



**ITU**

**TEMPO DE CRESCER**

**Protocolo singularizado para o Município de ITU**

**PSIQUIATRIA**

**Organização e Elaboração**

Departamento de Regulação da Saúde Unidade de  
Gestão de Promoção da Saúde

**2023**



Secretaria Municipal  
de Saúde



Guilherme Gazzola  
**Prefeito Municipal**

Janaina Guerino de Camargo  
**Secretária Municipal de Saúde**

Dra. Claudia Cristina Pinton Magaldi  
**Gestora médica**

Dr. Fabiano C. B. Ralid  
**Coordenador Médico do Ambulatório de Especialidades Médicas**

Dra. Mayra A. da S. Nogueira  
**Médica Psiquiatra do Ambulatório de Especialidades Médicas**

Erica J. de Castro Tuani  
**Coordenação de Enfermagem do Ambulatório de Especialidades Médicas**

## Sumário

APRESENTAÇÃO:.....	5
FLUXO DE ATENDIMENTO .....	7
Priorização .....	7
DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA .....	8
Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta .....	8
1. Transtornos depressivos .....	8
2. Transtornos ansiosos .....	11
3. Transtorno bipolar .....	13
5. Transtornos por uso de substâncias .....	16
6. Transtornos não classificados nos protocolos anteriores.....	18
7. Outras orientações e observações gerais .....	18
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	20
REFERÊNCIAS .....	21

## APRESENTAÇÃO:

A **Atenção Básica** se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado da gestão do cuidado dos usuários, e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Portanto, é importante que a Atenção Básica seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** (ou secundário) é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica. Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de Regulação do Acesso (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

A **Regulação da Assistência à Saúde** visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno. Para este ordenamento são necessárias informações clínicas mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação e colabora com uma melhor qualificação das indicações/solicitações médicas.

A oferta deste protocolo é mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da atenção primária. Serve como subsídio para uma triagem clínica mais qualificada dos encaminhamentos desnecessários, colaborando com a priorização do acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos.

Por fim, tendo como objetivo essencial o melhor uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários, trazendo eficiência e equidade à gestão da demanda reprimida.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade de Psiquiatria Adulto.

Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com condições de saúde mental e tentativa de suicídio recente ou história de internação psiquiátrica com alta nos últimos 3 meses, anorexia nervosa e IMC<15kg/m<sup>2</sup>, sintomas psicóticos atuais ou gestantes que tenham indicação de encaminhamento devem ter preferência no encaminhamento para AEM, quando comparados com outras condições clínicas.

As seguintes condições clínicas devem ser **encaminhadas à UPA ou PAM** (válido para todos os pacientes independente do transtorno psiquiátrico):

- Risco agudo de suicídio;
- Risco agudo de auto ou heteroagressão (quando não existir suporte sócio familiar capaz de conter o risco);
- Risco agudo de exposição moral (quando não existir suporte sócio familiar capaz de conter o risco);
- Sintomas psicóticos agudizados.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

**Atenção:** oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

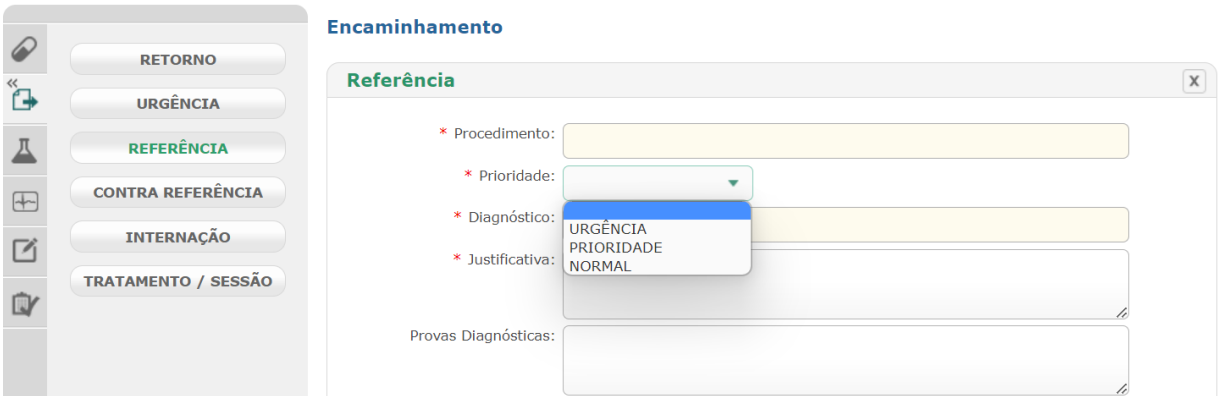
## FLUXO DE ATENDIMENTO

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico/generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o encaminhamento deste paciente.
- Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.
- O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.
- O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria unidade básica (UBS).

## Priorização

- **Urgência:** Não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar as Unidades de Urgência e Emergência do Município.
- **PRIORIDADE:** Casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias); e casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 02 meses;
- **NORMAL:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 02 meses sem prejuízo ao paciente.

Quadro demonstrando as priorizações disponíveis em nosso sistema de prontuário eletrônico – siss online.



**Encaminhamento**

**Referência**

\* Procedimento:

\* Prioridade:

\* Diagnóstico:

\* Justificativa:

Provas Diagnósticas:

## DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

- Transtornos depressivos
- Transtornos ansiosos
- Transtorno bipolar
- Psicoses (esquizofrenia e outros transtornos psicóticos)
- Transtornos por uso de substâncias
- Transtornos não classificados nos protocolos anteriores
- Outras orientações e observações gerais

### Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta

#### 1. Transtornos depressivos

As manifestações que sugerem a possibilidade de transtorno depressivo estão descritas no quadro 1. Os quadros auxiliares não representam critérios diagnósticos, mas permitem ao médico assistente avaliar o quadro psiquiátrico atual e determinar quando o encaminhar.

Quadro 1 – Sinais e sintomas sugestivos de episódios depressivos.

Os sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas:
Humor deprimido, tristeza
Perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades
Insônia
Retardo psicomotor
Fadiga ou perda de energia
Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva
Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente, plano suicida ou tentativa de suicídio

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS(2021).

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:**

- Episódio depressivo refratário: ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas efetivas por pelo menos 8 semanas cada(quadro2);
- Episódio depressivo associado a sintomas psicóticos;



- Episódio depressivo em paciente com episódios prévios graves (sintomas psicóticos, tentativa de suicídio ou hospitalização psiquiátrica);
- Episódio depressivo e ideação suicida persistente após manejo inicial na UBS (ausência de melhora 12 semanas após início do manejo).

Quadro 2–Estratégias terapêuticas efetivas para episódios depressivos.

<b>Estratégias não farmacológicas (individuais ou em grupo)</b>			
Estão indicadas nas depressões leves a moderadas ou em associação com fármacos nos quadros moderados a graves e podem ser aplicáveis se disponíveis na UBS: aconselhamento psicológico, terapia cognitivo comportamental, terapia interpessoal, ativação comportamental, psicoterapia breve.			
Estratégias Farmacológicas <sup>1</sup>			
<b>Fármaco(classe)</b>	<b>Dose inicial(mg)</b>	<b>Dose mínima efetiva(mg)</b>	<b>Doses usuais(mg)</b>
Amitriptilina(ADT)	25	75	100-300
Bupropiona(ANDE)	150	150	150-300
Citalopram(ISRS)	20	20	20-40
Escitalopram(ISRS)	10	10	10-20
Fluoxetina(ISRS)	20	20	20-80
Paroxetina(ISRS)	10- 12,5	20	20-40
Sertralina(ISRS)	50	50	50 - 200
Trazodona(ADA)	50	150	150-300
Venlafaxina(IRSN)	75	75	75 - 375
1 - Principais fármacos recomendados a partir de dados de efetividade, tolerabilidade, custo e disponibilidade na UBS;			
2 - Inibidores seletivos da recaptção da serotonina são a primeira linha de tratamento devido à eficácia e boa tolerabilidade.			

Estratégias terapêuticas efetivas:

1ª) monoterapia em dose efetiva média (no mínimo) por 8 semanas.

2ª) Se resposta parcial: associação do primeiro fármaco com outro fármaco (preferentemente de outra classe); ex: fluoxetina 80mg + amitriptilina 100mg ; ou se não resposta com o primeiro fármaco: trocar por outro fármaco até a dose máxima por 8 semanas.

**Atenção:** Citalopram - não disponível na farmácia central - e Paroxetina (se forem estes os escolhidos, a tomada deverá ser a noite, pois podem causar sonolência).

Sempre iniciar com a dose mínima e reavaliar após no mínimo 4 semanas e no máximo 8 semanas para então aumentar a dose caso se faça necessário. Explicar que a medicação pode demorar de 14 a 21 dias para se perceber efeito (quando será observada melhora). Tomar a medicação preferencialmente após café ou almoço – para prevenir epigastralgia – exceto caso o paciente venha a sentir sono com a mesma (então se modifica a tomada para o período noturno).

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico-quadro1);
- Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva;
- Presença de ideação suicida/ tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o método e a (s) data (s);
- Histórico psiquiátrico:
  - Outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (sim ou não). Se sim, descreva;
  - Internações psiquiátricas anteriores (sim ou não). Se sim, número de internações e data (mês e ano) da última internação;
  - Presença de abuso de substâncias (sim ou não). Se sim, descreva;
  - Tratamento em uso ou já realizado para a condição (não farmacológico-tipo e duração; e farmacológico -posologia, tempo de uso, tolerabilidade e padrão de resposta);
- Presença de comorbidades clínicas e tratamentos realizados;
- Se mulher em idade fértil, está gestante ou lactante (sim ou não);

## 2. Transtornos ansiosos

As manifestações que sugerem a possibilidade de transtorno de ansiedade estão descritas no quadro 3. Os quadros auxiliares não representam critérios diagnósticos, mas permitem ao médico assistente avaliar o quadro psiquiátrico atual e determinar quando encaminhar.

### Quadro 3 – Sinais e sintomas comuns nos transtornos de ansiedade.

Medo	Resposta emocional a ameaça iminente (real ou percebida como ameaça).
Ansiedade	Antecipação de ameaça futura. Mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva.
Ataques de pânico	Início súbito de intensa apreensão, medo, horror ou desconforto intenso acompanhado de sintomas somáticos e cognitivos específicos que atingem o pico máximo em até 10 minutos. Durante o ataque, ocorre pelo menos quatro dos seguintes sintomas somáticos ou cognitivos: Palpitações, coração acelerado, taquicardia; Sudorese; Tremores ou abalos; Sensações de falta de ar ou sufocamento; Sensações de asfixia; Dor ou desconforto torácico; Náusea ou desconforto abdominal; Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; Calafrios ou ondas de calor; Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento); Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo); Medo de perder o controle ou “enlouquecer”; Medo de morrer.

Fonte: Telessaúde

UFRGS(2021), adaptado de American Psychiatric Association(2014) e Marie Kieling(2013).

RS-

**Atenção:** Em pacientes que apresentem crises de pânico, prescrever Rivotril 0,25 mg sublingual (**não há na farmácia central, porém valor bem acessível**), para que seja usado nas

crises (pode ser usado até 6 cps no dia). Explicar malefícios dos benzodiazepínicos, como o risco de dependência (deve ser tomado somente se extremamente necessário)

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:**

- Transtorno de ansiedade refratário: ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (não farmacológicas e/ou farmacológicas) em dose terapêutica e por pelo menos 8 semanas cada (quadro4);
- Transtorno de ansiedade e ideação suicida persistente após manejo inicial na UBS (ausência de melhora 12 semanas após início do manejo).

**Quadro 4–Estratégias terapêuticas efetivas dos transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo recomendadas na UBS.**

**1ª linha:**

**Não farmacológica:** terapia cognitivo-comportamental (TCC) individual ou em grupo, se disponível;

**Farmacológicas:** inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), como fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram, venlafaxina.

**2ª linha:**

- clomipramina: doses iniciais de 25mg; doses médias de 100 a 250mg; dose máxima de 250mg.

**Estratégias terapêutica efetivas:**

1ª) monoterapia em dose efetiva média (no mínimo) por 8 semanas.

2ª) se resposta parcial: associação de duas intervenções (ex: ISRS+TCC; ISRS+clomipramina);

Se não houver resposta com o primeiro fármaco: trocar por outro fármaco de primeira linha ou clomipramina por 8 semanas.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Descrição do quadro atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico);
- Hipótese diagnóstica (pânico, ansiedade social, ansiedade generalizada, TOC);
- Presença de ideação suicida/ tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o método e a(s) data(s);
- Histórico psiquiátrico:
  - Outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (sim ou não). Se sim, descreva;
  - Internações psiquiátricas anteriores (sim ou não). Se sim, número de internações e data (mês e ano) da última internação;
  - Tratamento em uso ou já realizado para a condição (não farmacológico-tipo, duração e resposta terapêutica e farmacológico - medicamento utilizado, posologia, tempo de uso, tolerabilidade e padrão de resposta.

**3. Transtorno bipolar**

Pacientes com diagnóstico de Transtorno Bipolar e que estejam estáveis ou assintomáticos não necessitam encaminhamento para a atenção especializada, devendo manter o acompanhamento na UBS.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:**

- Quadros sugestivos de mania ou sintomas depressivos graves atuais associados a história de episódio maníaco/hipomaníaco;
- Transtorno bipolar que já vem em tratamento otimizado e apresentar recidivas frequentes ou sintomas mal controlados;
- Transtorno bipolar em mulheres grávidas.

**Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico-quadro5);
- Se mulher em idade fértil, está gestante (sim ou não). Se sim, descreva a idade gestacional;
- Presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, especifique os sintomas e a (s) data (s);
- Presença de ideação suicida/ tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o método e a (s) data (s);
- Histórico psiquiátrico:
  - Outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (sim ou não). Se sim; descreva;

- Internações psiquiátricas anteriores (sim ou não). Se sim, número de internações e data (mês e ano) da última internação.
- Tratamento em uso ou já realizado para a condição (não farmacológico - tipo, duração e resposta terapêutica; e farmacológico - medicamento utilizado, posologia, tempo de uso, tolerabilidade e padrão de resposta) e exames laboratoriais de controle conforme terapêutica vigente;

#### **Quadro5–Sinais e sintomas presentes nos episódios maníacos e hipomaníacos (transtorno bipolar).**

Os sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos quatro dias (episódio hipomaníaco) ou pelo menos uma semana (episódio maníaco):

- Humor irritável, expansivo, persistentemente elevado;
- Aumento anormal e persistente da energia;
- Autoestima inflada/grandiosidade;
- Diminuição da necessidade do sono;
- Taquilalia/pressão de fala;
- Pensamento acelerado / fuga de ideias;
- Distratibilidade (atenção facilmente desviada por estímulos irrelevantes);
- Aumento de atividades dirigidas a um objetivo ou agitação psicomotora;
- Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (por exemplo: surto de compras, indiscrições sexuais).

Fonte:TelessaúdeRS-UFRGS(2021).

#### **4. Psicoses (esquizofrenia e outros transtornos psicóticos)**

Pacientes com diagnóstico definido de transtorno psicótico ou esquizofrenia que estejam estáveis ou assintomáticos não necessitam de encaminhamento para a atenção especializada, devendo manter acompanhamento na UBS.

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:**

- diagnóstico inicial ou suspeita diagnóstica de transtorno psicótico (quadro6);
- transtorno psicótico que já vem em tratamento e apresenta recidivas frequentes e/ou sintomas psicóticos persistentes;
- esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos em gestantes.

#### **Quadro6–Sinais e sintomas que sugerem transtornos psicóticos.**

Delírios ou ideias delirantes: o indivíduo expõe crenças ou ideias que não são compatíveis com a realidade, mesmo quando mostradas evidências do contrário. Alguns exemplos: acreditar que a sua comida está sendo sistematicamente envenenada; que é alguém muito importante ou próximo de alguém muito famoso; que tem poderes especiais.

Alterações na forma do pensamento (perceptíveis pela fala do indivíduo): perda do encadeamento lógico das ideias, discurso desorganizado.

Alucinações: auditivas (ouvir vozes ou outros sons que não existem), visuais (enxergar vultos ou pessoas que não estão presentes) ou sensoriais (sensações táteis, sinestésicas ou guturais, por exemplo).

Comportamento desorganizado: comportamento não dirigido a um objetivo claro e/ou compreensível. Ex: andar pela rua sem rumo; fazer gestos ou atos sem propósito; vestimenta e aparência bizarras.

Sintomas negativos: empobrecimento da fala e da linguagem, diminuição ou ausência de iniciativa, lentificação psicomotora.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS(2021), adaptado de Dalgalarro (2018), MarieKieling (2013) e American Psychiatric Association (2014).

#### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico-quadro6);
- Se mulher em idade fértil, está gestante (sim ou não). Se sim, descreva a idade gestacional;
- Presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o método e a (s) data (s);
- Histórico psiquiátrico:
  - Episódios psicóticos prévios (sim ou não). Se sim, descreva sintomas e idade de início;
  - Outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados (sim ou não). Se sim, descreva;
  - Internações psiquiátricas anteriores (sim ou não). Se sim, número de internações e data (mês e ano) da última internação.
  - Tratamento em uso ou já realizado para a condição (não farmacológico- tipo, duração e resposta terapêutica; e farmacológico-medicação utilizado, posologia, tempo de uso, tolerabilidade e padrão de resposta).

## 5. Transtornos por uso de substâncias

### **Condição que indica a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:**

Síndrome de abstinência a substâncias psicoativas (exceto tabaco) classificada como moderada a grave.

### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental (CAPS AD):**

- Transtorno por uso de álcool: pacientes com provável dependência (quadro7) com motivação para tratamento especializado e:
- Esgotados os recursos terapêuticos na UBS; ou
- Em risco para síndrome de abstinência complicada (quadro8).
- Transtorno por uso de substância moderado a grave(exceto tabaco)(quadro7), com desejo de realizar tratamento e após esgotados os recursos disponíveis na atenção primária;
- Transtorno por uso de substância (exceto tabaco) em mulher na gravidez e/ou lactação;
- Transtorno por uso de substâncias (exceto tabaco) e ideação suicida persistente (12 semanas após início do manejo).

### **Quadro7–Transtorno por uso de substâncias.**

Classificado como leve, moderado ou grave conforme a quantidade de sintomas presentes:

- Consumo da substância em quantidades maiores ou por período mais longos do que o pretendido;
- Desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obtenção da substância, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos;
- Fissura, forte desejo ou necessidade de usar a substância;
- Uso recorrente da substância que resulta no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa;
- Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos;
- Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
- Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a



integridade física,

- Uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância;
- Desenvolvimento de tolerância à substância (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir o efeito desejado e/ou efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade da substância);
- Abstinência à substância (presença de síndrome de abstinência à substância e/ou consumo da substância para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência).

**Leve:** dois ou três

**Moderado:** quatro ou cinco

**Grave:** seis ou mais sintomas.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS(2021), adaptado de American Psychiatric Association(2014).

#### **Quadro 8 – Condições que indicam desintoxicação em serviço especializado.**

- Sintomas psicóticos;
- Condição médica instável (ex: sinais/sintomas de hepatopatia aguda);
- Gestação;
- Dependência a outra substância que possa causar sintomas de abstinência (exceto tabaco);
- Presença de febre, desorientação, sudorese profusa ou hipertensão arterial.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS(2021), adaptado de Hartwelle Brady(2021).

#### **Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:**

- Descrição do quadro psiquiátrico atual (descrevera(s) substância(s), quantidade e tempo de uso, além de outros sinais e sintomas que sugerem transtorno por uso de substâncias – (quadro7);
- Se mulher em idade fértil, está gestante ou lactante (sim ou não);

- Presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o método e a (s) data (s);
- Histórico psiquiátrico:
  - Histórico de uso de outras substâncias (sim ou não). Se sim, descreva

## 6. Transtornos não classificados nos protocolos anteriores

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço especializado em Saúde Mental:

- Agressividade e/ou agitação psicomotora associada a caso suspeito ou confirmado de:
- Deficiência intelectual; ou
- Transtorno do espectro do autismo.
- Transtornos do controle de impulsos:
- Jogo patológico; ou tricotilomania.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro atual (sinais e sintomas presentes, idade de início, evolução dos sintomas) com características que sugerem o transtorno;
- Tratamento em uso ou já realizado para a condição;
- Presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado (sim ou não). Se sim, descreva, especificando o (s) método (s) e a (s) data (s);
- Histórico de outros transtornos psiquiátricos ou internações psiquiátricas (sim ou não). Se sim, descreva;
- Prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva;

## 7. Outras orientações e observações gerais

Insônia como sintoma isolado ou mesmo dentro de algum dos transtornos já citados, investigar laboratorialmente (tsh e t4 livre), caso paciente já possua hipo/hipertireoidismo, verificar se está compensado.

Evitar prescrição de diazepam/ clonazepam ou outros benzodiazepínicos – devido risco de dependência e alterações em memória.

Prescrever inicialmente sedativos como neozine 25mg ou clorpromazina 25mg, há também a opção de neuleptil 4% 3 a 5gts. Tradozona 50mg e amitriptilina 25mg também pode ser prescrito.

Fazer orientações quanto a higiene do sono, horários fixos para deitar e levantar, evitar cafeína, evitar uso de telas próximo ao horário de dormir, investigar se por acaso anda trocando o dia pela noite, se possível, confirmar com familiar como vem sendo horários do sono.

Em todos os transtornos: orientar alimentação e sono adequados, além de exercício físico regulares.

Pacientes provindos de outros municípios e/ou serviços particulares, se estavéis, manter medicação e encaminhar somente se desestabilização.

Pacientes com queixa de impulsividade e descontrole alimentar, pode ser prescrito topiramato 50mg (001), podendo ser aumentado até 150mg (possui apresentações de 25, 50 e 100mg).

Pacientes com dores crônicas, pode ser prescrito: amitriptilina 25mg (podendo-se chegar até 100mg), duloxetina 30mg (podendo chegar a 90mg) e pregabalina 75mg (podendo chegar a 150mg)

## REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**AEM - AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS** - AV. TIRADENTES, 980 – PQ. INDUSTRIAL TEL: (11)4813-5010 (DESTINADO AO ATENDIMENTO DE CASOS MODERADOS E/OU INSTÁVEIS)

**CAPS II – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** - RUA MARECHAL DEODORO, 688 – CENTRO TEL: (11)4403-8932 (DESTINADO A CASOS AGRAVADOS E QUE NECESSITEM DE MAIOR SUPORTE)

**CAPS IJ – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL** - RUA DO PATROCÍNIO, 67 – CENTRO TEL: (11)4013-3443 (DESTINADO AO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATÉ OS 18 ANOS)

**CAPS AD – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS** - RUA SANTA CRUZ, 1111 – CENTRO TEL: (11) 4013-3448 (DESTINADO AO ATENDIMENTO PARA PACIENTES DEPENDENTES DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS)

## REFERÊNCIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial - Psiquiatria Adulto**: versão digital 2021. Porto Alegre: TelessaúdeRS- UFRGS, 29 dez. 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 15/02/2023

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Versão:	Data aprovação: