

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

**LINHA DE CUIDADO
SAÚDE MENTAL
INFANTOJUVENIL**

2025

Equipe de Elaboração

Gabriela Martarello

Ravlim Campo

Equipe de Revisão

Layna Nunes Nascimento Mendes Franco de Sousa

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 o fluxo de atendimento dos pacientes pertencentes aos vinte e sete municípios da 8ª Regional de Saúde, associados Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste – (CONSUD) quanto aos encaminhamentos realizados no âmbito da saúde mental.

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

2. ESTRATIFICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A estratificação deve ser realizada na APS por profissional de nível superior. O critério de encaminhamento do paciente ao MACC, deverá ser utilizado o resultado da estratificação de risco em Saúde Mental, compreendendo os pacientes estratificados como médio e alto risco. Os pacientes estratificados como baixo risco deverão permanecer na APS – exceto pacientes com suspeita ou diagnóstico de autismo e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

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.

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

Primeiramente, orienta-se que o paciente seja acolhido pela equipe multiprofissional e médico da APS. Após a estratificação realizada, o paciente deverá ser encaminhado para o ambulatório de saúde mental infantojuvenil, quando se enquadrar nos seguintes critérios:

- **Pacientes entre 1 à 15 anos incompletos (MÉDIO e ALTO RISCO);**
- **Pacientes entre 15 à 17 anos e 6 meses (se ALTO RISCO);**
- **Pacientes entre 15 à 17 anos e 6 meses (se MÉDIO RISCO para Saúde Mental e que estejam inseridos em alguma linha de cuidado pertencente ao MACC (DM, HAS e Obstetrícia);**
- **Pacientes entre 1 à 17 anos e 6 meses com suspeita ou diagnóstico TDAH;**
- **Pacientes entre 1 à 17 anos e 6 meses com suspeita ou diagnóstico de autismo.**

Os pacientes estratificados pela APS com **os critérios acima descritos**, 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 ao paciente, o agendamento deve ser realizado pelo(a) **Enfermeiro(a)** da atenção básica, 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 (Anexos I e II), relatórios e laudos pertinentes à condição de saúde do paciente (por exemplo: relatório psicológico, relatório psicossocial, relatório psicopedagógico, relatório escolar, dentre outros documentos pertinentes) em formato PDF (somente um arquivo com todas as páginas).**

Em casos de encaminhamento por suspeita ou diagnóstico de TDAH, faz-se necessário o envio do laudo de exame de eletrocardiograma do paciente.

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.

Quanto maior o número de informações enviadas, maior a contribuição para o entendimento do caso e o fortalecimento do cuidado compartilhado, porém, a ausência de documentos não inviabilizará o primeiro acolhimento por parte do MACC, contudo o município ficará responsável em enviar as informações necessárias antes da data da consulta.

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;
- Caderneta de Saúde da Criança (obrigatório para pacientes até 4 anos de idade);
- Trazer os medicamentos em uso;
- Acompanhante. Lembrando que pacientes menores de 18 anos, e pacientes 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;
- Caderneta de Saúde da Criança (obrigatório para pacientes até 4 anos de idade);
- Carteirinha da medicação que está em uso e/ ou trazer os medicamentos;
- Plano de cuidados, com devolutiva do município;
- Acompanhante. Lembrando que pacientes menores de 18 anos, e pacientes 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 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 Unidade Básica de Saúde de origem, 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.

Pacientes que foram internados por questões de saúde mental e estão vinculados ao MACC devem ser agendados para atendimento no CAPS, após a internação. O CAPS realizará uma avaliação da condição clínica do paciente e, com base nessa avaliação, irá direcionar a continuidade do atendimento, garantindo que o suporte necessário seja fornecido. Essa abordagem ajuda a integrar o cuidado e promover a recuperação do paciente de maneira mais eficaz.

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 responsável pelo 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.

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

seja realizado encaminhamento à rede por parte da APS, irá avaliar a condição e realizar conduta necessária, em conjunto com a Atenção Primária.

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

Caso o responsável pelo paciente não deseje continuar os atendimentos no MACC, deve-se solicitar que o mesmo assine um termo de desistência (Anexo III), 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 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 INFANTOJUVENIL
0 a 6 ANOS

 (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 – 0 A 6 ANOS**

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
UBS de Origem: _____ Criança Abrigada? () Sim () Não
Enfermeiro Responsável: _____ Nome da ACS: _____
Nome do Informante e Grau de Parentesco: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ Usuário IDS: _____
Data de Nasc: _____ Sexo: () F () M
CNS: _____ CPF: _____ Telefone: _____

DADOS DA GESTAÇÃO (preencher este campo E/OU anexar cópia da Caderneta da Gestante)

Concepção planejada? () Sim () Não Concepção desejada? () Sim () Não
Utilizava método anticoncepcional? () Sim () Não Se sim, qual(is)? _____
Realizou Pré-natal? () Sim () Não Se sim, onde? _____ Iniciou com _____ semanas de gestação
Realizou as consultas regularmente? () Sim () Não Quantas consultas no total? _____
Gravidez de risco? () Sim () Não Se sim, qual? _____
Infecções: () Sífilis () HIV () Rubéola () Toxoplasmose () Citomegalovírus () Herpes () Zika vírus () Covid-19 () Outros:
No caso de suspeita de infecção congênita, descreva sorologias/exames e tratamentos realizados na gestação e parto:

Uso de drogas? () Sim () Não Se sim: Qual? _____ Qual fase da gestação?
Outras informações relevantes sobre a gestação: _____

DADOS DO PARTO (preencher este campo E/OU anexar cópia da Caderneta da Gestante e Criança)

Classificação: () RNT () RNPT () AIG () PIG () GIG
História do parto relatada verbalmente pela genitora ou descrita na carteira da criança (por exemplo, mãe refere que a criança demorou para chorar? Preciou ser reanimada? Parto prolongado? - registrar mesmo se as informações não estiverem nos registros de alta hospitalar):

Peso (Kg): _____ Estatura (cm): _____ Apgar: 1': _____ 5': _____ Asfixia Perinatal () Sim () Não
Tempo de permanência na maternidade: _____ Data da alta: _____ Peso na alta (Kg): _____
Procedimentos na internação (fototerapia / transfusões / oxigenioterapia / ventilação mecânica): _____
Medicação: _____ Ototóxica: () Sim () Não
Se suspeita de infecção congênita, descrever sorologias/exames e tratamentos realizados no RN na maternidade: _____

TRIAGENS NEONATAIS (preencher este campo E/OU anexar cópia da Caderneta da Criança)

Triagem metabólica: () Sim () Não Resultado: _____
Triagem auditiva neonatal: () Sim () Não Método: _____ Resultado: _____
Reflexo do Olho Vermelho: () Sim () Não Resultado: _____
Avaliação neurológica: () Sim () Não Resultado: _____
Outros exames (no caso de sífilis, verificar RX de ossos longos e líquido): _____
Aleitamento materno durante a internação: () Sim () Não Descrever: _____

MAPA DE RISCO

- Risco Estabelecido:** () Síndrome de Down () Epilepsia () Malformação SNC/crânio-facial
() Alteração auditiva/ visual () Outras síndromes genéticas () Encefalopatia/Paralisia cerebral
- Risco Biológico:** () Prematuridade () Asfixia Perinatal () Exposição a antirretrovirais
() Infecções Congênitas () Drogas de abuso () Baixo Peso
() Hiperbilirrubinemia com exsanguíneo () Ventilação mecânica () Meningites
() Medicação ototóxica () Antecedente familiar de deficiência auditiva
- Risco Psicossocial/ familiares:** () Mãe com doença mental () Deficiência de núcleo familiar
() Mãe adolescente () Outros: _____
- Fatores da Criança:** () Alterações emocionais () Outros: _____

DADOS ATUAIS

Como a mãe tem se sentido desde que a criança nasceu?

Os pais ou cuidadores alguma vez pensaram que seu filho é surdo? () Sim () Não Se sim, porquê?

Como está a rotina de sono da criança? Ela dorme bem? Quantas horas por dia? Quais os horários?

Como que a criança lida com coisas fora da rotina?

Quantas horas por dia a criança fica exposta a eletrônicos, celular e outros?

Está acontecendo alguma mudança na rotina da criança? Em caso de comportamentos agressivos ou opositivos, estas mudanças podem estar associadas?

A família está passando por algum problema?

Registre outras internações ou intercorrências:

Queixa principal na busca do atendimento médico:

Hipótese(s) diagnóstica(s):

Condutas iniciais:

Encaminhamentos realizados:

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Instruções de preenchimento:

- 1) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma
- 2) Realize a somatória dos números circulosados
- 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	
Grupo III	<i>Delirium tremens</i>	0	10
	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
	Incapacidade de redução e controle do consumo de álcool e/ou drogas	0	8
	Comportamento de risco, para si ou terceiros, sob efeito de álcool e/ou drogas	0	8
	Tolerância ao efeito do consumo de álcool e/ou drogas	0	6
Uso abusivo de álcool e/ou drogas	0	8	
Grupo IV	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação verbal manifesta no desenvolvimento infantil	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	0	6
	Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4

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.

Grupo V	Resistência, refratariedade, não adesão ao tratamento	0	4
	Recorrência ou recaída (após 2 meses de remissão dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático	0	4
	Precariedade de suporte familiar e/ou social	0	4
	Testemunha de violência	0	2
	Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
	Perda da autonomia	0	6
	Perda da capacidade funcional/ocupacional devido agravo de saúde	0	4
	Vulnerabilidade social	0	2
	Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
	Comorbidade ou outra condição crônica de saúde	0	4
	Faixa etária < 18 anos e > de 60 anos	0	6
	Abandono e/ou atraso escolar	0	2
Pontuação Total:			
Estratificação de Risco	0 a 40 pontos	Baixo Risco	
	42 a 70 pontos	Médio Risco	
	72 a 240 pontos	Alto Risco	

Assinatura/Carimbo do Médico Solicitante

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!

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

(46) 3520.0900

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



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 – FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DE
SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL
6 A 17 ANOS E 6 MESES

 (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 – 6 a 17 ANOS E 6 MESES**

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
UBS de Origem: _____ Criança Abrigada? () Sim () Não
Enfermeiro Responsável: _____ Nome da ACS: _____
Nome do Informante e Grau de Parentesco: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ Usuário IDS: _____
Data de Nasc: _____ Sexo: () F () M Telefone: _____
CNS: _____ CPF: _____

DADOS DA GESTAÇÃO (preencher este campo E/OU anexar cópia da Caderneta da Gestante)

Concepção planejada? () Sim () Não Concepção desejada? () Sim () Não
Qual a condição psicológica da mãe durante a gestação?
Mãe fez uso de alguma medicação durante a gestação? () Sim () Não Se sim, qual? _____
Idade gestacional no nascimento: _____
Foi amamentado? () Sim () Não Se sim, até que idade? _____
Houve complicações no parto? () Sim () Não Se sim, descreva: _____

Precisou ficar internado no pós-parto? () Sim () Não Se sim, descreva as razões e evolução: _____

Condição psicológica da mãe no pós-parto: _____

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

Algum marco do desenvolvimento não ocorreu conforme o esperado para a faixa etária? () Sim () Não
Se sim, qual? _____

HISTÓRIA SOCIAL E FAMILIAR

O paciente já presenciou algum tipo de violência doméstica? () Sim () Não Se sim, por parte de quem? _____

O paciente já sofreu ou existe suspeita que tenha sofrido abuso sexual? () Sim () Não Se sim, por parte de quem? _____

Cuidadores fazem ou já fizeram algum tratamento de saúde mental? () Sim () Não _____

Irmãos fazem ou já fizeram algum tratamento de saúde mental? () Sim () Não _____

O paciente frequenta escola regularmente? Como considera seu rendimento escolar? Se houve evasão escolar, qual foi o motivo?

HISTÓRIA CLÍNICA

Qual foi a razão da busca pelo serviço de saúde que realiza o encaminhamento para a psiquiatria? _____

A observação da alteração no paciente foi observada pela escola, pelos familiares ou ocorreu busca espontânea do adolescente?
Caso tenha sido encaminhado por outro serviço, relatar _____

Descreva informações relevantes sobre a apresentação do quadro atual que tem gerado sofrimento e/ou redução da funcionalidade: _____

Hipótese(s) diagnóstica(s) _____

Condutas iniciais: _____

Encaminhamentos realizados: _____

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
	Grupo III	<i>Delirium tremens</i>	0
Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas		0	8
Incapacidade de redução e controle do consumo de álcool e/ou drogas		0	8
Comportamento de risco, para si ou terceiros, sob efeito de álcool e/ou drogas		0	8
Tolerância ao efeito do consumo de álcool e/ou drogas		0	6
	Uso abusivo de álcool e/ou drogas	0	8
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.			
Grupo IV	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação verbal manifesta no desenvolvimento infantil	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	0	6
	Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4
Grupo V	Resistência, refratariedade, não adesão ao tratamento	0	4
	Recorrência ou recaída (após 2 meses de remissão dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático	0	4
	Precariedade de suporte familiar e/ou social	0	4
	Testemunha de violência	0	2
	Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
	Perda da autonomia	0	6
	Perda da capacidade funcional/ocupacional devido agravo de saúde	0	4
	Vulnerabilidade social	0	2
	Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
	Comorbidade ou outra condição crônica de saúde	0	4
	Faixa etária < 18 anos e > de 60 anos	0	6
Abandono e/ou atraso escolar	0	2	
		Pontuação Total:	
Estratificação de Risco	0 a 40 pontos	Baixo Risco	
	42 a 70 pontos	Médio Risco	
	72 a 240 pontos	Alto Risco	
Assinatura/Carimbo do Médico Solicitante			

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!

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!

(46) 3520.0900

Rod. Contorno Vitório Traiano

Nº 501 - Bairro Água Branca

Francisco Beltrão - PR

CEP 85.601-838



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 III – 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 RESPONSÁVEL), responsável pelo paciente (NOME DO PACIENTE), portador (a) do CPF (INCLUIR O Nº DO DOCUMENTO), usuário (IDS DO PACIENTE), 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