

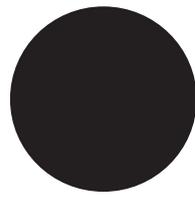
**Saúde
Pública
Carioca**



GUIA ORIENTADOR DE

Urgência e Emergência na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)





**Saúde
Pública
Carioca**



**GUIA ORIENTADOR DE
Urgência e
Emergência
na Rede
de Atenção
Psicossocial
(RAPS)**

Rio de Janeiro/RJ
2023



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com citação da fonte.

© 2023 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

**Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio)
Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE)**

Rua Afonso Cavalcanti, 455 / 8.º andar / Sala 801 — CEP 20211-110

Tel.: (21) 3971-1899 / E-mail: assessoria.subhue@gmail.com — <http://saude.prefeitura.rio/>

Eduardo Paes

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Daniel Soranz

Secretário Municipal de Saúde

Rodrigo Prado

Subsecretário Executivo

Teresa Cristina Navarro Vannucci

Subsecretária de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Paulo de Oliveira Silveira

Superintendente de Urgência e Emergência

Kátia da Costa Silva

Superintendente de Hospitais Gerais e Especializados

Marcio Luis Ferreira

Superintendente de Hospitais Pediátricos e Maternidades

Hugo Fagundes

Superintendente de Saúde Mental

Responsáveis pela elaboração

Felipe Ximenes Muricy da Rocha — Coordenador Médico do IMPP

Marta Ferreira Côrtes — Assessora de Humanização da SUBHUE/SMS-Rio

Clarice Furtado de Oliveira — Coordenação Técnico Assistencial da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial

Aluisio Bispo

Capa

Aluisio Bispo

Beatriz Foli

Projeto Gráfico e Diagramação

Sandra Araujo

Responsáveis técnicos

Caroline Moraes Soares Motta de Carvalho — Enfermeira, Conselheira e Membro da Câmara Técnica de Saúde Mental do COREN-RJ

Clarice Furtado de Oliveira — Coordenação Técnico Assistencial da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Felipe Ximenes Muricy da Rocha — Coordenador Médico do IMPP

Hugo Fagundes — Superintendente de Saúde Mental da SUBHUE/SMS-Rio

Laurinda Beato Freitas — Vice-Diretora do IMPP

Marta Ferreira Côrtes — Assessora da Humanização da SUBHUE/SMS-Rio

Patrícia Vieira Matos — Assessoria Chefe da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Rodrigo de Oliveira de Carvalho da Silva — Enfermeiro, Chefe de Enfermagem do IPUB e Membro da Câmara Técnica de Saúde Mental do COREN-RJ

Rogério da Silva Ferreira — Coordenação da RAPS Zona Norte da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Rosângela Maria Santos — Coordenadora do Serviço de Emergência do IMPP

Rosimara de Souza Rocha — Diretora-Geral do IMPP

Sarah Raphaela Silva — Coordenação da RAPS Zona Oeste da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Washington Luiz da Silva Motta — Assessoria de Urgência e Emergência de Saúde Mental da SUBHUE/SSM

Produzido e revisado

Clarice Furtado de Oliveira — Coordenação Técnico Assistencial da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Felipe Ximenes Muricy da Rocha — Médico

Hugo Fagundes — Médico

Marta Ferreira Côrtes — Enfermeira da Assessoria de Humanização

Patrícia Vieira Matos — Assessora-Chefe da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Rogério da Silva Ferreira — Coordenação de RAPS Zona Norte da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Rosimara de Souza Rocha — Enfermeira

Sandra Teixeira Vieira — Enfermeira

Sarah Raphaela Silva — Coordenação de RAPS Zona Oeste da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Washington Luiz da Silva Motta — Assessoria de Urgência e Emergência de Saúde Mental da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Colaboradores

Ana Paula Castro Lima — Diretora do CAPS II Carlos Augusto da Silva Magal

Caroline Moraes Soares Motta de Carvalho — Enfermeira do COREN/RJ

Christiane Moema Sampaio — Coordenação da RAPS Centro-Sul da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Clarice Furtado de Oliveira — Coordenação Técnico Assistencial da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Daniele Pinto Oliva — Enfermeira do IMPP

Daniella Oliveira de Castro Ferreira — Diretora do CAPSad II Mané Garrincha

Debora C. Bomfim Elias — Coordenadora Administrativa do IMPP

Edilane dos Santos Rosa — Enfermeira do IMPP

Felipe Fernando de Sousa Magalhães — Enfermeiro do CER Barra

Felipe Ximenes Muricy da Rocha — Coordenador Médico do IMPP

Fernanda da Silva Barbosa — Enfermeira do IMPP

Heloisa Elena de Oliveira Santos — Enfermeira do IMPP

Inalua Plácido de Abreu — Enfermeira do IMPP

Izabel Rodrigues dos Santos — Enfermeira do IMPP

Jardel Leles — Diretor do CAPSad III Antônio Carlos Mussum

Jose Roberto Silva Coutinho — Médico Psiquiatra do IMPP

Juliana Muniz Laranja — Enfermeira do IMPP

Lais Macedo Brasiliense — Enfermeira do IMPP

Laurinda Beato Freitas — Vice-Diretora do IMPP

Luciana de Medeiros Lacorte Soares — Coordenação da RAPS 4.0 da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Luiz Henrique Santana da Cunha — Enfermeiro do IMPP

Marcia Santa Anna da Silva — Enfermeira do IMPP

Marta Ferreira Côrtes — Enfermeira e Assessora de Humanização da SUBHUE/SMS-Rio

Michael Vida — Diretor do CAPSi III Maria Clara Machado

Patrícia Vieira Matos — Assessora-Chefe da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Rodrigo de Oliveira de Carvalho da Silva — Enfermeiro do COREN/RJ

Rogério Azevedo da Silva — Enfermeiro do IMPP

Rogério da Silva Ferreira — Coordenação da RAPS Zona Norte da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Rosaine da Silva Costa — Enfermeira do IMPP

Rosângela dos Santos — Enfermeira e Coordenadora do Serviço de Emergência do IMPP

Rosimara de Souza Rocha — Diretora do IMPP

Sandra Teixeira Vieira — Enfermeira do IMPP

Sarah Raphaela Silva — Coordenação da RAPS Zona Oeste da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

Shirley Batista Ferreira — Enfermeira do IMPP

Talita Pereira Arigoni — Diretora do CAPS III Arthur Bispo do Rosário

Tatiana Yazeji — Diretora do CAPSad III Raul Seixas

Tatiane Guimarães Amparo — Diretora do CAPSad III Paulo da Portela

Thiago Gabriel Alves de Souza Silva — Enfermeiro do IMPP

Vanessa de Almeida Terra — Enfermeira do IMPP

Viviane Barbosa de Souza de Araújo — Diretora do CAPS III Torquato Neto

Vladimir Aragão Azeredo — Enfermeiro do IMPP

Washington Luiz da Silva Motta — Assessoria de Urgência e Emergência de Saúde Mental da SSM/SUBHUE/SMS-Rio

“Cultivar estados mentais positivos como a generosidade e a compaixão decididamente conduz a melhor saúde e a felicidade.”

Dalai Lama

LISTA DE SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde
BAE	Boletim de Atendimento de Emergência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial — Álcool e Outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial — Infantojuvenil
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GSE	Grupamento de Socorro e Emergência
PNH	Política Nacional de Humanização
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS-Rio	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBHUE	Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UAP	Unidade de Atenção Primária
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
PREMISSA	6
INTRODUÇÃO	6
ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	7
ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL.....	9
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR) NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES PRÉ-HOSPITALARES E HOSPITALARES	10
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA OU EM SAÚDE MENTAL.....	21
USUÁRIOS COM NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO POR ESPECIALISTA EM OUTRA UNIDADE HOSPITALAR	22
ORIENTAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXOS	25

APRESENTAÇÃO

Este documento visa nortear as atribuições e fluxos para o atendimento às situações de crise em saúde mental que envolvem as unidades de Urgência e Emergência, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Internação Hospitalar e as articulações junto aos serviços de base territorial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entrada dos serviços de urgência e emergência. Todo o esforço foi direcionado para aprimorar a integração das urgências e emergências em Saúde Mental, dispositivos da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), com os demais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A expectativa é destacar o processo de implementação dos dispositivos, ressaltando novos experimentos vivenciados nesta cidade e seus principais resultados na introdução de mudanças nos modos de cuidar e gerir, considerando a participação direta das equipes de urgência e emergência e dos Centros de Atenção Psicossocial da cidade do Rio de Janeiro.

PREMISSA

As estratégias de atenção às urgências em saúde mental devem estar articuladas entre os diversos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para assegurar seu caráter de base comunitária, conforme disposto na Portaria GM/MS n.º 3.088/2011. Cabe destacar, também, que a Lei n.º 10.216/01 é explícita em seu artigo 4.º: “a internação, em qualquer das suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, ou seja, após esgotadas todas as estratégias articuladas dos recursos comunitário-familiares, intersetoriais e serviços de saúde, especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A Portaria GM/MS n.º 1.600/2011, que institui e organiza a Rede de Atenção às Urgências no SUS, estabelece que “a organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna”.

INTRODUÇÃO

A Porta de Entrada apresenta o serviço, falando muito sobre o restante da instituição. Quando não vai bem, muitas vezes reflete as fragilidades e o nível de preparo de toda a organização.

Quem nos procura está de alguma forma em sofrimento e, independente de sua intensidade, precisa ser acolhido, avaliado e encaminhado para um atendimento adequado de acordo com o risco avaliado, sendo esta a nossa diretriz de trabalho. Quando nunca envelhecem as palavras de Hipócrates: “curar quando possível; aliviar quando necessário; consolar sempre” (REZENDE, 2009).

Os usuários de saúde mental necessitam de uma escuta cuidadosa, capaz de apreender as demandas que se apresentam nas entrelinhas. Pode emergir, nos momentos de crise, algum estranhamento que faz o usuário perceber que algo não está caminhando muito bem, experiência para a qual precisará construir sentidos considerando seu contexto de vida. Em outros momentos a queixa se

manifesta de forma bastante sutil: como dizia Nise da Silveira (Barbosa, 2016), é preciso saber ler o “canto do olho” dos pacientes. E ainda há oportunidades em que a queixa apresentada na Porta de Entrada parece algo sem sentido, e a angústia é tão extrema que, para o indivíduo, a única forma possível de se expressar naquela situação ocorre por meio da agressividade.

Quem trabalha na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) precisa saber lidar com usuários cujos problemas, com frequência, não são evidentes. E quando vistos, ainda assim, é necessário um esforço para entender o que aquilo significa, para aguardar o usuário conseguir se exprimir, colher informações suficientes e suportar as manifestações do sofrimento enquanto auxilia na construção de sentidos para sua experiência. Trata-se de um ato de esperar e continuar buscando, resistir aos impulsos de desistir do usuário e lhe dar suporte para que consiga lidar com seu sofrimento. Assim, atuar para ajudar a transformar as condições de vulnerabilidade que lhe afetam. Um trabalho de, como dizia Paulo Freire (BRASIL, 2007), ser “pacientemente impaciente”. São copartícipes deste trabalho os próprios usuários, bem como os familiares, acompanhantes e membros de outras equipes que vêm cooperar na integração intersetorial. Todos devem ser ouvidos, respeitados e incluídos na elaboração do Projeto Terapêutico.

“Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se por meio de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas” que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções criando-se, intersubjetivamente, alguns momentos interessantes, como: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; ou mesmo momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação” (MERHY, 1999, p. 7).

Assim, acolhendo os episódios críticos da história do usuário, os profissionais precisam estar preparados para compreender suas demandas e necessidades e o serviço organizado da maneira mais eficiente possível para atendê-lo.

ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A crise em saúde mental pode se apresentar de diversas formas, não se restringindo à agitação psicomotora e à heteroagressividade, sendo necessário que os profissionais realizem uma análise situacional, ampliando o escopo da avaliação ao considerar o sujeito, o contexto e as relações além da sintomatologia. Assim, a atenção às urgências em saúde mental não pode ser uma intervenção pontual, em perspectiva biomédica, para o controle de sintomas agudos. Ao contrário, deve priorizar fundamentalmente a articulação entre os pontos de atenção da rede de cuidados como: as Unidades de Atenção Primária (clínicas da família e/ou centros municipais de Saúde), os Centros de Atenção Psicossocial, as Emergências, os serviços intersetoriais, a família e a comunidade. Essa articulação permite incluir elementos do território de vida dos usuários, facilitando o manejo dos eventos estressores que levaram à agudização do sofrimento mental.

O trabalho que a Atenção Primária e os CAPS realizam na comunidade em que o usuário e sua família vivem permite compreender o contexto dos padrões de adoecimento, os fatores que podem levar à agudização do quadro e às comorbidades clínicas, bem como o histórico social e familiar. Estes serviços auxiliam na avaliação dos riscos e na ampliação das possibilidades de intervenções terapêuticas que incluam as relações no território.

Neste contexto, os CAPS são serviços estratégicos e essenciais no manejo da atenção à crise em Saúde Mental. Para tal, contam com equipe multiprofissional que possui experiência na construção de estratégias de cuidado intensivo em rede. No município do Rio de Janeiro há 35 CAPS de diferentes modalidades, incluindo 18 serviços do Tipo III (funcionamento 24 horas), sendo: 11 CAPS III Adulto, 4 CAPS III Álcool e Drogas e 3 CAPS III Infantojuvenil, com quantitativo de 5 a 10 leitos para Atenção à Crise.

Quando necessário o atendimento em unidades de urgência e emergência, este será realizado nas que contam com equipe de saúde mental, de acordo com a área de ocorrência do evento, sendo encaminhado pelo SAMU, GSE/CBMERJ, Vaga Zero ou acessando por meios próprios. As unidades estão distribuídas segundo as Áreas de Planejamento (AP) da Saúde do município do Rio de Janeiro (Quadro 1).

Quadro 1. Unidades hospitalares e pré-hospitalares de referência para atendimento de urgência e emergência em saúde mental.

ÁREAS DE PLANEJAMENTO (AP)	UNIDADE
1.0	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ)
2.2	CER Centro
2.1 e 3.1	Instituto Municipal Philippe Pinel
3.2 e 4.0	CER Barra
5.1	CER Realengo
5.2	CER Campo Grande
3.3 e 5.3	CER Santa Cruz

Nota: Fluxo vigente em fevereiro de 2023. Fonte: Superintendência de Saúde Mental (S/SUBHUE/SSM).

Caso alguma unidade esteja impossibilitada de prestar assistência de urgência em determinado turno, a Superintendência de Saúde Mental (SSM) fará o redirecionamento do fluxo de área a partir de avaliação da situação das demais unidades. Vale ressaltar que a ausência de plantonista médico psiquiatra não gera impossibilidade de atendimento da demanda em saúde mental. Recomenda-se, no entanto, que esta unidade receba, preferencialmente, apenas a demanda de sua própria área no turno em que a clínica médica esteja realizando as avaliações e admissões, e que a equipe multiprofissional siga avaliando o caso e fazendo as articulações para a continuidade do cuidado. Atualmente, a reorientação de fluxo é informada pela SSM por meio de grupos de WhatsApp com a Central de Regulação, portas de entrada de Urgência e Emergência, Coordenação/Supervisão do SAMU e CAPS.

Vale destacar que o atendimento para crianças e adolescentes deve ser feito em qualquer uma das Emergências a partir do direcionamento do dia e turno. Nas unidades em que haja clínica pediátrica, as crianças e adolescentes devem ficar em observação no referido setor. Entretanto, não havendo essa possibilidade, recomenda-se leito com separação dos demais.

ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Atribuições das Unidades Pré-Hospitalares e Hospitalares de Urgência e Emergência em Saúde Mental

- a. Acolher o usuário e seus cuidadores diretos, considerando sinais, sintomas e os relatos do usuário, bem como de seus acompanhantes sobre o que está levando ao sofrimento agudo, a história de adoecimento e o histórico de acompanhamento em serviços de saúde no território.
- b. Avaliar o quadro, atentando para a possibilidade de causalidade orgânica¹, realizando exame físico (geral, neurológico e psiquiátrico) para subsidiar o diagnóstico diferencial.
- c. Realizar as intervenções imediatas necessárias ao cuidado a partir da classificação de risco², resguardando a integridade física do paciente.
- d. Disponibilizar para a rede de atenção psicossocial, com a maior brevidade possível, a lista dos pacientes que estão na unidade de urgência e emergência, para facilitar a articulação dos serviços de base territorial.
- e. Acionar imediatamente, além dos cuidadores diretos, a rede de cuidado extra-hospitalar, como CAPS e unidade de atenção primária responsáveis pela área de moradia³ ou de permanência, para uma avaliação compartilhada sobre o caso e definição da conduta.
- f. Solicitar junto ao CAPS de referência a transferência do paciente para Leito de Acolhimento Noturno em CAPS III, caso seja necessária a continuidade de cuidado intensivo, devido a quadro de crise ou de vulnerabilidade psicossocial.
- g. Solicitar regulação para leitos de saúde mental ou de psiquiatria de acordo com os critérios estabelecidos pela Central de Regulação do município e os descritos neste documento (página 21).

Atribuições das Unidades de Urgência e Emergência que Não Possuem Leitos de Saúde Mental

- a. Realizar o acolhimento e o atendimento das urgências e emergências em Saúde Mental, procedendo como nos demais casos clínicos.
- b. Em caso de quadro de desestabilização psíquica, verificar se há causa orgânica associada.
- c. Realizar contato com o CAPS de referência para discussão do caso e suporte territorial.
- d. Solicitar Vaga Zero para avaliação em unidade de urgência e emergência que conte com profis-

1 Fatores etiológicos orgânicos relacionados a transtorno psicótico agudo (Fonte: Caderno n.º 28 DAB/MS) Intoxicação por álcool e/ou outras drogas; Abstinência de álcool e/ou outras drogas; Efeitos do álcool a longo prazo; Infecções; Distúrbios endócrinos; Distúrbios respiratórios: hipóxia/hipercapnia; Distúrbios metabólicos, distúrbios hidroeletrólíticos; Deficiências nutricionais: ácido nicotínico (pelagra); TCE; Distúrbios cardiovasculares; Neoplasias: lesões primárias ou metastáticas no SNC; Epilepsia: grande mal e epilepsia do lobo temporal; Distúrbios imunológicos e do colágeno: lúpus eritematoso sistêmico; Aids; Infestação por helmintos; Doenças degenerativas; e/ou outras causas: Gilles de la Tourette etc.

2 Conforme orientações para o Acolhimento Com Classificação de Risco descritas neste documento.

3 Unidades de Atenção Primária de referência podem ser identificadas por meio do endereço do usuário pelo Onde ser Atendido (<https://subpav.org/ondeser atendido/>) e os CAPS no Anexo 4 deste documento a partir da unidade de Atenção Primária ou pelo link <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/be5e60f0-bcbe-49a7-b74b-21509ae3195d/page/CgAWB>.

sional psiquiatra quando: descartada causa orgânica; na impossibilidade da avaliação conjunta com o CAPS do território; caso seja avaliada, juntamente com as referências extra-hospitalares, a necessidade de internação em leito de psiquiatria ou saúde mental.

Atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial Junto às Unidades de Urgência e Emergência Pré-Hospitalares e Hospitalares

- a. Acompanhar a listagem de casos divulgada diariamente pelas unidades de Urgência e Emergência, identificando os pacientes acompanhados pelo CAPS ou de responsabilidade do seu território. Não havendo histórico de acompanhamento pelo CAPS, este deve iniciar a articulação com a rede comunitária, com o intuito de montar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente e facilitar o processo de acompanhamento e alta hospitalar.
- b. Realizar contato diário com o profissional de referência da unidade de Urgência e Emergência para compartilhar o cuidado.
- c. Realizar, junto aos profissionais das Unidades de Urgência e Emergência, acompanhamento *in loco*, para definições de Projeto Terapêutico Singular e pactuações de porta de saída.
- d. Realizar articulação, mediante avaliação do paciente que necessite de atenção à crise e cuidado nas 24 horas, priorizando transferência para leito de atenção à crise em CAPS III. Quando o usuário estiver vinculado a um CAPS II, este deve realizar articulação com CAPS III, visando à continuidade do cuidado.
- e. Ter atenção para os casos que possuem fragilidade de suporte familiar e social, buscando articular alternativas para que não ocorram internações de longa duração.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR) NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES PRÉ-HOSPITALARES E HOSPITALARES

Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR)

A normativa geral para procedimentos de Acolhimento Com Classificação de Risco nos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro está prevista nos protocolos do Guia Orientador da Rede de Urgência e Emergência (SMS-Rio, 2021) e do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência (SMS-Rio, 2015). Portanto, seguimos esta diretiva, fazendo destaques e orientações específicas relativas à Atenção de Urgência e Emergência na RAPS.

O Acolhimento não se resume a uma triagem dos pacientes, nem mesmo a um setor de aferição de sinais vitais ou de burocratização do atendimento. Consiste em uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo (BRASIL, 2004). Coordenado em cada plantão pela Chefia da Emergência e pela Supervisão de Enfermagem, o acolhimento é de responsabilidade de toda Equipe Multiprofissional e inclui os profissionais da segurança, portaria, recepção e estagiários (SMS-Rio, 2015). Trata-se de

uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas e demandas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes e cuidados (BRASIL, 2004).

Muitos usuários necessitam apenas de uma palavra ou atenção. Outros precisarão de orientações básicas sobre como e onde iniciar seu processo de tratamento. Há, ainda, aqueles que já têm um acompanhamento regular em saúde mental e trazem a necessidade de redirecionamento do tratamento, como sanar uma dúvida ou renovar seu receituário. Estes são cuidados de rotina. Nestes, os indivíduos apresentam necessidades de cuidado fora do âmbito de Urgência ou Emergência. Serão devidamente acolhidos, de maneira digna e empática, terão suas demandas problematizadas e devidamente encaminhadas. Assim, a equipe de saúde mental, trabalhando de maneira transdisciplinar, pode encaminhar, a contento, estas demandas, evitando sobrecarregar o serviço de emergência e cuidando adequadamente de quem precisa de prioridade.

A Classificação de Risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da fila de espera no serviço de saúde, para que aqueles usuários que mais precisam sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada (BRASIL, 2004). É de responsabilidade de toda a equipe, mas iniciada pelo profissional de enfermagem, que faz avaliações e reavaliações dos pacientes de forma integrada aos demais profissionais, de acordo com as normas do SUS e as previsões deste Guia. Assim, em síntese temos:

- **Acolhimento:** Postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes;
- **Usuário Acolhido:** Aquele que se sente recebido e vinculado, com seu sofrimento aliviado e que o atendimento prestado visa à recuperação de sua funcionalidade e bem-estar.

Quadro 2. Processo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).

OS 5C DO ACCR	
CUIDAR	Tomada de postura: responsabilidade pela saúde do usuário; atenção ao que se expressa; acompanhamento do caso até sua resolução.
CONSULTAR	Realização da consulta de enfermagem: com anamnese/exame, avaliação sumária e conduta.
CLASSIFICAR	Avaliação sumária visada no ACCR: atribuir o risco com base nas cores do Protocolo de Manchester e esclarecer o usuário.
CONDUZIR	Ação de resolutividade: azul — deve o próprio enfermeiro resolver o caso; verde — poderá resolver com base em sua habilidade técnica ou encaminhar a outros profissionais da equipe multidisciplinar. Nas demais cores (amarelo, laranja e vermelho), deverá dirigir ao médico. Em todos os casos, deverá realizar Educação em Saúde e dialogar sobre o Processo de Cuidado.
COORDENAR	Continuidade do cuidado: reavaliar os usuários e reclassificá-los, se necessário; cuidar para que os protocolos e os tempos de atendimento sejam cumpridos; sanar dúvidas dos pacientes e acompanhantes; e assegurar a resolutividade da equipe.

Fonte: Procedimento Operacional Padrão (POP) para Admissão de Usuários (IMPP, 2022).

Trata-se de um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de cuidado em saúde, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolos aliados à capacidade de julgamento crítico e experiência da equipe multidisciplinar, tendo em vista que todos os profissionais devem se apropriar desse instrumento.

Ao chegar no serviço de urgência/emergência com necessidade aguda, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou profissionais de saúde e encaminhado para seu registro. Após sua identificação, o enfermeiro acolhe o paciente e, por meio da escuta ativa, sensível e qualificada, colhe informações, bem como os sinais vitais, toma decisões que se baseiam no protocolo e classifica o usuário, conforme o Quadro 3.

O modelo geral para hierarquização dos atendimentos segue a estrutura do Protocolo de Manchester (PIRES, 2004), relacionando a classificação de risco de cada paciente a uma cor e priorizando o atendimento daqueles com maior risco. Assim, trabalha-se com o princípio do SUS relativo à equidade, tratando os usuários segundo suas necessidades. Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação original.

Quadro 3. Classificação de Risco adaptada do Guia de Classificação de Risco do Município do Rio de Janeiro (2015) para Urgência e Emergência em Saúde Mental.

PRIORIDADE	COR	CLASSIFICAÇÃO	REAValiaÇÃO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO MÉDICA
I	VERMELHO	Emergência Maior	Cuidados contínuos	Intervenção médica imediata — risco imediato à vida
II	LARANJA	Emergência Menor	A cada 30 minutos	Avaliação médica < 30 minutos — risco iminente de lesão
III	AMARELO	Urgência Maior	A cada 60 minutos	Avaliação médica < 120 minutos — será atendido no consultório médico ou no leito da sala de observação
IV	VERDE	Urgência Menor	A cada 120 minutos	Avaliação médica < 240 minutos — será atendido somente após todos os classificados como amarelo
V	AZUL	Não urgente	A cada 240 minutos	Avaliação médica no mesmo dia ou no dia seguinte (sem sofrimento agudo, deverá ser preferencialmente atendido na referência do território; se desejar, pode ser atendido após todos os classificados como verde, amarelo, laranja e vermelho)

Fonte: Manual de Acolhimento com Classificação de Risco — Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) — 2015.

Para avaliação dos usuários em sua integralidade são utilizados os elementos norteadores do Guia Orientador da Rede de Urgência e Emergência (SMS-Rio, 2021) e do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência (SMS-Rio, 2015), selecionados dentre os discriminadores do Protocolo de Manchester e, portanto, com confiabilidade e validade científica. Esse referido Guia deve estar disponível em forma impressa e nos computadores dos setores assistenciais das unidades de urgência e emergência. Destacam-se aqui os discriminadores que se relacionam com maior intimidade à Saúde Mental e sua respectiva relação com a classificação por cores, conforme os Quadros 4 a 8.

A) Acolhimento com Classificação de Risco/SUS-Rio — Prioridade I:

Quadro 4. Classificação VERMELHA.

ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO		
SINTOMAS, QUEIXAS, EVENTOS	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA E INFORMAÇÕES IMPORTANTES
<p>Instabilidade clínica (PCR, Trauma Maior, Choque etc.)</p> <p>Agitação psicomotora intensa</p> <p>Episódio de auto ou hetero-agressividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> Parâmetros segundo a SMS-Rio (2015 e 2021); Situações que apresentem alguma ameaça iminente à vida; <p>P.ex.:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tentativa de Suicídio; Risco de suicídio com planejamento imediato e acesso aos meios; Pacientes que cheguem na classificação de risco em contenção mecânica. 	<p>Atendimento médico e de enfermagem IMEDIATO.</p> <p>Se sinais de emergência clínica, condução imediata ao Setor de Estabilização.</p> <p>Se risco de lesão mecânica, avaliar contenção física.</p>

Fonte: Manual de Acolhimento com Classificação de Risco — Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) — 2015.

B) Acolhimento com Classificação de Risco/SUS-Rio — Prioridade II:

Quadro 5. Classificação LARANJA.

ATENDIMENTO MÉDICO < 30 MINUTOS E REAVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM A CADA 15 MINUTOS		
SINTOMAS, QUEIXAS, EVENTOS	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA E INFORMAÇÕES IMPORTANTES
<p>Alteração clínica com sintomas psíquicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Obnubilação — torpor — agitação — letargia — confusão — convulsão — paralisia — sonolência — coma; Glasgow 9 a 12; PA > 180x110; FC < 50 ou > 140bpm; Febre > 38,5°C; FR > 32ipm; Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação exógena ou medicamentosa, impregnação. <p>P.ex.: Doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, trauma, intoxicação exógena, incluindo por álcool e outras drogas, distúrbios metabólicos, desidratação.</p>	<p>Realizar glicemia capilar</p>
<p>Desorganização grave do comportamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> Grave alteração de comportamento com risco iminente de violência ou agressão; Risco iminente para si ou para outrem (incluindo risco de suicídio com planejamento); Agitação extrema; Necessidade de contenção; Paciente desmaiado (arresponsivo com sinais vitais estáveis). <p>ATENÇÃO: Hipóxia pode levar a quadro de agitação e alteração comportamental.</p>	<p>—</p>

ATENDIMENTO MÉDICO < 30 MINUTOS E REAVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM A CADA 15 MINUTOS		
SINTOMAS, QUEIXAS, EVENTOS	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA E INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Abstinência grave de álcool e drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsão; • Alucinações; • Confusão mental; • Agitação psicomotora; • Excesso de catecolaminas (taquicardia, hipertensão, febre); • Dor abdominal/torácica; • Vômito, diarreia; • Desidratação; • Delirium tremens. Observação: Cuidado com a encefalopatia hepática do cirrótico.	—
Outras condições de emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Parâmetros segundo a SMS-Rio (2015 e 2021); • Situações que possam evoluir à classificação vermelha. 	—

Fonte: Manual de Acolhimento com Classificação de Risco — Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) — 2015.

C) Acolhimento com Classificação de Risco/SUS-Rio — Prioridade III:

Quadro 6. Classificação AMARELA.

URGÊNCIA: ATENDIMENTO MÉDICO EM ATÉ 120 MINUTOS E REAVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM A CADA 60 MINUTOS		
SINTOMAS, QUEIXAS, EVENTOS	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA E INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Alteração clínica com sintomas psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> • Dados vitais normais; • Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas; • Primeiro episódio, mas curto (< 5 minutos); • Pós-comicial, mas alerta; • Respiração normal. 	ATENÇÃO para a presença de febre e vômitos
Sofrimento psíquico agudo	<ul style="list-style-type: none"> • Agitação menos intensa; • Risco não-imediato para si ou para outrem; • Estados de pânico; • Potencialmente agressivo; • Alucinação; • Desorientação. 	ATENÇÃO para a história clínica e relato familiar
Situações especiais	<ul style="list-style-type: none"> • Vítimas de abusos sexuais; • Pacientes escoltados; • Acamados; • Acidente perfurocortante com material biológico; • Pacientes que fazem diálise; • Idade > 65 anos ou < 12 anos; • Deficientes físicos; • Gestantes; • Impossibilidade de deambulação; • Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora dos sintomas; • Portadores de doenças crônicas e raras, falcêmicos, lúpus etc. 	ATENÇÃO para a profilaxia para HIV/hepatite e gravidez nos casos de estupro

URGÊNCIA: ATENDIMENTO MÉDICO EM ATÉ 120 MINUTOS E REAVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM A CADA 60 MINUTOS		
SINTOMAS, QUEIXAS, EVENTOS	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA E INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Outras condições de urgência	<ul style="list-style-type: none"> Parâmetros segundo a SMS-Rio (2015 e 2021); Situações que possam evoluir a Classificação de Risco Superior 	—

Fonte: Manual de Acolhimento com Classificação de Risco — Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) — 2015.

D) Acolhimento com Classificação de Risco/SUS-Rio — prioridade IV:

Quadro 7. Classificação VERDE.

MENOR URGÊNCIA: ATENDIMENTO EM ATÉ 4 HORAS, REAVALIAÇÃO A CADA 2 HORAS		
SINTOMAS, QUEIXAS, EVENTOS	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA E INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Doença psiquiátrica ou comportamental	<ul style="list-style-type: none"> Dados vitais normais; Ideação suicida sem planejamento no momento; Gesticulando, mas não agitado; Sem risco imediato para si ou para outrem com acompanhante. 	ATENÇÃO: Caso esteja solitário, deixe o paciente em lugar tranquilo e seguro
Outras condições de urgência	<ul style="list-style-type: none"> Parâmetros segundo a SMS-Rio (2015 e 2021); Situações que possam evoluir a Classificação de Risco Superior. 	—
ATENÇÃO!	O verde aguardará o atendimento, mas será informado que seu tempo de espera será maior e que os pacientes mais graves serão atendidos antes.	

Fonte: Manual de Acolhimento com Classificação de Risco — Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) — 2015.

E) Acolhimento com Classificação de Risco/SUS-Rio — prioridade V:

Quadro 8. Classificação AZUL.

NÃO URGENTE: CASO DEMANDE AVALIAÇÃO MÉDICA, ATÉ O DIA SEGUINTE		
SINTOMAS, QUEIXAS, EVENTOS	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA E INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Doença psiquiátrica ou comportamental	<ul style="list-style-type: none"> Transtorno crônico ou recorrente, sem agudização; Demanda social; Queixas sem sofrimento intenso ou disfuncionalidade <p>Observação: Com dados vitais normais.</p>	Atentar para as situações de extrema vulnerabilidade psicossocial que acentuam o sofrimento psíquico e repercutem em agudização do quadro
Outras situações	<ul style="list-style-type: none"> Curativos; Trocadas ou requisições de receitas; Avaliações de exames; Imunizações; Solicitação de atestados médicos; Pedidos de exames; Continuidade de tratamento ambulatorial; Problemas com a polícia; Solicitações de cuidado ou atenção. 	—

NÃO URGENTE: CASO DEMANDE AVALIAÇÃO MÉDICA, ATÉ O DIA SEGUINTE		
SINTOMAS, QUEIXAS, EVENTOS	QUALIFICADORES	SINAIS DE ALERTA E INFORMAÇÕES IMPORTANTES
ATENÇÃO!	Pacientes deverão ser orientados a procurar a Unidade de Atenção Primária ou CAPS de referência, com encaminhamento por escrito ou contato telefônico prévio, com orientações para o atendimento, que poderá ser no dia seguinte ou agendado oportunamente, dependendo de cada caso.	

Fonte: Manual de Acolhimento com Classificação de Risco — Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) — 2015.

Situações de Atenção

- **Tentativa de suicídio⁴:** Deve-se evitar posturas que julguem o usuário ou que desqualifiquem o sofrimento. Para definição de conduta, é necessário ser avaliada a persistência da ideação suicida, a presença de planejamento e acesso aos meios de nova tentativa e o suporte/monitoramento do paciente. O usuário não deverá sair da unidade, desacompanhado ou sem articulação do cuidado extra-hospitalar. Os acompanhantes, familiares e cuidadores devem ser orientados sobre a importância de manter vigilância e restringir acesso aos meios (medicamentos, objetos perfurocortantes, locais onde a pessoa possa se trancar e/ou se jogar).

Para pessoas em situação de rua com risco de suicídio, sem referência do Consultório na Rua e sem nenhuma rede constituída ou com uma rede de apoio frágil, deverá ser considerado o Acolhimento Noturno em CAPS III. Na impossibilidade deste, deverá ser realizada a internação enquanto se articula a rede comunitária local para suporte.

Deve-se ainda preencher a notificação de violência autoprovocada em tempo oportuno (até 24 horas)⁵, conforme os fluxos da vigilância em saúde. Na comunicação entre os serviços, é importante informar que o evento foi notificado. É necessário estar atento para notificar casos de atropelamento e projeções de alturas que tenham a intencionalidade de violência autoprovocada interrogada.

- **Intoxicação ou abstinência por álcool e/ou outras drogas:** Não se pode recusar atendimento ao usuário ou ter posturas preconceituosas em relação ao uso de álcool e/ou outras drogas, garantindo as medidas necessárias para o cuidado adequado e humanizado. Para tal, deve seguir os protocolos clínicos para intoxicação exógena e abstinência⁶.
- **Síndrome maligna dos neurolépticos:** As características clínicas incluem os seguintes sintomas: diaforese, disfagia, tremor, incontinência, pressão arterial lábil, palidez, dispneia, agitação psicomotora, rigidez, hipertermia, taquicardia, andar arrastado, delirium progredindo para letargia, estupor e coma.

Os fatores de risco abrangem episódios anteriores de síndrome neuroléptica maligna, desidratação e agitação, além de características da taxa e da via de administração dos neurolépticos (doses altas, eventualmente em apresentações injetáveis de liberação lenta).

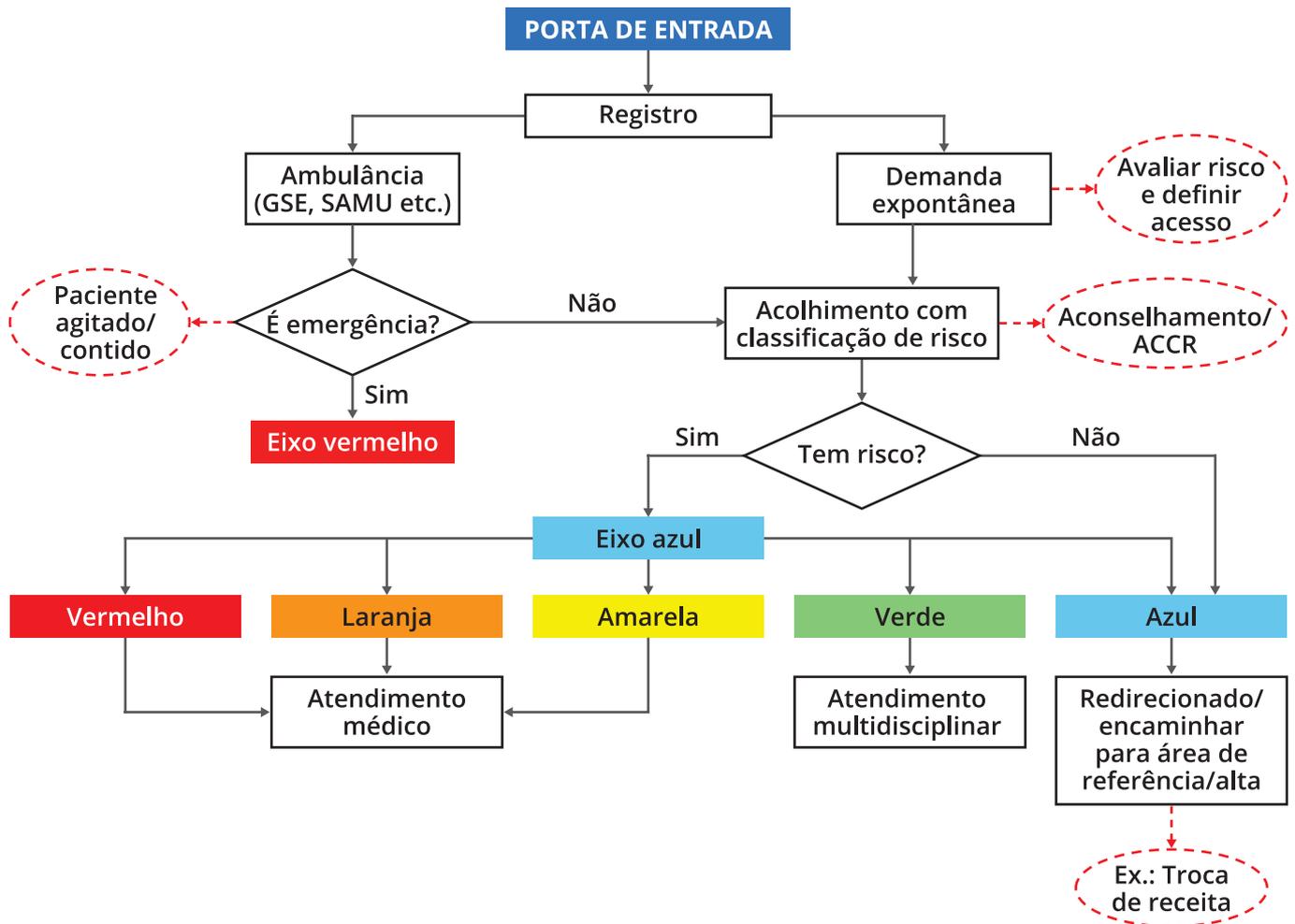
4 Como material de apoio, o Guia Rápido de Avaliação de Risco e Prevenção ao Suicídio da SUBPAV (https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf) deve ser consultado.

5 Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interperssoal_autoprovocada_2ed.pdf

6 Conforme orientações do Caderno n.º 28 do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS). Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/CAB_DAB/cab_n28_-_acolhimento_a_demanda_espontanea__volume_ii.pdf

O tratamento consiste principalmente no reconhecimento precoce, suspensão dos medicamentos desencadeantes, gestão de balanço hídrico, redução de temperatura e monitoramento de complicações. A vigilância deve ser mantida, com observação e cuidados preventivos. O uso de agonistas dopaminérgicos ou Dantrolene, ou ambos, devem ser considerados, dependendo da gravidade dos sintomas. Esta medida pode ser indicada em casos mais graves, prolongados ou refratários.⁷

Figura 1. Fluxograma de entrada.



Fonte: Elaboração própria.

Atribuições da Equipe nas Unidades de Emergência em Saúde Mental

As atribuições de cada profissional no fluxo de entrada são também previstas nos outros guias e manuais da SMS-Rio. Seguem aqui, adaptadas à realidade do serviço e às demandas da Saúde Mental.

A) Profissionais da Recepção (e apoio “Posso Ajudar”)

- Acolher na porta os usuários que procuram a recepção, orientando-os e direcionando-os para seu atendimento;
- Conhecer todas as ações e serviços oferecidos pela unidade, inclusive dias e horários de funcionamento;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;

7 SANTA CATARINA. RAPS. Síndrome tóxicas por neurolépticos: protocolo clínico. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9196-sindromes-toxicas-por-neurolepticos/file>

- d. Registrar os atendimentos, as altas e os encaminhamentos realizados na emergência para fins estatísticos;
- e. Encaminhar o paciente para a Classificação de Risco;
- f. Dar baixa nas fichas dos pacientes que não foram internados;
- g. Organizar e arquivar a ficha de atendimento, conforme a rotina do serviço;
- h. Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- i. Realizar passagem de plantão regularmente — não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- j. Identificar os usuários, acompanhantes e/ou visitantes que procuram informações;
- k. Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas dos usuários;
- l. Informar a Unidade de Atenção Primária e/ou CAPS de referência para o território de residência/permanência do usuário.

B) Técnico/Auxiliar de Enfermagem:

- a. Acolher o usuário e seus acompanhantes de forma cordial e responsável;
- b. Escutar a queixa, os medos e as expectativas dos usuários;
- c. Acomodar e/ou posicionar o usuário adequadamente, para que possa ser avaliado na classificação de risco;
- d. Aferir e registrar os dados vitais no Boletim de Emergência (BE) e contribuir com a classificação de risco;
- e. Encaminhar os usuários para atendimento após a classificação de risco;
- f. Encaminhar/orientar o usuário quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso;
- g. Estar alerta para as necessidades de reclassificação dos usuários enquanto aguardam atendimento;
- h. Encaminhar o usuário para equipe multidisciplinar, quando for o caso;
- i. Realizar passagem de plantão conforme protocolo institucional — não é permitido abandonar o plantão sem que outro profissional o assuma.

C) Enfermeiro:

- a. Acolher e realizar a classificação de risco, avaliando, de forma ágil e responsável, a prioridade do usuário de acordo com a queixa apresentada, incluindo os aspectos biológicos, subjetivos e socioculturais, destacando-se as vulnerabilidades psicossociais.
- b. Chamar o usuário pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante (se necessário);
- c. Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado;
- d. Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando por meio de cores a classificação de risco;
- e. Orientar o usuário e sua rede social de forma clara sobre sua situação e sobre o tempo de espera do atendimento;

- f. Entregar a ficha de atendimento ao técnico, para que seja colocada nos consultórios;
- g. Reclassificar os usuários, quando necessário;
- h. Estar integrado com a equipe multiprofissional e a RAPS, buscando a resolutividade quanto às situações apresentadas pelos usuários;
- i. Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e do estagiário;
- j. Realizar passagem de plantão conforme protocolo institucional — não é permitido abandonar o plantão sem que outro profissional o assuma;
- k. Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.

D) Equipe Médica:

- a. Atender os usuários de forma educada e acolhedora, conforme o nível de prioridade;
- b. Prestar seu atendimento com base nas evidências científicas e políticas pública de saúde, de maneira equânime e integral;
- c. Acompanhar os usuários desde o acolhimento até o desfecho, evoluindo regular e adequadamente a conduta até a saída do setor;
- d. Construir com toda a equipe, pacientes e acompanhantes a conduta: admissão, observação, reavaliação e/ou alta;
- e. Registrar todas as entrevistas, observações, intervenções, exames complementares, propostas e intercorrências em prontuário;
- f. Descrever a consulta de emergência, registrando anamnese e exame físico dirigidos que devem ter ao menos: identificação, histórias da doença atual, familiar e pessoal, exame psíquico, hipóteses diagnósticas, riscos factuais, diagnóstico com codificação pela CID e conduta, tendo em vista os determinantes biopsicossociais dos casos⁸;
- g. Estar integrado com a equipe multiprofissional e a RAPS, assistindo todas as competências de sua unidade, descritas neste guia e solicitadas pela coordenação;
- h. Esclarecer o usuário sobre o tratamento, a importância do acompanhamento em saúde mental e da continuidade do cuidado pela CF/CMS, CAPS ou ambulatório;
- i. Trabalhar para que não seja necessário cuidado hospitalar superior a 24 horas (internação), por meio de articulação com os recursos de saúde extra-hospitalares e intersetoriais. Quando for imprescindível a internação, esta deverá ser dialogada longitudinalmente com as referências. Sendo involuntária, deverão estar registrados os riscos concretos, baseados em fatos já ocorridos, e só poderá ocorrer se relacionados a: I) Incapacidade grave de autocuidados; II) Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde; III) Risco de autoagressão ou de heteroagressão; IV) Risco de prejuízo moral ou patrimonial; e/ou V) Risco de agressão à ordem pública⁹;
- j. Registrar em Livro de Ata um resumo do plantão e as ocorrências do setor;
- k. Realizar passagem de plantão regularmente — não é permitido abandonar o plantão sem que outro profissional o assuma.

8 CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 2.057/2013. Brasília: CFM, 2013. Publicada no D.O.U. de 12 de novembro de 2013, Seção I, p. 165-171.

9 CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 2.057/2013. Brasília: CFM, 2013. Publicada no D.O.U. de 12 de novembro de 2013, Seção I, p. 165-171.

E) Equipe Multidisciplinar (profissional de saúde de nível superior exceto médico e enfermeiro):

- a. Participar do acolhimento e realização da classificação de risco, avaliando, de forma ágil e responsável, a prioridade do usuário de acordo com a queixa apresentada, incluindo os aspectos biológicos, subjetivos e socioculturais, destacando-se as vulnerabilidades psicossociais;
- b. Realizar atendimento integral em saúde mental.
- c. Informar aos pacientes internados e/ou familiares sobre a possibilidade de transferência para outras unidades;
- d. Orientar sobre direitos sociais: passe livre, acidente de trabalho etc.;
- e. Referenciar os pacientes 'em situação de rua' para a rede de proteção social;
- f. Encaminhar com o conhecimento do fluxo, vítimas de violência e pessoas portadoras de necessidades especiais;
- g. Fomentar na unidade o trabalho transdisciplinar, articulado em Rede;
- h. Responsabilizar-se integralmente pelas demandas dirigidas à sua categoria;
- i. Apresentar, sempre que for solicitado, relatórios com atividades desenvolvidas, condutas e encaminhamentos.
- j. Atuar na articulação e na discussão dos casos com os demais dispositivos da Rede de Atenção à Saúde.

F) Serviço de Vigilância:

- a. Proteger a entrada da unidade, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos pela gestão;
- b. Atuar em defesa da integridade física dos profissionais da unidade, sem omissão de socorro;
- c. Exercer vigilância em todas as áreas das dependências das unidades, adotando os cuidados e providências necessários para a proteção do patrimônio;
- d. Fazer percursos periódicos de inspeção na área das unidades.
- e. Examinar a integridade de fechaduras, portas e instalações em geral;
- f. Comunicar à administração da unidade qualquer ocorrência de irregularidade em circuitos elétricos, vazamentos e outros que possam causar danos ao patrimônio, assim como riscos à unidade, por meio de registro;
- g. Colaborar com as forças de segurança pública nas ocorrências dentro das instalações, facilitando o melhor possível sua atuação;
- h. Manter-se sempre uniformizado e identificado com crachá.

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA OU EM SAÚDE MENTAL

Disposições Legais

De acordo com a Lei n.º 10.216, de 2001, e a Lei n.º 10.843, de 2019, a internação psiquiátrica tem caráter estritamente excepcional. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I – Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II – Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;
- III – Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde se localize o estabelecimento.

A internação psiquiátrica involuntária deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, no prazo de 72 horas. Também deverá ser comunicada à Defensoria Pública, conforme Resolução n.º 001/2019. O mesmo procedimento deve ser adotado quando da respectiva alta. O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

A internação compulsória é sempre determinada pelo juiz competente e deve ser acatada se o pedido formal chegar diretamente na porta de entrada de emergência ou se for encaminhado pela SMS. As solicitações que chegam pela SSM são trabalhadas junto à Coordenação de Demandas Judiciais (S/SUBG/CDI) e à Procuradoria Geral do Município, com envio de relatório de tratamento, sempre buscando evitar a entrada compulsória em internação. Quando as possibilidades de argumentação se esgotam e a decisão precisa ser cumprida, orientamos que seja realizada a avaliação do paciente, internação e construção do projeto terapêutico mais adequado, buscando a brevidade da internação. A menos que haja nos autos determinação judicial expressa de se aguardar uma autorização para alta hospitalar, o paciente poderá recebê-la a qualquer momento segundo os critérios clínicos, devendo a Justiça ser imediatamente comunicada, porém não sendo necessário aguardar um ato jurídico para assim proceder. Este entendimento se encontra na Resolução CFM n.º 2.057/13, no Enunciado n.º 1 do CNJ/Jornadas de Direito à Saúde e no Acórdão STJ AC 0800511-55.2019.8.12.0012.

Critérios para Internação Psiquiátrica ou em Saúde Mental

A internação deve ser considerada apenas em caso de:

- Usuários com quadros psicopatológicos agudizados que não sejam decorrentes de causa orgânica aguda e que apresentem risco de vida a si mesmo ou a outros em ausência de vagas nos leitos de Acolhimento Noturno em CAPS III durante o período.
- Impossibilidade de Acolhimento Noturno por necessidade de recursos clínicos para suporte de vida ou outros cuidados clínicos de maior complexidade, quando deverá ocorrer internação em leitos de Saúde Mental em hospital geral.

ATENÇÃO: Os hospitais psiquiátricos não contam com recursos clínicos para suporte de vida ou outros cuidados clínicos de maior complexidade. Nestes casos, a internação necessariamente precisará ocorrer em enfermaria de saúde mental em hospital geral.

Somente unidades com emergência em Saúde Mental ou Psiquiatria municipais poderão solicitar leitos de Saúde Mental ou de Psiquiatria.

Casos recebidos em emergências clínicas que não dispõem de equipe de saúde mental deverão ser avaliados preferencialmente a partir do contato com a equipe do CAPS de referência do paciente. Caso permaneça a indicação de internação em leito de psiquiatria ou saúde mental, deverá ser solicitada Vaga Zero à Central de Regulação, para avaliação psiquiátrica.

O paciente, quando regulado, deve ir com breve relato do motivo de internação, prescrição médica e guia do Sistema Estadual de Regulação (SER) impressos.

NÃO são indicações para internação em leito de saúde mental ou leito de psiquiatria:

- a. Usuários sem quadros psicopatológicos agudizados;
- b. Usuários com comorbidades clínicas que necessitem suporte hospitalar, sem quadros psicopatológicos agudizados;
- c. Quadros psicopatológicos agudos decorrentes de causa orgânica;
- d. Quadros confusionais agudos — “delirium” — é necessário identificar a causa clínica subjacente e tratá-la adequadamente;
- e. Quadros neurológicos ou demenciais;
- f. Usuários sem quadros psicopatológicos agudizados associado à ausência de suporte familiar/comunitário ou sem local de moradia. Estas situações deverão ser discutidas com o CAPS e/ou equipes de Atenção Primária (incluindo Consultório na Rua, conforme o caso) para articulação territorial e comunitária e intersetorialmente com os dispositivos da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), especialmente com os CREAS e Centrais de Recepção para Acolhimento Institucional.

Destaca-se que a Rede Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro (RAPS-Rio) não possui leitos de internação de crianças e adolescentes. Os CAPSi constituem-se como referência na Atenção à Crise em Saúde Mental de crianças e adolescentes, e o município do Rio de Janeiro conta, ainda, com três CAPSi tipo III, com leitos de Acolhimento Noturno para os casos que necessitem de cuidados 24 horas.

USUÁRIOS COM NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO POR ESPECIALISTA EM OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Usuário em Hospital Psiquiátrico ou CAPS com Indicação de Avaliação Clínica

Os hospitais psiquiátricos e os CAPS não contam com estrutura hospitalar para suporte de vida, recursos de média/alta complexidade ou com equipe para cuidados clínicos. Assim, casos que demandem esta complexidade de cuidado precisam ser regulados por Vaga Zero para emergências clínicas. Seguir as orientações da Regulação Regional de Vaga Zero da Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

Usuário em Hospital Clínico com Indicação de Avaliação Psiquiátrica

Encaminhar via Regulação ao Serviço de Emergência em Saúde Mental de referência para a Área Programática do hospital. Caso a unidade de referência esteja sem psiquiatra no plantão, a Vaga Zero deverá ser direcionada à unidade com psiquiatra mais próxima. Indicada a internação em saúde mental/psiquiatria, o usuário deve ser regulado via SER pela unidade onde a avaliação psiquiátrica foi realizada. Se o usuário estiver de alta hospitalar e não tiver indicação de internação em saúde mental/psiquiatria, o hospital de origem deve viabilizar a alta em articulação com os serviços do território e com o preenchimento da guia de alta referenciada no Sistema de Altas Referenciadas (SISARE).

ORIENTAÇÕES FINAIS

O acolhimento na crise em saúde mental muitas vezes coloca o profissional diante de situações limite, podendo afetá-los e dificultar o manejo dos usuários. Recomenda-se que, dentro do possível, na rotina das unidades de urgência e emergência, seja realizada reunião de equipe/supervisão para suporte institucional, onde os trabalhadores consigam refinar condutas e tratar dos impasses e das dificuldades que se colocam e que são inerentes ao processo de cuidado de usuários com quadros psicopatológicos agudos. Ressalta-se que as orientações deste documento devem somar-se às orientações dos demais protocolos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Nascimento MIC *et al.*, tradutor. Cordioli AV, revisor. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- BARBOSA, L. G. **Pequena Crítica: O Canto do Olho**. Oficina Experimental de Poesia. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://oficinaexperimentaldepoesia.wordpress.com/2016/05/24/critica-o-canto-do-olho/>. Acesso em: 5 de junho de 2022.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.9, n.17, p. 389-394, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Ambiência: Humanização dos “Territórios” de Encontros do SUS: Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**. Brasília: Fiocruz: Ministério da Saúde, 2006, p. 36-45.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2.ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2004, 244p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Acolhimento com Classificação de Risco**. Brasília, 2004. (Série Cartilhas da PNH).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.º 2.057/2013**. Brasília: CFM, 2013. Publicada no D.O.U. de 12 de novembro de 2013, Seção I, p. 165-171.

IMPP. DIREÇÃO DO INSTITUTO MUNICIPAL PHILIPPE PINEL. **POP de admissão: Procedimento Operacional Padrão para Admissão de Usuários**. 1 ed. Rio de Janeiro: 2022. 18 p. (mimeo)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificações de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Caetano D, tradutor. Porto Alegre: Artmed; 1993.

PETERS, T. J.; WATERMAN, R. H. **En busca de la excelencia: lecciones de las empresas mejores gerenciadas**. Estados Unidos de América: HarpercollinsEspañol, 2017.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. doi:10.11606/T.7.2004.tde-16102006-162026. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-16102006-162026/publico/Patricia_Silva_Pires.pdf. Acesso em: 5 de junho de 2022.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS-RIO). Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE). **Guia Orientador da Rede de Urgência e Emergência: Acolhimento com Classificação de Risco e Fluxogramas de Atendimento**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS-RIO). Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE). **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência: Protocolos**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

REZENDE, J. M. **À Sombra do Plátano: Crônicas de História da Medicina [online]. Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre**. pp. 55-59. ISBN 978-85-61673-63-5. Available from SciELO Books. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

ANEXOS

Anexo 1. Tipologia dos CAPS.

- **CAPS II:** Atendimento diário de adultos de segunda a sexta-feira;
- **CAPSad II:** Atendimento diário, de segunda a sexta-feira a adultos e adolescentes usuários de álcool e outras drogas;
- **CAPSi II:** Atendimento diário de crianças e adolescentes de segunda a sexta-feira;
- **CAPS III:** Atendimento 24 horas de adultos, com Acolhimento Noturno;
- **CAPSad III:** Funcionamento 24 horas a adultos e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, com Acolhimento Noturno;
- **CAPSi III:** Atendimento 24 horas de crianças e adolescentes, com Acolhimento Noturno.

Anexo 2. Portas de entrada — emergências em saúde mental e psiquiatria.

ACESSO PREFERENCIAL	UNIDADE	ENDEREÇO	CONTATO
AP 1.0	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro	Praça Coronel Assunção, s/nº — Gamboa	(21) 2332-5677
AP 2.2	Coordenação de Emergência Regional (CER) do Centro	Rua Frei Caneca, s/nº — Centro	(21) 2507-1311
AP 2.1 AP 3.1	Instituto Municipal Philippe Pinel	Avenida Venceslau Brás, 65 — Botafogo	(21) 2542-3049
AP 3.2 AP 4.0	Coordenação de Emergência Regional (CER) da Barra da Tijuca	Avenida Ayrton Senna, 2.000 — Barra da Tijuca	(21) 3111-4664
AP 5.1	Hospital Municipal Albert Schweitzer	Rua Nilópolis, 239 — Realengo	(21) 2018-0063
AP 5.2	Hospital Municipal Rocha Faria	Avenida Cesário de Melo, 3.215 — Campo Grande	(21) 2333-6797
AP 3.3 AP 5.3	Coordenação de Emergência Regional (CER) de Santa Cruz	Rua do Prado, 325 — Santa Cruz	(21) 3365-5201

Anexo 3. Serviços com leitos de retaguarda para internação via SER.

UNIDADES COM LEITOS DE SAÚDE MENTAL

REGULAÇÃO PREFERENCIAL POR ÁREA*	UNIDADE	ENDEREÇO	CONTATO
AP 1.0 AP 2.1 AP 2.2 AP 3.1 AP 3.2	Hospital Municipal Evandro Freire	Estrada do Galeão, 2.920 — Portuguesa	(21) 3393-7085

REGULAÇÃO PREFERENCIAL POR ÁREA*	UNIDADE	ENDEREÇO	CONTATO
AP 3.3 AP 4.0 AP 5.1 AP 5.2 AP 5.3	Hospital Municipal Pedro II	Rua do Prado, 325 — Santa Cruz	(21) 3365-4856

*Os leitos de retaguarda são regulados de acordo com a disponibilidade de vagas cedidas na plataforma de leitos da Central de Regulação do município. Entretanto, por proximidade territorial, indicamos esta organização preferencial por AP.

UNIDADES COM LEITOS DE PSIQUIATRIA

REGULAÇÃO PREFERENCIAL POR ÁREA*	UNIDADE	ENDEREÇO	CONTATO
AP 1.0	Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro	Praça Coronel Assunção, s/nº — Gamboa	(21) 2332-5677
AP 2.2	Hospital Universitário Pedro Ernesto	Boulevard 28 de Setembro, 77 — Vila Isabel	(21) 2868-8738
AP 2.1 AP 3.1 AP 3.2	Instituto Municipal Philippe Pinel	Avenida Venceslau Brás, 65 — Botafogo	(21) 2542-3049
AP 3.3 AP 4.0 AP 5.1 AP 5.2 AP 5.3	Instituto de Psiquiatria da UFRJ	Avenida Venceslau Brás, 71 — Botafogo	(21) 3938-5506

*Os leitos de retaguarda são regulados de acordo com a disponibilidade de vagas cedidas na plataforma de leitos da Central de Regulação do município. Entretanto, por planejamento de rede, indicamos esta organização preferencial por AP.

Anexo 4. CAPS/CAPSad/CAPSi (tipos II e III) de referência por bairro.

CAPS II E CAPS III

AP	BAIRRO	CAPS II E CAPS III
1.0	Benfica	CAPS II Carlos Augusto da Silva Magal
	São Cristóvão	
2.1	Botafogo	CAPS III Franco Basaglia
	Catete	
	Copacabana	
	Leme	
	Gávea	CAPS III Maria do Socorro Santos
	Rocinha	
	São Conrado	
	Vidigal	

AP	BAIRRO	CAPS II E CAPS III
3.1	Jacarezinho	CAPS II Carlos Augusto da Silva Magal
	Manguinhos	
	Maré	
	Bancários	CAPS II Ernesto Nazareth
	Cacua	
	Cocotá	
	Galeão	
	Jardim Carioca	
	Portuguesa	
	Tauá	
	Brás de Pina	CAPS III Fernando Diniz
	Cordovil	
	Jardim América	
	Penha	
	Penha Circular	
Vigário Geral		
Complexo do Alemão	CAPS III João Ferreira Silva Filho	
Olaria		
Ramos		
Penha		
Penha Circular		
3.2	Abolição	CAPS III Clarice Lispector
	Água Santa	
	Engenho de Dentro	
	Piedade	
	Pilares	
	Del Castilho	CAPS III Torquato Neto
	Engenho da Rainha	
	Inhaúma	
	Jacarezinho	
	Pilares	
Rocha		
Tomás Coelho		

AP	BAIRRO	CAPS II E CAPS III
3.2	Engenho Novo	CAPS III EAT Severino dos Santos
	Lins de Vasconcelos	
	Méier	
	Rocha	
	Sampaio	
	São Francisco Xavier	
3.3	Acari	CAPS II Dircinha e Linda Batista
	Barros Filho	
	Costa Barros	
	Guadalupe	
	Honório Gurgel	
	Marechal Hermes	
	Parque Anchieta	
	Pavuna	
	Vila Militar	
	Acari	
Campinho		
Cascadura		
Coelho Neto		
3.3	Colégio	CAPS II Rubens Corrêa
	Engenheiro Leal	
	Irajá	
	Madureira	
	Quintino Bocaiuva	
	Rocha Miranda	
	Vila Kosmos	
	Vista Alegre	
4.0	Anil	CAPS III Manoel de Barros
	Barra da Tijuca	
	Cidade de Deus	
	Gardênia Azul	
	Itanhangá	

AP	BAIRRO	CAPS II E CAPS III
4.0	Jacarepaguá	CAPS III Manoel de Barros
	Praça Seca	
	Recreio dos Bandeirantes	
	Tanque	
	Vargem Pequena	
5.1	Bangu	CAPS III Lima Barreto
	Jardim Bangu	
	Padre Miguel	
	Realengo	
	Senador Camará	
	Vila Kennedy	
	Bangu	CAPS II Neusa Santos Souza
	Jardim Sulacap	
	Magalhães Bastos	
	Padre Miguel	
	Realengo	
	Senador Camará	
5.2	Barra de Guaratiba	CAPS II Pedro Pellegrino
	Campo Grande	
	Cosmos	
	Inhoaíba	
	Pedra de Guaratiba	
	Senador Vasconcelos	
	Campo Grande	CAPS III Profeta Gentileza
	Cosmos	
	Guaratiba	
	Inhoaíba	
	Santíssimo	
5.3	Paciência	CAPS II Simão Bacamarte
	Santa Cruz	
	Sepetiba	

CAPSad II E CAPSad III

AP	BAIRRO	CAPSad II e CAPSas III
2.1	Botafogo	CAPSad II Centra Rio
	Catete	
	Copacabana	
	Gávea	
	Leme	
	Rocinha	
	São Conrado	
	Vidigal	
2.2	Alto da Boa Vista	CAPSad II Mané Garrincha
	Grajaú	
	Praça da Bandeira	
	São Francisco Xavier	
	Tijuca	
	Vila Isabel	
3.1	Bancários	CAPSad III Miriam Makeba
	Brás de Pina	
	Cacuaia	
	Cocotá	
	Complexo do Alemão	
	Cordovil	
	Galeão	
	Jacarezinho	
	Jardim América	
	Jardim Carioca	
	Manguinhos	
	Maré	
	Olaria	
	Penha	
	Penha Circular	
	Portuguesa	
	Ramos	
Tauá		
Vigário Geral		

AP	BAIRRO	CAPSad II e CAPSas III
3.2	Abolição	CAPSad III Raul Seixas
	Água Santa	
	Del Castilho	
	Engenho da Rainha	
	Engenho de Dentro	
	Engenho Novo	
	Inhaúma	
	Jacarezinho	
	Lins de Vasconcelos	
	Méier	
	Piedade	
	Pilares	
	Rocha	
	Sampaio	
	São Francisco Xavier	
Tomás Coelho		
3.3	Acari	CAPSad III Paulo da Portela
	Barros Filho	
	Campinho	
	Cascadura	
	Coelho Neto	
	Colégio	
	Costa Barros	
	Engenheiro Leal	
	Guadalupe	
	Honório Gurgel	
	Irajá	
	Madureira	
	Marechal Hermes	
	Parque Anchieta	
	Pavuna	
	Quintino Bocaiuva	
	Rocha Miranda	
	Vila Kosmos	
Vila Militar		
Vista Alegre		

AP	BAIRRO	CAPSad II e CAPSas III
4.0	Anil	CAPSad III Antonio Carlos Mussum
	Barra da Tijuca	
	Cidade de Deus	
	Gardênia Azul	
	Itanhangá	
	Jacarepaguá	
	Praça Seca	
	Recreio dos Bandeirantes	
	Tanque	
	Vargem Pequena	
5.3	Paciência	CAPSad II Julio Cesar de Carvalho
	Santa Cruz	
	Sepetiba	

CAPSi II E CAPSi III

AP	BAIRRO	CAPSi II E CAPSi III
1.0	Benfica	CAPSi III Mauricio de Sousa
	Caju	
	Catumbi	
	Centro	
	Cidade Nova	
	Estácio	
	Gamboa	
	Paqueta	
	Rio Comprido	
	Santa Teresa	
	Santo Cristo	
	São Cristóvão	
São Francisco Xavier		
2.1	Botafogo	CAPSi III Mauricio de Sousa
	Copacabana	
	Leme	
	São Conrado	

AP	BAIRRO	CAPSi II E CAPSi III
2.1	Catete	CAPSi II Carim
	Gávea	
	Rocinha	
2.2	Alto da Boa Vista	
	Grajaú	
	Praça da Bandeira	
	Tijuca	
3.1	Bancários	CAPSi II Ilha do Governador
	Cacuaia	
	Cocotá	
	Galeão	
	Jardim Carioca	
	Portuguesa	
	Tauá	
	Brás de Pina	CAPSi II Visconde de Sabugosa
	Complexo do Alemão	
	Cordovil	
	Jacarezinho	
	Jardim América	
	Manguinhos	
	Maré	
	Olaria	
	Penha	
	Penha Circular	
	Ramos	
	Vigário Geral	
3.2	Abolição	CAPSi III Maria Clara Machado
	Água Santa	
	Del Castilho	
	Engenho da Rainha	
	Engenho de Dentro	
	Engenho Novo	

AP	BAIRRO	CAPSi II E CAPSi III
3.2	Inhaúma	CAPSi III Maria Clara Machado (cont.)
	Jacarezinho	
	Lins de Vasconcelos	
	Méier	
	Piedade	
	Pilares	
	Rocha	
	Sampaio	
	São Francisco Xavier	
	Tomas Coelho	
3.3	Acari	CAPSi II Heitor Villa-Lobos
	Barros Filho	
	Campinho	
	Cascadura	
	Coelho Neto	
	Colégio	
	Costa Barros	
	Engenheiro Leal	
	Guadalupe	
	Honório Gurgel	
	Irajá	
	Madureira	
	Marechal Hermes	
	Parque Anchieta	
	Pavuna	
	Quintino Bocaiuva	
	Rocha Miranda	
	Vila Kosmos	
Vila Militar		
Vista Alegre		

AP	BAIRRO	CAPSi II E CAPSi III
4.0	Barra da Tijuca	CAPSi III Eliza Santa Roza
	Cidade de Deus	
	Gardênia Azul	
	Itanhangá	
	Jacarepaguá	
	Praça Seca	
	Recreio dos Bandeirantes	
	Tanque	
	Vargem Pequena	
5.1	Bangu	CAPSi II Pequeno Hans
	Jardim Bangu	
	Jardim Sulacap	
	Magalhães Bastos	
	Padre Miguel	
	Realengo	
	Senador Camará	
	Vila Kennedy	
5.2	Barra de Guaratiba	CAPSi II João de Barro
	Campo Grande	
	Cosmos	
	Guaratiba	
	Inhoaíba	
	Pedra de Guaratiba	
	Santíssimo	
	Senador Vasconcelos	
5.3	Paciência	CAPSi II João de Barro
	Santa Cruz	
	Sepetiba	

Nota: Caso o bairro procurado não esteja listado na modalidade de CAPS buscada, acesse o link para consulta detalhada: <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/be5e60f0-bcbe-49a7-b74b-21509ae3195d/page/CgAWB>. Fonte: Superintendência de Saúde Mental (S/SUBHUE/SSM)

Anexo 5. Mnemônico de Discriminadores para Anamnese, Exame Psíquico e Avaliação Sumária (MNOPQRST ou Intervalo MT).

MOTIVO	O que trouxe o usuário ao atendimento: vontade própria ou de outrem, por que meios, o que espera do atendimento.
NOVIDADE	Avaliar se o caso é agudo: o que mudou no curso do seu problema, por que não procurou este serviço antes, se aceita ser devidamente encaminhado a um serviço comunitário onde estabeleça vínculo.
ORGANIZAÇÃO	Do pensamento ou comportamento: se as expressões estão dentro do normal e esperado, assim como seus gestos e ações.
PSICOSE	Incoerência com a realidade: se o problema do usuário é correspondente com a realidade ou algo absurdo. Diferencia-se da crença, pois esta traz explicações razoáveis e aceitas por sua comunidade.
QUEIXA	Objetiva: se é objetiva (teve consequências no mundo externo), sua gravidade é maior que na queixa subjetiva (no mundo interno, aflições que ainda não geraram efeitos na realidade).
RISCO DE VIDA	Risco iminente: que poderá ocorrer a qualquer momento.
	Risco Imediato: que já está em curso.
SUBSTÂNCIA	Caso haja intoxicação por substâncias há menos de 24 horas, deverá ser redirecionado a um pronto atendimento clínico.
TRANSTORNO	Colher na história clínica do usuário se já teve algum diagnóstico, se realizou algum tratamento e se tem consigo algum registro disso.

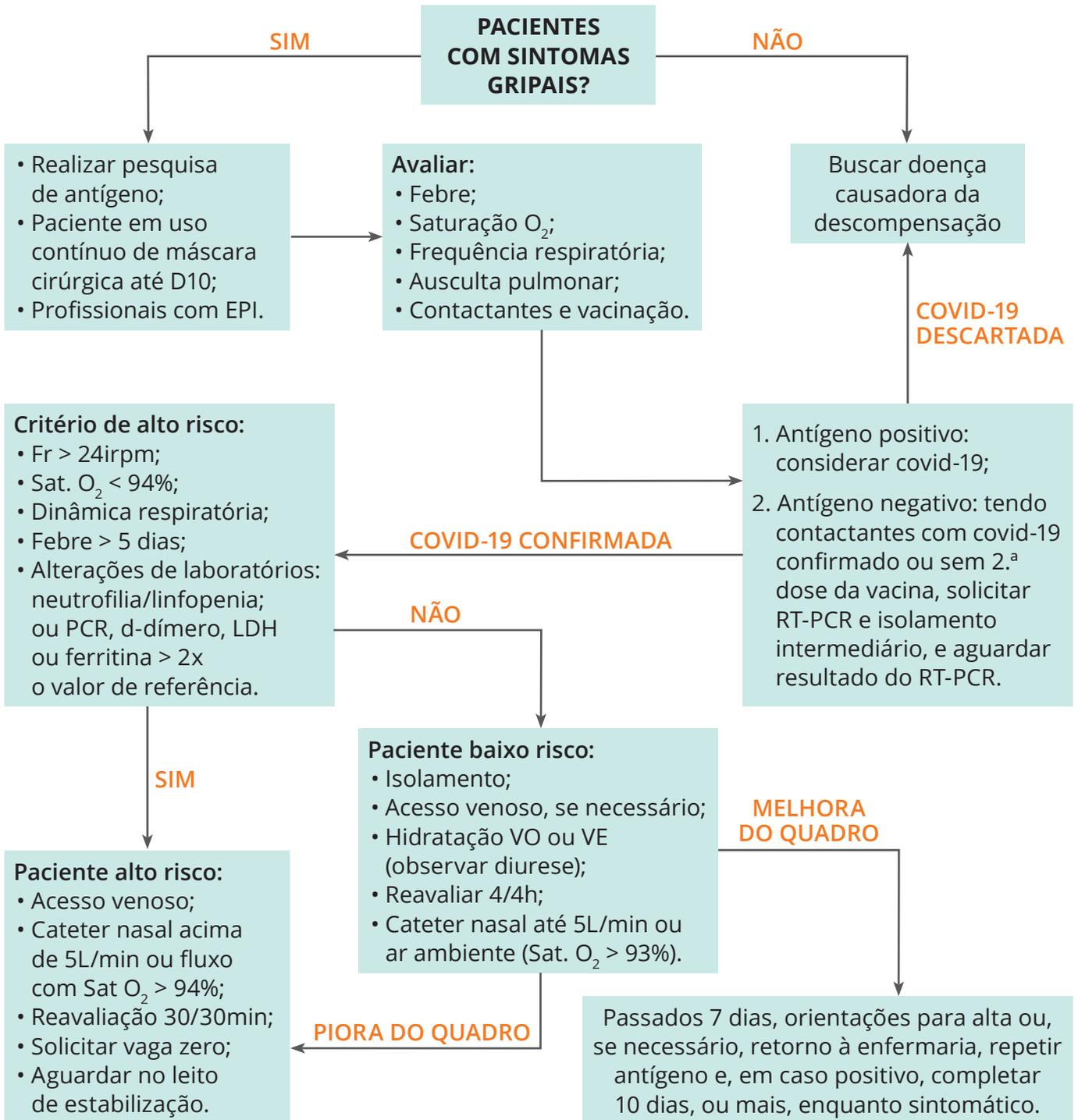
Anexo 6. Protocolo para Avaliação Sumária da Autonomia (ABCDE).

Usuários com maior privação de autonomia em contexto neuropsíquico requerem um cuidado mais próximo e vigilante. Assim, buscar despender maior atenção, manter em ambientes mais próximos e intensificar o trabalho multiprofissional e em Rede. Também necessitam de maiores cuidados para realizar transferências (internas ou externas) e alta hospitalar.		
Classificar em: 0 — muito baixa; 1 — baixa capacidade; 2 — média capacidade; 3 — boa capacidade		
AVDs	Capacidade de desenvolver atividades da vida diária (excreção, higiene, afeição, alimentação, mobilidade)	
Bens/recursos	Como o usuário lida com suas dificuldades e angústias, e se tem meios (documentos, trabalho, auxílios financeiros, rede de apoio) para continuidade de seu cuidado	
Cuidado pessoal	Disposição de buscar suas AVDs, não se colocar em risco, evitar conflitos, aderir ao tratamento e superar sua enfermidade	
Discernimento Desafeto Disfunção	Discernimento: diferenciar o que é cada coisa, o que é bom ou ruim para si, e julgar de forma coerente com a realidade; Desafeto: importância que dá a situações do cotidiano, à própria vida e suas motivações; Disfunção: capacidade de conduzir sua vida, sua rotina e as funções que almeja	
Energia	Vigor físico e psíquico. Tanto a baixa energia prejudica a autonomia (p.ex.: usuários prostrados, consumidos, senis, convalescentes), quanto o excesso de energia (p.ex.: agitação psicomotora constante, euforia, aceleração psíquica etc.)	
TOTAL		
0 a 5 = muito baixa autonomia; 6 a 10 = baixa autonomia; 11 a 15 = média a boa		

Observações: 1. Escore a ser reavaliado diariamente, na passagem de plantão; 2. Usuários com autonomia muito baixa em um item ou na pontuação geral, assim como aqueles com risco iminente de auto ou heteroagressão, incluindo história recente de planejamento ou tentativa suicida devem ser acomodados nos leitos próximos ao posto de enfermagem e mantida vigilância intensa em sua circulação (visualizados a cada 30 minutos); 3. Para alta médica, recomenda-se que o resgate da autonomia do paciente esteja de médio a bom. Caso contrário, a alta deverá ser minuciosamente planejada com o CAPS de referência e a Rede de Apoio Social.

Anexo 7. Fluxo de Suspeita de Covid-19 e Outras Infecções Respiratórias

O fluxograma que segue abaixo se faz autoexplicativo sobre os procedimentos adotados para COVID-19, de acordo com as normativas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio) e do Ministério da Saúde (MS). Para outras doenças de natureza infecciosa que necessitem de isolamento respiratório, deve-se seguir fluxo semelhante, substituindo-se exames para SARS-COV-2 pelos específicos da patologia em suspeição, e vistos particularmente a cada caso seu período de isolamento e adaptadas as medidas indicadas.



Fonte: Elaboração própria, com base nas diretrizes da SMS-Rio e do Ministério da Saúde (MS).

Anexo 8. Escala de coma de Glasgow com avaliação pupilar (atualizada em 2018).

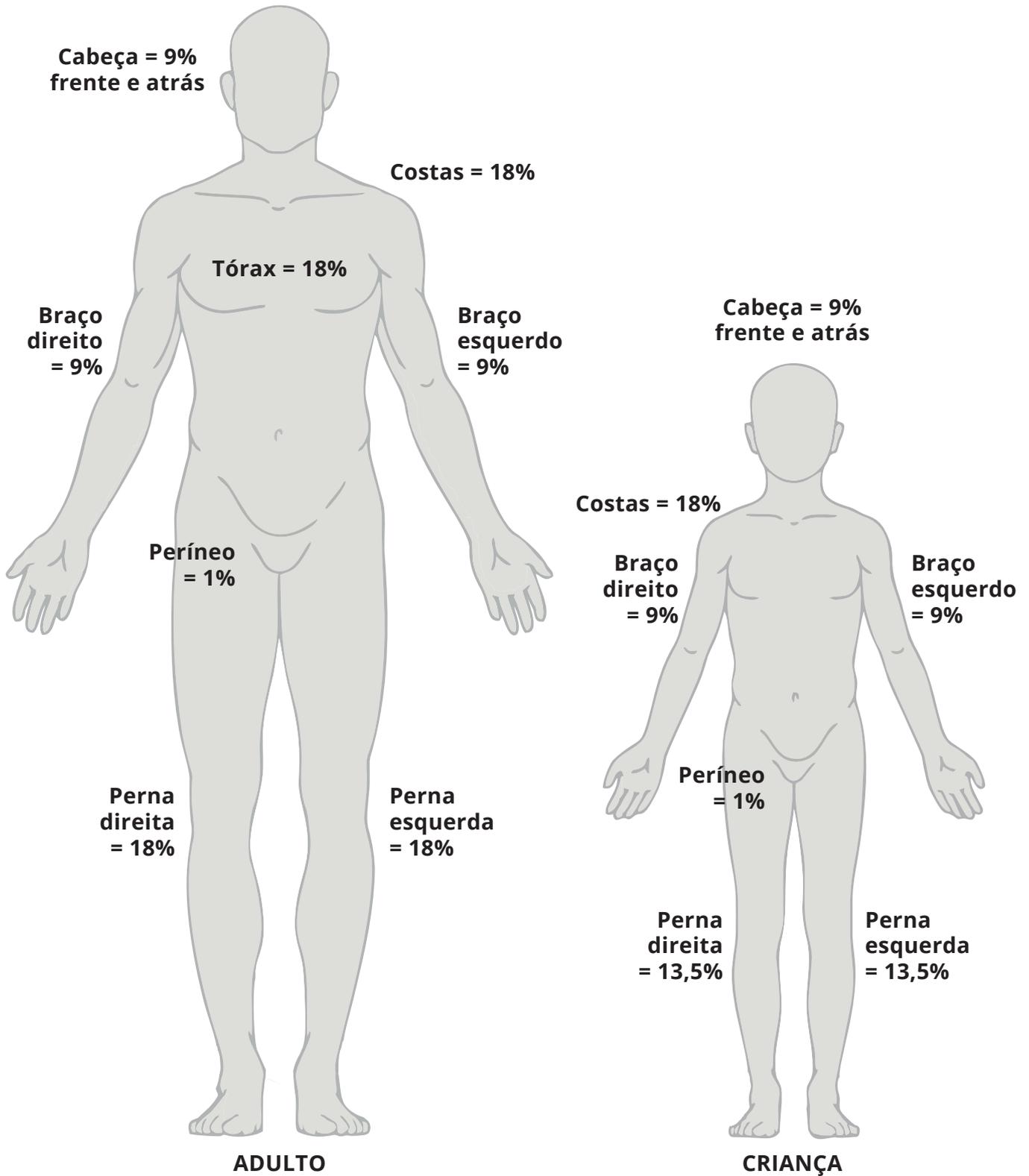
PARÂMETRO	RESPOSTA	PONTOS
Abertura ocular	Espontâneo	4
	Ao comando verbal	3
	Pressão de abertura dos olhos	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
Resposta verbal	Orientado e conversado	5
	Desorientado	4
	Palavras	3
	Sons	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
Resposta motora	Ao comando	6
	Localiza dor	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
	Extensão	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
APÓS REALIZAR ECG, DEVE ANALISAR A REAÇÃO PUPILAR		
AVALIAÇÃO PUPILAR (P)		
Existente	Nenhuma pupila reage ao estímulo de luz	2
Parcial	Apenas uma pupila reage ao estímulo de luz	1
Completa	As duas pupilas reagem ao estímulo de luz	0
Calcular ECG-P: valor da ECG - (subtrair) o valor avaliação P (pupila = valor da escala a partir da atualização de 2018) Pontuação mínima: 1 / Pontuação máxima: 15		

Fonte: Revista Lancet/1974.

Anexo 9. Escala da dor.



Anexo 10. Superfície corporal queimada.





**Saúde
Pública
Carioca**



Rio
PREFEITURA

