

# Osteoporose nas UBSs: conhecimento e prevenção na visão dos coordenadores da Subprefeitura de Pirituba/SP

*Osteoporosis in UBS: knowledge and prevention in the point of view of the coordinators of the administrative division of Pirituba (São Paulo city)*

Andrea Marques Berbel<sup>1</sup>; Daiane Aparecida de Carvalho<sup>2</sup>; Victor Francisco de Souza<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Reabilitação – Unifesp e Docente da Uninove.

<sup>2</sup>Fisioterapeuta – Uninove.

<sup>3</sup>Fisioterapeuta – Uninove.

#### Endereço para correspondência

Victor Francisco de Souza

R. Antonio Dias da Silva, 443, casa 9, Vila Amália

02618-110 – São Paulo – SP [Brasil]

vifsouza@hotmail.com

#### Resumo

A prevenção à osteoporose tornou-se importante para a saúde pública em razão do crescente número de idosos. As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) são os meios mais adequados para divulgar as pessoas orientações sobre seu tratamento e prevenção. Por meio de questionário, foi verificado o conhecimento e as práticas preventivas referentes à osteoporose, desenvolvidas nas UBSs de Pirituba, São Paulo (SP) das quais participam do programa Saúde da Família. Observamos que, em 5 das 11 UBSs, as enfermeiras não souberam determinar números de pacientes diagnosticados. Quando questionadas sobre os fatores de risco, todas as participantes optaram pela resposta correta, porém ficou evidente a dificuldade da detecção dos sintomas. Em 5 UBSs o diagnóstico precoce e a prevenção são passadas de forma indireta em conjunto com as orientações gerais de outras doenças. Concluímos que é primordial investir na educação desses profissionais, pois as atividades atuais não suprem as necessidades da população.

**Descritores:** Osteoporose; Prevenção primária; Serviços básicos de saúde.

#### Abstract

Preventing osteoporosis became important for public health because of the increasing number of elderly. Health units (UBS) are the most appropriate means to divulge people orientations about their treatment and prevention. Through a questionnaire, it was analyzed the knowledge and preventive practices related to osteoporosis, developed in many UBS of Pirituba (São Paulo city), which has the Family Health Program. We observed that in 5 of 11 UBS, nurses did not know how to determine numbers of diagnosed patients. When asked about the risk factors, all participants have chosen the correct answer, but it was clear the difficulty in detecting symptoms. In 5 UBS, early diagnosis and prevention are passed in indirect way with the general guidelines of other diseases. We conclude that is very important investing in primary education of these professionals, because the current activities do not supply the needs of population.

**Key words:** Basic health services; Osteoporosis; Primary prevention.

## Introdução

No Brasil, a população idosa aumenta com o passar dos anos, sendo influenciada diretamente por fatores como redução das taxas de mortalidade infantil e de fecundidade. Esses dois fatores, incluindo o aumento na expectativa de vida, estimam para o ano de 2025, 34 milhões de idosos na faixa etária de 60 anos, representando 13,8% da população, enquanto, em 1990, havia 10 milhões de pessoas nessa faixa etária<sup>2</sup>.

Com o aumento da expectativa de vida, observamos o crescimento de algumas patologias sugestivas que acompanham o idoso entre as quais a osteoporose que é caracterizada por apresentar diminuição da massa óssea e deteriorização na microarquitetura do tecido ósseo<sup>3</sup>. Essa doença é classificada como idiopática e, por sua condição clínica, denominada osteoporose primária subdividindo-se em tipo I (pós-menopausa, causada pelo baixo nível de estrógeno) e tipo II (senil, ou seja, relacionada com a idade do indivíduo). Classifica-se como osteoporose secundária quando outras condições indiretas influenciam, levando à baixa densidade mineral óssea, tais como pouca exposição solar, fatores nutricionais e hormonais e/ou drogas utilizadas no tratamento de doenças crônicas<sup>4,5</sup>. Outros fatores que interferem no desenvolvimento e remodelação óssea são a genética, a raça e os hábitos de vida (álcool, fumo, dieta e prática de exercícios)<sup>6</sup>.

O foco principal das ações contra a osteoporose deve ser a prevenção, pois essa doença é considerada insidiosa, podendo evoluir, muitos anos, de forma assintomática. Reverter a osteoporose estabelecida não é possível, mas a intervenção clínica precoce pode prevenir a doença na maior parte dos casos, e a tardia, poderá alterar a progressão do quadro osteoporótico já estabelecido que, muitas vezes tem, por consequência, a presença de fraturas e deformidades<sup>7</sup>.

Uma pesquisa realizada em 1995 nos EUA mostrou que de 300 mil pacientes idosos hospitalizados com fraturas de colo do fêmur (comum em pacientes com diagnóstico severo de osteo-

porose), 15% vão a óbito no primeiro ano após a fratura, e de 20 a 25% necessitam ser institucionalizados. Os custos com esses doentes hospitalizados atingem U\$10 bilhões por ano<sup>2</sup>.

No Brasil, em dezembro de 1999, foi aprovada a Política de Saúde do Idoso, com o objetivo principal de manter o idoso na comunidade junto de sua família, evitando o deslocamento para asilos, casa de repouso ou similares. Dessa forma, o idoso só é encaminhado para tais locais por incapacidade funcional, gerada por enfermidades crônicas que levam, muitas vezes, à perda de habilidades físicas e mentais, influenciando na realização das atividades da vida diária<sup>10</sup>.

Para viabilizar essa política, foi necessário implantar uma assistência domiciliar com profissionais capacitados em saúde do idoso, que acompanhassem esse grupo populacional de forma individual e coletiva, orientassem as famílias, e avaliassem constantemente os resultados. Para isso a utilização das Unidades Básicas de Saúde tornou-se essencial, representando uma forma prática de fornecer atenção básica ao idoso e à sua família pelo sistema de saúde<sup>10</sup>.

No Brasil, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) que tem como estratégia o atendimento focado nas famílias e na prevenção de doenças, como a osteoporose. As UBSs atuam com equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários<sup>8</sup>. Segundo seus princípios, essa prevenção deve contemplar toda a história da doença; por esse motivo, a aplicação das medidas preventivas é dividida em três níveis: primário (sem patologia), secundário (patologia instalada) e terciário (sequelas da patologia). O cuidado com a prevenção é indispensável, já que esse é o objetivo principal do PSF. O tratamento e o acompanhamento devem ser o mais completos possível quando a doença já estiver instalada<sup>9</sup>.

O profissional da saúde deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos morbidos, além de planejar, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas, tais como criação de programas educacionais e visitas domicilia-

res, trabalhando as necessidades das famílias, por meio de práticas competentes e humanizadas, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde<sup>10</sup>.

A maior longevidade da população trouxe um aumento de doenças crônico-degenerativas como a osteoporose<sup>11</sup>, o que despertou o interesse, neste trabalho, de analisar o conhecimento e as práticas preventivas dos enfermeiros, que têm a responsabilidade de coordenar ações preventivas realizadas nas UBSs vinculadas à Subprefeitura de Pirituba.

O trabalho foi realizado por meio da aplicação de um questionário quantitativo, com perguntas específicas sobre o conhecimento dos profissionais da saúde e o atendimento fornecido às famílias de cada uma das UBSs. O intuito é melhorar o atendimento prestado nessas unidades e possibilitar que os enfermeiros adquiram o conhecimento dessa doença de forma mais completa, de maneira que orientem a população sobre as formas de prevenir a osteoporose.

## Materiais e método

O estudo foi realizado nas UBSs instaladas nos bairros de Pirituba, Perus, Jardim Jaraguá e São Domingos, administrados pela Subprefeitura de Pirituba, pertencentes ao Município de São Paulo.

As atividades do Programa Saúde da Família, realizadas nessas UBSs, são desenvolvidas pelo complexo Unifesp/SPDM (Sociedade Cível Escola Paulista de Medicina, fundada por professores e sem fins lucrativos), desde junho de 2001, por meio de acordo firmado com a Secretária Municipal de Saúde<sup>1</sup>.

Foram analisadas 11 UBSs, sendo 3 localizadas no bairro de Pirituba; 2, em São Domingos; 3, em Perus, e 3, no Jaraguá. As características quanto à cobertura, número de equipes do PSF (Programa Saúde da Família) e o número de atividades em grupo de trabalho das equipes com a população em cada uma das UBSs estão descritas na Tabela 1.

Cada equipe do PSF conta com 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários (média de um agente para 575 pessoas). Outros profissionais, tais como dentistas, psicólogos e assistentes sociais, podem ser integrados como equipes de apoio, dependendo da necessidade e possibilidades locais. As equipes são disponibilizadas para a UBS dependendo do número de pessoas atendidas na região, recomendando-se que não ultrapasse 3500 pessoas por equipe. O médico realiza atendimento na UBS e visitas domiciliares, desenvolvendo ações preventivas e de promoção da qualidade de vida com os demais integrantes da equipe<sup>15</sup>.

Na Tabela 1, pode-se analisar a porcentagem da população cadastrada na UBS, comparando os números reais das famílias da comunidade com os números da população cadastrada. Esses dados fornecidos pela Unifesp, no período de julho de 2007 a agosto de 2007, mostram que a maior parte das equipes já possui índice que supera 90% da população cadastrada nas UBSs, mas ainda podemos encontrar unidades que estão abaixo dessa porcentagem: a UBS Elisio Teixeira Leite com 66,70%, por exemplo.

Neste trabalho, escolheu-se o grupo das enfermeiras para análise, por serem responsáveis pela montagem de equipes de orientação sobre as doenças mais acometidas nas UBSs e pelo acompanhamento dos relatórios feitos pelos agentes comunitários que estão diariamente na casa dos pacientes colhendo informações sobre os casos de doenças nas famílias e repassando-as para os demais integrantes da equipe.

As enfermeiras de cada UBS, após serem informadas sobre a liberdade de aceitar ou não a participação na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e os responsáveis pelas UBS, receberam a Carta de Autorização do Responsável pela Unidade Básica de Saúde. O projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho, sendo aprovado no dia 17 de setembro de 2007 (Projeto nº 142169/2007).



**Tabela 1:** Características das UBSs quanto ao número de equipes, famílias abrangentes na comunidade, famílias cadastradas, número de atividades em grupo e porcentagem das famílias cadastradas/abrangência

Bairros	Nomes das unidades básicas de saúde	Nº de equipes do PSF	Nº de famílias abrangentes comunidade	Nº de famílias cadastradas na UBS	Nº de Atividades em grupo	% das famílias cadastradas/abrangência
Pirituba	UBS Jardim Cidade Pirituba	3	18000	13852	15	76,95%
Pirituba	UBS Moinho Velho	3	20000	15000	22	75,00%
Pirituba	UBC Vila Pirituba	4	36899	15623	60	42,34%
São Domingos	AMA Pq. Maria Domitila	5	1700	1615	133	95,00%
São Domingos	UBS Jardim Santo Elias	2	7122	6913	12	97,06%
Perus	UBS Recanto dos Humildes	5	6017	6017	59	100%
Perus	UBS Morro Doce	5	1900	1900	36	100%
Perus	UBS Sítio Rosinha	4	3530	3530	55	100%
Jardim Jaraguá	UBS Elisio Teixeira Leite	7	36200	24147	269	66,70%
Jardim Jaraguá	UBS Alpes do Jaraguá	1	1000	956	06	95,60%
Jardim Jaraguá	UBS City Jaraguá	7	28000	27612	177	98,61%

