



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CONHECIMENTO DAS MULHERES NA TERCEIRA IDADE SOBRE  
A OSTEOPOROSE**

**THAYLLES YARA MARTINS MARQUES**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2010**

**THAYLLES YARA MARTINS MARQUES**

**CONHECIMENTO DAS MULHERES NA TERCEIRA IDADE SOBRE  
A OSTEOPOROSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de Campina  
Grande, como requisito parcial à obtenção do grau  
de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA: Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas**  
**CO-ORIENTADORA: Esp. Daiene Martins Lunguinho**

**CAJAZEIRAS – PB**  
**2010**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

M357c MARQUES, Thaylles Yara Martins  
Conhecimento das mulheres na terceira idade sobre  
auto-cuidado na osteoporose./Thaylles Yara Martins  
Marques. Cajazeiras, 2010.  
64f.

Orientadora: Rosimery Cruz de Oliveira Dantas.  
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1. Menopausa. 2. Osteoporose. I. Título.  
3. Mulheres - auto-cuidado

UFCCG/CFP/BS

CDU- 618.173

**THAYLLES YARA MARTINS MARQUES**

**CONHECIMENTO DAS MULHERES NA TERCEIRA IDADE SOBRE  
A OSTEOPOROSE**

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

**Profª. Ms. Rosimery Cruz de. Oliveira Dantas  
(Orientadora – UFCG)**

---

**Profa. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes  
(Membro – UFCG)**

---

**Profa. Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire  
(Membro – UFCG)**

**CAJAZEIRAS – PB**

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAIBA

*Dedico este trabalho a Deus pai todo poderoso por ter me concebido sabedoria, perseverança, coragem e paciência durante essa longa trajetória. Ao meu avô Agamenon Martins que sempre me incentivou e depositou em mim sua confiança, e ainda pelos ensinamentos que muito contribuíram para minha formação moral e intelectual.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus que com as suas bênçãos vem permitindo tudo que há de maravilhoso em minha vida, em especial a concretização desta etapa tão sonhada.

Aos meus pais, Luiz e Kargian pelo amor, confiança, apoio e dedicação nas horas difíceis, e ainda pelo grande incentivo.

Aos meus irmãos Thávio e Trícia pelo carinho, paciência e contribuição em determinados momentos.

À minha avó Geralda e minha tia Adaíles que estiveram presentes desde o início desta jornada até o último momento a me encorajar e apoiar.

Ao meu namorado Arthur Levi pelo amor, apoio e compreensão pelos momentos em que foi necessário me ausentar.

À minha orientadora Rosimery Cruz e co-orientadora Daiene Martins por ter me aceitado como orientanda, pelo apoio, incentivo, dedicação e interesse na elaboração deste trabalho.

À minha prima Sâmia Mirelly que contribuiu significativamente para a conclusão deste trabalho.

À enfermeira Poliana, responsável pela USF XVIII que permitiu a realização deste estudo e em especial a população participante da pesquisa.

À comissão examinadora pela gentileza de ter aceitado o convite, e pela contribuição com o trabalho ao apontar considerações para a sua melhoria.

E, finalmente a todos os familiares e amigos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS PARAÍBA

*Desejo que você  
Não tenha medo da vida, tenha medo de não vivê-la.  
Não há céu sem tempestades, nem caminhos sem acidentes.  
Só é digno do pódio quem usa as derrotas para alcançá-lo.  
Só é digno da sabedoria quem usa as lágrimas para irrigá-la.  
Os frágeis usam a força; os fortes, a inteligência.  
Seja um sonhador, mas una seus sonhos com disciplina,  
Pois sonhos sem disciplina produzem pessoas frustradas.  
Seja um debatedor de idéias. Lute pelo que você ama.  
(Augusto Cury)*

MARQUES, Thaylles Yara Martins. **Conhecimento das Mulheres na terceira idade sobre a osteoporose.** Trabalho Acadêmico Orientado do Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Campina Grande – Cajazeiras – PB, 2010, 64f

## RESUMO

Este estudo tem como abordagem a osteoporose, uma doença sistêmica que resulta na redução da massa óssea e deterioração da micro-arquitetura do tecido ósseo, levando à fragilidade mecânica e conseqüente predisposição a fraturas, atingindo a todos, em especial a mulheres após a menopausa. O objetivo deste estudo foi investigar o conhecimento de mulheres na terceira idade sobre a osteoporose. Foi efetuado a partir de uma investigação de caráter exploratório descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 40 mulheres idosas com idade de 65 a 80 anos, residentes na área da USF XVIII da cidade de Sousa – PB, através de um questionário semi-estruturado, coletados no mês de junho de 2010. Os dados obtidos foram agrupados e utilizou-se pacotes estatísticos simples, através de gráficos e tabelas, construídos pelo programa Excel. Constatou-se que as idosas participantes da pesquisa apresentam conhecimento parcial a cerca da doença, suas causas foram descritas por 55,76% como sendo a carência de cálcio, os fatores de risco mais mencionados foram alimentação inadequada com 16,25% e história familiar 15% e como medidas de autocuidado adotadas pelas entrevistadas para melhor controlar a progressão da perda da massa óssea está a ingestão de cálcio por fontes alimentícias evidenciada por 27,95% das mesmas. É notório que a abordagem mais eficiente na osteoporose, levando em conta o custo-benefício, é a prevenção. Desse modo, uma dieta alimentar adequada, rica em cálcio, com exposição adequada ao sol, atividade física regular são algumas das medidas necessárias para reduzir o risco da osteoporose. Por outro lado, o tratamento preventivo de fraturas pela doença, está fundamentado, além das medidas supracitadas, na intervenção farmacológica. Dentre as medidas adotadas pelas participantes para o controle, estão: ingerir cálcio por fontes alimentícias, não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas. Por fim, enfatiza-se a necessidade de adotar estratégias educativas capazes de informar não só sobre as práticas preventivas ideais da osteoporose, mas também que possam construir uma nova mentalidade e um novo comportamento que sejam importantes para o controle da doença.

**Palavras-Chaves:** Conhecimento. Menopausa. Osteoporose.



MARQUES, Thaylles Yara Martins. **Knowledge of Women in seniors on osteoporosis.** Academic Job Oriented Course in Undergraduate Nursing – Universidade Federal de Campina Grande – Cajazeiras – PB, 2010, 64f

### ABSTRACT

This study is the approach to osteoporosis, a disease that results in decreased bone mass and micro architectural deterioration of bone tissue, leading to mechanical weakness and subsequent predisposition to fractures, reaching everyone, especially women after menopause. The aim of this study was to investigate the knowledge of older women about osteoporosis. Was made from an exploratory descriptive research with quantitative approach. Study participants 40 elderly women aged 65-80 years living in the area of the city of USF eighteenth Sousa - PB, via a semi-structured questionnaire, collected in June 2010. The data were compared and used the simple statistical packages, using graphs and tables, built by Excel. It was found that older study participants have partial knowledge about the disease, its causes were described by 55.76% as the lack of calcium, the risk factors mentioned were inadequate diet with 16.25% and family history 15% and as self-care measures adopted by the women to better control the progressive loss of bone mass is calcium intake by food sources as indicated by 27.95% of them. Clearly the most efficient approach for osteoporosis, taking into account the cost-benefit is prevention. Thus, a proper diet rich in calcium, with adequate exposure to sunlight, regular physical activity are among measures needed to reduce the risk of osteoporosis. Moreover, the preventive treatment of fractures of the disease, is based, besides the above measures in pharmacological intervention. Among the measures adopted by the participants in the control are: calcium intake by food sources, not to smoke and drink alcohol. Finally, we emphasize the need to adopt educational strategies to inform not only on ideal preventive practices of osteoporosis, but also to build a new mentality and a new behavior that are important for disease control.

**Key Words:** Knowledge. Menopause. Osteoporosis.

## LISTA DE SIGLAS

**CNS/MS** – Conselho Nacional de Saúde  
**DEXA** – Densitometria Óssea  
**DHEA-S** - Dehidroepiandrosterona  
**DMO** – Densidade Mineral Óssea  
**ESF** – Estratégia Saúde da Família  
**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**IFN- $\gamma$**  – Interferon-gama  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
**TRE** – Terapia de Reposição de Estrogênio  
**TSH** – Hormônio Estimulante da Tireóide  
**TNF- $\alpha$**  – Fator-alfa de Necrose Tumoral  
**USO** – Ultra-sonografia Óssea  
**VHS** - Velocidade de Hemossedimentação  
**VSG** – Velocidade de Sedimentação Globular

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Deformidade progressiva da coluna vertebral.....	23
<b>Figura 2</b> – Densitômetro.....	26

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Afirmação das participantes quanto ao conceito da osteoporose.....	39
<b>Gráfico 2</b> – Afirmação das participantes quanto às causas da osteoporose .....	40
<b>Gráfico 3</b> – Afirmação das participantes quanto aos casos de osteoporose na família.....	41
<b>Gráfico 4</b> – Afirmação das participantes quanto aos fatores de risco para a osteoporose .....	41
<b>Gráfico 5</b> – Afirmação das participantes quanto aos sintomas da osteoporose.....	43
<b>Gráfico 6</b> – Afirmação das participantes quanto à determinação do diagnóstico da osteoporose.....	44
<b>Gráfico 7</b> – Afirmação das participantes quanto ao tratamento da osteoporose.....	45
<b>Gráfico 8</b> – Afirmação das participantes quanto às medidas de autocuidado no controle da perda de massa óssea .....	46
<b>Gráfico 9</b> – Afirmação das participantes quanto à frequência com que procuram o Serviço de Saúde.....	47
<b>Gráfico 10</b> – Afirmação das participantes quanto à participação em atividades educativas acerca da osteoporose.....	48

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
3.1 MENOPAUSA.....	19
3.2 OSTEOPOROSE.....	22
3.3 AUTOUIDADO.....	29
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>32</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	33
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	34
4.4 POSICIONAMENTO ÉTICO DAS PESQUISADORAS.....	34
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	35
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	35
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>36</b>
5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	37
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS SEGUNDO AS VARIÁVEIS DA INVESTIGAÇÃO/PESQUISA.....	39
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>58</b>
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
<b>ANEXO.....</b>	<b>62</b>

# OSTEOPOROSE

Você conhece,  
você cuida.



## 1. INTRODUÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS PARAIBA

Delimitar velhice através de conceituações não é algo fácil, pois requer um conhecimento amplo de como os idosos estão inseridos no processo de construção social. A velhice, do ponto de vista biológico, é percebida como um desgaste natural das estruturas orgânicas que passam por transformações com o progredir da idade, prevalecendo os processos degenerativos (CALDAS, 2002).

O envelhecimento, oposto ao que ocorre em outras fases da vida, não possui um marcador biofisiológico do seu início, por isso toma-se como marco o critério cronológico, sendo assim é considerado idoso pessoas com 65 anos ou mais em países desenvolvidos e 60 anos ou mais em países em desenvolvimento (NETTO, 2007).

Transformações ocorridas no século XX em certas regiões, com repercussões na urbanização, na fecundidade e no meio ambiente, têm produzido impacto na estrutura etária da população e na distribuição da morbimortalidade, exigindo mudanças na resposta de cada sociedade aos problemas de saúde. A queda da mortalidade, a redução da fecundidade e o aumento da expectativa de vida resultam no envelhecimento da população e aumento das taxas de doenças crônico-degenerativas, entre as quais a osteoporose (LAURENTI, 1990).

Esta patologia representa uma importante questão de saúde pública em função de sua alta prevalência e seus efeitos na vida do idoso, principalmente nos aspectos físicos e sociais, afetando a autonomia e gerando diversos gastos com tratamento e reabilitação (ELSANGEDY; KRINSKI; JABOR, 2006).

Na população brasileira, dados do IBGE apontam que a incidência de osteoporose teria duplicado no período de 1980 com cerca de 7,5 milhões para 15 milhões no ano de 2000, com estimativas de alcançar em 2020 cerca de 32 milhões com prevalência em mulheres brancas na pós-menopausa (PINTO-NETO, 2002).

A diminuição da densidade óssea com a idade reflete o efeito somatório de vários processos, os quais ocorrem universalmente, porém, em proporções diferentes de acordo com variações individuais (MARQUES NETO & LEDERMAN, 1995).

Santarém (2001) afirma que é a menopausa, a idade crítica para as mulheres, com relação à osteoporose, pois com ela aumenta a renovação e diminui a formação óssea em cada unidade de remodelação, o que conduz a uma perda de massa óssea. Não se sabe com certeza em que idade começa a perda óssea, mas acredita-se que, entre 40 anos e a menopausa, as mulheres perdem aproximadamente 0,3% a 0,5% de sua massa de osso cortical por ano; após a menopausa, este ritmo acelera para 2% a 3% ao ano (LUCASIN JUNIOR & LIMA, 1994).

Conhecida como uma doença silenciosa, por não apresentar muitos sintomas, muitas vezes o diagnóstico positivo da osteoporose só acontece quando a doença se encontra em fase

avançada, ou quando ocorre alguma queda ou fratura óssea, especialmente em países pobres ou em desenvolvimento, onde há restrição crônica de recursos disponíveis para estratégias de promoção da saúde, o rastreamento da osteoporose apresenta custos proibitivos (SZEJNFELD *et al.*, 2007).

