

PERFIL CLÍNICO DE MULHERES COM OSTEOPOROSE ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE ENDOCRINOLOGIA

Renata Gonçalves Pinheiro Corrêa (1); Christiano Francisco dos Santos (2); Luísa Arias
Zendim (3); Anna Raquel Silveira Gomes (4); Victoria Zeghbi Cochenski Borba (5)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, prenata348@gmail.com

Introdução:

Segundo dados da OMS cerca de 70% das mulheres com mais de 80 anos possuem diagnóstico de Osteoporose (WHO, 2007) e a maior complicação da osteoporose é a fratura silenciosa da coluna e do quadril (JOHNELL, et al, 2006; ANDRADE, 2015). No estado do Paraná, devido ao alto índice de fraturas osteoporóticas, houve impacto econômico em torno de R\$ 29.393.442,78, entre o ano de 2010 a 2014. Do público atendido, as mulheres são mais acometidas, com taxa de fratura (25,14/10 mil) superior à média nacional (22,58/10 mil), colocando a osteoporose como um problema de saúde pública (OLIVEIRA e BORBA, 2017).

As fraturas relacionadas a osteoporose são consideradas um problema de saúde pública em todo mundo. De acordo com a *International Osteoporosis Foundation (IOF)*, uma em cada dez mulheres acima de 60 anos; uma em cada cinco acima de 70 anos; duas em cada cinco acima de 80 anos; duas em cada três acima de 90 anos possui a doença, sugerindo que a cada três segundos um osso seja fraturado em algum lugar do mundo, como consequência da osteoporose (ORGAN AND TISSUE AUTHORITY, 2016).

O risco de morte decorrente de fraturas vertebrais é 2,7 vezes maior quando comparado a mulheres sem fraturas osteoporóticas. Além disso, uma em cada 5 mulheres com fratura osteoporótica vertebral terá outra fratura vertebral dentro de um ano. No entanto, quedas em mulheres com osteoporose, frequentemente resultam em fraturas, principalmente na região proximal do fêmur, causando dor, limitação físico-funcional, perda de independência e 25% morrem um ano após a fratura (GIANGREGORIO et al., 2015).

A osteoporose é uma doença silenciosa que exige cuidados constantes, tratamento contínuo e exames periódicos, pois pode agravar-se devido a fatores somáticos como fragilidade e quedas, que aumentam a possibilidade de fraturas (ROSA et al., 2015). O método recomendado para o diagnóstico da osteoporose é a medição da densidade mineral óssea (DMO) absorptometria por raios X de dupla energia (DEXA), com T escore de 2,5 desvios-padrão ou mais abaixo do valor médio para mulheres jovens saudáveis (JOHNELL, et al., 2006).

Portanto, conhecer as características clínicas e epidemiológicas, bem como as comorbidades e hábitos de vida de mulheres com osteoporose que procuraram o Serviço de Endocrinologia e Metabolismo (SEMPR) torna-se essencial para o melhor entendimento de suas necessidades preventivas, assistenciais e terapêuticas. Assim o **objetivo** deste estudo foi analisar o perfil clínico das mulheres com diagnóstico de osteoporose atendidas em um serviço de endocrinologia e metabolismo.

Metodologia:

Este trabalho está inserido em um projeto maior intitulado “Efeitos de um Programa de Treinamento Físico com Jogos Virtuais e suplementação Proteica na Função Musculoesquelética e Riscos de Quedas em Idosos Pré-Frágeis”. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba-PR, parecer: 1.804.775. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A amostra constituída por prontuários

de mulheres atendidas no Serviço de Endocrinologia e Metabolismo -SEMPR, situado em Curitiba, no período compreendido entre novembro de 2017 a setembro de 2018. As informações foram obtidas por meio da avaliação de setenta e três prontuários das pacientes, encontrados no SEMPR. Para que a pesquisa fosse conduzida apropriadamente, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: mulheres, com diagnóstico de Osteoporose (OP), com registro de uma ou mais consultas SEMPR. Neste estudo foram analisadas as seguintes variáveis: Idade, Idade da menopausa, peso e índice de massa corporal (IMC); hábitos de vida como tabagismo e prática de exercícios; presença de causa secundária para osteoporose incluindo hiperparatireidismo primário e secundário, deficiência de Vitamina D, uso de corticóide, hipogonadismo; presença de Osteopenia, fraturas e comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Dislipidemia, *Diabetes Mellitus 2* e Osteoartrose; suplementação de Vitamina D e Cálcio.

Os dados coletados foram digitados e codificados em um banco de dados do software *Microsoft Office Excel* para posterior análise. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, com média, desvio padrão, mínimo-máximo, frequência absoluta e relativa, utilizando o programa SPSS.

Resultados e Discussões:

Foram analisados setenta e três prontuários de pacientes com osteoporose que preencheram os critérios de inclusão, resultando numa amostra total de 73 pacientes investigadas. A idade das pacientes variou de 33 a 91 anos com média de $69,31 \pm 9,83$ anos; idade pós-menopausa variou de 25 a 70 anos, com média de $46,91 \pm 7,45$ anos; 18,9% (n=14) apresentaram hiperparatireidismo primário; e 9,5 % (n= 7) deficiência de vitamina D, 17,6% (n=13) apresentavam histórico de fraturas, Com relação ao peso corporal foi em média de $64,17 \pm 11,01$ Kg e o Índice de Massa Corporal (IMC) em média $26,06 \pm 7,49$ kg/cm². Dentre os hábitos de vida analisados, cerca de 18,9% (n=14) eram tabagistas e 66,2% (n=49) não praticavam exercício físico semanal. Em relação as comorbidades 50% (n=37) apresentava HAS; 43,2% (n=32) dislipidemia, 39,2% (n=29) osteoartrose com e 18,9% (n=14) com DM2. Com relação a suplementação de cálcio diária constatou-se em média 571 mg/dia e a suplementação de vitamina D semanal em média 25.394 UI.

A idade pós-menopausa variou de 25 a 70 anos. A menopausa é o fim do período reprodutivo da vida da mulher marcado por alterações no organismo feminino, tanto fisiológicas como psicológicas, dentre essas alterações, as endócrinas causadas pelo declínio da atividade ovariana, são as mais importantes para controlar a saúde global das mulheres. Porque existem receptores de estrogênios no sistema nervoso central e nos tecidos ósseos, responsáveis pela síntese de proteínas, distribuição de gordura corporal, do controle do colesterol e da preservação do cálcio nos ossos (DELANEY, 2006).

Os resultados do estudo demonstraram que cerca de 17,6% (n=13) das mulheres com osteoporose foram acometidas por fraturas, corroborando com a prevalência das fraturas por fragilidade e diagnóstico de Osteoporose em estudo que analisou 884 mulheres com idade ≥ 65 anos, sendo constatada prevalência de 20,7% de fraturas por fragilidade óssea relatadas e 49,5% de diagnóstico de Osteoporose. Ainda, foi reportado no estudo que 23,4% das mulheres que tiveram fraturas por fragilidade decidiram não adotar a terapêutica prescrita para a Osteoporose, indicando a necessidade de desenvolvimento de campanhas efetivas de OP e fraturas por fragilidade óssea, para aumentar a conscientização do público e a adesão ao tratamento (RODRIGUES et al., 2018). Ainda, as recomendações de tratamento para osteoporose incluem nutrição, farmacoterapia e exercícios físicos e devem ser considerados os aspectos biopsicossociais como comportamento e segurança para realização das atividades de vida diária e adesão ao tratamento (GIANGREGORIO et al., 2015).

Estatisticamente a suplementação de Cálcio observada nesse estudo foi em média diária 571 mg/dia e a suplementação de Vitamina D semanal em média 25.394 Unidades (UI)

Todos os pacientes com perda óssea, ou em potencial de risco para perda, devem ser aconselhados ao uso alimentar de cálcio e vitamina D ou suplementos, pois a absorção do cálcio diminui com a idade, em crianças ele é absorvido em torno dos 75%, nos adultos de 30 a 50% (STOLNICKI, et al, 2016).

As diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose pós-menopausa, sugere a suplementação de Cálcio para idosas com OP quando a alimentação não for suficiente para manter níveis ótimos de 1200mg/dia, e alerta que o Cálcio não deve ser usado como fonte única de tratamento, associada ou não a Vitamina D (RADOMINSKI et al., 2017). A suplementação de Cálcio e vitamina D, assim como o treinamento físico (TF) são indicados como estratégias para prevenção e tratamento da osteoporose (COSMAN et al., 2014; DALY, 2017), e prevenção de quedas em idosos (BISCHOFF-FERRARI et al., 2018). A associação americana de endocrinologistas clínicos e diretrizes de práticas clínicas da sociedade americana de endocrinologia para diagnóstico e tratamento da osteoporose, sugerem dosagens mais altas de vitamina D para adultos com insuficiência ou deficiência de 25(OH)D entre 20-29 ou <20 ng/ml, respectivamente, podendo ser tratados com 50.000 UI de vitamina D3 uma vez por semana ou 7.000 UI vitamina D3 diariamente durante 8 a 12 semanas para atingir concentrações sanguíneas de 25(OH)D >30ng/ml, ou alternativamente, doses maiores e únicas de vitamina D (doses de vitamina D3 \geq 300.000 UI) para corrigir rapidamente as deficiências e melhorar o status da vitamina D por até 3 meses (CAMACHO et al., 2016).

Outra variável analisada nesse estudo foi o peso corporal, que apresentou média de $64,17 \pm 11,01$ Kg e Índice de Massa Corporal (IMC) de $26,06 \pm 7,49$ kg/cm². Uma das alterações que ocorrem com o aumento da idade cronológica na mulher é o aumento do peso corporal, diminuição na força e massa muscular, aumento da gordura corporal e diminuição da densidade mineral óssea (DELANEY, 2006; JOVINE et al., 2006;). A restrição calórica é uma abordagem típica empregada a indivíduos para reduzir o excesso de peso corporal, porém, os efeitos positivos da perda de peso em doenças crônicas já foram bem documentados tanto na saúde do paciente como nos custos, mas ainda existem lacunas na literatura na análise da relação da redução da massa óssea e muscular com a perda de peso em pacientes com osteoporose. Algumas teorias defendem que as principais causas seriam: erro de medicação e ingestão inadequada de cálcio e proteínas (ZHAO, et al., 2007).

Dentre os hábitos de vida analisados, 18,9% (n=14) eram tabagistas e 66,2% (n=49) não praticavam exercício físico. O tabagismo em relação à osteoporose pode atuar na matriz óssea, reduzindo a atividade osteoblástica, acentuando a perda mineral óssea nas mulheres e antecipando casos da Sarcopenia e Osteopenia (ALDRIGHI et al., 2005). Com relação aos exercícios físicos, os consensos e estudos com ensaios clínicos randomizados, vem sugerindo o treinamento físico (TF) para a prevenir e combater a Osteoporose (OP). Na última edição da Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA (USPSTF), foi apresentada a recomendação de suplementação de Vitamina D e Cálcio para prevenir fraturas e o uso de TF como forma de aumentar estes benefícios. A recomendação do USPSTF, com maior ênfase no TF, justifica que a adoção deve ser útil, especialmente porque as intervenções do TF reduzem as quedas causadas por acidentes (BISCHOFF-FERRARI et al., 2018). O TF resistido é indicado para inúmeros benefícios, como o aumento de massa muscular, força e/ou potência muscular, otimizando assim a manutenção ou tratamento da saúde óssea também quando associado a medicamentos (WATTS, 2018). O Guia Clínico para a Prevenção e Tratamento da Osteoporose da *National Osteoporosis Foundation* (NOF), sugere participação vitalícia em TF resistido e de equilíbrio para o combate e tratamento da osteoporose (COSMAN et al., 2014).

Conclusões:

Foi evidenciada a predominância de comorbidades entre as mulheres investigadas (HAS, DM, dislipidemia, osteoartrose), sedentarismo na maioria da amostra, e que, mesmo em tratamento com suplementação de cálcio e vitamina D ainda foi constatada a alta taxa de idosas acometidas por fraturas. Conhecer o perfil clínico e epidemiológico das idosas com osteoporose permitiu analisar complicações da osteoporose e as necessidades preventivas, assistenciais e terapêuticas. São recomendadas novas formas de abordagem e de estratégias de manejo da doença, como por exemplo a associação da prática de exercício físico e suplementação de cálcio e vitamina D, evitando o ciclo vicioso de imobilidade, incapacidade, dependência, perda de autonomia, comprometendo a qualidade de vida de idosas com osteoporose.

Palavras-chave: Osteoporose, Vitamina D, perfil de saúde.

Referências:

ALDRIGHI, J.M. et al. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. **Rev. Ass. Med. Bras**, v. 51, n.1, p.51-53, 2005.

ANDRADE, S. A. F. DE. OSTEOPOROSE, um problema de saúde pública. **Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**, v. 55, n. 13, p. 1–65, 2015.

BISCHOFF-FERRARI, H. A.; BHASIN, S.; MANSON, J. E. Preventing fractures and falls: a limited role for calcium and vitamin D supplements? **JAMA**, v. 319, n. 15, p. 1552-1553, 2018.

CAMACHO, P. M. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Clinical Practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. **Endocrine Practice**, v. 22, n.4, p. 1-42, 2016.

COSMAN, F. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. **Osteoporosis international**, v. 25, n. 10, p. 2359-2381, 2014.

COSTA, S. F.; PERALTA, C. R. Aspectos fisiopatológicos da osteoporose e meios de diagnóstico. Revisão Bibliográfica. **Revista Científica do Unisalesiano de Araçatuba**, v.9, n 7, p. 13–31, 2017.

DALY R.M. Exercise and nutritional approaches to prevent frail bones, falls and fractures: an update. **Climacteric**, v.20, n.2, p.119-124. 2017.

DELANEY M.F. Strategies for the prevention and treatment of osteoporosis during early postmenopause. **American journal of obstetrics and gynecology**, v.194, n.2, p.12-23, 2006.

GIANGREGORIO, L. M. To Fracture: outcomes of a Delphi consensus process on physical activity and exercise recommendations for adults with osteoporosis with or without vertebral fractures. **Osteoporosis International**, v.26, n. 3, p. 891-910, 2015.

JOHNELL O; KANIS J.A. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. **Osteoporosis International**; v:17, n. 12, p:1726–1733, 2006.

JOVINE, M.S. Efeito do treinamento resistido sobre a osteoporose, após a menopausa: estudo de atualização. **Epidemiologia**. v.9, n.4, p.493-505, 2006.

OLIVEIRA, C C.; BORBA, V. Z. C. Epidemiology of Femur Fractures In The Elderly And Cost To The State Of Paraná, Brazil. **Acta ortopedica brasileira**, v. 25, n.4, p. 155-158, 2017.

RADAK TL. Caloric restriction and calcium's effect on bone metabolism and body composition in overweight and obese premenopausal women. **Nutrition Reviews**; v: 62, n. 12, p: 468-481, 2004

RADOMINSKI, S. C. Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 57, n.1, p. 452-466, 2017.

RODRIGUES, A. M. The burden and under treatment of fragility fractures among senior women. **Archives of osteoporosis**, v. 13, n. 1, p. 22, 2018.

ROSA, S.; ANDRADE, D. S.; RITA, M.; SILVA, D. S. Propedêutica diagnóstica da Osteoporose. **Femina**, v.43, n.3, p. 225-254, 2015.

STOLNICKI, B.; OLIVEIRA, L. G. For the first fracture to be the last. **Revista brasileira de ortopedia**, v. 51, n.2, p. 121-126, 2016.

TAAFFE, D. R. Physical activity and exercise in the maintenance of the adult skeleton and the prevention of osteoporotic fractures. **Osteoporosis Fourth Edition**, v.4, n.2, p. 683-719, 2013.

WATTS, Nelson B. Postmenopausal Osteoporosis: A Clinical Review. **Journal of women's health**, v.34, n.16, p. 1256-1268, 2018.

WHO Scientific Group on the Assessment of Osteoporosis at Primary Care Level Summary **World Health Organization**, v. 18, n. 33, p. 5-7, 2007.

ZHAO L.J; YONG-J. L; Relationship of obesity with osteoporosis. **The Journal of Clinical endocrinology and metabolism**; v.92, n. 67, p .1640-1649, 2007.