



**PREFEITURA DE  
ARAUCÁRIA  
SAÚDE**

**Anexo 3 - Estratificação de Risco em Saúde Mental**



| ESTADO DO PARANÁ<br>Secretaria de Estado da Saúde – SESA<br>Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV<br>Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS<br>Divisão de Atenção à Saúde Mental - DVSAM |                                                                                                                                                                                                                                     |                       |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|
| ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                     |                       |     |
| Nome do usuário:                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                     | Número de Prontuário: |     |
| Ocupação:                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                     |                       |     |
| Nome e inscrição profissional (profissional que realizou atendimento):                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                     |                       |     |
| Serviço de saúde:                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                     | Data:                 |     |
| Instruções de preenchimento <sup>1</sup> :                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                     |                       |     |
| 1) Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses;                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                     |                       |     |
| 2) Todos os grupos devem ser preenchidos;                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                     |                       |     |
| 3) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma;                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                     |                       |     |
| 4) Realize a somatória dos números circulados;                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                     |                       |     |
| 5) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                     |                       |     |
| SINAIS E SINTOMAS                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                     | NÃO                   | SIM |
| GRUPO I                                                                                                                                                                                              | Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle | 0                     | 4   |
|                                                                                                                                                                                                      | Insônia ou hipersonia                                                                                                                                                                                                               | 0                     | 2   |
|                                                                                                                                                                                                      | Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)                                                                                                                     | 0                     | 2   |
|                                                                                                                                                                                                      | Crises conversivas (distúrbios sensoriais sem base física) e/ou dissociativas (alteração da qualidade da consciência, estreita/rebaixada)                                                                                           | 0                     | 2   |
|                                                                                                                                                                                                      | Alterações do apetite ou do comportamento alimentar                                                                                                                                                                                 | 0                     | 2   |
|                                                                                                                                                                                                      | Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem                                                                                                                                                  | 0                     | 2   |
|                                                                                                                                                                                                      | Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas                                                                                                                                                     | 0                     | 2   |
|                                                                                                                                                                                                      | Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos                                                                                                                                                 | 0                     | 2   |
|                                                                                                                                                                                                      | Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais pode não haver vinculação com a realidade)                                                                                                                 | 0                     | 4   |
|                                                                                                                                                                                                      | Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente                                                                                                                                | 0                     | 4   |
|                                                                                                                                                                                                      | Prejuízo da atividade sexual (perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros)                                                                                                             | 0                     | 2   |
|                                                                                                                                                                                                      | Desorientação temporal e/ou espacial                                                                                                                                                                                                | 0                     | 2   |
|                                                                                                                                                                                                      | Ideação suicida sem planejamento                                                                                                                                                                                                    | 0                     | 4   |
| Ideação suicida com planejamento <sup>2</sup> ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)                                                                                       | 0                                                                                                                                                                                                                                   | 10                    |     |

<sup>1</sup> Realizada preferencialmente pelo profissional de nível superior e vinculada à elaboração do plano de cuidados e/ou ao Projeto Terapêutico Singular.

<sup>2</sup> 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



## PREFEITURA DE ARAUCÁRIA SAÚDE



### GRUPO II

|                                                                                                                |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar | 0 | 4 |
| Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos                                          | 0 | 6 |
| Heteroagressividade e/ou comportamento autolesivo                                                              | 0 | 8 |
| Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor                                                        | 0 | 4 |
| Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante                                       | 0 | 4 |
| Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico                                                   | 0 | 4 |
| Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)                      | 0 | 8 |
| Alucinação (percepção visual, auditiva, gustativa, olfativa, ou tátil sem a presença de objetos reais)         | 0 | 8 |
| Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)             | 0 | 6 |
| Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração               | 0 | 8 |
| Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)                                                                 | 0 | 2 |

### GRUPO III

|                                                                                                                                                                                                        |   |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|
| <i>Delirium tremens</i> (diminuição do nível da consciência, tremores, febre, sudorese, alucinações de pequenos insetos e animais e outros sintomas que surgem após 72 horas de abstinência alcoólica) | 0 | 10 |
| Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas                                                                                                                              | 0 | 8  |
| Incapacidade de redução e controle do uso de substâncias psicoativas (mantém o uso apesar do prejuízo)                                                                                                 | 0 | 8  |
| Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros sob efeito de substâncias                                                                                                              | 0 | 8  |
| Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)                                                                                                                  | 0 | 6  |
| Uso abusivo de Substâncias Psicoativas                                                                                                                                                                 | 0 | 8  |

### GRUPO IV

|                                                                                                                          |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de 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 |
| Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão                                                                  | 0 | 4 |
| Recorrência ou Recaída (02 meses após desaparecimento dos sintomas)                                                      | 0 | 4 |
| Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável                                | 0 | 4 |





## PREFEITURA DE ARAUCÁRIA SAÚDE



### GRUPO V

|                                                                                                    |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo | 0 | 4 |
| Testemunha de violência                                                                            | 0 | 2 |
| Autor ou Vítima de violência interpessoal                                                          | 0 | 6 |
| Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)                                           | 0 | 6 |
| Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um 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 associada                                           | 0 | 4 |
| Faixa etária menores de 18 anos e maiores de 60 anos                                               | 0 | 6 |
| Abandono e/ou atraso escolar                                                                       | 0 | 2 |

| PONTUAÇÃO           | RISCO                                                                                                                                                                                                               | PONTUAÇÃO TOTAL: |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 0 a 40              | BAIXO RISCO                                                                                                                                                                                                         | ESTRATIFICAÇÃO:  |
| 42 a 70             | MÉDIO RISCO                                                                                                                                                                                                         |                  |
| 72 a 240            | ALTO RISCO                                                                                                                                                                                                          |                  |
| Condições Especiais | Gestação e maternidade recente (há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos), deficiência intelectual moderada ou severa. |                  |
| Eventos agudos      | Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico.                                                                                                                                                                      |                  |

Autoria de Aline Pinto Guedes, Débora de F. Guelfi Waihrich, Flávia Caroline Figel, Júlia Eliane Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela da Costa Souza, Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Suelen Leticia Gonçalo, Vanessa Carvalho de Souza Leal Wladimir Cid Bastos Gonçalves.  
Colaboração: Técnicos das regionais de saúde e COSEMS.

