Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Coordenação de Atenção Secundária e Integração de Serviços
Diretoria de Serviços de Saúde Mental

Nota Técnica N.º 1/2023 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM

Brasília-DF, 06 de novembro de 2023.

Assunto: Nota Técnica - Critérios de Encaminhamento, Estratificação e Classificação de Risco para atendimento nos Centros Especializados em Saúde Mental no âmbito do DF

1. OBJETIVOS

1.1. Descrever os critérios e orientar o encaminhamento de usuários com sofrimento psíquico moderado para atendimento nos Centros Especializados em Saúde Mental no Âmbito do Distrito Federal.

1.2. Apresentar a estratificação e classificação de risco para a priorização dos atendimentos nos Centros Especializados em Saúde Mental do DF.

2. JUSTIFICATIVA

2.1. O cuidado em saúde mental perpassa a atenção primária à saúde, os serviços especializados da atenção secundária e os serviços de urgência e emergência, dentre outros, os quais fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

2.2. Esta Nota Técnica tem a finalidade de servir como guia de orientação aos profissionais da Rede SES/DF, para o encaminhamento assertivo aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, lembrando que a avaliação clínica de cada caso deve prevalecer na decisão a ser tomada, visto que manifestações de transtornos mentais estão relacionadas ao contexto biopsicossocial e quaisquer modificações nesse contexto podem aumentar ou reduzir os riscos e vulnerabilidades. Portanto, a avaliação deve ser ampla, sistemática e repetida.

3. DEFINIÇÕES:

3.1. Centros Especializados em Saúde Mental: são as unidades que atendem em contexto ambulatorial pessoas com sofrimento mental moderado. Compõem os serviços de Atenção Ambulatorial Secundária (AASE), com densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como da Atenção Hospitalar (AH), compreendendo serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico para casos de sofrimento mental moderado.

3.2. Sofrimento Mental Moderado: situações clínicas que se beneficiam majoritariamente de tratamento de saúde mental em nível ambulatorial, por meio de consultas individuais com diversas especialidades ou de grupos e oficinas terapêuticas. São situações que, pela sua peculiaridade, necessitam de um cuidado especializado em saúde mental que não é ofertado na APS, nem tampouco exigem a intensidade da atenção oferecida nos CAPS.

4. CONTEÚDO

4.1. *Encaminhadores:*

4.2. Quaisquer profissionais de saúde de todos os níveis de atenção podem identificar a necessidade de encaminhamento aos serviços ambulatoriais de saúde mental, conforme critérios descritos nesta nota técnica. No entanto, a inclusão no SISREG deve ser feita pela Equipe de Atenção Primária à Saúde responsável pelo usuário/família. Isso porque é necessário que o serviço especializado de saúde mental realize o matriciamento e o compartilhamento do cuidado com a equipe de referência do usuário, a fim de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Além disso, algumas condições exigem manejo prévio no âmbito da APS.

4.3. Entre os próprios serviços de saúde mental ambulatorial, por motivo de mudança de faixa etária. Nesses casos, a transferência de cuidados entre as unidades deve ser avaliada pela equipe de referência em período pré-estabelecido para inserção no SISREG, preferencialmente, com compartilhamento do Plano de Cuidados entre as duas equipes e com a APS, que deve ter ciência desta transferência e para manter a longitudinalidade do cuidado.

4.4. *Conteúdo descritivo mínimo do encaminhamento:*

O encaminhamento de usuários deverá conter o conteúdo mínimo descrito na **Tabela do ANEXO 1**, o qual será observado pelo regulador para melhor entendimento do caso e agendamento:

- Identificação
- Indicação do Ciclo de vida
- Descrição do quadro atual com os sinais e sintomas, duração e tempo de evolução
- História prévia
- Tempo de manejo na Unidade
- Estratégias terapêuticas já utilizadas no manejo do quadro atual
- Histórico de outras intervenções realizadas
- Impactos na Funcionalidade
- Fatores agravantes

4.5. *Centros executores:*

Os Centros Especializados em Saúde Mental[1] atendem usuários com quadros de sofrimento psíquico moderado. São eles:

4.5.1. **Centros Especializados em Saúde Mental (a partir de 18 anos):** são serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, compostos por profissionais de saúde mental, incluindo psiquiatras e psicólogos que atuam preferencialmente como retaguarda à Atenção Primária à Saúde em casos eletivos e de intensidade moderada para o público a partir de 18 anos. Atendem a população adulta vinculada ao território das áreas de abrangência da Região de Saúde onde estão localizados, se Panorama 1, ou pactuadas com outras Regiões de Saúde, se em Panorama 2.

4.5.2. Observação: Os serviços incluídos como Panorama 3 são os serviços ambulatoriais das Unidades de Referência Distrital (URD): Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) e Hospital de Apoio (HAB). Além do Hospital de Base do Distrito Federal (IGESDF) e Hospital Universitário de Brasília (HUB). Os critérios de encaminhamento a estes serviços estão em documentos específicos.

4.5.3. **Centros Especializados em Saúde Mental para Crianças (até 9 anos 11 meses e 29 dias) e Adolescentes (a partir de 10 anos a 17 anos 11 meses e 29 dias)**: são serviços especializados em saúde mental compostos por equipes multiprofissionais que oferecem atendimento ambulatorial e atuam preferencialmente como retaguarda à APS em casos eletivos e de intensidade moderada para o público infanto juvenil. Atendem usuários encaminhados de todas as Regiões de Saúde do DF e estão regulados em Panorama 3:

4.5.4. **COMPP** - atende usuários de até 9 anos, 11 meses e 29 dias com transtornos mentais moderados ou uso eventual de substâncias psicoativas. Atendimento não intensivo.

4.5.5. **Adolescentro -** atende usuários de 10 a 17 anos, 11 meses e 29 dias com transtornos mentais moderados ou uso eventual de substâncias psicoativas. Atendimento não intensivo.

4.5.6. Observação: Vale esclarecer que à medida que novos Centros se constituírem nos territórios das Regiões de Saúde, estas deverão passar a ser reguladas em Panorama 1 ou pactuadas com outras Regiões de Saúde, em Panorama 2.

4.6. *Ao Complexo Regulador do Distrito Federal:*

4.6.1. Orienta-se a organizar, em filas distribuídas por ciclo de vida, conforme a Tabela 1, as solicitações que serão encaminhadas em Panorama 3, sob regulação central, de acordo com o item 5.3.

4.6.2. A título de regulação, recomenda-se utilizar os critérios abaixo para garantir os princípios da equidade, integralidade e universalidade:

- 50% aos pacientes classificados como VERMELHO;
- 35% aos pacientes classificados como AMARELO;
- 10% aos pacientes classificados como VERDE;
- 5% aos pacientes classificados como AZUL.

4.6.3. A Tabela 1 abaixo contém a legenda sobre a definição por faixa etária referente ao ciclo de vida. Tem o intuito de orientar o direcionamento ao serviço mais adequado ao perfil apresentado.

Tabela 1 - Ciclo de vida	
Criança	até 9 anos, 11 meses e 29 dias
Adolescente	a partir de 10 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias
Adulto	a partir de 18 anos até 59 anos, 11 meses e 29 dias
Idoso	a partir de 60 anos

5. ORIENTAÇÕES GERAIS

5.1. Os usuários devem permanecer vinculados à Atenção Primária à Saúde para acompanhamento das demais condições gerais de saúde, durante a assistência na Atenção Secundária.

5.2. Sempre orientar usuários e familiares a levar o encaminhamento por escrito, as receitas dos medicamentos que utiliza e exames complementares realizados no último ano.

5.3. Há situações em que é necessária avaliação psiquiátrica especializada para fins legais, trabalhistas, tributários e de usufruto de outros direitos[2] . Nestes casos, se o usuário estiver em atendimento em algum serviço especializado de Saúde Mental da rede SES, é atribuição do profissional de saúde assistente o fornecimento dos relatórios e atestados. Caso contrário, o encaminhamento, via regulação, deve ser feito ao ambulatório de saúde mental da área de referência.

5.4. Para obtenção de passe livre local em pessoas com deficiência intelectual, tanto os psiquiatras e neurologistas, quanto os médicos de família e comunidade são profissionais aptos à elaboração dos laudos para concessão do benefício, não sendo necessário o encaminhamento aos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental[3] .

5.5. Em relação às solicitações dirigidas à Secretaria de Saúde para: perícias psiquiátricas com fins de determinação de capacidade civil, imputabilidade, interdição, aposentadoria por invalidez, constatação de alienação mental, anulação de ato jurídico, entre outras modalidades periciais, não há respaldo legal nas determinações judiciais, conforme parecer da Procuradoria Geral do Distrito Federal (PGDF)[4] .

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

6.1. É fundamental que os usuários sejam orientados quanto às condições obrigatórias e aos critérios de encaminhamento, a fim de que suas necessidades em saúde mental sejam melhor atendidas, além da otimização dos recursos materiais e humanos. Nesse sentido, para ser encaminhada aos serviços ambulatoriais de saúde mental, a pessoa deve ter obrigatoriamente as seguintes condições:

Tabela 2 - Condições obrigatórias
• O usuário deve ter sofrimento psíquico moderado, com rede de suporte familiar e/ou social e/ou institucional em condições de proporcionar a adesão ao plano de cuidados proposto. • Ser residente e domiciliado no território sanitário do Distrito Federal. O Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF) é responsável pelo processo de regulação do acesso à AASE na SES/DF. Somente o CRDF poderá promover o agendamento de consultas e procedimentos para pacientes provenientes de outras unidades da Federação, inclusive da RIDE, por meio de TFD, convênios e acordos de cooperação específicos, ressalvados os casos de urgência e emergência, que podem ser atendidos mediante contato e orientação da Central de Regulação de Urgências (CERU), conforme regulamentação própria. • Não ter indicativos de riscos e intensidade que definiriam direcionamento a outros serviços, ou seja, para CAPS I, II, III, infantojuvenil, AD e serviços de urgência e emergência[5] . • Não ter indicativos para os Centros Especializados em Reabilitação – CER, estabelecidos em Nota Técnica específica (especialmente em relação ao Transtorno do Espectro Autista e Deficiência Intelectual). Os usuários que apresentarem critérios para acompanhamento em serviços concomitantes do mesmo nível de atenção (por exemplo: CER e COMPP/Adolescentro) devem ter seus projetos terapêuticos construídos de forma compartilhada, considerando a Carteira de Serviços de cada Unidade de Saúde, promovendo a complementaridade da atenção e respeitando a vocação dos Serviços, evitando-se a duplicidade de ações. • Para os casos indicados aos Centros Especializados em Saúde Mental, não ter indicativos para consultas isoladas, individuais, em especialidades médicas e/ou outras categorias profissionais, as quais possuem critérios de encaminhamentos específicos. • Não ter sinais e sintomas psíquicos isolados, sem prejuízos ao funcionamento psíquico, cognitivo e/ou social. • Quando houver uso de substância psicoativa, deve ser ocasional e não intensiva.

6.2. As Tabelas 3 e 4 abaixo descrevem os critérios, o tempo de manejo e o número de estratégias necessárias para o encaminhamento, de acordo com a faixa etária.

Tabela 3 – Sinais e sintomas, tempo de manejo e número de estratégias necessárias para o encaminhamento de ADULTOS
Situações que requerem ao menos 8 semanas e duas estratégias terapêuticas distintas[6] de manejo na APS:
• Humor predominantemente deprimido ou irritável, com perda do interesse e prazer em atividades que antes eram prazerosas, sem risco a si e a terceiros. • Medo ou ansiedade intensa diante de objetos, pessoas ou situações específicas, associado a comportamento evitativo e sintomas físicos (taquicardia, sudorese, sensação de falta de ar), ou diagnóstico de fobias específicas, ansiedade social ou transtorno de pânico com ou sem agorafobia, e transtorno de ansiedade generalizada. • Sofrimento psíquico em decorrência do déficit de atenção e/ou hiperatividade e/ou impulsividade, observado em diversos contextos da vida após manejo ou sintomas persistentes apesar do tratamento. • Sofrimento psíquico em decorrência de preocupações excessivas e/ou recorrentes ou pensamentos obsessivos e/ou comportamentos compulsivos com prejuízo funcional ou diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo, com ausência de resposta ou resposta parcial. • Sofrimento psíquico em decorrência da dependência de tecnologias como videogames, jogos eletrônicos, tablets, redes sociais, celulares etc. • Sofrimento psíquico em decorrência de tiques vocais e/ou motores ou movimentos repetitivos estereotipados. • Sintomas psicossomáticos (incluem: dor crônica, alterações de funções corporais em que as causas orgânicas já foram investigadas e descartadas), com intensidade desproporcional à etiologia identificada. • Sofrimento psíquico em decorrência de incapacidade de controlar impulsos, com prejuízo funcional, laboral e/ou social, ou diagnóstico de: Transtornos dos Hábitos e dos Impulsos, (por exemplo: tricotilomania, jogo patológico, piromania, roubo patológico [cleptomania], entre outros) ou sofrimento psíquico em decorrência de comportamentos sexuais sem causa orgânica (parafilias, dentre outros). • Sofrimento psíquico e/ou estresse e/ou desconforto decorrente de situações vividas a partir da orientação afetiva e/ou identidade de gênero. • Sofrimento psíquico em decorrência de reações a eventos de vida e transtornos relacionados ao "estresse" (inclui: Transtorno de adaptação, luto, Transtorno do Estresse Pós-Traumático). • Sofrimento psíquico em decorrência de alterações do sono com impacto no funcionamento diário e/ou sem diagnóstico estabelecido e/ou fenômenos associados ao ciclo sono vigília sem resposta a medidas de higiene do sono e ao tratamento inicial. • Uso eventual de substâncias psicoativas com impacto na rede de apoio familiar e /ou social e/ou institucional.
Outras situações:
• Humor predominantemente elevado ou irritável, associado a taquipsiquismo, aumento da energia e da atividade psicomotora, com redução da necessidade de sono, sem risco a si e a terceiros, não atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância, por pelo menos 1 semana. Inclui os diagnósticos de: Episódio maníaco, Ciclotimia, Transtorno bipolar tipo I e II, Transtorno bipolar com recidivas frequentes ou sintomas mal controlados, Transtorno bipolar em mulheres grávidas. • Sofrimento psíquico com atitudes auto lesivas recorrentes (*cutting*). • Recusa alimentar persistente e/ou comportamentos purgativos recorrentes, compulsão alimentar ou diagnósticos de: Bulimia nervosa, Anorexia Nervosa, Transtorno de Compulsão alimentar periódica, sem os indicativos de urgência ou repercussões clínicas ameaçadoras à vida. • Sofrimento psíquico em decorrência de traços de personalidade e padrões rígidos de funcionamento, associado a comprometimento social e/ou laboral, mas sem comportamentos com alto risco imediato a si ou outrem e com rede de suporte preservada. Inclui: transtornos de personalidade e transtornos dissociativos. • Transtornos psicóticos com rede de suporte familiar e/ou social e/ou institucional capaz de garantir o acompanhamento, sem os indicativos de risco imediato. Inclui: Esquizofrenia, Transtorno Delirante Persistente, Transtorno Esquizoafetivo ou Transtorno psicótico sem outra especificação.

Tabela 4 - Sinais e sintomas, tempo de manejo e número de estratégias necessárias para o encaminhamento de CRIANÇAS E ADOLESCENTES
Situações que requerem ao menos 8 semanas e duas estratégias terapêuticas distintas[7] de manejo na APS:
• Humor predominantemente deprimido ou irritado com perda do interesse e prazer em atividades que antes eram prazerosas. • Medo ou ansiedade intensa diante de objetos, pessoas ou situações específicas, associado a comportamento evitativo e sintomas físicos (taquicardia, sudorese, sensação de falta de ar). • Sofrimento psíquico em decorrência de preocupações excessivas e/ou recorrentes ou pensamentos obsessivos e/ou comportamentos compulsivos com prejuízo funcional, com ausência de resposta ou resposta parcial. • Sofrimento psíquico em decorrência da dependência de tecnologias como videogames, jogos eletrônicos, tablets, redes sociais, celulares etc. • Sofrimento psíquico em decorrência de tiques vocais e/ou motores ou movimentos repetitivos estereotipados. • Medo excessivo e recorrente diante da possibilidade do afastamento temporário das figuras de apego, podendo estar associado a comportamento evitativo, queixas somáticas, pesadelos e reações de choro, ataques de raiva e birras. • Sintomas ansiosos (internalizantes) e disruptivos (externalizantes: agredir, mentir, furtar), podendo estar associados a queixas somáticas frequentes e/ou alteração do sono e do comportamento alimentar. • Uso eventual de substância psicoativas com impacto na rede de apoio familiar e/ou social e/ou institucional. • Sofrimento psíquico e/ou estresse e/ou desconforto decorrente de situações vividas a partir da orientação afetiva e/ou identidade de gênero. • Sofrimento psíquico em decorrência do déficit de atenção e/ou hiperatividade e/ou impulsividade, observado em diversos contextos da vida após manejo ou sintomas persistentes apesar do tratamento.
Outras situações:
• Humor predominantemente elevado ou irritável, associado a taquipsiquismo, aumento da energia e da atividade psicomotora, com redução da necessidade de sono, sem sintomas psicóticos e com crítica da necessidade de tratamento, sendo este episódio por pelo menos uma semana. • Sofrimento psíquico com atitudes auto lesivas recorrentes (*cutting*). • Recusa alimentar persistente e/ou comportamentos purgativos recorrentes e/ou compulsão alimentar com alterações do peso, sem os indicativos de urgência ou repercussões clínicas ameaçadoras à vida. • Padrão repetitivo e persistente de comportamento, no qual os direitos básicos ou regras sociais importantes são violadas e/ou humor irritável, com acessos recorrentes e desproporcionais de raiva e agressividade e/ou comportamento questionador/desafiante com figuras de autoridade ou índole vingativa.

6.2.1. Vale salientar que, para crianças e adolescentes, a definição diagnóstica envolve processo cuidadoso e necessidade de avaliação sistemática, devido ao processo de desenvolvimento neuropsicológico. Assim, na tabela acima não constam os nomes dos transtornos mentais e sim os sinais e sintomas.

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

7.1. Demanda espontânea, ou seja, sem regulação via SISREG.

7.2. Condições que podem ser manejadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) - ANEXO 2;

7.3. Condições que devem ser encaminhadas para atendimento em CAPS - ANEXO 3;

7.4. Condições que devem ser encaminhadas para a Rede de Urgências e Emergências (RUE), independentemente do diagnóstico do Transtorno mental - ANEXO 4;

7.5. Usuários com necessidade de reabilitação funcional, ou seja, com critérios para inclusão no CER ou Ambulatórios de Saúde Funcional, sem demandas de saúde mental, conforme Nota Técnica nº 10/2023 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESSF.

7.6. Quadros demenciais avançados, em que haja necessidade de cuidados continuados de fim de vida devem ser avaliados quanto ao encaminhamento às Equipes dos Núcleos de Atenção Domiciliar (NRAD), Ambulatórios de Geriatria, Hospital de Apoio ou outros serviços da rede.

7.7. Demandas agudas/recentes relacionadas às violências sexual, física, familiar, psicológica, dentre outras, devem ser encaminhadas aos Centros de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV, conforme fluxos e orientações próprias[8] .

7.8. Outros Centros de Referência Ambulatorial que possuam protocolos específicos nesta SES e junto ao Ministério da Saúde e/ou estrutura de funcionamento do serviço em linhas de cuidado, cujo fluxo próprio já foi validado pela SES/DF.

8. ALTA DOS SERVIÇOS

8.1. Sugere-se como parâmetro de alta dos serviços especializados a estabilidade clínica e psicossocial do usuário por **9 a 12 meses**, sem prejuízo do acompanhamento pela APS. Vale esclarecer que estabilidade não significa ausência total ou remissão de sintomas, mas a melhora do nível de funcionamento nas atividades da vida diária e social, tendo em vista que alguns quadros são crônicos.

8.2. Caso o usuário ainda apresente quadro clínico que justifique a permanência no serviço, este prazo pode ser estendido a critério da equipe.

8.3. Reforça-se a importância da alta segura e responsável, com pactuações entre usuários, familiares e equipe de referência visando a transferência de cuidados e o apoio matricial, seja para manutenção do cuidado pela equipe de saúde da família ou para outro serviço ambulatorial.

8.4. Sempre que o profissional do serviço ambulatorial especializado em saúde mental identificar que a unidade demandante necessita ter conhecimento do tratamento instituído, do plano terapêutico ou indicação de outros encaminhamentos, deve-se encaminhar relatório de contrarreferência.

8.5. CONTRARREFERÊNCIA

8.5.1. O relatório de contrarreferência deve ter o seguinte conteúdo mínimo:

- Dados pessoais (nome completo, data de nascimento, endereço, telefones para contato, nome e contato de responsável legal em caso de crianças, adolescentes ou pessoas dependentes de cuidados ou incapazes para atos da vida civil e número do cartão SUS/SES/DF);
- Impressão diagnóstica e tempo de acompanhamento
- Plano de Cuidado instituído
- Avaliação clínica e funcional do usuário
- Procedimentos realizados
- Prescrição atual: com informação se a medicação prescrita faz parte do Componente Especializado da Atenção Farmacêutica (conhecido como “Farmácia de Alto Custo”), e se há cadastro para o recebimento.
- Recomendações: quanto ao acompanhamento de curto, médio e longo prazo.

9. CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS PARA OS SISTEMAS SIGTAP E SISREG (SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS)

Tabela 5 - Códigos SIGTAP e SISREG

Serviço[9]	**Nomenclatura SISREG**	**SISREG**	**Código SIGTAP**
Centros Especializados em Saúde Mental Geral (Adultos)	Consulta em Saúde Mental Adulto	0766173	03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especi
Centros Especializados em Saúde Mental para crianças	Consulta em Saúde Mental - Pediatria	0210081	03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especi
Centros Especializados em Saúde Mental para adolescentes	Consulta em Saúde Mental - Adolescentes	0210082	03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na atenção especi

10. DA ESTRATIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A REGULAÇÃO DE CONSULTA NOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL

10.1. As Tabelas 6 e 7 indicam os itens que devem ser avaliados e descritos a fim de que o profissional da regulação possa classificar adequadamente a pessoa na fila para inserção no serviço especializado de saúde mental, de forma adequada.

10.2. Os usuários devem ter os critérios obrigatórios - vide Tabela 2;

10.3. No sistema de encaminhamento, os profissionais devem descrever o conteúdo conforme a descrição contida no item 4.4 e ANEXO 1, com os critérios de encaminhamento descritos nas Tabelas 2, 3 e 4, ou seja, com os sinais e sintomas, além do tempo de manejo e com as estratégias realizadas.

10.4. Os critérios deverão ser classificados de acordo com a funcionalidade[10] e fatores agravantes[11] , conforme tabelas 6 e 7 abaixo:

Tabela 6 - Classificação/estratificação de risco para CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Azul	Sem prejuízo funcional e até 3 fatores agravantes
Verde	Sem prejuízo funcional com mais de 3 fatores agravantes
Amarelo	Com prejuízo funcional, porém, sem interrupção/pausa das atividades (escola, trabalho, pares), com até 3 fatores agravantes
Vermelho	Com prejuízo funcional, porém, sem interrupção/pausa das atividades (escola, trabalho, pares), com mais de 3 fatores agravantes ou Interrupção/pausa das atividades (escola, trabalho, pares) ou Usuários em atendimento em alguma unidade ambulatorial de Saúde mental que, sob avaliação desta equipe, necessita de continuidade em outra Unidade por mudança da faixa etária ou Usuários que foram atendidos no ambulatório nos últimos 2 anos e receberam alta, mas apresentam sintomas que indicam retornar ao serviço

Tabela 7 - Classificação/estratificação de risco para ADULTOS

Azul	Sem prejuízo funcional com até 3 fatores agravantes
Verde	Sem prejuízo funcional com mais de 3 fatores agravantes
Amarelo	Com prejuízo funcional, porém, sem interrupção/pausa das atividades (escola, trabalho, pares), com até 3 fatores

Tabela 7 - Classificação/estratificação de risco para ADULTOS	
	ou Interrupção/pausa das atividades (escola, trabalho, pares) com mais de 3 fatores agravantes
Vermelho	Com prejuízo funcional, porém, sem interrupção/pausa das atividades (escola, trabalho, pares), com mais de 3 fatores agravantes ou Interrupção/pausa das atividades (escola, trabalho, pares) com mais de 3 fatores agravantes ou Usuários em atendimento em alguma unidade ambulatorial de Saúde mental que necessita de continuidade em outra Unidade por mudança da faixa etária ou Usuários que foram atendidos no ambulatório nos últimos 2 anos e receberam alta, mas apresentam sintomas que indicam retornar ao mesmo serviço

10.5. Em relação ao tempo de manejo e estratégias realizadas, é importante que a unidade de saúde encaminhadora tenha ciência da importância desse manejo inicial para que não sejam regulados todos os pacientes. Por este motivo, na Tabela 2 e 4 estão descritos os elementos a serem verificados pelos encaminhadores.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

11.1. Esta Nota Técnica tem validade até que seja substituída por Protocolo ou Linha de Cuidado específica.

11.2. Por não se esgotarem todas as ocorrências relacionadas ao atendimento ambulatorial em Saúde Mental, os casos não descritos nesta Nota Técnica deverão ser encaminhados para avaliação e deliberação pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental (via SEI SES/SAIS/COASIS/DISSAM ou e-mail: dissam.coasis@saude.df.gov.br).

12. ELABORADORES

- Ana Luísa Lamounier Costa, Psiquiatra (SAIS/COASIS/DISSAM)
- Denise Leite Ocampos, Médica de Família e Comunidade (SAIS/COASIS/DISSAM/GENASAM);
- Fabrício Fernandes Almeida, Psicólogo (SAIS/COASIS/DISSAM/GPSI);
- Fernanda Benquerer Costa, Psiquiatra (SAIS/COASIS/DISSAM);
- Rúbia Marinari Siqueira, Psicóloga e Gerente de Normalização e Apoio em Saúde Mental (SAIS/COASIS/DISSAM/GENASAM);

12.1. Colaboradores:

- Mirna Dutra de Castro Borges, Psicóloga (SAIS/COASIS/DASIS/GPSI)
- Alice Ponte Lima, Referência Técnica Distrital em Medicina de Família e Comunidade (SAIS/COAPS/DESF)
- Beatriz Montenegro F. S. Parente, Psicóloga (SAIS/COAPS/DESF/GASF)
- Membros do Grupo Condutor da RAPS
- Membros do Grupo de Trabalho instituído pela Ordem de Serviço nº 67, de 12 de maio de 2023, publicada no DODF Nº 91 de 16 de maio de 2023
- Membros das Câmaras Técnicas em Saúde Mental infanto-juvenil, Adulto e de Atenção Psicológica

13. REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V.A. Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2000.

BOTEGA, N.J. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº3/2017. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 24/11/2022.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em: 24/11/2022.

CASTRO, E.K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. Psicologia: ciência e profissão, Brasília, vol. 24, n. 3, Setembro, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. A Regulação dos Serviços de Saúde Mental no Brasil. Inserção da Psicologia no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar. Brasília: Julho de 2013.

_____. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências Técnicas para atuação de psicóloga(os) nos serviços hospitalares do SUS.1. ed. Brasília: 2019.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Plano Diretor de Saúde Mental 2020-2023. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/_FINAL+PDSM+2020+2023+aprovado+pelo+Conselho+de+Sau%CC%81de+em+160321.docx.pdf/fe7008a7-1c3d-7ec7-db56-2f762ee1cd3a?t=1661352633597. Acesso em: 24/11/2022.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Nota Técnica nº 1/2018 SES/DF/SAIS/COASIS/DISSAM: Critérios para encaminhamento de Crianças e Adolescentes para os Serviços de Saúde Mental Infanto-Juvenil da Atenção Secundária, disponível em http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Nota-T%C3%A9cnica-de-Sa%C3%BAde-Mental-Infanto-Juvenil.pdf

_____. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Nota Técnica nº 2/2019 SES/DF/SAIS/COASIS/DISSAM: https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/Nota-T%C3%A9cnica-DISSAM-n%C2%BA2-2019-Crit%C3%A9rios-para-encaminhamento-aos-servi%C3%A7os-de-adultos-para-os-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde-mental-da-aten%C3%A7%C3%A3o-secund%C3%A1ria.pdf

_____. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Portaria nº 773, DE 19 DE JULHO DE 2018. Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/61d302d0c57548879a1302b814e804d5/ses_prt_1388_2018.html#txt_1013bf6029114e84a5503446975b6926l>. Acesso em: 29 nov. 2019

_____. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Portaria nº 1100, DE 26 DE OUTUBRO DE 2021 Acrescenta aos Anexos I e II da Portaria Conjunta SGA/SES nº 08, de 18 de julho de 2006 a descrição das atribuições da especialidade de Psiquiatria, no cargo de Médico da Carreira Médica, e áreas de atuação Psiquiatria da infância e adolescência, e Psicogeriatria. Disponível em http://www.tc.df.gov.br/sinj/Norma/9e45b57c96904f6a829f9bdf21181805/ses_prt_1100_2021.html. Acesso em

_____. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 2125-2134, 2019.

Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Prefeitura do Rio de Janeiro. Linhas de Ação para Atenção Ambulatorial em Saúde Mental. 2016

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde - PDPIS. Gerência de Práticas Integrativas em saúde. Brasília. 2014.

GUEDES, Bruno de Almeida Pessanha et al. A organização da atenção ambulatorial secundária na SADOCK, B.J. et al. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica 11ª edição.Porto Alegre: Artmed, 2017.

SEIDL, E.M.F. & JÚNIOR, A.C. O Psicólogo na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, Vol.15 n. 1, pp. 027-035, Jan-Abr 1999.

SOCIEDADE BRASÍLIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). 2. Ed. Florianópolis, 2009.

WHO. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability, and Health. 2003.

14. ANEXO 1 - GUIA PARA PREENCHIMENTO DO ENCAMINHAMENTO

Conteúdo Descritivo Mínimo	
Identificação	Nome completo: _____ Data de nascimento: _____ Número do cartão SUS/SES: _____ Endereço: _____ Telefones para contato com nome e contato de responsável legal (em caso de crianças, adolescentes ou pessoas dependentes de cuidados ou incapazes para atos da vida civil): _____ Data do encaminhamento: _____
Indicação do Ciclo de vida	( ) Criança - até 9 anos, 11 meses e 29 dias ( ) Adolescente - a partir de 10 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias ( ) Adulto - a partir de 18 anos até 59 anos, 11 meses e 29 dias ( ) Idoso - a partir de 60 anos
Descrição do quadro atual com os sinais e sintomas, duração e tempo de evolução	_____ _____ _____ _____ _____ _____
História prévia	_____ Comorbidades clínicas prévias? Quais? _____ _____
Tempo de manejo na Unidade de APS	Tempo de manejo da demanda de sofrimento mental na APS: _____
Estratégias terapêuticas já utilizadas no manejo do quadro atual	( ) Medicamentosas:_____ ( ) Atendimentos individuais com profissionais de diferentes categorias profissionais: _____ ( ) Grupos Terapêuticos: _____ ( ) Práticas Integrativas em Saúde[12] : _____ ( ) Cuidado compartilhado com outras Unidades de Saúde e/ou da rede intersetorial: _____ ( ) Intervenção com a família/responsáveis/rede de apoio: _____ ( ) Outras. Descrever: _____
Histórico de outras intervenções realizadas	( ) Encaminhamento a outras especialidades: _____ ( ) Internações psiquiátricas prévias (se sim, especificar a data da última): _____ ( ) Outras: _____
Impactos na Funcionalidade	( ) Prejuízos nas interações e relações interpessoais em decorrência do quadro encaminhado, considerando o padrão de funcionamento anterior, ou o desenvolvimento esperado para o momento de vida: _____ ( ) Descrever impacto nas atividades básicas de vida diária (ABVD)[13] e/ou instrumentais de vida diária (AIVD)[14] :_____ ( ) Descrever prejuízos na capacidade laboral e/ou acadêmica, ou interrupção/pausa nas atividades (escola, trabalho, entre pares):
Fatores Agravantes	( ) Sintomas psicossomáticos (descrever): por exemplo, dores, palpitações, parestesias, taquicardia, náuseas, ou outros que não possam ser explicados por doença clínica ou cuja gravidade é desproporcional à doença clínica de base: _____ ( ) Situação de luto atual complicado: _____ ( ) Uso ocasional de álcool e outras substâncias psicoativas: _____ ( ) Presença de vulnerabilidades econômicas, sociais, culturais, dentre outras. Exemplos: usuário desempregado, profissional do sexo, indígena, pessoa LGBTQIAP+, refugiada, população negra, dentre outras: _____

15. ANEXO 2 - CONDIÇÕES QUE PODEM SER MANEJADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Transtornos mentais que estejam com quadros clínicos estabilizados (sem crises importantes nos últimos 9 a 12 meses) ou que apresentem leve impacto no funcionamento geral, social ou ocupacional
Transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, que não caracterizem síndrome de dependência, ou que não apresentem critérios para inserção em um dos serviços especializados.
Processo de luto, por até oito (8) semanas, sem sinais de alerta. Considerar como sinais de alerta de gravidade que demandam avaliação especializada: ideação suicida, alucinações, perda da capacidade de autocuidado e de exercer atividades diárias.
Transtornos de ajustamento.
Transtornos do sono, do humor, ou de ansiedade em grau leve.
Transtorno depressivo persistente sem comorbidades psiquiátricas.
Pessoas com direito ao usufruto de passe livre distrital devido à deficiência intelectual.
Observação: considerar a possibilidade de acompanhamento conjunto via apoio matricial pelos CAPS e/ou outros serviços especializados.

16. ANEXO 3 - CONDIÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS AOS CAPS

Dificuldades graves relacionadas à manutenção do autocuidado, das atividades laborais e formação e manutenção de rede de apoio social, associadas a transtornos mentais.
Tentativa recente de suicídio (últimos 30 dias), ou risco elevado de comportamento suicida.
Presença de sintomas psicóticos (alucinações e delírios), desorganização e desinibição comportamental associados ao envolvimento em atividades com elevado potencial para consequências danosas.
Alterações comportamentais com risco a si ou terceiros, com comprometimento da interação e comunicação social.
Alta hospitalar recente (últimos 30 dias) de internação decorrente de crise psíquica.
Uso nocivo de substâncias psicoativas, síndrome de abstinência e síndrome de dependência.
Luto ou reações a eventos de vida associados a sinais de alerta, independentemente do tempo decorrido (ideação suicida, alucinações, perda da capacidade de autocuidado e de exercer atividades diárias).
Intenso sofrimento mental associado a deficiência intelectual ou transtornos mentais decorrentes de lesões orgânicas, disfunção cerebral ou de doença física, com grave comprometimento da autonomia, da capacidade de tomar suas próprias decisões, de garantir sua segurança e de manter o autocuidado (higiene, alimentação, cuidados pessoais).
Transtornos mentais em que ocorra comprometimento das atividades diárias, da autonomia, da capacidade de cuidar de si e que indiquem necessidade de intervenções intensivas para o manejo.
Avaliação do estado mental para cumprir determinação judicial ou demandas de órgãos de controle (Defensoria Pública, Ministério Público, Varas de Família, da Promotoria de Defesa da Pessoa idosa, entre outros), com o objetivo de orientar a inserção do usuário na rede de saúde, conforme fluxos dos serviços, à exceção de realização de perícia médica.
IMPORTANTE: Para as condições acima, é importante avaliar se a pessoa apresenta condições de permanecer em atendimento em contexto comunitário, com estabilidade de condições clínicas gerais. Caso necessite de intervenção intensiva, apresentar condições de fazê-lo de forma voluntária. Apesar de apresentarem quadro psiquiátrico grave, com fragilidade de vínculos sociais, mantém condições de se vincular ao serviço, mantendo acompanhamento longitudinal, com necessidade de reabilitação psicossocial.

17. ANEXO 4 - CONDIÇÕES QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS À REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS - RUE

Risco iminente de suicídio com necessidade de intervenção imediata devido ao alto risco a si. Considerar tentativa de suicídio iminente/em curso/recente; presença de desespero ou outros afetos intoleráveis, abuso grave de substâncias, impulsividade, fragilidade da rede de apoio familiar ou social, autocuidado prejudicado, acesso a métodos potencialmente perigosos, planejamento e tomada de providências para um ato suicida, alucinações, desorganização do comportamento ou qualquer outro indício clínico de urgência.
Agitação psicomotora intensa
Risco imediato de auto ou heteroagressividade
Risco imediato de exposição moral
Intoxicação ou abstinência de substâncias psicoativas, avaliada pelo profissional como moderada a grave
Incapacidade grave de autocuidado, com repercussões clínicas
Grave recusa alimentar
Rebaixamento, flutuação do nível de consciência, ou confusão mental (delirium)
Catatonia, imobilidade prolongada, rigidez muscular ou contraturas
Sinais de síndrome neuroléptica maligna ou outros efeitos adversos potencialmente graves de medicamentos
Reação aguda a estresse (até 30 dias após exposição a situações traumáticas, ameaçadoras à vida, ou percebidas como tal)
IMPORTANTE: Para as condições acima, é importante avaliar se a pessoa apresenta também necessidade de outras intervenções clínicas/cirúrgicas/ortopédicas imediatas, além de ausência de suporte social ou contexto que permita a adesão a um Plano terapêutico psicossocial no momento.

[1] Realizam o acolhimento inicial para todo o serviço e elaboram o plano de cuidados para cada paciente de acordo com suas necessidades individuais. Os atendimentos acontecem em grupo e/ou atendimento individual. Vale esclarecer que caso haja necessidade de atendimento por uma única categoria profissional (por exemplo: fonoaudiologia, neuropediatria, etc), deve-se seguir Notas Técnicas específicas de cada especialidade.

[2] Exemplos: demanda por atestados para fins de adoção, para posse em cargos públicos, relatórios para constatação de doença que permite a obtenção de Benefício de Prestação Continuada, para aposentadoria por invalidez, para isenção de imposto de renda por doenças especificadas em lei, para isenção de outros impostos por motivos de saúde, conforme previsão legal, dentre outros.

[3] Tal entendimento foi detalhado no processo SEI 00060-00405422/2018-91.

[4] Parecer n.º 1.011/2017 da Procuradoria Especial da Atividade Consultiva PRCON/PGDF conclui que: "I – De acordo com o artigo 95, § 3º, do CPC/2015, em se tratando de perícia de responsabilidade de beneficiário de gratuidade de justiça, é possível apenas determinação de indicação de servidor que integre o Poder Judiciário ou pertença a órgão público conveniado para a sua realização. II – Assim, entende-se que, inexistindo convênio, não há respaldo legal nas determinações judiciais, dirigidas à Secretaria de Saúde, para que designe médicos que funcionem como peritos em casos de gratuidade de justiça".

[5] Considerar direcionamento aos CAPS (Nota Técnica vigente e Anexo 2) ou à Rede de Urgência e Emergência (Portaria Nº 536/2018 e Anexo 3)

[6] Incluem: tratamentos medicamentosos ou não, atendimentos psicológicos ou por outras categorias profissionais, participação em grupos ou práticas integrativas em saúde, intervenção com as família/responsáveis, etc.

[7] Incluem: tratamentos medicamentosos ou não, atendimentos psicológicos ou por outras categorias profissionais, participação em grupos ou práticas integrativas em saúde, intervenção com as família/responsáveis, etc.
[8] Disponível em http://www.saude.df.gov.br/vigilancia-em-violencia/
[9] Os códigos específicos dos serviços das Unidades de Referência Distrital (URD) serão criados após a formalização das equipes junto ao Grupo Condutor da RAPS para fins de regulação.
[10] Ver Anexo 1. Considerar na avaliação de funcionamento geral: Prejuízo nas interações e relações interpessoais (considerar o padrão anterior ou desenvolvimento esperado para o momento da vida); Impacto nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e/ou instrumentais de vida diária (AIVD); Capacidade laboral e/ou acadêmica e/ou Interrupção/pausa nas atividades (escola, trabalho, outras).
[11] Ver Anexo 1. Considerar como agravantes: sintomas psicossomáticos; perda recente com luto complicado; uso ocasional de álcool e outras substâncias psicoativas; presença de vulnerabilidades econômicas; sociais e culturais
[12] São entendidas como tecnologias que abordam a saúde do Ser Humano na sua multidimensionalidade - física, mental, psíquica, afetiva e espiritual, promovendo seu protagonismo, corresponsabilidade, emancipação, liberdade e atitude ética, com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde. Exemplos: Terapia Comunitária Integrativa, Automassagem, etc.
[13] São aquelas relacionadas ao autocuidado, ou seja, são as atividades fundamentais necessárias para a vida como: tomar banho, se vestir, executar sua própria higiene, conseguir se transferir da cama para a cadeira e vice-versa, ter continência, capacidade de se alimentar e andar. A incapacidade de realizar essas atividades identifica alto grau de dependência.
[14] São aquelas rotineiras do dia a dia, no qual deve-se usar os recursos disponíveis no meio ambiente para uma vida independente e ativa na comunidade. Estão relacionadas com a realização de tarefas mais complexas, como arrumar a casa, telefonar, viajar, fazer compras, preparar os alimentos, controlar e tomar os remédios e administrar as finanças.

Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA BENQUERER COSTA - Matr.1442151-8**, **Referência Técnica Distrital (RTD) Psiquiatria**, em 09/11/2023, às 17:03, conforme art. 6º do Decreto n° 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **RUBIA MARINARI SIQUEIRA - Matr.1441359-0**, **Gerente de Normalização e Apoio em Saúde Mental**, em 13/11/2023, às 21:11, conforme art. 6º do Decreto n° 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA FIGUEIREDO FALCOMER MENESES - Matr.1710677-X**, **Diretor(a) de Serviços de Saúde Mental**, em 13/11/2023, às 22:27, conforme art. 6º do Decreto n° 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **IZABELLA ARAUJO MORAIS - Matr.1672187-X**, **Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços substituto(a)**, em 14/11/2023, às 13:35, conforme art. 6º do Decreto n° 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **LARA NUNES DE FREITAS CORREA - Matr.1675286-4**, **Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 22/11/2023, às 14:54, conforme art. 6º do Decreto n° 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?
acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0
verificador= **126325989** código CRC= **FB1FB6AD**.