

O tratamento de doentes com alto risco de fratura osteoporótica numa USF: a importância do FRAX®Port

Carolina Sotana,¹ Daniela Ribeiro,¹ Joana Azeredo,^{2,3} Margarida Peixoto,¹ Joana Chagas¹

RESUMO

Introdução: A osteoporose é uma doença generalizada do osso cuja prevalência tem vindo a aumentar, sendo superior no sexo feminino e com o aumento da idade. A fratura de fragilidade é a sua principal consequência clínica, levando a um aumento da morbilidade e da mortalidade e a uma diminuição da qualidade de vida do doente, representando uma sobrecarga socioeconómica elevada. O desafio atual é a identificação precoce dos indivíduos com maior risco de fratura, que têm indicação para intervenção terapêutica para prevenir a ocorrência de uma fratura no futuro.

Objetivos: Estudar o início da terapêutica antiosteoporótica nas utentes do sexo feminino que têm alto risco de fratura osteoporótica.

Métodos: Estudo observacional transversal baseado na consulta do processo clínico e realização de entrevistas telefónicas às utentes do sexo feminino com idade igual ou superior a 50 anos, seguidas numa USF (área de Lisboa Ocidental). A dimensão da amostra foi calculada com recurso ao site *SurveyMonkey* e a população selecionada de forma aleatória. O risco de fratura foi calculado através da ferramenta FRAX®Port. A população foi estratificada de acordo com o risco de fratura, verificando-se nas utentes de alto risco se a terapêutica foi instituída.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 250 utentes: 20,8% ($n=52$) tinham alto risco de fratura, 9,2% ($n=23$) risco de fratura intermédio e 70% ($n=175$) tinham baixo risco de fratura, de acordo com cálculo do FRAX. Das utentes identificadas como tendo alto risco de fratura, 28,8% ($n=15$) estavam tratadas com terapêutica antiosteoporótica.

Conclusão: Verificou-se que apenas 28,8% das utentes com alto risco de fratura estavam tratadas, sendo este um resultado que alerta para a importância da sensibilização dos profissionais de saúde para a avaliação do risco de fratura osteoporótica na consulta de medicina geral e familiar e para a implementação duma mudança na abordagem diagnóstica e terapêutica da osteoporose.

Palavras-chave: Osteoporose; Fraturas osteoporóticas; Risco de fratura; FRAX; Terapêutica antiosteoporótica.

INTRODUÇÃO

A osteoporose é uma doença generalizada do esqueleto que se caracteriza por uma diminuição da densidade mineral óssea (DMO) e por uma deterioração da microestrutura do tecido ósseo, conduzindo a um aumento da sua fragi-

lidade e, consequentemente, a um risco elevado de fratura.¹

Com o envelhecimento progressivo da população e com as alterações que se têm verificado ao nível do estilo de vida, a incidência de osteoporose tem vindo a aumentar, estimando-se que, em 2019, cerca de 32 milhões de indivíduos com mais de 50 anos a nível europeu tinham osteoporose, dos quais 6,5 milhões eram do sexo masculino e 25,5 milhões eram do sexo feminino, ou seja, a osteoporose é quatro vezes mais frequente em mulheres do que em homens.² Em Portugal, em 2019,

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Jardim dos Plátanos, ULS Lisboa Ocidental. Linda-a-Velha, Portugal.

2. Médica de família. USF Jardim dos Plátanos, ULS Lisboa Ocidental. Linda-a-Velha, Portugal.

3. Nova Medical School, NOVA University of Lisbon. Lisboa, Portugal.



o número estimado de indivíduos com osteoporose foi de 681.000, o que representa cerca de 5,6% da população total, verificando-se que 22% das mulheres com idade igual ou superior a 50 anos tinham osteoporose.² Devido à sua prevalência, a osteoporose é considerada um problema de saúde pública grave.

A fratura de fragilidade é a principal consequência clínica da osteoporose e tem um elevado impacto não só a nível individual, uma vez que se associa a um aumento da morbilidade e da mortalidade e a uma diminuição da qualidade de vida do doente,³⁻⁶ como também a nível global, já que representa uma sobrecarga socioeconómica elevada.⁵⁻⁶ Em Portugal existiram cerca de 70.700 novas fraturas de fragilidade em 2019, o que correspondia a oito fraturas por hora e a tendência é que estes números continuem a piorar, estimando-se um aumento de 28,9% do número de fraturas de fragilidade em 2034,² pelo que se torna fundamental a aplicação de medidas preventivas, nomeadamente através da terapêutica antiosteoporótica.

Sabendo que a osteoporose evolui de forma assintomática até à ocorrência de fratura, o desafio atual passa pela identificação atempada dos indivíduos com maior risco que beneficiarão de tratamento antiosteoporótico, de forma a prevenir a ocorrência destas fraturas.⁷⁻⁹

De facto, mais de metade das pessoas que sofrem de uma fratura de fragilidade não têm osteoporose definida pela DMO,¹⁰ pelo que existem múltiplos fatores de risco de fratura independentes da DMO, nomeadamente idade superior a 65 anos, sexo feminino, IMC baixo ($<18,5\text{ Kg/m}^2$), história prévia de fratura de fragilidade, história de fratura da anca num dos progenitores, terapêutica prolongada com glucocorticoides, tabagismo ativo, consumo de álcool, história pessoal de artrite reumatoide e outras causas de osteoporose secundária e propensão aumentada para quedas.^{7-8,11} A integração destes fatores é feita através de ferramentas de estimativa de risco de fratura, como é o *Fracture Risk Assessment Tool* (FRAX®), que foi já validado para a população portuguesa – FRAX®Port.¹¹⁻¹² O FRAX®Port prediz a estimativa do risco de fratura major osteoporótica (somatório do risco de fratura da anca, coluna vertebral, úmero ou antebraço) e de fratura da anca nos dez anos subsequentes, orientando a abordagem diagnóstica e a abordagem

terapêutica mesmo sem realização de osteodensitometria óssea.^{7-8,11}

Assim, o paradigma da abordagem da osteoporose sofreu uma mudança importante, distinguindo-se aquele que é o limiar de diagnóstico, que se mantém inalterado e que é baseado na DMO ($T\ score \leq -2,5$), como estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, daquele que é o limiar de intervenção terapêutica, que deve ser baseado no risco absoluto de fratura calculado através do FRAX®Port.^{1,7-8,11,13-14} Todos os homens e mulheres a partir dos 50 anos devem ser submetidos a uma avaliação do risco de fratura.^{7-8,11} Os indivíduos com estimativa de risco de fratura major $\geq 11\%$ ou risco de fratura da anca $\geq 3\%$ têm indicação para terapêutica antiosteoporótica.⁷⁻⁸ Estima-se que em 2010 cerca de 137 milhões de mulheres com 50 ou mais anos tinham alto risco de fratura osteoporótica em todo o mundo e este número tenderá a duplicar em 2040.¹⁵ De notar que a osteoporose é uma doença reconhecidamente subtratada, estimando-se que cerca de 75% das mulheres portuguesas elegíveis para receberem tratamento para a osteoporose não o estão a receber.²

Desta forma, à luz da evidência científica atual é fundamental implementar uma mudança na abordagem terapêutica da osteoporose e, neste contexto, o médico de família, pela sua proximidade e transversalidade, tem um papel essencial.

Tendo em conta que a osteoporose é uma doença que, apesar da sua elevada prevalência e impacto significativo, se encontra subtratada, a presente investigação tem como objetivo principal estudar a realidade de uma USF relativamente ao início da terapêutica antiosteoporótica nas mulheres com idade igual ou superior a 50 anos que tinham alto risco de fratura osteoporótica. Como objetivos secundários propôs-se o cálculo do risco de fratura major e da anca a dez anos nas utentes incluídas no estudo, a estratificação das mesmas de acordo com o risco de fratura e a caracterização da população estudada.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional transversal, após aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.



Para o efeito foi selecionada uma amostra aleatória da população de utentes do sexo feminino com idade igual ou superior a 50 anos. O cálculo da dimensão da amostra foi feito com recurso ao site *SurveyMonkey*, disponível em <https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>, e com base no facto de estarem inscritas, em outubro/2022, na USF em estudo, 3.619 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos. Assim, assumindo a prevalência de 22% de osteoporose nesta população e para um intervalo de confiança de 95% e um erro de 5%, a amostra deve incluir 246 indivíduos, pelo que foram analisados 250 processos. O acesso às listagens das utentes foi efetuado através do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF) e o processo de aleatorização através do site Random.org. Foram excluídas todas as utentes com última consulta há mais de três anos; seguidas em visita domiciliária; sem contacto telefónico válido; com osteoporose diagnosticada, definida com o código L95 da ICPC-2; incapazes de fornecer história fidedigna, quer por défice cognitivo quer por défice sensorial; que faleceram durante o processo de recolha de dados antes de serem contactadas; que não atenderam a chamada após duas tentativas de contacto em dias diferentes. De notar que se optou por excluir doentes com diagnóstico de osteoporose feito através da osteodensitometria, porque o grupo de investigadores pretendia apenas focar-se naquele que é outro critério para início de tratamento antiosteoporótico – doentes com alto risco de fratura osteoporótica calculado pelo FRAX®.

As utentes selecionadas foram contactadas telefonicamente e foi feita consulta do seu processo clínico que consta no sistema SClínico® e no sistema PEM®, a fim de se analisar as seguintes variáveis: idade; peso; altura; história pessoal de pelo menos uma fratura de fragilidade da anca ou vertebral sintomática ou de pelo menos duas fraturas de fragilidade, independentemente do local da fratura ou da ausência de sintomas; história de fratura da anca num dos progenitores; tabagismo ativo; terapêutica prolongada com glucocorticoides; consumo de álcool correspondente a três ou mais unidades por dia; história pessoal de artrite reumatoide; história pessoal de osteoporose secundária, isto é, uma doença fortemente associada à osteoporose como diabetes tipo I (insulinodependente), osteogénesis imperfeita em adultos, hipertiroidismo de lon-

ga data não tratado, hipogonadismo ou menopausa precoce (<45 anos), desnutrição crónica ou má absorção e doença hepática crónica. Para além disso, foi avaliada, através do sistema PEM® e da entrevista telefónica, a toma, em qualquer momento da vida das utentes, de fármacos antiosteoporóticos, prescritos não só pelo médico de família como por qualquer outro médico, não se tendo avaliado durante quanto tempo a terapêutica foi cumprida.

A recolha dos dados foi feita entre abril e julho/2023. Após a recolha destes dados foi calculado o risco de fratura major e da anca a dez anos, através da ferramenta de avaliação de risco de fratura FRAX®Port disponível em <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=53>.

A análise estatística descritiva foi realizada posteriormente pelas investigadoras, com o apoio de software específico (*Microsoft Excel®*), de forma a estratificar a população estudada de acordo com o risco de fratura osteoporótica e a identificar e caracterizar as utentes com alto risco de fratura (major $\geq 11\%$ ou anca $\geq 3\%$), nomeadamente no que se refere ao início desta terapêutica.

RESULTADOS

Do total de 505 utentes selecionadas de forma aleatória obteve-se uma amostra de 250 que aceitaram participar no estudo e que não reuniam critérios de exclusão. Em relação às utentes excluídas, 27% ($n=70$) não atenderam a chamada; 26% ($n=66$) tinham o diagnóstico de osteoporose; 21% ($n=53$) eram utentes não frequentadoras; 13% ($n=33$) eram incapazes de fornecer história fidedigna quer por défice cognitivo quer por défice sensorial; 8% ($n=20$) recusaram participar; 3% ($n=7$) faleceram; e 2% ($n=6$) não tinham contacto telefónico válido.

Das 250 utentes que participaram no estudo, 20,8% ($n=52$) tinham alto risco de fratura, 9,2% ($n=23$) tinham risco de fratura intermédio e 70% ($n=175$) tinham baixo risco de fratura, de acordo com o cálculo do FRAX.

A distribuição do risco de fratura osteoporótica por faixa etária encontra-se descrita na Tabela 1.

As características demográficas e clínicas das utentes identificadas com alto risco de fratura encontram-se discriminadas na Tabela 2. A idade média foi de $75,54 \pm 5,99$, com um IMC a variar entre 18,5 e



TABELA 1. Distribuição do risco de fratura osteoporótica por faixa etária

	Risco Baixo	Risco Intermédio	Risco Alto
50 – 64 anos	139	4	2
65 – 79 anos	36	19	38
80 – 94 anos	0	0	12
Total	175	23	52

TABELA 2. Características demográficas e clínicas das utentes identificadas com alto risco de fratura

Características	n
Idade em anos (média ± DP)	75,54 ± 5,99
IMC <18,5 Kg/m ²	0
IMC 18,5 – 24,99 Kg/m ²	28
IMC 25 – 29,99 Kg/m ²	15
IMC 30 – 34,99 Kg/m ²	8
IMC 35 – 39,99 Kg/m ²	1
Fratura de fragilidade anterior	4
História de fratura da anca num dos progenitores	6
Fumadora corrente	4
Consumo de álcool (3 ou mais unidades/dia)	0
Terapêutica com glucocorticoides prolongada	7
História pessoal de artrite reumatoide	3
História pessoal de osteoporose secundária	17

39,99 Kg/m². A referir ainda que 7,7% (*n*=4) tinham história de fratura de fragilidade prévia; 11,5% (*n*=6) tinham história familiar de fratura da anca num dos progenitores; 7,7% (*n*=4) eram fumadoras correntes; 0% (*n*=0) tinham consumo de álcool correspondente a três ou mais unidades por dia; 13,5% (*n*=7) tinham história pessoal de exposição a terapêutica prolongada com glucocorticoides; 5,8% (*n*=3) tinham história pessoal de artrite reumatoide; e 32,7% (*n*=17) cumpriam critério para osteoporose secundária, destacando-se a menopausa precoce como causa principal.

Das utentes identificadas como tendo alto risco de fratura, 28,8% (*n*=15) estavam tratadas com terapêutica antiosteoporótica.

DISCUSSÃO

O presente trabalho tinha como objetivo principal estudar a realidade de uma USF no que diz respeito ao tratamento de utentes com alto risco de fratura osteoporótica. Verificou-se que apenas 28,8% das utentes com alto risco de fratura estavam tratadas, o que está de acordo com a literatura, que refere que cerca de 75% das mulheres portuguesas elegíveis para receberem tratamento para a osteoporose não o estão a receber.² Sendo a osteoporose uma doença assintomática até à ocorrência de fratura de fragilidade e considerando que esta se associa a um aumento da morbilidade e da mortalidade, representando uma sobrecarga nos serviços de saúde, torna-se fundamental a identificação dos casos de alto risco que beneficiem de tratamento antiosteoporótico, de forma a reduzir o risco de fratura osteoporótica. Os casos de alto risco identificados no presente estudo que não estão a realizar terapêutica foram referenciados ao seu médico de família.

De notar que apesar de a maioria (70%) das utentes ter um baixo risco de fratura, 20,8% foram identificadas como tendo alto risco de fratura, o que é um valor relevante e, como tal, deve alertar para a importância de se fazer esta avaliação. Dentro das utentes com alto risco de fratura, a idade média foi de 75,54 ± 5,99 anos, o que reforça a idade como um dos fatores de risco principais. Outros fatores de risco frequentemente identificados foram a história pessoal de doença fortemente associada à osteoporose (i.e., osteoporose secundária), havendo 32,7% mulheres a cumprir este critério, a história pessoal de exposição a terapêutica prolongada com glucocorticoides, em 13,5% das utentes, e a história familiar de fratura da anca num dos progenitores, com 11,5% das mulheres a cumprir este critério. Sendo estes fatores de risco dificilmente modificáveis, a sua presença e identificação deve alertar para a importância de realizar a avaliação do risco de fratura osteoporótica. Os fatores de risco menos frequentemente apontados foram a história de fratura de fragilidade prévia, apresentado por 7,7% das utentes, o tabagismo ativo, presente em 7,7%, a história pessoal de artrite reumatoide, observado em 5,8% das mulheres, e o consumo de álcool, que não foi identificado em nenhuma



delas. Não se verificou presença de baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ Kg/m}^2$) em nenhuma das utentes identificadas com alto risco.

Neste contexto, o médico de família, pela sua proximidade e transversalidade no cuidado aos utentes, bem como pela sua ação na saúde preventiva primária, tem um papel essencial na avaliação do risco de fratura osteoporótica e no início de terapêutica, quando existe indicação para o fazer. Os autores consideram que a integração da calculadora FRAX®Port no sistema SClínico® facilitaria o cálculo do risco de fratura osteoporótica durante a consulta. Da mesma forma, consideram ainda que a integração do código «elevado risco de fratura» no sistema de classificação ICPC permitiria a inclusão deste na lista de problemas dos utentes e, como tal, facilitaria a sua abordagem.

Tendo em conta o exposto, pretende-se aplicar um ciclo de melhoria da qualidade na USF em estudo, sensibilizando os profissionais de saúde para a importância da avaliação do risco de fratura osteoporótica, nomeadamente através da utilização do FRAX®Port na consulta de medicina geral e familiar, e do início de tratamento antiosteoporótico.

A referir, contudo, que se apontam, como limitações do estudo, o facto de ter sido aplicado apenas a mulheres, sendo que num futuro trabalho este risco também deverá ser avaliado nos homens; a dificuldade em garantir a veracidade dos dados obtidos, uma vez que algumas variáveis – história familiar de fratura nos progenitores, terapêutica prolongada com glucocorticoides e idade da menopausa – dependem da capacidade das utentes para recordar com precisão eventos passados, bem como do adequado registo das informações clínicas nos sistemas SClínico® e PEM®; e ainda a impossibilidade de assegurar que o tratamento das utentes que iniciaram terapêutica antiosteoporótica foi feito de forma adequada. Além destas limitações, um dos critérios de exclusão do presente estudo, que considerou utentes codificadas com o código L95 – Osteoporose, pode ter levado à exclusão de utentes com alto risco de fratura osteoporótica pelo FRAX®Port que estariam classificadas com este código. O facto de a média de idades das utentes com alto risco de fratura ter sido de 75,54 anos pode sobrevalorizar o risco da população estudada pelo fator de risco não modificável que constitui, embora este dado reflita a realidade de Portugal,

que é considerado um país cada vez mais envelhecido. Finalmente, a referir que o cálculo do risco de fratura osteoporótica foi feito com base na ferramenta FRAX®Port que, apesar de ser validada para a população portuguesa e permitir a integração de um grande número de fatores de risco clínico para fraturas, apresenta algumas limitações, nomeadamente não considerar uma história de quedas como fator de risco individual e não ter em consideração a dose de corticosteroides acima de 5 mg de um equivalente de prednisolina para mais de três meses.

CONCLUSÃO

A maioria das utentes do sexo feminino acima dos 50 anos da USF em estudo que têm alto risco de fratura não está tratada, servindo este estudo para alertar para a importância da implementação duma mudança na abordagem diagnóstica e terapêutica da osteoporose e, com isto, prevenir o crescente número de fraturas de fragilidade que se tem vindo a verificar. Neste contexto, o médico de família, pela sua proximidade e transversalidade nos cuidados aos utentes, tem um papel essencial na mudança de paradigma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kanis JA, Melton LJ 3rd, Christiansen C, Johnston CC, Khalsaev N. The diagnosis of osteoporosis. *J Bone Miner Res.* 1994;9(8):1137-41.
2. Kanis JA, Norton N, Harvey NC, Jacobson T, Johansson H, Lorentzon M, et al. SCOPE 2021: a new scorecard for osteoporosis in Europe. *Arch Osteoporos.* 2021;16(1):82.
3. Bliuc D, Nguyen ND, Nguyen TV, Eisman JA, Center JR. Compound risk of high mortality following osteoporotic fracture and refracture in elderly women and men. *J Bone Miner Res.* 2013;28(11):2317-24.
4. Frost SA, Nguyen ND, Center JR, Eisman JA, Nguyen TV. Excess mortality attributable to hip-fracture: a relative survival analysis. *Bone.* 2013;56(1):23-9.
5. Marques A, Lourenço Ó, Silva JA; Portuguese Working Group for the Study of the Burden of Hip Fractures in Portugal. The burden of osteoporotic hip fractures in Portugal: costs, health related quality of life and mortality. *Osteoporos Int.* 2015;26(11):2623-30.
6. Laires PA, Perelman J, Consciência JG, Monteiro J, Branco JC. Actualização sobre o impacto epidemiológico e socioeconómico das fracturas da extremidade proximal do fémur [Epidemiology of hip fractures and its social and economic impact: an update for 2014]. *Acta Reumatol Port.* 2015;40(3):223-30. Portuguese
7. 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 [Portuguese recommendations for ordering bone densitometry measurement and indications for treatment to prevent osteoporotic



- fractures]. Rev Port Med Geral Fam. 2016;32(6):425-41. Portuguese
8. Rodrigues AM, Canhão H, Marques A, Ambrósio C, Borges J, Coelho P, et al. Portuguese recommendations for the prevention, diagnosis and management of primary osteoporosis: 2018 update. Acta Reumatol Port. 2018;43(1):10-31.
 9. Teixeira FC, Serejo RF, Araújo FC. Osteoporosis in family medicine: are we doing what's necessary? Gaz Med. 2022;9(2):153-9.
 10. Schuit SC, van der Klift M, Weel AE, de Laet CE, Burger H, Seeman E, et al. Fracture incidence and association with bone mineral density in elderly men and women: the Rotterdam Study. Bone. 2004;34(1):195-202.
 11. Marques A, Mota A, Canhão H, Romeu JC, Machado P, Ruano A, et al. A FRAX model for the estimation of osteoporotic fracture probability in Portugal. Acta Reumatol Port. 2013;38(2):104-12.
 12. Center for Metabolic Bone Diseases. FRAX® Ferramenta de avaliação de risco de fratura [homepage]. University of Sheffield; 2012 [cited 2022 Sep 24]. Available from: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=pr>
 13. Genant HK, Cooper C, Poor G, Reid I, Ehrlich G, Kanis J, et al. Interim report and recommendations of the World Health Organization Task-Force for osteoporosis. Osteoporos Int. 1999;10(4):259-64.
 14. World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis [homepage]. Geneva: WHO; 1994. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/39142>
 15. Odén A, McCloskey EV, Kanis JA, Harvey NC, Johansson H. Burden of high fracture probability worldwide: secular increases 2010-2040. Osteoporos Int. 2015;26(9):2243-8.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, CS, DR, JA, MP e JC; metodologia, CS, DR, JA, MP e JC; validação, CS, DR, JA, MP e JC; análise formal, JC; investigação, CS, DR, MP e JC; redação do *draft* original, CS e DR; redação, revisão e validação do texto final, CS, DR, JA, MP e JC; visualização, CS, DR, JA, MP e JC; supervisão, CS, DR e JA; administração do projeto, CS e DR.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

O trabalho relatado não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo (incluindo bolsas e investigação).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carolina Sotana
E-mail: carolina.sotana@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-3468-088X>

Recebido em 28-12-2023

Aceite para publicação em 26-03-2025

ABSTRACT

TREATMENT OF PATIENTS AT HIGH RISK OF OSTEOPOROTIC FRACTURE IN A USF: THE IMPORTANCE OF FRAX®PORT

Introduction: Osteoporosis is a bone disease whose prevalence has been increasing, particularly in elderly females. The main clinical consequence is the fragility fracture, leading to increased morbidity and mortality, and a decreased quality of life for the patient, representing a significant socioeconomic burden. The current challenge is the early identification of individuals at higher risk of fracture who require therapeutic intervention to prevent future fractures.

Objectives: To study the beginning of anti-osteoporotic therapy in female patients at high risk of osteoporotic fracture.

Methods: A cross-sectional study based on the review of medical records and telephone interviews of 50-year-old and older female patients from a Family Health Unit in the Western Lisbon area. The sample size was calculated using the SurveyMonkey website, and the population sample was randomly selected. Fracture risk was calculated using FRAX®Port. The population was stratified based on fracture risk, and therapy initiation was verified in high-risk patients.

Results: A sample of 250 patients was obtained, of which 20.8% ($n=52$) had a high risk of fracture, 9.2% ($n=23$) had intermediate fracture risk, and 70% ($n=175$) had low fracture risk, according to FRAX calculation. Among the patients identified as having a high risk of fracture, 28.8% ($n=15$) were receiving anti-osteoporotic therapy.

Conclusion: It was found that only 28.8% of patients at high risk of fracture were receiving treatment, highlighting the importance of raising awareness among healthcare professionals for the assessment of osteoporotic fracture risk in Family Medicine appointments and implementing a change in the diagnostic and therapeutic approach to osteoporosis.

Keywords: Osteoporosis; Osteoporotic fractures; Fracture risk; FRAX; Anti-osteoporotic therapy.