

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

LINHA DE CUIDADO HIPERTENSÃO ARTERIAL

2025

Equipe de Elaboração

Aline 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

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 hipertensos pertencentes aos vinte e sete municípios da 8ª Regional de Saúde, consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste – CONSUD, que devem ser estratificados e compartilhados pela Atenção Primária à Saúde (APS), conforme Linha Guia de Hipertensão Arterial, à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

2. ESTRATIFICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A estratificação de risco do paciente deve ser realizada de acordo com a estratificação de risco da Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial (em anexo ao formulário de compartilhamento do cuidado), devendo-se encaminhar ao MACC os pacientes estratificados como **Risco Alto**.

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

3. AGENDAMENTO

Os pacientes estratificados pela APS com **o critério acima descrito**, poderão ser agendados através do WhatsApp para agendamentos de 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), estratificação de risco. 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) e eletrocardiograma (no máximo, últimos 3 meses);
- Trazer os medicamentos em uso;
- 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;
- Exames laboratoriais atualizados (quando houver);
- Carteirinha da medicação que está em uso e/ou trazer os medicamentos;
- Controle pressórico;
- 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 do paciente nos retornos agendados será de responsabilidade da APS, a qual deverá proceder busca ativa do mesmo.

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 não deseje 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 Hipertensão Arterial**. Curitiba: SESA, 2014. 48 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Oficina do APSUS. **Formação e qualificação do profissional em Atenção Primária à Saúde**. Oficina 8, Saúde Mental. Curitiba: SESA, 2014. 44 p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8__Saude_Mental/Caderno_08_Saude_Mental.pdf. Acesso em: março 2019.

ANEXO I – FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DO
HIPERTENSO

 (46) **3520.0900**

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



FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO – HIPERTENSÃO ARTERIAL

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:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Glicemia de Jejum | <input type="checkbox"/> Colesterol Total | <input type="checkbox"/> Triglicerídeos |
| <input type="checkbox"/> Ácido úrico | <input type="checkbox"/> Colesterol HDL | <input type="checkbox"/> Parcial de Urina |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> Colesterol LDL | <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma |
| <input type="checkbox"/> Potássio | | |

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

CONTROLE PRESSÓRICO

Data	Manhã	Tarde	Noite
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

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!

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Fatores de risco	Pontuação 1 ou 0
1. Sexo masculino	
2. Idade: homens ≥ 55 anos mulheres ≥ 65 anos	
3. Tabagismo	
4. História de de doença cardiovascular prematura em parentes de 1º grau: homens < 55 anos mulheres < 65 anos	
5. Dislipidemia: Colesterol total > 190 mg/dL ou LDL colesterol > 115 mg/dL ou HDL: homens < 40 mg/dL mulheres < 46 mg/dL ou Triglicerídeos > 150 mg/dL	
6. Resistência à insulina: Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dL ou Teste oral de tolerância à glicose: 140-190 mg/dL em 2 horas ou Hemoglobina glicada: 5,7-6,4%	
7. Obesidade Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ² ou Circunf. abdominal: homens ≥ 102cm mulheres ≥ 88cm	
Total:	

Lesão de Órgão Alvo	Sim ou Não
1. Hipertrofia ventricular esquerda Eletrocardiograma: Índice Sokolow-Lyon (SV1+RV5 ou RV6) ≥ 35mm RaVL > 11 mm Cornell voltagem > 2440 mm*ms Ecocardiograma: Índice de massa ventricular esquerda > 115 g/m ² homens, > 95 g/m ² nas mulheres	
2. Espessura mediointimal da carótida > 0,9mm ou placa carótidea	
3. Velocidade da onda de pulso carótido-femoral > 10m/s	
4. Índice tornozelo-braquial < 0,9	
5. Doença renal crônica estágio 3 (ritmo de filtração glomerular estimado entre 30 e 60 mL/min/1,73m²)	
6. Albuminúria entre 30 e 300 mg/24hs ou relação albuminacreatinina urinária 30 a 300mg	

Doença cardiovascular e doença renal estabelecidas	Sim ou Não
1. Doença cerebrovascular: Acidente vascular encefálico isquêmico, Hemorragia cerebral, Ataque isquêmico transitório	
2. Doença da artéria coronária: Angina estável ou instável, Infarto do miocárdio, Revascularização do miocárdio percutânea (angioplastia) ou cirúrgica, Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada, Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores, Doença renal crônica estágio 4 (ritmo de filtração glomerular estimado entre <30 ml/min/1,73m ² ou albuminúria >300mg/24hs), Retinopatia avançada (hemorragias, exsudatos, papiledema)	

Estratificação de Risco	Pressão arterial: (em mmHg)			
	□ Sistólica: 130 a 139 ou □ Diastólica: 85 a 89	□ Sistólica: 140 a 159 ou □ Diastólica: 90 a 99	□ Sistólica: 160 a 179 ou □ Diastólica: 100 a 109	□ Sistólica: ≥ 180 ou □ Diastólica: ≥ 110
□ Nenhum fator de risco	Sem risco adicional	Baixo risco	Risco moderado	Risco alto
□ 1 a 2 fatores de risco	Baixo risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
□ 3 fatores de risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
□ Lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes mellitus	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

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