

# **FLUXO DE ATENDIMENTO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)**

## **SAÚDE DO IDOSO**

**2022**

### **Equipe de Elaboração**

Alline Mércia de Carli Ronsani

Grasiela Giacobbo Nodari

Ravlim Campo

Tábata Cristina Colussi

Valquíria Predebon Kuhnen

### **Equipe de Revisão**

Gabriela Martarello

Ravlim Campo

Tábata Cristina Colussi

### **Data de Elaboração**

30/06/2017

### **Data de Revisão**

01/09/2022

### **ARSS – ASSOCIAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO SUDOESTE**

Rodovia Contorno Vitório Traiano, 501

Água Branca

Francisco Beltrão – PR

Telefone: (46) 3520-0935

## FLUXO DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA (MACC)

Este documento tem como objetivo orientar os profissionais quanto o fluxo de atendimento dos pacientes pertencentes aos vinte e sete municípios da 8ª Regional de Saúde, associados à Associação Regional de Saúde do Sudoeste (ARSS), que devem ser estratificados e encaminhados pela atenção primária, conforme a linha guia de saúde do idoso, à atenção secundária.

O paciente continuará em acompanhamento na Atenção Primária, tendo retornos mais espaçados na Atenção Secundária, onde são realizados atendimentos por equipe multiprofissional.

## 2. ESTRATIFICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A estratificação de risco, segundo a Linha Guia da Saúde do Idoso, deve ser realizada de acordo com o resultado do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20) (anexo I), devendo-se encaminhar ao MACC os pacientes estratificados como idosos frágeis ou pré-frágeis, neste caso, que contenham alguma comorbidade.

**Os idosos classificados como pré-frágeis e que possuam hipertensão arterial ou diabetes, deverão ser encaminhados primeiramente ao programa do idoso. Neste caso, o médico geriatra avaliará e, se julgar necessária uma avaliação com outro especialista, fará o devido encaminhamento.**

## 3. AGENDAMENTO

Os pacientes estratificados pela APS como **frágil e pré-frágil com comorbidade**, deverão ser agendados através do **WhatsApp** de agendamento do MACC: **(46) 98826-3134**. Para facilitar, tornar resolutivo o processo de encaminhamento e contato com os serviços de atenção ao paciente, o agendamento deve ser realizado pelo(a) **Enfermeiro(a)** da atenção básica, responsável pelo atendimento do paciente no município e deverá repassar o nome completo do paciente, número do usuário do paciente (cadastro IDS - CRE), pontuação da estratificação de risco e breve histórico do paciente. No momento da solicitação do agendamento, **deve-se enviar no WhatsApp, a guia de referência e contra-referência e a estratificação de risco (somente um arquivo com todas as folhas do encaminhamento) em formato PDF.**

## 4. CONSULTAS

### 4.1 Primeira consulta

- Guia de referência e contra-referência devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente responsável pelo atendimento, minimamente, com os seguintes dados: nome completo, data de nascimento, caracterização do risco, histórico do paciente e/ou guia de encaminhamento fornecida pelo MACC (anexo II);
- Cópia da estratificação de risco (IVCF-20);
- Carteirinha da medicação que está em uso e/ ou trazer os medicamentos;
- Plano de cuidados devidamente preenchido pela equipe da atenção básica com as ações realizadas no município;
- A linha guia do idoso, não preconiza a realização de exames para o encaminhamento, porém é importante que o mesmo seja orientado a trazer os exames que realizou no último ano (exames laboratoriais e de imagem);
- **Imprescindível a presença de acompanhante.**

### 4.2 Demais consultas

- Plano de cuidados;
- Exames laboratoriais atualizados (quando houver);
- Carteirinha da medicação que está em uso e/ ou trazer os medicamentos;
- **Imprescindível a presença de acompanhante.**

### 4.3 Retornos

O tempo para retorno das consultas na atenção secundária será determinado pelos profissionais da equipe multiprofissional, sendo que, o não comparecimento do paciente nos retornos agendados será de responsabilidade da unidade de origem, a qual deverá proceder busca ativa do mesmo.

Caso o paciente comunique a unidade de saúde que não poderá comparecer na data agendada, a enfermeira responsável deverá entrar em contato com o MACC para troca da data, com no mínimo 24 horas de antecedência, caso contrário, o paciente será incluído como faltante.

A partir do momento que o paciente estiver estabilizado, será contra referenciado à Unidade Básica de Saúde de origem, para manter acompanhamento.

#### **4.4. Faltantes**

É responsabilidade do MACC realizar o levantamento dos pacientes que faltaram nas consultas e enviar para APS realizar busca ativa. Após a busca, o enfermeiro responsável deverá realizar contato, o mais breve possível, para informar o motivo da ausência bem como a necessidade ou não de reagendamento.

Caso o paciente não deseje continuar os atendimentos no MACC, deve-se solicitar que o paciente, ou seu responsável, assine um termo de desistência, o qual deverá ser enviado ao MACC através do WhatsApp.

#### **5. PLANO DE CUIDADOS**

Os pacientes encaminhados ao Ambulatório do MACC deverão vir com um plano de cuidados (Anexo III) elaborado pela Atenção Primária (ESF, NASF), o qual será avaliado e complementado pela equipe multiprofissional da Atenção Especializada.

O paciente que não apresentar a estratificação de risco compatível com o encaminhamento será contra referenciado à unidade de origem com o plano de cuidados.



## REFERÊNCIAS

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. – 1 ed. - Curitiba: SESA, 2017. 149 p. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguida\\_idoso.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguida_idoso.pdf) Acesso em: janeiro 2018.

Anexo I – Ficha de Estratificação de Idoso (IVCF-20)

Anexo II – Guia de Encaminhamento ao MACC

Anexo III – Plano de Cuidados

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

**ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20**

[www.ivcf-20.com.br](http://www.ivcf-20.com.br)

		Pontuação
<p>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p>		
<b>IDADE</b>	<p>1. Qual é a sua idade?</p> <p>( ) 60 a 74 anos<sup>0</sup> ( ) 75 a 84 anos<sup>1</sup> ( ) ≥ 85 anos<sup>2</sup></p>	
<b>AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>	<p>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</p> <p>( ) Excelente, muito boa ou boa<sup>0</sup> ( ) Regular ou ruim<sup>1</sup></p>	
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	<p><b>AVD Instrumental</b></p> <p><i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i></p> <p>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? ( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</p> <p>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</p> <p>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</p>	Máximo 4 pts
	<p><b>AVD Básica</b></p> <p>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? ( ) Sim<sup>6</sup> ( ) Não</p>	
	<p>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? ( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não</p> <p>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não</p> <p>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</p>	
<b>COGNIÇÃO</b>		
<b>HUMOR</b>	<p>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? ( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</p> <p>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</p>	
<b>MOBILIDADE</b>	<p>Alcance, preensão e pinça</p> <p>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não</p> <p>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não</p>	
	<p>Capacidade aeróbica e/ou muscular</p> <p>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês ( ) ;</li> <li>Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( ) ;</li> <li>Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm ( ) ;</li> <li>Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos ( ) .</li> </ul> <p>( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</p>	Máximo 2 pts
	<p>Marcha</p> <p>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</p> <p>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</p>	
	<p>Continência esfincteriana</p> <p>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</p>	
<b>COMUNICAÇÃO</b>	<p>Visão</p> <p>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. ( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</p> <p>Audição</p> <p>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. ( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</p>	
<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	<p>Polipatologia</p> <p>Polifarmácia</p> <p>Internação recente (&lt;6 meses)</p> <p>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cinco ou mais doenças crônicas ( ) ;</li> <li>Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( ) ;</li> <li>Internação recente, nos últimos 6 meses ( ) .</li> </ul> <p>( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não</p>	Máximo 4 pts
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)		



**GUIA DE ENCAMINHAMENTO MACC**  
**IDOSOS**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Cadastro Net Saúde: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Enfermeiro Resp: \_\_\_\_\_

**1) Estratificação:**

( ) Pré-frágil com comorbidade: \_\_\_\_\_

( ) Frágil

**2) Identificação do caso (resumo do caso/evolução clínica):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura sobre carimbo

**Orientar paciente a vir com acompanhante junto e  
trazer todos os exames e controles necessários.**



