

REFERENCIAMENTO E CONTRARREFERENCIAMENTO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE IDOSOS COM OSTEOPOROSE

REFERRAL AND COUNTER-REFERRAL TO PRIMARY HEALTH CARE OF OLDER ADULTS WITH OSTEOPOROSIS

RONARA CAMILA DE SOUZA GROIA VELOSO, FERNANDA CAMPOS PINHEIRO, MARIANA MARTINS GONZAGA DO NASCIMENTO, CRISTINA MARIANO RUAS

RESUMO:

Objetivo: Esse estudo teve como objetivo descrever o encaminhamento e contrarreferenciamento de idosos com osteoporose entre um centro de atenção especializado em geriatria e gerontologia e a atenção primária à saúde. O estudo foi desenvolvido com duas perspectivas de análise: 1) do paciente, elaborada a partir de uma coorte com coleta de dados secundários e seguimento realizado remotamente; 2) do gestor, utilizando inquérito telefônico, direcionada aos gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foram descritas variáveis demográficas, farmacoterapêuticas, clínicas e relacionadas ao serviço. No total, 391 pacientes participaram do estudo e todos haviam recebido um plano de cuidados que sugeria tratamentos e medidas para prevenção de quedas e fraturas. Todavia, 35,3% dos pacientes não estavam fazendo uso de medicamento para manejo da osteoporose no momento da entrevista. Do total, 31,2% haviam sofrido alguma queda no último ano e quase metade já havia apresentado alguma fratura na vida. O contrarreferenciamento ocorreu para 89,0% dos pacientes e, dentre eles, 34,3% tiveram o plano de cuidados totalmente implementado. Um total de 140 gestores participou do estudo, sendo que a maioria informou que os pacientes são convidados a retornar à UBS após o recebimento do plano de cuidados, mas pouco mais da metade concordou que sua implementação é totalmente viável. Os principais motivos para a dificuldade de implementação são a falta de apoio social/familiar ou vulnerabilidade social dos pacientes e a carência de profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Estratégias sociais familiares e relacionadas aos serviços de saúde podem ser úteis para garantir a implementação integral dos planos de cuidados de idosos com osteoporose.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Osteoporose; Idoso; Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária à Saúde.

ABSTRACT:

Objective: This study aimed to describe the referral and counter-referral of older adults people with osteoporosis between a secondary care service and primary healthy care service. The study has been developed from two perspectives: 1) from the patient, based on cohort with secondary collecting data and complementary remote survey; 2) from the primary care center manager, based on a telephone survey. A total of 391 patients were included in the study and all of them received a care plan with treatments and measures for prevention of falls and fractures. However, 35.3% were not using osteoporosis medication at the time of the interview. Of the total number of patients, 31.2% had suffered at least one fall in the year prior to the interview and almost half of them reported a fracture. Counter-referral occurred for 89.0% of the patients and, among these, 34.3% had the care plan fully implemented. A total of 140 managers participated in the study and the most part reported that patients have been invited to return to primary healthy care center after receiving the care plan, but just over half affirmed that its implementation is fully feasible. The main reasons for the difficulties are the patient's lack of social/family support or their social vulnerability and the lack of professionals in the Family Health Support Teams. Social strategies related to family and health care can be useful to ensure the full implementation of care plans for older adults with osteoporosis.

KEYWORDS: Unified Health System; Osteoporosis; Aged; Primary Health Care; Secondary Care.

Como citar este artigo:

VELOSO-GROIA, R. C. S.; PINHEIRO, F. C.; NASCIMENTO, M. M. G.; BRANDÃO, C. M. R.; Referenciamento e contrarreferenciamento à atenção primária à saúde de idosos com osteoporose. Revista Saúde (Sta. Maria). 2022; 48.

Autor correspondente:

Nome: Lais dos Santos Pimentel
E-mail: mailto:lais.pimentel@hotmail.com
Formação: : Médica. Graduada pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Imperatriz, Maranhão, Brasil.

Filiação: Universidade Federal do Maranhão
Endereço: : Av da Universidade, s/n, Universidade Federal do Maranhão, Curso de Medicina. Bairro Dom Afonso Gregory, Imperatriz/MA, Brasil. CEP: 65915-240.

