



Modelo de Plano de Cuidado Compartilhado

Este documento apresenta o Plano de Cuidado Compartilhado que será utilizado nas **atividades simuladas** a partir do Módulo VII — Disciplina 15.

Para que você possa conhecê-lo previamente e se familiarizar com sua estrutura, disponibilizamos, abaixo, o modelo que será adotado ao longo das atividades propostas.

1. Identificação do usuário(a)

Nome completo:

Nome do Responsável (se aplicável):

Nome social:

CPF e/ou CNS:

Data de nascimento: (___/___/___)

Idade:

Nome da mãe:

Identificação do Prontuário:

Registrar as informações de identificação do usuário e do acompanhamento, como número do prontuário/cartão SUS, equipe ou unidade de referência, data do atendimento e demais dados necessários para organização e identificação do caso.

Gênero:

Orientação sexual:

Raça/Cor:

Grupo étnico (povos indígenas, quilombolas e etc.):

Grau de escolaridade:

Profissão:

Estado Civil:

Endereço/Localidade (incluir pontos de referência):

Informações de contato (incluir Telefone / Whatsapp / E-mail da pessoa e/ou de uma pessoa de referência – familiar, vizinho, rede de apoio):

Nome / contato do Agente Comunitário de Saúde (se houver):

2. História de Vida:

Elencar as vivências significativas, condições socioeconômicas, barreiras geográficas, possíveis situações com impactos na saúde como: história de abusos, maus tratos, abandono, insegurança alimentar, situação de rua, barreiras socioeconômicas e geográficas de acesso a saúde e educação, participação em grupos / instituições, rotina, trabalho, etc.

3. História Familiar e condição socioeconômica:

Registrar doenças, condições de saúde e fatores de risco, e apoio familiar / rede de apoio; renda familiar / avaliação socioeconômico, condições de moradia.

4. Outras informações relevantes do caso:

Registrar informações adicionais que contribuam para a compreensão integral do caso e para o planejamento do cuidado, incluindo aspectos não contemplados nos tópicos anteriores, como crenças, preferências, dificuldades específicas, potencialidades, necessidades identificadas pela equipe ou demais situações consideradas importantes para o acompanhamento.

Linhas de Cuidado:

Diagnóstico / Condições de Saúde	Problemas Avaliados (decorrentes ou não do diagnóstico /condição de saúde)	Ofertas e Recursos (de acordo com a rede do sujeito e disponibilidade no território)
<p>Descrever de forma objetiva e concisa os principais diagnósticos ou condições de saúde.</p> <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hipertensão arterial sistêmica.• Diabetes mellitus tipo 2.• Obesidade.• Tabagismo.• Ansiedade.	<p>Escrever de forma sucinta qual problema está relacionado a condição avaliada.</p> <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dificuldade na adesão terapêutica medicamentosa.• Reside distante do centro de referência de idosos).	<p>Listar recursos disponíveis e apoio necessário para o cumprimento do plano:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Apoio da família.2. Grupos na Unidade Básica (exemplo: grupo de caminhada, grupo antitabagismo).3. Participação em rodas de conversa.4. Visitas domiciliares do ACS. <p>Encaminhamentos e serviços da RAS disponíveis.</p> <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Centro de atenção psicossocial.• e-Multi APS.• Ambulatório de Diversidade de Gênero.• Profissionais especialistas.

Planejamento do Cuidado:

Data	Registrar a data de elaboração, atualização ou acompanhamento do plano de cuidado.
Problema / Condição Avaliada	Registrar os problemas, condições de saúde e necessidades identificadas, incluindo diagnósticos clínicos, questões sociais, aspectos emocionais, dificuldades de adesão ao tratamento, capacidade de autocuidado e demais fatores relevantes para o acompanhamento do caso.
Intervenções	Descrever as ações, estratégias e condutas planejadas pela equipe para o acompanhamento e manejo das necessidades identificadas.
Metas e Prazo	Definir os objetivos a serem alcançados, estabelecendo metas viáveis, bem definidas e com prazo previsto para sua realização.
Responsáveis / Área Técnica / Serviço	Identificar os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento das ações e alcance das metas, considerando o trabalho interprofissional, bem como a área técnica, equipe ou serviço de atuação.
Monitoramento	Registrar a forma e a periodicidade previstas para o acompanhamento das metas e intervenções propostas.
Avaliação e Revisão	Registrar a avaliação das ações realizadas, necessidade de ajustes no plano de cuidado, data da revisão e profissional responsável.

Estágio de Predisposição para a Mudança (Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente):

Comportamento	Estágio para Mudança
<i>Registrar o comportamento, hábito ou condição que demanda acompanhamento ou mudança, relacionado à saúde, autocuidado ou adesão ao tratamento.</i>	<i>Identificar o estágio de predisposição para a mudança, conforme o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente — pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção ou recaída — considerando a percepção e o envolvimento do usuário no processo de mudança.</i>

Acesso citação de Prochaska e Diclemente:
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000100012.

Após a construção do plano de cuidado pela equipe multiprofissional, considerando a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), **elabore um plano de cuidado para e com o usuário**, utilizando a abordagem centrada na pessoa.

O plano deve apresentar explicações e pactuações adequadas ao letramento em saúde do usuário, considerando o Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska e DiClemente, além das informações identificadas na avaliação prévia, como rede de apoio, história de vida e familiar, condições socioeconômicas, aspectos subjetivos e demais fatores relevantes para o acompanhamento do caso.



Modelo do Plano de Autocuidado

1. Identificação

Nome do(a) usuário(a):

2. Diagnóstico/Condições de Saúde:

Registrar os diagnósticos, condições de saúde e necessidades identificadas, incluindo as pactuações realizadas com o usuário, bem como os fatores facilitadores e dificultadores relacionados ao cuidado, adesão ao tratamento e alcance das metas estabelecidas.

3. Profissionais Responsáveis:

Identificar os profissionais envolvidos no acompanhamento do caso e no desenvolvimento das ações previstas no plano de cuidado.

Planejamento do Cuidado/Autocuidado:

Dimensão	Ação de Cuidado / Autocuidado	Frequência / Meta	Responsável	Monitoramento	Reavaliação
Alimentação	<i>Descrever as ações de cuidado e autocuidado pactuadas com o usuário, familiares, rede de apoio ou equipe de saúde, de acordo com as necessidades identificadas.</i>	<i>Definir a frequência das ações propostas e as metas a serem alcançadas, considerando objetivos claros, possíveis e compatíveis com o contexto do usuário.</i>	<i>Identificar os responsáveis pela realização ou acompanhamento das ações, especificando se será o próprio usuário, familiar, rede de apoio, profissional de saúde ou serviço envolvido.</i>	<i>Registrar a forma e a periodicidade previstas para o acompanhamento das ações e metas estabelecidas.</i>	<i>Registrar a avaliação das ações desenvolvidas, necessidade de ajustes no plano de cuidado e data prevista ou realizada para reavaliação.</i>
Medicação					
Atividade Física					
Sono e Descanso					
Saúde Mental					
Incluir outras dimensões pertinentes ao contexto de vida do usuário.					