

ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DE MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA QUANTO A INVESTIGAÇÃO DE OSTEOPOROSE

MEDICAL RECORDS ANALYSIS OF WOMEN IN THE POST-MENOPAUSE AS THE INVESTIGATION OF OSTEOPOROSIS

Humberto de Sousa Pires Filho, Irumara Interaminense Uliana Filho, Lucas Veloso Perim, Heloísa Silva Guerra*

Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde Campus Aparecida de Goiânia- GO-Brasil.

Resumo

Objetivo: realizar uma análise retrospectiva dos prontuários no período de setembro de 2016 a março de 2017 de mulheres na pós menopausa, em acompanhamento na atenção primária, quanto a investigação de osteoporose. **Métodos:** estudo descritivo, mediante análise de prontuários via roteiro estruturado. Analisou-se 151 prontuários de mulheres na pós-menopausa, considerando: idade, estado civil, data da última menstruação (DUM), tipo de menopausa, história obstétrica, hábitos de vida, dentre outras informações. Os dados foram analisados em planilha do Microsoft® Excel® 2016, e apresentados de forma descritiva. **Resultados:** Dentre os 151 prontuários analisados, apenas 9 (5,9%) possuíam a informação do diagnóstico de osteoporose. Dentre estas, 2 (33,3%) eram casadas, com idade média de 63 anos ($\pm 11,7$ anos), e o período médio de amenorreia variou 12,3 anos. **Conclusões:** A análise demonstrou um alto índice de prontuários incompletos, que não continham informações de suma importância para a assistência em saúde das mulheres acompanhadas na atenção primária e um subdiagnóstico de osteoporose, sugerido pela escassez dessas informações.

Palavras-chave:

Osteoporose, Pós-Menopausa, Climatério, Saúde Pública

Abstract

Objective: to perform a retrospective analysis of the medical records of postmenopausal women, followed up in primary care, regarding the investigation of osteoporosis. **Methods:** a descriptive study, by means of chart analysis via structured script. A total of 151 medical records of postmenopausal women were analyzed, considering age, marital status, date of last menstruation (DUM), type of menopause, obstetric history, life habits, among other information. Data were analyzed in a Microsoft® Excel® 2016 worksheet and presented in a descriptive way. **Results:** Among the 151 charts analyzed, only 9 had information on the diagnosis of osteoporosis. Of these, 2 (33.3%) were married, with a mean age of 63 years (± 11.7 years), and the average amenorrhea period of 12.3 years. **Conclusions:** The analysis demonstrated a high index of incomplete records, which did not contain information of importance for the health care of women followed in primary care and an underdiagnosis of osteoporosis, suggested by the scarcity of information.

Keyword:

Osteoporosis, Postmenopause, Climacteric, Public Health.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Heloísa Silva Guerra: heloisasguerra@gmail.com

INTRODUÇÃO

A osteoporose é um distúrbio osteometabólico caracterizado pela diminuição da densidade mineral óssea, com a deterioração da microarquitetura óssea, levando a um aumento da fragilidade esquelética e conseqüentemente um maior do risco de fraturas.¹ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um dos grandes problemas de assistência sanitária do mundo, sendo usualmente subdiagnosticada e assintomática, até que ocorram as fraturas.²

Vários fatores estão envolvidos no desenvolvimento de osteoporose; alguns deles não podem ser alterados enquanto muitos outros podem ser modificados e reduzir a interferência nas atividades de vida diária. Entre os fatores que aumentam o risco de desenvolver osteoporose e não podem ser alterados, os mais relevantes são o sexo feminino, etnia branca ou asiática, história familiar, disfunções endócrinas, câncer, doenças renais, menopausa precoce e deficiência estrogênica causada pela menopausa, considerado o principal fator de risco em mulheres no climatério.^{1,3}

O climatério pode ser definido como uma etapa natural da vida que corresponde a passagem entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, com decréscimo da produção de hormônios esteroides. Tal período se inicia por volta dos 40 anos, estendendo-se até 60 a 65 anos. A menopausa é um marco dessa fase, e acontece por volta dos 49 anos de idade, sendo diagnosticada quando ocorrem doze meses de amenorreia.^{4,5}

Atualmente, a incidência da osteoporose vem aumentando em função da maior longevidade alcançada pela população feminina em todo o mundo, podendo acometer até 70% das mulheres acima de 80 anos.⁶ Estimativas revelam que a população feminina acima de 50 anos no Brasil representa, em média, 20% da população total de mulheres,

com um pouco mais de 21 milhões de indivíduos nessa fase da vida.⁷

No Brasil, mesmo sendo considerado um problema de saúde pública pelo Ministério da Saúde, não existem dados populacionais referentes a osteoporose que apontem sua real dimensão a nível nacional.⁸

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo realizar uma análise retrospectiva no período de setembro de 2016 a março de 2017 nos prontuários de mulheres na pós-menopausa, em acompanhamento na atenção primária, quanto à investigação de osteoporose.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, descritivo e retrospectivo, mediante a análise de dados dos prontuários de mulheres na pós-menopausa, atendidas em unidades básicas de saúde do município de Aparecida de Goiânia, Goiás, entre setembro de 2016 e março de 2017.

Foram analisados 423 prontuários de mulheres acima de 40 anos acompanhadas em três unidades básicas de saúde do município, sendo 151 prontuários de mulheres na pós-menopausa, considerando-se como critério aquelas que apresentavam amenorreia há pelo menos 12 meses.

A coleta de dados foi realizada por meio da revisão dos prontuários utilizando-se um instrumento adaptado⁹ com questões relativas à antecedentes pessoais e obstétricos, hábitos de vida e investigação para osteoporose.

Os dados foram submetidos em planilha do Microsoft® Excel® 2016 e analisados descritivamente, com apresentação da média, desvio padrão, frequência absoluta e porcentual das variáveis.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação do Ensino Superior de Rio Verde – FESURV – Universidade de Rio Verde por meio do Parecer nº 1.570.516.

RESULTADOS

Foram analisados 151 prontuários de mulheres na pós-menopausa, sendo que destas 52 (35%) eram casadas, com faixa etária variando de 42 a 91 anos, e média de 61,1 anos (\pm 9,4 anos). No que se refere à presença de osteoporose, foi identificado junto ao prontuário de 9 (6%) mulheres, a informação do diagnóstico da doença, estimando uma prevalência de 6% (9/151; IC 95%) de casos de osteoporose entre as participantes.

Quanto aos hábitos de vida das mulheres, 62 (41%) não eram tabagistas, 19 (13%) eram tabagistas e 70 (46%) prontuários não constavam a informação. Foi possível perceber que, de acordo com a classificação da OMS, 29 (19%) mulheres apresentavam sobrepeso, 29 (19%) algum grau de Obesidade, 21 (14%) Peso Normal e 72 (48%) prontuários não continham a informação (Tabela 1).

Tabela 1. Índice de massa corporal (IMC) das mulheres na pós-menopausa vinculadas a unidades básicas de saúde de um município do estado de Goiás, 2017.

Classificação do IMC	N	%
Abaixo do peso (IMC < 18,5)	0	0
Peso Normal (IMC 18,5-24,9)	21	14
Sobrepeso (25,0-29,9)	29	19
Obesidade I (30,0-34,9)	17	11
Obesidade II (35,0-39,9)	9	6
Obesidade III (Maior ou igual que 40,00)	3	2
Não consta informação no prontuário	72	48
Total	151	100

A tabela 2 apresenta informações a respeito da história obstétrica das mulheres investigadas, uso de terapia hormonal e investigação para osteoporose. Foi encontrado

uma média de 4,41 gestações por mulher; sendo que 28 (18,5%) apresentaram três gestações; 60 (39,7%) tiveram 4 ou mais filhos; e 32 (21,2%) tiveram entre 1 e 3 abortos.

Tabela 2. Características obstétricas das mulheres na pós-menopausa vinculadas a unidades básicas de saúde de um município do estado de Goiás, 2017.

Características	n	%
Média de gestações por mulher	4,41	
Gravidez		
Nenhuma	06	4
1	06	4
2	14	9,3
3	28	18,5
4 a 9	62	41
Mais que 10	07	4,7
Não consta a informação no prontuário	28	18,5
Paridade		
Nenhuma	07	4,7
1	06	4
2	18	11,9
3	32	21,2
4 ou mais	60	39,7
Não consta a informação no prontuário	28	18,5
Aborto		
Nenhum	90	60

1 a 3	32	21,2
4 ou mais	02	1,8
Não consta a informação no prontuário	25	17
Amenorreia		
Fisiológica	59	39
Cirúrgica	41	27
Não consta a informação no prontuário	51	34
Terapia hormonal		
Sim	15	9,8
Não	104	69
Não consta a informação no prontuário	32	21,2
Investigação para osteoporose		
DMO	06	4
Raio-X	03	2
Não consta a informação no prontuário	143	94
Total	151	100

Sobre a investigação da menopausa, 59 (39%) mulheres apresentaram amenorreia fisiológica, 41 (27%) amenorreia devido a cirurgia e 51 (39%) não constava no prontuário a causa da amenorreia. Com relação à data da última menstruação (DUM), foi identificada a idade de 26 anos como a de menor ocorrência e de 61 anos a maior, sendo a média de 46,67 anos. Além disso, 104 (69%) mulheres não faziam terapia hormonal (TH), 15 (9,8%) estavam em terapia hormonal e em relação às outras 32 (21,2%) não constava no prontuário a informação.

Com relação aos exames realizados para o diagnóstico da osteoporose, apenas 6 (4%) prontuários relatavam a realização de Densitometria mineral óssea (DMO) e 3 (2%) a realização de Raios-X. Nos demais 143 (94%)

prontuários não havia a informação de solicitação, por parte do profissional médico, do exame de DMO.

O quadro 1 apresenta o perfil das mulheres diagnosticadas com osteoporose por meio da DMO. A maioria eram casadas, com idade variando de 53 a 83 anos, média de 63 anos ($\pm 11,7$), com IMC acima do ideal e não tabagistas. No tocante a história obstétrica, média de 2,5 gestações por mulher, não sendo relatado nenhum aborto. A forma como ocorreu a amenorreia não constava na maioria dos prontuários. Com relação a DUM, a menor idade foi 48 anos e o período de amenorreia variou de 6 a 23 anos, com média de 12,3 anos. Além disso, quase todas elas não realizaram Terapia Hormonal (TH).

Quadro 1 – Perfil das mulheres na pós-menopausa com diagnóstico de osteoporose vinculadas a unidades básicas de saúde de um município do estado de Goiás, 2017.

Características
Casadas
Média de idade 63 anos ($\pm 11,7$)
Não tabagistas
IMC indicando sobrepeso
Média de 2,5 gestações por mulher
Nenhum aborto
Menor idade da DUM aos 48 anos
Média de tempo de amenorreia 12,3 anos
Não realizavam terapia hormonal

DISCUSSÃO

A prevalência de osteoporose têm sido um assunto de interesse dos estudiosos da área, em especial no sexo feminino, pois estima-se que um terço das mulheres de etnia branca acima dos 65 anos possuem osteoporose.¹⁰

Entretanto, no Brasil, percebe-se que há poucos estudos na literatura que analisam o perfil epidemiológico das pessoas com osteoporose. Estudo realizado em Vitória¹¹, com uma amostra de 695 mulheres na pós menopausa, e outro em São Luís⁹, encontraram uma prevalência de 37% e 40% de osteoporose, respectivamente. No presente estudo, dentre os prontuários revisados, apenas 6% apresentavam diagnóstico de osteoporose.

Mulheres com mais tempo de amenorreia tem uma maior predisposição à osteoporose por ter uma idade mais avançada. Entre a adolescência e os 35 anos de idade, atinge-se o pico de massa óssea, assim, nota-se que a menopausa contribuiria como fator de risco caso ocorresse nessa faixa etária, período de formação óssea.¹² Contudo, em estudo nacional, a menarca tardia (<16 anos) e tempo de amenorreia maior que 10 anos são apontados como fatores de risco para osteoporose¹³. Nesse estudo, observou-se um tempo de amenorreia médio, entre as pós-menopausadas diagnosticadas com osteoporose, de 12,3 anos, o que poderia ser então, considerado um fator de risco para tal enfermidade.

Os fatores de risco mais importantes relacionados à osteoporose na pós-menopausa são idade, sexo feminino, etnia branca ou oriental, baixa DMO do colo do fêmur, baixo índice de massa corporal, uso de glicocorticoide oral (dose \geq 5,0mg/dia de prednisona por período superior a três meses) e fatores ambientais, incluindo o tabagismo, o etilismo, a inatividade física e a baixa ingestão dietética de cálcio.¹⁴

A obesidade e o sobrepeso podem ser considerados como fatores de proteção ao desenvolvimento da osteoporose. Dados da

literatura demonstram uma correlação inversa entre o IMC e o risco de osteoporose, evidenciando que o baixo peso corporal está associado com o aumento do risco de osteoporose e fraturas, enquanto o ganho de peso diminui esse risco.¹⁵ Neste estudo, metade das mulheres com osteoporose, estavam acima do peso ideal, contrariando o observado na literatura.

A maioria das mulheres com osteoporose do presente estudo não faziam terapia hormonal (TH). A terapia hormonal ainda é um tema controverso, dividindo a comunidade científica entre aqueles que ressaltam os malefícios e os que ressaltam os benefícios de sua utilização. Um aspecto importante a ser considerado é que a TH está diretamente ligada à prevenção de fraturas osteoporóticas, pois os estrógenos supostamente melhoram a densidade mineral óssea em vários sítios anatômicos, prevenindo a perda óssea comum nessa fase da vida.^{14,16}

A terapia hormonal na menopausa com estrógeno isolado ou associado à progesterona é eficaz na prevenção da perda óssea associada à menopausa e na redução da incidência de fratura vertebral e não vertebral, incluindo pacientes de baixo risco, sendo a TH a primeira linha de terapia para mulheres pós-menopausadas que apresentam alto risco de fratura e estejam abaixo dos 60 anos de idade.¹⁷ Contudo, vale ressaltar a importância de uma avaliação minuciosa, individualizada e que considere benefícios acima dos riscos para sua prescrição.¹⁴

Além disso, recomenda-se intervenções no estilo de vida, como a prática regular de exercício físico e alimentação adequada, visto que desempenham um papel benéfico na saúde global do indivíduo.¹⁸

Segundo a Portaria nº224, de 26 de março de 2014 do Ministério da Saúde (MS), é indicada a realização da DMO em mulheres na pós-menopausa, mulheres na peri-menopausa, se houver fatores de risco, e para mulheres com

idade igual ou superior a 65 anos, independentemente da presença de fatores de risco.¹⁹ Embora o baixo poder preditivo e o alto custo da DMO inviabilize o rastreamento populacional amplo e aleatório²⁰, os dados apontam para uma conduta, dos profissionais que acompanham as mulheres do presente estudo, contrária ao que é recomendado pelo MS, mesmo este sendo considerado o principal exame para avaliação e diagnóstico da osteoporose.²¹ Neste estudo, acredita-se que o baixo número de casos de osteoporose identificados, seja decorrente do subdiagnóstico.

A escassez de informações nos prontuários das pacientes acompanhadas na Atenção Básica do município de Aparecida de Goiânia foi um fator limitante desta pesquisa.

A falta de informação e a ilegibilidade de muitos prontuários foram fatores prejudiciais ao desenvolvimento do trabalho, dificultando a análise pretendida devido à ausência de dados no registro. Considerando os aspectos éticos que permeiam a obrigatoriedade médica de registrar todas as informações relativas à assistência do paciente, a falta de registro de informações ou o registro inadequado, retira do médico a possibilidade do profissional comprovar a licitude de sua conduta. Além disso, a ausência das informações interfere no trabalho dos demais profissionais que prestam assistência ao paciente e que, frequentemente, consideram o histórico das informações para basearem suas condutas terapêuticas; ainda prejudica o levantamento de dados para fins epidemiológicos e conseqüentemente, comprometem as ações e intervenções no âmbito da saúde que necessitam do perfil dos usuários para serem implementadas.

A análise dos resultados deste estudo retrospectivo dos prontuários de mulheres acompanhadas na Atenção Básica do município de Aparecida de Goiânia, demonstrou uma possível falha na assistência destas pacientes. Um alto índice de prontuários que não constavam a realização de DMO, principal

exame para diagnóstico de osteoporose, foi encontrado. Diante disso, ressalta-se o subdiagnóstico da osteoporose e a necessidade de maior capacitação dos profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento da doença, além da transcrição correta de todos os dados da consulta nos prontuários, uma vez que se mostraram bastante defasados e incompletos, não contendo informações de suma importância para qualquer intervenção assistencial.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Filho HSP, Filho IUU, Perim LV, Guerra HS, 2018. Rev. Educ. Saúde: 6 (2); 49-55.

REFERÊNCIAS

1. Bezerra MLR, Chaves MD, Nunes SFL, Costa AIS, Castro YTBO. Nursing diagnoses of the domain health promotion in menopausal women with osteoporosis. J Nurs UFPE on line. 2016; 10(3): 969-76.
2. World Health Organization Scientific Group on the Prevention and Management of Osteoporosis. Prevention and management of osteoporosis. Geneva: World Health Organization; 2003. (Technical Report Series, 921).
3. Pádua EE, Guimarães MRL. Osteoporose no homem. Rev Cientif Likania. 2014; 4(4): 1-12.
4. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s: Report of a WHO Scientific Group. Geneva, 1994. (WHO technical report series, n. 866). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
5. Federação Brasileira Das Associações De Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de

- orientação em climatério. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 2010. Disponível em: <http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/Manual_Climaterio.rar>. Acesso em: 12 mar. 2015.
6. Fontes TMP, Araújo LFB, Soares PRG. Osteoporose no climatério I: epidemiologia, definição, rastreamento e diagnóstico. *Femina*. 2012; 40(2):109-16.
 7. Instituto Brasileiro de Geociências e Estatística (IBGE). Censo 2010. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
 8. Bortolon PC. Envelhecimento e osteoporose senil: descrição do atendimento hospitalar para fratura de fêmur no SUS. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. 2010. 66 p.
 9. Costa ALD, Neto da Silva MAC, Brito LMO, Nascimento ACB, Barbosa MCL, Batista JE, et al. Osteoporose na atenção primária: uma oportunidade para abordar os fatores de risco. *Rev Bras Reumatol*. 2016;56(2): 111-16.
 10. Guarniero R. Osteoporose na mulher. *Rev Bras Med*. 2008; 65(6): 179-185.
 11. Ferreira ML, Jacinto TA, Simões FV. Prevalência de osteoporose em mulheres atendidas em uma clínica particular em Vitória, ES. *Sapientia Pio XII*. 2013; 12: 54-8.
 12. Pinto Neto AM, Soares A, Urbanetz AA, Souza ACA, Ferrari AEM, Amaral B, et al. Consenso Brasileiro de Osteoporose 2002. *Rev Bras Reumatol*. 2002;42(6):343-54.
 13. Faisal-Cury, A.; Zacchello, K. P. Osteoporose: prevalência e fatores de risco em mulheres de clínica privada maiores de 49 anos de idade. *Acta Ortop Bras*. 2007; 15(3): 146-50.
 14. Radominski SC, Bernardo W, De Paula AP, Albergaria BH, Moreira C, Fernandes CE, et al. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. *Rev Bras Reumatol*. 2017; 57(S2): S452-S466.
 15. Silva ACV, Rosa MI, Fernandes B, Lumertz S, Diniz RM, Damiani MEFR. Fatores associados à osteopenia e osteoporose em mulheres submetidas à densitometria óssea. *Rev Bras Reumatol*. 2015; 55(3): 223-28.
 16. Polonini HC, Raposo NRB, Brandão MAF. A terapia de reposição hormonal e a saúde da mulher no climatério: riscos e benefícios. *Revista APS*. 2011; 14(3): 354-61.
 17. Pardini D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2014;58 (2): 172-81.
 18. Rebelo AIMFT. A osteoporose no envelhecimento. [dissertação]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2016. 68 p.
 19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 224 de 26 de março de 2014. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
 20. Cova P, Panzarella FK, Montebelo Filho A, Tavano O, Junqueira JLC, Oliveira LB. Estudo radiomorfométrico como indicador de risco de osteoporose. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012;12(2): 217-22.
 21. Souza MPG. Diagnóstico e tratamento da osteoporose. *Rev Bras Ortop*. 2010; 45(3): 220-229.