Data de Submissão:

24/02/2022

Data de aceite:

1/07/2022

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



INTRODUÇÃO

Com o aumento da população idosa no Brasil e no mundo, observa-se um crescimento na representatividade das doenças crônico-degenerativas, dentre as quais destaca-se a osteoporose. A prevalência de osteoporose aumenta proporcionalmente com o avançar da idade,¹ passando de 0,1% na faixa etária de 18 a 24 anos para 27,7% na de 80 anos ou mais. Comparando a prevalência de osteoporose em relação ao sexo, as mulheres com idade a partir de 80 anos apresentam prevalência de 38,0% enquanto nos homens é de 10%². A doença é responsável por elevado impacto no indivíduo e está associada ao desenvolvimento de fraturas, fraqueza, redução da capacidade funcional, fragilidade, diminuição da qualidade de vida e aumento da mortalidade, sendo primordial, portanto, o planejamento e a execução de ações de saúde para a sua prevenção e tratamento^{3,4}.

O conjunto de práticas que envolvem a atenção à saúde dos idosos de forma integral, diz respeito às ações preventivas, promoção da saúde e curativas e deve abranger não apenas o atendimento resolutivo, mas também deve se centrar na manutenção da capacidade funcional dessa população⁵. A fragmentação do cuidado não aborda de forma adequada as opções de tratamento, visto que muitas vezes esses indivíduos são acometidos de diversas morbidades e fazem uso de múltiplos medicamentos⁶. Em um atendimento isolado, o profissional de saúde pode ter dificuldade de entender as múltiplas dimensões que determinam a saúde do idoso, bem como a efetividade e segurança da farmacoterapia. Assim, abordagens multi e interdisciplinares tornam-se relevantes em diferentes níveis do cuidado⁷.

Ações coletivas, que envolvam o tratamento farmacológico e não farmacológico adequados, são essenciais para o cuidado integral da população idosa sob risco de desenvolver e sofrer danos associados à osteoporose^{8,9}. Esse manejo profilático e terapêutico é destacadamente relevante entre idosos frágeis, que são aqueles que apresentam vários problemas de saúde, histórico de quedas, sintomas de depressão, limitações ao realizar atividades básicas diárias, idade avançada e histórico de hospitalização^{9,10}. Muitas vezes, os idosos demandam de uma avaliação/acompanhamento mais especializado e precisam ser encaminhados de um nível de complexidade menor (Unidade Básica de Saúde - UBS) para um nível de complexidade maior (atenção secundária ou hospital), o que denominamos referenciamento. Quando a necessidade de saúde desse idoso é mais simples, ele é direcionado de um nível de cuidado de maior para menor complexidade, denominado contrarreferenciamento.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em conjunto com o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, criou em 2010 o Programa de Atenção à Saúde do Idoso¹¹, com a implementação de Centros de Atenção Especializada em Geriatria e Gerontologia (CAEGG) para o atendimento a idosos frágeis referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os pacientes são submetidos a uma avaliação global do estado de saúde por equipe multidisciplinar, com auxílio de exames clínicos e de imagem. A partir dessa avaliação conjunta, é elaborado um plano de cuidados individualizado que é implementado na atenção primária à saúde (APS), a partir do contrarreferenciamento para

a continuidade dos cuidados. Os critérios para o encaminhamento do idoso da APS para a atenção especializada são: i. idoso com 80 anos ou mais; ou ii. idoso com 60 anos ou mais que apresente no mínimo uma das seguintes características: cinco ou mais diagnósticos; uso de cinco ou mais medicamentos ao dia; imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (quedas de repetição); incapacidade cognitiva; história de internações frequentes e/ou pós-alta hospitalar; dependência nas atividades básicas de vida diária; e/ou insuficiência familiar com alta vulnerabilidade social¹².

O encaminhamento e o contrarreferenciamento adequados são formas efetivas de garantir a integralidade do atendimento com atenção continuada de qualidade, promovendo melhores desfechos em saúde^{7,13}. No entanto, para que esse fluxo ocorra de forma eficiente, com foco no cuidado integral, é importante que haja boa comunicação entre a atenção primária e a secundária. É neste cenário que o presente trabalho se insere, com o objetivo de descrever o encaminhamento e o contrarreferenciamento de pacientes idosos com osteoporose entre o CAEGG e a APS.

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO E PERÍODO DE COLETA DE DADOS

O estudo foi desenvolvido com duas perspectivas de análise: a primeira, do paciente (coorte) e a segunda, do gestor da APS (transversal). A primeira análise foi feita a partir de uma coorte composta por uma coleta de dados secundários e um seguimento, realizado por meio de inquérito telefônico. Foram identificados todos os idosos encaminhados pela APS ao CAEGG, atendidos durante o período de setembro de 2011 a dezembro de 2013 e que tinham diagnóstico de osteoporose. Pelo menos um ano após o paciente ter sido atendido, diagnosticado e seu plano de cuidados enviado à UBS, foi realizado contato telefônico (julho de 2014 a janeiro de 2016). Para a segunda análise, utilizou-se a metodologia de inquérito telefônico, realizado no período novembro de 2016 a abril de 2017.

