

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

**LINHA DE CUIDADO
SAÚDE MENTAL
ADULTO
2025**

Equipe de Elaboração

Gabriela Martarello

Ravlim Campo

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 pertencentes aos vinte e sete municípios da 8ª Regional de Saúde, consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste – CONSUD, quanto aos encaminhamentos realizados no âmbito da saúde mental.

2. ESTRATIFICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A estratificação deve ser realizada pela Atenção Primária de Saúde (APS) por profissional de nível superior. Como critério de encaminhamento do paciente ao MACC, deverá ser utilizado o resultado da estratificação de risco em Saúde Mental.

Pacientes que pontuarem como Médio Risco para Saúde Mental e que estejam inseridos em alguma linha de cuidado pertencente ao MACC (DM, HAS, Geriatria, Obstetrícia e/ou Saúde Renal) deverão ser encaminhados.

Os pacientes estratificados como baixo risco deverão permanecer na APS e Alto Risco deverão ser encaminhados ao CAPS.

Primeiramente, é necessário que o paciente seja acolhido pela equipe multiprofissional da APS, buscando a estabilização/identificação da situação de sofrimento psíquico em que o paciente se encontra. Nesse acolhimento, o médico do município é o responsável por verificar necessidade de conduta medicamentosa e contribuir com o processo de estratificação de risco. Caso o tratamento proposto não tenha êxito, o paciente então poderá ser encaminhado ao MACC.

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

Observação:

Casos em que o paciente não se enquadra nos critérios acima, a equipe da APS deverá descrever detalhadamente o caso e entrar em contato com a equipe da AAE para ser analisado isoladamente e verificado a possibilidade de atendimento.

3. AGENDAMENTO

Os pacientes estratificados pela APS com os **critérios acima descritos**, deverão ser agendados através do WhatsApp agendamentos de primeira consulta do MACC: **(46) 3520-0913**. 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 APS, responsável pelo atendimento do paciente no município, o qual deverá repassar o nome completo e número do usuário do paciente (cadastro IDS). 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)**.

É de suma importância enviar relatórios e/ou laudos pertinentes à condição de saúde do paciente, caso houver.

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;
- Gestantes devem trazer os exames e 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**. A ausência de acompanhante não poderá ser impeditiva para o atendimento. Nos casos em que o paciente não possui autonomia para o autocuidado e não disponibilizar de acompanhante, a equipe MACC

realizará o acolhimento e dará continuidade no atendimento dentro das possibilidades. 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.

Em casos em que o paciente possua alta dependência de cuidados (ex: pacientes com problemas neurológicos graves) e não dispuser de acompanhante, solicita-se que o município viabilize profissional da saúde para o acompanhamento do paciente no atendimento MACC.

4.2 Demais consultas

- Documento de identificação, válido em território nacional, com foto;
- Carteirinha da medicação que está em uso e/ ou trazer os medicamentos;
- Plano de cuidados, com devolutiva do município;
- 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.** A ausência de acompanhante não poderá ser impeditiva para o atendimento. Nos casos em que o paciente não possui autonomia para o autocuidado e não disponibilizar de acompanhante, a equipe MACC realizará o acolhimento e dará continuidade no atendimento dentro das possibilidades. 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.

Em casos em que o paciente possua alta dependência de cuidados (ex: pacientes com problemas neurológicos graves) e não dispuser de acompanhante, solicita-se que o município viabilize profissional da saúde para o acompanhamento do paciente no atendimento MACC.

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 responsável pelo paciente comunique a APS que não poderão 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. Quando o paciente apresentar piora no quadro clínico, será realizada a estratificação, incluindo uma avaliação completa do risco, estado clínico e biopsicossocial, para que seja encaminhado ao serviço da rede que melhor se adequa às suas necessidades.

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 orientará a APS a realizar 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 o município verifique a necessidade do paciente ser atendido antes da data do retorno estabelecida pela equipe do MACC, deve enviar no WhatsApp, a guia de referência do médico e da equipe da unidade constando minimamente: breve relato do caso, motivo da solicitação, conduta já adotada e medicamentos em uso. Arquivo deve 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 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

☎ (46) **3520.0900**

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



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 Saúde Mental**. Curitiba: SESA, 2014. 56 p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_final_de_saude_mental.pdf. Acesso em: março 2019.

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 DE
SAÚDE MENTAL ADULTO

 (46) **3520.0900**

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



FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO – SAÚDE MENTAL

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: _____

Peso (Kg): _____ Altura (cm): _____ IMC (kg/m²): _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Instruções de preenchimento:

- 1) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma
- 2) Realize a somatória dos números circulados
- 3) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.

Sinais e Sintomas		Não	Sim
Grupo I	Ansiedade com ou sem sensação de pânico	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Fobia (medo intenso de algo sem risco real)	0	2
	Crises conversivas e/ou dissociativas	0	2
	Alterações do apetite ou comportamento alimentar	0	2
	Preocupação excessiva com o peso ou forma corporal	0	2
	Hipocondria e/ou queixas físicas infundadas	0	2
	Pensamento/comportamento obsessivo-compulsivo	0	2
	Pensamento de inutilidade e/ou sentimento de culpa	0	4
	Tristeza persistente com perda de interesse e prazer e/ou desesperança	0	4
	Prejuízo da atividade sexual	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
Grupo II	Ideação suicida sem planejamento	0	4
	Ideação suicida com planejamento ¹ ou recente tentativa de suicídio	0	10
	Apatia com ou sem isolamento social	0	4
	Humor instável com impulsividade ou destrutividade	0	6
	Heteroagressividade e/ou autoagressividade	0	8
	Desinibição social, sexual ou perda de pudor	0	4
	Hiperatividade motora	0	4
	Humor elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
	Delírio (pensamento)	0	8
	Alucinação (sensopercepção)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento	0	6
	Perda da capacidade crítica da realidade	0	8
Alteração da memória	0	2	

¹ Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência.

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 em uso!
Orientar paciente que é imprescindível trazer os medicamentos junto no dia da consulta!

TERAPIA NÃO MEDICAMENTOSA

Modalidade	Sim	Não	Frequência Semanal
Acompanhamento/Orientação Alimentar			
Exercícios Físicos			
Grupo(s):			
Psicoterapia			
Espiritualidade			
Práticas Integrativas Complementares			
Atividades de Lazer			

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 – 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 OU SE FOR RESPONSÁVEL DESCREVER O NOME E QUE É RESPONSÁVEL PACIENTE), 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 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