

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

LINHA DE CUIDADO SAÚDE DA PESSOA IDOSA

2025

Equipe de Elaboração

Alline Mércia de Carli Ronsani

Grasiela Giacobbo Nodari

Ravlim Campo

Tábata Cristina Colussi

Valquíria Predebon Kuhnen

Equipe de Revisão

Natalia Dalla Costa Becker

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 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 de Saúde (APS), conforme a linha guia da saúde do idoso, à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

2. ESTRATIFICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A estratificação de risco, segundo a linha guia da saúde do idoso, deve ser realizada na APS de acordo com o resultado do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20), devendo-se compartilhar com o MACC os pacientes estratificados como idosos frágeis ou pré-frágeis com comorbidade.

Sempre antes do compartilhamento de cuidados deve ser avaliado o potencial de melhora da pessoa idosa. Casos em que a condição clínica do paciente não seja favorável para vir até o ambulatório, o município poderá entrar em contato com a atenção especializada e verificar uma alternativa para o atendimento.

Os idosos classificados como pré-frágeis e que possuam hipertensão arterial ou diabetes, deverão ser compartilhados primeiramente ao programa da saúde da pessoa idosa. Neste caso, o médico especialista avaliará e, se julgar necessária uma avaliação com outro especialista, fará o devido compartilhamento.

Idosos estratificados como robusto, deverão manter o cuidado na APS. Caso estes possuam diagnóstico de hipertensão arterial ou diabetes de alto risco, deverão ser encaminhados ser estratificados e, caso necessário, seguir o fluxo da linha de cuidado ao qual se enquadra.

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 compartilhamento 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) 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;
- Trazer os medicamentos em uso;
- A linha guia do idoso, não preconiza a realização de exames para o compartilhamento, porém é importante que o mesmo seja orientado a trazer os exames que realizou no último ano (exames laboratoriais e de imagem);
- O acompanhante é um direito da pessoa idosa, **portanto é imprescindível a presença do mesmo** durante as consultas no MACC. 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 atualizados (quando houver);
- Carteirinha da medicação que está em uso e/ou trazer os medicamentos;
- O acompanhante é um direito da pessoa idosa, **portanto é imprescindível a presença do mesmo** durante as consultas no MACC. 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 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.

A equipe da APS é responsável por verificar a necessidade de encaminhamento à rede de proteção e/ou órgãos os quais julgarem necessário. O MACC irá realizar o acompanhamento da situação, caso não seja realizado

encaminhamento à rede por parte da APS, irão avaliar a condição e realizar a conduta necessária.

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 compartilhados com o 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 comparecer 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 da saúde do idoso. 1. ed. – Curitiba: SESA, 2017. 151p.

ANEXO I – FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DO IDOSO

 (46) **3520.0900**

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



**FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO
LINHA DE CUIDADO DA SAÚDE DO IDOSO**

Município de Residência: _____
Profissional Responsável: _____
Nome da APS: _____

Data do Encaminhamento: _____
Usuário IDS: _____
Nome ACS: _____

DADOS PESSOAIS

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

AVALIAÇÃO CLÍNICA TRADICIONAL DO IDOSO*

Peso (Kg): _____ Circunferência Abdominal (cm): _____ PA (mmHg) _____
Altura (cm): _____ Circunferência Panturrilha (cm): _____ PA deitado: _____
IMC (Kg/m²): _____ Glicemia Jejum (mg/dL): _____ PA sentado: _____
FR (irpm): _____ Glicemia Pós prandial (mg/dL): _____ PA em pé: _____
FC (bpm): _____

*Preencher dados acima E/OU anexar ao PDF página da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa onde conste tais dados.

MEDICAMENTOS*

Alergia Medicamentosa: _____

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

*Preencher dados acima E/OU anexar ao PDF prescrição de medicamentos E/OU página da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa onde conste tais dados.
Orientar paciente que é imprescindível trazer os medicamentos junto no dia da consulta!

DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Medicamento	Justificativa

EXAMES (se houver)

Exame	Data	Resultado

* Preencher o quadro acima E/OU anexar os exames no arquivo

VACINAS

Obrigatoriamente ter em mãos a carteirinha de vacina no dia da consulta!

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

*Preencher estratificação abaixo E/OU anexar ao PDF as páginas 7, 8 e 9 da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			Pontuação
www.ivcf-20.com.br			
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.			
IDADE	1. Qual é a sua idade?	☐ 60 a 74 anos ⁰ ☐ 75 a 84 anos ¹ ☐ ≥ 85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	☐ Excelente, muito boa ou boa ⁰ ☐ Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental Respostas positivas 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.	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? ☐ Sim ⁴ ☐ Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ☐ Sim ⁴ ☐ Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		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 ⁴ ☐ Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?	Máximo 2 pts
		- Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); - Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); - Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); - Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ().	
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	
Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		
COMUNICAÇÃO	Visão	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.	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Máximo 4 pts
	Polifarmácia	- Cinco ou mais doenças crônicas (); - Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); - Internação recente, nos últimos 6 meses ().	
	Internação recente (<6 meses)	☐ Sim ⁴ ☐ Não	
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

FRAGILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL

▪ Idoso Frágil (IVCF-20 ≥15 pontos):

- ☐ Alto potencial de melhora funcional
☐ Baixo potencial de melhora funcional
☐ Fase final de vida

(46) 3520.0900

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



- Idoso em **Risco de Fragilização** (IVCF-20 entre 7 - 14 pontos), com suspeita de:
- () Incapacidade cognitiva () Sarcopenia () Prescrição inapropriada
() Insuficiência familiar () Instabilidade postural ou quedas de repetição

ESTRATO (0- 10): _____

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS					
Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	Atividade	Independência		Dependência	
	Tomar Banho		Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente), ou toma banho sozinho.		Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho.
	Vestir-se		Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.		Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.
	Uso do vaso sanitário		Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos).		Utiliza comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
	Transferência		Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio).		Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências.
	Continência		Micção e evacuação inteiramente autocontroladas.		Incontinência parcial ou total p/ micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros. Acidentes "ocasionais".
	Alimentar-se		Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação.		Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral.

*Preencher dados acima E/OU anexar ao PDF as páginas 10 e 11 da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	Atividade de vida diária	Sem Ajuda	Com Ajuda Parcial	Incapaz
	Você é capaz de preparar as suas refeições?			
	Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e no horário correto?			
	Você é capaz de fazer compras?			
	Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou suas finanças?			
	Você é capaz de usar o telefone?			
	Você é capaz de arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?			
	Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?			
	Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?			

*Preencher dados acima E/OU anexar ao PDF as páginas 10 e 11 da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE SOCIOFAMILIAR

Suporte Familiar		Sim	Não	Pontuação
	Morar sozinho	2	0	
	Residente em ILPI	4	0	
	Presença de companheiro ou cônjuge	0	2	
	Viuvez recente, no último ano	2	0	
	Presença de familiares ou amigos com disponibilidade para atendê-lo, em caso de necessidade ou presença de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário	0	6	
	Você recebe visitas dos seus familiares ou amigos com regularidade?	0	2	
	Responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa	2	0	
	Total:		20	

*Preencher dados acima E/OU anexar ao PDF as páginas 12 e 13 da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Suporte Social	Analfabetismo	2	0	
	Beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC)	4	0	
	Moradia própria	0	2	
	Moradia em boas condições de organização e higiene	0	4	
	Acesso à renda própria ou de familiares próximos suficiente para garantir a própria subsistência	0	6	
	Relato de participação em alguma atividade extradomiciliar ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência etc.	0	2	
	Total:	20		

Critério de Gravidade	Suporte Familiar	Ausente	Leve	Moderado	Grave
	Suporte Social	0 pontos	1 a 4 pontos	4 a 9 pontos	≥10 pontos

*Preencher dados acima E/OU anexar ao PDF as páginas 12 e 13 da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

HISTÓRIA PREGRESSA

Descrever resumo histórico progresso da condição de saúde do idoso, todos os dados relevantes, como internamentos e tratamentos realizados. Anexar todos os exames realizados e histórico vacinal.

[illegible]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: _____

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