LOCAL DO ESTUDO E COLETA DE DADOS

Para o estudo de coorte utilizou-se como dados basais os encaminhamentos realizados a partir do CAEGG de Belo Horizonte. Nessa unidade são recebidos idosos que atenderam os critérios definidos na regulamentação estadual. Após avaliação conjunta de equipe multidisciplinar especializada, os idosos são contrarreferenciados, de acordo com a área de abrangência de saúde à qual são adscritos, com um plano de cuidados (conjunto de orientações, cuidados e prescrições) traçado no CAEGG para ser implementado na APS¹². A coleta de dados foi realizada *in locu* por estudante de pós-graduação, previamente treinado. A fonte de dados foi os registros virtuais de envio de plano de cuidados às UBS. Utilizou-se um formulário no Excel para coleta dos dados demográficos, clínicos, relacionados ao uso de medicamentos e

de hábitos de vida. Para este estudo, foi utilizada apenas a parte do plano de cuidados sobre tratamento para osteoporose.

A partir disso, foi realizado contato telefônico com o paciente para avaliar os aspectos relacionados ao contrarreferenciamento, uso de medicamentos e sobre a implementação do plano de cuidados. E, posteriormente, contato telefônico com os gestores das UBS para avaliar os fluxos de encaminhamentos dos pacientes idosos. Os contatos foram feitos a partir de linha telefônica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, por estudantes de farmácia, previamente treinados. Foi construído um formulário virtual, com perguntas abertas para a coleta de dados. Todas as respostas foram preenchidas no momento da entrevista.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Para o estudo que teve como perspectiva o paciente, foram definidos como critérios de inclusão: i. pacientes com diagnóstico densitométrico de osteoporose (com ou sem fraturas prévias) descrito em seu plano de cuidados; ii. com indicação de tratamento farmacológico; iii. que responderam ao inquérito telefônico (n=391).

Para o estudo que teve como perspectiva os gestores, foram selecionados todos os 140 gestores das UBS dos nove distritos sanitários do município de Belo Horizonte: Nordeste (n=20, 14,2%); Barreiro (n=19, 13,6%); Norte (n=19, 13,6%); Oeste (n=16, 11,4%); Noroeste (n=14; 10,0%); Venda Nova (n=14, 10,0%); Leste (n=13, 9,3%); Pampulha (n=13, 9,3%); e Centro-Sul (n=12, 8,6%).

VARIÁVEIS

Foram utilizadas as seguintes variáveis neste estudo: i. demográficas (sexo, idade); ii. farmacoterapêuticas (uso de medicamentos pregresso, uso de medicamentos no momento do inquérito telefônico e interrupção de tratamento previsto no plano de cuidado); iii. clínicas (queda nos seis meses que antecederam a entrevista e fraturas de baixa energia); iv. relacionadas ao serviço (se o paciente foi ou não chamado à UBS após consulta no CAEGG).

Considerando a resposta sobre os medicamentos utilizados no inquérito telefônico, o tratamento proposto no plano de cuidados pelo CAEGG foi definido como: i. implementado, ii. parcialmente implementado, e iii. não implementado. As categorias foram definidas quando: i. o indivíduo relatou fazer uso dos medicamentos indicados para o tratamento da osteoporose; ii. o indivíduo estava em uso de, no mínimo, um dos suplementos indicados; e iii, não havia uso de nenhum tipo de medicamento ou suplemento indicado no plano de cuidado. Foram considerados como tratamento, os medicamentos indicados para osteoporose, como bifosfonatos, raloxifeno e denosumabe. Foram considerados suplementos, cálcio e vitamina D.

As variáveis relacionadas à gestão foram: conhecimento da equipe de saúde da atenção primária sobre a possibilidade de encaminhamento de pacientes à atenção especializada; forma de recebimento do plano de cuidado;

tempo de recebimento dos planos de cuidado; contato com os pacientes; viabilidade da implementação dos planos de cuidado; e sugestões de melhorias no processo de referenciamento e contrarreferenciamento.

ANÁLISE DE DADOS

A análise descritiva dos dados incluiu frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e média das variáveis contínuas diretamente no Excel.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e aprovado sob parecer N° 534.337.

RESULTADOS

A primeira parte dos resultados descreve os dados do acompanhamento de pacientes. A segunda parte, resultados da entrevista com gestores das UBS. Um total de 391 idosos apresentaram diagnóstico de osteoporose e receberam em seu plano de cuidados indicação para o manejo da osteoporose através de medicamento ou suplemento. Destes, 88,2% eram mulheres, com idade média de 77 anos; 18,2% já faziam uso de algum medicamento ou suplemento para osteoporose antes da indicação do plano de cuidados, ou seja, antes de ter sido atendido no CAEGG.

De acordo com a Tabela 1, 75,7% receberam no plano de cuidado indicação de uso de medicamento e suplemento; 18,9% somente suplemento; e 5,4% somente de medicamentos. A maioria dos pacientes recebeu indicação de uso de alendronato de sódio associado a cálcio + vitamina D (68,3%).

Tabela 1 - Tratamento para osteoporose proposto no plano de cuidados de pacientes atendidos em um centro de atenção especializada em GERIATRIA e GERONTOLOGIA e contrarreferenciados à Atenção Primária em Saúde, BH/MG

Tratamento proposto	N	%
Alendronato de sódio	20	5,1
Alendronato de sódio, cálcio + vitamina D	267	68,3
Alendronato de sódio, cálcio	6	1,5
Alendronato de sódio, vitamina D	13	3,3
Calcitonina, cálcio + vitamina D	1	0,3
Denosumabe	1	0,3
Cloridrato de raloxifeno, cálcio + vitamina D	3	0,8
Ranelato de estrôncio, cálcio + vitamina D	6	1,5
Cálcio	1	0,3
Cálcio + vitamina D	60	15,3
Vitamina D	13	3,3
Total	391	100,0

Em relação ao uso de medicamentos, 60,6% dos pacientes estavam em uso de algum medicamento para o tratamento da osteoporose; 35,3% não estavam fazendo uso de medicamento no momento da entrevista; e 4,1% não sabiam informar. De acordo com a Tabela 2, 49,4% dos pacientes estavam em uso de suplementos; 4,6% em uso de medicamentos; 44,7% em uso de medicamento e suplemento; e 1,3% não soube informar.

A partir do acompanhamento realizado por meio do inquérito telefônico, 89,0% dos pacientes havia sido chamado à UBS após atendimento na atenção secundária, ou seja, ocorreu o contrarreferenciamento. 34,3% dos pacientes tiveram o plano de cuidados implementado; 23,3% parcialmente implementado; e 38,6% não implementado. Em 3,8% não foi possível avaliar a implementação. Dos pacientes, 31,2% haviam sofrido alguma queda no último ano e quase metade já havia sofrido alguma fratura na vida (46,6%).

Tabela 2 – Uso de medicamentos para o tratamento para osteoporose entre pacientes atendidos em um centro de atenção especializada em GERIATRIA e GERONTOLOGIA contrarreferenciados à Atenção Primária em Saúde, BH/MG

Uso de medicamento e suplemento	N	%
Alendronato de sódio, cálcio	31	13,1
Alendronato de sódio, vitamina D	3	1,3
Alendronato de sódio, cálcio + vitamina D	66	27,9
Denosumabe, vitamina D	1	0,4
Denosumabe, cálcio + vitamina D	1	0,4
Ibandronato de sódio, cálcio + vitamina D	1	0,4
Ranelato de estrôncio, cálcio + vitamina D	1	0,4
Risedronato de sódio, cálcio	1	0,4
Risedronato de sódio, cálcio + vitamina D	1	0,4
Alendronato de sódio	10	4,2
Denosumabe	1	0,4
Cálcio	49	20,7
Vitamina D	8	3,4
Cálcio + vitamina D	60	25,3
Sem informação	3	1,3
Total	237	100,0

Dos idosos que não estavam em uso de medicamentos e/ou suplementos, 42 interromperam o tratamento por algum motivo, sendo que 39,5% dos motivos estavam relacionados a não obtenção do medicamento, ou pela indisponibilidade na UBS ou dificuldade de aquisição direta (Tabela 3).

Tabela 3 – Motivos relacionados à interrupção do tratamento para osteoporose em pacientes atendidos em um centro de atenção especializada em GERIATRIA e GERONTOLOGIA contrarreferenciados à Atenção Primária em Saúde, BH/MG

Motivos	N	%
Não estava disponível na unidade básica de saúde	13	31,0
Orientação médica	8	19,0
Reação adversa	8	19,0
Não conseguiu comprar	4	9,5
Não conseguiu renovar receita	4	9,5
Contra própria	3	7,1
Esquecimento	1	2,4
Não informado	1	2,4
Total	42	100,0

Os gestores das UBS foram questionados quanto ao conhecimento da equipe de saúde da atenção primária sobre a possibilidade de encaminhamento de pacientes à atenção especializada. A maioria dos gestores respondeu que o fluxo era bem estabelecido em sua unidade de saúde (97,1%). Todos os 140 gestores afirmaram receber o plano de cuidado via e-mail, porém o tempo referido para o recebimento desse variou. 19,0% respondeu que era menor que 7 dias; 30,0%, 7-29 dias; 24,0%, 30-59 dias; 18,0%, > 60 dias. Um total de 50 gestores (35,7%) relatou não saber quanto tempo leva para o recebimento do plano de cuidado.

Foi identificado que 97,9% dos gestores relataram ser responsabilidade dos profissionais da atenção primária informar aos pacientes sobre o recebimento do plano de cuidados. Apenas um gestor relatou ser de responsabilidade do CAEGG (0,7%) e outros dois (1,4%) responderam que o paciente fica ciente da chegada do plano de cuidados quando comparece ao centro de saúde.

Um total de 92,1% dos gestores informaram que os pacientes são convidados a retornar aos centros de saúde após o recebimento do plano de cuidados. Outros gestores responderam que o convite depende da gravidade no estado de saúde do paciente (5,0%) ou informaram que o acompanhamento é constante, independentemente do recebimento do plano de cuidados (2,2%). Apenas um gestor disse não saber se os pacientes são convidados para o retorno (0,7%).

Em relação à viabilidade de implementação do plano de cuidados, 53,0% dos gestores concordam que o plano de cuidados é totalmente viável; 30,0% acham que nem sempre é possível; 16,0% relatam que na maioria das vezes é possível; e, somente 1,0% acha que não é possível de ser implementado. Grande parte dos gestores relatou não

haver dificuldades para implementação dos planos de cuidados (23,0%). Todavia, para 18,8%, as principais dificuldades consistem na falta de apoio social/familiar do idoso ou vulnerabilidade social (18,8%), indisponibilidade de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (14,5%) e dificuldade de encaminhamento para cuidado especializado (10,9%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Principais dificuldades relatadas pelos gestores públicos de Unidades Básicas de Saúde para implementação de ações previstas no plano de cuidados do tratamento para osteoporose em pacientes atendidos em um centro de atenção especializada em GERIATRIA e GERONTOLOGIA e contrarreferenciados à Atenção Primária em Saúde, BH/MG

Dificuldades relatadas	Nº de relatos	%
Sem dificuldade	38	23,0
Falta de apoio social/familiar do idoso ou vulnerabilidade social	31	18,8
Falta de profissional do NASF	24	14,5
Dificuldade de encaminhamento para cuidado especializado	18	10,9
Grande número de pacientes/equipe	15	9,2
Proposta de intervenção fora do SUS	13	7,9
Falta de adesão ao tratamento	12	7,3
Dificuldade para visita domiciliar	5	3,0
Não sabe	3	1,8
Paciente está em área de baixo risco	2	1,2
Divergência opinião profissional CAEGG UBS	2	1,2
Falta ou falha de estrutura tecnológica da unidade	2	1,2
Total	165	100,0

Os gestores sugeriram algumas ações para melhoria no processo de encaminhamento e contrarreferenciamento, que incluem: maior agilidade no envio do plano de cuidados (20; 22,5%); melhoria na comunicação entre os centros de saúde e o CAEGG (15; 16,9%); e agilidade no encaminhamento para especialista (11; 12,4%), agilidade no recebimento de exames (11; 12,4%), agilidade na marcação de consultas (9; 10,1%) e outros (23; 25,7%).

DISCUSSÃO

O presente estudo é pioneiro ao descrever o encaminhamento e contrarreferenciamento de idosos com osteoporose

entre o CAEGG e a APS, sob as óticas do gestor e do paciente. A relevância clínica é grande, posto que os resultados aqui apresentados podem auxiliar na elaboração de estratégias que visem melhorar a implementação dos planos de cuidado proporcionando adequado acompanhamento farmacoterapêutico do paciente com osteoporose, com racionalidade das prescrições e adesão ao tratamento. Ações em saúde pública também são importantes para fortalecer a transição do cuidado e efetivar a abordagem integral em saúde.

Essa pesquisa observou elevada prevalência de idosos que não estavam em uso de medicamentos ou de suplementos para osteoporose, mesmo após recomendação do CAEGG, por meio do plano de cuidados. Dos pacientes que participaram da pesquisa, aproximadamente um terço não fizeram uso de medicamento ou de suplemento para o tratamento da osteoporose e quase 40% não teve o plano de cuidados implementado na UBS.

Existe consenso sobre a eficácia, efetividade, segurança e custo-efetividade dos medicamentos e suplementos utilizados para a prevenção e tratamento da osteoporose, tais como bifosfonatos, anticorpo monoclonal denosumabe, vitamina D e cálcio. Entretanto, a não utilização dos mesmos é frequente e pode acarretar em aumento do número de fraturas, dor e incapacidade¹⁴⁻¹⁷.

O plano de cuidados conta com informações detalhadas sobre o tratamento mais adequado ao paciente, além de outras possíveis formas de prevenção de quedas e fraturas, como prática de atividade física, banho de sol e alimentação adequada, de forma individual e respeitando os limites do idoso. Dessa forma, a não implementação do plano de cuidados e o não uso dos medicamentos pode acarretar consequências importantes para a saúde do idoso, contribuindo, inclusive, para o aumento do número de hospitalizações e da morbimortalidade¹⁸.

A não implementação do plano de cuidados também pode resultar em gasto desnecessário com atenção especializada, uma vez que o recurso destinado ao tratamento da osteoporose não está sendo utilizado de forma adequada. Sabe-se que o custo da atenção especializada em geriatria, como a ofertada no serviço estudado, é alto, pois o atendimento inclui especialistas de diversas áreas, tais como médicos de várias especialidades, assistente social, enfermeiro, farmacêutico, dentista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, além de exames como densitometria óssea, eletrocardiograma e tomografia computadorizada¹⁹. Apesar do investimento elevado, quando o contrarreferenciamento é adequado e os tratamentos mais efetivos e seguros são ofertados à população, há eficiência no gasto, com a prevenção de traumas, internações e cirurgias^{7,20,21}.

Outro fator que pode explicar a não implementação do plano de cuidados é a dificuldade dos gestores da APS quanto à sua viabilidade. Nesse estudo, 30% dos gestores relataram que nem sempre é possível implementar o plano de cuidados elaborado pela CAEGG e em torno de 20% informaram que deveria ocorrer a melhoria da comunicação entre a UBS e o CAEGG. Uma comunicação mais efetiva entre os profissionais da atenção secundária com os gestores e a equipe da APS favoreceria a implementação do plano de cuidados, visto que seriam discutidas as limitações tanto do

paciente, quanto do serviço disponibilizado na APS.

Para uma comunicação mais efetiva são imprescindíveis a atuação multiprofissional e interdisciplinar e o trabalho em rede, a fim de garantir um cuidado integral ao paciente. A maior proximidade dos níveis de atenção à saúde amplia as discussões sobre as lacunas dos serviços e suas potencialidades, o que possibilita o planejamento de ações que sejam viáveis e indicadas para cada paciente, conforme a necessidade²².

O envio do plano de cuidados para a APS é realizado via e-mail, seguindo assim um fluxo de difícil rastreamento, acesso limitado e sem proteção das informações sigilosas dos pacientes. Assim, seria vantajosa a adoção de um prontuário eletrônico unificado para os diferentes níveis de atenção, uma vez que evitaria a adulteração, perda, falta ou duplicação de informações e procedimentos²³. Essa é uma demanda nacional de extrema necessidade para uma assistência integral e que é estimulada pela Lei de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Um prontuário unificado para o SUS permitiria que todos os profissionais de saúde tivessem acesso ao histórico do paciente e de seu atendimento nos serviços de saúde, incluindo consultas com todas as especialidades, exames e também atividades de promoção de saúde, reduzindo a falha de comunicação entre os níveis de atenção à saúde²⁴.

A falha da implementação do plano de cuidados pode ser explicada, em parte, pelas características individuais dos pacientes estudados e seus familiares, sendo a falta de apoio social/familiar do idoso ou vulnerabilidade social, apontada pelos gestores das UBS, como o principal fator limitante (18,8%). Os idosos frágeis ou em risco de fragilização geralmente dependem de familiares para auxiliar no autocuidado, incluindo a administração dos medicamentos, e ter acesso aos serviços de saúde. Entretanto, muitas vezes ocorre uma insuficiência familiar, que é caracterizada pela falta de apoio social e vínculo familiar prejudicado, podendo dificultar o tratamento²⁵.

A vulnerabilidade social também pode impactar na implementação do tratamento para osteoporose. Esta associa-se às precárias condições financeiras, à baixa escolaridade, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à ausência de suporte social. Desse modo, o idoso frágil em situação de vulnerabilidade necessita de proteção para sua integridade moral, dignidade humana e autonomia²⁶.

Os gestores apontaram que a falta de profissionais do NASF é um dos obstáculos para a implementação do plano de cuidados. A elevada rotatividade de profissionais é um fator que pode afetar a efetividade da assistência à saúde e gerar insatisfação nos usuários. As causas apontadas na literatura para essa alta rotatividade são: insatisfação no local de trabalho, falta de recursos como materiais e equipamentos para realização da atividade profissional, distância das unidades de saúde, sobrecarga de trabalho da equipe e insegurança pela incapacitação dos profissionais em exercer a prática generalista²⁷.

Os gestores de saúde devem estar atentos em relação a satisfação dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e do NASF para que tornem mais atrativa a permanência desses, sendo primordial a identificação das

causas que geram essa alta rotatividade e com isso propor medidas de planejamento e execução de ações por parte da gestão municipal²⁸.

Outro dado importante identificado nessa pesquisa é que a maioria dos gestores referiram que a equipe de saúde tinha conhecimento sobre o fluxo de referenciamento para o CAEGG. Esse é um fator positivo para o cuidado do paciente frágil que necessita da atenção de níveis mais complexos de atendimento²⁹.

O trabalho se limitou à busca de informação de gestores da APS e pacientes, não sendo incluídos na avaliação dados dos gestores do centro de especialidade. O estudo também optou por descrever a implementação do plano de cuidados com foco manejo do tratamento medicamentoso para osteoporose, ponto principal do tratamento secundário da doença, sendo necessários mais estudos que avaliem a implementação da prática de atividade física. Entretanto, reconhece-se o potencial desse estudo para a discussão de estratégias de melhoria na implementação dos planos de cuidados, fortalecimento e aprimoramento da transição de cuidados entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A busca pela qualificação do cuidado é importante, sobretudo na população geriátrica com critérios de fragilidade e crescente representatividade na população brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre o referenciamento e contrarreferenciamento de pacientes idosos com osteoporose entre o CAEGG e a APS sob as óticas do gestor e do paciente é de grande relevância, uma vez que seus resultados podem subsidiar ações para melhoria da implementação dos planos de cuidado. Essa pesquisa identificou alta frequência de pacientes que não estavam em uso dos medicamentos e/ou suplementos para osteoporose apesar da recomendação nos planos de cuidados. A maioria dos idosos não tinha plano de cuidados implementado totalmente. Uma grande parcela dos gestores informou não ser sempre possível a implementação de planos de cuidados e relataram que os principais motivos para essa dificuldade são a falta de apoio social/familiar ou vulnerabilidade social e falta de profissionais no NASF. A implementação de estratégias que melhorem o fluxo de informações, aumentem a disponibilidade de profissionais no NASF e fortaleçam o apoio familiar e diminuam a vulnerabilidade social do idoso com osteoporose podem ser úteis para garantir a implementação integral dos planos de cuidados.

REFERÊNCIAS

1 - Rodrigues IG, Barros MBA. Osteoporose autorreferida em população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016. 19, 294-306. doi: 10.1590/1980-5497201600020007

2 – Camargos S, Castro Mc, Bomfim W. Osteoporose e Expectativa de Vida Saudável: estimativas para o Brasil em

2008. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2017. 25(1). doi: 10.1590/1414-462X201700010150

3 - Frisoli JA, Paes AT, Borges J, Ingham, SM, Cartocci MM, Lima E, Camargo CAC. The association between low lean mass and osteoporosis increases the risk of weakness, poor physical performance and frailty in Brazilian older adults: data from SARCOS study. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2021. 75(3), 446-455. doi: :10.1038/s41430-020-00753-w

4 - Oliveira FN, Silva RB, Arthuso M, Pinto-Neto AM, Caserta N, Costa-Paiva L. Prevalence of vertebral fractures and quality of life in a sample of postmenopausal Brazilian women with osteoporosis. *Archives of osteoporosis*. 2012. 7(1), 101-106. doi: 10.1007/s11657-012-0086-z

5 - Ministério da Saúde. Portaria 2528/2006. Política Nacional de Saúde do Idoso. [Internet]. 2006. [cited 2022 Jan 27]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

6 – Medeiros KK, Aires SPJ, Elzo PBA, Medina MG. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*. 2017;41(3): 288-295. doi:10.1590/0103-11042017S322

7 - Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasil; 2012. [cited 2022 Jan 27]. 98 p. Available from: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/5574/aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude%20do%20idoso.pdf?sequence=1>[PG1]

8 – Qaseem A, Forcica MA, McLean RM, Denberg TD. Treatment of low bone density or osteoporosis to prevent fractures in men and women: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*. 2017. 166(11), 818-839. doi: 10.7326/M15-1361

9 – Souza MPGD. Diagnóstico e tratamento da osteoporose. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2010. 45, 220-229.

10 – Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSDS, Andrade ACDS, Pereira LSM, Dias RC. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013. 29, 1631-1643.

11 – Moraes EN. Programa de apoio matricial em saúde do idoso do HC-UFMG. In: Oficina de Atenção à Saúde do Idoso do HC-UFMG, Belo Horizonte, 2012.

12 - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução nº 2.603, de 7 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o Programa Mais Vida – Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais, e dá outras providências. *Diário Oficial de Minas Gerais*. 2010, [cited 2022 Jan 27] Available from: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o%20de%202.603%20de%207%20de%20dezembro%20de%202010.pdf>

13 – Von Randow RM, Brito MJM, Silva KL, Andrade AM, Caçador BS, Siman AG. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2011. 12, 904-912.

- 14 - Tu KN, Lie JD, Wan CKV, Cameron M, Austel AG, Nguyen JK, Hyun D. Osteoporosis: a review of treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*. 2018. 43(2), 92-104.
- 15 - Fatoye F, Smith P, Gebrye T, Yeowell G. Real-world persistence and adherence with oral bisphosphonates for osteoporosis: a systematic review. *BMJ Open*. 2019. 9, 1-18. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027049
- 16 - Cehic M, Lerner R, Achten J, Griffin XL, Prieto-Alhambra D, Costa ML. Prescribing and adherence to bone protection medications following hip fracture in the United Kingdom: results from the World Hip Trauma Evaluation (WHiTE) cohort study. *The Bone & Joint Journal*. 2019.01(11), 1402-1407. doi: 10.1302/0301-620X.101B11.BJJ-2019-0387.R1
- 17 - Brandão CMR, Machado GPDM, Acurcio FDA. Análise farmacoeconômica das estratégias de tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2012. 52(6), 924-937.
- 18 - Compston J, Cooper A, Cooper C, Gittoes N, Gregson C, Harvey N, Vine N. UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. *Archives of osteoporosis*. 2017. 12(1), 43. doi: 10.1007/s11657-017-0324-5
- 19 - Moraes EN, Moraes FL. *Avaliação Multidimensional do Idoso*. 4 ed. Belo Horizonte: FOLIUM; 2014. 186 p.
- 20 - Rechmann IL, Magalhães TA. A vulnerabilidade dos usuários do SUS acerca dos serviços de atenção especializada: abordagem segundo a bioética da proteção. *Direito UNIFACS–Debate Virtual*. 2020. 235 p.
- 21 - Porto AO, Matos-Leal CB, Rios MA, Fernandes TSS, Fernandes ESF, Ferreira RBS. Características sociodemográficas e custo de hospitalizações por fratura de fêmur em idosos na Bahia *Journal Health NPEPS*. 2019. 4(2), 297-309. doi: 10.30681/2526101038233823
- 22 - Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Silveira-Perrando IM. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enfermagem*. 2016. 21(1), 1-8.
- 23 - Garde JG. *Gestión sanitaria y tecnologías de la información*. Informes SEIS; 2001. 207p.
- 24 - Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). *Diário Oficial da União*. 2018. [cited 2022 Jan 30]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
- 25 - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. 2019. 56 p.
- 26 - Jesus ITMD, Orlandi AADS, Grazziano EDS, Zazzetta MS. Frailty of the socially vulnerable elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2017. 30(6), 614-620. doi: 10.1590/1982-0194201700088
- 27 - Capozzolo AA, Campos GWS. No olho do furacão. *Trabalho Médico e o Programa Saúde da Família*. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2007. 3(9), 62-63.

28 - Rodrigues JAC, Pereira MF, Sabino MMFL, Pereira, M, Costa A, Moritz G. Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da estratégia de saúde da família de Santo Amaro da Imperatriz. Contribuições para a gestão do SUS. 2013. 2, 65-81.

29 - Pereira JDS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2016. 26(3), 1033-1051. doi:10.1590/S0103-73312016000300016