Estudo de Melhoria Contínua da Qualidade

Requisição de GGT em consulta de saúde de adultos

por Patrícia Borges Fernandes[1], Pedro Teixeira[2], Rita Mendes[3]

1. Médica interna de formação específica de MGF na USF São Bento, USF São Bento, ACeS Grande Porto II - Gondomar
2. Médico interno de formação específica de MGF na USF Renascer, ACeS Grande Porto II - Gondomar
3. Médica interna de formação específica de MGF na USF São João, ACeS Entre o Douro e Vouga II - Aveiro Norte

RESUMO

Introdução: A Gama-Glutamiltransferase (GGT) é uma enzima de colestase, mas, devido à localização difusa no organismo, o seu aumento no sangue é pouco específico. Atualmente, continua a ser dos exames mais prescritos, ainda que sejam poucas as indicações consensuais. O objetivo deste trabalho foi melhorar a qualidade técnico-científica das requisições de GGT, diminuindo o número de prescrições desnecessárias e aumentando o registo das justificações aquando do pedido.

Tipo de estudo: Estudo de melhoria contínua da qualidade.

Local: Unidades de Saúde Familiar Renascer, São Bento e São João.

População: Utentes inscritos nessas unidades, que frequentaram a consulta de Saúde de Adultos.

Métodos: Calculou-se uma amostra aleatória e representativa, para cada médico, dos utentes que frequentaram a consulta de Saúde de Adultos entre março e abril de 2014 (primeira avaliação) e fevereiro e março de 2015 (segunda avaliação); verificou-se a quem foi pedida GGT e respetiva justificação clínica, baseada na Norma de Orientação Clínica da Direção-Geral da Saúde número 069/2011. Definiram-se padrões de qualidade, metas e um plano de intervenção educacional e estrutural.

Resultados: A primeira avaliação identificou 1666 requisições de análises, com GGT em 33,6% dos casos, sendo que 8,6% destes apresentavam justificação válida para essa requisição. A segunda avaliação apurou 1089 pedidos de análise, 17,4% dos quais com GGT. Destes, 11,0% possuíam justificação válida. A redução do número de requisições foi estatisticamente significativa ($p<0,001$), ao contrário do aumento das justificações ($p=0,31$). Estes resultados correspondem a padrões de qualidade "mau" (diminuição <20% de GGT/análises de sangue pedidas e <20% com justificação).

Conclusões: Após intervenção educacional, verificou-se um decréscimo significativo no número de requisições. Contudo, a diferença entre os pedidos de GGT e o número total de justificações válidas não permitiu atingir o padrão "razoável" (20-49%), o que poderá dever-se a justificações clínicas demasiado restritas e à análise através de registos clínicos.

Palavras-chave: gama-Glutamiltransferase (GGT); qualidade

INTRODUÇÃO

A Gama-Glutamiltransferase (GGT) é uma enzima que se encontra na membrana celular de diversos tecidos (rins, vias biliares, pâncreas, fígado, intestino e cérebro).[1] Face a tal ubiquidade, a elevação da sua concentração no sangue é pouco específica[2], sendo a sua utilização cada vez mais contestada. Estima-se que a elevação das enzimas hepáticas possa estar presente em 1 a 4% das pessoas assintomáticas, não representando, na maioria desses casos, patologia hepática clinicamente significativa.[2,3,4] Assim, qualquer pedido de GGT deve ser feito de forma dirigida e baseada na suspeita clínica de doença hepática, e nunca de modo rotineiro ou como rastreio.[4]

Uma elevação de GGT pode, porém, relacionar-se com o consumo excessivo de álcool e, por este motivo, é uma ferramenta útil no seguimento dos doentes com abuso crónico do álcool. Para além disso, nos casos em que a Fosfatase Alcalina (FA) está elevada, o valor analítico da GGT torna-se importante para confirmar se a origem é hepatobiliar. Outra aplicabilidade possível da GGT é na monitorização do efeito hepatotóxico de alguns fármacos. Na Norma de Orientação Clínica da Direção-Geral da Saúde (DGS) número 069/2011, "Prescrição da gama-glutamiltransferase"[3], estão reunidas as indicações para requisição de GGT: a) avaliação e monitorização do abuso de ingestão alcoólica; b) deteção e monitorização de lesão hepática, desencadeada por fármacos hepatotóxicos; c) diagnóstico diferencial entre origem hepática ou extra-hepática, quando o valor da FA se encontra elevado e o diagnóstico não é óbvio.

Apesar do número reduzido de indicações para a requisição de GGT, este é ainda um dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) mais prescritos nas Unidades de Saúde Familiar

(USF) dos autores. De acordo com dados obtidos através do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MiM@UF®), no primeiro semestre de 2014, a GGT encontrava-se na nona posição dos MCDT mais prescritos nas USF São Bento e Renascer e na décima na USF São João. Cada requisição de GGT implica um custo de 1,60€, com uma taxa moderadora de 0,50€. Ou seja, as 4734 requisições de GGT efetuadas nesse semestre corresponderam a um total de 6459€. Este é apenas o custo direto da prescrição, pois é necessário ter em conta que um valor de GGT alterado leva, com frequência, a uma investigação clínica complementar e, consequentemente, à prescrição de mais MCDT que, em muitos casos, se irão repetir periodicamente. A estes custos indiretos, acresce ainda o maior número de consultas requeridas, com o óbvio consumo de recursos humanos. Por outro lado, esta situação pode também condicionar ansiedade e preocupação nos utentes, na maioria das vezes desnecessárias.

Portanto, este trabalho pretendeu estudar e melhorar a qualidade técnico-científica da requisição de GGT aos utentes que recorrem à consulta de Saúde de Adultos, dos médicos das USF dos autores, diminuindo o número de prescrições desnecessárias e aumentando o registo das justificações válidas para o seu pedido.

MÉTODOS

Este trabalho corresponde a um estudo de melhoria contínua da qualidade, cuja dimensão analisada foi a qualidade técnico-científica da requisição de GGT. Trata-se de um estudo transversal, que contemplou uma avaliação inicial, interna e retrospetiva, com análise descritiva simples; a elaboração de um padrão de qualidade e definição de metas por parte das equipas das USF; uma intervenção educacional e estrutural e, por fim, uma reavaliação, com nova análise estatística dos resultados.

A população do estudo englobou os utentes inscritos nas USF Renascer e São Bento, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Gondomar, e na USF São João, do ACeS Aveiro Norte, que frequentaram a consulta de Saúde de Adultos do seu Médico de Família (MF), nos períodos em análise. A primeira avaliação foi referente ao período de março a abril de 2014 e a reavaliação, ao período de fevereiro e março de 2015. Em ambas foi usado o mesmo conjunto de procedimentos, tendo-se incluído apenas os utentes dos médicos que realizaram consultas nos dois períodos do estudo.

Através da plataforma MiM@UF® identificou-se a população em estudo. Listaram-se e aleatorizaram-se os dados recolhidos, utilizando o programa Microsoft Excel 2007®. Posteriormente, realizou-se uma amostra seletiva de base institucional, recorrendo à ferramenta Raosoft®, e calculou-se uma amostra dos utentes de cada médico que frequentaram essa consulta, com intervalo de confiança de 95% e distribuição de 50%. Por defeito inerente ao programa MiM@UF®, as listagens obtidas dos utentes frequentadores da consulta de Saúde de Adultos incluíram também os frequentadores da Consulta Aberta. Não foi excluído qualquer utente das listas obtidas.

De seguida, com recurso ao Sistema de Apoio ao Médico (SAM®), e utilizando o número operacional, pesquisou-se a requisição de estudo analítico, com ou sem análise de GGT, em cada utente da amostra. Nos casos em que houve requisição de GGT, averiguou-se a justificação clínica para esse pedido. Foi considerado como critério de qualidade o registo de justificação de acordo com as indicações expressas na norma da DGS número 069/2011.[3] Essas justificações podiam constar em texto livre na ficha da consulta ou através dos seguintes códigos da Classificação Internacional dos Cuidados de Saúde Primários, segunda edição (ICPC-2), na lista de antecedentes ou na ficha da consulta: "A85 - Efeitos secundários de um fármaco"; "P15 - Abuso crónico do álcool"; e "P16 - Abuso agudo do álcool". Aceitaram-se ainda os códigos "A91 - Investigação com resultados anormais NE", desde que com registo de informação complementar referente à alteração do valor da FA e à necessidade de estabelecer um diagnóstico diferencial; e o "D97 - Doença de fígado NE", com informação referente a lesão hepática desencadeada por fármacos hepatotóxicos.

Os dados colhidos foram registados e tratados estatisticamente em Microsoft Excel 2007®. Calcularam-se os intervalos de confiança e os respetivos valores de p para diferenças de proporções entre duas amostras independentes.

Nas reuniões onde foram apresentados os dados da primeira avaliação, todas as equipas foram unânimes em estabelecer o seguinte padrão de qualidade técnico-científica para as requisições de GGT, tendo em conta a proporção, sobre a forma de percentagem arredondada à unidade, entre o número de requisições de GGT com justificação clínica válida e o número total de requisições de GGT: "Mau: <20%"; "Razoável: 20-49%"; "Bom: 50-80%"; "Muito Bom: >80%". Foi ainda estabelecido outro critério, referente à diferença entre o número de requisições de GGT sobre o número total de análises pedidas, em ambas as ava-

liações, tendo sido utilizados os mesmos intervalos para a classificação. Foi definido pelas equipas que o padrão "Razoável: 20-49%" seria a meta a atingir na segunda avaliação, para os dois critérios em avaliação. Posteriormente, após discussão com equipa, procedeu-se à definição de diferentes estratégias de intervenção que se pensaram ser as mais adequadas para resolver as causas dos problemas encontrados e que se encontram descritas com pormenor na secção resultados. Estas intervenções foram realizadas pelos autores e dirigidas às equipas médicas de todas as USF envolvidas.

Com o objetivo de assegurar a qualidade da recolha e do registo dos dados, os autores reuniram e treinaram em conjunto esses procedimentos, durante a fase de planeamento.

Os autores garantem o anonimato e confidencialidade dos dados colhidos e tratados. Todos os médicos das USF incluídas foram informados e aceitaram participar, tendo o coordenador de cada USF, em representação dos médicos, preenchido e assinado a respetiva autorização, que ficou registada nas atas das diferentes reuniões de serviço. 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 06/01/2015 (parecer nº 01/2015).

Os autores assumem o financiamento de todas as despesas decorrentes deste trabalho, no total de 166 euros.

	USF1		USF2		USF3		Total	
	1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação
Número de médicos	5		8		8		21	
População	3211	1926	3471	3405	3745	3887	10427	9218
Amostra (n)	1205	965	1601	1604	1674	1718	4480	4287

Quadro I. **População e amostra estudada**

RESULTADOS

O estudo englobou a análise inicial (primeira avaliação) de 4480 utentes e a reavaliação (segunda avaliação) de 4287 utentes (Quadro I). Na primeira avaliação, verificou-se que foi pedido estudo analítico a 1666 utentes, dos quais 559 incluíam o pedido de GGT (33,6%). Na reavaliação, dos 1089 utentes a quem foi pedido estudo analítico, 190 incluíram o pedido de GGT (17,4%) (Figura 1). Assim, ocorreu uma diminuição global de 16,1% na requisição de GGT, diferença que foi estatisticamente significativa (IC 95% [0,129; 0,193], p<0,001).

Para além disso, todas as USF, individualmente, registaram uma diminuição estatisticamente significativa. Na USF1 verificou-se uma diminuição de 16,0% (IC 95% [0,086; 0,234]), na USF2 de 10,5% (IC 95% [0,031; 0,179]) e na USF3 de 21,2% (IC 95% [0,17; 0,254]).

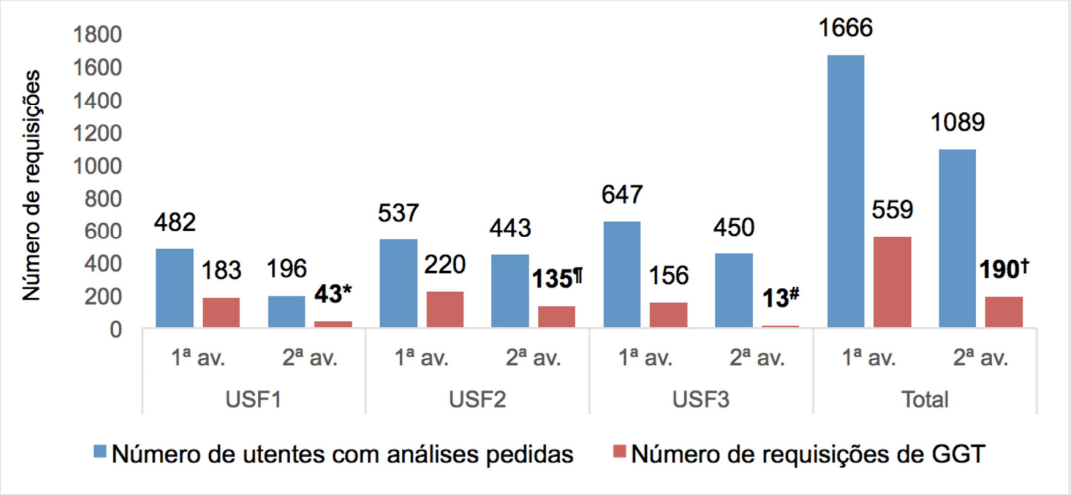

Figura 1. **Relação entre o número de utentes com análises pedidas e o número de requisições de GGT, na primeira e na segunda avaliação. *p<0,0001; ¶p=0,0069; #p<0,0001; †p<0,001.**

Na primeira avaliação, apenas 48 (8,6%) das requisições de GGT tinham justificação clínica válida para o seu pedido, enquanto que, na segunda avaliação, tal se observou em 21 dos pedidos de GGT (11,0%), diferença que não foi estatisticamente significativa (IC 95% [-0,026; 0,075]; p=0,31) (Figura 2).

Na análise individual por USF, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas requisições de GGT com justificação válida (Figura 2), tendo-se observado um aumento de 1% na USF1 (IC 95% [-0,145; 0,164]), de 0,2% na USF2 (IC 95% [-0,13; 0,134]) e de 14,7% na USF3 (IC 95% [-0,086; 0,381]) (Quadro II).

A distribuição das justificações válidas, por USF, está presente no Quadro II.

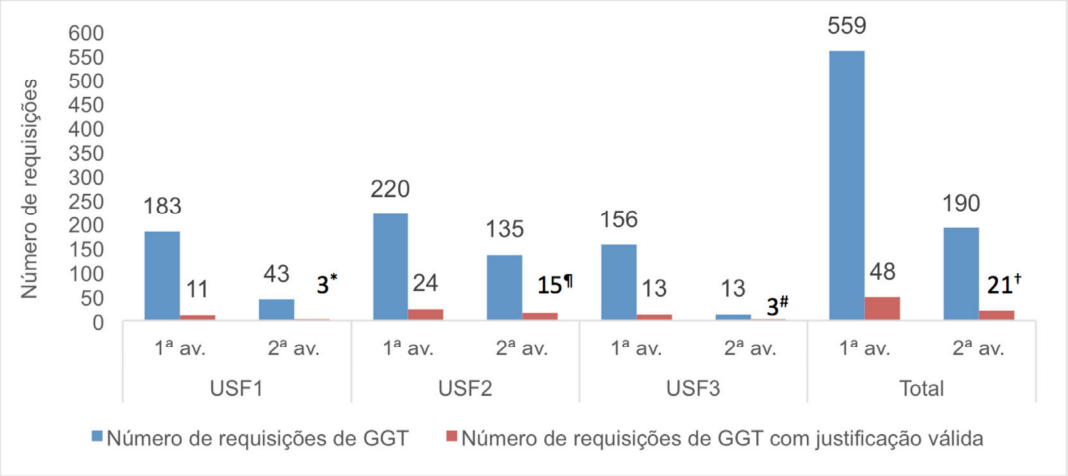

Figura 2. Relação entre o número de requisições de GGT total e o número dessas requisições com justificação válida, na primeira e na segunda avaliação. *p=0,8066; ¶p=0,9533; #p=0,0795; †p=0,31.

		USF1		USF2		USF3		Total	
		1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação
Requisições com justificação válida		11 (6,0%)	3 (7,0%)	24 (10,9%)	15 (11,1%)	13 (8,3%)	3 (23,1%)	48 (8,6%)	21 (11,0%)
JUSTIFICAÇÃO	Abuso álcool	2	1	20	14	6	3	28 (58,3%)	18 (85,7%)
	Hepatotoxicidade de fármacos	7	2	4	1	6	0	17 (35,4%)	3 (14,3%)
	Diagnóstico diferencial com aumento de FA	2	0	0	0	1	0	3 (6,3%)	0

Quadro II. Justificações válidas para requisição de GGT

Os resultados da primeira avaliação foram apresentados em reunião de serviço, em todas as USF, em janeiro de 2015. Nestas reuniões não estiveram presentes um médico da USF1 e dois da USF2. As equipas refletiram sobre os principais erros, relacionados com as justificações erradas/não válidas para requisitar GGT, bem como discutiram estratégias para a melhoria da qualidade da prescrição. Foram assim definidas as seguintes estratégias de intervenção (Quadro III):

- Realização de sessões educacionais breves, uma vez que os médicos poderiam desconhecer a existência de uma norma de orientação clínica da DGS referente ao tema. Ou então, mesmo sabendo as indicações previstas na norma para a prescrição de GGT, poderiam não se recordar das mesmas, sendo por isso, necessário um reforço educacional para as relembrar. No caso de ausência de algum médico, será realizado um pequeno resumo individual da reunião, destacando os pontos principais, logo que possível.
- Redação de carta dirigida aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), questionando sobre a possibilidade da exclusão da GGT do pacote básico dos MCDT do SAM®. O facto de a GGT estar ainda incluída neste pacote pode transmitir a falsa noção de que a GGT pertence a um grupo de análises com indicações muito abrangentes e generalistas;
- Colocação de lembrete, no ambiente de trabalho dos computadores dos gabinetes médicos, com o resumo das indicações para requisitar GGT, segundo a Norma da DGS número 069/2011, em formato de diapositivo de *Microsoft PowerPoint*®, previamente apresentado nas reuniões de serviço, como memorando mais apelativo aos profissionais. De duas em duas semanas, os autores verificarão se estes lembretes persistem no ambiente de trabalho dos computadores dos gabinetes médicos e se mantêm o mesmo destaque, de forma a monitorizarem esta intervenção.

Desta forma, e tendo por base os padrões de qualidade estabelecidos, os resultados obtidos na primeira avaliação situaram-se abaixo dos 20%, em ambos os critérios, em todas as USF, pelo que tiveram a classificação de "Mau". Foi ainda definido pelas equipas que o padrão "Razoável: 20-49%" seria a meta a atingir na segunda avaliação. No entanto, após análise dos dados da segunda avaliação, constatou-se que apenas a USF3 alcançou a referida meta, em ambos os critérios (Quadro IV).

DISCUSSÃO

É necessário, desde logo, realçar o facto do tamanho amostral da segunda avaliação ser ligeiramente inferior ao da primeira (menos 193 utentes). Esta diferença parece dever-se, principalmente, ao menor número de utentes que recorreu à consulta de Saúde

Medidas	Com que objetivo?	Quem?	Para quem?	Como?	Quando? Com que frequência?	Onde?
Apresentar as indicações para a requisição de GGT, segundo a Norma da DGS nº 069/2011	Sensibilizar os profissionais para a necessidade de melhorar o ponto em avaliação	Autores	Equipa médica da USF	Breve intervenção de 10 min Apresentação da Norma DGS; alertar para a possibilidade de iatrogenia e aumento de custos fúteis (com pedidos de GGT desnecessários)	3 vezes (janeiro, março e abril de 2015)	No final das reuniões de serviço de cada USF
	Reforçar a boa prática clínica na requisição de GGT					
Apresentar desvantagens da requisição clinicamente não justificada	Reforçar a boa prática clínica na requisição de GGT					
Apresentar a posição da GGT na lista de MCDT mais pedidos	Corrigir estratégias, discutir obstáculos	Autores e equipa médica da USF		Identificar as razões pelas quais continuam a ser requisitadas GGT; esclarecer dúvidas quanto às indicações para esta requisição	janeiro e abril de 2015	
Colocação e monitorização de lembrete	Sensibilizar os profissionais para a necessidade de melhorar o ponto em avaliação	Autores	Equipa médica da USF	Lembrete em formato de diapositivo de *Microsoft PowerPoint*®, com as indicações para requisitar GGT	Colocação: fevereiro 2015; verificação da sua colocação 2 vezes por mês (fevereiro, março e abril de 2015)	Ambiente de trabalho dos computadores dos gabinetes médicos de todas as USF
Redação de carta dirigida aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde	Excluir a GGT do pacote básico dos MCDT do SAM®	Autores	SPMS	Documento onde se ressalta o número reduzido de justificações para pedir GGT	abril 2015	Via CTT

Quadro III. Estratégias de intervenção para melhoria da qualidade na requisição de GGT

de Adultos na USF1, no segundo período de avaliação, por ausência relativamente prolongada de dois elementos desta equipa.

Como foi possível verificar, os dados da primeira avaliação revelaram um padrão de qualidade "Mau", transversal às três USF, no que diz respeito à qualidade técnico-científica das requisições de GGT. Este resultado poderá, em parte, ser justificado por algumas razões. A primeira está relacionada com o facto das justificações clínicas aceites, baseadas na norma da DGS número 069/2011[3], poderem ser demasiado restritas. Acresce ainda que a referida norma, publicada em 2011, não tem sido alvo de grande atenção ou discussão pública, o que poderá condicionar um relativo desconhecimento, por parte dos médicos, do seu conteúdo. Outra razão poderá estar relacionada

com o facto de a GGT estar ainda incluída no pacote básico dos MCDT do SAM®, podendo transmitir a falsa noção de que a GGT pertence a um grupo de análises com indicações muito abrangentes e generalistas, ideia que é refutada por diferentes autores.[2,3,4] Esta foi a razão que motivou os autores a elaborarem um documento dirigido aos SPMS, com o objetivo de alterar esta situação, retirando a GGT do grupo básico de MCDT.

No entanto, registaram-se alterações relevantes no perfil de prescrição das USF, após a intervenção educacional. Na segunda avaliação, verificou-se um decréscimo importante no número absoluto de requisições de GGT (559 vs. 190) (Figura 1), que correspondeu a uma diminuição estatisticamente significativa de 16,1% (33,6% vs. 17,4%), quando se tem em conta apenas o universo das análises de sangue pedidas, embora não se tenha atingido a meta definida pelas equipas ("Razoável: 20-49%"). Esta diferença foi mais notória nas USF1 (16,0%) e USF3 (21,2%). Por outro lado, também se registou, em todas as USF, um aumento percentual das requisições com justificação clínica válida (Quadro IV). Em termos globais ocorreu um incremento de 2,4% (8,6% vs. 11,0%), mas esse progresso foi mais evidente na USF3 (8,3% vs. 23,1%), a única onde se atingiu a meta estabelecida ("Razoável: 20-49%"). Porém, o número absoluto de justificações válidas (Quadro II) diminuiu (48 vs. 21), o que se parece dever à redução concomitante dos pedidos de GGT, constatada entre a primeira e a segunda avaliação. Essa mesma redução poderá justificar o facto das diferenças percentuais encontradas, entre as duas avaliações, no que diz respeito às requisições com justificação válida, não serem estatisticamente significativas.

Quadro IV. Padrões de Qualidade

		USF1		USF2		USF3		Total	
		1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação
Critério 1	Requisições de GGT com justificação válida (%)	6,0	7,0	10,9	11,1	8,3	23,1	8,6	11,0
	Padrão de Qualidade	Mau	Mau	Mau	Mau	Mau	Razoável	Mau	Mau
Critério 2	Diferença entre a 2ª e a 1ª avaliação do n.º de GGT/n.º total análises pedidas (%)	16,0		10,5		21,2		16,1	
	Padrão de Qualidade	Mau		Mau		Razoável		Mau	

A este nível, a USF2 é a unidade que apresenta uma melhoria mais discreta. Este dado poderá ser justificado, pelo menos em parte, pela ausência de dois elementos da equipa médica na reunião da apresentação dos resultados da primeira avaliação, uma vez que foi na lista desses dois médicos que se verificou um maior número de pedidos de GGT e um menor número de justificações válidas dos mesmos. Contudo, apesar dos dois clínicos não terem estado presentes na reunião (um por motivo de doença e outro por férias), no momento em que os autores colocaram o lembrete no seu ambiente de trabalho, realizaram um breve resumo da reunião, onde foram apresentados os objetivos da avaliação e as referidas indicações para requisição de GGT. Tendo em conta este aspeto, poder-se-á questionar até que ponto as reuniões individuais, assim como as restantes medidas corretoras incluídas no plano de intervenção dessa USF, foram eficazes.

Dentro das justificações registadas e consideradas válidas, o consumo de álcool foi, em ambas as avaliações, a mais prevalente, com predomínio marcado na segunda avaliação (85,7%). Verificou-se ainda que os MF utilizaram outras justificações clínicas para requisitar a GGT, não contempladas na referida norma da DGS, como sejam os registos de "Hepatite Viral", "Doença de fígado NE" e "Investigação com resultados anormais". Estes diagnósticos motivaram 2,4% das requisições de GGT no primeiro período e 6,8% no segundo. De certa forma, estes dados revelam, por parte dos médicos, alguma preocupação em justificar os seus pedidos de GGT, tentando demonstrar o raciocínio clínico empregue no ato de requerer análises clínicas. No entanto, estas justificações não foram consideradas válidas, por não constarem na norma e/ou por não terem informação suplementar à codificação por ICPC-2.

Uma limitação importante deste trabalho, e que contribuiu, muito provavelmente, para os resultados menos positivos, relaciona-se com a condição inerente à avaliação através de registos clínicos. Esta é uma das formas possíveis de inferir sobre a prática médica, mas implica muitas vezes a sua subvalorização. Outra limitação reside no facto da população estudada corresponder aos utentes que frequentaram a consulta durante um período de apenas quatro me-

ses, o que limita a interpretação dos dados, mesmo que não seja de prever sazonalidade nos pedidos de GGT. Outro ponto importante relaciona-se com a definição de metas estabelecidas pelas equipas, nomeadamente no segundo critério (diminuição da proporção de requisições de GGT sobre o número de análises de sangue pedidas). Todas as equipas propuseram uma diminuição superior a 20% da primeira para a segunda avaliação, mas este alvo poderá ter sido demasiado exigente.

De acordo com a informação recolhida junto dos médicos, durante a reunião de apresentação dos dados da segunda avaliação, em cada USF, das diferentes estratégias aplicadas na intervenção, apenas as sessões educacionais realizadas nas reuniões de serviço poderão ter tido impacto relevante. Ou seja, os lembretes colocados no ambiente de trabalho dos computadores foram esquecidos, não se destacando da demais informação habitualmente presente nesses locais. De igual forma, a carta dirigida aos SPMS, não obteve resposta, nem implicou qualquer alteração nos programas informáticos. Face à ausência de contacto, os autores propõem-se a elaborar nova missiva e a enviá-la para os SPMS e ainda para a Administração Central do Sistema de Saúde, bem como para a Administração Regional de Saúde do Norte.

Por fim, foi proposta às equipas uma terceira avaliação no segundo semestre de 2015, que foi aceite. No período que medeia a segunda e a terceira intervenções serão realizadas sessões educacionais breves sobre o tema, uma vez que esta medida poderá ser a única a gerar algum efeito e também porque assim foi sugerido pelas equipas.

CONCLUSÕES

Em suma, conclui-se que no global das USF estudadas, após aplicação das medidas de intervenção, o padrão de qualidade para a justificação das requisições de GGT melhorou (8,6% vs. 11,0%), mas continuou a ser "Mau" e ficou aquém do proposto pelas equipas ("Razoável: 20-49%"). Contudo, uma das USF conseguiu atingir o padrão "Razoável", com 23,1% das requisições de GGT justificadas de forma válida. Ao mesmo tempo, a intervenção foi, aparentemente, mais eficaz a condicionar uma redução do número total de requisições de GGT (de forma estatisticamente significativa) do que um aumento no registo das justificações associadas aos pedidos. Registou-se, no total das USF, uma diminuição de 16,1% na proporção de GGT incluídas nas análises de sangue pedidas. Esta diferença, embora estatisticamente significativa, não foi suficiente para atingir a meta estabelecida pelas equipas ("Razoável: 20-49%").

Portanto, este estudo permitiu constatar que há lugar para melhorias no perfil de prescrição de GGT, ao nível da consulta de Saúde de Adultos, acreditando que daí poderão advir potenciais ganhos diretos e indiretos para a saúde dos utentes. No que diz respeito aos custos diretos, é possível apurar atualmente que foram economizados entre 406 a 590€ (dependendo da isenção ou não da taxa moderadora dos utentes). Poderá parecer escasso este benefício, mas não o será certamente se equacionarmos os custos indiretos, nomeadamente em exames complementares e consultas suplementares, bem como a preocupação e angústia desnecessárias nos utentes, motivadas pela alteração do valor de GGT sem significado clínico.

A intervenção educacional implementada conseguiu diminuir o número absoluto de requisições de GGT, provavelmente à custa da subtração de algumas desnecessárias, e ainda aumentar o número de justificações válidas associadas a essas requisições. Para além disso, este trabalho representa o primeiro estudo de avaliação e melhoria contínua da qualidade na prescrição de GGT, tendo por base as indicações patentes na Norma de Orientação Clínica da DGS, referente a este tema.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem às suas unidades funcionais a colaboração e empenho no desenvolvimento deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. Gianinni E, Testa R, Savarino V. Liverenzymealteration: a guide for clinicians. Canadian Medical Association Journal. 2005; Feb 1;172:367-79.
2. Fauci A, Kasper D, Longo D, Braunwald E, Hauser S, Jameson J and Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17thedition. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2008. ISBN 978-0-07-146633-2. Chapter 296, page 1925.
3. Prescrição da Gama-glutamiltransferase (GGT); Norma de Orientação Clínica n.º 069/2011 de 30/12/2011, Direção-Geral da Saúde.
4. Medical Services Commission. Abnormal liver chemistry – evaluation and interpretation. Victoria (BC): British Columbia Medical Services Commission; 2011 Aug 1.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses.