não existente no mercado) que pode ser aviado. Está indicado para mulheres nas quais está contra-indicada a hormonioterapia e/ou naquelas que se apresentam com massa óssea muito baixa.

Os anabolizantes: são mais utilizados em homens com osteoporose. Nas mulheres podem ser utilizados mas com muito cuidado, pois podem provocar hirsutismo, tendo sido relatados alguns casos de hepatoma.

De acordo com os mesmos autores citados acima, as drogas estimuladoras da formação óssea: Fluoreto de sódio; PTH e ADFR ou terapia da coerência ou seqüencial .

Drogas coadjuvantes: Cálcio; Vitamina D₂; 1,25 (OH)₂ (D₃); Tiazídicos e Indometocina.

Os recentes progressos verificados no campo do diagnóstico e tratamento da osteoporose contribuem para a detecção precoce e tratamento precisos.

Como meio mais eficaz para o diagnóstico, temos a densitometria óssea sendo possível prever o risco de futuras fraturas. É um método preciso, não evasivo e envolve pouca radiação.

Através da análise do exame de sangue observam-se os níveis de cálcio sérico, fosfatos séricos, fosfoprolina, hematócrito e velocidade de hemossedimentação que auxiliam no diagnóstico. MEAD (1997, p. 21) diz:

... recentemente uma simples análise ao sangue pode identificar as mulheres em alto risco de osteoporose. A pesquisa demonstrou que existe uma associação entre a anormalidade de um gene e o desenvolvimento da osteoporose.

A partir do diagnóstico de osteoporose, a enfermagem deve implementar uma terapêutica. A educação para conscientização facilita a convivência com o problema, também é importante que os profissionais de enfermagem saibam detectar sintomas, sendo um dos principais sintomas a dor. Sugere-se que as pessoas doentes procurem repousar em colchões duros e alternando de decúbito dorsal ou lateral para aliviar a dor nas costas, flexionar os joelhos aumenta o conforto por relaxar os músculos. O calor local intermitente e as fricções nas costas promovem o relaxamento muscular. Porém, muitas vezes,

essas intervenções não são suficientes, sendo necessário o uso de analgésicos potentes.

Convém sempre lembrar alguns cuidados do dia-a-dia que diminuem o risco de intercorrência a pessoas propensas a fraturas como: usar calçados anti-derrapantes e andar com atenção redobrada nas vias públicas, não sentar em cadeiras ou sofá com assento mole e profundos, escolher os mais rígidos, com apoio para os braços, evitar pisos muito liso e tapetes dentro de casa, não andar de meias. Essas medidas auxiliam as pessoas, correndo menos risco de uma possível queda.

As intervenções como a ingestão de cálcio dietético, o exercício regular com a sustentação do peso e as modificações no estilo de vida, isto é, consumir menos cafeína, cigarros e álcool, ajuda a manter a massa óssea, podendo até interromper ou tornar mais lento esse processo aliviando os sintomas.

BRUNNER & SUDDARTH (1994) também confirmam que os exercícios físicos são elementos primários para a formação do osso com uma alta densidade que sejam resistentes ao processo osteoporóticos, alertando também que uma maior ingestão de cálcio a partir da meia-idade, protege contra a degeneração esquelética.

IVANISSEVICH (1994, p.11) coloca que “os atletas devem tomar 50% a mais de cálcio, sobretudo mulheres porque o excesso de exercícios causa uma deficiência hormonal, leva a amenorréia e, em conseqüências, provoca perda da massa óssea”.

É também sugerido a ingesta de 3 copos de leite desnatado ou rico em vitamina D ou outros alimentos ricos em cálcio (queijo suíço, salmão, enlatados em espinha). Pode ser tomado um preparado para a suplementação da dieta que protege principalmente as pessoas idosas que sofrem com freqüência de deficiências de cálcio dietético.

METODOLOGIA

O presente estudo constou de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem quali-quantitativa. Iniciamos com uma revisão bibliográfica sobre problemas femininos referentes à osteoporose. Foram coletados dados através de um questionário com 12 questões, sendo 10 fechadas e 1 aberto.

Fizeram parte da clientela 71 mulheres que freqüentam o Curso de Graduação da FAFRA (Pedagogia, Tecnologia Educacional e Magistério).

Os questionários foram respondidos durante os períodos de aulas, no primeiro semestre de 1998.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média das mulheres entrevistadas foi de 26 anos e a variabilidade dos dados foi de 14% em torno da média. Dessas mulheres, 85% tinham idade entre 20 a 29 anos e 15% entre 30 e 39 anos. Das mulheres entrevistadas, 85% tiveram a menarca antes dos 15 anos e 15% depois dos 15 anos. Não consta nas bibliografias consultadas a relação da menarca com a osteoporose, mas sabe-se que a patologia está relacionada com os hormônios.

Tabela 1 - Idade das mulheres entrevistadas.

Idade	Número	%
20 - 29	60	85
30 - 39	11	15
40 - 49	-	-
Total	71	100

Com relação a Tabela 2, foi constatado que 37% das entrevistadas possuem antecedentes familiares com osteoporose e 63% não possuem. Esse fato é um alerta já que a hereditariedade, de acordo com bibliografias consultadas, está relacionada com o aumento da porosidade dos ossos.

Tabela 2 - Fatores de risco observados nas mulheres entrevistadas.

Questões com respostas múltiplas	Sim	%	Não	%
Antecedentes familiares com osteoporose	26	37	45	63
Tabagista	20	27	51	73
Etilista	36	51	35	49
Prática de esportes	35	49	36	51

O fumo leva à diminuição do estrogênio, como também possibilita o aparecimento da menopausa precoce. Através dos dados acima, constata-se que 27% das entrevistadas são tabagistas e 73% não. Embora a percentagem de tabagistas seja menor, não se pode deixar de considerar, pois a nicotina acelera o metabolismo impedindo a circulação desses para que ocorra a proteção necessária.

Dos entrevistados, 51% são etilistas social e 35% não são etilistas. Esse resultado nos chama atenção já que o álcool em excesso prejudica o metabolismo ósseo através de vários mecanismos, como a diminuição da síntese hepática da vitamina D, pelo aumento da

excreção renal do cálcio, pela diminuição da absorção intestinal local do cálcio, através do aumento do cortisol das supra-renais, bem como interferindo nas gônadas masculinas, diminuindo a testosterona. Este é um fator preocupante, visto que a maioria das entrevistadas são etilistas social.

Com relação a exercícios físicos, 49% das entrevistadas praticam e 51% não praticam. A vida sedentária é fator extremamente prejudicial ao esqueleto. Os exercícios melhoram a massa através de vários mecanismos, como aumento do estrogênio e da vitamina D de aumento do absorção intestinal do cálcio e outros ainda não conhecidos. As 49% das entrevistadas, embora inconscientemente, estão prevenindo a osteoporose, já que os esportes são comprovadamente benéficos para a manutenção da massa óssea.

Tabela 3 - Número de gestações das mulheres entrevistadas.

Gestações	Número	%
Nenhuma	14	68
Uma	12	17
Mais de uma	11	15
Total	71	100

Observou-se que 68% das mulheres entrevistadas não tiveram gestação, 17% tiveram uma gestação e 15% tiveram mais de uma gestação. Salientamos que estudos mostram que as nulíparas são mais predispostas a desenvolver a osteoporose, devendo a grande maioria das entrevistadas realizarem prevenção adequada para não desenvolverem a osteoporose.

Observou-se uma percentagem de 63% de mulheres que fazem uso de anticoncepcional oral. De acordo com a idéia de PRADO et al. (1993), todas as mulheres devem fazer uso de estrogênio mensalmente por um período de pelo menos 5 a 10 anos, prevenindo assim a osteoporose. Grande parte da população alvo, parece fazer uso de estrogênio, sem conhecimento de que esta seja uma maneira de prevenção.

Constatou-se que, 30% das entrevistadas fazem uso de leite e derivados, 21% fazem uso de verduras, 19% fazem uso de frutas, 12% de café e 18% fazem uso de outros alimentos que não constavam na questão. Salientamos que a osteoporose pode ser prevenida através de alimentos ricos em cálcio, leite e derivados, frutas secas, peixes e verduras de coloração verde escuro, sendo estes fontes de cálcio. As entrevistadas desconheciam a presença de cálcio nesses alimentos. Achavam apenas que o leite e seus derivados continham cálcio.

Embora 12% das entrevistadas façam uso de café, não podemos deixar de nos preocupar, pois a cafeína em excesso seria prejudicial, atuando no rim e promovendo hipercaliúria.

Em relação à questão aberta da pesquisa “O que sabe sobre osteoporose?”, constatou-se que algumas entrevistadas possuem o seguinte pensamento que “A osteoporose está relacionada à menopausa interferindo na constituição óssea. A partir dos 40 anos, a mulher deve ir ao médico para detectar e prevenir esta doença”.

Portanto, não poderíamos deixar de nos preocupar quanto ao modo de vida das mulheres e alertar que é na infância e principalmente na adolescência e juventude que os ossos atingem sua maior consistência. Deveria começar aí a prática de exercícios físicos para que as pessoas incorporassem como hábito de vida, e também uma boa ingestão de cálcio, para fortificar a massa óssea, pois o caminho ainda é a prevenção no tempo certo. Todas as entrevistadas foram orientadas quanto às formas de prevenção da osteoporose.

CONCLUSÕES

Após a realização deste estudo, enfatiza-se que os profissionais de saúde exercem um papel importante na prevenção de doenças, porém não deve ser somente responsabilidade destes e sim de todos os profissionais que se relacionam em seu cotidiano com seres humanos.

Uma vez que não podemos separar educação de saúde, é relevante que assuntos relacionados com a prevenção de doenças, devam ser abordados nos cursos de graduação, disseminando assim, informações que visem à promoção da saúde. Sugere-se que seja incluído, na academia, disciplinas que permeiem noções básicas de saúde. Pois observou-se que mesmo algumas tendo antecedentes familiares de osteoporose, não procuram esclarecimento sobre a doença.

Observou-se, através do referencial teórico, que parece não ser difícil prevenir a osteoporose, principalmente se aderirmos a exercícios físicos, lazer, exposição ao sol, pois esses aumentam o metabolismo do cálcio e concomitantemente a absorção deste pelos ossos. A prevenção de doenças deve ser feita constantemente e não somente quando surgirem os primeiros sintomas ou a partir de uma determinada idade. Isso não exclui a importância que as mulheres devem dar à fase da menopausa, uma vez que pode apresentar-se um pouco conturbada, principalmente se não estiver preparada para a mesma. Sabe-se que durante o desenvolvimento corporal, na fase da adolescência, o hormônio do crescimento contribui para que os ossos atinjam uma melhor consistência, isso justifica a necessidade de iniciar precocemente

atividades físicas e seguir uma dieta adequada, para que a osteoporose seja prevenida.

Conclui-se também através deste estudo que a maioria das mulheres entrevistadas fazem uso de hormonioterapia, sendo esta uma maneira de prevenção. Os hormônios mais utilizados são as pílulas anticoncepcionais, prevenindo a gravidez e evitando a osteoporose, embora essa última consequência não seja de conhecimento de todas. Surge aqui uma lacuna para que pesquisas posteriores sejam feitas como também planos de ação e prevenção para a saúde da mulher, enfatizando o uso de hormonioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRUNNER & SUDDARTH. 1994. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- CECIL. 1988. **Tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- ERICKSON, Grace P.; JONES, Jeonette A. 1992. Osteoporosis risk assessment of mature working women. *Acolhn Journal*, v. 40, n. 9, p. 423-7, sep.
- FACCIONI, Raquel. 1993. **Osteoporose, a epidemia silenciosa**. Porto Alegre: Jornal Zero Hora, 02 nov.
- IVANISSEVICH, Alcía. 1994. Osteoporose assustadora vilã da terceira idade. *SKOPIA Médica*, ano 11, n.5, p. 6-8.
- MEAD, Mike. 1997. Osteoporose. *Nursing*, São Paulo, ano 10, n.115, p. 20-22, outubro.
- PRADO, Felício Cintra do; RAMOS, Jairo de Almeida; VALLE, José Ribeiro do. 1993. **Atualização terapêutica**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- SELBY, Peter L. 1997. Osteoporose. *UPDATE*, São Paulo, ano 9, n.103, p. 30-37, outubro.