

**GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO**  
*Secretaria da Saúde*



---

## **Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental**

---

**Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo**

## **REALIZAÇÃO**

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

## **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Ricardo de Oliveira

## **SUBSECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE PARA ASSUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

Joanna D'Arc Victória Barros de Jaegher

## **GERÊNCIA DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Eida Maria Borges Gonsalves

## **GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA A SAÚDE**

Priscila Bacchetti Cezar Weber

## **NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DA INTERNAÇÃO**

Débora Sobreira da Silva

## **COORDENAÇÃO DO PROJETO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Nathalia Borba Raposo Pereira

**AUTORES:** Elaine de Oliveira Leppaus, Fernanda Schwanz Coutinho, Gabriela Bertuloso Ferreira, Indira de Paula Nunes Pinto, Lais Fardin Novaes, Larissa Almeida Rodrigues, Natália Maria de Souza Pozzatto, Nathalia Borba Raposo Pereira, Renata Ribeiro Herkenhoff, Vicente de Paulo Ramatis Lima.

## **CONSULTORIA**

Maria Emi Shimazaki

**Ficha Catalográfica**

Versão: 2018

**Equipe Responsável:** Elaine de Oliveira Leppaus, Fernanda Schwanz Coutinho, Gabriela Bertuloso Ferreira, Indira de Paula Nunes Pinto, Lais Fardin Novaes, Larissa Almeida Rodrigues, Natália Maria de Souza Pozzatto, Nathalia Borba Raposo Pereira, Renata Ribeiro Herkenhoff, Vicente de Paulo Ramatis Lima.

---

## SUMÁRIO

---

|   |    |
|---|----|
| SIGLAS OU ACRÓSTICOS .....                                | 4  |
| DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE .....                 | 5  |
| INTRODUÇÃO .....  | 5  |
| CONSULTA PÚBLICA.....                                     | 6  |
| OBJETIVOS .....   | 6  |
| PÚBLICO ALVO .....  | 6  |
| ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....              | 6  |
| 6.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL .....                       | 7  |
| CONSIDERAÇÕES SOBRE A INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL .....    | 9  |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL .....              | 11 |
| ANEXO - Fluxo de regulação de leitos de saúde mental..... | 15 |
| REFERÊNCIAS .....   | 16 |

## **SIGLAS OU ACRÓSTICOS**

---

|             |   |
|-------------|---|
| <b>APS</b>  | Atenção Primária à Saúde                        |
| <b>CAPS</b> | Centro de Atenção Psicossocial                  |
| <b>ERSM</b> | Equipe de Referência em Saúde Mental            |
| <b>FC</b>   | Frequência Cardíaca                             |
| <b>FR</b>   | Frequência Respiratória                         |
| <b>HGT</b>  | Hemoglicoteste                                  |
| <b>NERI</b> | Núcleo Especial de Regulação de Internação      |
| <b>PA</b>   | Pressão Arterial                                |
| <b>SESA</b> | Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo |
| <b>SUS</b>  | Sistema Único de Saúde                          |
| <b>TAX</b>  | Temperatura Axilar                              |

---

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

---

Não há conflitos de interesse entre os autores do Protocolo.

## INTRODUÇÃO

---

Pautada nos princípios da Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a Política Nacional 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 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 as diretrizes e 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.

## CONSULTA PÚBLICA

---

O documento foi submetido à Consulta Pública durante o mês de agosto de 2018 na página eletrônica da Secretaria de Estado da Saúde e divulgado nos Grupos Condutores Regionais da RAPS do Espírito Santo.

## 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;
- Normatizar a abordagem assistencial à crise em saúde mental no Estado.

## 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 Regionais de Saúde e municípios do Espírito Santo.

## 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 (personalizados) 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 atendimentos pré-hospitalares e hospitalares, e nos casos de solicitação de internação em saúde mental, é fundamental que o serviço de saúde que recebeu o paciente realize o diagnóstico diferencial, excluindo possíveis causas médicas não relacionadas a um transtorno mental (causas orgânicas) para o quadro apresentado, e a avaliação da saúde mental.

## 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 devem ser realizadas com o consentimento da pessoa, sempre que possível.

Após a avaliação da saúde física e realização do diagnóstico diferencial, a avaliação em saúde mental deve conter as seguintes informações, que podem ser 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, se algum familiar 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 físico**

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 (condições clínicas coexistentes com o quadro psiquiátrico apresentado).

#### **c) Exame psíquico**

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

#### **d) Hipótese diagnóstica**

#### **e) Conduta terapêutica.**

Cabe destacar que, ainda que os itens “c”, “d” e “e” sejam prerrogativas do profissional médico, a avaliação em saúde mental deve ser feita por toda a equipe multidisciplinar. As percepções de todos os profissionais envolvidos no cuidado devem ser discutidas, no sentido de garantir um olhar integral à pessoa atendida.

## **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 (PTS) que deve ser elaborado nos 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 individual circunstanciado que caracterize seus motivos. É fundamental que esse laudo seja atual e 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.

Além do laudo, é necessário apresentar avaliação interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, emitida pelo CAPS do município de residência do paciente, quando os municípios contarem com esse serviço. Em municípios que não possuam CAPS, a avaliação interdisciplinar poderá ser emitida por Equipe de Referência de Saúde Mental (ERSM) ou equipe da Atenção Básica de Saúde do município, sempre descrevendo as medidas terapêuticas já adotadas, para tratamento do caso.

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. Mesmo as internações compulsórias devem ser avaliadas conforme os critérios aqui descritos e precedidas de laudo médico circunstanciado, no sentido de garantir equidade no acesso aos serviços.

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.

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 classificadas 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 e a integralidade da atenção à saúde.

## 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 equipes dos territórios de origem dos pacientes - como Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS, ERSM, Ambulatórios de Saúde Mental -, 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 em qualquer circunstância, com ou sem agitação psicomotora;
- Episódio depressivo grave com ou sem sintomas psicóticos associado à ideação suicida, com planejamento ou história anterior de tentativa de suicídio;
- Episódio de Mania (euforia) com ou sem sintomas psicóticos associado comportamento inadequado com risco para si e/ou terceiros
- Autonegligência (perda do autocuidado) grave com doenças clínicas associadas (comorbidades orgânicas);
- Intoxicação aguda por substâncias psicoativas (medicamentos, álcool e outras drogas);
- Quadro psicótico com delírios, alucinações, alteração do comportamento, podendo estar associado a confusão mental, ansiedade e impulsividade com risco para si e/ou terceiros;
- Episódio de autoagressividade (automutilação, cutting) com risco de morte eminente
- 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 riscopsicossocialelevado.

## 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 agudo, sem sinais de agitação psicomotora e/ou agressividade, porém sem apoio sociofamiliar;
- Autonegligência (perda do autocuidado) grave;
- 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;
- Quadros refratários à abordagem ambulatorial e especializada;
- Episódio conversivos/dissociativos, com alteração aguda do comportamento e risco à própria integridade ou à de terceiros;
- Determinações judiciais.

## AMARELO

Urgência considerada de RISCO MODERADO, que justifica solicitação de tratamento em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 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 agudo, 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;
- 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/ouESF.

### Qualificadores:

- Síndromes Depressivas Leves;
- Transtorno Afetivo Bipolar: episódio depressivo ou maníaco sem risco para si ou para terceiros;
- Insônia;
- Síndromes conversivas/dissociativas sem risco para si ou para terceiros
- Sintomas psicossomáticos, crises de ansiedade;
- Episódios de uso nocivo/abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas;
- Luto / Reação adaptativa.

## AZUL

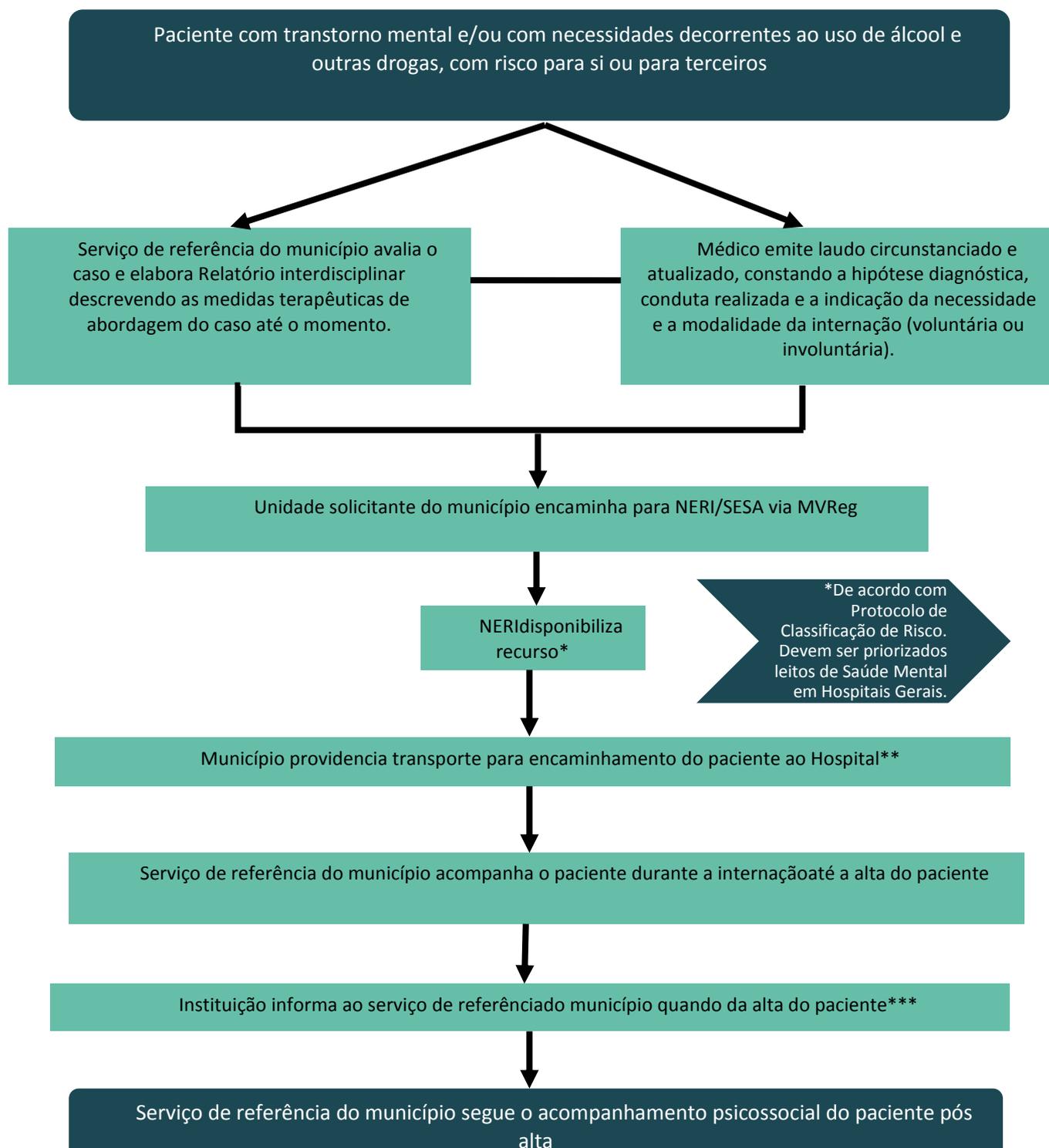
Situações inespecíficas, síndromes, sinais e/ou sintomas considerados NÃO URGENTES que justifiquem referenciar para acompanhamento na Atenção Primária e/ou Especializada.

### Qualificadores:

- Condições psiquiátricas crônicas estabilizadas;
- Manutenção do acompanhamento ambulatorial multiprofissional para pacientes com transtornos mentais crônicos em uso de medicação estabilizados;
- Demandas administrativas (trocas e requisições de receitas médicas, laudos médicos);
- Orientações e apoio familiar.

## ANEXO

### 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 será 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.

\_\_\_\_\_. **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.

\_\_\_\_\_. 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)>.

\_\_\_\_\_. 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 (OMS). **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.