Estudo de Melhoria Contínua da Qualidade

Impacto de uma intervenção na prescrição e realização de osteodensitometria por critério de idade

por Ana Luís Pereira[1], Catarina Vidinha[2], Luís Pinho Costa[3], Óscar Henriques[4], Sónia Marques Moreira[3]

1. Interna Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Salvador Machado (ACeS Entre Douro e Vouga II)
2. Interna Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Novo Sentido (ACeS Porto Oriental)
3. Internos Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Fânzeres (ACeS Gondomar)
4. Interno Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF Escariz (ACeS Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca)

RESUMO

Introdução: A osteoporose é um problema de saúde caraterizado por alteração da microestrutura óssea condicionando um risco aumentado de fratura, sendo esta uma importante causa de morbi-mortalidade. Segundo a norma nº001/2010 da Direção-Geral da Saúde, devem realizar osteodensitometria as mulheres com idade superior a 65 anos e os homens com idade superior a 70 anos sem fatores de risco que condicionem a sua antecipação.

Objetivos: O objetivo principal deste estudo é aumentar a prescrição e/ou realização de osteodensitometria segundo o referido critério de idade. Secundariamente, pretende-se monitorizar os custos da prescrição de osteodensitometrias.

Tipo de estudo: Estudo de melhoria contínua da qualidade.

Locais: Unidades de Saúde Familiar A, B, C e D da ARS Norte.

População: Todos os utentes do sexo feminino entre os 66 e os 70 anos e do sexo masculino dos 71 aos 75 anos, inscritos nas unidades supramencionadas.

Métodos: Procedeu-se a amostragem aleatória simples, tendo-se realizado um estudo piloto (janeiro de 2016), uma avaliação pré-intervenção (fevereiro de 2016) seguida de uma intervenção educacional, e uma avaliação pós-intervenção (outubro de 2016).

Resultados: A avaliação pré-intervenção aferiu um resultado insuficiente em todas as unidades, traduzido por menos de 50% dos utentes com uma osteodensitometria por critério de idade, sendo residual nos homens. Após a intervenção a proporção aumentou entre as mulheres de duas unidades, mantendo-se, no entanto, um resultado global insuficiente em todas as unidades.

Conclusão: A melhoria obtida ficou aquém do pretendido, o que poderá dever-se ao curto tempo de intervenção, controvérsias na evidência científica do rastreio e tratamento da osteoporose, sobretudo no homem, e priorização de intervenções em saúde mais custo-efetivas. Foi planeada uma reformulação da intervenção no próximo ciclo de melhoria da qualidade integrando a mais recente evidência sobre a prescrição de osteodensitometria apoiada no cálculo do risco fraturário a 10 anos.

Palavras chave: osteoporose; densitometria, garantia de qualidade dos cuidados de saúde.

INTRODUÇÃO

As equipas das Unidades de Saúde Familiar (USF) dos autores consideraram pertinente abordar a prescrição de osteodensitometria tendo em conta a epidemiologia da osteoporose e suas implicações na sociedade e, a perceção de que as recomendações para a sua prescrição não estariam a ser aplicadas nas suas Unidades, nomeadamente a Norma de Orientação Clínica da Direção Geral da Saúde (DGS) 001/2010: "Prescrição da Osteodensitometria na Osteoporose do Adulto".[1] Os dados epidemiológicos revelam que existem em Portugal mais de meio milhão de pessoas, sobretudo mulheres, com osteoporose, problema de saúde caracterizado por perda de massa óssea, alteração da microestrutura e fragilidade ósseas, associado a um risco aumentado de fratura.[1,2] Em termos de saúde pública, as complicações associadas, em particular as fraturas do fémur proximal, causam significativa morbi-mortalidade e elevados encargos sociais e económicos.[3] Torna-se, portanto, importante identificar indivíduos com risco aumentado de fratura(s) de fragilidade - resultante de traumatismo de baixo impacto - e que possam beneficiar de uma intervenção que minimize este risco. A estratificação de risco inclui o despiste de fatores de risco e a avaliação da Densidade Mineral Óssea (DMO), particularmente nas mulheres pós-menopáusicas e homens com idade superior a 50 anos.

Classificam-se como fatores de risco major a idade superior a 65 anos; fratura vertebral prévia; fratura de fragilidade depois dos 40 anos; história de fratura da anca num dos progenitores; corticoterapia sistémica com mais de 3 meses de duração; menopausa precoce; hipogonadismo; hiperparatiroidismo primário; e a propensão aumentada para quedas. Relativamente aos fatores de risco minor, estes definem-se por: artrite reumatoide; hipertiroidismo clínico; terapêutica crónica com antiepiléticos ou com heparina; baixo aporte de cálcio na dieta e consumo de mais de 3 chávenas de café por dia; tabagismo atual; consumo de mais de 3 unidades de

álcool por dia; índice de massa corporal menor do que 19 kg/m^2; perda de peso superior a 10% relativamente ao peso do indivíduo aos 25 anos; e imobilização prolongada.[1,2,4,5]

A técnica com resultados mais consistentes para avaliar a DMO é a osteodensitometria de dupla energia radiológica (*dual-energy X-ray absorptiometry - DEXA*). Este é o método padrão para o diagnóstico e seguimento da evolução dos doentes com osteoporose. As indicações para a sua prescrição encontram-se previstas na Norma de Orientação Clínica da DGS 001/2010: "Prescrição da Osteodensitometria na Osteoporose do Adulto".[1] A avaliação por osteodensitometria é realizada ao nível do fémur proximal e da coluna lombar, tendo em conta os valores absolutos da DMO e o índice T do colo do fémur, da anca total e da coluna lombar. A osteodensitometria do fémur proximal é a que oferece maiores garantias de precisão após os 65 anos. O índice T representa o número de desvios padrão acima ou abaixo da média de DMO. Este método tem assim valor prognóstico, permitindo avaliar o risco de fratura: a diminuição de um desvio padrão duplica o risco. A definição operativa de osteoporose, da Organização Mundial de Saúde, baseia-se nos valores da DMO no colo do fémur e usando como referência os valores da população feminina jovem, considerando-se: normal se $T \geq 1$; osteopenia se $-2{,}5 < T < 1$; osteoporose se $T \leq -2{,}5$; e osteoporose grave se $T \leq -2{,}5$ e fratura de fragilidade. [2,3,4,5,6]

A avaliação dos fatores de risco é independente da avaliação da DMO e constitui um importante preditor de fratura de fragilidade. Nesse sentido, existe uma ferramenta de avaliação do risco de fratura (*Fracture Risk Assessment Tool - FRAX*) que pode ser utilizada com ou sem conhecimento da DMO. Contudo, o resultado da osteodensitometria pode alterar a decisão terapêutica. À data da conceção do trabalho (2015) sabia-se que o tratamento da osteoporose devia ser considerado nos indivíduos com baixa DMO (índice de $T \leq -2{,}5$), assim como quando o cálculo de risco (FRAX) de fratura da anca fosse $\geq 3\%$ ou de risco a 10 anos de fratura major fosse $\geq 20\%$.[1,2,4,5,7,8,9] Nessa data, o FRAX ainda se encontrava em processo de validação em Portugal, pelo que esses limiares de intervenção eram os conhecidos nos países onde o FRAX já estava validado. A norma da DGS referia por isso que a utilização desta ferramenta não era ainda recomendada em Portugal, devendo ser considerados os fatores de risco supramencionados.

Verifica-se que não existe uma relação custo-benefício favorável para o rastreio na população geral, devido a baixa sensibilidade das diferentes técnicas de osteodensitometria (apesar da especificidade elevada).[1,2,5,6] Nesse sentido e de acordo com a norma supracitada, as indicações para a sua prescrição são: 1) mulheres com 65 ou mais anos e homens com 70 ou mais anos, sem outros fatores de risco; 2) as mulheres pós-menopáusicas com menos 65 anos e homens com idade superior a 50 anos se apresentarem 1 fator de risco major ou 2 minor e 3) as mulheres pré-menopáusicas e homens com idade inferior a 50 anos apenas se existirem causas conhecidas de osteoporose secundária ou fatores de risco major.

Tendo definido como prioridade a Norma da DGS 001/2010, as equipas pretendem com este trabalho dar resposta a uma necessidade comum às USF, de avaliar e melhorar a aplicação das recomendações sobre prescrição e realização de osteodensitometrias.[2,5,9] Em paralelo, os autores procuram monitorizar o impacto das medidas corretivas nos custos com estes exames nas unidades. Efetivamente, poderão ser identificados mais utentes com indicação para a sua realização, mas por outro lado, a sensibilização dos médicos para as indicações de prescrição poderá igualmente evitar pedidos sem justificação clínica.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de qualidade técnico-científica, com avaliação interna e retrospetiva da prescrição e/ou realização da osteodensitometria de acordo com as recomendações, por critério de idade, constantes da Norma da DGS 001/2010. Para tal, foram selecionadas amostras aleatórias de utentes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 66 e os 70 anos, e de utentes do sexo masculino com idades compreendidas entre os 71 e os 75 anos, inscritos nas USF A, USF B, USF C e USF D (critérios de elegibilidade). Nesse sentido, foram avaliadas todas as prescrições de todos os médicos de família das mencionadas unidades, assim como os registos de exames já realizados pelos utentes. A idade mínima foi assim estabelecida dado que a primeira consulta após a idade alvo pode acontecer decorridos vários meses; adicionalmente, considerando a data de publicação da Norma da DGS 001/2010, estabeleceu-se como limite etário superior os 70 anos nas mulheres e os 75 anos nos homens. O protocolo de revisão do processo clínico eletrónico estabeleceu que, para cada utente elegível, fosse verificado se foi prescrita e/ou realizada uma osteodensitometria de fémur após os 65 anos na mulher e após os 70 anos no homem. Foram consultados os "pedidos de MCDT" em SClínico para identificação das osteodensitometrias de fémur prescritas, bem como o "registo do resultado de MCDT" com vista à identificação de osteodensitometrias realizadas por prescrição através de outros sistemas informáticos (por exemplo em consulta hospitalar).

A colheita de dados compreendeu 3 fases: estudo piloto, avaliação pré-intervenção e avaliação pós-intervenção. No estudo piloto recorreu-se à análise do processo clínico eletrónico de 30 utentes do sexo feminino e 30 utentes do sexo masculino do universo de utentes de cada USF em estudo, de acordo com os critérios de

elegibilidade. Recorreu-se a listagens de dezembro de 2015, retiradas do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), para efeitos de amostragem. O tamanho amostral mínimo das fases seguintes foi calculado, com recurso ao Epi Info™, para cada sexo e por forma a detetar aumento de pelo menos 25% na proporção de osteodensitometrias prescritas e/ou realizadas, assumindo um nível de significância de 5%, poder de 80% e razão de tamanho amostral de 1:1, e simulando vários cenários de proporção inicial de acordo com o valor obtido em cada unidade no estudo piloto (quadro I).

	Homens 71-75 anos				Mulheres 66-70 anos			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Tamanho da população	78	270	246	244	147	404	408	380
Proporção de utentes com osteodensitometria no teste piloto	3,3%	0%	0%	3,3%	36,7%	6,7%	10,0%	16,7%
Tamanho amostral mínimo*	40	34	34	40	70	46	51	59
Tamanho amostral obtido	40				70			

Quadro I. Cálculo do tamanho amostral.
Legenda: *Tamanho amostral necessário para detetar diferenças estatisticamente significativas, de pelo menos 25%, entre a proporção pré- e pós-intervenção, com nível de significância de 5%, poder de 80% e razão de tamanho amostral de 1:1, assumindo como valor populacional basal a proporção obtida no teste piloto.

A avaliação pré-intervenção, decorreu em fevereiro de 2016 e foi escolhido o maior tamanho amostral - 70 mulheres e 40 homens aleatorizados das listagens de dezembro de 2015 retiradas do MIM@UF. A avaliação pós-intervenção, decorreu em novembro de 2016, com análise de nova amostra com as mesmas dimensões da avaliação pré-intervenção e usando listagens do MIM@UF de setembro de 2016.
As equipas definiram como indicador principal a proporção de utentes, de cada sexo, com osteodensitometria prescrita e/ou realizada por critério de idade, na ausência de diagnóstico prévio de osteopenia ou osteoporose, em mulheres com 66 a 70 anos e homens com 71 a 75 anos. Este indicador é uma medida de processo escolhido pela exequibilidade de comparação de desempenho. Seria desejável que a proporção estipulada se aproximasse dos 100%, aceitando-se como meta mínima os 50%.
Adicionalmente, dado que o custo é uma variável importante no esforço de mudança, a equipa propôs-se a monitorizar o custo médio mensal com exames de osteodensitometria antes e após a intervenção.
Todos os dados para as medidas de qualidade foram obtidos a partir de revisão do processo clínico eletrónico, em SClínico, e do MIM@UF para os custos e listagens de utentes. Os investigadores desenvolveram um protocolo estandardizado de revisão do processo clínico eletrónico e respetiva folha de recolha de dados (formato Microsoft Excel®), os quais foram refinados por meio do teste piloto. Durante o período de abstração de dados piloto, 5% dos casos foram selecionados aleatoriamente (dois homens e duas mulheres, por USF) para, após anonimização, ser realizada abstração independente por cada investigador, no sentido de calcular a reprodutibilidade da estratégia implementada.
O desempenho no indicador principal foi quantificado pela divisão do número de utentes com osteodensitometria na idade alvo. Os critérios de inclusão no numerador são: ter osteodensitometria prescrita e/ou realizada após os 65 anos, se mulher, ou após os 70 anos, se homem; e ausência de osteodensitometria prévia reveladora de osteopenia ou osteoporose. Os critérios de inclusão no denominador são: sexo feminino e completado 66 a 70 anos, ou sexo masculino e completado 71 a 75 anos; ter pelo menos um registo de consulta médica nessas idades.
Monitorizou-se o diferencial dos custos médios mensais com exames de DEXA (PVP) faturados nos períodos pré e pós-intervenção, em cada unidade.
O estudo comparou a proporção de utentes, de cada sexo, com osteodensitometria prescrita e/ou realizada por critério de idade antes e depois da implementação da estratégia definida pelas equipas. Para a análise dos dados recorreu-se a estatística descritiva e inferencial (teste de Qui-quadrado e teste exato de Fisher), para o nível de significância estatística de 0,05, com recurso a Google *Sheets* e calculadora online para os testes estatísticos. Na hipótese nula não se verifica diferença na proporção de osteodensitometrias cumpridoras dos critérios estabelecidos, antes e depois da intervenção.
Em todas as USF foram acordados em reunião prévia à implementação do protocolo o uso de padrões de qualidade para interpretação dos resultados do indicador principal, tendo as equipas definido e aceite o seguinte padrão: "muito bom, se resultado superior a 75%", "bom, entre 50 e 74%" e "insuficiente, se resultado inferior a 50%". As equipas optaram por manter o padrão ao longo do trabalho, dado julgarem-no o balanço mais adequado para a atual fase de desenvolvimento organizacional das equipas.

Sabendo que os profissionais de saúde são constantemente pressionados com informações e tarefas não assistenciais, as equipas consideraram que a apresentação em reunião de serviço do diagnóstico de situação e da evidência científica subjacente à prescrição de osteo-

densitometria, seria uma forma eficaz de sensibilizar os médicos para esta temática. A intervenção subsequente acordada por consenso da equipa foi programada em 3 momentos, segundo a descrição no quadro II.

Medidas	Com que objetivo?	Quem?	Para quem?	Como?	Com que frequência?	Onde?
Apresentação teórica	Fundamentação científica para os objetivos propostos	Autores	Médicos das USF	Apresentação oral com suporte informático	Uma vez	Reunião de Serviço para a equipa médica
Panfleto sobre Osteoporose	Fundamentação teórica	Autores	Utentes das USF	Disponibilização no período da intervenção	6 meses	Sala de espera das USF
Emails aos médicos das Unidades	Fundamentação teórica e sensibilização	Autores	Médicos das USF	*Emails*	De 15 em 15 dias	Correio eletrónico

Quadro II. Descrição da intervenção.

Unidade funcional	Pré-intervenção		Pós-intervenção	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
USF A	72,9 (±1,6)	67,9 (±1,4)	73,0 (±1,4)	67,8 (±1,5)
USF B	73,0 (±1,4)	68,1 (±1,9)	72,7 (±1,3)	68,0 (±1,5)
USF C	73,0 (±1,5)	67,8 (±1,5)	72,7 (±1,4)	68,1 (±1,6)
USF D	72,5 (±1,2)*	68,2 (±1,3)	73,1 (±1,3)*	68,0 (±1,4)

Quadro III. Descrição da idade dos participantes nas pré e pós-intervenção, por sexo e por unidade funcional. **Legenda:** *estatisticamente significativo.

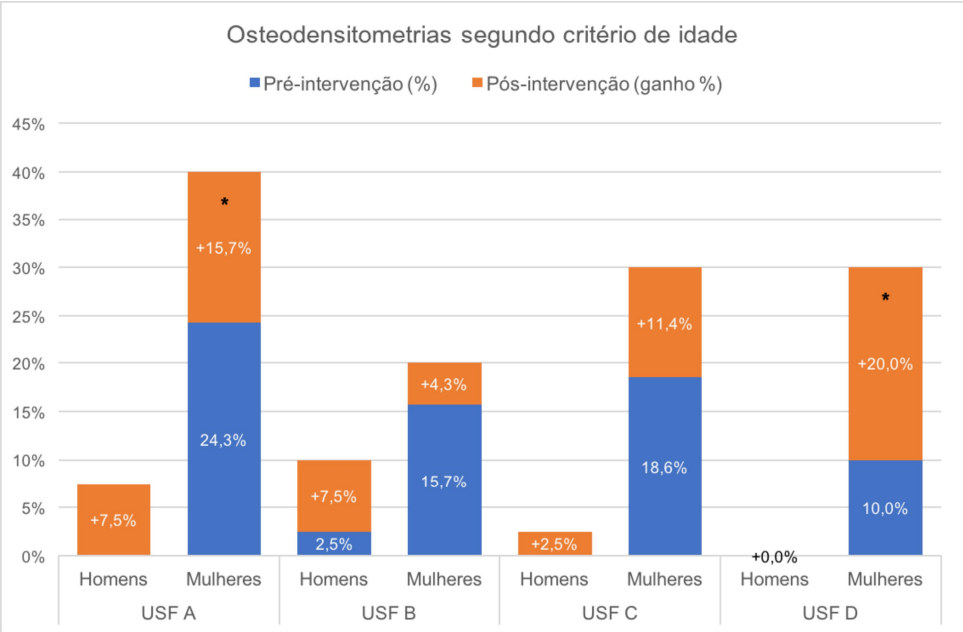

Gráfico 1. Proporção de utentes, de cada sexo, com osteodensitometria prescrita e/ou realizada por critério de idade, na ausência de diagnóstico prévio de osteopenia ou osteoporose, em mulheres com 66 a 70 anos e homens com 71 a 75 anos, nas fases pré-intervenção e pós-intervenção. **Legenda:** * estatisticamente significativo.

O envio quinzenal de email pretendeu reforçar a intervenção inicial e relembrar a importância da prescrição. As apresentações a realizar foram da responsabilidade dos autores que integram as respetivas unidades. O panfleto visou que mais utentes discutissem, por sua iniciativa, a pertinência da realização da osteodensitometria com o seu médico.

Os autores assumem o respeito pela confidencialidade e anonimato dos dados utilizados. Adicionalmente garantiram a inexistência de qualquer interferência no funcionamento das USF e nos cuidados prestados aos utentes, durante o período de estudo. A realização deste estudo contou com o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, em reunião de 12/01/2016 (parecer nº 03/2016).

RESULTADOS

No estudo piloto a proporção de utentes com osteodensitometria por critério de idade variou entre 0% (USF B e C) e 3,3% (USF A e D) nos homens e entre 6,7% (USF B) e 36,7% (USF A) nas mulheres. Além de informar o cálculo do tamanho amostral das fases seguintes, estes resultados indiciaram uma assimetria entre unidades, sendo classificados como insuficientes à luz do padrão de qualidade definido pelas equipas. Os resultados da avaliação inter-observador não revelaram quaisquer avaliações discordantes, isto é, um observador atribuir uma categoria diferente do segundo observador.

A distribuição por idade e USF, dos participantes nas fases pré e pós-intervenção encontram-se explanadas no quadro III. Verificamos que não há diferenças estatisticamente significativas, de idade, entre as amostras pré e pós-intervenção, exceto nos homens na USF D (em média meio ano mais velhos na avaliação pós-intervenção).

A proporção de homens e mulheres nas idades alvo com osteodensitometria prescrita e/ou realizada por critério de idade encontra-se sumarizada no gráfico 1.
Tendo em conta os resultados apresentados no Gráfico 1, verifica-se que a proporção de utentes de todas as USF, com osteodensitometria prescrita e/ou realizada por critério de idade, é inferior a 50%, o que se interpreta como sendo um resultado global insuficiente. Adicionalmente, constata-se que essa proporção de prescrição é mais elevada nas mulheres, sendo reduzida nos homens. São ainda discerníveis assimetrias entre as USF.
Verificaram-se ganhos estatisticamente significativos na USF A e D para o sexo feminino. (Quadro IV)

Unidade funcional	Variação da proporção de utentes com osteodensitometria	
	Masculino	Feminino
USF A	+7,5% [-0,8%; +15,8%]	+15,7% [+0,2%;+31,2%]
USF B	+7,5% [-3,1%;+18,1%]	+4,3% [-8,4%;+17,0%]
USF C	+2,5% [-2,4%;+7,4%]	+11,4 % [-2,8%;+25,6%]
USF D	+0% [-0%;+0%]	+20,0% [+6,8%;+33,3%]

Quadro IV. Impacto da intervenção na prescrição e/ou realização de osteodensitometria por critério de idade, por sexo e por unidade funcional.

No referente à análise dos custos com a prescrição de osteodensitometria, os dados foram obtidos a partir do MIM@UF para os anos de 2015 (total) e de 2016 (dados de fevereiro a setembro de 2016). Os dados foram colhidos em fevereiro de 2016 e novembro de 2016, respetivamente. Foram incluídos todos os médicos das unidades em apreço de forma a serem contabilizados todos os custos. Estes resultados encontram-se disponibilizados no quadro V.

	Custo mensal Pré-intervenção	Custo mensal Pós-intervenção	Diferença do custo mensal
USF A	101,9 €	145,6 €	+43,7 €
USF B	123,5 €	194,9 €	+71,3 €
USF C	20,9 €	296,2 €	+275,3 €
USF D	148,5 €	265,3 €	+116,7 €

Quadro V. Análise dos custos médios mensais, em euros (€), da prescrição de osteodensitometrias.

DISCUSSÃO

No ponto de partida para este trabalho esteve a opinião das equipas de que face aos riscos e complicações associadas a fraturas osteoporóticas, era fundamental a sensibilização dos clínicos e utentes para as indicações da prescrição da osteodensitometria. As equipas esperavam que a sensibilização dos médicos para a evidência científica existente e vantagens da prescrição de osteodensitometria em idades-chave contribuísse para um aumento da frequência da prescrição da osteodensitometria por critério de idade, com vista ao atingimento da meta mínima de 50% dos utentes.
Esta metodologia teve por base o facto de os médicos serem os principais agentes de modificação da prescrição de meios complementares de diagnóstico. No entanto, a perceção dos autores, foi que o tempo de intervenção não foi suficientemente longo para se observar um aumento mais significativo na prescrição de osteodensitometrias, bem como as metodologias adotadas na intervenção educacional poderiam ser aperfeiçoadas no sentido de incluir a recente evidência científica, nomeadamente os limiares de custo-eficácia para realização de osteodensitometria e a instituição de terapêutica para a prevenção das fraturas de fragilidade adaptados à população portuguesa.[10] Apesar de existir alguma controvérsia nas *guidelines* internacionais e o facto da norma da DGS datar de 2010/11, a recente definição dos limiares de avaliação, com recurso ao FRAX® Portugal, poderá otimizar a prescrição de osteodensitometria, que deve ser realizada quando existe uma probabilidade razoável de alterar a decisão terapêutica. No sexo masculino, a evidência de ganhos em saúde com estas atitudes diagnósticas e terapêuticas, são mais escassas, motivo que pode justificar a menor proporção de prescrição de osteodensitometrias. Outro fator limitante são os custos associados à prescrição sistemática de osteodensitometria, o que poderá direcionar os médicos para problemáticas e intervenções que considerem mais custo-efetivas, tendo em conta as crescentes exigências para a gestão judiciosa dos recursos, traduzidas nos indicadores de eficiência contratualizados pelas unidades. Adicionalmente, seria interessante avaliar se as prescrições das osteodensitometrias solicitadas estiveram estritamente na dependência do critério de idade ou se foram identificados outros fatores de risco major e minor.

Os fatores supramencionados explicam muito provavelmente o impacto limitado da intervenção delineada. Por outro lado, o tamanho amostral foi calculado na premissa de se detetarem ganhos de pelo menos 25%, o que se verificou nas mulheres das unidades A e D. Nos restantes casos ou efetivamente não há diferença ou o estudo não teve poder suficiente para a detetar. A assimetria entre sexos deverá estar intimamente relacionada com as dúvidas prevalecentes sobre os ganhos de saúde, mais agudizadas no sexo masculino. Já as assimetrias entre unidades serão resultado de diferentes sensibilidades dos médicos prescritores para os argumentos

delineados.
Na USF A, o ganho na proporção de mulheres com osteodensitometria por critério de idade acompanhou-se de um aumento dos custos, mas menor que nas outras unidades estudadas. Uma razão apontada para este resultado é a discrepância no número de utentes abrangidos, já que a unidade A tem cerca 6000 utentes e as restantes têm cerca de 13000. Outra explicação poderá ser a de que os médicos dessa Unidade centraram a prescrição de osteodensitometria nos critérios de idade estabelecidos. Pelo contrário na Unidade C obteve-se um aumento dos custos, sem repercussão nos resultados do Indicador principal, possivelmente porque as osteodensitometrias foram prescritas por outros critérios clínicos (por exemplo, acompanhamento de utentes com osteoporose/osteopenia, utentes com osteoporose já medicada, utentes com fatores de risco que justifiquem a antecipação do exame). A esse respeito refira-se que a opção de excluir os utentes com osteopenia/osteoporose do presente estudo é justificada com base na necessidade de acompanhamento densitométrico distinto. Na continuidade deste trabalho as equipas pretendem manter a meta mínima inicialmente proposta de que sejam prescritas e/ou realizadas osteodensitometrias a 50% dos utentes elegíveis, mas, agora, excetuando os casos em que o cálculo do risco fraturário a 10 anos dispense a realização desse exame, de acordo com os limiares que, entretanto, foram validados para a população Portuguesa. A intervenção deverá prolongar-se por um mínimo de 12 meses até à reavaliação, através de medidas de sensibilização científica e teórica similares às da intervenção inicial mas focando a recente publicação da FRAX®Port, nomeadamente os limiares de intervenção, farmacológica e osteodensitométrica validados para a população Portuguesa, bem como a incidência estimada das fraturas osteoporóticas em cada lista de utentes (e quantas serão "poupadas" com o rastreio e tratamento da osteoporose). Uma medida adicional será a disponibilização aos clínicos de hiperligação para a ferramenta de cálculo FRAX®Port. A intervenção deverá ser implementada pelas equipas de cada USF ao longo do ano de 2017. Caso não se atinjam novamente as metas, as equipas deverão repensar e enquadrar este trabalho nas diferentes áreas com necessidades de intervenção, mobilizando os esforços de melhoria para as áreas tidas como prioritárias.

Concluindo, os autores consideram que a melhoria obtida ficou aquém da meta mínima (50%) pretendida pelas equipas, pelo que o prosseguimento deste trabalho de melhoria da qualidade beneficiaria de uma redefinição e prolongamento da intervenção nos próximos ciclos, incorporando evidência científica que melhor sustente os ganhos em saúde obtidos com a prescrição de osteodensitometria apoiada no cálculo do risco fraturário a 10 anos. Por outro lado, na observação dos utentes em idade elegível nas consultas dedicadas a outras atividades específicas, poderão ficar para segundo plano procedimentos não avaliados em indicadores contratualizados; assim, a implementação de consultas de vigilância especificamente dedicadas à prevenção das síndromes geriátricas e a contratualização de indicadores relacionados, poderia contribuir para a melhoria dos resultados de prescrição de osteodensitometria.

BIBLIOGRAFIA

1. Direção-Geral da Saúde. Norma 001/2010, de 30/09/2010: Prescrição da Osteodensitometria na Osteoporose do Adulto.
2. Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Cooper C, Rizzoli R, Reginster J-Y. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporos Int. 2013 Jan;24(1):23-57.
3. Branco JC, Felicíssimo P, Monteiro J. A epidemiologia e o impacto socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur- uma reflexão sobre o padrão actual de tratamento da osteoporose grave. Acta Reumatol Port. 2009;34(3):475-85.
4. Tavares V, Canhão H, Gomes JAM, Simões E, Romeu JC, Coelho P, et al. Recomendações para o Diagnóstico e Terapêutica da Osteoporose. Acta Reumatol Port. 2007;32:49-59.
5. Kleerekoper M, Rosen CJ, Schmader KE. Screening for osteoporosis. Available from: UpToDate, Post, Ted (Ed), UpToDate, Waltham, MA; 2015 [cited 2015 Aug 31].
6. Lewiecki EM, Rosen CJ, Mulder JE. Overview of dual -energy x-ray absorptiometry. Available from: UpToDate, Post, Ted (Ed), UpToDate, Waltham, MA; 2015 [cited 2015 Aug 31].
7. Unnanuntana A, Gladnick BP,Donnelly E, Lane JM. The Assessment of Fracture Risk. J Bone Joint Surg Am. 2010 Mar;92(3):743–53.
8. Marques A, Mota A, Canhão H, Romeu JC , Machado P, Ruano A. A FRAX model for the estimation of osteoporotic fracture probability in Portugal. Acta Reumatol Port. 2013;38:104-12.
9. Direção-Geral da Saúde. Norma 027/2011, de 29/09/2011: Tratamento Farmacológico da Osteoporose Pós-menopáusica.
10. Marques A, Rodrigues AM, Romeu JC, Ruano A, Barbosa AP, Simões E, et al. Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade. Rev Port Med Geral Fam. 2016;32:425-41.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses.