

**PERFIL DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS AO CUIDADO COM A OSTEOPOROSE
EM MULHERES BRASILEIRAS: ESTUDO EM RONDONÓPOLIS, MT**

**HEALTH PROFILE AND FACTORS ASSOCIATED WITH OSTEOPOROSIS CARE IN
BRAZILIAN WOMEN: A STUDY IN RONDONÓPOLIS, MT**

**PERFIL DE SALUD Y FACTORES ASOCIADOS AL CUIDADO DE LA OSTEOPOROSIS
EN MUJERES BRASILEÑAS: UN ESTUDIO EN RONDONÓPOLIS, MT**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n10-145>

Data de submissão: 15/09/2025

Data de publicação: 15/10/2025

Rafael Mederi Pereira Marques
E-mail: rafaelmederi@gmail.com

Josiane Neves Coelho Marques
E-mail: endocrino@gmail.com

Otto Gerardo Mojica Veras
E-mail: ottoveras@gmail.com

Lívia Marroceli Gallo
E-mail: liviamarrocelig@gmail.com

Bruna Esteves de Moraes
E-mail: brunaesteves07@yahoo.com.br

Fernanda dos Santos
E-mail: fernanda.san@einstein.br

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil de mulheres quanto a fatores sociodemográficos, reprodutivos e de saúde relacionados ao cuidado com a osteoporose em Rondonópolis, MT. Métodos: Estudo transversal realizado em 2024 com 405 mulheres com 40 anos ou mais, atendidas em um ambulatório no interior do estado do Mato Grosso. Foram coletados dados sociodemográficos e de saúde por meio de questionários estruturados. As análises descritivas e inferenciais foram conduzidas no software R. Resultados: Observou-se correlação significativa entre a realização de densitometria óssea e o recebimento de orientações profissionais, indicando que a conscientização influencia a adesão ao cuidado preventivo. Além disso, mulheres que relataram maior conhecimento sobre osteoporose apresentaram maior adesão a exames preventivos. Conclusão: O estudo evidenciou lacunas importantes no cuidado com a osteoporose entre mulheres adultas e idosas, especialmente quanto ao conhecimento da doença e à baixa realização de densitometria óssea. Mulheres que receberam orientações de profissionais de saúde apresentaram maior adesão ao tratamento e maior participação em exames preventivos, reforçando o papel central da educação em saúde. Os resultados destacam a necessidade de estratégias educativas contínuas e políticas públicas específicas para ampliar o rastreamento e a prevenção da osteoporose, contribuindo para a detecção precoce e melhor qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Osteoporose. Fatores de Risco. Educação em Saúde. Saúde da Mulher. Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

Objective: To analyze the profile of women regarding sociodemographic, reproductive, and health factors related to osteoporosis care in Rondonópolis, Mato Grosso. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in 2024 with 405 women aged 40 or older, treated at an outpatient clinic in the interior of the state of Mato Grosso. Sociodemographic and health data were collected through structured questionnaires. Descriptive and inferential analyses were conducted using R software. **Results:** A significant correlation was observed between bone densitometry testing and receiving professional guidance, indicating that awareness influences adherence to preventive care. Furthermore, women who reported greater knowledge about osteoporosis had higher adherence to preventive screenings. **Conclusion:** The study highlighted important gaps in osteoporosis care among adult and elderly women, especially regarding knowledge of the disease and low bone densitometry performance. Women who received guidance from healthcare professionals showed greater adherence to treatment and greater participation in preventive screenings, reinforcing the central role of health education. The results highlight the need for ongoing educational strategies and specific public policies to expand osteoporosis screening and prevention, contributing to early detection and a better quality of life for this population.

Keywords: Osteoporosis. Risk Factors. Health Education. Women's Health. Treatment Adherence.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil de las mujeres en cuanto a factores sociodemográficos, reproductivos y de salud relacionados con la atención a la osteoporosis en Rondonópolis, Mato Grosso. **Métodos:** Estudio transversal realizado en 2024 con 405 mujeres de 40 años o más, atendidas en un ambulatorio del interior del estado de Mato Grosso. Se recopilaron datos sociodemográficos y de salud mediante cuestionarios estructurados. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales utilizando el software R. **Resultados:** Se observó una correlación significativa entre la densitometría ósea y la orientación profesional, lo que indica que la concienciación influye en la adherencia a la atención preventiva. Además, las mujeres que informaron un mayor conocimiento sobre la osteoporosis mostraron una mayor adherencia a las pruebas de detección preventiva. **Conclusión:** El estudio destacó importantes lagunas en la atención a la osteoporosis entre mujeres adultas y mayores, especialmente en lo que respecta al conocimiento de la enfermedad y al bajo rendimiento en la densitometría ósea. Las mujeres que recibieron orientación de profesionales de la salud mostraron una mayor adherencia al tratamiento y una mayor participación en las pruebas de detección preventiva, lo que refuerza el papel central de la educación para la salud. Los resultados resaltan la necesidad de estrategias educativas continuas y políticas públicas específicas para ampliar el cribado y la prevención de la osteoporosis, contribuyendo así a la detección temprana y a una mejor calidad de vida para esta población.

Palabras clave: Osteoporosis. Factores de Riesgo. Educación para la Salud. Salud de la Mujer. Adherencia al Tratamiento.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a osteoporose como uma doença esquelética sistêmica com diminuição da massa óssea e deterioração microarquitetural do tecido ósseo, tendo como consequência a fragilidade óssea e risco de fratura¹. A osteoporose não tem manifestações clínicas até que haja uma fratura. Este é um fato importante, pois muitos pacientes sem sintomas assumem incorretamente que não têm osteoporose.

Um diagnóstico clínico de osteoporose pode ser feito na presença de uma fratura por fragilidade, particularmente na coluna, quadril, punho, úmero ou costela, sem medição da Densidade Mineral Óssea (DMA). Fraturas por fragilidade são aquelas que ocorrem espontaneamente ou por pequenos traumas, como queda da própria altura. Fraturas por fragilidade resultam de forças mecânicas que normalmente não a causariam. A densidade óssea reduzida é um importante fator de risco para fraturas por fragilidade.

A prevenção da osteoporose deve começar em idades precoces, com foco na otimização da formação do pico de massa óssea durante a juventude e a manutenção da saúde ao longo da vida. Estratégias preventivas eficazes incluem a ingestão adequada de cálcio e vitamina D, além de atividade física regular². Quando a doença já está estabelecida, o tratamento farmacológico é essencial, abrangendo terapias como bisfosfonatos, moduladores seletivos do receptor de estrogênio e agonistas do receptor do paratormônio, entre outros².

Estima-se que no Brasil cerca de 35% das mulheres com mais de 45 anos são afetadas pela osteoporose³.

A redução da massa óssea pode ocorrer devido a três fatores principais: um pico de massa óssea insuficiente, reabsorção óssea excessiva ou diminuição na formação óssea durante o processo de remodelação. Esses três mecanismos tendem a contribuir, em diferentes proporções, para o desenvolvimento da osteoporose em cada paciente. Na maioria das mulheres pós-menopáusicas, a osteoporose resulta principalmente de uma reabsorção óssea exacerbada, causada pelo envelhecimento ou pela deficiência de estrogênio, que acelera o processo de perda óssea.

De acordo com Hiligsmann *et al.*, 40% das mulheres e 13% dos homens correm risco de fratura de quadril, coluna e antebraço. Apenas em 2010 os seis maiores países da Europa gastaram 31 bilhões de Euros no tratamento de pacientes vitimados por fraturas osteoporóticas⁴. Estima-se que o número de fraturas de quadril anualmente no Brasil, em 2010 cerca de 121.700, deva chegar a 160 mil casos anuais em 2050^{5,6,7}.

Dada a magnitude do problema no contexto brasileiro, a pesquisa translacional e os ensaios clínicos são imperativos para compreender os mecanismos subjacentes da doença e avaliar a eficácia

das intervenções. Ainda existe uma carência de estudos nacionais que abordem questões como resistência ao tratamento, custo-efetividade de diferentes estratégias terapêuticas, e o impacto de comorbidades na progressão e tratamento da condição.

A osteoporose é assunto de saúde pública, pois além do seu relevante impacto econômico, a osteoporose é reversível e, se negligenciada, por vezes irá resultar em perda da independência ou mesmo da vida de seu portador. A pesquisa é então importante, porque aborda uma doença crônica que tem sérias implicações para a saúde pública, não apenas no Brasil, mas em escala global. Ela busca preencher uma lacuna no conhecimento existente sobre o nível de consciência e preparação tanto de profissionais de bem-estar quanto de pacientes a respeito desta condição. Ao fazer isso, contribui para o acervo científico e oferece dados que podem informar melhores práticas clínicas e políticas de qualidade de vida. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi averiguar o conhecimento sobre osteoporose entre pacientes de um ambulatório de endocrinologia, identificando fatores de risco e a prevalência de orientações recebidas sobre a doença.

2 MÉTODO

Trata-se de estudo transversal realizado a partir da aplicação de um questionário sociodemográfico elaborado pelo pesquisador abordando pacientes do sexo feminino e análise mista quanti-quali. A pesquisa foi desenvolvida em um centro especializado em Endocrinologia e Diabetes, 100% SUS, em um município de médio porte do interior do Brasil. A amostra é de pacientes do sexo feminino com idade igual ou superior a 40 anos, encaminhadas pelas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para avaliação com especialistas em Endocrinologia e Metabologia, que aceitaram participar da pesquisa e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as pacientes agendadas para atendimento eram convidadas a participar da entrevista e não houve nenhuma recusa, perda ou desistência, contando portanto com 405 participantes. O instrumento de coleta de dados abrangeu as variáveis sociodemográficas, perguntas sobre doenças presentes; medicações em uso, se a osteoporose já foi abordada por algum profissional de saúde, qual tipo ou especialidade do profissional, se fez uso de medicação prescrita, aderência ao tratamento e o tempo de uso da medicação. Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva dos dados, calculando médias, medianas, desvios padrão, e os percentis 25% e 75% para variáveis quantitativas. Para variáveis qualitativas, foram determinadas frequências absolutas e relativas. Para investigar associações entre variáveis qualitativas nominais, comparando proporções e identificando diferenças estatisticamente significativas entre frequências observadas e esperadas. O teste de Shapiro-Wilk⁸ foi empregado para

avaliar a aderência dos dados à distribuição normal das variáveis quantitativas, orientando a escolha entre abordagens paramétricas e não-paramétricas. Quando o p-valor do teste Shapiro-Wilk foi inferior a 0,05, indicando que os dados não seguem uma distribuição normal, foram aplicados testes não-paramétricos. Para variáveis sem distribuição normal, as comparações entre dois grupos foram realizadas com o teste U de Mann-Whitney⁹. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5%, e todas as análises estatísticas foram conduzidas no software R, versão 4.1.0¹⁰. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein sob o CAAE 70276723.2.0000.0071, e obedeceu às recomendações da Resolução 466/2012 sobre pesquisas científicas com seres humanos. A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia da não identificação dos participantes do estudo e uso das informações apenas para fins científicos.

3 RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi de 405 participantes, em que a média de idade foi de 57,54 anos (DP = 10,73), variando entre 40 e 87 anos, predominantemente na faixa etária pós-menopáusica. Conforme pode ser observado na Tabela 1 abaixo, a composição étnica das entrevistadas possui sua maioria formada por mulheres pardas, seguidas respectivamente por brancas, negras e amarelas. O estado civil predominante foi o de casadas, totalizando quase metade das entrevistadas, seguido por solteiras, divorciadas e viúvas. Em termos de arranjos familiares, a maioria das entrevistadas vivia com outras pessoas.

Tabela 1. Descrição da amostra segundo as características demográficas e socioeconômicas entre as mulheres participantes do estudo em Rondonópolis, MT, Brasil, 2024.

Variável	N (%)
Etnia	
Amarelo	7 (1,73)
Branco	130 (32,1)
Indígena	3 (0,74)
Negro	79 (19,5)
Pardo	176 (43,5)
Não informado	10 (2,47)
Estado civil	
Casado	199 (49,1)
Divorciado	49 (12,1)
Outro	16 (3,95)
Solteiro	91 (22,5)
Viúvo	39 (9,63)
Não informado	11 (2,72)
Mora sozinho(a)?	
Sim	86 (21,2)
Não	305 (75,3)
Não informado	14 (3,46)
Idade MD (IIQ)	56,5 (16,0)

Quantas pessoas moram com a senhora?

1	87 (28,5)
2	98 (32,1)
3	63 (20,7)
4	36 (11,8)
5	16 (5,25)
6	5 (1,64)

Quantas pessoas moram com a senhora? (MD; IIQ)

Não informado	2,0 (2,0)
	11 (2,72)

Fonte: Coleta de dados realizada pelos autores.

A Tabela 2 apresenta informações sobre a história reprodutiva das participantes, destacando aspectos como a ocorrência de filhos, o número de gestações, a idade no primeiro parto e a prática de amamentação além de outros aspectos de saúde. A maioria das participantes relatou ter tido filhos, evidenciando um alto índice de maternidade na amostra. O número de gestações variou muito entre as participantes e a amamentação foi amplamente praticada. A estatística descritiva do tempo médio de amamentação entre as entrevistadas, com base nas 342 respostas válidas, demonstrando uma ampla variabilidade nos tempos relatados. Os tempos de amamentação variaram de 1 mês a um máximo de 219 meses, mostrando casos de amamentação excepcionalmente prolongada. O teste de Shapiro-Wilk, aplicado para avaliar a normalidade da distribuição dos dados, apresentou um p-valor inferior a 0,001, indicando que os dados não seguem uma distribuição normal. Essa ausência de normalidade sugere a necessidade de utilizar testes estatísticos não-paramétricos para análises comparativas que envolvem essa variável.

A maioria das entrevistadas teve sua primeira menstruação entre os 9 e 12 anos, conforme observado na Tabela 2. Em relação ao uso de anticoncepcional hormonal, pouco mais da metade das participantes alegaram nunca terem usado. Entre as 184 participantes que usaram anticoncepcional hormonal, observamos uma ampla variação no período de uso em meses, indicando casos de uso tanto esporádico quanto prolongado. O teste de Shapiro-Wilk indicou que a distribuição dos tempos de uso não segue uma normalidade ($p < 0,001$), reforçando a necessidade de análises não-paramétricas para explorar associações com outras variáveis. A maior parte das entrevistadas avaliou sua saúde como boa ou regular. Apenas uma pequena proporção classificou sua saúde como ótima ou péssima. Quando questionadas sobre sua saúde em comparação com um ano atrás, mais da metade das entrevistadas consideraram sua saúde igual, com uma pequena parcela percebendo piora. Para a maioria, a percepção de saúde se manteve estável ao longo do último ano. Ao comparar sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade, aproximadamente metade das entrevistadas consideraram sua saúde igual. Por fim,

em relação à disponibilidade de alguém para prestar cuidados, a maior parte das entrevistadas afirmaram ter alguém para cuidar delas.

Com base nas 394 respostas válidas, o número de medicações variou de 0 a 13. O médico foi o profissional de saúde que mais orientou sobre a osteoporose, embora outros profissionais também tenham orientado, tais como: enfermeiro, agente de saúde, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista e dentista. Contudo, é importante observar que a maior parte das pacientes responderam que não sabiam sobre osteoporose ou sabiam um pouco, mas gostariam de saber mais.

Tabela 2. Perfil de saúde das mulheres participantes segundo variáveis referentes à saúde da mulher, Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, 2024.

Variável	N (%)
A senhora teve filhos?	
Sim	376 (92,8)
Não	19 (4,69)
Não informado	10 (2,47)
Quantas gestações a senhora teve?	
1	38 (9,38)
2	131 (32,4)
3	101 (24,9)
4	48 (11,9)
5	22 (5,43)
6	12 (2,96)
7 ou mais	24 (5,93)
Não informado	29 (7,16)
A senhora teve seu primeiro filho com 30 anos ou mais?	
Sim	64 (15,8)
Não	311 (76,8)
Não informado	30 (7,41)
A senhora amamentou?	
Sim	343 (84,7)
Ignorado	3 (0,74)
Não	29 (7,16)
Não informado	30 (7,41)
Quanto tempo a senhora amamentou em média? MD (IIQ)	12,0 (18,0)
Com que idade foi sua primeira menstruação?	
Antes de 9 anos	3 (0,74)
9 a 12 anos	189 (46,7)
13 a 14 anos	148 (36,5)
15 anos ou mais	55 (13,6)
Não informado	10 (2,47)
A senhora fez uso de anticoncepcional hormonal?	
Sim	184 (45,4)
Ignorado	4 (0,99)
Não	207 (51,1)
Não informado	10 (2,47)
Por quanto tempo a senhora usou anticoncepcional hormonal? MD (IIQ)	6,0 (7,0)
A senhora já fez mamografia?	
Sim	310 (76,5)
Não	85 (21)
Não informado	10 (2,47)
Já recebeu orientação sobre osteoporose por algum profissional de saúde?	
Sim	124 (30,6)
Ignorado	5 (1,23)

Não	265 (65,4)
Não informado	11 (2,72)
Em geral a senhora diria que sua saúde é:	
Boa	173 (42,7)
Ignorado	1 (0,25)
Ótima	19 (4,69)
Péssima	12 (2,96)
Regular	149 (36,8)
Ruim	39 (9,63)
Não informado	12 (2,96)
Comparando sua saúde de hoje com a sua saúde há 01 ano atrás, a senhora diria que sua saúde está:	
Igual	225 (55,6)
Melhor	94 (23,2)
Pior	73 (18)
Não informado	13 (3,21)
Em comparação com a saúde de outras pessoas, da sua idade, a senhora diria que sua saúde é:	
Ignorado	7 (1,73)
Igual	180 (44,4)
Melhor	142 (35,1)
Pior	63 (15,6)
Não informado	13 (3,21)
Se precisar de cuidados, a senhora tem alguém que possa lhe cuidar?	
Sim	359 (88,6)
Não	34 (8,4)
Não informado	12 (2,96)
Quantas medicações diferentes a senhora toma diariamente? MD (IIQ)	
Qual o profissional de saúde a orientou?	
Médico	109 (26,9)
Enfermeiro	22 (5,43)
Técnico de Enfermagem	8 (1,98)
Nutricionista	6 (1,48)
Fisioterapeuta	7 (1,73)
Dentista	1 (0,25)
Agente de saúde	28 (6,91)
Outro	3 (0,74)
A senhora já fez densitometria óssea alguma vez? N (%)	
Sim	86 (21,2)
Ignorado	1 (0,25)
Não	307 (75,8)
Não informado	11 (2,72)
Quando foi seu último exame de densitometria óssea?	
Menos de 1 ano	30 (34,9)
1-2 anos	37 (43)
3-4 anos	10 (11,6)
4 anos ou mais	9 (10,5)
A senhora já fez ou faz tratamento para osteoporose?	
Sim, continua em tratamento	29 (7,16)
Sim, mas parou com orientação médica	6 (1,48)
Sim, mas parou sem orientação médica.	10 (2,47)
Não	348 (85,9)
Não informado	12 (2,96)
A senhora acha que já sabe tudo o que precisa saber sobre osteoporose?	
Sim	27 (6,67)
Ignorado	3 (0,74)
Não	303 (74,8)
Sabe alguma coisa, mas gostaria de saber mais	61 (15,1)

Não informado
Fonte: Coleta de dados realizada pelos autores.

11 (2,72)

Para as participantes que não receberam orientações sobre osteoporose, a média de idade foi menor do que a média de idade daquelas que foram informadas sobre a doença, conforme a Tabela 3. Entre as mulheres que receberam orientações sobre a osteoporose, a maior parte continuou com o tratamento da doença. O teste qui-quadrado revelou uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os grupos, destacando que o recebimento de orientações está associado a uma maior probabilidade de adesão ao tratamento para osteoporose. Entre as mulheres que não receberam orientações sobre a osteoporose, a média de medicações usadas diariamente foi menor do que quando comparadas ao grupo que respondeu ter recebido orientações sobre a patologia (Tabela 2). O teste U de Mann-Whitney revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,001$), indicando que as mulheres que receberam orientações sobre osteoporose também são aquelas que tendem a tomar um maior número de medicações diariamente. Entre as participantes que responderam não ter recebido orientações sobre osteoporose, a maioria nunca realizou o exame de densitometria óssea (DMO). No grupo que recebeu orientações sobre a osteoporose, a proporção de realização de densitometria óssea foi significativamente maior. Ao todo, 77,81% nunca realizaram densitometria óssea, enquanto apenas 22,19% realizaram o exame.

Tabela 3. Desfecho associado às variáveis de interesse da pesquisa, Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil, 2024.

	Já recebeu orientação sobre osteoporose por algum profissional de saúde?		p-valor
	Não	Sim	
Idade MD (IIQ)	56,0 (16,0)	60,0 (12,3)	0,001**
A senhora já fez mamografia? N (%)	194 (63,8)	110 (36,2)	0,001*
Sim	70 (83,3)	14 (16,7)	
A senhora já fez ou faz tratamento para osteoporose? N (%)	4 (13,8)	25 (86,2)	
Sim, continua em tratamento	0 (0,0)	6 (100,0)	<0,001*
Sim, mas parou com orientação médica	3 (30,0)	7 (70,0)	
Sim, mas parou sem orientação médica	256 (74,9)	86 (25,2)	
Não			
Comparando sua saúde de hoje com a sua saúde há 01 ano atrás, a senhora diria que sua saúde está: N (%)	164 (74,6)	56 (25,5)	
Igual	48 (51,6)	45 (48,4)	<0,001*
Melhor	50 (69,4)	22 (30,6)	
Pior	22 (66,7)	11 (33,3)	
Não			
Quantas medicações diferentes a senhora toma diariamente? MD (IIQ)	2,0 (4,0)	3,0 (4,0)	<0,001**
A senhora já fez densitometria óssea alguma vez? N (%)	29 (34,1)	56 (65,9)	
Sim	235 (77,8)	67 (22,2)	0,001*
Não			

*Teste Qui-Quadrado; ** Teste U de Mann-Whitney ***

Fonte: Coleta de dados realizada pelos autores.

No grupo que recebeu orientações sobre osteoporose, a proporção de realização de densitometria óssea foi significativamente maior. Ainda na tabela 3, entre as mulheres que realizaram densitometria óssea, mais da metade relatou não saber tudo o que precisa sobre osteoporose. Apenas uma pequena parte afirmou ter conhecimento sobre o assunto. Em contraste, entre as entrevistadas que não realizaram o exame de densitometria óssea a maior parte respondeu não saber o suficiente. Portanto, a maioria das mulheres que não fez densitometria responde que não possui conhecimento suficiente sobre osteoporose.

A Tabela 4 analisou a relação entre a idade das entrevistadas, a existência de ao menos um fator de risco para osteoporose e a realização de exames preventivos, como a mamografia e a densitometria óssea. Os resultados indicam que, para mulheres com idade entre 50 e 64 anos com pelo menos um fator de risco para osteoporose, a adesão à mamografia foi alta enquanto a realização de densitometria foi significativamente menor. Esse dado é reforçado pelo p-valor igual 0,036, que revela uma diferença estatisticamente significativa entre a realização e a não realização da densitometria nessa faixa etária. Em contrapartida, não houve significância estatística em relação à mamografia, indicando que, independentemente da presença de fatores de risco para osteoporose ou da faixa etária, as mulheres

tendem a realizar este exame com maior frequência. Mulheres de 65 anos ou mais também apresentaram maior adesão à mamografia, enquanto a realização de densitometria foi baixa.

Tabela 4. Variável idade com pelo menos um fator de risco ou não, segundo mamografia e densitometria, Rondonópolis, MT/Brasil, 2024.

Idade N (%lin)	Mamografia		p-valor*	Densitometria		p-valor*
	Não	Sim		Não	Sim	
50 a 64 anos com fator	13 (10,40)	112 (89,60)	0,095	87 (69,60)	38 (30,40)	0,036
50 a 64 anos sem fator	12 (22,64)	41 (77,36)		46 (86,79)	7 (13,21)	
65 anos ou mais	17 (16,51)	86 (83,50)		66 (64,71)	36 (35,29)	

*Teste qui-quadrado; N = número de observações; lin% = frequência relativa (linha).

Fonte: autores, 2024.

4 DISCUSSÃO

A análise sociodemográfica da amostra de 405 participantes do estudo revelou um perfil diversificado, que oferece um contexto crucial para a compreensão do conhecimento e do manejo da osteoporose nessa população. A composição étnica das participantes reflete a diversidade racial do Brasil, com uma predominância de mulheres pardas, seguidas por brancas. Esses achados estão alinhados com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do IBGE, que reporta aproximadamente 46,8% da população brasileira se identificando como parda, 42,7% como branca, 9,4% como preta, 1,1% como amarela e 0,4% como indígena¹¹. Essa correlação indica que a amostra estudada é representativa da população brasileira em termos de diversidade étnica. A representatividade adequada é fundamental para o entendimento de como diferentes grupos raciais acessam os cuidados de saúde, especialmente em condições crônicas como a osteoporose. Santos Silva *et al.* expõem que minorias raciais frequentemente enfrentam maiores barreiras no acesso a serviços de saúde, o que pode influenciar tanto o reconhecimento do risco quanto o engajamento em práticas preventivas e terapêuticas¹². Portanto, esses dados reforçam a necessidade de estratégias de saúde pública que sejam culturalmente adaptadas para atender às diversas necessidades da população brasileira, como educação permanente dos profissionais, com enfoque em práticas baseadas em evidências.

No que concerne ao estado civil, a maioria das participantes do estudo eram casadas. Esse dado sugere um nível potencial de suporte social, que é um fator importante no contexto da saúde, pois o suporte familiar pode influenciar positivamente o acesso aos cuidados médicos e a adesão ao tratamento. Pluskiewicz *et al.*¹³, confirmam que o estado civil, particularmente ser casada, está associado a melhores resultados de saúde óssea e adesão ao tratamento para osteoporose. O suporte social proporcionado por um parceiro pode facilitar o acesso aos cuidados de saúde e melhorar a eficácia da terapia, refletindo a importância de considerar fatores sociodemográficos no manejo da

osteoporose. No entanto, o impacto específico do estado civil na adesão ao manejo da osteoporose ainda precisa ser investigado com mais detalhes para entender como essas dinâmicas sociais impactam a saúde óssea e a resposta ao tratamento.

Quanto aos arranjos familiares, 75,31% das participantes relataram viver com outras pessoas, enquanto 21,23% viviam sozinhas. O número médio de pessoas por domicílio foi de 2,38, o que indica lares predominantemente pequenos. A presença de familiares pode servir como um recurso importante para o apoio emocional e logístico, especialmente em casos de condições crônicas como a osteoporose. Porém, a conexão entre o suporte familiar e o manejo efetivo da doença ainda precisa ser mais bem explorada.

A análise das características reprodutivas das participantes encontrou que a maioria delas teve filhos e amamentou por um período médio de 18,3 meses. Esses fatores são clinicamente relevantes, pois a história reprodutiva e a amamentação estão diretamente ligadas à saúde óssea ao longo da vida. Segundo Xiao *et al.*¹⁴, amamentar por períodos moderados pode reduzir significativamente o risco de fraturas osteoporóticas, especialmente no quadril, devido ao efeito protetivo que a amamentação tem sobre a densidade mineral óssea. No entanto, o impacto da amamentação prolongada na saúde óssea é menos claro, pois os benefícios adicionais após períodos mais extensos não são evidentes. Isso sugere que, embora a amamentação tenha efeitos positivos sobre a saúde óssea, principalmente em períodos mais curtos, a relação entre a duração da amamentação e o risco de fraturas deve ser interpretada com cautela, uma vez que a proteção parece não aumentar significativamente com o tempo prolongado de amamentação. Esses achados destacam a necessidade de uma avaliação individualizada da duração da amamentação no contexto da saúde óssea, especialmente para mulheres em fases de risco elevado, como a pós-menopausa. Essa abordagem pode ajudar a otimizar estratégias de prevenção e manejo de fraturas osteoporóticas ao longo da vida. Além disso, 46,67% das entrevistadas relataram ter tido menarca entre os 9 e 12 anos, o que está alinhado com a média populacional brasileira¹⁵ e é um fator relevante para o desenvolvimento ósseo inicial. Segundo Yang *et al.*¹⁶, a idade da menarca está associada à densidade mineral óssea em mulheres pós-menopáusicas, indicando que uma menarca precoce pode contribuir para uma melhor saúde óssea ao longo da vida. Esse dado reforça a importância do início puberal na determinação da densidade óssea futura, evidenciando que a idade da menarca é um indicador crítico para a saúde esquelética.

A autopercepção de saúde entre as participantes foi, em grande parte, positiva, com 42,72% classificando sua saúde como boa e 36,79% como regular. Essa percepção de saúde pode impactar diretamente o comportamento de busca por cuidados e a adesão às recomendações médicas para prevenção da osteoporose. Um estudo indica que uma percepção positiva de saúde pode ser um

facilitador para o engajamento em comportamentos preventivos, como o uso de suplementos de cálcio e vitamina D e a prática de exercícios físicos¹⁷. No entanto, é essencial que essa percepção seja bem alinhada com a realidade dos riscos de saúde identificados para garantir uma adesão adequada ao manejo da osteoporose, evitando comportamentos complacentes. Uma revisão sistemática destacou que, embora o conhecimento sobre a osteoporose e a autopercepção de risco possam motivar comportamentos preventivos, muitos pacientes ainda têm lacunas significativas em seu entendimento sobre os fatores de risco e o manejo da doença, o que pode comprometer a eficácia das estratégias preventivas implementadas¹⁸.

Notavelmente, todas as participantes que interromperam o tratamento para a osteoporose o fizeram sem receber orientação médica, sugerindo que a continuidade do tratamento está fortemente associada à orientação profissional, destacando que o recebimento de orientações está associado a uma maior probabilidade de adesão ao tratamento para osteoporose. Essa associação ressalta a importância de um suporte adequado dos profissionais de saúde para garantir a continuidade do cuidado. Esses resultados enfatizam a necessidade de intervenções educacionais para melhorar o manejo da osteoporose, especialmente para mulheres que não recebem orientações adequadas. A diferença na adesão ao tratamento sugere que o aconselhamento profissional é um fator crítico para a continuidade do tratamento, reforçando a relevância de uma abordagem multidisciplinar no cuidado à saúde óssea.

Considerando que apenas 26,91% das entrevistadas receberam orientação de profissional médico sobre osteoporose e que as porcentagens de orientações por outros profissionais são ainda menores, é possível inferir que uma proporção significativa das entrevistadas não recebeu qualquer orientação sobre osteoporose. Especificamente, 65,43% das participantes não receberam orientação de nenhum profissional de saúde. Neste sentido, a predominância de orientações fornecidas por médicos destaca a necessidade de uma abordagem mais interdisciplinar para atender as diversas necessidades das pacientes, especialmente quando observamos que 89,87% das entrevistadas declararam que não sabiam sobre osteoporose ou que sabiam pouco e gostariam de informações adicionais.

Esta pesquisa, evidenciou uma diferença estatisticamente significativa entre receber orientações sobre osteoporose e uso de medicações diária sugerindo que as mulheres que receberam orientações sobre a osteoporose tendem a estar sob maior acompanhamento médico, o que pode resultar em uma prescrição mais robusta de tratamentos, tanto para a osteoporose quanto para outras condições associadas. Esse achado ressalta a importância de intervenções educativas contínuas, não apenas para informar as pacientes, mas também para garantir um cuidado mais abrangente e personalizado.

A variação no número de medicamentos utilizados também sugere diferenças substanciais nas necessidades de tratamento entre as participantes, refletindo condições de saúde variadas e distintos níveis de adesão aos tratamentos. Esse cenário sublinha a relevância de se compreender as práticas de polifarmácia na amostra, especialmente no contexto de condições crônicas como a osteoporose. Além disso, reforça-se a necessidade de um acompanhamento cuidadoso para minimizar os riscos potenciais associados ao uso de múltiplos medicamentos. Esses riscos podem ser mitigados por meio da educação não só da paciente, mas também de sua rede de apoio, o que é particularmente importante, considerando que 75,3% das entrevistadas relataram não viverem sozinhas. Esse suporte social pode desempenhar um papel crucial no manejo eficaz das condições crônicas e na adesão ao tratamento.

Os dados apresentados em relação à orientação profissional demonstram a importância dela para promover práticas preventivas e rastreio da osteoporose, como a realização da densitometria óssea. O aumento na adesão ao exame de densitometria óssea entre aquelas que receberam orientações sobre a osteoporose reforça a relevância do aconselhamento profissional no cuidado preventivo da doença, sugerindo que intervenções educativas podem ter um impacto positivo significativo na saúde das mulheres em risco.

Ao avaliar a relação entre a idade das entrevistadas, a presença de fator de risco para osteoporose e a realização de exames preventivos, como a mamografia e a densitometria óssea, os dados chamam atenção. Os resultados indicam que, para mulheres de 50 a 64 anos com pelo menos um fator de risco para osteoporose, portanto com indicação de realizar o exame de densitometria óssea (19), a adesão à mamografia foi alta (89,60%), enquanto a realização de densitometria foi significativamente menor (30,40%). Esse dado é reforçado pelo *p-valor* de 0,036, que revela uma diferença estatisticamente significativa entre a realização e a não realização da densitometria nessa faixa etária. Isso sugere uma possível lacuna no conhecimento sobre a importância da densitometria como método preventivo para mulheres com risco elevado de osteoporose. Em contrapartida, não houve significância estatística em relação à mamografia, indicando que, independentemente da presença de fatores de risco ou da faixa etária, as mulheres tendem a realizar este exame com maior frequência. Mulheres de 65 anos ou mais também apresentaram maior adesão à mamografia (83,50%), enquanto a realização de densitometria foi apenas de 35,29%, portanto não muito diferente do grupo anterior. Esses resultados destacam a necessidade de intervenções educativas focadas no aumento da conscientização sobre a importância da densitometria óssea, especialmente em populações com fatores de risco, para melhorar o rastreamento da osteoporose e, consequentemente, seu manejo preventivo.

A pesquisa evidenciou que a percepção de conhecimento adequado sobre osteoporose esteve associada à realização de densitometria óssea, sugerindo que as mulheres que realizaram o exame

podem estar mais engajadas no manejo e prevenção da osteoporose. Logo, motivadas por uma maior conscientização sobre os riscos e benefícios dos exames de rastreamento para osteoporose. Ainda nesta perspectiva, a maioria das mulheres que não fez densitometria sente que não possui conhecimento suficiente sobre osteoporose. Isso indica uma lacuna educacional significativa, sugerindo que estratégias para melhorar o conhecimento sobre a doença poderiam aumentar a adesão aos exames de densitometria óssea, e, consequentemente, melhorar o manejo preventivo.

Esses resultados destacam a importância de intervenções educativas que ampliem o conhecimento sobre osteoporose, especialmente em populações que ainda não realizaram exames preventivos. A relação entre a percepção do conhecimento e a realização de exames sugere que aumentar o entendimento sobre a doença pode ser um passo crucial para melhorar as taxas de rastreamento e, portanto, o manejo eficaz da osteoporose^{19,20}.

5 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que o cuidado com a osteoporose entre mulheres adultas e idosas em Rondonópolis, MT, ainda apresenta importantes lacunas. Observou-se que a maioria das participantes possui conhecimento limitado sobre a doença e que uma parcela significativa nunca recebeu orientações profissionais a respeito, refletindo em baixa adesão à densitometria óssea, mesmo entre aquelas com fatores de risco. Em contrapartida, as mulheres que receberam orientação em saúde demonstraram maior adesão ao tratamento e maior realização de exames preventivos, como a densitometria.

Esses resultados reforçam a necessidade de estratégias educativas contínuas tanto para profissionais quanto para as pacientes, a fim de ampliar a conscientização sobre fatores de risco, rastreamento e prevenção da osteoporose. Destaca-se o papel central dos profissionais de saúde nesse processo, pois sua atuação está diretamente associada ao engajamento das mulheres no cuidado e no acesso a exames preventivos.

Além disso, a baixa taxa de realização da densitometria óssea, em comparação com a elevada adesão à mamografia, revela um desafio específico para o rastreamento da osteoporose. Esse cenário aponta para a urgência de políticas públicas voltadas à prevenção da doença, de forma semelhante ao que já ocorre em outras condições prevalentes, garantindo acesso ampliado a informações e exames.

Conclui-se que intervenções educativas, associadas a políticas públicas consistentes, podem transformar o panorama da osteoporose no Brasil, promovendo detecção precoce, manejo adequado e melhor qualidade de vida para as mulheres.

REFERÊNCIAS

World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: report of a WHO study group [meeting held in Rome from 22 to 25 June 1992]. Geneva; 1994. p. 1–129.

Lin LP, Lai WJ, Hsu SW, Lin JD. Early Osteoporosis Risks and Associated Factors among Caregivers Working in Disability Institutions: IOF One-Minute Osteoporosis Risk Check. *Int J Environ Res Public Health.* 10 de maio de 2020;17(9):3319.

Rodrigues A, Romeiro C, Patrizzi L. Avaliação da cifose torácica em mulheres idosas portadoras de osteoporose por meio da biofotogrametria computadorizada. *Braz J Phys Ther.* junho de 2009;13(3):205–9.

Hiligsmann M, Kanis JA, Compston J, Cooper C, Flamion B, Bergmann P, et al. Health Technology Assessment in Osteoporosis. *Calcif Tissue Int.* 21 de julho de 2013;93(1):1–14.

Pinheiro MM, Reis Neto ET dos, Machado FS, Omura F, Yang JHK, Szejnfeld J, et al. Risk factors for osteoporotic fractures and low bone density in pre and postmenopausal women. *Rev Saude Publica.* junho de 2010;44(3):479–85.

Martini LA, Moura EC de, Santos LC dos, Malta DC, Pinheiro M de M. Prevalência de diagnóstico auto-referido de osteoporose, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica.* novembro de 2009;43(suppl 2):107–16.

Aziziyeh R, Amin M, Habib M, Garcia Perlaza J, Szafranski K, McTavish RK, et al. The burden of osteoporosis in four Latin American countries: Brazil, Mexico, Colombia, and Argentina. *J Med Econ.* 3 de julho de 2019;22(7):638–44.

SHAPIRO SS, WILK MB. An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika.* 1º de dezembro de 1965;52(3–4):591–611.

Siegel S, Castellan Jr. NJ. Estatística não-paramétrica para ciência do comportamento. 2º ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: URL <https://www.R-project.org/>; 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil: um olhar sobre a população e as condições de vida dos brasileiros. Rio de Janeiro; 2019.

Santos Silva L, da Conceição Barbosa RB, Lima JP, Castro-Alves J, Ribeiro-Alves M. Racial Inequalities in the Health Establishment Access to the Treatment of COVID-19 in Brazil in 2020. *J Racial Ethn Health Disparities.* 8 de janeiro de 2024.

Pluskiewicz W, Adamczyk P, Czekajło A, Grzeszczak W, Drozdowska B. Influence of education, marital status, occupation, and the place of living on skeletal status, fracture prevalence, and the course and effectiveness of osteoporotic therapy in women in the RAC-OST-POL Study. *J Bone Miner Metab.* 21 de janeiro de 2014;32(1):89–95.

Xiao H, Zhou Q, Niu G, Han G, Zhang Z, Zhang Q, et al. Association between breastfeeding and osteoporotic hip fracture in women: a dose-response meta-analysis. *J Orthop Surg Res.* 16 de dezembro de 2020;15(1):15.

Barros B de S, Kuschnir MCMC, Bloch KV, Silva TLN da. ERICA: age at menarche and its association with nutritional status. *J Pediatr (Rio J).* janeiro de 2019;95(1):106–11.

Yang Y, Wang S, Cong H. Association between age at menarche and bone mineral density in postmenopausal women. *J Orthop Surg Res.* 17 de janeiro de 2023;18(1):51.

Elgzar WT, Nahari MH, Sayed SH, Ibrahim HA. Determinant of Osteoporosis Preventive Behaviors among Perimenopausal Women: A Cross-Sectional Study to Explore the Role of Knowledge and Health Beliefs. *Nutrients.* 6 de julho de 2023;15(13):3052.

des Bordes J, Prasad S, Pratt G, Suarez-Almazor ME, Lopez-Olivo MA. Knowledge, beliefs, and concerns about bone health from a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *PLoS One.* 15 de janeiro de 2020;15(1):e0227765.

Morfeld JC, Venedey V, Müller D, Pieper D, Stock S. Patient education in osteoporosis prevention: a systematic review focusing on methodological quality of randomised controlled trials. *Osteoporosis International.* 24 de junho de 2017;28(6):1779–803.

Barańska A, Drop B, Religioni U, Dolar-Szczasny J, Malm M, Wdowiak K, et al. Assessment of Awareness and Knowledge about Osteoporosis in Relation to Health Prevention among Patients Treated in Osteoporosis Clinics. *J Clin Med.* 24 de setembro de 2023;12(19):6157.