O questionário utilizado para coleta dos dados foi composto de questões fechadas e algumas abertas, sendo aplicado às enfermeiras participantes do PSF, cada qual pertencente a uma equipe das UBSs citadas, durante o mês de setembro de 2007. Os dados coletados foram analisados, e os resultados, apresentados em planilhas e gráficos por meio do programa Microsoft Excel.

## Resultados

Neste estudo, analisaram-se o conhecimento e as práticas preventivas sobre osteoporose. Solicitamos, no questionário, o preenchimento do número de casos de osteoporose diagnóstica-

dos por médicos nas UBSs. Somando-se as respostas de todas as enfermeiras e separando-as por unidades, verificamos que as enfermeiras de 5 UBSs não souberam determinar números exatos nem aproximados dos pacientes diagnosticados. As demais, 6 UBSs, apontaram 191 casos de pacientes diagnosticados com osteoporose, que estão descritos na Tabela 2.

As 5 unidades que não especificaram os números de casos com diagnóstico de osteoporose totalizam 15 enfermeiras (UBSs Moinho Velho, Vila Pirituba, Recanto dos Humildes, Morro Doce e Elisio Teixeira Leite). Esse número passa a ser preocupante se o compararmos ao grande número de casos citados por algumas UBSs (Tabela 2).

**Tabela 2:** Números de pacientes diagnosticados com osteoporose em cada UBS

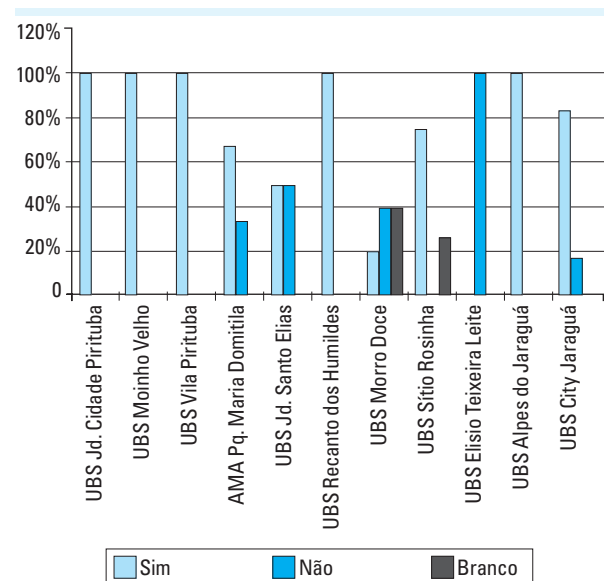
Nome da Unidade Básica de Saúde	Nº de enfermeiras participantes	Nº de casos diagnosticados
UBS Jardim Cidade Pirituba	3	35
AMA Pq. Maria Domitila	3	50
UBS Jardim Santo Elias	2	5
UBS Sítio Rosinha	4	89
UBS Alpes do Jaraguá	1	6
UBS City Jaraguá	6	6
UBS Moinho Velho	3	0
UBC Vila Pirituba	4	0
UBS recanto dos Humildes	1	0
UBS Morro Doce	5	0
UBS Elisio Teixeira	2	0
Nº total:	34	191

Na 1ª questão, as enfermeiras tinham a opção de assinalar sim ou não, quando questionadas se sabiam o que é osteoporose. Todas responderam afirmativamente. Na 2ª, foram questionadas sobre a definição da doença e tinham três alternativas, sendo apenas uma correta. Somente em 2 dos 34 questionários, as enfermeiras pertencentes a duas UBS diferentes, assinalaram a alternativa errada no lugar da correta que definia a osteoporose como “doença crônica com aumento de reabsorção de massa óssea em relação à formação, resultando na fragilidade óssea e aumento de riscos de fraturas”.

Os fatores de risco para desenvolver a osteoporose foram o assunto abordado na 3ª questão, as enfermeiras tinham novamente três alternativas sendo correta apenas a que apontava como fatores de risco o sexo feminino, a idade avançada (ambos os sexos), a menopausa precoce, o alcoolismo e o sedentarismo. Todas optaram pela resposta correta, portanto conheciam a definição dos fatores de riscos importantes para identificá-los nas famílias que acompanhavam.

Quando as enfermeiras foram questionadas em relação ao conhecimento dos sinais e dos sintomas relacionados à osteoporose, a dificuldade para identificar a alternativa correta ficou evidente. Conforme observamos na Tabela 3, pelas respostas à 4ª questão, na qual se questionavam os sinais e sintomas relacionados à osteoporose, das 34 enfermeiras, 10 optaram por respostas erradas. Indício sugestivo para afirmar que não faz parte do cotidiano dessas a análise e a coleta de tais dados dos pacientes. A alternativa correta estava descrita como “diminuição da altura, pode apresentar dor na região lombar que melhora ao repouso, fraturas por traumas leves e deformidades na caixa torácica”.

Na 5ª questão, foi perguntado se o diagnóstico precoce era realizado na UBS. As opções para resposta eram sim ou não. Podemos verificar, na Figura 1, as porcentagens das respostas apresentadas como sim, não e a opção branco para alguns questionários cuja questão não foi respondida. Em 10 UBSs houve enfermeiras que responderam sim, afirmando que realizam na UBS diagnóstico precoce da osteoporose. Em 5 UBSs, relataram que não o realizam, e em 2, algumas deixaram a questão em branco.

**Figura 1:** Porcentagem de respostas para a 5ª questão: O diagnóstico precoce é realizado na UBS?

**Tabela 3:** Quantidade de respostas certas e erradas sobre a 4ª questão:

Quais são os sinais e os sintomas relacionados à osteoporose que podem ser diagnosticados?

- Fraturas por grande trauma, deformidade em várias articulações, dor em várias regiões e que não diminui ao repouso.
- Diminuição da altura pode apresentar dor na região lombar que melhora ao repouso, fraturas por traumas leves, deformidades na caixa torácica.
- Diminuição da sensibilidade a baixas temperaturas, labilidade emocional, perda de peso ou aumento de peso.

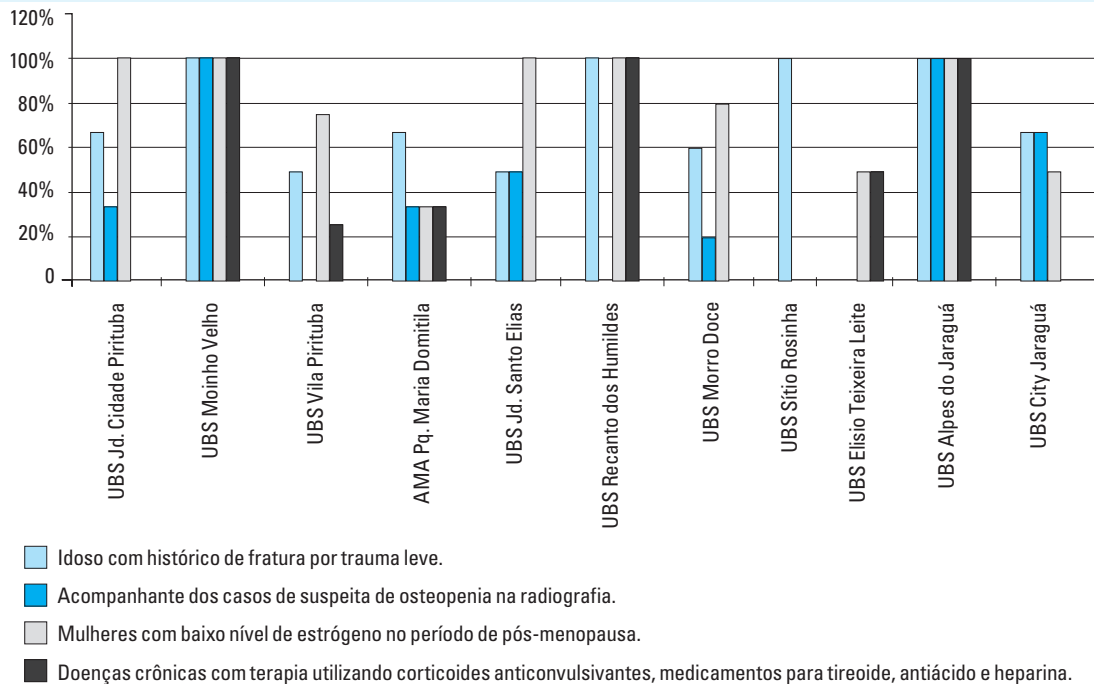
Nome da Unidade Básica de Saúde	Nº de enfermeiras participantes	Nº de respostas	Nº de respostas	Nº de respostas
Alternativas		A * Errada	B *Certa	C *Errada
UBS Jardim Cidade Pirituba	3	2		1
UBS Moinho Velho	3		3	
UBS Vila Pirituba	4		4	
AMA Pq. Maria Domitila	3	1	2	
UBS Jardim Santo Elias	2		2	
UBS Recanto dos Humildes	1		1	
UBS Morro Doce	5	2	3	
UBS Sítio Rosinha	4		4	
UBS Elisio Teixeira Leite	2	1	1	
UBS Alpes do Jaraguá	1		1	
UBS City Jaraguá	6	3	3	
Total:	34	9	24	1

Para analisar o conceito de diagnóstico precoce e verificar quais casos clínicos dos pacientes são considerados predisponentes à osteoporose, apresentaram-se quatro alternativas na 6ª questão, com algumas sugestões de históricos de pacientes que poderiam ser priorizados se fosse feito diagnóstico precoce. A Figura 2 apresenta a diversidade de respostas assinaladas nos casos clínicos fornecidos na questão, mostrando que há diferença de opinião sobre o que é importante considerar no diagnóstico precoce. Se analisarmos de forma particular cada uma das UBSs, perceberemos que apenas em 2 as profissionais optaram por todas as alternativas e a maioria destacou somente uma como prioridade, numa questão que possibilitava o preenchimento de mais de uma alternativa. É importante considerar também as respostas de todas as UBSs, observando as alternativas que atingiram 100%. Dessa forma, temos, em ordem decrescente, como alternativas mais pontuadas: mulheres com baixo nível de estrogênio no período pós-menopausa (5 UBSs), idosos com histórico de

fraturas com traumas leves (4 UBSs), doenças crônicas com terapias medicamentosas (3 UBSs) e casos de suspeita de osteopenia na radiografia (2 UBSs).

A prevenção da osteoporose é trabalhada nas UBSs de forma indireta por meio das orientações passadas para a prevenção das demais doenças. As enfermeiras explicaram que as alternativas da questão são orientações transmitidas à população como forma de prevenir ou controlar outras doenças, tais como hipertensão, diabetes, desnutrição, obesidade, e não diretamente a osteoporose. Somente quando há diagnóstico médico de osteoporose é que o paciente recebe as orientações específicas sobre a doença, como a importância de tomar, de forma correta, a medicação.

Assim como na questão anterior, a 7ª também foi marcada pela diversidade das respostas sobre as ações aplicadas na UBS. Foram levantadas algumas formas de prevenção realizadas pelas enfermeiras, podendo ser assinalada mais de uma alternativa. Com certeza, a



**Figura 2:** Porcentagem das opções assinaladas na 6ª questão descrita a seguir:  
Assinale quais são os casos considerados importantes para indicação de acompanhamento médico, com o exame de densitometria óssea, para diagnóstico precoce de um possível quadro de osteoporose. (As entrevistadas optaram por mais de um caso clínico)

falta mais grave cometida pelos coordenadores das UBSs é não destacar para as pessoas, por meio de palestras, que todas as orientações citadas são importantes para prevenir a osteoporose que acomete grande parte da população de forma silenciosa.

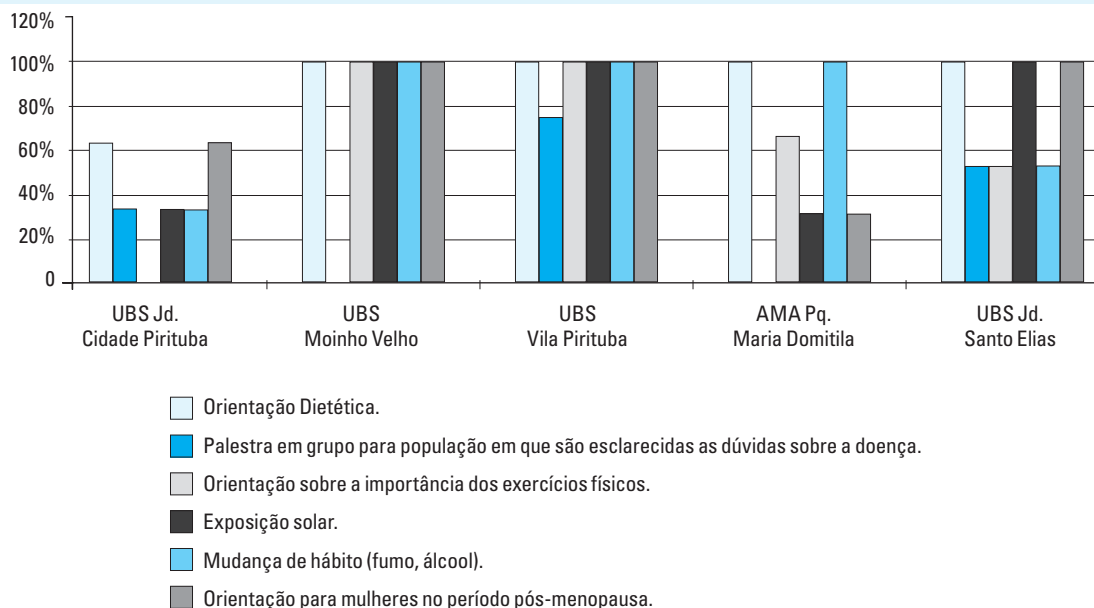
Os dados foram divididos, e apresentadas na Figura 3, as respostas das UBSs dos bairros de Pirituba e São domingos, e na Figura 4, as das UBSs de Perus e Jardim Jaraguá.

Quando perguntados, na 8ª questão, sobre o procedimento realizado na UBS com os pacientes diagnosticados com osteoporose, verificamos que, em 4 UBSs, as enfermeiras não realizam nenhum procedimento, além de orientar os pacientes a procurarem um médico e a fazerem acompanhamento com esse mesmo profissional. As respostas apresentadas na Figura 5 confirmam a necessidade da promoção de palestras nas UBSs para prevenção da doença e também do acompanhamento, por parte dos enfermeiros, dos casos clínicos diagnosticados pelo médico.

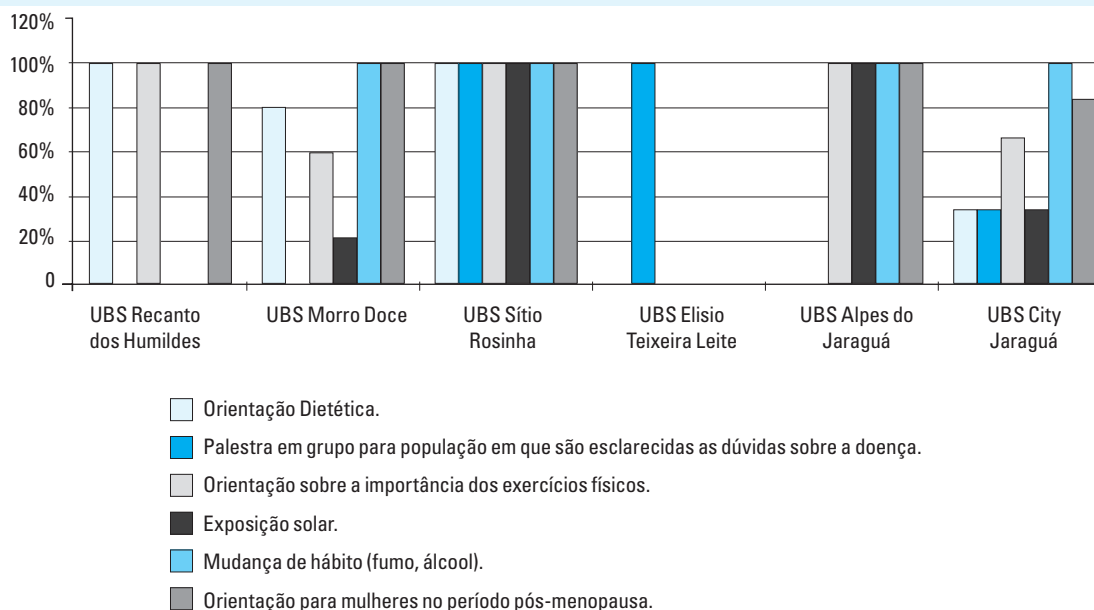
## Discussão

Em estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, Fabrício et al.<sup>12</sup> analisaram uma amostra de pesquisa feita com 50 idosos que apresentaram histórico de queda. Desse total, 14 pacientes (28% dos idosos analisados) vieram a óbito, 42,8% deles antes de completar um mês após o trauma intenso, cuja causa estava relacionada diretamente à queda, que provocou fratura do fêmur, causando embolia e lesões neurológicas. Os outros 57,2% dos óbitos ocorreram em menos de um ano.

Embora neste estudo, o objetivo não tenha sido verificar o risco de quedas dos indivíduos portadores de osteoporose, os resultados mostraram que o grande número de pessoas com diagnóstico de osteoporose nas UBSs (191) quando comparado com o de idosos citados na referência anterior, uma vez que as quedas de idosos, geralmente, estão relacionadas à existência de osteoporose.



**Figura 3:** Porcentagem das alternativas assinaladas na 7ª questão descrita, a seguir, dos bairros de Pirituba e de São Domingos: Quais são as formas de prevenção aplicadas na UBS? (As entrevistadas optaram por mais de uma forma de prevenção)

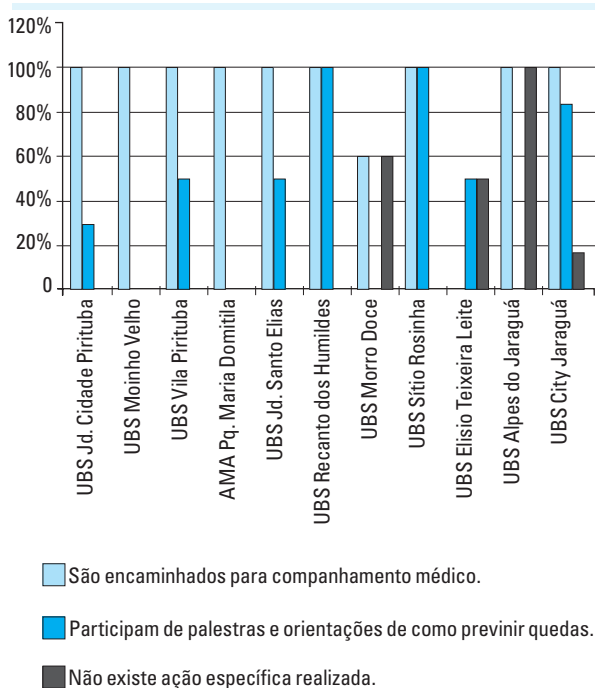


**Figura 4:** Porcentagem das alternativas assinaladas na 7ª questão descrita, a seguir, dos bairros de Perus e do Jardim Jaraguá: Quais são as formas de prevenção aplicadas na UBS? (As entrevistadas optaram por mais de uma forma de prevenção)

Com a observação desses dados, podemos verificar como é importante o trabalho de orientação e prevenção feito com os idosos; pois, conforme citado por Carvalho e Coutinho<sup>14</sup>, as

quedas podem ocorrer dentro da própria casa, até mesmo provocadas por objetos ou móveis colocados no caminho do idoso. Ainda nesse estudo, os pacientes que sobreviveram apre-





**Figura 5:** Opções assinaladas na 8ª questão descrita a seguir:

Quais são as orientações passadas para os pacientes diagnosticados? (as entrevistadas optaram por mais de uma forma de prevenção, segundo os enfermeiros, as ações e palestras não direcionadas à osteoporose. São passadas orientações gerais sobre dietéticas, importância da prática de exercícios físicos, entre outras que podem abranger aspectos dessa doença)

sentaram, como consequência da queda, alterações na realização das atividades de vida diária (AVD), tais como dificuldade para deitar/levantar da cama, tomar banho, cortar as unhas dos pés, usar transportes coletivos, subir e descer escadas. Essas dificuldades decorrentes do medo de novas quedas trouxeram a eles alterações emocionais, psicológicas e sociais, entre as quais perda da autonomia, diminuição das atividades sociais, sentimento de fragilidade e insegurança<sup>12</sup>. Segundo dados levantados em outro estudo realizado por Carvalho e Coutinho<sup>14</sup>, são necessárias orientações sobre prevenção de quedas, pois podem ocorrer tombos dentro da própria casa.

A prevenção primária e secundária com o objetivo de prevenir a ocorrência ou impedir a evolução da osteoporose é de suma impor-

tância, uma vez que a expectativa de vida das pessoas é cada vez maior; por isso, é necessário que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento desses fatores de risco e saibam identificar, na comunidade, o grupo propício a desenvolver a doença, as dificuldades encontradas por esses pacientes, além do momento mais apropriado para se trabalhar a prevenção.

Quando se questionaram as enfermeiras sobre os possíveis fatores de risco para desenvolvimento da osteoporose, todas as participantes souberam identificar os principais fatores, que, conforme mostra a literatura, podem ser: mulheres que tiveram menopausa precoce, dieta pobre em cálcio e vitamina D, imobilismo, as de descendência asiática e as mulheres magras e de baixa estatura.

As mulheres são mais susceptíveis à osteoporose por terem uma menor densidade mineral óssea, além de perderem 8% de massa óssea por década, após entrarem na menopausa<sup>5,6</sup>.

A prevenção da osteoporose se inicia na infância com uma dieta rica em cálcio, exposição solar adequada e práticas de exercícios físicos. Além disso, outros princípios também podem ser aplicados, tais como prevenir a perda de massa óssea nas mulheres com baixo nível de estrogênio, incentivar atividades físicas para os adultos menos ativos e procurar intensificar as práticas que aumentem a massa óssea durante a adolescência<sup>6</sup>.

No que se refere ao questionamento às enfermeiras sobre a realização do diagnóstico precoce, verificou-se que elas somente o fazem, em alguns casos, quando o médico pede o exame de densitometria óssea, sem, entretanto, esclarecerem os parâmetros para tal procedimento. Porém, ficou evidente que a osteoporose primária do tipo I (osteoporose na pós-menopausa, causada pelo baixo nível de estrogênio) e a do tipo II (senil, relacionada com a idade do indivíduo) são os grupos de risco que recebem prioridade em sua comunidade. Segundo relatos das enfermeiras participantes do estudo, um dos fatores que podem justificar esse resultado é a maior incidência de idosos ou mulheres no período de pós-menopausa na região, embora esses

dados não tenham sido abordados no questionário. Entretanto, é sabido que na maioria das UBSs não é realizada nenhuma ação específica para levantar dados sobre casos clínicos diagnosticados como osteoporose na comunidade, o que dificulta detalhar o perfil dos pacientes. O uso de medicação em doenças crônicas pode desencadear a osteoporose secundária. Isso ocorre por administração crônica de corticoides, anti-convulsivantes, medicações para tireoide, antiácidos e heparina; por isso, é importante que esse fator de risco também seja trabalhado na UBS e não deixe de ser abordado entre os pacientes que utilizam esses medicamentos<sup>4</sup>.

De acordo com Guarniero e Oliveira<sup>3</sup>, para diagnosticar a osteoporose e acompanhar a sua evolução, os pacientes podem ser submetidos a exames laboratoriais e radiológicos. Os exames laboratoriais são mais utilizados para acompanhar o tratamento, pois pela dosagem sanguínea podemos controlar o nível de hormônios, de vitamina D e seus metabólitos. Já no exame de urina, os testes bioquímicos mais utilizados são calcúria e creatinina, ambas por 24 horas. Também se descreve que a radiografia não é o exame mais indicado para diagnosticar osteoporose, porque, para realizá-lo, é preciso que haja uma fratura, que possibilite identificar perda de trabécula óssea e afilamento cortical. O pesquisador Silva<sup>6</sup> concorda e cita a densitometria mineral óssea como sendo o exame mais confiável e utilizado pelos médicos para identificar o quadro de osteoporose. Já neste estudo, na questão seis do questionário, algumas participantes mencionaram que os exames para diagnosticar a osteoporose são solicitados por médicos. Observando suas respostas, verificamos que tais exames são pedidos com mais frequência para as mulheres no período pós-menopausa e para idosos. Com isso, verifica-se a necessidade de incluir, na prevenção primária, o acompanhamento dos pacientes em período mais precoce e em casos de dependentes do uso de corticoides, por exemplo, agindo, assim, na prevenção primária.

Os pacientes diagnosticados com osteoporose que apresentam perda de massa óssea

necessitam de terapia medicamentosa. O estrogênio é indicado na reposição hormonal, mais comum no tratamento de mulheres no período pós-menopausa<sup>5,7</sup>. Segundo as enfermeiras, os pacientes que recebem acompanhamento médico são orientados apenas sobre a importância da medicação; além disso, é importante que haja, nas UBSs, um trabalho de orientação aos pacientes com perda mínima de massa óssea (osteopenia) ou com potencial de risco para perda, explicando a importância de ingerir cálcio e vitamina D ou realizar um regime terapêutico com suplementos equivalentes<sup>4</sup>.

As ações estratégicas exigidas pelo sistema de saúde não incluem a osteoporose como prioridade. Assim, os principais focos do PSF são controle da tuberculose, eliminação de hanseníase, controle da hipertensão arterial sistêmica, controle da diabetes *melittus*, ações em prol da Saúde das Crianças (vigilância nutricional, imunização e assistência às doenças prevalentes na infância) e da Saúde da Mulher (pré-natal, prevenção de câncer de colo de útero, planejamento familiar).

Além dessas ações, os estados e municípios podem definir outras, com base no perfil demográfico e epidemiológico<sup>8</sup>. Analisando o perfil de sua comunidade, enfermeiros poderão incluir, em seu programa, algumas ações referentes à intervenção precoce, com orientações específicas, tais como dieta alimentar adequada, exposição ao sol, atividade física que priorize carga e movimento repetidos com atuação da gravidade (preferencialmente dos 20 aos 30 anos de idade, quando há equilíbrio entre os mecanismos de formação e reabsorção óssea), pois, por meio delas é possível prevenir a osteoporose na maior parte dos indivíduos. Depois que a patologia se instala, o paciente apresenta redução importante de massa óssea, os medicamentos apenas controlam a progressão do quadro e não é possível reverter a osteoporose já estabelecida<sup>6,7,8</sup>.

Como identificado na questão quatro desta pesquisa, parece não fazer parte do cotidiano das enfermeiras identificar sinais e sintomas relacionados à osteoporose. Apesar de ser ca-

racterizada como assintomática, sendo identificada na maioria das vezes quando há fraturas, a osteoporose pode apresentar alguns sinais e sintomas que, se levantados na anamnese dos pacientes, ajudam no diagnóstico precoce. Algumas modificações, como alterações posturais, podem ser observadas: deformidade na caixa torácica, aumento da cifose dorsal, retificação das lordoses lombar e cervical, escoliose, cifoescoliose, redução da estatura e dor secundária às fraturas nos corpos vertebrais. As deformidades na caixa torácica podem ser severas a ponto de diminuir a mobilidade torácica e, conseqüentemente, apresentar uma redução da capacidade cardíaca e pulmonar<sup>2, 4</sup>.

Os resultados obtidos neste estudo mostram a necessidade de mudanças nos níveis de prevenção preconizados pelo próprio Programa Saúde da Família. Nas respostas dadas pelos entrevistados, os pacientes das UBSs somente recebem orientações específicas sobre osteoporose quando há o diagnóstico médico para essa doença.

Os níveis de prevenção primária e secundária são os maiores obstáculos encontrados para a eficácia desse programa. Ainda é preciso vencer os obstáculos socioculturais criados entre as famílias da comunidade e as equipes multiprofissionais de saúde<sup>13</sup>. As famílias trazem consigo experiências de atendimento precário, e as equipes multiprofissionais da saúde precisam de cursos especializados que abordem o contexto do processo saúde-doença, de forma globalizada<sup>8</sup>. O profissional deve ser capaz de perceber a multicausalidade que leva a comunidade a desenvolver as patologias e buscar conhecer detalhadamente a realidade das famílias em sua abrangência.

Leny e Bastos<sup>13</sup> citam que, para haver mudanças no atendimento, é preciso integração das equipes com a comunidade, na qual o processo de atendimento à saúde tenha sido implantado de forma inadequada para instalar a forma ideal de atendimento, de acordo com mudanças comportamentais, culturais e sociais da população.

## Conclusão

Os coordenadores responsáveis por ações preventivas nas equipes do PSF ainda não divulgam a osteoporose com enfoque na prevenção primária e terciária. Nota-se que o perfil de atendimento nas UBSs é direcionado ao tratamento da doença, sendo realizado somente o nível secundário. Um fator importante destacado é a necessidade da criação de cursos educacionais para ampliar o conhecimento dos profissionais e dos pacientes, indivíduos da comunidade, acerca dessa doença. Assim, a prevenção será elaborada de forma eficaz, abrangendo todos os níveis, seguindo os princípios do Programa Saúde da Família.

## Referências

1. Stringueto K. Missão impossível: convênios com as cidades de Diadema e Saltto incrementam o Programa de Saúde da Família local. In: Revista Unifesp, 2002. [acesso em 9 out. 2007]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/comunicacao/sp/ed05/reports1.htm>.
2. Faganello FR, Navega MT, Driusso P, Granito RN, Rennó ACM. Influência das deformidades posturais na função respiratória dos indivíduos osteoporóticos. *Fisioter Mov. Curitiba.* 2003;16(1):35-9.
3. Hashimoto A, Nunes E. Osteoporose nas unidades básicas de saúde: conhecimento e práticas na visão das coordenadoras no município de Cianorte Paraná. *Revista Espaço da Saúde.* Londrina. 2005;7(1):1-9.
4. Guarniero R, Oliveira L. Osteoporose: atualização no diagnóstico e princípios básicos para o tratamento. *Revista Brasileira de Ortopedia.* 2004;39(9):477-85.
5. Paiva LC, Horovitz A P, Santos A O, Carvasan G A F, Pinto A M. Prevalência de osteoporose em mulheres na pós-menopausa e associação com fatores clínicos e reprodutivos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* Rio de Janeiro. 2003;7(7):507-12.
6. Silva K GL. A influência da atividade física no aumento da densidade mineral óssea. Juiz de Fora, p. 18. Revisão. Artigo de revisão. [Pós-Graduação em Lato sensu em Fisiologia do Exercício e Avaliação Morfo-funcional]. Universidade Gama Filho.



7. Halbe H. Osteoporose: fatores de risco, hormônios ovarianos e prevenção. In: Ciber Saúde, 2007. [acesso em 3 abr. 2007]. Disponível em: [WWW.cibersaude.com.br](http://WWW.cibersaude.com.br)
8. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar mudança do modelo de Atenção. Revista Brasileira Materna e Infantil. Recife. 2003;3(1):113-25.
9. Brasil ACO, Brandão JAM, Silva MON, Filho VCG. O papel do Fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral - Ceará. Sobral Revista Brasileira Profissionais da Saúde. Sobral. 2005;1(18):3-6.
10. Silvestre J, Neto M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2003;3(19):839-47.
11. Feliciano A, Moraes S, Freitas I. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos- São Paulo- Brasil: um estudo epidemiológico. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004;6(20):1575-85.
12. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Junior MLC. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospitais públicos. Rev Saúde Pública. São Paulo. 2004;38(1):93-9.
13. Trad L, Bastos A. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1998;14(2):429-35.
14. Carvalho A, Coutinho E. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. Rev Saúde Pública. São Paulo. 2002;36(4):448-54.
15. Saúde da Família.unifesp [homepage na Internet]. [acesso em 10 set. 2007]. Disponível em: [http://www.saudedefamilia.unifesp.br/oqe\\_psf.htm](http://www.saudedefamilia.unifesp.br/oqe_psf.htm).