



# PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO

Reception Protocol & Risk Classification in Mental Health: Intervention Project

Protocolo de Recepción y Clasificación de Riesgo en Salud Mental: Proyecto de Intervención

Aline Botelho Orrico<sup>1</sup>  
Nuno Damácio de Carvalho Félix<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** conduzir uma intervenção no atendimento das urgências/emergências psiquiátricas de uma unidade da Rede de Atenção Psicossocial do município de Vitória da Conquista – BA. **Método:** Trata-se de um estudo de intervenção, propondo um protocolo de acolhimento e classificação de risco em saúde mental. **Resultados:** elaborou-se um fluxo de reorganização dos atendimentos da porta de entrada e a determinação de discriminadores que são sinais e sintomas que caracterizam as urgências e emergências psiquiátricas atendidas na unidade. Esses discriminadores foram agrupados por categorias de gravidade, cores e tempo de espera e originaram o protocolo de classificação de risco em saúde mental. **Conclusão:** o protocolo de acolhimento tem potencial para aplicação no atendimento de pessoas com demandas de saúde mental.

**Descritores:** Saúde Mental; Acolhimento; Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to conduct an intervention in the care of psychiatric urgencies/emergencies of a unit Psychosocial Care Network in the city of Vitória da Conquista – BA. **Method:** This is an intervention study, proposing a protocol for reception and risk classification in mental health. **Results:** it was elaborated a flow of reorganization of the services at the entrance door and the determination of discriminators that are signs and symptoms that characterize the urgencies and psychiatric emergencies attended in the unit it was elaborated. These discriminators were grouped by categories of severity, color and waiting time and it was originated a protocol of risk classification in the mental health. **Conclusion:** the reception protocol has the potential to be applied in the care of people with mental health.

**Key words:** Mental Health; Reception; Health Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Realizar una intervención en la atención de urgencias / emergencias psiquiátricas de una unidad en la Red de Atención Psicossocial en la ciudad de Vitória da Conquista - BA. **Método:** Se trata de un estudio de intervención, que propone un protocolo de recepción y clasificación de riesgo en salud mental. **Resultados:** Se elaboró un flujo de reorganización de los servicios en la puerta de entrada y la determinación de discriminadores que son signos y síntomas que caracterizan las urgencias y emergencias psiquiátricas atendidas en la unidad. Estos discriminadores se agruparon por categorías de gravedad, color y tiempo de espera y originaron el protocolo de clasificación de riesgos para la salud mental. **Conclusión:** el protocolo de recepción tiene potencial para ser aplicado en la atención de personas con demandas de salud mental.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde. Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização de Gestão em Saúde, realizada pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Maio/2020. E-mail: alsbotelho@yahoo.com.br. Tel. (77) 991155388.

<sup>2</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente na orientação do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização de Gestão em Saúde, realizada pelo Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). E-mail: [nunofelix@ufrb.edu.br](mailto:nunofelix@ufrb.edu.br). Tel. (75) 988485359.

**Descriptorios:** Salud Mental; Recepción Hospitalar; Cuidados de la Salud.

## 1. Introdução

O escopo político constitucional de direito à saúde, expresso no Sistema Único de Saúde (SUS), vem se constituindo há alguns anos por meio de estratégias que têm como princípios organizativos a regionalização centrada na estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e de cuidados integrais aos usuários dos serviços de saúde (ALMEIDA; ACIOLE, 2014).

As RAS são modelos de atenção que articulam sistemas e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas e buscam a integralidade do cuidado por meio de ações intersetoriais e equipes multidisciplinares. Uma das primeiras RAS estabelecidas foi a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi instituída pela portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, e em 2017, através da portaria 3.588, foi ampliado seus pontos de atenção.

Esta portaria institui como pontos de atenção da RAPS: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em suas diferentes modalidades, Unidade de Acolhimento (adulto e infante-juvenil), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Hospital-Dia, Comunidades Terapêuticas, Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Urgência e Emergência, Atenção Básica, Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT).

Inserida na RAPS do município de Vitória da Conquista-Bahia está a unidade Crescência Silveira que juntamente com o Hospital Geral (HGVC) e o Hospital Afrânio Peixoto integram o Complexo Hospitalar de Saúde de Vitória da Conquista. A unidade Crescência Silveira possui atendimento ambulatorial de consultas psiquiátricas, e é referência para várias regiões do estado da Bahia e municípios do norte de Minas Gerais para internações em enfermarias especializadas de Saúde Mental e atendimento de urgências e emergências psiquiátricas.

As urgências e emergências psiquiátricas são todas as alterações comportamentais que resultem em risco real ou significativo ao próprio usuário ou a terceiros e exigem intervenção terapêutica imediata e imprescindível (BALDAÇARA et al., 2018).

Os usuários que chegam a este serviço via regulação interna ou demanda espontânea para atendimento de urgência e emergência psiquiátrica, são acolhidos e após isto atendidos de acordo a gravidade do transtorno mental, agendados ou encaminhados para outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O acolhimento é realizado pela (o) enfermeira (o) plantonista do dia com escuta voltada para queixa psiquiátrica principal do paciente, porém não existe um protocolo definido de Classificação de Risco em Saúde Mental. O acolhimento quando realizado como meramente uma ação de triagem

administrativa, se restringe a uma ação pontual, isolada e descomprometida com o processo de responsabilização e promoção de vínculo além de não envolver os conceitos de sistemas e redes.

Por isto, Hermida et al. (2018) define o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) como um dispositivo tecnológico de intervenção que se norteia pela garantia do acesso com responsabilização, construção de vínculo, escuta qualificada e priorização dos usuários para atendimento de acordo a gravidade clínica.

O ACR além de humanizar o atendimento, é um processo dinâmico de identificação da gravidade clínica do paciente, e pressupõe o uso de protocolos pré-estabelecidos, baseados em evidências clínicas. No Brasil, o protocolo mais difundido para classificação do risco clínico é o Sistema de Triage Manchester (STM). Este protocolo utiliza fluxogramas e discriminadores que são escolhidos a partir da queixa principal do usuário, chegando-se a uma prioridade clínica identificada por categoria, cor e tempo alvo de espera para atendimento médico.

Além de atender a demanda clínica os protocolos de classificação de risco, também deverão avaliar a demanda psiquiátrica já que os transtornos psíquicos agudos incluem-se no quadro das urgências e emergências atendidas no Sistema Único de Saúde de Saúde (SUS) e correspondem a cerca de 10% de todos os atendimentos de urgências e emergências em hospitais gerais e prontos-socorros de todo país (BALDAÇARA et al., 2018).

Diante disto, a questão norteadora deste estudo aborda: é possível implantar um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Saúde Mental para o atendimento das urgências/emergências psiquiátricas da unidade Crescêncio Silveira?

Algumas hipóteses foram levantadas para este problema tais como a de que o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Saúde Mental é uma necessidade para reorganizar o fluxo das urgências/emergências psiquiátricas desta unidade, garantindo escuta qualificada, atendimento seguro e resolutivo e priorização de atendimento para os usuários mais graves.

Outra hipótese é que este protocolo poderá articular e fortalecer todos os equipamentos da RAPS de Vitória da Conquista além de nortear outras unidades para construção de protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco em Saúde Mental, já que nota-se grande dificuldade em se obter referências bibliográficas para população com transtornos mentais.

Assim, esse estudo tem como objetivo conduzir uma intervenção no atendimento das urgências/emergências psiquiátricas da Unidade Crescêncio Silveira, propondo um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Saúde Mental, tendo como referência o protocolo Manchester.

## **2. Método**

Trata-se de um projeto de intervenção que será realizado num pronto atendimento psiquiátrico em que será proposto um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Saúde Mental, inspirado no Sistema de Triagem Manchester. O projeto de intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. A pesquisa-ação visa investigar e intervir favoravelmente frente a determinado problema, e como resultado desse processo, produzir novos conhecimentos.

Toledo, Giatti e Jacobi (2014) afirmam que a pesquisa-ação é uma metodologia aberta e dinâmica e tem como principal função a transformação da realidade, permitindo que diferentes rumos sejam tomados no decorrer do seu desenvolvimento.

## **2.1 Cenário da intervenção**

O projeto de intervenção será realizado na unidade Crescêncio Silveira que juntamente ao Hospital Afrânio Peixoto e Hospital Geral (HGVC) compõem o complexo hospitalar de saúde de Vitória da Conquista - Bahia.

O Crescêncio Silveira possui gestão financeira e administrativa centralizadas no HGVC. Porém dispõe de coordenação administrativa, médica e de enfermagem instaladas na própria unidade. Sua equipe de saúde é composta de médicos, profissionais de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, farmacêuticos, assistentes sociais e nutricionista.

Possui leitos de internamentos em clínica médica e psiquiátricos. Os leitos de clínica médica são destinados para pacientes com cuidados de baixa complexidade oriundos de transferência interna do HGVC. Na parte psiquiátrica possui: 22 leitos em enfermarias especializadas de Saúde Mental, um ambulatório para consultas eletivas de psiquiatria, que atende em média 700 consultas por mês e tem cerca de 2000 mil usuários cadastrados, além de um pronto atendimento exclusivo para urgências e emergências psiquiátricas que funciona de segunda a sexta das 7 horas às 19 horas.

O Crescêncio Silveira é considerado a principal referência para os atendimentos das urgências e emergências psiquiátricas, bem como para internamentos em saúde mental para várias regiões da Bahia, principalmente as Sudoeste e Sul e às vezes recebe encaminhamentos dos municípios do norte de Minas Gerais.

Os usuários chegam a este serviço por regulação interna, demanda espontânea ou trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). O perfil dos atendimentos das urgências e emergências psiquiátricas é composto predominantemente por pessoas entre 18 a 60 anos, que apresentam: risco de suicídio, agitação psicomotora, auto e/ou heteroagressividade, episódios psicóticos agudos, automutilações, alterações do humor, autonegligência grave.

## 2.2 Participantes envolvidos

O protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental deverá ser aplicado no setor de pronto atendimento das urgências e emergências psiquiátricas da unidade Crescêncio Silveira. Estarão envolvidos na intervenção os gestores, equipe de enfermagem e médica e serviço social.

## 2.3 Estratégias passo a passo da intervenção

**Primeiro passo** – reunião com gestores e equipe do pronto atendimento psiquiátrico da Unidade Crescêncio Silveira para discutir sobre Acolhimento e Classificação de Risco em Saúde Mental, apresentar o Protocolo de Triage Manchester como proposta de modelo mais utilizado para classificação de risco, sensibilizar gestores quanto à necessidade da construção e implantação de um protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental inspirado no Protocolo Manchester.

**Segundo passo** – após a compreensão da necessidade do protocolo pela equipe e gestores, iniciar levantamento dos sinais e sintomas frequentes nos atendimentos das urgências e emergências psiquiátricas na unidade, bem como as situações de risco que podem interferir na gravidade do atendimento.

**Terceiro passo** – consultar referências bibliográficas sobre patologias psiquiátricas e seus principais sinais e sintomas, realizar curso oferecido de forma particular pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco sobre o Sistema de Triage Manchester (STM).

**Quarto passo** – após consultar estudos e realizar o curso sobre o STM, discutir com a equipe e gestores quais os sinais, sintomas e riscos psiquiátricos que irão compor as categorias de classificação de risco, de acordo com o tempo de espera.

**Quinto passo** – após a categorização pela equipe dos sinais, sintomas e riscos psiquiátricos de acordo com o tempo de espera, e em consonância aos estudos científicos consultados e curso realizado sobre STM, analisar os dados e elaborar o protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental.

**Sexto passo** – após confecção do protocolo, apresentar a gestores e equipe para devidas adequações.

**Sétimo passo** – feitas as devidas adequações no protocolo desenhar um fluxograma do processo de Acolhimento e Classificação de Risco da unidade e finalizar protocolo.

**Oitavo passo** – após finalização do protocolo e fluxograma apresentar proposta final para equipe e gestores.

**Nono passo** – após apresentação, elaborar com a equipe e gestores um plano de ação para operacionalizar a implantação do protocolo e definir indicadores de avaliação e monitoramento.

**Décimo passo** – encaminhar protocolo para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HGVC.

**Décimo primeiro passo** – Após liberação pelo CEP, implantar, avaliar e monitorar.

**Décimo segundo passo** – apresentar o protocolo para toda a rede e pactuar possíveis fluxos de encaminhamentos.

### **3. Aspectos Éticos**

A submissão à Plataforma Brasil antecederá a aplicação do projeto de intervenção, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução nº 466/12 do Conselho de Ética em Pesquisa.

### **4. Resultados e Discussão**

A construção deste protocolo para o projeto de intervenção inspirou-se no Sistema de Triagem Manchester (STM), no qual a queixa principal apresentada pelo usuário direciona a um fluxograma específico a seguir, e através de sinais e sintomas que são chamados de discriminadores é classificado o risco clínico.

No STM, os discriminadores são características que diferenciam os pacientes entre si de modo que eles possam ser colocados em prioridade. Podem ser gerais e específicos. Os gerais se aplicam a todos os doentes, independentemente das condições que apresentam, e são características recorrentes nos fluxogramas. São eles: ameaça a vida, nível de consciência, hemorragia, temperatura, dor e início e evolução da situação-queixa (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2018).

A maioria dos sinais e sintomas descritos no STM não são frequentes nos atendimentos da unidade Crescêncio Silveira, além disso, o seu protocolo de doença mental, não contempla todas as situações psiquiátricas atendidas na unidade sendo necessário adaptar e acrescentar discriminadores que se ajustem a realidade local.

Além da queixa psiquiátrica, o contexto familiar, a vulnerabilidade social, a falta de adesão ao tratamento e a presença de outros riscos tais como de fuga, de perturbação à ordem pública, de auto e/ou heteroagressividade, de homicídio, de suicídio, de desinibição sexual, de uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas (SPA'S), deverão ser considerados na determinação da gravidade.

A Classificação em Saúde Mental deverá ser realizada para aqueles usuários que chegam à unidade via regulação interna, demanda espontânea ou consulta agendada, na qual após identificação na recepção, deverão ser encaminhados para sala de triagem ou classificação de risco.

Na sala de triagem, o (a) enfermeiro (a) identificará a queixa psiquiátrica principal, os riscos ou se necessário à queixa clínica e os parâmetros vitais. Será levada em consideração para a classificação a demanda de maior gravidade. O paciente não poderá ser liberado sem avaliação do médico. A classificação de risco é um processo dinâmico e a qualquer sinal de agravamento do usuário este poderá ser reclassificado.

Após a priorização, o usuário será atendido de acordo categoria com sua respectiva cor e tempo de espera representados da seguinte forma: a cor vermelha significa a necessidade de atendimento imediato (emergência), não haverá tempo de espera. A cor laranja significa que o caso é muito urgente, e necessitará de atendimento em até 10 minutos. A cor amarela significa que o quadro é urgente, mas poderá aguardar para atendimento de até 60 minutos (ANZILIERO ET AL, 2016).

Já a cor verde significa caso pouco urgente que pode aguardar atendimento por até 120 minutos, ou ser encaminhado para outros serviços de saúde. E a cor azul significa caso não urgente e pode aguardar atendimento de até 240 minutos, ou ser encaminhado para outros serviços de saúde (ANZILIERO ET AL, 2016).

Os atendimentos nas categorias verde e azul, exceto as situações que envolvam usuários já cadastrados no serviço, serão prioritariamente encaminhados para outros pontos de atenção da RAPS, e por isto será necessário a implantação de fluxos de encaminhamentos que deverão ser pactuados com toda a rede.

No contexto dos atendimentos de urgência e emergência psiquiátricas, podem ocorrer situações que não sejam uma emergência psiquiátrica, mas que estejam relacionados a condições orgânicas como intoxicação ou abstinência relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, delirium, síndrome neuroléptica maligna. Essas condições podem ameaçar a vida do paciente e devem ser rapidamente identificadas e encaminhadas para atendimento clínico adequado (BALDAÇARA et al., 2018).

Por isto, devido à baixa complexidade hospitalar da unidade Crescêncio Silveira e diante do aparecimento de urgências e emergências relacionadas a condições orgânicas, estas deverão ter o primeiro atendimento no serviço e após isto serem reguladas para outros pontos de atenção. Para tanto, será necessário à construção de fluxos de encaminhamentos que deverão ser discutidos por com toda a rede.

A implantação deste protocolo vai requerer capacitação sobre critérios de Classificação de Risco em Saúde Mental e no Sistema de Triagem Manchester, isto irá garantir segurança às equipes

de saúde e adesão a este dispositivo. Outro aspecto relevante é que após implantação desse protocolo ele deverá sofrer revisões periódicas trimestrais, pois este é um instrumento dinâmico e que possibilita melhoria contínua.

Por fim, a implantação deste protocolo pela unidade Crescêncio Silveira na medida em que representará um grande avanço no cuidado ao usuário de Saúde Mental também será um desafio, pois a unidade necessitará de ajustes na sua estrutura física, aquisição de equipamentos, ampliação do quadro de profissionais de saúde e extensão dos turnos de atendimentos para 24 horas, conforme apresentado no Quadro 1 e esquematizado na Figura 1.

**Quadro 1 - Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental.**

<b>Protocolo de Classificação de Risco em Saúde Mental</b>
<b>Classificação De Risco Para Condições Psiquiátricas</b>
<p><b>Vermelho – Emergência – Atendimento imediato</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco iminente de suicídio com ou sem suporte social (pensamento suicida e plano suicida e meio de execução de caráter imediato);</li> <li>• Agitação psicomotora no momento;</li> <li>• Comportamento violento no momento (auto e/ou heteroagressividade);</li> <li>• Comportamento inadequado no momento (desinibição sexual, risco de fuga, hostilidade, irritabilidade intensa);</li> </ul>
<p><b>Laranja – Muito Urgente - Atendimento em até 10 minutos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de suicídio moderado sem suporte social (pensamentos suicidas e plano de ação, mas sem caráter imediato);</li> <li>• Excitação maníaca (elevação do humor, da energia, da atividade e irritabilidade moderada);</li> <li>• Autonegligência grave;</li> </ul>
<p><b>Amarelo – Urgente – Atendimento em até 60 minutos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de suicídio moderado com suporte social (pensamentos suicidas e plano de ação, mas sem caráter imediato);</li> <li>• Automutilações;</li> <li>• Episódio psicótico agudo com risco*;</li> <li>• Delírios persistentes com risco*;</li> <li>• Episódio psicótico agudo associado ao puerpério;</li> <li>• Rebaixamento do humor, redução da energia, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, fadiga, diminuição do apetite e perda de sono associados ao puerpério;</li> <li>• Ideias obsessivas ou comportamentos compulsivos com risco*;</li> </ul>



\*Riscos de: suicídio, fuga, perturbação da ordem pública, desinibição sexual, ameaça ou risco de homicídio, auto e/ou heteroagressividade, uso abusivo de SPA'S, ausência de suporte social, falta de adesão ao tratamento.

**Verde - Pouco Urgente – Atendimento em até 120 minutos ou agendar consulta na própria unidade ou encaminhar para CAPS ou AMENT**

- Risco de suicídio baixo (pensamentos suicidas ocasionais, sem planos);
- Perturbação grave, crônica e inflexível do comportamento com prejuízos para si e/ou terceiros;
- Sofrimento ou perturbação emocional ocorridos num período de adaptação ou mudança existencial importante que impossibilita o desempenho social/ocupacional;
- Delírios persistentes;
- Sintomas subjetivos (sensações na cabeça, preocupação exagerada, agonia, apreensão, incapacidade de relaxar, tensão motora);
- Rebaixamento do humor, redução da energia, diminuição da atividade;
- Revivência repetida de um evento traumático, sob forma de “flashbacks”, sonhos ou pesadelos;
- Medo exagerado de engordar, perda de peso intencional, induzida ou mantida;
- Episódios repetidos de comer compulsivamente; medo de engordar; comportamento purgativo (indução de vômitos ou uso de laxantes);
- Condições mentais crônicas estabilizadas agendadas que apresente situações especiais (gestantes, idosos, deficientes físicos, lactantes, mães com bebês que ainda não andam e moradores da zona rural ou outros municípios);

**Azul - Não urgente – Atendimento em até 240 minutos ou agendar consulta na própria unidade ou encaminhar para CAPS ou AMENT**

- Insônia;
- Atraso no desenvolvimento das funções cognitivas, de linguagem, motricidade e comportamento social;
- Oscilações significativas do humor;
- Presença de sintomas físicos com busca persistente de assistência médica sem achados anormais ou de base orgânica;
- Condições mentais crônicas estabilizadas agendadas;
- Condições mentais crônicas estabilizadas não agendadas, já cadastradas no serviço;
- Condições mentais crônicas estabilizadas não cadastradas no serviço;
- Distúrbios comportamentais, cognitivos e fisiológicos desenvolvidos após consumo repetitivo de substâncias psicoativas (SPA'S), associados ao forte desejo de consumo da droga ou dificuldade de controlar o consumo da mesma;

### **Classificação de Risco para Condições Clínicas**

#### **Vermelho – Emergência – Atendimento imediato e encaminhar ao HGVC ou UPA**

Sinais vitais alterados:

- FC  $\leq 60$  ou  $\geq 120$  bpm
- PAS  $\leq 90$  ou  $\geq 220$  / PAD  $\leq 80$  ou  $\geq 130$  mmhg
- TEMP AXILAR  $\leq 35$  ou  $\geq 37,8^\circ$  C
- FR  $\leq 15$  ou  $\geq 25$  imp
- SPO2  $\leq 92\%$
- Glicemia capilar  $\leq 70$ mg/dl

Sintomas:

- Sensação de morte iminente e medo;
- Convulsão;
- Alteração de nível de consciência (glasgow  $\leq 13$ );
- Letargia;
- Coma;
- Confusão mental de início súbito;

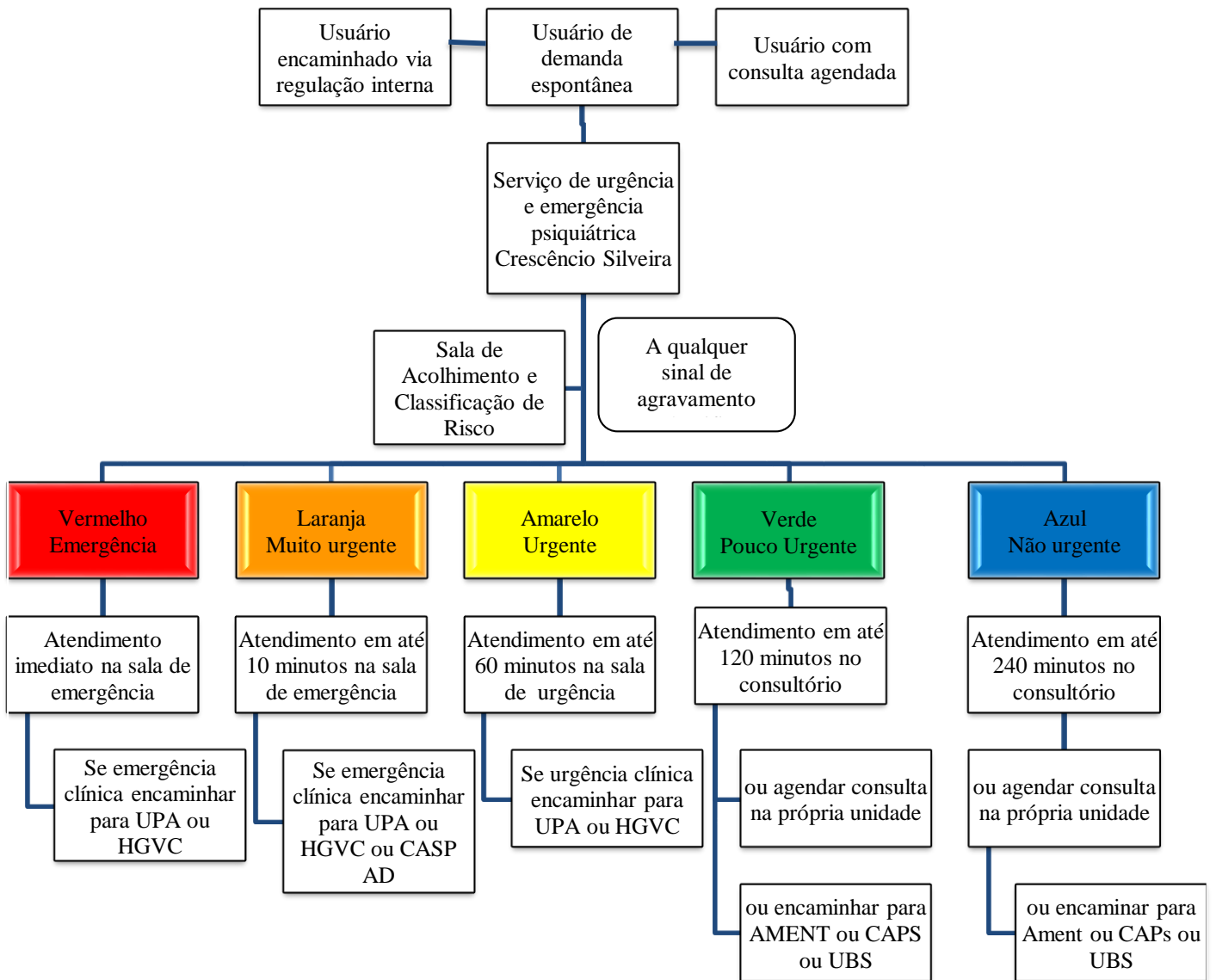
#### **Laranja – Muito Urgente - Atendimento em até 10 minutos e encaminhar ao HGVC, UPA ou CAPS AD**

- Parada do consumo ou redução significativa de álcool ou outras SPA'S com sintomas de confusão mental, alucinações, ilusões vividas, tremores, delírios, insônia;
- Uso de antipsicóticos com o aparecimento agudo dos sintomas de:
- Distonia aguda (espasmos nos músculos da língua, face, pescoço e dorso);
- Acatisia (incapacidade de ficar sentado ou parado);
- Rigidez muscular e hipertonicidade;
- Tremores periorais ou em extremidades ou generalizados;
- Crise oculógira (sacudidela dos globos oculares em determinada direção, olhos fixos na mesma posição por um certo tempo)
- Dificuldade de equilíbrio;
- Andar robotizado;

#### **Amarelo – Urgente – Atendimento em até 60 minutos e encaminhar ao HGVC ou UPA**

- Perda parcial ou completa das lembranças, da consciência, das sensações imediatas e do controle dos movimentos corporais (paralisias, tremores);
- Diminuição ou aumento da atividade psicomotora acompanhados de mutismo, comportamento de oposição, obediência automática, imobilidade, flexibilidade cérea;

**Figura 1 - Fluxograma de Acolhimento e Classificação de Risco em Saúde Mental -  
Unidade Crescência Silveira**



## 5. Conclusão

A existência de um protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco numa unidade de urgência e emergência psiquiátrica é uma peça fundamental para reorganizar o fluxo de atendimento garantindo escuta qualificada, ampliação do acesso, construção de vínculos e priorização dos pacientes mais graves para atendimento.

Além disso, os protocolos de classificação de risco se baseiam em evidências científicas, estabelecem critérios uniformes de triagem para toda a equipe, garantem a segurança do paciente e ajudam no estabelecimento do recurso terapêutico adequado para cada situação. A classificação de risco também ordena e fortalece a rede garantindo integralidade do cuidado, consolidação do SUS e servirá de ferramenta para regulação de acesso a outros pontos de atenção da RAPS.

## 6. Referências

ALMEIDA, Aline Barreto de; ACIOLE, Geovani Gurgel. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 971-981, 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000500971&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500971&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Nov. 2019. Epub Mar 24, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0371>.

ANZILIERO, Franciele et al. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e64753, 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000400417&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400417&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Nov. 2019. Epub Feb 23, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>.

BALDAÇARA, Leonardo et al. **Emergências psiquiátricas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2018. 39 p.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 31 maio 2020.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 31 maio 2020.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira et al. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03318, 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100400&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100400&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Nov. 2019. Epub Apr 12, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017001303318>.

MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jil. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2018. 207 p.

TOLEDO, Renata Ferraz de; GIATTI, Leandro Luiz; JACOBI, Pedro Roberto. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 633-646, Dec. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000400633&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400633&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Nov. 2019. Epub Sep 26, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0026>.