

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

WALBÉRIO ALVES VIEIRA

RASTREAMENTO DA OSTEOPOROSE NA ATENÇÃO BÁSICA

FORTALEZA

2015

Introdução

Nos últimos anos assistimos a uma importante mudança no perfil demográfico brasileiro, a proporção de idosos cresceu consideravelmente, o percentual da população idosa que era de 9,1% no ano de 1999 passou para 11,3% em 2009. Atualmente, o contingente de idosos no país já ultrapassa os 22 milhões de pessoas, com uma proporção de mulheres maior em relação à de homens, considerando que a expectativa de vida é maior para o sexo feminino (MINAYO, 2012).

A conquista de uma longevidade aumentada vem associada a grandes responsabilidades para os gestores públicos e para sociedade, que devem promover os meios necessários e as políticas públicas voltadas para população idosa, a fim de que esta possa usufruir uma vida longa com saúde e autonomia. É importante que a sociedade se planeje para atender às necessidades da terceira idade, pois os dados revelam uma tendência crescente de idosos até os anos 2050 (MINAYO, 2012).

Entretanto, têm-se observado que a vida após os 60 está em geral associada ao desenvolvimento de alguma morbidade, sobretudo, as doenças crônicas não transmissíveis, gerando aumento da necessidade de utilização dos serviços de saúde, com conseqüente elevação dos custos para o setor, visto os tratamentos para essa parcela da população serem prolongados e com maior demanda por procedimentos e internamentos (VIRTUOSO ET AL, 2012). Entre os problemas de saúde relevantes na velhice merece destaque especial a osteoporose, que embora tenha maior impacto nas idades mais avançadas, no caso da população feminina é uma patologia que deve ser investigada já durante o climatério.

A osteoporose é uma doença com incidência mais elevada nas mulheres, sobretudo a partir dos 50 anos de idade, pois, nesse período quando as mulheres vivem a experiência do climatério, ocorre aumento da velocidade de perda de massa óssea, podendo levar ao desenvolvimento da doença. Já que as mulheres podem viver mais de um terço de suas vidas após a menopausa torna-se indispensável ao setor saúde atuar na prevenção e tratamento da osteoporose, tendo em vista seu potencial para gerar incapacidades (BRANDÃO, MACHADO E ACÚRCIO, 2012).

Em virtude de a osteoporose ser uma doença passível de prevenção e tratamento, o setor saúde deve empreender esforços neste sentido, do contrário, a população idosa estará

sujeita aos riscos de fraturas e suas complicações. Para se ter idéia, o risco de uma mulher a partir de 50 anos apresentar uma fratura ao longo da vida é superior a 40% (BRUTTROS ET AL, 2011). Entre os pacientes que sofrem fratura do fêmur, cerca de 25% vão a óbito no primeiro ano após a fratura e outros 25% ficam com algum grau de incapacidade permanente (SAMPAIO, BEZERRA E GOMES, 2011).

Os custos para o setor saúde com tratamento, hospitalização e reabilitação das vítimas de fraturas osteoporóticas são elevados. No sistema de saúde privado, estudo revelou que estimativas de custos hospitalares para tratamento de fratura aguda do fêmur pode chegar a 24 mil reais por paciente (BRANDÃO, MACHADO E ACURCIO, 2012).

Em virtude desses dados, fica claro que o sistema público de saúde deve investir na prevenção da doença, através do rastreamento precoce, diagnóstico e tratamento oportuno, pois, além da redução de custos para o setor saúde com tratamento para vítimas de seqüelas osteoporóticas, a população idosa também seria beneficiada com a redução dos riscos de complicação da doença, ganhando em termos de saúde, autonomia e qualidade de vida.

Problema:

Muito embora a osteoporose seja considerada um grave problema de saúde pública, a atenção dos serviços públicos de saúde dispensada a essa morbidade ainda está aquém do necessário. No Brasil, apenas uma a cada três pessoas com osteoporose recebe o diagnóstico da doença e fato mais alarmante é que somente 20% dos casos diagnosticados recebem algum tipo de tratamento (BRASIL, 2006).

Considerando que a osteoporose é uma doença que pode ser prevenida e tratada, considerando que o Sistema Único de Saúde conta com regulamentação que aprova as drogas para o tratamento da doença desde 2002, considerando ainda que o SUS conta com uma rede de serviços de atenção a saúde onde deveria ocorrer, o rastreamento, diagnóstico e tratamento da doença, por que temos tantos brasileiros vítimas de seqüelas da doença a cada ano? O que poderia está motivando o subdiagnóstico da doença, seria insensibilidade do profissional de saúde com a causa? Desconhecimento dos protocolos de conduta em relação à doença? Falta de condições técnicas para o diagnóstico? Ausência do fornecimento das medicações necessárias para o tratamento? Sejam quais forem as respostas, o certo é que os serviços de saúde precisam se preparar para realizar uma abordagem adequada em relação à prevenção,

diagnóstico e tratamento da osteoporose, a fim de evitar os graves desdobramentos que a doença pode causar, tanto em termos econômicos como sociais.

Na tentativa de buscar respostas a esses questionamentos e melhorar o atendimento ofertado a população no âmbito da prevenção das seqüelas da osteoporose, este projeto tem a finalidade de intervir na comunidade adstrita ao PSF Sede, cidade de Saboeiro, na perspectiva de ampliar o rastreamento e acompanhamento dos casos de osteoporose na referida comunidade.

Justificativa:

Como profissional de saúde trabalhando no contexto da Estratégia Saúde da Família, tenho percebido que grande parcela dos atendimentos realizados nas unidades básicas de saúde é dispensada a população feminina e a idosa. Embora a saúde da mulher seja bastante trabalhada no contexto da atenção básica, a assistência a mulher no período do climatério ainda é um pouco negligenciada. Apesar de o público feminino procurar o serviço de saúde com maior frequência e ter uma longevidade superior em relação ao homem, em geral não vivem uma velhice com saúde e qualidade de vida.

Percebendo a importância, como trabalhador do setor saúde, de promover as condições necessárias para população envelhecer com mais qualidade, creio que é necessário atuar na melhoria do atendimento a saúde da mulher no climatério, com atenção especial para identificação dos fatores de risco para osteoporose e ampliação do acesso ao diagnóstico oportuno da doença, diminuindo os riscos de complicações, dependência e mortalidade gerados por essa enfermidade.

É necessário acrescentar que quando o serviço de saúde deixa de atuar na prevenção acaba tendo maior dispêndio de energia e recursos com tratamentos em reabilitação, quando consideramos o caso da osteoporose, os indivíduos vítimas de seqüelas acabam tendo maior necessidade de cuidados domiciliares e em geral se tornam dependentes para realizarem as atividades da vida diária, uma vez que determinadas fraturas podem levar a incapacidade parcial ou total (FERREIRA, JACINTO E SIMÕES, 2013).

O fato de ainda existir carência de estudos referentes ao tema da osteoporose, torna-se ainda mais relevante atuar nessa área, buscando agregar mais conhecimento para servir de suporte ao profissional de saúde na assistência aos pacientes com a doença e dessa forma contribuir com a melhoria dos serviços do SUS e ofertar a população uma atenção em saúde com mais qualidade.

Objetivos:

Objetivo Geral:

Ampliar o diagnóstico e tratamento oportuno dos casos de osteoporose, através do rastreamento e acompanhamento das mulheres com idade igual ou superior a 50 anos e com fatores de risco aumentado para a doença.

Objetivos Específicos:

Listar todas as mulheres do território adstrito ao PSF: Sede, com idade a partir de 50 anos;

Realizar avaliação clínica das mulheres listadas, investigando fatores de risco para osteoporose;

Racionalizar a oferta de densitometria óssea para o diagnóstico da osteoporose, solicitando-a de acordo com critérios clínicos estabelecidos;

Realizar ações educativas com enfoque nas medidas não farmacológicas indicadas para prevenção de osteoporose;

Oportunizar o tratamento medicamentoso recomendado para os casos diagnosticados com osteoporose.

Revisão de literatura

Epidemiologia da Osteoporose

Nos últimos anos assistimos a uma mudança do perfil epidemiológico da população. Os avanços tecnológicos nas diversas áreas do conhecimento, a melhoria da assistência à saúde trouxe um aumento da expectativa de vida e um acentuado incremento da população idosa. Entretanto, esse aumento de anos vividos nem sempre vem acompanhado de qualidade de vida e saúde. Com o aumento da sobrevida, se eleva também a ocorrência de doenças relacionadas ao envelhecimento, entre elas merece destaque a osteoporose (BRANDÃO, MACHADO E ACURCIO, 2012).

No Brasil, a estimativa da população idosa hoje é superior a 22 milhões de pessoas. Esse público, em sua maioria é composto por mulheres, é o mais suscetível de sofrer fraturas decorrentes da perda de massa óssea causada pela osteoporose (FONTES, ARAÚJO E SOARES, 2012), (BUTROS ET AL, 2011). Com a longevidade aumentada as mulheres vivem mais de um terço de suas vidas após o período da menopausa o que torna maior o impacto socioeconômico dessa doença (BRANDÃO, MACHADO E ACURCIO, 2012).

A osteoporose é uma doença que atinge, sobretudo, o público feminino, o risco da doença se inicia nas idades acima de 50 anos, devido ao aumento da velocidade de perda de massa óssea causada pelo hipoestrogenismo, principalmente nos dez primeiros anos pós-menopausa (FONTES, ARAÚJO E SOARES, 2012).

Os estudos referentes à prevalência de osteoporose no Brasil ainda são um pouco escassos, entretanto, segundo alguns autores, considerando levantamentos isolados, a osteoporose acomete cerca de 20% das mulheres brasileiras acima de 50 anos. Essa porcentagem tende a aumentar à medida que a idade avança e chega a ser de 40% a prevalência de osteoporose nas idosas com idade igual ou superior a 70 anos (HOROVITZ E COLABORADORES APUD FERREIRA, JACINTO E SIMÕES, 2013).

Muito embora a osteoporose seja uma doença de relevância importante na terceira idade, considerada grave problema de saúde pública em virtude de seu potencial incapacitante, essa patologia ainda não recebe a atenção adequada dos serviços públicos de saúde. De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), no Brasil apenas uma a

cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada e, do total de casos diagnosticados somente um em cada cinco recebe algum tipo de tratamento. Considerando ainda o mesmo autor, cerca de 10 milhões de brasileiros tem osteoporose, 24 milhões terão fratura a cada ano e um contingente de 200 mil morrerá como consequência direta dessas fraturas. Vale ressaltar que o custo para o setor saúde é muito maior com tratamento e reabilitação de seqüelas osteoporóticas em relação ao gasto necessário para realizar ações de prevenção (JUNIOR ET AL, 2013).

Segundo a North American Menopause Society - NAMS (apud BUTTROS ET AL, 2011), todas as mulheres na pós-menopausa deveriam ser avaliadas quanto aos fatores de risco para osteoporose e fraturas já que o tratamento medicamentoso está indicado quando há densidade mineral óssea reduzida associada à presença de fatores de risco. As mulheres pós-menopausadas seriam beneficiadas com avaliação clínica e rastreamento da doença, pois a instituição de medidas terapêuticas necessárias, nos casos indicados, além de causar redução dos possíveis gastos futuros do setor saúde em reabilitação, traria a população idosa ganhos em qualidade de vida e saúde.

Etiopatogenia da Osteoporose:

A definição de osteoporose, de acordo com a Organização Mundial de Saúde 1994 (apud Ferreira, Jacinto e Simões, 2013), doença crônica progressiva causada por redução da massa óssea com deterioração da microarquitetura do tecido repercutindo em um aumento da fragilidade dos ossos e elevando o risco de fraturas.

A etiologia da osteoporose é complexa, sendo considerada de origem multifatorial. Vários são os fatores de risco considerados importantes, que estão associados ao desenvolvimento da doença, tais como a etnia, a hereditariedade, a idade, o gênero, o baixo peso corporal, o sedentarismo, a alimentação deficiente em cálcio e vitamina D, o tabagismo, o etilismo, a baixa exposição solar, a utilização excessiva de medicamentos corticosteróides e a presença de patologias que comprometam a absorção do cálcio (TORQUATO ET AL, 2012).

A saúde dos ossos, hoje considerada assunto de interesse pelos estudiosos, depende de três prováveis fatores intrinsecamente relacionados, que são os níveis dos hormônios sanguíneos que agem no processo de calcificação, a sobrecarga mecânica imposta ao esqueleto e a ingestão e produção adequadas de cálcio e vitamina D (DUARTE ET AL, 2012).

Colaborando com as evidências de que o estilo de vida adotado pode influenciar sobremaneira no desenvolvimento da osteoporose JÚNIOR et al (2013) identificou que em 85 % dos portadores de osteoporose foram evidenciados vários fatores ambientais envolvidos na alteração das propriedades mecânicas do tecido ósseo, os quais interferem no processo fisiológico do turnover ósseo e reduzem a resistência tensil do órgão, com destaque para as disfunções hormonais, a alimentação, a atividade física inadequada e as medicações e suplementos.

A osteoporose é uma doença insidiosa e pode resultar de anos de perda de massa óssea. Pode ser classificada em primária, quando não tem origem definida; e secundária, quando é causada por uma patologia bem definida. De acordo com Brasil (2006), a osteoporose secundária pode ser assim classificada:

Osteoporose secundária a doenças endocrinológicas como nos casos de hiperparatireoidismo, tireotoxicose, condições de hipoestrogenismo pós-menopausa (fisiológica, cirúrgica ou iatrogênica), hipertireoidismo, diabetes mellitus, hipogonadismo, hiperprolactinemia, prolactinoma, hipercortisolismos e síndrome de cushing.

Osteoporose secundária a patologias que afetam o metabolismo ósseo estão aqui incluídas doenças como desnutrição, anorexia nervosa, doença pulmonar obstrutiva crônica, alguns tipos de câncer, AIDS, doenças renais, doenças do aparelho conjuntivo (artrite reumatóide, osteogênese imperfeita), doenças gastrintestinais (síndrome de má-absorção, doença inflamatória intestinal, doença celíaca, colestase), pós-transplantes, imobilização prolongada, doenças hematológicas como mastocitose, mielomas, leucemias e linfomas. Além disso, nesse grupo se encontram também os casos de osteoporose relacionada ao uso crônico de medicamentos como corticosteróides, anticonvulsivantes e anticoagulantes (heparina).

A consolidação da formação óssea ocorre nas duas primeiras décadas de vida, o pico de massa óssea ocorre entre a adolescência e os 35 anos de idade, sendo 20% a 30% maior no sexo masculino e 10% maior nos negros. Uma boa formação óssea ainda na

juventude se correlaciona com maior proteção contra osteoporose (BRASIL, 2006). Os fatores genéticos contribuem com cerca de 70% para o pico de massa óssea, enquanto o restante fica por conta dos fatores comportamentais como a ingestão de cálcio, exposição solar, exercícios físicos e época da puberdade, em torno de 60% da massa óssea é formada durante a puberdade. Após a formação óssea máxima, em alguns anos, ocorre uma perda progressiva dessa massa, que geralmente é de 0,3% ao ano no sexo masculino e 1% ao ano no sexo feminino. Nas mulheres após a menopausa essa redução é ainda mais acentuada, podendo ser até 10 vezes maior do que a observada no período pré-menopausa (BRASIL, 2006).

Apesar de a osteoporose atingir ambos os sexos, ela tem maior expressividade na população feminina, visto o grau de perda óssea maior que a mulher sofre ao longo da vida. De acordo com Duarte et al (2012) a incidência de fraturas osteoporóticas vai depender de dois fatores estreitamente relacionados que são a quantidade de massa óssea adquirida pelo indivíduo, em especial na puberdade e no início da vida adulta, e a velocidade de perda óssea ao longo da vida.

No que diz respeito às manifestações clínicas, os pacientes com osteoporose em geral são assintomáticos, porém alguns sinais e sintomas relatados são fadiga muscular, dor, redução da estatura física e desordens posturais. As fraturas ocorrem em estágios avançados da doença e correspondem ao sinal mais evidente da osteoporose e acomete um número cada vez maior de indivíduos (TORQUATO ET AL, 2012).

Os locais anatômicos em que comumente ocorrem fraturas associadas à osteoporose são as vértebras, os quadris e punhos. Fraturas vertebrais, muitas vezes, são assintomáticas. Estimativas revelam que apenas 25% dessas fraturas sejam diagnosticadas clinicamente (BRANDÃO, MACHADO E ACURCIO, 2012). Entretanto, são as fraturas de fêmur consideradas de maior potencial incapacitante, causam a morte em quase 25% dos pacientes no primeiro ano pós-fratura (SAMPAIO, BEZERRA E GOMES, 2011). As fraturas de colo de fêmur com conseqüente imobilidade produzida estão associadas a alterações circulatórias, respiratórias e tromboembólicas. Em torno de 50% das pessoas com fratura de fêmur devido à osteoporose evoluem para incapacidade parcial ou total (FERREIRA, JACINTO E SIMÕES, 2013).

O risco de osteoporose e fraturas pode ser identificado a partir de alguns critérios, que podem facilitar a abordagem médica para o rastreamento da doença e são assim estabelecidos, de acordo com Brasil (2006):

Riscos maiores: fratura anterior causada por pequeno trauma, sexo feminino, baixa massa óssea, raça branca ou asiática, idade avançada em ambos os sexos, história familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur, menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada, uso de corticóides.

Riscos menores: doenças que induzam a perda de massa óssea; amenorréia primária ou secundária; menarca tardia, nuliparidade; hipogonadismo primário ou secundário; baixa estatura e peso (IMC < 19 kg/m²); perda importante de peso após os 25 anos; baixa ingestão de cálcio e alta ingestão de sódio; alta ingestão de proteína animal; pouca exposição ao sol, imobilização prolongada, quedas freqüentes; sedentarismo, tabagismo e alcoolismo; uso de medicamentos (heparina, ciclosporina, hormônios tireoidianos, anticonvulsivantes e lítio); alto consumo de xantinas (café, refrigerantes a base de cola, chá preto).

Diagnóstico da Osteoporose:

A avaliação dos pacientes para rastreamento da osteoporose deve contemplar a avaliação clínica, laboratorial e a avaliação por imagem.

A abordagem clínica deve incluir um histórico minucioso com identificação dos fatores de risco para osteoporose e fraturas. Todas as mulheres no período pós-menopausa que apresentem um ou mais fatores de risco ou que tenham idade superior a 65 anos, independente da presença de fatores de risco, devem ser investigadas. Uma boa avaliação clínica é essencial para ajudar a excluir as causas secundárias de osteoporose. No exame físico avaliar peso, estatura, hipercifose dorsal, abdome protuso, sinais físicos de doenças associadas à osteoporose (p. ex.: exoftalmia em casos de hipertireoidismo; deformidade e edema articular, em casos de artrite reumatóide, etc.) (BRASIL, 2006).

Na investigação laboratorial os exames devem ser orientados para ajudar a excluir os distúrbios do metabolismo ósseo e as doenças que causam perda de massa óssea. Alguns exames importantes são: hemograma, VHS, dosagem de TSH, cálcio, fósforo, uréia, creatinina plasmática, fosfatase alcalina (avaliar defeitos de mineralização osteomalácia, sobretudo, em idosos) e análise urinária. Nos homens com suspeita de hipogonadismo, solicitar dosagem de hormônios masculinos (testosterona e gonatropinas) (BRASIL, 2006).

Em relação à avaliação por imagem, podem ser utilizadas radiografias e densitometria óssea. Exames de radiografias têm baixa sensibilidade para o diagnóstico de osteoporose, pois só evidenciam a perda de massa óssea avançada, quando está superior a 30%. Entretanto, a radiografia é eficaz para o diagnóstico de fraturas (BRASIL, 2006).

O exame de referência para o diagnóstico de osteoporose é a densitometria óssea. A avaliação da densitometria revela osteoporose quando a densidade mineral óssea for inferior a 2,5 desvios-padrões da densidade média local para um adulto jovem (OMS 1994 apud FERREIRA, JACINTO E SIMÕES, 2013). Por ser um exame de acesso mais restrito, deve ser solicitado com racionalidade, obedecendo a critérios clínicos, priorizando os indivíduos de alto risco para osteoporose. De acordo com Brasil (2006), a solicitação do exame de densitometria óssea está indicada nas seguintes situações: mulheres acima de 65 anos, mulheres com deficiência estrogênica com menos de 45 anos, mulheres na peri e pós-menopausa com um fator de risco maior ou dois fatores de risco menores para osteoporose, mulheres com amenorréia secundária prolongada (por mais de 1 ano), todos indivíduos que tenham história de fratura por trauma mínimo ou atraumática, indivíduos com evidência radiológica de osteoporose ou fraturas vertebrais, homens acima de 70 anos, indivíduos que apresentem perda de estatura (maior que 2,5 cm) ou hipercifose torácica, indivíduos em uso de corticosteróides por 3 meses ou mais, mulheres com índice de massa corpórea abaixo de 19 kg/m², portadores de doenças ou uso de medicações associadas a perda de massa óssea e monitoramento de tratamento para osteoporose.

Prevenção e Tratamento da Osteoporose:

A identificação precoce da osteoporose associada à instituição de tratamento farmacológico bem como a adoção de medidas preventivas, com modificações no estilo de vida, podem levar a redução da perda de massa óssea e prevenir complicações relacionadas à doença (TORQUATO ET AL 2012). Segundo alguns autores, uma abordagem eminentemente preventiva é capaz de reduzir de forma expressiva o custo gerado pelas complicações da osteoporose se comparada com adoção de conduta observacional, passiva e curativa frente à doença (JUNIOR ET AL, 2013).

Embora a prevenção e detecção precoce da osteoporose sejam objetivos a serem visados na abordagem clínica do climatério, a prevenção dos fatores de risco para doença pode ser realizada ao longo da vida (SAMPAIO, BEZERRA E GOMES, 2012).

Uma boa prevenção começa ainda na infância com adoção de hábitos saudáveis de vida, dentre eles destacam-se, o consumo adequado de cálcio e vitamina D, a prática de atividade física e a exposição solar adequada. Além disso, ressalta-se a necessidade de evitar o uso crônico de tabaco e bebidas alcoólicas. Se medidas como essas forem adotadas, os indivíduos poderão atingir seu potencial máximo de aquisição de massa óssea e estarão mais protegidos contra a perda óssea nas idades mais avançadas (FONTES, ARAÚJO E SOARES, 2012) (BRASIL, 2006).

Estudo realizado na cidade de São Paulo entre 2008 e 2009, com alunos de escola pública, em relação à análise de micronutrientes, mostrou importante deficiência alimentar de cálcio, fósforo e vitamina D nos adolescentes investigados. Esse dado é preocupante, uma vez que esses elementos exercem grande importância na formação saudável do esqueleto e, um padrão de baixo aporte desses nutrientes durante as fases de ganho estatural e de formação de tecido ósseo pode levar ao comprometimento da estatura final do indivíduo e predispor ao desenvolvimento de osteoporose na idade adulta (DUARTE ET AL, 2012). Colaborando com esse estudo, Fontes, Araújo e Soares (2012) afirmam que no Brasil a incidência de hipovitaminose D é elevada, apesar de ser um país tropical e ensolarado.

Um aporte adequado de cálcio e vitamina D pode ser alcançado através de dieta balanceada, ingestão de suplementos alimentares e exposição solar adequada. As recomendações diárias de consumo de cálcio elementar para mulheres com mais de 50 anos é de 1200mg e de suplementos de vitamina D é de 800 UI a 1000 UI, de acordo com a National Academy of Sciences- NAS (apud FONTES, ARAÚJO E SOARES, 2012). A vitamina D (calciferol) atua como um importante hormônio, mantendo as concentrações de cálcio e fósforo no sangue, através da regulação da absorção desses minerais no intestino delgado, além disso, influi no desempenho muscular, equilíbrio e risco de queda. A suplementação de vitamina D está associada à redução do risco de fraturas vertebrais e provavelmente de fraturas não vertebrais (FONTES, ARAÚJO E SOARES, 2012).

Considera-se então, que, o tratamento da osteoporose deve incluir uma dieta equilibrada, atividade física, exposição solar adequada, uso de medicamentos e prevenção a

quedas. Quando a osteoporose tem causa secundária, além das medidas anteriores, deve-se realizar o tratamento da doença de base (BRASIL, 2006).

Com relação ao tratamento medicamentoso, desde 2002, foi publicada no Brasil a portaria SAS, nº 470 que discorre sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose, aprovando o uso dos medicamentos Bifosfonados, Calcitonina, Carbonato de cálcio, Vitamina D, Estrógenos e Raloxifeno (BRASIL, 2006).

A introdução do tratamento medicamentoso para osteoporose deve ser feita obedecendo a alguns critérios estabelecidos, considerando as mulheres pós-menopausa, os critérios são os seguintes, com base no Fracture Risk Assessment tool (FRAX) apud (FONTES, ARAÚJO E SOARES, 2012:)

- Presença prévia de fratura de coluna ou fêmur proximal (clínica ou morfométrica);
- Osteoporose (T-score menor ou igual a -2,5 no colo do fêmur ou da coluna vertebral) após exclusão de causas secundárias da doença;
- Osteopenia (T-score entre -1,0 e -2,5 no colo do fêmur e na coluna), considerando probabilidade de fratura de quadril no período de 10 anos, maior ou igual a 3 % ou de uma fratura relacionada à osteoporose em qualquer sítio maior ou igual a 20% no período de 10 anos.

Dentre as classes de medicamentos utilizadas no tratamento da osteoporose, os bifosfonados são a classe de medicamentos com mais informações em termos de efetividade e segurança na prevenção de fraturas osteoporóticas, constituem-se na primeira linha de escolha para o tratamento da osteoporose e devem ser usados associados à suplementação de cálcio e vitamina D. Na classe dos bifosfonados os medicamentos mais utilizados são o alendronato e o risendronato (BRASIL, 2006).

Em relação à terapia estrogênica, pode ser recomendada a mulheres até 60 anos de idade que não tenham contra-indicação de uso, deve ser iniciada após a menopausa em mulheres com osteopenia e/ou osteoporose nos sítios da coluna e/ou fêmur associadas ou não a fraturas prévias. Alguns estudos revelam que o uso de terapia estroprogestiva por período de 5 anos pode diminuir o risco de fraturas vertebrais em 35 a 50%, e o risco de fraturas não vertebrais em até 25%. O leque de possibilidades de drogas disponíveis no mercado, que podem ser utilizadas na terapia estrogênica é amplo, considerando o tipo de hormônio, apresentação e vias de administração. A estrogênio terapia é considerada mais segura quando

utilizada no período peri menopausa ou nos primeiros cinco anos após a menopausa (FONTES, ARAÚJO E SOARES, 2012).

O raloxifeno é um modulador seletivo dos receptores estrogênicos, é uma opção para pacientes que não querem realizar terapia estrogênica, previne fraturas vertebrais em mulheres com osteoporose e com osteoporose estabelecida, seu uso reduz o risco de fraturas vertebrais em torno de 55% nas mulheres sem fraturas prévias. Pode ser utilizado em mulheres após a menopausa, com densidade óssea de fêmur normal (FONTES, ARAÚJO E SOARES, 2012).

A calcitonina é um hormônio produzido na tireóide e atua na regulação sanguínea do cálcio, tem ação anti-reabsortiva, inibe a atividade dos osteoclastos. Indicada para o tratamento de mulheres pós-menopausa com osteopenia e/ou osteoporose de coluna e densidade mineral óssea de fêmur normal, independente da existência de fraturas de coluna. É uma opção às mulheres com intolerância ao uso de bifosfonatos ou à terapia de reposição hormonal (FONTES, ARAÚJO E SOARES, 2012).

Concluindo, é importante comentar que a abordagem preventiva de fraturas, inclui também a prevenção de quedas na população idosa, que deve ser realizada considerando, dentre outras medidas, a promoção da atividade física, uso criterioso de medicação psicoativa, avaliação de problemas neurológicos, correção de distúrbios visuais e auditivos e medidas de segurança ambiental (BRASIL, 2006).

