

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

LINHA DE CUIDADO DIABETES MELLITUS

2025

Equipe de Elaboração

Alline Mércia de Carli Ronsani

Grasiela Giacobbo Nodari

Ravlim Campo

Tábata Cristina Colussi

Valquíria Predebon Kuhnen

Equipe de Revisão

Ravlim Campo

Natalia Dalla Costa Becker

Tábata Cristina Colussi

CRESEMS

8ª Regional de Saúde

Data de Elaboração

30/06/2017

Data de Revisão

04/12/2024

1. FLUXO DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Este documento tem como objetivo orientar os profissionais quanto ao fluxo de atendimento dos pacientes diabéticos pertencentes aos vinte e sete municípios da 8ª Regional de Saúde, consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste – CONSUD, que deverão ser estratificados e compartilhados pela Atenção Primária de Saúde (APS), conforme a linha guia de Diabetes Mellitus, à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

2. ESTRATIFICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A estratificação de risco deverá ser realizada de acordo com a estratificação de risco segundo a Linha Guia de Diabetes Mellitus (em anexo ao formulário de compartilhamento do cuidado), devendo-se encaminhar ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) os pacientes estratificados como: **Alto Risco: HbA1c > 7% (pacientes com menos de 60 anos), HbA1c > 8% (pacientes acima de 60 anos), Diabetes Mellitus tipo I (independentemente do valor da HbA1c) e gestantes insulínod dependentes** (conforme protocolo regional de encaminhamento de gestante insulínod dependente para ambulatório da Linha de Cuidado do Diabetes de 25/05/2023 – aprovação CIR em 25/05/23 Deliberação nº 025/23).

Primeiramente, é necessário que o paciente seja acolhido pela equipe multiprofissional do município, buscando o controle glicêmico. Nesse acolhimento, o médico da APS será o responsável por verificar necessidade de conduta medicamentosa, **aguardar três meses após a mudança de conduta** para reavaliação do quadro clínico, caso não houver êxito ao tratamento proposto, o paciente então poderá ser encaminhado ao MACC.

Ressaltamos que o cuidado dos pacientes é compartilhado entre a APS e AAE e, portanto, o paciente deve manter seu acompanhamento na unidade de origem.

3. AGENDAMENTO

Os pacientes estratificados pela APS com **os critérios acima descritos**, deverão ser agendadas através do WhatsApp de agendamento primeira consulta do MACC: **(46) 3520-0913**. Para facilitar, tornar resolutivo o processo de encaminhamento e contato com os serviços de atenção, o agendamento deve ser realizado pelo(a) **Enfermeiro(a)** da atenção básica, responsável pelo atendimento da paciente na APS, o qual deverá repassar o nome completo, número do usuário (cadastro IDS). No momento da solicitação do agendamento, **deve-se enviar no WhatsApp, o formulário de compartilhamento do cuidado (Anexo I) e os exames, conforme a linha guia, em formato PDF (somente um arquivo com todas as páginas)**.

O setor de regulação e agendamento do MACC, em colaboração com a equipe multidisciplinar, poderá solicitar documentos adicionais que complementem as informações enviadas, visando otimizar o atendimento.

4. CONSULTAS

4.1 Primeira consulta

- Documento de identificação, válido em território nacional, com foto;
- Formulário de compartilhamento do cuidado com todos os campos devidamente preenchidos e assinado pelo médico assistente responsável e equipe multiprofissional do município;
- Exames laboratoriais (no máximo, últimos 6 meses; **exceto Hb1Ac** que deve ser realizado após os 03 meses da conduta adotada pela APS) e eletrocardiograma (no máximo, últimos 3 meses);
- Trazer os medicamentos em uso;
- Gestantes deverão trazer a Caderneta de Gestante;
- Acompanhante, se necessário. Lembrando que pacientes menores de 18 anos, **idosos e com problemas neurológicos tem direito a acompanhante e é imprescindível a presença do mesmo**. Caso o paciente não indicar ou não tiver

nenhum acompanhante, o serviço social do MACC entrará em contato com o serviço social do município para sanar/resolver a situação.

4.2 Demais consultas

- Documento de identificação, válido em território nacional, com foto;
- Plano de cuidados, com devolutiva do município;
- Exames laboratoriais atualizados (quando houver);
- Carteirinha da medicação que está em uso e/ou trazer os medicamentos;
- Controle glicêmico;
- Gestantes deverão trazer a Caderneta de Gestante;
- Acompanhante, se necessário. Lembrando que **pacientes menores de 18 anos, idosos e com problemas neurológicos tem direito a acompanhante e é imprescindível a presença do mesmo.** Caso o paciente não indicar ou não tiver nenhum acompanhante, o serviço social do MACC entrará em contato com o serviço social do município para sanar/resolver a situação.

4.3 Retornos

O tempo para retorno das consultas na AAE será determinado pelos profissionais da equipe multiprofissional, sendo que, o não comparecimento da paciente nos retornos agendados será de responsabilidade da APS, a qual deverá proceder busca ativa da mesma.

Caso o paciente comunique a APS que não poderá comparecer no dia agendado, o(a) enfermeiro(a) responsável deverá entrar em contato com o MACC pelo WhatsApp de reagendamentos: **(46) 98826-3134**, para alteração 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 APS, para manter acompanhamento.

4.4 Encaminhamentos

Quando houver encaminhamento às especialidades não contempladas nas linhas de cuidado do MACC, mas ofertadas no Centro Regional de Especialidades (CRE), o MACC ficará responsável por garantir o agendamento do primeiro encaminhamento realizado pelos médicos.

As agendas do CRE são disponibilizadas na última semana de cada mês, portanto, se não houver vaga disponível no momento do agendamento, a equipe irá orientar que a APS realize contato através do WhatsApp do agendamento: (46) 98826-3134.

Uma vez que o paciente comunique a APS que não poderá comparecer no dia agendado, o(a) enfermeiro(a) responsável deverá entrar em contato com o MACC para alteração da data, com no mínimo 24 horas de antecedência, caso contrário, será incluído como faltante; não sendo mais agendado através do MACC e ficando o agendamento sob responsabilidade do município.

Após o atendimento no CRE, se houver necessidade de retorno, o agendamento ficará sob responsabilidade do município.

Quando houver encaminhamento às especialidades contempladas nas linhas de cuidados do MACC, o município deverá realizar a estratificação de risco e o preenchimento do Formulário de Compartilhamento do Cuidado da linha correspondente ao encaminhamento, o qual deverá ser encaminhado (no formato de PDF) via WhatsApp do agendamento.

4.5 Antecipação de Consultas

Caso a APS verifique a necessidade do paciente ser atendido antes da data do retorno estabelecida pela equipe do MACC, deverá enviar no WhatsApp, a guia de referência do médico e da equipe da unidade constando minimamente: breve relato do motivo da solicitação, conduta já adotada e medicamentos em uso. Arquivo deverá ser enviado em formato PDF.

4.6 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(a)

enfermeiro(a) responsável deverá realizar contato, o mais breve possível, através do Whatsapp de reagendamentos **(46) 98826-3134**, para informar o motivo da ausência bem como a necessidade ou não de reagendamento.

Após a terceira ausência recorrente, o paciente não será reagendado, sendo necessário novo encaminhamento do formulário de compartilhamento do cuidado.

Caso o paciente não deseja continuar os atendimentos no MACC, deve-se solicitar que o mesmo assine um termo de desistência, o qual deverá ser enviado ao MACC através do WhatsApp. Lembrando que devem ser esgotadas todas as alternativas de convencimento do paciente antes de solicitar a desvinculação.

A cada seis meses a Assistente Social do MACC fará o levantamento semestral e, se a APS não tiver realizado contato com a devolutiva, o paciente será incluído como desistente. Sendo assim, se necessitar de atendimento futuramente, será necessário novo encaminhamento do formulário de compartilhamento do cuidado.

5. PLANO DE CUIDADOS

Os pacientes encaminhados ao MACC deverão vir com um plano de cuidados, elaborado pela equipe da APS, sendo que, o plano está em anexo ao formulário de compartilhamento do cuidado.

O plano de cuidados é a ferramenta utilizada para comunicação entre a APS e AAE, sendo o paciente sempre orientado a levar o plano de cuidados para a equipe da Atenção Primária toda vez que comparece aos atendimentos no MACC.

Após todas as consultas no MACC, o paciente será liberado com um novo plano de cuidados que deverá ser verificado pela APS e preenchido devolutiva. Salientamos que o plano de cuidados deverá ser preenchido por todos os profissionais que o paciente tiver contato, seja ele médico, enfermeiro, dentista, farmacêutico, agendador, Agente Comunitário de Saúde (ACS)...

REFERÊNCIAS

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de diabetes mellitus. 2. ed. – Curitiba: SESA, 2018. 57p. – Disponível em: www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguiadiabetes2018.pdf. Acesso em: março 2018.

Departamento de Atencao Basica. – Brasilia : Ministerio da Saude, 2006. 64 p. – (Cadernos de Atencao Basica, no 16) (Serie A. Normas e Manuais Tecnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf . Acesso em: março 2018.

ANEXO I – FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DO DIABÉTICO

 (46) **3520.0900**

 **Rod. Contorno Vitório Traiano**
Nº 501 - Bairro Água Branca
Francisco Beltrão - PR
CEP 85.601-838



FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO – DIABETES MELLITUS

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
Profissional Responsável: _____ Usuário IDS: _____
Nome da APS: _____ Nome ACS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ CPF: _____
Nome Social (se houver): _____ CNS: _____
Telefone: _____ Data Nasc.: _____ Idade: _____

MONITORAMENTO CLÍNICO

Peso (Kg): _____ FR (irpm): _____ FC (bpm): _____
Altura (cm): _____ Circunferência Abdominal (cm): _____
IMC (Kg/m²): _____ Glicemia Jejum (mg/dL): _____
PA (mmHg): _____ Glicemia pós prandial (mg/dL): _____

EXAMES

Encaminhar junto ao anexo do Formulário de Compartilhamento de Cuidado, os exames:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Glicemia de Jejum | ☐ Colesterol Total | ☐ Triglicerídeos |
| ☐ Hemoglobina Glicada | ☐ Colesterol HDL | ☐ Parcial de Urina |
| ☐ Creatinina | ☐ Colesterol LDL | ☐ Eletrocardiograma |
| ☐ Potássio | | |

*Exames descritos conforme Linha Guia e Plano de Cuidados do Estado

CONTROLE GLICÊMICO

Data	Jejum	2hrs após café	2hrs antes almoço	2hrs após almoço	2hrs antes jantar	2hrs após jantar	Outro horário
1.							
2.							
3.							
4.							

*Pacientes insulino-dependentes realizar todos os horários listados acima. Para não-insulino-dependentes realizar duas aferições por dia.

MEDICAMENTOS

Alergia Medicamentosa: _____

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

Obrigatoriamente preencher quadro acima OU anexar ao PDF a(as) prescrição(ões) com TODOS os medicamentos/suplementos em uso! Orientar paciente que é imprescindível trazer os medicamentos junto no dia da consulta!

Assinatura/Carimbo
do Médico Solicitante

PLANO DE CUIDADOS

AUTOCUIDADO

Letramento funcional em Saúde (LFS): () Inadequado () Limitado () Adequado

Adesão Terapêutica: () Pouco aderente - intencional () Pouco aderente – não intencional () Aderente

Capacidade de Autocuidado: () Suficiente () Insuficiente

Estágio motivacional para a mudança: _____

Suporte Familiar: () Suficiente () Insuficiente

Suporte Social: () Suficiente () Insuficiente

LISTA DE PROBLEMAS

Problemas identificados pela equipe (condição crônica de saúde e estratificação de risco, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros problemas):

Problemas identificados pelo usuário: _____

PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES

PROBLEMA	OBJETIVOS	BARREIRAS/ DIFICULDADES	RECOMENDAÇÕES

* Assinalar os problemas por ordem de prioridade!

PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS

PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU DE INTERESSE (1 A 10)	GRAU DE CONFIANÇA (1 A 10)	APOIO NECESSÁRIO
P1 -					
P2 -					
P3 -					

PRÓXIMOS ATENDIMENTOS

APS

DATA: __/__/__

HORA: ____

AAE

DATA: __/__/__

HORA: ____

Local e Data

Assinatura/Carimbo

ANEXO II – MODELO DE TERMO DE DESISTÊNCIA

 (46) **3520.0900**

 **Rod. Contorno Vitório Traiano**
Nº 501 - Bairro Água Branca
Francisco Beltrão - PR
CEP 85.601-838



TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, (NOME DO PACIENTE / SE HOUVER RESPONSÁVEL, INSERIR O NOME TAMBÉM), portador (a) do CPF (INCLUIR O Nº DO DOCUMENTO), usuário (IDS), residente no município de (NOME DO MUNICÍPIO) declaro para os devidos fins que não desejo manter acompanhamento no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), na Linha de Cuidado (INFORMAR QUAL ESPECIALIDADE É ATENDIDO). Declaro ainda, que fui orientado(a) pelo(a) Enfermeiro(a) (INFORMAR O NOME), acerca da importância de manter o acompanhamento; declaro ter ciência dos possíveis riscos e prejuízos que o abandono/desistência do tratamento pode ocasionar. Certifico que este documento me foi explicado, que o li ou que foi lido para mim, tendo entendido o seu conteúdo.

Motivo da desistência: (breve relato)

Data (Município, ____ de ____ de ____)

Assinatura do paciente e/ou
responsável/ responsável legal

ANEXO III – PROTOCOLO REGIONAL DE ENCAMINHAMENTO DE GESTANTES
INSULINODEPENDENTES PARA AMBULATÓRIO DA LINHA DE CUIDADOS DO
DIABETES

 (46) **3520.0900**

 **Rod. Contorno Vitório Traiano**
Nº 501 - Bairro Água Branca
Francisco Beltrão - PR
CEP 85.601-838



Protocolo Regional de Encaminhamento de Gestantes Insulinodependentes para Ambulatório da Linha de Cuidados do Diabetes

Este protocolo tem como objetivo descrever a organização do fluxo de assistência a gestantes com diabetes insulinodependente no âmbito da 8ª Regional de Saúde, de Francisco Beltrão.

Tem como escopo a garantia do acesso, atenção integral e humanizada, baseada em boas práticas, de forma regionalizada e hierarquizada, respeitadas as competências dos três níveis de Atenção e a complexidade dos casos assistidos.

Introdução

O diabetes mellitus é uma doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia. É responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrosomia fetal e malformações fetais.

O diabetes mellitus associado à gravidez pode ser classificado como:

- Diabetes gestacional (diagnosticado durante a gravidez).
- Diabetes pré-gestacional (diabetes prévio à gravidez: tipo 1, tipo 2 ou outros).

O diabetes pré-gestacional representa 10% das gestantes com diabetes na gravidez e requer manejo adequado antes mesmo da mulher engravidar.

No nível da atenção primária, as equipes devem estar atentas para com as mulheres diabéticas que planejam engravidar, já que estas devem ser referenciadas para centros de atenção especializada se necessário, visando: compensação metabólica, pré-concepção; avaliação da presença de complicações crônicas da doença; e orientação especializada para a prevenção de malformações fetais.. É importante que essas mulheres engravidem com níveis glicêmicos adequados, com o objetivo de prevenir as malformações fetais associadas à hiperglicemia periconcepcional e as demais complicações maternas e fetais associadas à gravidez. Quanto mais descompensado estiver o controle glicêmico destas mulheres no momento da concepção, maior o risco de abortamento e de malformações do concepto.

A seguir está descrito o fluxo de encaminhamento no âmbito da 8ª regional de saúde, de gestantes com diagnóstico de diabetes prévio a gestação (DM1 ou DM2) ou Diabetes Gestacional.

Fluxo de encaminhamento

- Gestante acolhida na unidade de saúde de seu território pela equipe da Atenção Primária à Saúde para início de pré natal e estratificação de risco.
- Se diagnóstico de diabetes prévio a gestação ou diabetes gestacional deve ser referenciada ao ambulatório de alto risco no HRSWAP para acompanhamento de equipe especializada – conforme detalhamento. O manejo deve se iniciar na APS, com acompanhamento nutricional e controle glicêmico.
- Na avaliação pela equipe PNAR, caso a paciente tenha diagnóstico de diabetes prévio ou gestacional insulínico dependente, será referenciada ao MACC (linha de cuidados do diabetes). Em caso de diabetes não insulínico dependente cabe ao PNAR o manejo clínico e o compartilhamento do cuidado com APS.
- A guia de encaminhamento deve ser entregue a gestante e realizado o agendamento no município com ciência da equipe da APS;
- Agendamento na atenção especializada – MACC CONSUD – Linha de Cuidado Diabetes, conforme orientação de agendamento abaixo*.
- Após consulta no MACC, paciente sai com plano de cuidados que deve ser acompanhado pela equipe APS e PNAR, plano anexado à carteira da gestante.
- Se houver desestabilização do quadro com dificuldade de manejo pela APS e PNAR, solicitar novamente avaliação na linha de cuidado de diabetes no MACC.
- Se situação de agudização/Crise – fluxo de urgência – HRSWAP

***Obs:**

Agendamento no MACC

As pacientes estratificadas, poderão ser agendadas através do WhatsApp: (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 da paciente, número do usuário do paciente (cadastro IDS - CRE), estratificação de risco, idade gestacional e histórico. 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.

Documentos para primeira consulta no MACC

- Guia de referência e contra-referência devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente responsável, minimamente, com os seguintes dados: nome completo, data de nascimento, caracterização do risco, data provável do parto, idade gestacional, breve histórico da paciente.
- Carteira da gestante;
- Exames laboratoriais e de imagem;
- Plano de cuidados devidamente preenchido pela equipe da atenção básica com as ações realizadas no município.
- Gestantes menores de idade devem vir acompanhadas de um responsável maior de 18 anos;
- Gestantes menores de 15 anos: encaminhar cópia do comunicado ao Conselho Tutelar no e-mail: servicosocial@arssparana.org e/ou enviar com a gestante grampeado na guia de referência.

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 64 p.

||

Paraná. Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. Linha Guia- Atenção Materno Infantil: Gestação/ Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 8.ed. Curitiba: SESA, 2022. 80p. color. 2390 Kb;PDF (Série Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná; v.1).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Gestão de Alto Risco, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas, – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

Elaboração:

- Ana Leticia Pinto – DVAGS 8ª RS/SESA
- Adriana Damke Klock – Seção de Atenção Primária 8ª RS/SESA
- Leonardo Aranha – Médico SCRACA 8ª RS
- Natália Dalla Costa Becker - coordenação MACC/CONSUD
- Nádia Aparecida Zanella – Direção 8ª RS/SESA

8ª Regional de Saúde – Francisco Beltrão, 25 de maio de 2023.

Aprovação em CIR 25/05/2023

Deliberação nº025/23

8ª Regional de Saúde