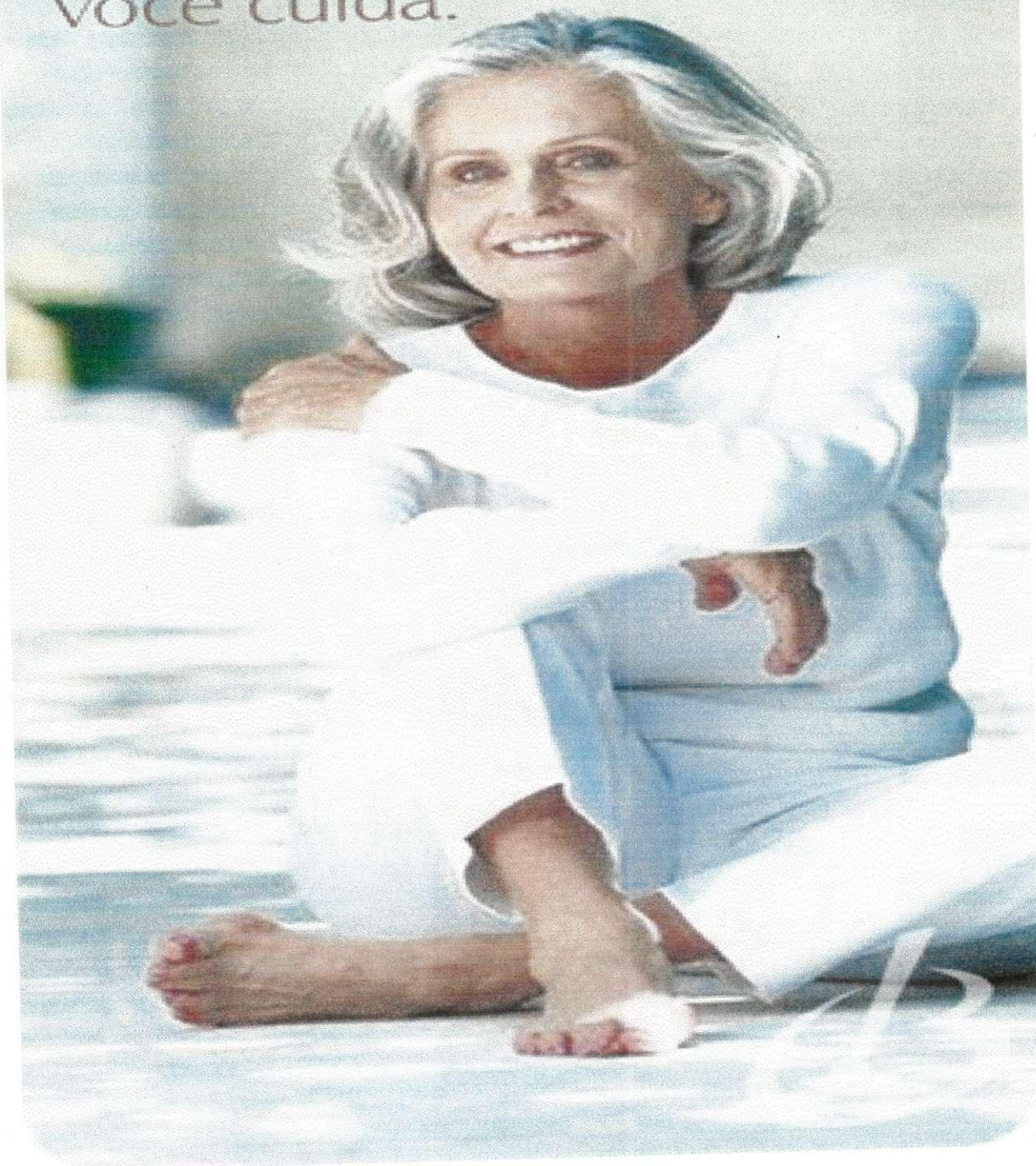
Pode-se perceber, portanto, que a prevenção por meio de conscientização da população é uma maneira de diminuir a ocorrência e as conseqüências da osteoporose. Szejnfeld e colaboradores (2007) destacam também que é importante se fazer a conscientização dos profissionais de saúde que lidam com indivíduos em situação de risco, uma vez que esse profissional pode ser a única fonte de conhecimento dessa população.

Diante da vivência com idosos durante a minha jornada acadêmica, mais especificamente durante o estágio supervisionado, disciplina obrigatória para conclusão de curso, despertou em mim a curiosidade de obter uma maior informação com relação aos conhecimentos das idosas no qual pude conviver por um bom tempo, com isso, surgiu o interesse em buscar informações sobre a osteoporose, desencadeando um estudo mais aprofundado acerca dessa doença. Sendo assim, o presente trabalho visa conhecer o significado que as idosas atribuem à osteoporose e suas implicações, como também identificar concepções, hábitos e atitudes em relação a referida doença, bem como contribuir para tornar as idosas participantes mais informadas e conscientes dos problemas relacionados com a osteoporose, além de torná-las agentes sociais multiplicadores desse conhecimento. Além disso, a partir dos dados levantados, contribuir para que os profissionais de saúde e a população em geral, por meio desse estudo, possam entender as possíveis dificuldades e limitações dessa enfermidade conceituadas pelos idosos, bem como compreender os cuidados que se deve ter para melhor controlar a progressão da perda da massa óssea.



# OSTEOPOROSE

Você conhece,  
você cuida.



## 2. OBJETIVOS

## 2.1 Geral

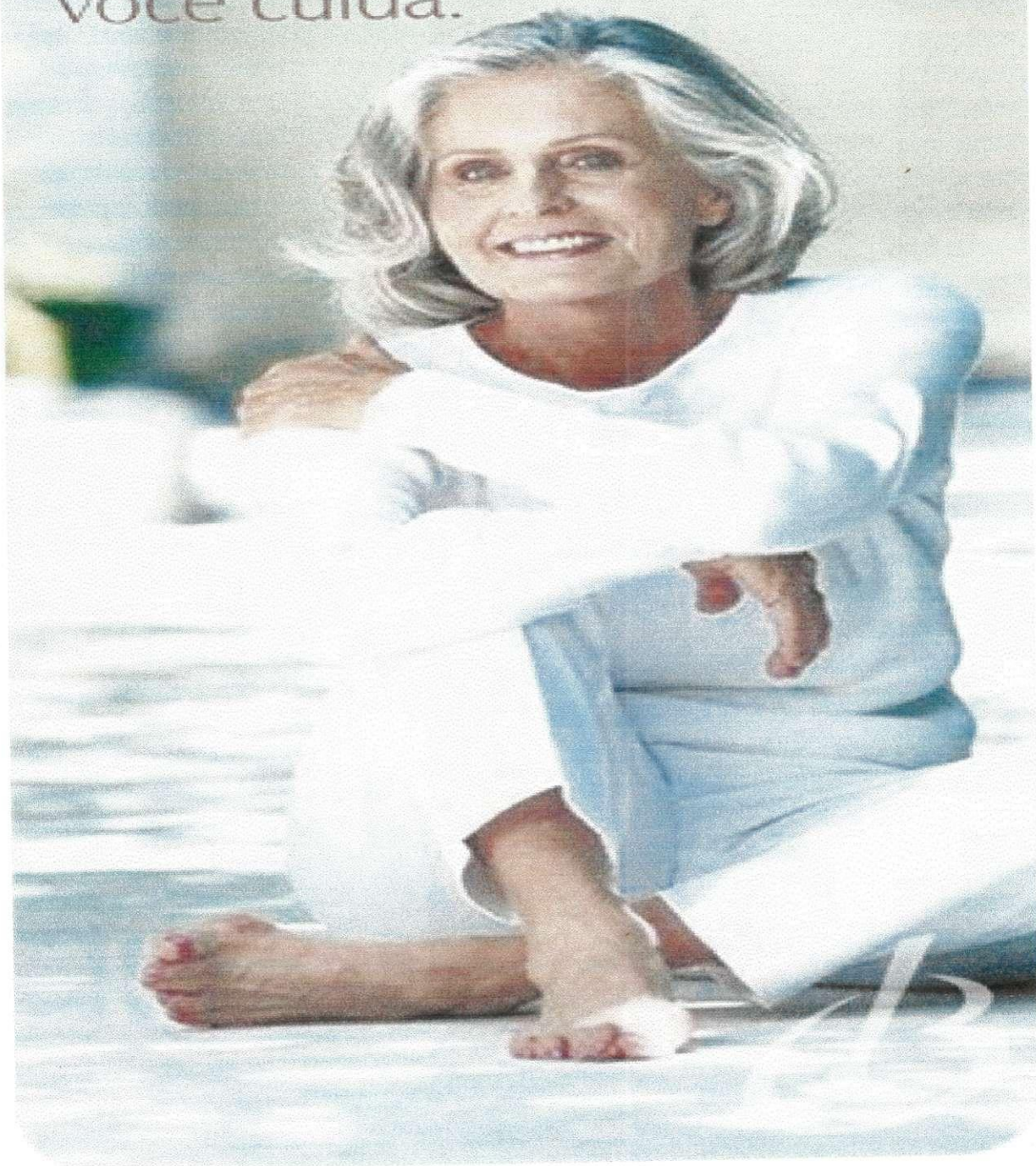
- Investigar o conhecimento de mulheres na terceira idade sobre a osteoporose.

## 2.2 Específicos

- Avaliar a percepção de mulheres idosas em relação aos fatores de risco da osteoporose;
- Relacionar as medidas de autocuidado da osteoporose na terceira idade.

# OSTEOPOROSE

Você conhece,  
você cuida.



## 3. REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 Menopausa

A saúde da mulher, no Brasil, foi incorporada às políticas nacionais no início do século XX e a atenção à saúde deste grupo populacional vem seguindo um processo de evolução no qual os antecedentes podem ser considerados a partir da década de 70. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983 e publicado em 1984, incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde da mulher, com ênfase em aspectos da saúde reprodutiva, mas com propostas de ações dirigidas à atenção integral da população feminina, nas suas necessidades prioritárias, significando uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido. Nas prioridades estava incluída a atenção ao climatério, já que contemplava uma abordagem geracional da mulher em todas as fases da vida, da adolescente à idosa (BRASIL, 2008).

Ainda conforme o autor supracitado, passaram a ser desenvolvidas em diversos estados da federação, atividades de capacitação em atenção integral à saúde da mulher e em alguns deles, ações de saúde específicas direcionadas às mulheres no climatério. Nesse contexto, em 1994, foi lançada pelo Ministério da Saúde a Norma de Assistência ao Climatério. Já em 2003, a área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde, por sua vez, assumiu a decisão política de iniciar ações de saúde voltadas para as mulheres no climatério e incluiu um capítulo específico sobre esse tema no documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes.

Conforme Halbe (2000), climatério é a fase da vida da mulher compreendida entre o final da vida reprodutiva e o início da senilidade, marcado por eventos importantes como a última menstruação e a menopausa.

De acordo com Friedlander (2002), quando a produção de estrógeno diminui devido a um número inadequado de folículos em funcionamento dentro dos ovários, ocorre uma fase na vida das mulheres que é denominada de menopausa. Na grande maioria há interrupção espontânea do fluxo menstrual entre as idades de 45 e 55 anos.

Nas sociedades ocidentais a idade média da menopausa situa-se nos 51,3 anos, isto é, se estivermos a falar de menopausa natural. Mas as mulheres podem igualmente ter uma menopausa precoce ou prematura (ou de amenorreia secundária) por razões que permanecem ainda extensamente desconhecidas para os especialistas (MORRISSEY, 2001).

Northrup (1994) sustenta que a menopausa precoce resulta de uma perturbação auto-imune relacionada com má alimentação ou tensão crônica, responsáveis pela produção de

anticorpos antiováricos. A menopausa precoce pode igualmente ocorrer nas mulheres sujeitas a quimioterapia em virtude de cancro (de qualquer tipo) ou a radioterapia à pelve.

A Organización Mundial de la Salud – OMS (1996) recomenda a utilização dos termos: "*menopausa natural*" para o evento da parada permanente da menstruação, que é resultante da perda da atividade folicular dos ovários e só é reconhecido retrospectivamente após um ano de amenorréia, sem outra causa patológica ou psicológica; "*perimenopausa*" ou "*climatério*" para o período em que surgem as irregularidades menstruais e queixas vasomotoras, que antecedem a menopausa e vão até o primeiro ano seguinte a ela; "*transição menopáusica*" é o termo relacionado ao que na prática equivale a perimenopausa; "*pré-menopausa*" é o período total reprodutivo, anterior à menopausa; "*pós-menopausa*" corresponde ao período após o evento da menopausa, independente de a menopausa ter sido natural ou induzida e se prolonga até uma idade avançada. Compreende-se que esse limite se dê por meio da homeostase hormonal que ocorre na velhice, quando a carência estrogênica fica compensada pela perda progressiva de receptores estrogênicos (BAGNOLI, 1999).

É perceptível que a terminologia associada à menopausa é ainda mais vasta (e confusa). A mulher pode ainda entrar na menopausa em virtude de uma cirurgia, falando-se assim de uma menopausa artificial (ou induzida), ou cirúrgica, neste caso quando são removidos os dois ovários (ovariectomia bilateral). A histerectomia (remoção do útero) com remoção dos ovários ou salpingooforectomia bilateral (remoção das trompas e dos ovários) resultam em menopausa instantânea nas mulheres pré-menopáusicas. Porém a histerectomia sem remoção dos ovários, anterior à menopausa natural, não resulta necessariamente em menopausa (NORTHRUP, 1994).

Para Mendonça (2004) transformar os sinais da menopausa em sintomas torna as mulheres mais vulneráveis à medicalização e habilita a pensar a menopausa como uma enfermidade e não como um fato vital.

A identificação de menopausa como doença é um mito, afirma Luca (1994) assim como considerá-la marco do envelhecimento e da degradação física e mental. Admite, no entanto, que poucas mulheres estão isentas de sintomas e que para a maioria, menopausa significa o "inferno" do início do envelhecimento. O uso dessa metáfora sublinha a intensidade das sensações experimentadas por muitas, o que nos leva a indagar se para aquelas que vivenciam negativamente esse período é suficiente a definição do climatério como um processo natural e a afirmação de que não é uma doença.

As queixas mais freqüentes na transição menopáusica referem-se à fertilidade diminuída, fluxo menstrual irregular, sintomas vasomotores (fogachos e suores noturnos),

alterações urogenitais e na função sexual, distúrbios do sono e insônia, variações de humor, depressão e ansiedade, comprometimento da concentração e memória, ganho de peso, palpitações, dores, enxaqueca, mudanças na pele, olhos, cabelo e dentes, osteoporose, doenças cardiovasculares. A probabilidade é aumentada para os transtornos de humor, ansiedade e depressão, principalmente em mulheres com histórico de desordem psiquiátrica (SOARES; ALMEIDA, 2001).

O declínio dos esteróides sexuais tem implicações também nos tecidos não reprodutivos. Logo, níveis baixos de estrogênio, observados em animais castrados ou em mulheres após a menopausa, têm mostrado atenuar a resposta imune e predispor o organismo à invasão microbiana e infecção. Em estudos animais, a retirada dos hormônios sexuais por gonadectomia parece estimular a resposta imune celular e a reposição destes hormônios induz resposta contrária. Níveis baixos de estrogênio e sulfato de DHEA-S em mulheres pós-menopausa resultam, portanto, em diminuição do número de células secretoras de IFN- $\gamma$  e TNF- $\alpha$ , contribuindo com o declínio da reatividade imunológica (MEDEIROS; OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2003; MEDEIROS; MAITELLI; NINCE, 2007).

Embora o comprometimento da função ovariana entre os 35 e 45 anos, provoque uma intensa variação dos níveis hormonais sexuais e a diminuição na produção do estrogênio (YONKERS *et al.*, 2001), queixas com a saúde, durante este período de transição, podem ser desencadeadas tanto pelas mudanças biológicas como também pelas mudanças psicossociais, responsáveis muitas vezes por quadros de ansiedade, principalmente quando envolvem perdas e/ou distanciamento de pessoas próximas e de condições de vida valorizadas. Além disso, a parada das menstruações geralmente é vivida pela mulher com intensos significados, muitas vezes contraditórios, influenciados por suas condições pessoais. Pode provocar alívio, decorrente da interrupção de preocupações, a maior delas com a fertilidade, mas também pode mobilizar apreensões, relacionadas ao envelhecimento e às perdas próprias desta etapa da vida (PENTEADO *et al.*, 2000).

A função sexual pode ser afetada pela diminuição nos níveis do estrogênio. A capacidade diminuída de lubrificação frente à estimulação sexual pode causar a dispareunia, caracterizada por dor na relação sexual, o que afeta o funcionamento sexual e as condições psicológicas da mulher (BERMAN *et al.*, 2001). Apesar da menor intensidade da resposta em todas as fases do ciclo sexual, a mulher pós-menopáusicas mantém sua capacidade orgástica, desde que esteja preservada a habilidade comunicacional entre os parceiros para as adaptações necessárias, sendo que aquela abstinente por muito tempo necessitará de uma adaptação

gradual do pênis à vagina com capacidade expansiva e de lubrificação diminuídas (KINGSBERG, 2002).

A transição menopáusicas, como uma etapa do envelhecimento da mulher, é acompanhada de importantes mudanças físicas. No entanto, é consenso entre os estudiosos da área a influência da subjetividade da mulher na sua vivência pessoal desta etapa da vida. Frente a uma sintomatologia exuberante, é necessária a participação médica na avaliação de indicação de terapia de reposição hormonal tradicional ou alternativa, com fitoterápicos. Porém, na avaliação de disfunção sexual, aspectos psicológicos e sócio-culturais necessariamente devem ser considerados (DENNERSTEIN, 2003).

Conforme o autor supracitado, os principais objetivos da terapia de reposição de estrogênios são os seguintes:

- Aliviar sintomas como os afrontamentos, a secura vaginal e as perturbações urinárias;
- Prevenir o aparecimento da osteoporose;
- Prevenir a aterosclerose e as doenças das artérias coronárias.

### 3.2 Osteoporose

O desenvolvimento socioeconômico e cultural aliado ao aprimoramento tecnológico propiciou um significativo aumento da expectativa de vida mundial e conseqüente aumento do número de idosos. Como conseqüência desse envelhecimento vários processos crônicos são envolvidos, onde alterações nos parâmetros antropométrico e fisiológicos propiciam um incremento no percentual de gordura, redução da eficiência cardiovascular, diminuição da massa muscular e densidade mineral óssea (PAPALEO NETTO & CARVALHO FILHO, 2000; ZAZULA & PEREIRA, 2003).

Estreitamente relacionada ao envelhecimento, a osteoporose vem despontando nas últimas décadas como um importante problema de saúde pública, principalmente em mulheres (CESCA, 2007).

A partir de 1960, essa doença tornou-se foco de atenção mundial. Recentemente, pelo Consenso de Osteoporose em 2001, foi definida como a "epidemia do Século 21", devido à alteração do perfil demográfico mundial, conseqüente ao aumento da longevidade e à diminuição das taxas de natalidade, principalmente nos Estados Unidos da América do Norte e na Comunidade Européia (NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy, 2001).

Segundo critérios da Organização Mundial de Saúde - OMS, aproximadamente um terço das mulheres de raça branca, com idade superior aos 65 anos, tem osteoporose. A implicação socioeconômica da doença é importante e notável, pois existem relatos de que no ano de 1995 mais de 13 bilhões de dólares foram gastos com 400.000 fraturas em que os pacientes foram internados e com 180.000 fraturas tratadas ambulatorialmente e relacionadas com a doença (OLIVEIRA, 2002).

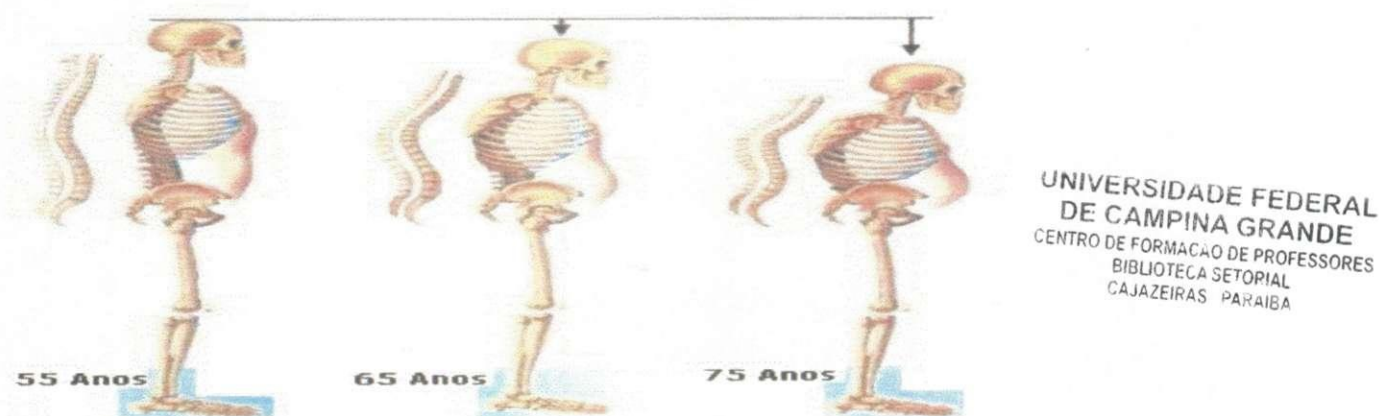
Define-se a osteoporose como sendo uma enfermidade crônica, multifatorial caracterizada pela redução da densidade mineral óssea (DMO), com deterioração da microarquitetura, levando a um aumento da fragilidade esquelética e do risco de fraturas (LANZILLOTTI, *et al.*, 2003; CARVALHO; FONSECA; PEDROSA, 2004).

A estrutura óssea é uma estrutura estática, mas encontra-se em constante remodelação, onde o equilíbrio entre a reabsorção e reconstituição depende do funcionamento adequado dos osteoclastos e osteoblastos (MATEO, 1998).

Os eventos de remodelagem em condições normais são processos acoplados onde a formação acompanha a reabsorção. Entretanto admite-se que este processo é ineficiente no esqueleto adulto, pois apresenta pequenos déficits na formação que persistem após ter sido completado um ciclo de remodelagem. Admite-se que o acúmulo desses déficits de formação é responsável em parte pelas perdas na massa óssea relacionadas ao envelhecimento (ACSM, 2003).

Segundo Matsudo; Matsudo (1991) os principais sintomas da osteoporose são dor lombar, múltiplas fraturas, geralmente das vértebras, quadril e região distal do rádio, perda de altura e deformidade da coluna, como a hipercifose (figura 1), bem como a tolerância diminuída para exercícios simples, perda de peso e dores sem localização definida.

#### DEFORMIDADE PROGRESSIVA DA COLUNA VERTEBRAL



**Figura 1** – Deformidade progressiva da coluna vertebral.

Fonte - Cartilha de orientação sobre osteoporose do Ambulatório de osteoporose do Distrito Federal, 2006.



A identificação precoce dos pacientes de risco para osteoporose é de grande importância clínica. Nos últimos anos, vários fatores de risco para osteoporose têm sido identificados.

A idade tem efeito marcante sobre a densidade mineral óssea (DMO). Além dela, o sexo e a raça estão entre os principais determinantes da massa óssea e do risco de fraturas. Mulheres são mais suscetíveis à osteoporose do que homens, pois além de passarem pela menopausa também possuem menor DMO do que os homens. Fatores genéticos também são responsáveis pelas variações na massa óssea em diferentes grupos étnicos e raciais. Indivíduos da raça negra possuem maior pico de massa óssea e, portanto, são menos predispostos a sofrerem de osteoporose que brancos e asiáticos (RADOMINSKI; PINTO NETO; MARINHO, 2002).

Em relação aos aspectos reprodutivos, a literatura tem descrito a existência de associação entre as idades na menarca e na menopausa com a extensão do período de exposição aos estrogênios, que é um dos mais importantes determinantes da DMO (COSTA PAIVA *et al.*, 2003).

Sendo assim, as mulheres após a menopausa, apresentam a deficiência estrogênica como causa comum na incidência de osteoporose, além dos índices de reabsorção e remodelação estarem reduzidos, há um grande desequilíbrio entre estes dois processos. Os osteoblastos, apesar de ativos, não são capazes de reconstruir completamente as cavidades ósseas reabsorvidas pelos osteoclastos e a partir daí inicia-se uma perda excessiva de massa óssea (NECO, 1994; FREIRE & ARAGÃO, 2004; TENÓRIO, 2005).

Esta relação de perda óssea pode ter seu processo ainda mais intensificado, quando esta estrutura se encontra exposta a alguns fatores de risco como idade avançada, hereditariedade, diabetes, fumo, álcool em excesso, falta de atividade física, dieta, fatores hormonais (MCILWAIN, 1999).

Entre os fatores de risco, exposição reduzida à sobrecarga representa-se mais prejudicial que a depleção aguda de estrógeno, onde a remoção de forças mecânicas causa uma redução mensal de 36% na massa óssea, enquanto que a ação reduzida do estrógeno induz a 4-5% de perda prematura (FRATESCHI, 2002).

A falta de atividade física apresenta uma diminuição da tensão em segmentos específicos do esqueleto, ou no esqueleto como um todo, promovendo um aumento da atividade osteoclástica, resultando numa discreta reabsorção da matriz óssea mineralizada, diminuição da atividade dos osteoblastos elevando a redução da massa óssea, a exemplo do que ocorre em situações de desuso (GREVE, 1999).

Essa resposta à inatividade parece ser uma adaptação apropriada as menores exigências orgânicas, ou seja, quanto mais estimulado for o organismo através de atividades que ofereçam uma sobre carga tensional, maior será a resposta adaptativa, exibindo efeitos fisiológicos contrários ao do sedentarismo (WOLINSKY, 2002).

Dentre os fatores de risco, aqueles associados a fraturas são considerados mais importantes. Um estudo recente com mais de 200.000 mulheres corroborou que os principais fatores de risco para fraturas osteoporóticas são: a redução da massa óssea, a idade avançada, auto-avaliação da saúde como regular/ruim, história de fratura prévia, história materna de fratura, ser da raça branca, usar glicocorticóide, fumar ou ter fumado. Entretanto, fatores previamente estabelecidos como de risco (demência, baixo peso corporal, menopausa precoce ou cirúrgica, baixa ingestão de cálcio durante a vida, sedentarismo, visão reduzida e história de quedas frequentes) não representaram risco de fraturas (SIRIS; MILLER; BARRET-CONNOR, 2001).

O diagnóstico de osteoporose é, habitualmente, tardio e verifica-se, na maioria dos casos, após ocorrer uma fratura. Contudo, é possível estabelecer-se o diagnóstico de osteoporose com base na história clínica e exame objetivo procurando os fatores de risco, por exames laboratoriais e pela determinação da massa óssea (NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy, 2001).

A síndrome é geralmente silenciosa, na maioria dos casos, até apresentar uma fratura. Deve ser suspeitada quando os fatores de risco de fraturas estão presentes e frente à ocorrência de fraturas não relacionadas a trauma ou relacionadas a trauma mínimo. Uma boa história clínica e o exame físico são especialmente úteis para excluir as causas secundárias. Desse modo, a história de saúde inclui perguntas relativas à ocorrência da osteoporose, focalizando a história familiar, fraturas prévias, consumo de cálcio na dieta, padrões de exercício, início da menopausa e uso de corticosteróides, bem como álcool, tabaco e ingestão de cafeína. São explorados quaisquer sintomas que o paciente esteja apresentando, como dor lombar, constipação ou imagem corporal alterada. O exame físico, pode revelar uma fratura, cifose da coluna torácica ou estrutura encurtada (DU GAS, 2005).

Exames úteis para diagnóstico de osteoporose:

#### 1. Radiografia

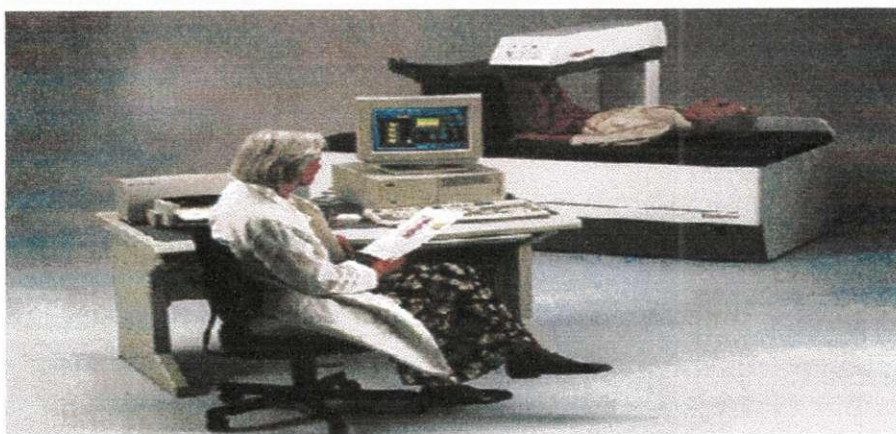
Os locais do esqueleto mais importantes para serem estudados são aqueles que apresentam o maior índice de fraturas por fragilidade óssea, ou seja, a coluna vertebral dorso-lombar, o terço proximal do fêmur, o terço distal do rádio e o terço proximal do úmero. O

exame radiográfico pode mostrar diminuição da densidade óssea, porém só detectam alterações quando esta for superior a 30% até 50%. Os achados mais evidentes da osteoporose na radiografia simples de coluna dorso-lombar em perfil incluem (MEIRELLES *et al* , 1994; BRASIL, 2007):

- Realce do trabeculado vertical das vértebras devido ao desaparecimento das trabéculas horizontais;
- Diminuição do contraste radiológico entre o interior do corpo vertebral e os tecidos moles adjacentes;
- Acentuação dos contornos ou molduras vertebrais;
- Deformidades vertebrais que podem ser totais ou colapsos, anteriores ou acunhamentos ou ainda bicôncavos;
- Nódulos de Schmorl, que são hérnias do núcleo pulposo para dentro do corpo vertebral.

## 2. Densitometria óssea (DEXA)

A densitometria óssea permite analisar os pacientes com alto risco de doença metabólica óssea, de estimar a severidade da perda óssea, verificar o risco de fraturas e de acompanhar a evolução dos tratamentos (figura 2). Ela só deve ser indicada quando seu resultado for influenciar a decisão clínica. De um modo geral, a DEXA não deve ser repetida mais que uma vez por ano ou a cada dois anos. Repetições mais frequentes são sugeridas em pacientes com possibilidade de apresentar perda óssea acelerada, como ocorre naqueles em uso de corticóides (CESCA, 2007).



**Figura 2** - Densitômetro,

Fonte - Cartilha de orientação sobre osteoporose do Ambulatório de osteoporose do Distrito Federal, 2006.

## 3. Outros Exames

É fundamental a exclusão de hipertireoidismo no idoso com a dosagem de TSH. Deve-se obter um hemograma com VHS (ou VSG) e dosagem de creatinina sérica. Fosfatase alcalina total serve para avaliar a presença de defeitos na mineralização ou osteomalácia, especialmente nos idosos. Nas mulheres na menacme que apresentarem irregularidades menstruais, deve-se documentar a etiologia do hipogonadismo. Em todos os homens com osteoporose, deve-se avaliar as possibilidades de hipogonadismo, com as dosagens de testosterona e de gonatropinas, e de alcoolismo como causas secundárias (NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy, 2001).

Existem ainda outros exames subsidiários exigidos: densitometria óssea recente (realizada há, no máximo, 01 ano), calcemia e calciúria de 24 horas.

Pode-se dizer que a abordagem mais eficiente na osteoporose, levando-se em conta o custo-benefício, é a prevenção, a qual deve começar na infância. O risco da osteoporose pode ser reduzido, se conseguirmos um aumento no pico de massa óssea ou se diminuirmos a taxa de perda óssea. Em condições fisiológicas isto pode ser conseguido, com dieta alimentar adequada, rica em cálcio, com exposição adequada ao sol, com atividade física que priorize carga mínima necessária para induzir a formação óssea, com movimentos repetidos e atuação da gravidade (MATSUDO; MATSUDO, 1991; PLAPLER, 1997).

A medida profilática, visando a preservação da integridade do esqueleto por longo tempo, poderia ser iniciada no início da maturidade antes que haja uma minúscula lesão óssea. O pré-tratamento poderia preservar a espessura da massa esquelética da maturidade inicial e nos colocaria em uma boa margem de proteção para os anos vindouros, quando a idade chega e as possibilidades de confinamento na cama afetam a estrutura óssea (ELSANGEDY; KRINSKI; JABOR, 2006).

Ouriques e Fernandes (1997), ressaltam que é preciso evitar o fumo em demasia, somente ingerir bebida alcoólica socialmente, principalmente na fase da idade madura e que o exercício físico ajuda na estimulação do processo de remodelação óssea. Contudo, hábitos de vida saudáveis, devem ser levados em conta na prevenção, não só de doenças ósseas como também de outras doenças.

O objetivo primordial de qualquer tratamento é aumentar a sobrevida e a qualidade de vida, isto é, o que se espera com o tratamento da osteoporose ao se prevenir as fraturas.

O tratamento preventivo das fraturas por osteoporose está fundamentado na melhora geral das condições necessárias para saúde esquelética que consistem de uma alimentação balanceada rica em cálcio lácteo, de uma atividade muscular regular com carga, da melhoria

das condições de equilíbrio e visão e, da intervenção farmacológica. Atualmente, são utilizados para tratamento da osteoporose os estrogênios, calcitonina, alendronato, risedronato e teriparatida (NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy, 2001).

Matsudo & Matsudo (1991), dizem que a calcitonina inibe a atividade osteoclástica e diminui o cálcio plasmático quando a remodelação é rápida sendo que os preparados de estrógeno de curta ação administrados oralmente reduzem a perda óssea pós-menopausa bem virtualmente todos os lugares do esqueleto, incluindo a vértebra, o quadril e o rádio. E acrescenta que embora a duração apropriada não seja conhecida, o mínimo deve ser de 5 a 10 anos.

Os meios utilizados pela Medicina Física e Reabilitação no tratamento da osteoporose visam à diminuição dos sintomas, a melhora da função, o alívio da dor e a prevenção de futuras limitações (PLAPLER, 1997).

Em mulheres pós-menopausa com baixa densidade óssea o tratamento para a perda óssea pode ser realizado através de exercício mais suplementação de cálcio ou reposição de estrógeno-progesterona. A Terapia de Reposição de Estrogênio (TRE) continua a ser o procedimento padrão na prevenção e no tratamento da osteoporose. Quando a terapia é iniciada por ocasião da menopausa, reduz a ocorrência de fratura osteoporótica em até 50%. O tratamento com a referida terapia evita perda óssea significativa, entretanto, há certa resistência das mulheres em utilizá-la devido a seus efeitos colaterais, tais como o sangramento vaginal e o maior potencial de risco de câncer de mama. Atualmente, calcula-se que 25% das terapias prescritas não sejam seguidas (PRINCE *et al*, 1991).

O alendronato é o agente mais recentemente usado para o tratamento da osteoporose. Estas substâncias também aumentam a massa óssea, diminuindo a reabsorção óssea, o que reduz em cerca de 50% a ocorrência de novas fraturas. Este tratamento encontra-se disponível na forma oral e, em muitas mulheres provoca menos efeitos colaterais do que a Terapia de Reposição de Estrogênio. No entanto, existe um esquema rigoroso a ser seguido: deve ser consumido com o estômago vazio, 30 minutos antes das refeições. Existem relatos de irritação esofágica e dor abdominal associados ao alendronato (KAUFFMAN, 2001).

O tratamento da osteoporose é essencialmente de longa duração. Pessoas com massa óssea estável ou com ganhos consideráveis devem ser encorajadas a continuar o tratamento. A decisão final sobre a duração e o tipo da terapia deve basear-se no julgamento clínico e individualizado de cada caso, considerando suas características, necessidades e possibilidades (BRASIL, 2007).

### 3.3 Autocuidado

O Sistema Músculo Esquelético é a estrutura que mantém o corpo, protegendo órgãos internos e permitindo a execução dos movimentos. É formado por músculos, ossos, articulações e cartilagens. No envelhecimento pode haver diminuição da força muscular e da elasticidade do corpo. Sabe-se que o envelhecimento é inevitável e irreversível, partindo desse pressuposto faz-se necessário a importância da escuta ativa e do cuidado para com os idosos, pois cada indivíduo é único e tem necessidades e valores específicos, precisamos compreendê-lo na sua singularidade e necessidades para que ele se sinta reconhecido e considerado (SMELTZER & BARE, 2005).

Para Litvoc e Brito (2004), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual as alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que ocorrem vão limitando progressivamente o organismo, tornando mais susceptível as agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo a morte.

No desfecho da osteoporose, a idade é de longe o mais importante determinante de massa óssea. A diminuição da densidade óssea com a idade reflete o efeito somatório de vários processos, os quais ocorrem universalmente, porém, em proporções diferentes de acordo com variações individuais. O pico de massa óssea geralmente não é alcançado antes de 30 anos e o estilo de vida é um importante determinante da probabilidade de desenvolver mais tarde osteoporose. Não se sabe com certeza em que idade começa a perda óssea, mas acredita-se que, entre 40 anos e a menopausa, as mulheres perdem aproximadamente 0,3% a 0,5% de sua massa de osso cortical por ano; após a menopausa, este ritmo acelera para 2% a 3% ao ano (LUCASIN JUNIOR & LIMA, 1994; MARQUES NETO & LEDERMAN, 1995).

A etiologia da perda de massa óssea é complexa, multifatorial, inclui hereditariedade, etnia, idade avançada, sexo feminino, baixo peso corporal, deficiência hormonal, excessivo consumo de álcool, inatividade física, tabagismo e fatores nutricionais.

O Autocuidado é a atenção e a ação que se exerce sobre si mesmo para preservar e cultivar uma boa qualidade de vida de maneira responsável, autônoma e livre nas escolhas das ferramentas para sua realização. **Aut(o)** - [Do gr. Autos]. = "por si próprio", "de si mesmo". **Cuidado**-S.m. 1. Atenção; 2. Responsabilidade (KUK, 2010).

As principais metas para o autocuidado do paciente podem incluir o conhecimento sobre a osteoporose e o regime de tratamento, alívio da dor, melhora da eliminação intestinal e ausência de fraturas adicionais. O alívio da dor lombar decorrente da fratura por compressão

pode ser realizado através de repouso no leito em decúbito dorsal ou decúbito lateral. O colchão deve ser firme e não-deformante. A flexão do joelho aumenta o conforto ao relaxar os músculos das costas. É importante o ensino do paciente relacionado com a terapia medicamentosa, pois a mesma apresenta os sintomas gastrintestinais e a distensão abdominal que são efeitos colaterais freqüentes dos suplementos de cálcio com as refeições. A constipação é um problema relacionado com a imobilidade e medicamentos. A instituição precoce de uma dieta rica em fibras, líquidos aumentados e o uso de emolientes fecais prescritos ajudam a evitar ou minimizar a constipação (DOENGES, 2003).

A ingestão de cálcio a partir do nascimento, principalmente na infância e juventude, aliada ao exercício físico regular, é um fator de prevenção de uma posterior desmineralização óssea. O consumo de dietas que atendam as recomendações de cálcio e nos quais este nutriente esteja biodisponível deve ser incentivado como uma das estratégias da prevenção de osteoporose primária, tornando-se necessário investir em educação nutricional para crianças, jovens e adultos (LANZILLOTTI *et al*, 2003).

Evitar o álcool e o tabaco constituem dois fatores importantes para o auto-cuidado na osteoporose, pois ambos contribuem para a perda da massa óssea e para as fraturas. Em relação ao tabaco, demonstrou-se que as mulheres que fumam um maço de cigarros por dia atingem a menopausa com um déficit de cinco a 10% na densidade óssea, sendo suficiente para aumentar o risco de fratura. A mulher fumante tem a menopausa um a dois anos mais cedo e perde massa óssea mais rapidamente na pós-menopausa do que a não fumante, parecendo ser devido à diminuição das concentrações séricas dos estrogênios. Por fim, os estrogênios, quando usados no tratamento da osteoporose, são menos eficazes na mulher tabagista do que naquela que não fuma (LITVOC; BRITO, 2004).

A idade, não impede a prática de exercícios, eles que retardam o processo do envelhecimento, permitindo uma vida de melhor qualidade. Para Neto (2005), a redução da atividade física leva a uma redução da massa óssea, podendo a perda de cálcio atingir 200 a 300 mg/dia nos idosos em repouso absoluto no leito. A imobilidade contribui para o desenvolvimento da osteoporose. Quando imobilizado por aparelhos gessados, inatividade geral, paralisia ou outra incapacidade, o osso é reabsorvido mais rapidamente que formado, resultando em osteoporose (SMELTZER & BARE, 2005).

A atividade física é essencial para fortalecer os músculos, melhorar o equilíbrio, evitar a atrofia por desuso e retardar a desmineralização óssea. As pessoas idosas caem freqüentemente em consequência dos perigos ambientais, distúrbios neuromusculares e sensoriais, respostas cardiovasculares diminuídas e respostas aos medicamentos. O paciente e

a família precisam ser incluídos no planejamento do cuidado e regimes de tratamento preventivos. Por exemplo, o ambiente domiciliar deve ser avaliado para a segurança e eliminação dos perigos potenciais (p. ex., tapetes soltos, escadas e ambientes cheios de móveis, brinquedos no chão, animais de estimação de pequeno porte). Um ambiente seguro pode ser então criado (p. ex., escadas bem iluminadas com corrimãos seguros, barras de segurança no banheiro, calçados com adaptação apropriada). Outros aparelhos de segurança, como os protetores de quadril, têm sido empregados para diminuir o impacto da queda e reduzir a incidência de fratura de quadril (SMELTZER & BARE, 2005).



# OSTEOPOROSE

Você conhece,  
você cuida.



## 4. MATERIAL E MÉTODOS

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS PARAIBA

## 4.1 Tipo de estudo

Para alcançar os objetivos propostos, fez-se a opção por um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, evidenciando as representações de idosas a respeito do conhecimento sobre a osteoporose.

A pesquisa exploratória caracteriza-se pelo desenvolvimento e esclarecimento de idéias, tendo como finalidade oferecer uma visão panorâmica, do tipo aproximativo, a cerca de determinado fato (GONSALVES, 2007). Para Polit e Hungler (1995), através do estudo exploratório se obtém informações sobre possibilidades práticas para realização de pesquisas em situação da vida real, bem como aumentar o conhecimento do pesquisador sobre a situação que deseja investigar em estudo posterior, estabelecendo prioridades para futuras investigações mais estruturadas.

Pesquisas descritivas são acompanhadas pelas exploratórias, as mesmas pretendem descrever fatos e fenômenos de determinada realidade, o que faz o pesquisador necessitar de varias informações sobre população, objetivos de estudo, entre outros (TRIVIÑOS, 1987).

Segundo Polit, Beck e Hungler (1995), pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimento estatísticos.

## 4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida com idosas da área de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) XVIII, localizada no bairro São José, na zona urbana, do município de Sousa – PB, este se situa no Alto Sertão da Paraíba, distante 420 km da capital, possuindo uma área territorial de 842 km<sup>2</sup>, com uma população estimada de 65.930 habitantes segundo o senso demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2009 (IBGE, 2009). Para atender a população local a nível de atenção básica, conta com 26 Unidades do Programa Saúde da Família, sendo 19 unidades localizadas na área urbana e 7 localizadas na área rural da cidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) XVIII é composta por 19 funcionários, assim discriminados: 01 médico, 01 enfermeira, 01 odontólogo, 11 agentes comunitários de saúde, 01 técnica de enfermagem, 01 auxiliar de consultório dentário, 02 recepcionistas e 01 auxiliar de serviços gerais. A estratégia atende 800 famílias.

A opção por este ambiente deve-se ao fato de a pesquisadora participante ter realizado estágio no local e, portanto, ter conhecimento acerca da demanda de idosas que frequentam o serviço e que se enquadram nos critérios de inclusão da amostra desta pesquisa.

### **4.3 Participantes do estudo**

População diz respeito a um conjunto de todos os elementos onde, cada um deles, apresenta uma ou mais características em comum (GIL, 2002). Quando se extrai um conjunto de observações da população, ou seja, toma-se parte desta para a realização do estudo, tem-se a amostra (MARQUES; PEREIRA, 2008).

A população do estudo foi constituída por 120 idosos do sexo feminino, com a idade entre 65 e 80 anos, residentes na área da ESF XVIII, cidade de Sousa onde foi realizada a pesquisa. A amostra, por sua vez, contou com 40 idosas, escolhidas de forma intencional, sendo as mesmas selecionadas na unidade ou domicílio de acordo com o interesse em participar da pesquisa, e tão logo completou o número desejado, a coleta parou de ser realizada. Para tanto, levou em consideração a participação voluntária na pesquisa após a exposição dos objetivos do trabalho e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Teve como critério de exclusão, não saber ler ou escrever, ser portador de doença mental, não responder a seus atos.

### **4.4 Posicionamento ético das pesquisadoras**

As pesquisadoras seguiram fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 CNS/MS - Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), principalmente no cumprimento ao termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa. A execução da pesquisa ocorreu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria.

#### **4.5 Instrumento e coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semi-estruturado, contendo dados sócio-demográfico, composto por 15 questões objetivas, sendo 5 de identificação da amostra e 10 pertinentes aos objetivos do estudo (APÊNDICE B).

Inicialmente, foi encaminhado um ofício ao Secretário Municipal de Saúde da cidade de Sousa-Pb, solicitando sua autorização para a realização da pesquisa. Recebido o ofício e após apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade Santa Maria, iniciou-se a pesquisa durante o mês de junho de 2010.

A abordagem para coleta dos dados ocorreu parte no domicílio das participantes, buscando investigar a frequência com que as mesmas procuram o serviço de saúde e parte na Estratégia Saúde da Família em datas previamente determinadas pela enfermeira para realização de consulta Hiperdia, tendo em vista o número significativo de idosas que estariam presentes na ocasião.

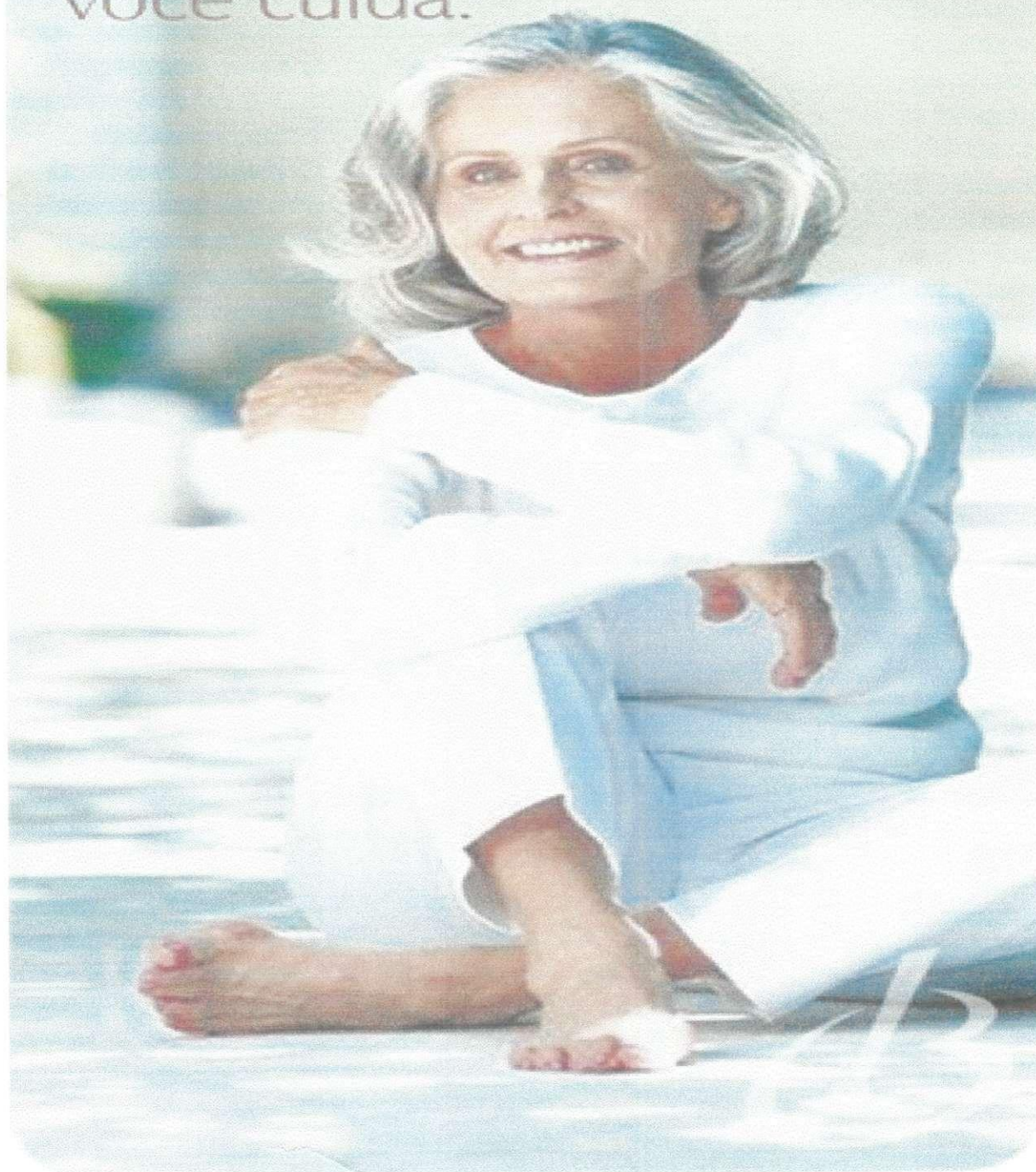
As participantes da pesquisa foram comunicadas previamente quanto a opção de assinalar mais de uma alternativa por questão, quando necessário. As mesmas responderam ao questionário de forma individual e na presença da pesquisadora.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados obtidos foram analisados através do método quantitativo, em seguida foram agrupados, com a finalidade de verificar a relação entre eles. Para facilitar a compreensão utilizamos pacotes estatísticos simples, através de gráficos e tabelas, construídos pelo programa Excel, analisados a luz de literatura pertinente. As alternativas irão apresentar uma frequência maior que a amostra em virtude dos entrevistados poderem assinalar mais de uma alternativa.

# OSTEOPOROSE

Você conhece,  
você cuida.



**5. RESULTADOS E DISCUSSÕES**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS PARAIBA

Neste capítulo estão dispostos os dados coletados através de um questionário contendo as informações sobre o perfil sócio-demográfico dos participantes e as pertinentes aos objetivos do estudo.

### 5.1 Perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa

**Tabela 1. Caracterização Sócio-demográfica**

<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>65-70</b>	<b>19</b>	<b>48</b>
71-75	15	37
76-80	6	15
<b>Escolaridade</b>		
<b>Ensino fundamental incompleto</b>	<b>18</b>	<b>45</b>
Ensino médio	14	35
Ensino superior	8	20
<b>Estado civil</b>		
<b>Casada</b>	<b>25</b>	<b>63</b>
Viúva	9	22
Solteira	6	15
<b>Ocupação</b>		
<b>Dona de casa</b>	<b>32</b>	<b>80</b>
Outros	8	20
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Os dados referentes a idade mostram que a maioria das participantes (48%) está na faixa dos 65 – 70 anos. A segunda faixa etária é compreendida entre 71 – 75 anos, que perfaz (37%) e a faixa etária 76 – 80 anos, por sua vez, representa (15%) do total. Por ser a idade um fator contribuinte para o desenvolvimento da osteoporose, devido o efeito marcante de diminuição da densidade mineral óssea (DMO), surgiu o interesse em avaliar o conhecimento das mulheres com faixa etária entre 65 e 80 anos. Conforme mostra Costa Paiva *et al* (2003),

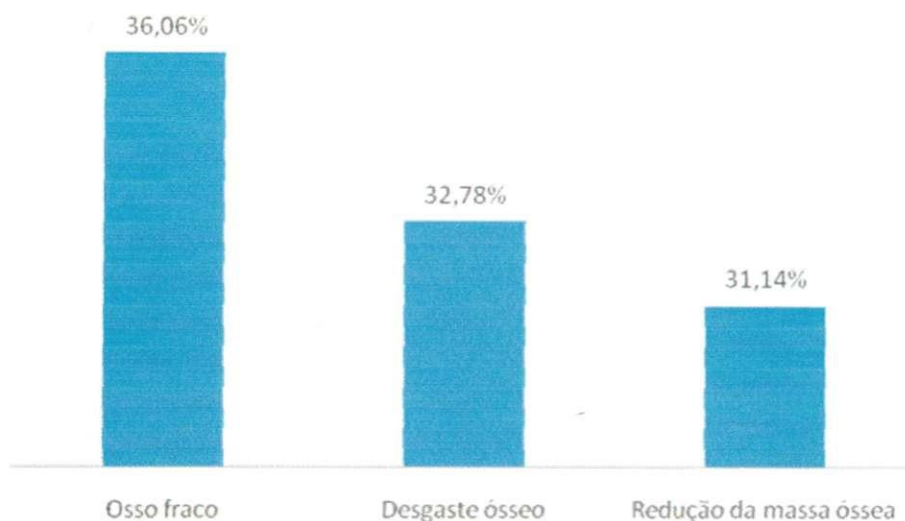
a maior causa de perda óssea é relacionada à idade, devido a um provável decréscimo de formação óssea em nível celular, resultando da eficiência diminuída dos osteoblastos.

Quanto ao grau de escolaridade das mulheres idosas participantes da pesquisa, é notório que a maior parte das entrevistadas (45%) apresenta apenas o Ensino Fundamental Incompleto. Esses dados correspondem aos que foram obtidos por Santos e Chubaci (2008), num estudo feito com mulheres de três centros de convivência, em que 75,5% das entrevistadas tinham o Ensino Fundamental incompleto. Ainda referente ao grau de escolaridade, observamos que 35% das participantes da pesquisa concluíram o Ensino médio e 20% têm nível superior completo. Com isso, podemos depreender que o grau de escolaridade apresenta influência significativa sobre a prática de adoção das medidas necessárias para o autocuidado, ou seja, o comportamento de cada indivíduo é um fator relevante para redução do risco de adquirir a osteoporose.

Conforme se pode observar no estado civil, há uma prevalência de participantes casadas sobre as solteiras: destes números, 63% são casadas; 15% são solteiras e 22% são viúvas. Benevides-Pereira (2002) diz que em relação ao estado civil deve-se atentar quanto à qualidade do relacionamento e não somente ao fato de ser ou não casado. Durante a pesquisa algumas das participantes casadas relataram não ter disponibilidade para exercer práticas de controle para a osteoporose no tocante a atividade física, devido a falta de compromisso de seu parceiro ou outros familiares em relação a execução de atividades domésticas, pois tais atividades são exercidas única e exclusivamente pelas participantes.

Um fator interessante apresentado diz respeito a ocupação das entrevistadas. A tabela 01 mostra que 80% das participantes são donas de casa, enquanto que 20% apresentam outro tipo de ocupação. O fato de a maioria das entrevistadas serem donas de casa pode estar associado ao grau de escolaridade, onde observamos anteriormente como sendo mínimo o número de participantes com ensino superior. Conforme observado na tabela, fica evidente que a porcentagem referente as participantes de nível superior e as que referem ter outro tipo de ocupação é semelhante (20%). Dentre as atividades ocupacionais referidas pelas mesmas, citam-se advocacia, enfermagem, docência e funcionalismo público.

## **5.2 Caracterização dos entrevistados segundo as variáveis da investigação**



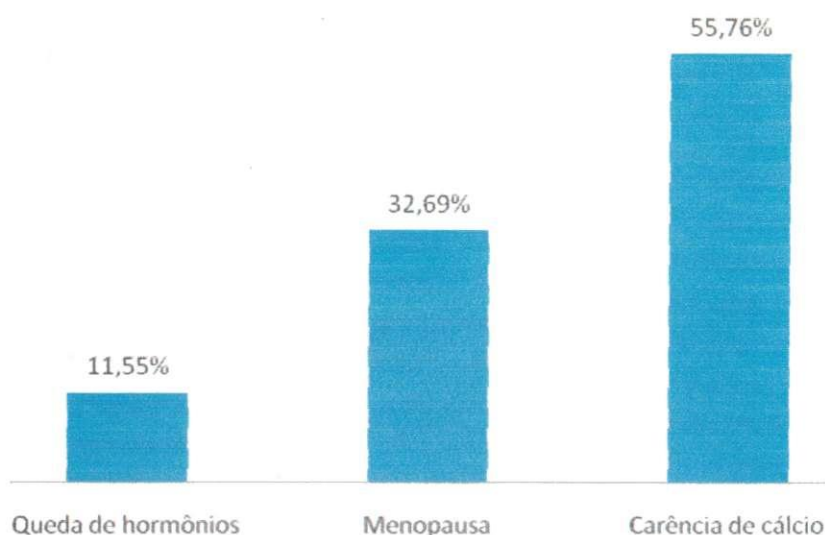
**Gráfico 1.** Afirmação das participantes quanto ao conceito da osteoporose.

Quando questionadas sobre o que é a osteoporose, 36,06% das entrevistadas responderam osso fraco; 32,78% desgaste ósseo e 31,14% afirmaram ser a osteoporose relacionada à redução da massa óssea, conforme observado no gráfico 01.

Os dados encontrados corroboram com estudos, onde caracteriza a osteoporose como uma diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo. A perda óssea se dá pela “supremacia” da reabsorção, ou seja, menor quantidade de osso formado e maior quantidade de osso absorvido, e quando associada ao envelhecimento, tem a osteoporose como maior consequência. ( PEREIRA & FULLER, 2004; OCARINO & SERAKIDES, 2006).

Sendo a osteoporose uma enfermidade relacionada diretamente a estrutura óssea e a ocorrência de fraturas, as mulheres relatam ter conhecimento da mesma como uma doença característica da velhice, apesar do surgimento de poucos casos em jovens, e também desenvolvida por meio do enfraquecimento do osso devido muitos fatores, entre eles, a idade, os maus hábitos durante toda a vida e a história familiar, não atentando para medidas que promovam o autocuidado.



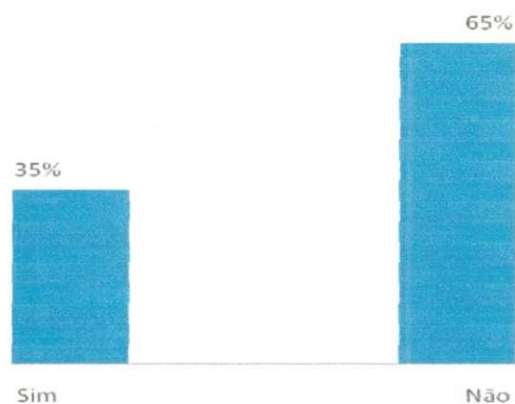


**Gráfico 2.** Afirmação das participantes quanto às causas da osteoporose

Pelos dados acima aludidos que demonstram o conhecimento das participantes quanto à osteoporose, pôde-se perceber que, ao serem indagadas quanto às causas dessa patologia, as entrevistadas também demonstraram conhecimento parcial, pois, mediante gráfico 02, 11,55% das mulheres entrevistadas atribuíram como causa da osteoporose a queda de hormônios; 32,69%, a menopausa e 55,76%, a carência de cálcio.

Com o avançar da idade os níveis de estrógeno tendem a reduzir, vindo assim a dar início a menopausa, com isso ocorre a aceleração da perda de massa óssea, podendo ser desenvolvida a osteoporose. Além da redução do estrógeno e do surgimento da menopausa, deve-se enfatizar a importância de uma dieta rica em cálcio, pois a carência de cálcio na alimentação é um dos principais fatores para o desenvolvimento da osteoporose, principalmente quando a sua ingestão é baixa no período de maior formação dos ossos. Apesar de algumas participantes relacionarem as causas da osteoporose aos seus reais fatores, vale salientar que as mesmas possuem essa opinião formada por meio do que a sociedade impõe e comenta, ficou evidente as dúvidas e falta de informação do que significa as causas citadas e como interferem na integridade óssea, pois para elas aparentemente não existe relação direta entre os mesmos.

Essas observações também foram identificadas no estudo de Carvalho; Fonseca e Pedrosa (2004), onde 37,5% mencionaram a osteoporose como decorrência da "falta de cálcio e hormônio", "falta de cálcio, hormônio e exercício físico", mostrando que a alimentação e atividade física eram concepções bem valorizadas.



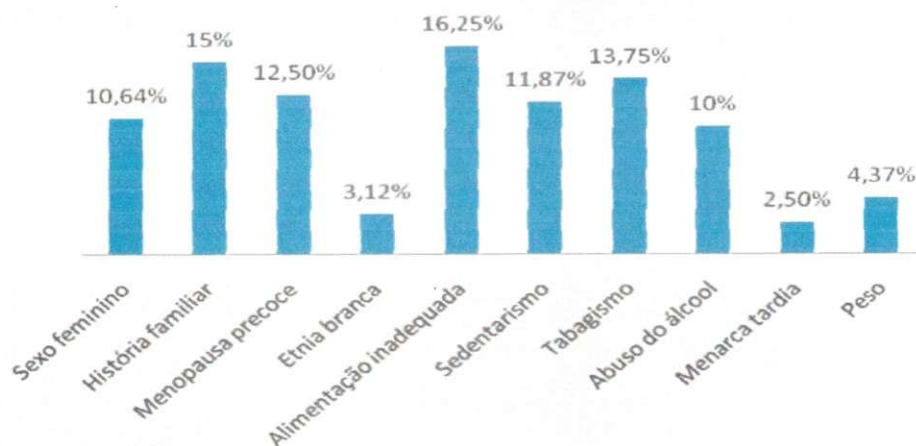
**Gráfico 3.** Afirmação das participantes quanto aos casos de osteoporose na família

O gráfico 03 expressa as respostas das entrevistadas após indagação sobre a existência de algum caso de osteoporose na família. As entrevistadas que responderam não ter casos de osteoporose na família somam 65%, enquanto 35% responderam positivamente à pergunta.

Dentre as participantes que relataram a existência de casos de osteoporose na família, apenas duas delas tem a doença e as demais afirmaram ser a mãe e/ou a irmã osteoporóticas. Quanto a afirmação de não haver casos de osteoporose na família, várias delas atestaram não ter conhecimento de casos, uma vez que nunca fora realizado exames que confirmem tal patologia.

Segundo Marcelino (2008), as mulheres idosas do Jardim Keralux/SP relataram que existem na família, casos de osteoporose, sendo a mãe a pessoa mais mencionada, indicando a possibilidade da hereditariedade da doença. D'Amorim (2000), afirmam que o pico de massa óssea é um fator que está na genética das pessoas.

Sendo assim, as participantes com casos de osteoporose na família apresentam predisposição aumentada a adquirir essa doença, sendo, portanto, necessário a adoção de práticas preventivas que visem atenuar esse risco.



**Gráfico 4.** Afirmação das participantes quanto aos fatores de risco para a osteoporose

O gráfico 04 apresenta os fatores de risco para a osteoporose que as entrevistadas relataram conhecer. Os fatores mais mencionados, em ordem decrescente, foram: alimentação inadequada (16,25%); história familiar (15%); tabagismo (13,75%); menopausa precoce (12,5%); sedentarismo (11,87%); sexo feminino (10,64%); abuso de álcool (10%); peso (4,37%); etnia branca (3,12%); menarca tardia (2,5%). Um número significativo de participantes durante a aplicação do questionário afirmou que a alimentação inadequada traz prejuízos a saúde, podendo ter como consequência inúmeras doenças; outras associam a história familiar como um fator de enorme contribuição para o desenvolvimento de males já existentes na família, a opinião das mesmas com relação ao tabagismo e abuso de álcool é que esses são fatores bastante nocivos ao ser humano, independente do que possa vir a causar. Em se tratando do sedentarismo, algumas relataram que acreditam que a prática de exercício físico pode vir a agravar o estado de saúde de uma pessoa acometida por osteoporose, sendo essa afirmação um forte indicio de que não há o conhecimento sobre a osteoporose, ou que o mesmo está controverso. Relatam também a menopausa como um período desagradável vivido pela mulher, onde surgem doenças nunca vivenciadas desde então.

Tomando por base os relatos supracitados, pode-se perceber que as participantes apresentam conhecimento escasso acerca da osteoporose.

De acordo com Keiserman (2001), muitos são os fatores de risco para a osteoporose: genéticos (histórico familiar, baixa estatura), estilo de vida (sedentarismo, dieta pobre em cálcio), e com isso, as mulheres brancas, magras e de baixa estatura têm mais chances de desenvolver a doença, principalmente após a menopausa (osteoporose pós-menopausa). Neste período ocorre uma queda de estrógenos, um hormônio que tem um papel importante na remodelação óssea.

Apesar de não se compreender plenamente o mecanismo de regulação da massa óssea máxima, sabe-se que o fator genético, acima citado, é um agente importante na predisposição à osteoporose. Evidências fortes tem sugerido que a interação entre genes e ambiente desempenha um papel na densidade mineral óssea. O mesmo autor afirma que entre os fatores de risco modificáveis estão também incluídos o tabagismo e o álcool (LANZILLOTTI *et al.*, 2003).

Além da idade, o sexo e a raça estão entre os principais determinantes da massa óssea e do risco de fraturas. Indivíduos da raça negra possuem maior pico de massa óssea e, portanto, são menos predispostos a sofrerem de osteoporose que brancos e asiáticos. O índice de massa corporal (IMC) está diretamente relacionado à DMO, sendo que os indivíduos obesos têm maior proteção contra osteoporose. Fatores ambientais como hábitos nutricionais,

sedentarismo e tabagismo, além de doenças e drogas, também podem estar associados à redução da massa óssea. Estudos mostram que o indivíduo ativo ou atlético tem uma DMO significativamente aumentada quando comparada com o controle de sedentários (COSTA PAIVA, 2003), o que pode ser comprovado pelo estudo de Auad *et al* (2008), que encontrou uma relação benéfica entre a prática de atividade física e a melhora das condições de saúde geral.

Neste sentido, ressalta-se a importância da implementação de exercícios físicos para a população idosa, principalmente quando a osteoporose está presente.

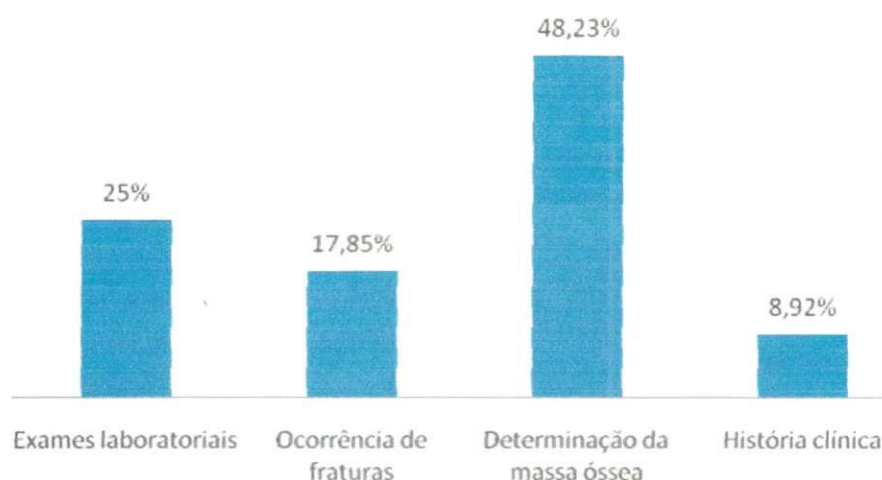


**Gráfico 5.** Afirmação das participantes quanto aos sintomas da osteoporose

Quando a entrevista enfocou o tema sintomatologia da osteoporose, pôde ser observado, conforme gráfico 5, que 37,5% das entrevistadas elencaram a dificuldade de se movimentar como sintoma principal, muito embora outros sintomas tenham sido relatados, como: dor lombar (30%); deformidade da coluna (17,5%); perda da altura (10%) e perda de peso (5%).

Não sendo os sintomas acima citados patognomônicos da osteoporose e, portanto, comuns a várias patologias, ocorre, frequentemente, a não associação destes a doença.

Na maioria das vezes a osteoporose não causa nenhum sintoma, nem mesmo dor, e evolui até que ocorra uma fratura (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008).



**Gráfico 6.** Afirmação das participantes quanto à determinação do diagnóstico da osteoporose

Sendo o diagnóstico, uma etapa fundamental para elucidação de patologias, as participantes foram indagadas sobre o diagnóstico da osteoporose. Como se pode observar no gráfico 6, a determinação da massa óssea foi relatada por 48,23% das entrevistadas. Todavia, um número menor de mulheres (25%) elegeu os exames laboratoriais como ferramentas importantes para diagnóstico. A ocorrência de fraturas e a história clínica foram citadas por 17,85% e 8,92% das entrevistadas, respectivamente.

Pereira e Mendonça (2002) destacam que conforme a Carta de Brasília de 1999, todas as mulheres e homens com 65 anos ou mais devem realizar a densitometria óssea (DO) para o diagnóstico precoce da osteoporose, pois permite medir a quantidade de osso (conteúdo mineral) em uma área ou volume definidos, resultando na densidade óssea de todo esqueleto ou de uma área específica. Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde identifiquem os fatores de risco, educando os pacientes e fazendo intervenção pró-ativa ao longo da vida.

Os dados acima aludidos são condizentes com relatos do Ministério da Saúde, que afirmam ser exames de sangue, de urina e radiografias, formas laboratoriais adequadas de diagnóstico da osteoporose (BRASIL, 2007).

A osteoporose não apresenta sintomatologia aparente, evoluindo logo a ocorrência de fraturas. Sendo assim, diagnóstico pode e deve ser feito antes que uma fratura por fragilidade ocorra, tornando-se isto um desafio para o clínico. Assim a prevenção da fratura é a meta fundamental na abordagem de mulheres na menopausa e indivíduos idosos (LITVOC, 2004).



**Gráfico 7.** Afirmação das participantes quanto ao tratamento da osteoporose

Indagadas a respeito do conhecimento que as participantes têm o tratamento da osteoporose, foram obtidas as seguintes considerações, conforme demonstra o gráfico 07.

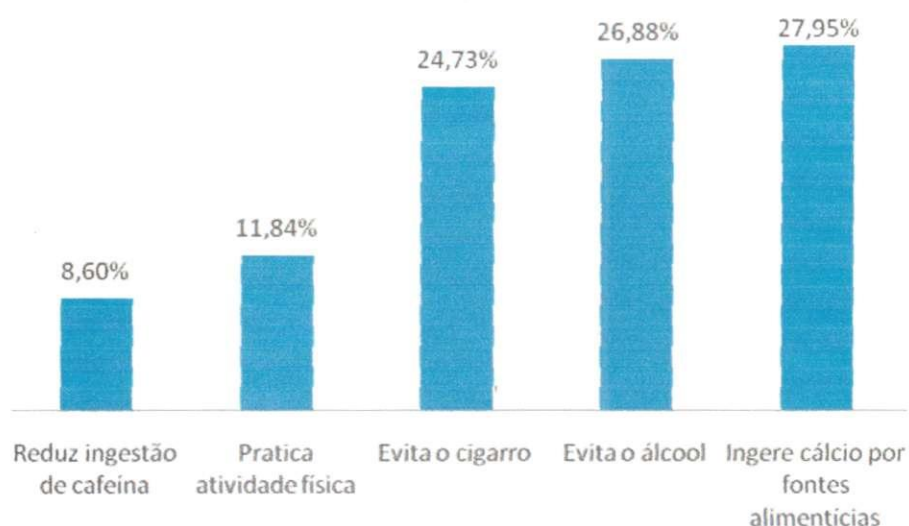
Como pode ser observado, 11,39% das entrevistadas relataram ser a suplementação de cálcio o tratamento adequado para a osteoporose; 30,37% das entrevistadas, por sua vez, citaram a medicação. Em contrapartida, para 16,45% das entrevistadas, o exercício físico é essencial para o tratamento da patologia. A reposição hormonal (34,2%) e a dieta (7,59%) também foram citadas.

Para Smeltzer & Bare (2005), uma dieta balanceada e adequada, rica em cálcio e vitamina D, durante toda a vida, com, aumento na ingestão de cálcio durante a adolescência, fase de adulto jovem e a meia-idade, protege contra a desmineralização esquelética. Para garantir a ingestão adequada de cálcio, pode ser prescrito um suplemento de cálcio (p. ex., Caltrate, Citrocal) e consumido com as refeições ou com uma bebida rica em vitamina C para promover a absorção. A atividade física, exercida com frequência e continuidade, é importante em um programa terapêutico por remover resultados positivos sobre o esqueleto ósseo.

A Terapia de Reposição de Estrogênio (TRE) continua a ser o procedimento-padrão na prevenção e no tratamento da osteoporose. Quando a TRE é iniciada por ocasião da menopausa, reduz a ocorrência de fratura osteoporótica em até 50%. O tratamento com a TRE evita perda óssea adicional, de modo que pode ser benefício mesmo nos casos em que houve perda óssea significativa. Entretanto, esta terapia pode não ser bem aceita, pois algumas

mulheres não desejam utilizá-la, devido a seus efeitos colaterais, tais como o sangramento vaginal e o maior potencial de risco de câncer de mama (SMELTZER & BARE, 2005).

A terapêutica medicamentosa aprovada para a prevenção da osteoporose inclui os estrogênios, raloxifeno, alendronato e risedronato, dentre outros. Atualmente, são utilizados para tratamento da osteoporose os estrogênios, calcitonina, alendronato, risedronato e teriparatida (NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therap, 2004).



**Gráfico 8.** Afirmação das participantes quanto às medidas de autocuidado no controle da perda de massa óssea

As mulheres entrevistadas foram indagadas quanto ao autocuidado na osteoporose. Na ocasião, foram orientadas a elencar as medidas que adotariam para controlar a perda da massa óssea. Conforme gráfico 08, os percentuais foram assim discriminados: 27,95% das entrevistadas relataram como medida de controle a ingestão de cálcio por fontes alimentícias; 26,88% controlariam a perda de massa óssea ao evitar o álcool; 24,73% ao evitar o cigarro; 11,89% praticariam alguma atividade física e 8,60% reduziria a ingestão de cafeína.

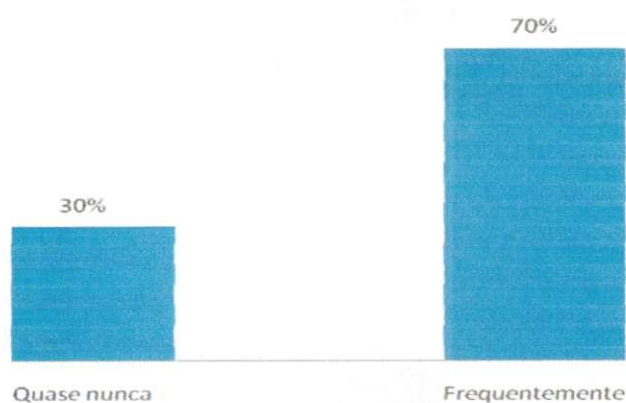
Muitos autores defendem o uso do cálcio no tratamento e principalmente na prevenção da osteoporose. Em contrapartida, Pinheiro e Castro (2000) afirmam que por ser a osteoporose decorrente da quantidade reduzida de osso, tem-se que o cálcio sozinho não é capaz de realizar tal tarefa.

Embora a causa da remodelação anormal do osso não seja bem entendida, uma feição comum do processo osteoporótico é o balanço de cálcio negativo, devido à maior perda do que retorno deste mineral no esqueleto (LANZILLOTTI *et al.*, 2003).

O efeito do álcool sobre a função osteoplástica está vinculado às disfunções hepáticas, como esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose, ocasionadas pelo consumo exagerado, enquanto a ação do tabagismo está relacionada ao efeito inibidor direto do tabaco nos osteoblastos e à menopausa mais precoce entre as mulheres fumantes (COMISIÓN EUROPEA, 1998).

Buriti e Campelo (2006) destacam que a atividade física faz parte do grupo de maneiras de tratamento e prevenção da osteoporose, contribuindo para a manutenção da capacidade e bem-estar funcionais, o que acaba por diminuir as taxas de mortalidade e morbidade.

Quanto à cafeína, encontrada nas bebidas como café, chás, chocolate e bebidas gasosas cafeinadas, são contraditórios os dados epidemiológicos sobre a relação entre seu consumo e a formação de massa óssea. Segundo Lanzillotti *et al.* (1994), uma ingestão ótima de cálcio por mulheres na pós-menopausa poderia proteger contra os efeitos danosos da cafeína no osso.



**Gráfico 9.** Afirmação das participantes quanto à frequência com que procuram o Serviço de Saúde

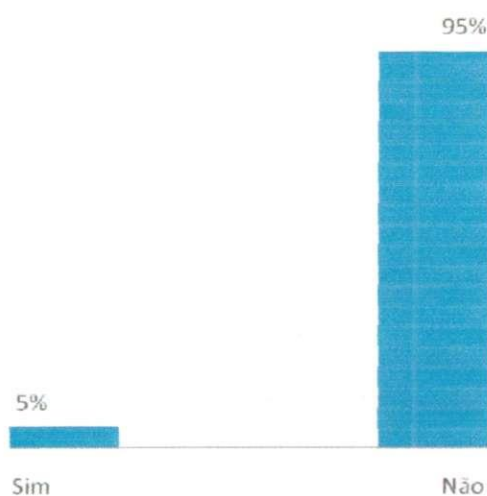
Quanto à frequência de procura de serviços de saúde, o gráfico 09 destaca que 70% das mulheres entrevistadas procuram, com frequência, o Serviço de Saúde, enquanto que 30% quase nunca procuram assistência em saúde.

A utilização dos serviços de saúde, conforme Travassos e Martins (2004) é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Esta interação indivíduo-profissional proporcionará a



prevenção ou um diagnóstico precoce e assim, efetivo controle e tratamento de diversas patologias.

A promoção da saúde, a identificação das pessoas em risco de osteoporose e o reconhecimento de problemas associados à osteoporose formam a base para o histórico de assistência à saúde. São metas para o paciente, o conhecimento sobre a osteoporose, o regime de tratamento e ausência de fraturas adicionais. Tais metas poderão ser alcançadas se os profissionais adotarem estratégias atrativas para que a população busque os serviços de saúde, não apenas em casos de acometimento patológico, mas também busque tais serviços visando participar de atividades preventivas e esclarecedoras para a uma vida salutar.



**Gráfico 10.** Afirmação das participantes quanto à participação em atividades educativas acerca da osteoporose

O gráfico 10 mostra que 95% das entrevistadas não participaram de atividades educativas sobre a osteoporose, enquanto que, apenas 5% tiveram oportunidade de vivenciar tão importante prática educativa. A participação em atividades educativas de promoção de saúde é de suma importância, pois as mesmas podem assegurar aos usuários bem estar e melhor qualidade de vida.

É perceptível que a prevenção por meio de conscientização da população mediante práticas educativas é uma maneira de diminuir a ocorrência e as conseqüências da osteoporose.

Szejnfeld *et al.* (2007) destacam que é importante se fazer a conscientização dos profissionais de saúde que lidam com indivíduos em situação de risco, uma vez que esse profissional pode ser a única fonte de conhecimento dessa população.

# OSTEOPOROSE

Você conhece,  
você cuida.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A osteoporose apresenta-se como uma importante questão de saúde pública mundial devido a sua alta prevalência, em função dos seus efeitos devastadores na saúde física e psicossocial.

Sabendo que mulheres idosas e menopausadas estão incluídas nos grupos de risco para a osteoporose, torna-se importante o desenvolvimento de estudos que possam vir contribuir para a análise do conhecimento, concepções, mudanças de comportamentos e autocuidado dessas mulheres.

Na pesquisa realizada, os dados obtidos mostraram um conhecimento parcial da população entrevistada a respeito da osteoporose, suas causas, fatores de risco, sintomas, diagnóstico, tratamento e dos cuidados que se deve ter para melhorar e controlar a progressão da perda da massa óssea. A pouca informação sobre a doença pode estar relacionada ao baixo grau de escolaridade das participantes, refletindo na dificuldade de se estabelecer uma melhor forma de controle e tratamento.

Fica evidente também a carência da população quanto a oportunidades relacionadas a atividades educativas e esclarecedoras de tal doença, visto que esta seria uma medida eficaz na conscientização e contribuição para um melhor entendimento do que se trata a osteoporose, bem como sua relação com a menopausa.

Desta forma, a educação em saúde é um item que precisa ser considerado. Acreditamos que a educação seja a principal fonte de disseminação e divulgação de conhecimentos, que objetiva mudança de comportamento a fim de despertar a população para a problemática da osteoporose e a importância da sua prevenção para uma melhor qualidade de vida. A informação trata-se de uma via que possibilita a transformação, quando se consegue sensibilizar e envolver o outro.

Vale salientar que as participantes da pesquisa representam apenas parte da população. Assim sendo, não sabemos como se encontra o nível de conhecimento das demais. Esta pesquisa deve nortear muitos outros estudos que apontem para o conhecimento e o autocuidado da osteoporose, contribuindo para promoção da saúde.

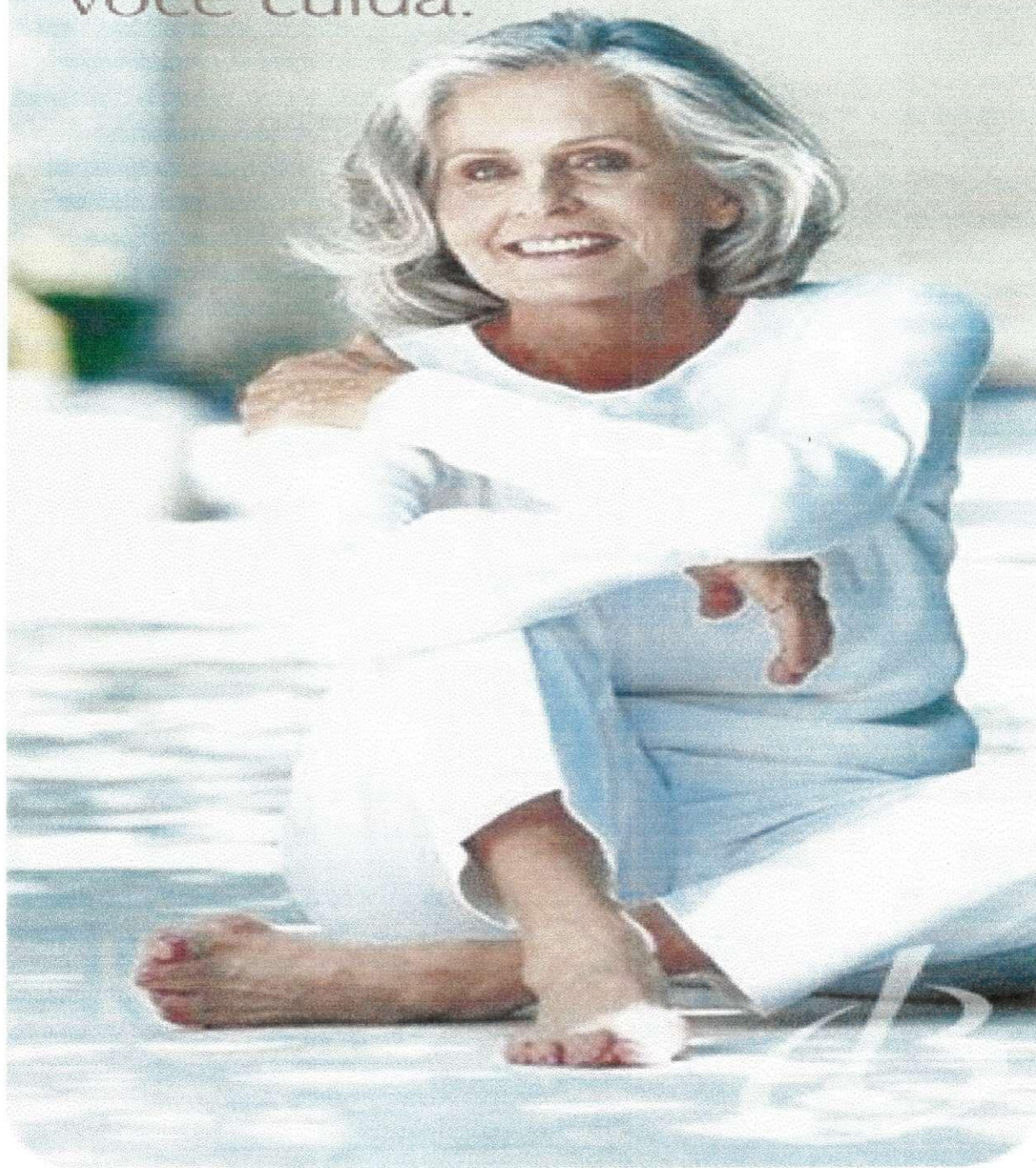
O referido estudo possibilitou identificar o conhecimento de mulheres na terceira idade acerca da osteoporose, bem como as práticas de autocuidado referentes a este processo, contribuindo para um esclarecimento destas diante da temática e incentivo na realização de medidas que contribuam para redução dos impactos causados, conduzindo-as a uma melhor qualidade de vida.

Portanto, enfatiza-se a necessidade de adotar estratégias educativas capazes de informar não só sobre as práticas preventivas ideais da osteoporose, mas também que possam

construir uma nova mentalidade e um novo comportamento que sejam importantes para o controle da doença, inserindo essas mulheres como sujeito ativo nesse momento. Diante do exposto, um programa de educação em osteoporose, sem dúvida, aumenta o nível de conhecimento, atenção e cuidados com a saúde óssea, mostrando a necessidade de um contínuo esforço em programas dessa natureza.

# **OSTEOPOROSE**

Você conhece,  
você cuida.



**REFERÊNCIAS**

ACSM. **Manual de pesquisa das diretrizes do American College Sports Medicine, para os testes de esforço e sua prescrição.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4ª ed., 2003.

AUAD, M.A.; SIMÕES, R.P.; ROUHANI, S.; CASTELLO, V.; YOGI, L.S. Eficácia de um programa de exercícios físicos na qualidade de vida de mulheres com osteoporose. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, São Paulo, v.33, n. 1, 2008.

BAGNOLI VR.; FONSECA AM. **Etiopatogenia do climatério.** In: Sampaio NAP, Fonseca AM, Bagnoli VR, Halbe HW, Pinotti JA, organizadores. **Síndromes climatéricas.** São Paulo: Atheneu; p. 9-14, 1999.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (ORG). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.** 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BERMAN, JR; GOLDSTEIN, I. Female sexual dysfunction. **Urol. Clin. North Am.**, v.28, p.405-16, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, **Resolução 196, de 10 de outubro 1996** – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Série A: Normas e Manuais Técnicos – Caderno de Atenção Básica nº 19. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal Notícias: osteoporose. 2006 <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=24813](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=24813)>. Acesso em: 04/03/2010.

BURITI, M. S.L.; CAMPELO, C.G.; **Atividade Física e Envelhecimento.** In: WITTER, G.P (ORG). **Envelhecimento: Referenciais Teóricos e Pesquisas**, 2006. Cap. 6. P. 119-130.

CALDAS, CP. **O idoso em processo de demência: o impacto na família.** In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.51-71.

**Cartilha de orientação sobre osteoporose do Ambulatório de osteoporose do Distrito Federal**, 2006.

CARVALHO, C.M.R.G.; FONSECA, C.C.C.; PEDROSA, J.I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, 2004.

CESCA, C. Osteoporose – Uma Revisão Bibliográfica. **Trabalho Conclusão Curso/Curso Fisioterapia: Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão**, 2007.

COMISIÓN EUROPEA. Informe sobre la osteoporosis en la Comunidad Europea: Accion para la prevención. Luxemburgo : **Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas**, 1998. 116p.

COSTA PAIVA, L.; HOROVITZ, A.P.; SANTOS, A.O.; FONSECHI-CARVASAN, G.P.; PINTO NETO, A.B. Prevalência de osteoporose em mulheres na pós-menopausa e associação com fatores clínicos e reprodutivos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.25, n. 7, 2003.

D'AMORIM, A. B.; CALIL, H. M. **Depressão maior: Um novo fator de risco para a Osteoporose**. In: SZEJNFELD, V.L.(ORG.) **Osteoporose: diagnóstico e tratamento**. São Paulo, 2000. Cap. 9, p. 82-86.

DENNERSTEIN, L. L. The sexual impact of menopause. In: LEVINE, SB (Ed). **Handbook of clinical sexuality for mental health professionals**. New York, Brunner-Routledge, 2003.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISLER, A. C. **Planos de Cuidado de Enfermagem**. 5ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

DU GAS, Beverly W. **Enfermagem Prática**. 4ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ELSANGEDY, H.M.; KRINSKI, K.; JABOR, I.A.S. Efeitos do exercício resistido em mulheres idosas portadores de osteoporose. **Revista Digital**, Buenos Aires, Ano 11, 2006.

FEATHERSTONE M. **O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento**. In: Debert GG, organizador. **Antropologia e velhice**. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; p. 49-71, 1994.

FRATESCHI, M. E. B. J. M. Efeitos da imobilização e remobilização em algumas propriedades mecânicas do osso. **[Dissertação mestrado]** Ribeirão Preto: Escola de engenharias de São Carlos/ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ Instituição de Química se São Carlos, Universidade de São Paulo, 2002.

FREIRE, F. M.; ARAGÃO K. G. C. B. **Osteoporose: Um artigo de atualização**. Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.

FRIEDLANDER AH. The physiology, medical management and oral implications of menopause. **J Am Dent Assoc**; 133: 73-81, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar Projeto de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONSALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação científica**. 4ª ed. Campinas, SP: Alínea, 2007.

GREVE, J. M. D. **Medicina de reabilitação aplicada a ortopedia e traumatologia**. São Paulo: Roca, 1999.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 3ª ed. v. 2. São Paulo: Roca, 2000.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2009**, Tabela Estimativas das Populações Residentes. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 abril 2009.

KAUFFMAN, Timothy L. **Manual de Reabilitação Geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

KEISERMAN, M W. **Osteoporose**, 2001. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?312>. Acesso: 12/12/2009.

KINGSBERG, SA. The impact of aging on sexual function in women and their partner. **Arch. Sex. Behav.** 31, 5, 431-437, 2002.

KUK, J. **Autocuidado**, 2010. Disponível em: <http://www.autocuidado.com/autocuidado.htm>. Acesso em: 07/04/2010.

LANZILLOTTI, H.S.; LANZILLOTTI, R.S.; TROTTE, A.P.R.; DIAS, A.S.; BORNAND, B.; COSTA, E.A.M.M. Osteoporose em Mulheres na Pós-Menopausa, Cálcio Dietético e Outros Fatores de Risco. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n. 2, 2003.

LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: **Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Campinas, 1990.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LUCA LA Climatério: mitos e verdades. **Ars Curandi, A Revista da Clínica Médica** 8 (27):17-26, 1994.

LUCASIN JUNIOR, R.; LIMA, W.L. Osteoporose: exercício como prevenção e tratamento. **Arscurandi: A Revista da Clínica Médica**, p.28-36, 1994.

MARCELINO, J. A. **Terceira Idade e Osteoporose: Nível de Conhecimento e Prevenção**. Relatório final /Programa Ensinar com Pesquisa da Pró-Reitoria de Graduação (PRG). Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Universidade de São Paulo, 2008.

MARQUES NETO, J.F.; LEDERMAN, R. **Osteoporose Brasil: ano 2000**. São Paulo: Limay, 1995. 137p.

MARQUES, R. R. C., PEREIRA, A. L. N. **Diretrizes para elaboração de trabalho científico**. João Pessoa, 2008.

MATEO, G. L. Osteoporose: o inimigo silencioso. **Atualidades em geriatria**, 3(16):28-31, 1998.

MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R. Osteoporose e atividade física. **Revista Bras. de Ciênc. Mov.**, 5(3):33-60, 1991.



MCILWAIN, H. H. **Vencendo a osteoporose: especialistas de vanguarda mostram como tratar, controlar e evitar a osteoporose.** São Paulo: Cultrix, 1999.

MEDEIROS SF.; OLIVEIRA VN.; Yamamoto MMW. Epidemiologia clínica do climatério. **Reprod Clim.** 18(1):79-86, 2003.

MEDEIROS, S.F.; MAITELLI, A.; NINCE, A.P.B. Efeitos da terapia hormonal na menopausa sobre o sistema imune. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.29, n. 11, 2007.

MEIRELLES, E.S.; TANAKA, T; SILVA, E.S.; ZERBINI,; C.A.F. Atualização diagnóstica e terapêutica em osteoporose. **Rev Hosp Clin Fac Med.** São Paulo 1994.

MELLO, M.C.F.; NETO, J.F.M. Osteoporose e terceira idade: fatores de risco e prevenção. **Revista Movimentação.** p. 19-22, 1994.

MENDONÇA, E.A.P. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, 2004.

MORRISSEY, D, KIRCHNER, J. "Tratamento do climatério" in **Postgraduate Medicine**, 16 (3), 71-82, 2001.

NECO, G. P. B. Proposta cinesioterápica no tratamento da mulher climatérica. **Fisioter Mov.** 7(1):30-48, 1994.

NETO, M. P. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada.** São Paulo: Atheneu, 2005.

NETTO, M. P. **Tratado de Gerontologia.** 2ª ed. rev. e ampl. .São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

NHI - National Institute of Health. Consensus Development Panel on Osteoporosis prevention, Diagnosis and Therapy. Osteoporosis: prevention, diagnosis and therapy. **J Am Med Assoc** 2001; 285: 785

NORTHRUP, C. **Corpo de mulher, sabedoria de mulher**, Lisboa: Sinais de Fogo, 1994.

OCARINO, N M; SERAKIDES, R. Efeito da atividade física no osso normal e na prevenção e tratamento da osteoporose. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Belo Horizonte, v. 12, n. 3, 2006.

OLIVEIRA, L.G. Osteoporose: Guia para Diagnóstico, Prevenção e Tratamento. Rio de Janeiro, **Revinter**, 2002.

Organización Mundial de la Salud. **Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.

OURIQUES, E.P.M.; FERNANDES, J.A. Atividade física na terceira idade: uma forma de prevenir a osteoporose? **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** v.2, n.1, pg.53-59, 1997.

PAPALÉO, N. M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatría: Fundamentos Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

PENTEADO, SRL; *et al.* Sexualidade no climatério e na senilidade. **Rev. Ginecol. Obst.**, v. 11, p. 188-92, 2000.

PEREIRA, R. M. R.; FULLER, R. **Doenças osteoarticulares**. In: . LITVOC, J.; BRITO, C. (ORG.). **Envelhecimento: prevenção e Promoção de saúde**, 2004. Cap.8. p.93-108.

PEREIRA, S. R. M. ; MENDONÇA. L. M. C. **Osteoporose e osteomalácia**. In: FREITAS, V. R. ; PY. L. *et al.* (ORG.). **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.515-526.

PINHEIRO, M. M; CASTRO, M. L. **Cálcio e outros minerais**. In: SZEJNFELD, V. L.(ORG.). **Osteoporose: diagnóstico e tratamento**. São Paulo, 2000. Cap. 27, p. 302-320.

PINTO-NETO A. M.; *et al.* Consenso brasileiro de osteoporose. **Rev. Bras. Reumatol**, 42(6):343-354, 2002.

PLAPLER, G. P. Osteoporose e exercícios. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**,1997.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Método, Avaliação e Utilização**. 3. ed. Porto Alegre. Artes médicas, 1995.

PRINCE, R.L.; *et al.* Prevenção da osteoporose na pós menopausa – um estudo comparativo de exercícios, suplementação de cálcio e terapia de reposição de hormônios. **The new England Journal of Medicine**, 1991.

RADOMINSKI, S. C., PINTO-NETO, A. M., MARINHO, R. M.. Osteoporose pós-menopausa: **Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. 2002.

SANTARÉM, J. M. **Exercício Físico e Osteoporose**. 2001. Disponível em: <<http://www.saudetotal.com/santarem.htm>> . Acesso em: 10/03/2010.

SANTOS, G.; CHUBACI, R.Y.S. **Detecção Precoce do câncer de mama na terceira idade**. Relatório final de Iniciação Científica PIBIC, apresentado a EACH, 2008.

SIRIS, E. S.; *et al* Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women. Results from the National Osteoporosis Risk Assessment **JAMA** p. 286:2815-22, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. Brunner & Suddarth:**Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11ª ed., vol. 3 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, C. N; ALMEIDA, A. P. Depression during the menopause. **Arch. Gen. Psychiatry**. v.58, p.306, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Osteoporose**. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/>>. Acesso: em 20/01/2010.

SZENJFELD, V. L. *et al.* Conhecimento dos Médicos Clínicos do Brasil sobre as Estratégias de Prevenção e Tratamento da Osteoporose. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.47, n.4, p.251-257, 2007.

TENÓRIO A. S.; ALVE, S. B.; BEZERRA, A. L.; SOUZA, G. M. L.; CATANHO, M. T. J. A.; TASHIRO, T.; GALINDO, L. C. M.; MORAES, S. R. A. Efeito do treinamento físico sobre o tecido ósseo e a concentração sérica de cálcio em camundongos fêmeas ovariectomizadas. **Acta Cir Bras.** 20(4):280-283, 2005.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Caderno Saúde Pública: Rio de Janeiro, v.20, n.2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>> Acesso em: 2 de fevereiro de 2010.*

WEAVER, C.M., PROULX, W.R., HEANEY, R. Choices for achieving adequate dietary calcium with a vegetarian diet. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v.70, p.543S-548S, 1999. Supplement.

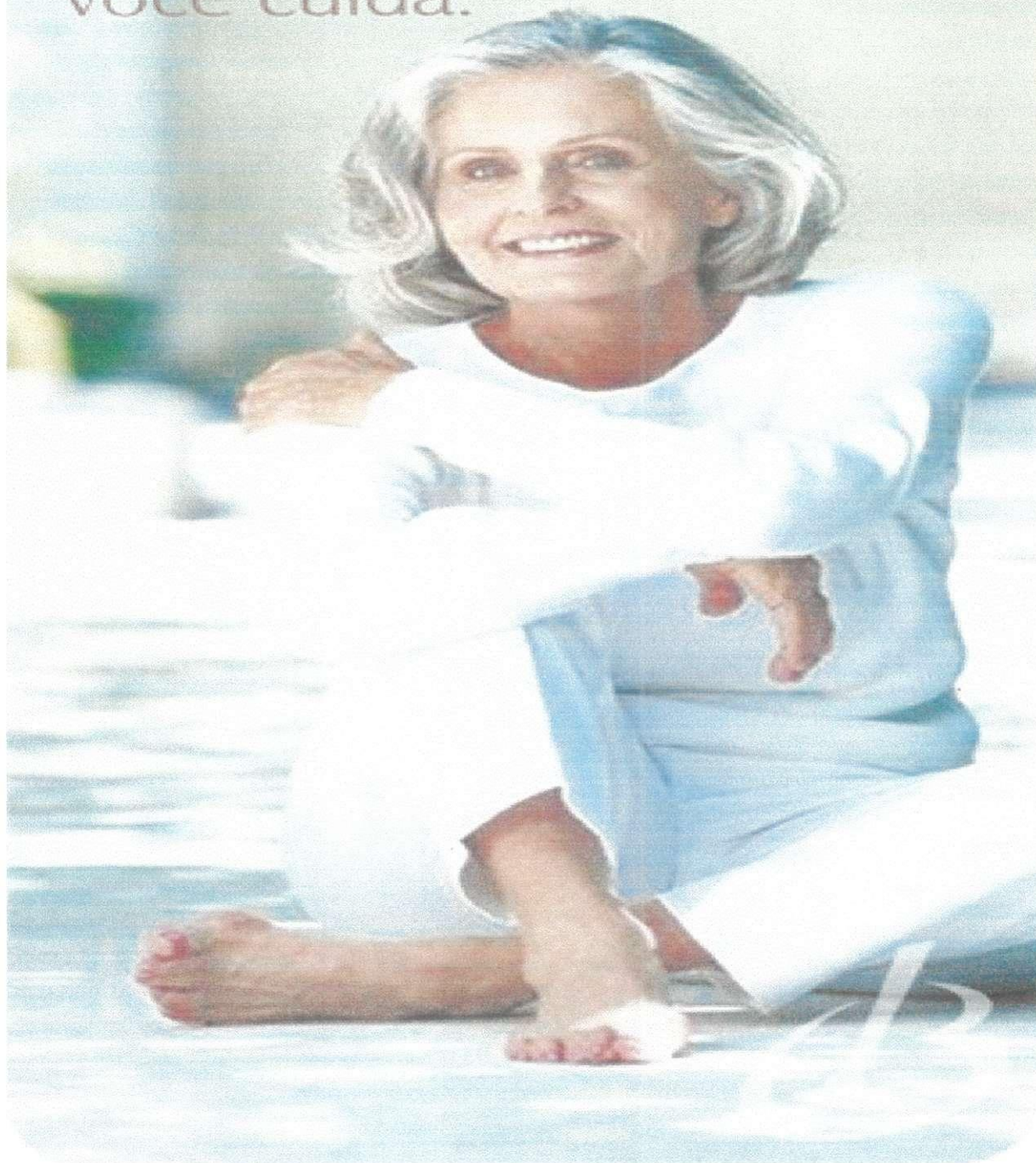
WOLINSKI, I.; HICKSON, J. F.; **Nutrição no exercício e no esporte**. São Paulo, Editora: Roca, 2º ed., 2002.

YONKERS, K; STEINER, M; SOARES, CN. **Depressão em mulheres**. 2 ed. São Paulo, Lemos, 2001.

ZAZULA, F. C.; PEREIRA, M. A. S. Fisiopatologia da osteoporose e o exercício físico como medida preventiva. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, 7(3):269-275, 2003.

# OSTEOPOROSE

Você conhece,  
você cuida.



**APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa intitulada “**Conhecimento das mulheres na terceira idade sobre o auto-cuidado na osteoporose**” está sendo desenvolvida por **Thaylles Yara Martins Marques**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Professora Mestre **Rosimery Cruz de Oliveira Dantas**. O objetivo do estudo é: Identificar o conhecimento de mulheres idosas a respeito do desenvolvimento da osteoporose e seu auto-cuidado.

A finalidade deste trabalho é, portanto, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, tornando-os mais informados a cerca da problemática que envolve a osteoporose. Nesse sentido, conhecer o significado que os idosos atribuem à osteoporose e suas implicações, como também identificar concepções, hábitos e atitudes em relação a tal doença é importante para que os profissionais de saúde e a população em geral, por meio desse estudo, possam entender as possíveis dificuldades e limitações da doença conceituadas pelos idosos, o que vêm tornar necessário a adoção de estratégias educativas capazes de informar não só sobre as práticas preventivas ideais da osteoporose, mas também que possam construir uma nova mentalidade e um novo comportamento que sejam importantes para o controle da doença.

Para viabilização da investigação proposta, solicito sua colaboração para participar da pesquisa respondendo um questionário semiestruturado. Para tanto a senhora poderá optar por responder de próprio punho, ou permitir, a partir das suas respostas, que elas sejam transcritas para o papel. Gostaria de deixar claro que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa.

Gostaria de requerer também a sua anuência para disseminar o conhecimento produzido deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Vale ressaltar que, a pesquisadora levará em consideração as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96 nas fases de planejamento, empírica e de disseminação do processo de pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse termo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Participante

Cajazeiras – PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**APÊNDICE B**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos

Estado civil: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

1) Para você osteoporose é:

- Osso fraco
- Desgaste ósseo
- Redução da massa óssea
- Nenhuma das alternativas

2) As causas da osteoporose são:

- Queda de hormônios
- Menopausa
- Carência de cálcio
- Idade avançada
- Nenhuma das alternativas

3) Existe na sua família algum caso de osteoporose?

- Sim       Não      Quem? \_\_\_\_\_

4) Marque os fatores de risco para a osteoporose:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sexo feminino            | <input type="checkbox"/> Sedentarismo    |
| <input type="checkbox"/> História familiar        | <input type="checkbox"/> Tabagismo       |
| <input type="checkbox"/> Menopausa precoce        | <input type="checkbox"/> Abuso do álcool |
| <input type="checkbox"/> Etnia branca ou asiática | <input type="checkbox"/> Menarca tardia  |
| <input type="checkbox"/> Alimentação inadequada   | <input type="checkbox"/> Peso            |

5) Quais os sintomas da osteoporose?

- Dor lombar
- Perda da altura
- Deformidade da coluna
- Perda de peso
- Dificuldade de se movimentar

6) O diagnóstico da osteoporose é determinado por:

- Exames laboratoriais
- Ocorrência de fraturas
- Determinação da massa óssea
- História clínica

7) O tratamento da osteoporose se dá através de:

- Medicação
- Dieta
- Exercício físico
- Suplementação de cálcio
- Reposição hormonal

8) Para o auto-cuidado, marque as medidas que a senhora adota para controlar a perda da massa óssea:

- Reduz ingestão de cafeína
- Pratica atividade física
- Evita o cigarro
- Evita o álcool
- Ingere cálcio por fontes alimentícias

9) Com que frequência a senhora procura o Serviço de Saúde?

- Quase nunca
- Frequentemente

10) Você participou de alguma atividade educativa sobre osteoporose?

- Sim       Não      Promovido por quem? \_\_\_\_\_

# OSTEOPOROSE

Você conhece,  
você cuida.



**ANEXO**





**FACULDADE SANTA MARIA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
BR 230, KM 504, Cristo Rei, CEP 58900-000  
Cajazeiras – PB

### **CERTIDÃO**

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Conhecimento das mulheres na terceira idade sobre auto-cuidado na osteoporose**, protocolo 522052010 da pesquisadora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, foi aprovado, em reunião realizada no dia 13/05/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 10 de junho de 2010.

Joselito Santos  
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa