

# *PROTOCOLO ESTADUAL DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL*

GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*



VITÓRIA  
2018

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVOS.....	3
3. PÚBLICO-ALVO.....	4
4. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	4
4.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	4
5. CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	5
6. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL.....	7

ANEXO

REFERÊNCIAS

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ERSM	Equipe de Referência em Saúde Mental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HGT	Hemoglicoteste
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NERI	Núcleo Especial de Regulação de Internação
PA	Pressão Arterial
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAX	Temperatura Axilar

## 1. INTRODUÇÃO

Pautada nos princípios da Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a Política de Saúde Mental prevê prioridade absoluta aos atendimentos realizados no âmbito territorial e comunitário, assegurando aos usuários do sistema de saúde o direito de acesso ao melhor tratamento, consentâneo às suas necessidades e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. O cuidado em saúde mental se desenvolve nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como em dispositivos intersetoriais e iniciativas desenvolvidas nos grupos familiares e comunitários.

As questões de saúde mental são condições crônicas de saúde e demandam atendimento continuado no sistema de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade e visando a integralidade da atenção. Essas condições, ao longo do tempo, podem agudizar e requerer intervenções específicas e imediatas, com a convocação de outros pontos de atenção além dos já envolvidos no acompanhamento continuado.

Entre os instrumentos de regulação do acesso assistencial estão os protocolos clínicos e operacionais. Os protocolos clínicos têm a função de orientar o uso de recursos terapêuticos estratégicos, otimizando as tecnologias utilizadas e qualificando a assistência prestada.

O Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental se coloca assim como uma ferramenta de apoio à decisão clínica na regulação do acesso aos pontos de atenção da RAPS para os casos agudos. É um processo de gestão do risco clínico que tem por objetivo estabelecer prioridades para o atendimento dos usuários de saúde mental que acessam o sistema de saúde e também definir o recurso assistencial mais adequado a cada caso. Portanto, tem entre seus objetivos a identificação dos casos mais graves, permitindo um atendimento mais rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Além da definição do risco, o Protocolo também atua como apoio para que as equipes dos serviços de saúde

avaliem o recurso mais adequado a cada caso, buscando qualificar os encaminhamentos e o seguimento dos pacientes na rede de atenção à saúde.

## **2. OBJETIVOS**

- Personalizar o atendimento aos usuários de saúde mental;
- Avaliar o usuário logo na sua chegada a um serviço de saúde;
- Definir e desencadear a resposta mais indicada a cada caso: atendimento no tempo certo e com recurso adequado;
- Apoiar a organização o fluxo regulatório de acesso aos serviços de saúde mental;
- Agilizar o atendimento aos casos mais graves e urgentes;
- Evitar o uso de tecnologias invasivas e/ou de alta complexidade sem a devida avaliação (ex.: internação sem indicação);
- Qualificar o acesso ao recurso necessário de forma eficiente e equânime.

## **3. PÚBLICO ALVO**

Esse Protocolo se destina aos profissionais de saúde dos pontos de atenção da RAPS, aí incluídos os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de urgência e emergência (ex.: prontos-socorros, pronto atendimentos), os hospitais gerais, bem como profissionais das Centrais de Regulação do Estado, Superintendências e Municípios do Espírito Santo.

#### 4. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

De acordo com a Cartilha “Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde”, do Ministério da Saúde,

“A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada” (BRASIL, 2004).

Na avaliação de casos de saúde mental, os atendimentos devem ser singulares (personalizado) e, além do quadro clínico apresentado, deve-se levar em conta aspectos como o contexto familiar e vulnerabilidade social na determinação do risco/gravidade. Os usuários devem ser atendidos em ambientes seguros e tranquilos.

Cada serviço de saúde deve buscar conhecer a rede de atenção existente em seu território, seja em âmbito local, municipal, regional ou estadual, a fim de otimizar e garantir a melhor orientação a cada caso e evitar a realização de encaminhamentos sem implicação.

Por encaminhamento implicado entende-se a necessidade de que o profissional responsável pelo encaminhamento se inclua no processo, responsabilizando-se pelo estabelecimento de um endereço para a demanda e acompanhando o caso até seu destino, sendo por vezes necessário que o serviço que encaminha faça um trabalho junto ao serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso.

Nos casos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar e nos casos de solicitação de internação em saúde mental, é fundamental que o serviço de saúde realize o diagnóstico diferencial, excluindo possíveis causas orgânicas para o quadro apresentado e a avaliação da saúde mental.

## 4.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Na avaliação em saúde mental, é preciso fazer uma anamnese apropriada, que inclua tanto a história da saúde física quanto de condições mentais e comportamentais, seguida de avaliação da saúde física para identificar condições concomitantes e orientar a pessoa sobre medidas preventivas. Essas ações sempre devem ser realizadas com o consentimento livre e esclarecido da pessoa.

A avaliação da saúde física deve conter minimamente: pressão arterial (PA); frequência cardíaca (FC); frequência respiratória (FR); temperatura axilar (TAX); hemoglicoteste (HGT); informações sobre fatores de risco: sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, uso nocivo de álcool ou outras substâncias, comportamentos de risco e doenças crônicas; existência de comorbidades.

Após a avaliação da saúde física e realização do diagnóstico diferencial, a avaliação em saúde mental deve conter as seguintes informações, que podem coletadas junto ao paciente e/ou junto ao familiar/responsável:

### **a) Anamnese:**

- Queixa principal: sintoma razão principal que levou a pessoa a buscar atendimento; quando, por que e como começou;
- História pregressa de condições mentais e comportamentais: problemas semelhantes no passado, eventuais internações psiquiátricas ou medicamentos prescritos para condições de sofrimento mental, bem como sobre eventuais tentativas de suicídio; presença de tabagismo e o uso de álcool e substâncias;
- História clínica geral: problemas de saúde física e os medicamentos usados; lista dos medicamentos atuais; alergias a medicamentos; comorbidades orgânicas associadas;
- História familiar de condições mentais e comportamentais: possível história familiar de condições mentais e comportamentais e pergunte se alguém teve sintomas semelhantes ou recebeu tratamento para uma condição mental ou comportamental;
- História psicossocial: fatores de estresse atuais, métodos de enfrentamento e apoio social; atual funcionamento sócio-ocupacional (como é o funcionamento da pessoa em

casa, no trabalho e nos relacionamentos); informações básicas que incluam local de residência, escolaridade, história de trabalho ou emprego, estado civil, número e idade dos filhos, renda, estrutura doméstica e condições de vida;

**b) Exame psíquico**

- Nível de consciência; escala de Glasgow; aparência global; atitude geral, comportamento, discurso/linguagem, pensamento, humor/afeto, sensopercepção (fenômenos alucinatórios), juízo de realidade, vontade, pragmatismo, inteligência e crítica de morbidade.

**c) Hipótese diagnóstica**

**d) Conduta terapêutica.**

## **5. CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

Nos moldes da Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a internação em saúde mental é medida excepcional e só deve ser acionada após o esgotamento dos recursos extra-hospitalares. Pertence a um Projeto Terapêutico Singular que deve ser elaborado pelos territórios onde os sujeitos vivem, não devendo ser, em hipótese alguma, a única ou primeira opção de tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico.

A referida Lei também define que as internações em saúde mental somente serão autorizadas mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos. É fundamental que esse laudo descreva o estado de saúde em que se encontra o sujeito para quem se solicita a vaga de internação, de modo a subsidiar a tomada de decisão do médico regulador.

Definem-se as seguintes modalidades de internação em saúde mental:

- Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

- Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. Nesses casos, o juiz competente levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

A internação involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (BRASIL, 2001).

Para internação de crianças e adolescentes, além das demais legislações cabíveis, deve-se considerar o disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente, especialmente o disposto no Artigo 12, que estabelece a obrigação aos estabelecimentos de saúde de proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Quando necessárias, após adequada avaliação e classificação do risco, as internações em saúde mental podem ser solicitadas, de acordo com o fluxo anexo, ao Núcleo Especial de Regulação de Internação (NERI), uma unidade operacional integrante da estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA) responsável por regular o acesso às tecnologias de saúde, visando ofertar o acesso em tempo oportuno, de forma equânime, ordenada e racional, qualificando o fluxo regulatório dos usuários no Sistema de Saúde conforme a sua prioridade clínica.

Seguindo as definições da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, o NERI tem como objetos

“a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização” (Brasil, 2008).

Entre as atribuições desse Núcleo está a regulação do acesso ao Componente Hospitalar da RAPS, seja na rede própria, filantrópica ou complementar, quando

necessário. Visa contribuir com a integralidade da assistência às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

As solicitações de internação são recebidas pelo NERI, avaliadas e hierarquizadas conforme a prioridade clínica pelo médico regulador, que é o profissional com autoridade e competência técnica para discernir o grau de urgência e prioridade de cada caso, seguindo as informações que lhe forem disponibilizadas, visando dar a melhor resposta possível às necessidades dos usuários.

A realidade social e condições de saúde da população, bem como a RAPS, são dinâmicas e passam por mudanças constantes ao longo do tempo. Por isso, esse Protocolo deve ser reavaliado sempre que surgir tal necessidade, respeitando-se sempre os princípios do SUS, as diretrizes da Política de Saúde Mental a integralidade da atenção à saúde.

## 6. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL

A construção desse Protocolo inspirou-se no Protocolo de Manchester que garante a utilização de critérios uniformes de classificação de risco ao longo do tempo e com diferentes equipes e, assim, a prioridade de atendimento e classificação do risco em saúde mental será categorizada através das cores:

- **Vermelho**: Caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato. Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deteriorização do quadro clínico que ameaçam a própria vida ou de terceiros.
- **Laranja**: Risco significativo. Condições que potencialmente ameaçam à vida e requerem rápida intervenção.
- **Amarelo**: Casos de gravidade moderada. Condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas rapidamente.
- **Verde**: Condições que apresentam um potencial para complicações.

- **Azul:** Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, sem alterações dos sinais vitais.

Recomenda-se que os casos classificados como Amarelo, Verde ou Azul sejam encaminhados aos serviços de atenção psicossocial dos territórios de origem dos pacientes, devendo estes serviços responsabilizar-se pelo acompanhamento continuado dos mesmos.

## **VERMELHO**

Emergência considerada de RISCO GRAVE, que justifica direcionamento prioritário e atendimento clínico e/ou especializado imediato.

### **Qualificadores:**

- Tentativa de suicídio
- Episódio depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos associado à ideação suicida, planejamento e/ou história anterior de tentativa de suicídio;
- Episódio de Mania (euforia) com sintomas psicóticos associado comportamento inadequado com risco para si e/ou terceiros
- Autonegligência grave associada à comorbidades orgânicas
- Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e outras drogas)
- Quadro psicótico com delírios, alucinações, confusão mental, ansiedade intensa, pânico e impulsividade com risco para si e/ou terceiros
- Episódio de agitação psicomotora, agressividade auto e/ou heterodirigida, com ideação, planejamento e/ou tentativa de homicídio ou suicídio;
- Quadro de alcoolismo ou dependência química a outras drogas com sinais de agitação e/ou agressividade auto e/ou heterodirigida, várias tentativas anteriores de tratamento extra-hospitalar sem êxito com riscos elevado psicossocial.

## LARANJA

Urgência considerada de RISCO ELEVADO, com necessidade de classificação imediata, que justifica atendimento clínico e/ou especializado em que não há riscos imediatos de vida.

### **Qualificadores:**

- Quadro depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos, com ideação suicida sem planejamento, porém sem apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar;
- Quadro psicótico com sintomas agudos, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade auto e/ou heterodirigida, porém sem apoio sociofamiliar;
- Alcoolismo ou dependência química a outras substâncias com sinais de abstinência leve ou moderado que não consegue se abster com programa de tratamento extra-hospitalar, com evidência de risco social;
- Episódio de Mania (euforia) com sintomas psicóticos
- Vítimas de violência sexual;
- Episódio de alteração aguda da consciência e comportamento (agitação, letargia, confusão mental, rebaixamento, desmaios, etc.);
- Quadros refratários à abordagem ambulatorial e especializada
- Determinações judiciais;

## AMARELO

Urgência considerada de RISCO MODERADO, que justifica solicitação de tratamento em Centro de Atenção Psicossocial, Ambulatório Especializado em Saúde Mental e/ou Atenção Primária à Saúde com apoio do NASF.

**Qualificadores:**

- Quadro depressivo moderado com ou sem ideação suicida, com apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar;
- Quadro psicótico com sintomas agudos, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade auto e heterodirigida, com apoio sociofamiliar que possibilite tratamento extra-hospitalar;
- Alcoolismo ou dependência química a outras drogas com sinais de abstinência leve que consegue participar de programa de tratamento especializado ambulatorial
- Episódio Dissociativo/ Conversivo
- Histórico psiquiátrico pregresso com tentativa de suicídio e/ou homicídio e internação prévia

**VERDE**

Síndromes e/ou sinais e sintomas considerados de RISCO BAIXO, sem indicação de Atenção 24 horas e que justificam solicitação de tratamento em Atenção Primária à Saúde com apoio da ERSM, NASF e/ou ESF.

**Qualificadores:**

- Episódio psicótico agudo ou transtorno crônico reagudizado
- Síndrome Depressiva leve aguda, crônica ou recorrente;
- Transtorno Afetivo Bipolar: episódio depressivo ou maníaco leve/ moderado;
- Insônia;
- Síndromes conversivas, sintomas psicossomáticos, crises de ansiedade
- Distúrbios de relacionamento interpessoal;
- Episódios de uso nocivo/abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas

- Luto / Reação adaptativa

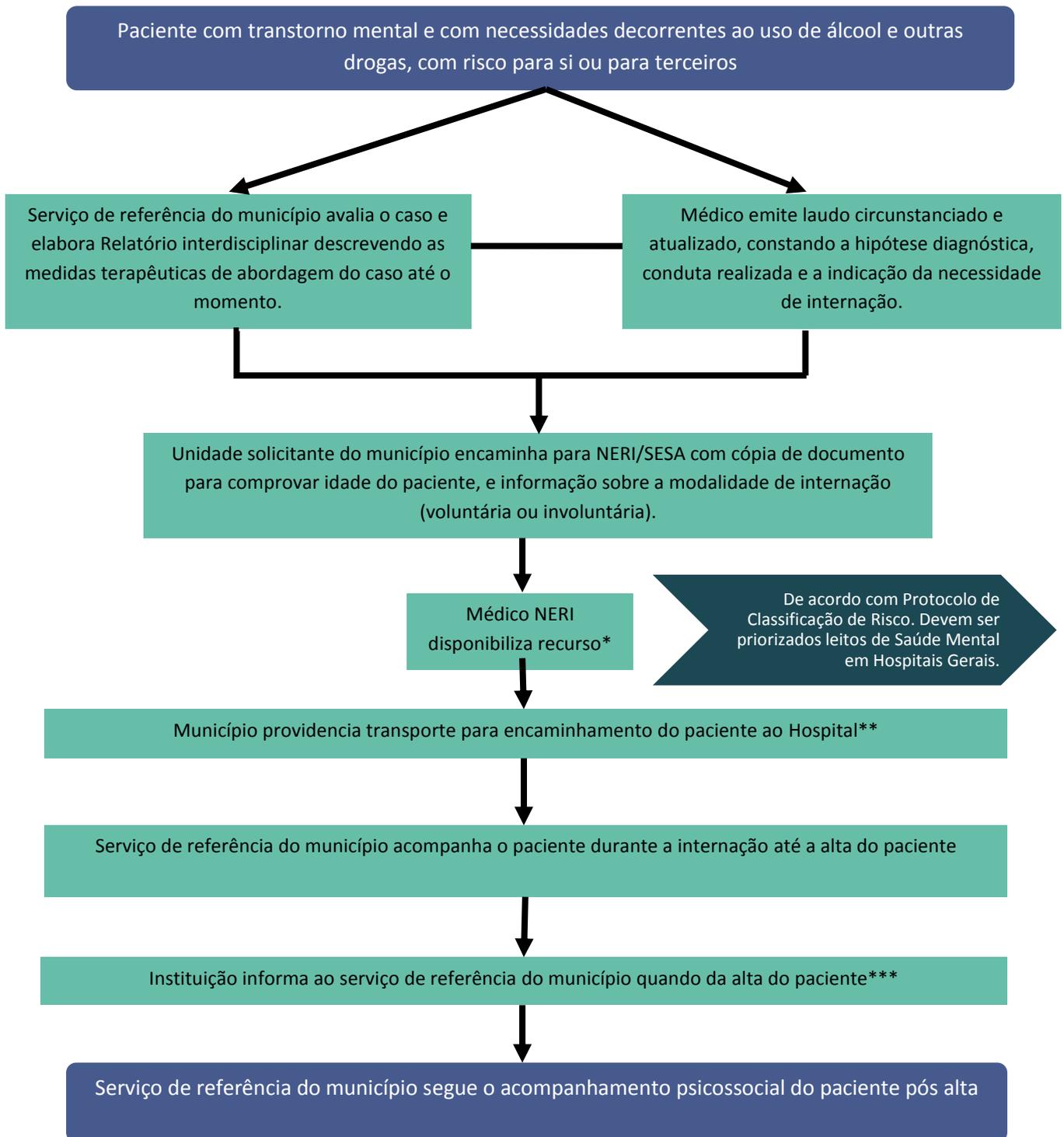
## AZUL

Situações inespecíficas, síndromes, sinais e/ou sintomas considerados NÃO URGENTES que justifiquem referenciar para acompanhamento na Atenção Primária e/ou Especializada

### **Qualificadores:**

- Condições crônicas estabilizadas
- Manutenção do acompanhamento ambulatorial multiprofissional para pacientes com transtornos mentais crônicos em uso de medicação estabilizados
- Trocas e requisições de receitas médicas
- Orientações e apoio familiar

## FLUXO – REGULAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL



\*Os pacientes portadores de comorbidades orgânicas crônicas estabilizadas (ex.: insuficiência renal, hepática, DPOC, HAS, DM, etc.) devem ser regulados PREFERENCIALMENTE para leitos em Hospitais Gerais devido ao risco aumentado de complicações clínicas. Para pacientes com comorbidades orgânicas não estabilizadas deve-se avaliar a necessidade de regulação para leito de hospital de referência para a comorbidade, em vez de leito de saúde mental.

\*\*A admissão do paciente em qualquer instituição deverá ocorrer em até 72 horas, após a comunicação da disponibilização da vaga. Caso o NERI não receba a comunicação de internação do paciente pela instituição, o leito irá retornar vago ao sistema de regulação e disponibilizado para outro paciente. As justificativas da não internação e respostas ao não atendimento, serão de responsabilidade do Município a partir da disponibilização do recurso pelo NERI.

\*\*\* Em casos de internação por determinação judicial, caso solicitado pela autoridade judiciária, cabe à instituição enviar relatórios de acompanhamento à autoridade judiciária.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento\\_com\\_avaliacao\\_e\\_classificacao\\_de\\_risco.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**: Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Com algumas adaptações à realidade local.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Norma geral de regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental.** Paraná: 2016. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AFNormaGeralLeitosSaudeMental010716\\_2.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AFNormaGeralLeitosSaudeMental010716_2.pdf)>.

Sistema Manchester de classificação de Risco: **Classificação de Risco na Urgência e Emergência.** Tradução do livro Emergency Triage / Manchester Triage Group; editado por Kevin Mackway- Jones, Janet Marsden, Jill Windle, 2ª edição. Editora: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2010.