



SAÚDE



PROTOCOLO DE
REGULAÇÃO AMBULATORIAL

PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL ADULTO

SÉRIE ESPECIALIDADES | SAÚDE MENTAL



SAÚDE



PROTOCOLO DE
REGULAÇÃO AMBULATORIAL

PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL ADULTO

SÉRIE ESPECIALIDADES | SAÚDE MENTAL

ATUALIZADO EM OUTUBRO DE 2023

Rio de Janeiro/RJ



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 a citação da fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2023 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110
<http://saude.prefeitura.rio/>

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo Prado

Subsecretária Geral

Fernanda Adães Britto

Coordenador Geral de Contratualização, Controle e Auditoria

Andre Luis Paes Ramos

Coordenador Geral do Complexo Regulador

David Tebaldi Marques

Coordenadora da Regulação Ambulatorial

Eliana Bittencourt da Silva

Coordenação Técnica

Fabiana Lustosa Gaspar

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

Colaboração

Carmelita Magalhães Nunes

Clarice Furtado Laura Sarmento

Tassia Pacheco

Revisão Técnica e Final

Fernanda Adães Britto

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial

Aluisio Bispo

Capa

Aluisio Bispo

Projeto Gráfico e Diagramação

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Psiquiatria e Saúde Mental Adulto / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fabiana Lustosa Gaspar, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

24 p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de II. Britto, Fernanda Adães de III. Gaspar, Fabiana Lustosa IV. Título V. Série.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE SAÚDE MENTAL	5
Atenção Primária.....	5
Atenção Ambulatorial.....	6
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	7
Classificação da complexidade e gravidade em saúde mental	9
Classificações de risco psicossocial	10
Avaliação da intensidade do sofrimento	11
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO.....	12
Transtorno por uso de álcool e outras drogas	13
Ideação suicida	14
Transtornos alimentares (bulimia/anorexia)	14
Alterações de humor	14
Psicoses.....	15
Sofrimento mental agudo relacionado a sintomas ansiosos.....	16
Transtorno do Espectro Autista (TEA) e retardo mental grave	16
SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO	18
COMO SOLICITAR SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO SISREG	18
ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA	19
Urgência/emergência em saúde mental.....	20
Urgência/emergência clínica	20
UNIDADES EXECUTANTES	21
SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL	23
REFERÊNCIAS.....	23

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparência e segurança técnica para a regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá

ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado da psiquiatria e saúde mental adulto na cidade.

Cabe destacar que, para psiquiatria e saúde mental infantojuvenil, encontra-se em construção um protocolo específico, tendo em vista a complexidade e a delicadeza do manejo clínico, e o protagonismo da Atenção Primária e da Atenção Psicossocial neste cuidado.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE SAÚDE MENTAL

O cuidado em saúde mental se fundamenta na lógica da atenção psicossocial, que considera a forma como a pessoa constrói suas relações comunitárias e familiares no território, tendo como linha de cuidado a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS prevê um conjunto amplo de ações que visam o acolhimento, a escuta e o cuidado às situações de sofrimento psíquico, bem como a produção de autonomia. A classificação de complexidade em saúde mental se dá em conjunto com o grau de comprometimento que a pessoa apresenta no momento, relacionando-se com o grau de autonomia e com o suporte familiar, comunitário e de equipamentos assistenciais.

ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária em Saúde (APS) é a porta de entrada do SUS e assim está organizada na cidade do Rio de Janeiro, sendo também ordenadora do cuidado dos usuários. As ações de saúde mental prestadas na APS constituem, portanto, o primeiro nível desta atenção dentro da rede.

Agravos de saúde mental têm relação com outros agravos de saúde, devendo a APS estar atenta a essas questões. É responsabilidade da APS, no que tange à saúde mental, realizar o acolhimento de pessoas com sofrimento psíquico, identificar oportunamente o risco clínico, avaliar a vulnerabilidade com ações estratégicas e intervir no nível de cuidado que lhe cabe.

Cabe também à APS a promoção e a prevenção de agravos em saúde mental, assim como o compartilhamento do cuidado com outros níveis de atenção, quando necessário, preservando seu lugar de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, por meio de fluxos previamente pactuados.

Ressalta-se que, para que este cuidado seja qualificado, é necessário articular ações que promovam a autonomia e o protagonismo do usuário sobre o seu processo de adoecimento e recuperação, sendo essencial investir na rede de apoio familiar, territorial e comunitária. Como sugestão de conduta, recomenda-se acolhê-lo, por meio de sua inclusão e de sua família, em ações coletivas existentes na unidade de saúde, potencializando a escuta e a construção do vínculo. O apoio matricial poderá ser utilizado, se necessário, para identificar a singularidade do processo saúde-doença e, em conjunto com o usuário, traçar estratégias de cuidado. Desta forma, recomenda-se que o compartilhamento do cuidado em saúde mental com ambulatório seja feito preferencialmente após o matriciamento dos casos.

Neste contexto, os agravos e situações mais prevalentes relacionados ao sofrimento mental, que não causem dificuldades significativas na realização das atividades diárias, no autocuidado e nas situações mais complexas, estáveis, em que se mantêm preservados os vínculos familiares e comunitários de suporte, devem ser acompanhados na Atenção Primária.

Protocolos clínicos de suporte para o cuidado em saúde mental na APS encontram-se disponíveis na Plataforma SUBPAV (subpav.org).

ATENÇÃO AMBULATORIAL

O ambulatório de saúde mental é um dispositivo estratégico da rede de saúde mental que oferece atendimento de média complexidade, portanto especializado, às pessoas em sofrimento psíquico que se beneficiam e tenham condições de serem atendidas em consultas marcadas com intervalos de tempo semanal, quinzenal, mensal etc. Atende situações que não necessitam do suporte complexo e intensivo de um CAPS e que exijam cuidado para além daquele já oferecido pela Atenção Primária à Saúde (APS).

O cuidado ambulatorial é ofertado por meio de atendimentos individuais e em grupo, realizadas por equipe multidisciplinar — que pode incluir psiquiatras, psicólogos, musicoterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos ou terapeutas ocupacionais —; visitas domiciliares e ações territoriais; e oficinas terapêuticas.

Recomenda-se que as solicitações no SISREG para “Psiquiatria” e “Consulta em Saúde Mental Adulto” devem ser realizadas após o matriciamento pelas equipes eMulti ou CAPS, quando disponível.

No que se refere à Psiquiatria Adulto, o procedimento ofertado no SISREG é “Consulta em Psiquiatria” para pessoas com 18 anos ou mais. A avaliação para inserção desta solicitação no SISREG deverá, prioritariamente, considerar os casos de média complexidade em que haja necessidade de revisão medicamentosa. As unidades executantes com vaga no SISREG para este tipo de consulta encontram-se detalhadas nas páginas 21, 22 e 23.

A consulta com profissionais não médicos nos ambulatorios de saúde mental é ofertada por meio do procedimento “Consulta em Saúde Mental Adulto” no SISREG, destinado a pessoas maiores de 18 anos e cuja avaliação psicossocial indique gravidade de média complexidade. Vale ressaltar que a abordagem inicial destes casos deve ser realizada, preferencialmente, pela equipe multiprofissional, não médica. As unidades executantes com vaga no SISREG para este tipo de consulta encontram-se detalhadas nas páginas 21, 22 e 23.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

De acordo com a Portaria GM/MS n.º 336/02, os CAPS são serviços estratégicos constituídos por equipes multiprofissionais que atuam sob a ótica interdisciplinar e atuam de forma integrada à Atenção Primária, com vistas à criação de uma rede de cuidado e suporte local que possa acolher as situações de crise no território e reduzir as vulnerabilidades.

Os CAPS têm como principal missão o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental que estejam em alto risco psicossocial por conta de crises agudas e/ou em contexto de alta vulnerabilidade. As unidades funcionam de portas abertas para acolher essa demanda e são serviços fundamentais para o cuidado comunitário.

Os CAPS tipo III funcionam 24 horas, possuindo leitos de acolhimento noturno. Assim, diferentemente do ambulatório, oferta cuidado às pessoas que necessitam de intensidade e um espectro mais amplo de atividades assistenciais, em que consultas — com horário marcado, semanais ou quinzenais — não são propostas efetivas de tratamento. A gravidade do sofrimento aliada à vulnerabilidade psicossocial demandam ações no território e acompanhamento contínuo e intensivo.

Destaca-se que este serviço oferece apoio matricial à Atenção Primária e aos serviços de urgência e emergência, bem como articulam o cuidado com a rede inter-

setorial e comunitária. A articulação em rede é fundamental nesse processo, para a integralidade do cuidado e a redução das vulnerabilidades. Acompanham, ainda, os pacientes internados e em processo de desinstitucionalização (pacientes que se encontram longamente internados).

Para saber mais sobre os CAPS que atendem o público adulto, acesse <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>.

CAPS ADULTO		
AP	CAPS	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
2.1	CAPSad Centra-Rio	Seg. a Sex. / 8h a 17h
	CAPS III Franco Basaglia	24 horas
	CAPS III Maria do Socorro Santos	24 horas
2.2	CAPSad II Mané Garrincha	Seg. a Sex. / 8h a 17h
	CAPS Universitário — UERJ	Seg. a Sex. / 8h a 17h
3.1	CAPSad III Miriam Makeba	24 horas
	CAPS II Carlos Augusto da Silva Magal	Seg. a Sex. / 8h a 17h
	CAPS II Ernesto Nazareth	Seg. a Sex. / 8h a 17h
	CAPS III Fernando Diniz	24 horas
	CAPS III João Ferreira Silva Filho	24 horas
3.2	CAPSad III Raul Seixas	24 horas
	CAPS Clarice Lispector	24 horas
	CAPS III Torquato Neto	24 horas
	CAPS III EAT Severino dos Santos	24 horas
3.3	CAPSad III Paulo da Portela	24 horas
	CAPS II Dircinha e Linda Batista	Seg. a Sex. / 8h a 17h
	CAPS II Rubens Corrêa	Seg. a Sex. / 8h a 17h

CAPS ADULTO		
AP	CAPS	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
4.0	CAPSad III Antonio Carlos Mussum	24 horas
	CAPS Arthur Bispo do Rosário	24 horas
	CAPS III Manoel de Barros	24 horas
5.1	CAPS Lima Barreto	Seg. a Sex. / 8h a 17h
	CAPS Neusa Santos Souza	Seg. a Sex. / 8h a 17h
5.2	CAPS Pedro Pellegrino	Seg. a Sex. / 8h a 17h
	CAPS Profeta Gentileza	Seg. a Sex. / 8h a 17h
5.3	CAPSad II Julio Cesar de Carvalho	Seg. a Sex. / 8h a 17h
	CAPS Simão Bacamarte	Seg. a Sex. / 8h a 17h

CLASSIFICAÇÃO DA COMPLEXIDADE E GRAVIDADE EM SAÚDE MENTAL

A classificação de complexidade em saúde mental se torna fundamental para a determinação de qual tipo de serviço é mais adequado ao usuário. Cabe destacar que, caso a situação do usuário seja considerada de média ou alta complexidade, e sendo o mesmo encaminhado para a Atenção Especializada, a APS continuará realizando o acompanhamento de forma compartilhada.

Para acompanhamento em outros níveis de atenção de maior complexidade, como os ambulatórios e CAPS, é fundamental que as duas dimensões sejam obrigatoriamente avaliadas de forma conjunta:

1. Grau de risco psicossocial;
2. Intensidade do sofrimento (gravidade dos sinais e sintomas).

CLASSIFICAÇÕES DE RISCO PSICOSSOCIAL

"A classificação de complexidade em saúde mental não se dá exclusivamente a partir da categoria diagnóstica, mas em conjunto com o grau de comprometimento que a pessoa apresenta no momento, com o grau de autonomia e com o suporte familiar, comunitário e de equipamentos assistenciais."
(RIO DE JANEIRO, 2019)

Dessa forma, são indicadores de risco psicossocial aspectos individuais, sociais/comunitários e programáticos (ou institucionais), que precisam ser levados em consideração, independentemente do nível de atenção, visando à integralidade do cuidado.

a. Dimensão individual

- Prejuízo da autonomia para a gestão da própria vida devido à presença de alterações psicopatológicas, como, por exemplo, mudanças nas funções psíquicas, atividade delirante, presença de alucinações, humor deprimido, percepção alterada do próprio corpo, dificuldade na comunicação etc.;
- Intensidade das manifestações afetivas, especialmente se não relacionadas a episódios/circunstâncias recentes de vida;
- Exposição direta à violência em suas distintas expressões, seja negligência, psicológica/moral (exemplos: ameaça, assédio, desvalorização, preconceito), física, sexual, financeira/econômica, tortura, intervenção legal, tráfico de seres humanos e/ou trabalho infantil;
- Histórico de tentativas de violências contra si mesmo, considerando a recorrência e a proximidade temporal do último evento, a presença de ideação suicida, planejamento e acesso aos planos;
- Presença de comorbidades orgânicas que necessitem de cuidado continuado;
- Quadros que acarretem dor crônica;
- Alterações do padrão de sono que levem a situações crônicas de privação do mesmo.

b. Dimensão social / comunitária

- Fragilidade do suporte familiar e/ou comunitário;
- Exposição à violência armada;
- Dificuldade de acesso aos meios de subsistência (situações de fome, situação de rua, entre outros);

- Baixa renda, renda informal e/ou não acesso a programas de provimento de renda ou benefício social;
- Fragilidade ou barreira de acesso a recursos disponíveis, como organizações comunitárias, dispositivos culturais, de bem estar, lazer, entre outros;
- Baixa escolaridade ou analfabetismo;
- Exclusão social por causa de estigma/preconceito;
- Baixo nível de desenvolvimento humano (IDH) do território de vida;
- Exposição a fatores ambientais (alto nível de ruído, calor/frio/umidade/secura excessivos etc.) que causem dificuldades crônicas para as rotinas de sono/vigília ou afetem cronologicamente as condições de vida.

c. Dimensão programática / institucional

- Precariedade ou ausência de recursos da rede intersetorial, como escolas, serviços de assistência social, serviços de saúde;
- Fragilidade dos serviços estatais por rotatividade dos profissionais e equipes nos serviços, prejudicando o conhecimento do território e suas relações, ou por deficiência na estrutura física, ou, ainda, por falta de insumos;
- Organização dos serviços que produza barreiras de acesso, desconsiderando a singularidade do usuário e dificultando o primeiro atendimento e o acompanhamento continuado.

ATENÇÃO!

Devem ser também consideradas na avaliação do risco psicossocial as condições que podem afetar a complexidade do caso, como: gestação; comprometimento da capacidade da pessoa de cuidar de outros que sejam seus dependentes diretos; questões envolvendo classe social, gênero e raça; isolamento social; e histórico de internação prolongada (clínica ou psiquiátrica).

AValiação da intensidade do sofrimento (gravidade dos sinais e sintomas)

Além da avaliação do grau de vulnerabilidade sócio familiar e autonomia da pessoa para atividades diárias e cotidianas, deve-se também considerar a gravidade dos sinais e sintomas, ou seja, da intensidade do sofrimento experienciado. Apenas sob esta diáde é possível definir a direção de cuidado mais adequada ao usuário.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

Levando-se em conta o conhecimento das ações, práticas e instrumentos que compõem o escopo da atuação dos diversos pontos da RAPS, sua composição técnica, bem como a prévia avaliação e classificação da complexidade e gravidade apresentadas, sugere-se, para cada uma das condições ou diagnóstico a seguir, o local mais recomendável para a execução do cuidado esperado. Entende-se manter o paciente em acompanhamento exclusivo na APS àquela situação inicial onde a equipe de Saúde da Família pode desenvolver ações individuais ou coletivas para o tratamento integral e resolutivo dos pacientes, bem como dos pacientes estabilizados pela Atenção Especializada (ambulatório ou CAPS) para continuidade do cuidado. É recomendado encaminhar ao ambulatório ou ao CAPS quando houver a necessidade de seguimento com a psiquiatria e/ou equipe multidisciplinar de saúde mental, dada a complexidade ou gravidade da situação, considerando-se que a APS, isoladamente, não seria capaz de ofertar todo o cuidado necessário ao paciente. O encaminhamento aos demais pontos da RAPS não exime a APS de manter o acompanhamento dos pacientes, coordenando o cuidado que o mesmo esteja recebendo. Posteriormente, elenca-se as situações cujo manejo deve ser realizado de forma urgente.

As indicações clínicas foram separadas a condição e saúde mental da pessoa, seguindo a seguinte distribuição:

1. Transtorno por uso de álcool e outras drogas;
2. Ideação suicida;
3. Transtornos alimentares (bulimia/anorexia);
4. Alterações de humor;
5. Psicoses;
6. Sofrimento mental agudo relacionado a sintomas ansiosos;
7. Transtorno do Espectro Autista (TEA) e retardo mental grave.

As condições clínicas apresentadas pelo usuário, tendo em vista a complexidade e a gravidade, são fundamentais para que seja realizado o encaminhamento adequado. Sendo assim, recomenda-se muita atenção e análise criteriosa deste ponto tão fundamental para a resolutividade do caso.

Como compartilhar o cuidado com o ambulatório

O encaminhamento pode ser realizado via SISREG sob as seguintes nomenclaturas: “Consulta em Saúde Mental Adulto” e “Consulta em Psiquiatria”. A consulta em saúde mental é realizada por equipe multidisciplinar ou por psicólogos, conforme está detalhado na página 7.

Como compartilhar o cuidado com o CAPS

Os CAPS são porta aberta, ou seja, o recebimento de novos usuários não se dá por mediação da Regulação. São referenciados territorialmente, ou seja, cada APS tem CAPS de referência. Preferencialmente, os casos devem ser compartilhados por meio de contato com a equipe, por telefone ou presencialmente. Caso não seja possível o contato telefônico com o CAPS ou membros da equipe, a gerência da APS pode ser acionada para auxiliar no contato com a gestão do CAPS ou o apoiador de saúde mental.

TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Manter em tratamento exclusivamente na APS:

- Uso de álcool e/ou outras drogas sem dificuldades significativas na realização das atividades diárias, no autocuidado e nos vínculos familiares e comunitários.

Compartilhar com ambulatório, referenciando:

- Quadros de uso prejudicial de álcool e outras drogas moderado com vontade de realizar tratamento e após esgotados os recursos disponíveis na Atenção Primária em paciente que possua vínculos familiares e comunitários preservados;

Pode se caracterizar como prejudicial o uso continuado ou recorrente de substâncias que ocasione dificuldades sociais, físicas ou interpessoais no trabalho ou em casa, ou quando o uso representa risco iminente para a integridade física.

Compartilhar com o CAPS, referenciando:

- Uso prejudicial de álcool e outras drogas (de moderado a grave), com frágil ou sem suporte familiar e comunitário; e/ou com comorbidades clínicas graves ou grávida/lactante;

Pode se caracterizar como prejudicial o uso continuado ou recorrente de substâncias que ocasione problemas graves sociais, físicos ou interpessoais no trabalho ou em casa, quando o uso representa risco iminente para a integridade física e há presença de síndrome de abstinência.

IDEAÇÃO SUICIDA

Manter em tratamento exclusivamente na APS:

- Ideação suicida não persistente e não sustentada, sem tentativas recentes e sem piora atual do quadro.

Compartilhar com ambulatório, referenciando:

- Histórico de tentativa de suicídio sem ideação no momento, associada a sofrimento psíquico intenso com suporte familiar e comunitário e aceitando tratamento ambulatorial.

Compartilhar com o CAPS, referenciando:

- Ideação suicida persistente com histórico de tentativa prévia nos últimos 30 dias e com ou sem planejamento no momento.

TRANSTORNOS ALIMENTARES (BULIMIA/ANOREXIA)

Compartilhar com Ambulatório, referenciando:

- Quadro de anorexia e/ou bulimia que não estejam vinculados a complicações graves que necessitem de cuidados hospitalares;
- Transtorno alimentar associado a outro transtorno mental grave em pacientes com suporte familiar e comunitário.

Compartilhar com o CAPS, referenciando:

- Transtorno alimentar associado a outro transtorno mental grave em pacientes com vínculos familiares e comunitários muito fragilizados ou rompidos.

ALTERAÇÕES DE HUMOR

Manter em tratamento exclusivamente na APS:

- Pacientes com histórico de alterações de humor, que respondem ao tratamento, estejam sem recidivas e não grávidas/lactantes; ou

- Pacientes com quadro estável para continuidade ou compartilhada quando da necessidade de reavaliação da medicação.

Observação: Para a suspensão do tratamento, o especialista pode ser consultado.

Compartilhar com ambulatório, referenciando:

- Humor marcadamente eufórico ou irritável, excitação, planos grandiosos, aceleração acentuada da fala, desvinculado de agitação psicomotora, com suporte familiar ou comunitário; ou em tratamento na APS apresentando recidivas frequentes ou sintomas mal controlados; ou associado ao uso prejudicial e moderado de álcool e outras drogas, que possua suporte familiar e comunitário;
- Estado de isolamento ou tristeza profunda, fadiga ou perda de energia, com alterações significativas de massa corporal ou de padrão de sono, com prejuízo à vida cotidiana, com suporte familiar ou comunitário;
- Alteração de humor associado ao uso prejudicial e moderado de álcool e outras drogas.

Compartilhar com o CAPS, referenciando:

- Humor marcadamente eufórico ou irritável, excitação, planos grandiosos, ou agressividade ou aceleração acentuada da fala ou da psicomotricidade, com suporte familiar ou comunitário muito fragilizado ou rompido; ou em tratamento na APS apresentando recidivas frequentes ou sintomas mal controlados; ou associado ao uso prejudicial e grave de álcool e outras drogas, ou vinculado a sintomas psicóticos; ou grávida/lactante;
- Estado de isolamento ou tristeza profunda, fadiga ou perda de energia, com alterações significativas de massa corporal ou de padrão de sono, com prejuízo à vida cotidiana, com suporte familiar ou comunitário fragilizado ou rompido; ou associado ao uso prejudicial e grave de álcool e outras drogas; ou vinculado a sintomas psicóticos; ou grávida/lactante.

PSICOSES

Manter em tratamento exclusivamente na APS:

- Pacientes com sintomas psicóticos em acompanhamento regular, respondendo ao mesmo e que não apresentem ideação suicida ou não estejam no período gravídico. Pacientes com quadro estável para continuidade ou compartilhada quando da necessidade de reavaliação da medicação. Para a suspensão do tratamento, o especialista pode ser consultado, encaminhando ao ambulatório/CAPS.

Compartilhar com ambulatório, referenciando:

- Pacientes apresentando sintomas como alucinações e/ou delírios desvinculados de quadros de agitação, ou comportamento bizarro e/ou desorganizado, com prejuízos na vida cotidiana e dificuldades para o autocuidado com suporte familiar ou comunitário; ou psicose associado ao uso prejudicial e moderado de álcool e outras drogas.

Compartilhar com o CAPS, referenciando:

- Pacientes apresentando sintomas como alucinações e/ou delírios, ou comportamento bizarro e/ou desorganizado, agitação psicomotora produzindo risco para si ou outros, com prejuízos na vida cotidiana, e dificuldades para o autocuidado com suporte familiar e comunitário fragilizado ou rompido; ou associado ao uso prejudicial e grave de álcool e outras drogas; ou grávida/lactante.

SOFRIMENTO MENTAL AGUDO RELACIONADO A SINTOMAS ANSIOSOS

Manter em tratamento exclusivamente na APS:

- Episódios ansiosos leves em pacientes não grávidas, sem sintomas psicóticos e necessidade de associação de antipsicótico, uso concomitante de substâncias ou ideação suicida, que respondam inicialmente ao tratamento iniciado pelo médico generalista. No caso do desmame do tratamento, pode ser conduzido na APS e encaminhado ao especialista apenas quando houver sintomas de abstinência.

Compartilhar com ambulatório, referenciando:

- Sofrimento mental agudo relacionado a sintomas ansiosos com dificuldades na realização das atividades diárias e no autocuidado, com resposta parcial ou sem resposta ao acompanhamento proposto na APS; ou com sintomas de abstinência, no caso de desmame do tratamento; ou grávida/lactante.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) E RETARDO MENTAL GRAVE

Compartilhar com o CAPS, referenciando:

- Retardo mental grave ou Transtorno do Espectro Autista (TEA) com grave comprometimento de interação social e da autonomia para atividades de vida diária associada à vulnerabilidade psicossocial. Os pacientes também podem se beneficiar da reabilitação intelectual, cuja oferta também está organizada no SISREG.

Observação: Para casos de transtornos cognitivos, como demências, sequelas cognitivas de transtornos neurológicos e retardo mental, deve ser considerada a solicitação de consulta em reabilitação intelectual.

Atentar para quadros de alterações de humor, perdas cognitivas ou sintomas psicóticos iniciados acima de 60 anos sem histórico anterior de transtorno mental, quadros com suspeita de quadro demencial não deverão ser encaminhados para psiquiatria.

Quem deve regular as vagas no SISREG

A regulação das vagas de psiquiatria e saúde mental adulto no SISREG é um dever do Núcleo Interno de Regulação e Médicos Responsáveis Técnicos das Coordenadorias de Atenção Primária (CAP) com apoio do Apoiador de Saúde Mental da Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS) de cada CAP. As equipes de ambulatorio de Saúde Mental e CAPS podem também contribuir para a regulação.

O papel do apoiador de Saúde Mental da Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS)

O apoio institucional na linha de cuidado em saúde mental pela CAP tem papel importantíssimo no monitoramento dos fluxos e no cuidado aos usuários de seu território, tendo como principais atribuições:

1. Compor a equipe do DAPS da CAP, mantendo interlocução cotidiana para articulação de fluxos e ações, de modo mais intenso para situações de risco ou de alta vulnerabilidade, visando à integralidade do cuidado;
2. Conduzir e sustentar, junto às unidades de saúde da CAP, as direções de trabalho e os fluxos pactuados para os usuários que estejam em sofrimento mental, sempre conforme a lógica do cuidado comunitário e da atenção psicossocial, estando disponível, também, para discussão de casos, quando necessário;
3. Coletar dados e elaborar diagnóstico institucional da rede de cuidados e diagnóstico situacional do perfil dos agravos da população, identificando as fragilidades e propondo ações para resolução, incluindo repactuação de fluxos e educação permanente;
4. Planejar, organizar e monitorar o matriciamento em saúde mental na área, a partir de critérios claros dos indicadores do território;
5. Integrar o Grupo Articulador Regional (GAR) do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências, articulando o cuidado dos usuário afetados pela violência;

6. Monitorar e atuar para a qualificação das listas do SISREG para “Consulta em Saúde Mental Adulto” e “Consulta em Psiquiatria”, analisando os perfis de solicitação das unidades de sua área, apoiando a regulação e intervindo para garantir a atenção no nível de cuidado adequado conforme a classificação de risco;
7. Manter interlocução com os serviços que atendem urgências em saúde mental, para identificação dos usuários mais frequentes e articulação do cuidado territorial;
8. Coordenar o Fórum de Saúde Mental e as supervisões de território em atenção psicossocial.

SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

Todas as situações listadas anteriormente onde se descreve quando manter o tratamento apenas na APS.

COMO SOLICITAR SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO SISREG

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações::

1. Descrição do quadro de saúde mental atual (evolução dos sintomas, características que sugerem o diagnóstico, elementos que indiquem que se trata de média complexidade e se houve matriciamento);
2. A partir do atendimento na APS, informar qual foi a conduta proposta e quais foram os resultados encontrados;
3. Se apresenta risco para si ou para outros;
4. Se já fez tratamento anteriormente e quais foram os resultados;
5. Se apresenta alteração clínica associada, suspeita de demência ou outro agravo clínico que possa justificar quadro de saúde mental;

6. Se mulher em idade fértil, informar se está gestante /ou em lactação;
7. Descrever se há presença de ideação suicida, tentativas de suicídio atuais ou no passado;
8. Descrever se o mesmo apresenta prejuízo funcional na vida cotidiana, e qual o prejuízo;
9. Se possui suporte familiar e comunitário;
10. Descrever o histórico de saúde mental:
 - a. Episódios de sofrimento mental agudo ou quadros crônicos prévios, descrevendo-os;
 - b. Conduta terapêutica adotada no momento e histórico de acompanhamento prévios (se na Atenção Primária, descrever as ações realizadas; se psicoterápico, o tipo e duração; se farmacológico, descrever quais drogas, as doses e posologia);
 - c. Internações psiquiátricas anteriores — caso sim, descrever o número de internações e o ano da última internação;
 - d. Quadros de comorbidades clínicas;
11. Exames realizados e seus resultados, com data;
12. Exames solicitados e que aguardam realização;
12. Expectativas ou respostas que o médico da APS espera da atenção especializada.

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

A atenção às urgências em saúde mental é compreendida como um processo complexo que envolve não apenas o apaziguamento de sintomas agudos, mas fundamentalmente a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, para a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário e qualificado, substitutivo à internação, promovendo atenção, tratamento e integralidade. Para tal, é fundamental a articulação entre os dispositivos da rede de cuidados — emergências, CAPS, Atenção Primária, família e recursos comunitários.

O acolhimento e a oferta de escuta é a primeira ação diante da identificação de um quadro de crise. É preciso abordar o usuário de forma calma, oferecendo um es-

paço para que possa ser ouvido e onde possa falar sobre aquele momento. Além disso, é importante perguntar sobre rede de apoio imediata, uso abusivo de medicação ou álcool e drogas, e se ocorreram eventos que possam ter contribuído para o desencadeamento daquele episódio. A escuta atenta traz elementos importantes para a compreensão e o manejo da crise. Tais informações devem ser compartilhadas com os dispositivos que darão seguimento no acolhimento à crise, seja a Emergência ou o CAPS. Se a situação de crise persistir, deve-se, preferencialmente, acionar o CAPS por contato telefônico, para definição da conduta do caso e, na impossibilidade desse contato, acionar Vaga Zero.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

As seguintes condições clínicas (válido para todos os pacientes independentemente do transtorno mental) devem ser encaminhadas, caso não consiga contato imediato com o CAPS de referência:

1. Risco de suicídio com planejamento no momento e acesso aos meios; OU
2. Risco de auto ou heteroagressão (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco); OU
3. Risco por hipersexualização ou comportamento inadequado (quando não existe suporte sociofamiliar capaz de conter o risco).

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA CLÍNICA

As seguintes condições clínicas (válido para todos os pacientes independente do transtorno psiquiátrico) devem ser encaminhadas:

1. Síndrome de abstinência a substâncias psicoativas avaliada pelo clínico como moderada a grave; OU
2. Alterações de pensamento e/ou sensopercepção com rebaixamento de consciência — delirium.

LEMBRETE: A classificação de complexidade em saúde mental se relaciona com o risco de vida, o grau de autonomia e o suporte social do caso.

- Casos para avaliação e definição de conduta são casos para matriciamento.
- Casos com baixa complexidade devem permanecer na APS com apoio das equipes eMulti — atendimentos ambulatoriais em psiquiatria incluem os casos de média complexidade.
- Casos com alta complexidade devem ser compartilhados com os CAPS.

UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal **minhasaude.rio**.

CONSULTA EM PSIQUIATRIA — ADULTO

- Instituto de Psiquiatria da UFRJ — IPUB
- Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ)
- CMS Augusto do Amaral Peixoto
- CMS Dom Helder Câmara
- CMS João Barros Barreto
- CMS Manoel José Ferreira
- CMS Maria Cristina Roma Paugartten
- CMS Masao Goto
- CMS Milton Fontes Magarão
- CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues
- CMS Waldyr Franco
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica Helio Pellegrino
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Newton Bethlem
- Policlínica Rodolpho Rocco
- Instituto Municipal Nise da Silveira
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

CONSULTA EM SAÚDE MENTAL — ADULTO

- CMS Oscar Clark
- CMS Augusto do Amaral Peixoto
- CMS Belizário Penna
- CMS Cecília Donnangelo
- CMS Clementino Fraga
- CMS Dom Helder Câmara
- CMS Ernesto Zeferino Tibau Jr.
- CMS Garfield de Almeida
- CMS João Barros Barreto
- CMS Manoel de Abreu
- CMS Manoel José Ferreira
- CMS Marcolino Candau
- CMS Maria Cristina Roma Paugartten
- CMS Mario Rodrigues Cid
- CMS Masao Goto
- CMS Milton Fontes Magarão
- CMS Nascimento Gurgel
- CMS Oswaldo Cruz
- CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues
- CMS Waldyr Franco
- CMS Woodrow Pimentel Pantoja
- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica Hélio Pellegrino
- Policlínica José Paranhos Fontenelle
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)

- Policlínica Newton Bethlem
- Policlínica Rodolpho Rocco
- Hospital Municipal Raphael de Paula Souza
- Instituto Municipal Nise da Silveira

Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares, o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **minhasaude.rio**, você pode consultar o “Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado” e os critérios de acesso aos prestadores.

REFERÊNCIAS

ARTMED. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes

para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017b.

COHEN, M.C.; CASTANHO, P. Impasses e potências: o matriciamento como dispositivo de cuidado. **Interface (Botucatu)**. v. 25, 2021.

FILHO, J. A. S., BEZERRA, A. M. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v.12, n. 40, 2018.

MORAIS, L. G. A. et al. Saúde mental: o papel da atenção primária à saúde. **Braz. J. Hea. Rev.** v.4, n.3, p. 10475-10489, mai-jun 2021.

PEREIRA, R.M.P.; AMORIM, F.F.; GONDIM, M.F.N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface (Botucatu)**. v. 24, s. 1, 2020.

PORTO ALEGRE. Secretaria da Saúde. TelessaúdeRS-UFRGS. **Protocolo de Encaminhamento de Encaminhamento Psiquiatria Adulto.** Porto Alegre, RS, 2016.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Saúde Mental. **Linha de Cuidado em Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro, RJ, 2019.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Saúde Mental e Superintendência de Atenção Primária. **Linhas de Ação para Atenção Ambulatorial em Saúde Mental.** Rio de Janeiro, RJ, 2016.

WENCESLAU, L.D., ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (Botucatu)**. v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.

