



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 SEI-GDF n.º 2/2019 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM

Brasília-DF, 31 de dezembro de 2019

Nota Técnica SEI-GDF n.º 02/2019 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM

Assunto: Critérios para encaminhamento de Adultos para os Serviços de Saúde Mental da Atenção Secundária.

DOS OBJETIVOS

1. Descrever os principais critérios e orientações para o encaminhamento de Adultos (pessoas que têm mais de 18 anos de idade) da Atenção Primária à Saúde (APS) aos serviços especializados de Saúde Mental da Atenção Secundária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF).
2. Servir como guia de orientação aos profissionais da Rede SESDF, 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 o risco. Portanto, a avaliação deve ser ampla, sistemática e repetida.
3. Citar os critérios de encaminhamento e contrarreferência entre pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como por exemplo a Atenção Primária à Saúde (APS), a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Atenção Hospitalar.
4. Este documento tem como público-alvo a população adulta (acima de 18 anos de idade), com exceção dos CAPS AD e AD III, que atendem usuários a partir de 16 anos e do CAPS I, que atende a todas as faixas etárias.

DOS ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL A ADULTOS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

5. As faixas etárias, modalidades e características para atendimento nos serviços de Saúde Mental objeto desta Nota Técnica na Atenção Secundária da SESDF são:
 - CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial 1) – é um serviço público de saúde para pessoas de todas as idades e que apresentem sofrimento psíquico intenso decorrente de transtornos mentais graves e persistentes ou do uso de álcool e outras drogas. Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.
 - CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial 2) – é um serviço público de saúde que atende pessoas a partir de 18 anos que apresentem intenso sofrimento psíquico. Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.
 - CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial 3) – é um serviço público de saúde que atende pessoas a partir de 18 anos que apresentem sofrimento psíquico intenso decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. Funciona 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados.
 - CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas) – é um serviço público de saúde que atende pessoas a partir dos 16 anos que apresentem sofrimento psíquico intenso decorrente do uso de álcool e outras drogas. Funciona de segunda a sexta-feira em horário comercial.
 - CAPS AD III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 3) – é um serviço público de saúde que atende pessoas a partir de 16 anos que apresentem sofrimento psíquico intenso decorrente do uso de álcool e outras drogas. Funciona 24 horas por dia, incluindo finais de semana e feriados.
 - Policlínicas com linha de cuidado em Saúde Mental para Adultos - oferecem atendimento ambulatorial especializado e atuam como suporte à Atenção Primária à Saúde em casos eletivos. Atendem a população vinculada ao território das áreas de abrangência da Região de Saúde onde estão localizados.

DAS FORMAS DE ACESSO

6. Os CAPS I, II e III e os CAPS AD e AD III^[1] acolhem demanda espontânea para intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes ou do uso de crack, álcool e outras drogas.
7. As Policlínicas com linha de cuidado em Saúde Mental Adulto possuem acesso regulado, via Gerência de Regulação da Atenção Primária e não atendem demanda espontânea.
8. É fundamental que os usuários sejam orientados quanto a tais critérios, a fim de ter melhor atendidas suas necessidades de saúde mental, além da otimização dos recursos materiais e humanos.

DOS MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO

9. **Aos CAPS I, II e III**
- Dificuldades graves relacionadas à manutenção do autocuidado, das atividades laborais e formação e manutenção de rede de apoio social, associadas a transtornos mentais; ou
 - Tentativa recente de suicídio (últimos 30 dias); ou
 - Ideação suicida recorrente, sem indicativos de risco imediato[2];
 - Presença de sintomas psicóticos (alucinações e delírios), desorganização e desinibição comportamental associados ao envolvimento em atividades com elevado potencial para consequências danosas (fugas de casa, comportamento sexual de risco, uso de substâncias psicoativas); ou
 - Alterações comportamentais com risco a si ou terceiros, com comprometimento da interação e comunicação social, associados a comportamentos repetitivos e interesses restritos ou a movimentos estereotipados, com necessidade de monitoramento contínuo e de medidas de proteção para prevenção de lesão grave; ou
 - 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); ou
 - 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); ou
 - Traços de personalidade e padrões rígidos de funcionamento que levam a sofrimento pessoal, social ou ocupacional, com comportamentos que indiquem risco a si ou outrem e rede de suporte social e familiar comprometida (inclui os diagnósticos de transtornos de personalidade); ou
 - 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 (inclui os diagnósticos de transtorno depressivo maior, transtorno bipolar do humor, esquizofrenia, transtorno delirante persistente, transtorno esquizoafetivo); ou
 - Alta hospitalar recente (últimos 30 dias) de internação decorrente de crise psíquica; ou
 - 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; ou
 - Quadros de transtornos mentais com os critérios acima, associados a padrões de uso de substâncias psicoativas que não caracterizem síndrome de dependência.
10. **Aos CAPS AD e AD III**
- Usuários a partir de 16 anos com uso de substâncias psicoativas conforme os padrões abaixo:
 - Uso Nocivo: modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde física, psíquica, e traz consequências sociais, familiares ou ocupacionais. Exemplos: hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool, perda de produtividade no trabalho, conflitos relacionais, episódios de violência, entre outros.
 - Síndrome de Abstinência: conjunto de sintomas de gravidade variável que ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões e *delirium*. Casos avaliados como moderados a graves[3] devem ser encaminhados inicialmente à Rede de Urgência e Emergência – RUE[4].
 - Síndrome de Dependência: conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de substância psicoativa, tipicamente associado a forte desejo de usá-la; à dificuldade de controlar o consumo; à utilização persistente apesar de consequências negativas; a maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações; ao aumento da tolerância pela droga e, ao estado de abstinência. Intoxicação ou abstinência agudas em grau moderado a grave devem ser inicialmente direcionados à RUE.
11. **Às Policlínicas com linha de cuidado em Saúde Mental para Adultos, que contam com médicos psiquiatras**

- Humor predominantemente irritado ou deprimido, ou perda de interesse e prazer em atividades que antes eram prazerosas, sem resposta ou com resposta parcial ao tratamento com pelo menos duas estratégias terapêuticas por pelo menos 8 semanas cada na Estratégia de Saúde da Família (ESF); ou episódio depressivo em paciente com episódios prévios graves (sintomas psicóticos, tentativa de suicídio ou hospitalização psiquiátrica); ou episódio depressivo associado a sintomas psicóticos, sem critérios para inserção nos CAPS.
- Humor predominantemente elevado ou irritável, associado a taquipsiquismo, aumento da energia e atividade psicomotora, diminuição da necessidade de sono, por pelo menos uma semana. Inclui os diagnósticos de episódio maníaco, transtorno bipolar tipo I e II ou ciclotimia, se a pessoa apresentar rede de suporte familiar participativa no tratamento, condições de aderir às medidas propostas e não apresentar os indicativos de risco do item 23; ou transtorno bipolar com recidivas frequentes ou sintomas mal controlados; ou transtorno bipolar em mulheres grávidas.
- Atitudes auto lesivas recorrentes (*cutting*), sem risco de suicídio imediato; ou
- Comprometimento da interação e comunicação social, associados a comportamentos repetitivos e interesses restritos, com ou sem diagnóstico prévio de transtornos do espectro do autismo, associado a distúrbios comportamentais como autolesão ou agitação psicomotora, sem resposta à abordagem inicial pela APS.
- Queixas somáticas inespecíficas, que após criteriosa investigação clínica e laboratorial, não são explicadas por quadros orgânicos, ou diagnóstico prévio de transtornos dissociativos ou somatoformes; ou
- Alterações do sono com impacto no funcionamento diário que não apresentam resposta a medidas de higiene do sono e tratamento inicial por pelo menos oito (8) semanas pela ESF, ou que não apresentem diagnóstico estabelecido; ou
- Distúrbios comportamentais sem risco a si ou terceiros, com déficit intelectual e adaptativo, ou diagnóstico anterior de deficiência intelectual com alterações de comportamento; ou
- Pensamentos obsessivos e/ou comportamentos compulsivos associados a sofrimento psíquico e prejuízo funcional ou diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo, com ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (psicoterapia e/ou psicofármacos em dose terapêutica e por pelo menos 8 semanas); ou
- 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 ou ansiedade generalizada, sem resposta ou com resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas por pelo menos 8 semanas cada; ou
- Incapacidade de controlar impulsos, com prejuízo funcional, ocupacional ou social, ou diagnóstico de transtornos dos hábitos e dos impulsos, (por exemplo: tricotilomania, jogo patológico, piromania, roubo patológico [cleptomania], entre outros); ou
- Recusa alimentar persistente e/ou comportamentos purgativos recorrentes, compulsão alimentar, ou diagnósticos de bulimia, anorexia, transtorno de compulsão alimentar periódica, sem os indicativos de urgência ou repercussões clínicas ameaçadoras à vida; ou
- Suspeita ou diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, caracterizado por desatenção, hiperatividade ou impulsividade presentes por mais de 6 meses, ou sintomas persistentes apesar do tratamento.
- Sofrimento decorrente de situações vividas a partir da orientação sexual e/ou identidade de gênero[5]; ou
- Reações a eventos de vida e transtornos relacionados ao “stress” (inclui Transtorno de adaptação, luto, Transtorno de estresse pós-traumático e outros), que não apresenta sinais de melhora com acompanhamento por ESF em oito (8) semanas; ou
- Traços de personalidade e padrões rígidos de funcionamento que levam a sofrimento pessoal, social ou ocupacional, sem comportamentos que indiquem alto risco imediato a si ou outrem e rede de suporte social preservada (inclui os diagnósticos de transtornos de personalidade); ou
- Deficiência intelectual, transtornos mentais decorrentes de lesões orgânicas, disfunção cerebral ou de doenças em outros órgãos e sistemas com presença de rede de suporte familiar participativa no tratamento, e condições de aderir aos tratamentos propostos, sem os indicativos de risco imediato (inclui: transtornos mentais orgânicos); ou
- Transtornos psicóticos com rede de suporte familiar capaz de garantir o acompanhamento, sem os indicativos de risco imediato (item 23), inclui: esquizofrenia, transtorno delirante persistente, transtorno esquizoafetivo, transtorno psicótico sem outra especificação, ou
- Déficit cognitivo progressivo, ou suspeita de demência com ou sem diagnóstico específico[6] associado a alterações comportamentais refratários ao manejo inicial pela APS; ou
- Indicação de uso de neurolépticos de ação prolongada (NAP)[7], até que atinja estabilidade para prosseguir acompanhamento pela ESF; ou

DO CRITÉRIO DE ALTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

12. 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.
13. Vale esclarecer que estabilidade não significa ausência total ou remissão de sintomas, mas a retomada geral do nível de funcionamento nas atividades da vida diária e social.

ORIENTAÇÕES GERAIS

14. Os usuários acompanhados nos CAPS e Policlínicas permanecem vinculados à Atenção Primária à Saúde para acompanhamento das demais condições gerais de saúde, durante a assistência na Atenção Secundária.
15. Em casos de comorbidades psiquiátricas ou em que os usuários apresentem demandas para atendimento em mais de um serviço de saúde mental da atenção especializada (por exemplo, CAPS e policlínicas), simultaneamente, o indicado para o tratamento deve ser aquele ponto de atenção da RAPS com maior densidade tecnológica.
16. Os familiares de pessoas com perfil para atendimento nas diversas modalidades de CAPS podem participar dos grupos e atividades voltadas às famílias, mesmo sem a adesão do usuário ao serviço.
17. Há situações em que é necessária avaliação psiquiátrica especializada para fins legais, trabalhistas, tributários e de usufruto de outros direitos[8]. Nestes casos, se o usuário estiver em atendimento em algum serviço especializado de Saúde Mental da rede, é atribuição do profissional 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.
18. Para obtenção de passe livre local e interestadual em portadores de 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[9].

DO ENCAMINHAMENTO E CONTRARREFERÊNCIA ENTRE OS SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

19. O encaminhamento de usuários **da APS para a Atenção Secundária** deverá conter o seguinte conteúdo descritivo mínimo:
 - Dados de identificação do usuário (nome completo, data de nascimento, nº SES, endereço, telefone para contato, nome e contato de responsável legal em caso de menores de idade ou pessoas incapazes);
 - Descrição de sinais e sintomas incluindo tempo de evolução;
 - Se fez ou faz uso de substâncias psicoativas;
 - Hipótese diagnóstica;
 - Tratamentos (medicamentosos ou não) já instituídos e resultados obtidos.
20. É importante orientar os usuários e/ou familiares a levar para a consulta especializada o encaminhamento por escrito, as receitas dos medicamentos que utiliza e exames complementares realizados no último ano.
21. Após a **alta do serviço de saúde mental de referência**, os usuários deverão seguir o acompanhamento aos cuidados da equipe de saúde da família de seu território, devendo a **contrarreferência** conter o seguinte conteúdo descritivo mínimo:
 - Dados pessoais;
 - Diagnósticos e tempo de acompanhamento;
 - Tratamento instituído e prescrição atual;
 - Informar se a medicação prescrita faz parte do Componente Especializado da Atenção Farmacêutica e se já há cadastro para o recebimento, via Farmácia de Alto Custo;
 - Recomendações quanto ao acompanhamento de longo prazo.
22. Sempre que o profissional da atenção secundária ou terciária identificar a necessidade da equipe de saúde da família de referência ter conhecimento do tratamento instituído, plano terapêutico ou indicação de outros encaminhamentos, a contrarreferência à APS também deve ser realizada.
23. Situações que indicam urgência em saúde mental[10] e devem ser encaminhadas à **RUE[11]**, independentemente do transtorno mental específico associado ao quadro:
 - Risco iminente de suicídio[12];
 - Agitação psicomotora intensa;
 - Risco de auto ou heteroagressividade;
 - Risco 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).
24. Após a alta hospitalar, caso sejam identificados os critérios descritos nos itens 9 e 10, os usuários devem ser encaminhados diretamente ao **CAPS de referência** do território do usuário, de acordo com a modalidade demandada. O encaminhamento ou a contrarreferência deverá conter o seguinte conteúdo descritivo mínimo:
- Dados pessoais;
 - Diagnósticos e tempo de acompanhamento;
 - Tratamento instituído e prescrição atual;
 - Informar se a medicação prescrita faz parte do Componente Especializado da Atenção Farmacêutica e se já há cadastro para o recebimento, via Farmácia de Alto Custo;
 - Recomendações quanto ao acompanhamento de longo prazo.
25. São usuários elegíveis para internação em enfermaria psiquiátrica aqueles que, por motivo decorrente da alteração do juízo apresentarem:
- Incapacidade grave de autocuidados;
 - Risco de morte ou de prejuízos graves à saúde;
 - Risco de autoagressão ou de heteroagressão;
 - Risco de prejuízo moral ou dano patrimonial;
 - Risco de agressão à ordem pública;
26. Para encaminhamento de usuários para internação em uma das unidades terciárias de psiquiatria (**Unidades de Referência Distrital – URD** - enfermarias do Hospital São Vicente de Paulo e Instituto Hospital de Base do DF), devem ser observados critérios específicos[13]. A RUE pode ser acionada para o direcionamento.

DOS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

27. Não são critérios de atendimento nos Serviços de Atenção Secundária em Saúde Mental (devendo ser acompanhados pela ESF, por meio de apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF e do matriciamento em Saúde Mental, oferecido pelos CAPS):
- 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[14];
 - Transtornos de ajustamento, por até oito (8) semanas;
 - Transtornos do sono, do humor, ou de ansiedade em grau leve;
 - Distímia;
 - Pessoas com direito ao usufruto de passe livre devido à deficiência intelectual.
28. Quadros demenciais avançados, em que haja necessidade de cuidados contínuos devem ser avaliados quanto ao encaminhamento da APS para Equipes do NRAD, Hospital de Apoio ou outros serviços da rede.
29. Demandas relacionadas às violências sexual, física, familiar, psicológica, dentre outras, devem ser encaminhadas aos CEPAV – Centro de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica, conforme fluxos e orientações próprias[15].
30. Demandas de saúde mental em menores de 18 anos para CAPS Infantil, COMPP e Adolescente, devem seguir orientações específicas[16].

31. Não há respaldo legal nas determinações judiciais, dirigidas à Secretaria de Saúde para requisição de 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, conforme parecer da Procuradoria Geral do Distrito Federal (PGDF)[17].

DA CONCLUSÃO

32. Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas à Saúde Mental, os casos omissos desta Nota Técnica serão definidos pela Diretoria de Serviços de Saúde Mental da SES/DF.
33. Os servidores da SES poderão encaminhar comentários e sugestões à Diretoria de Serviços de Saúde Mental para avaliação e revisão, pelo e-mail *dissam.sesdf@gmail.com*.

Elaborado por: Fernanda Benquerer Costa, RTD de Psiquiatria - DISSAM/COASIS/SAIS; Rúbia Marinari Siqueira, Gerente de Serviços de Psicologia – GPSI/DISSAM/COASIS/SAIS.

Colaboradores: João Alberto Alves Filho, RTD de Psiquiatria Colaborador -DISSAM/COASIS/SAIS; Priscila Estrela Himmen, Gerente de Normalização e Apoio em Saúde Mental – GENASAM/DISSAM/COASIS/SAIS, Jorge Samuel Dias Lima, RTD em Medicina de Família e Comunidade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Publicada no DOU de 09/04/2001, Seção 1, p. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação MS/GM nº 03, de 28 de setembro de 2017*. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Rede de Atenção Psicossocial (Anexo V). Publicada no DOU de 03/10/17, Seção 1, Suplemento, p.192.
- DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. *Portaria nº 536, de 08 de junho de 2018*. Institui as normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal. Publicada no DODF nº 115 de 19/06/2018.
- DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. *Portaria nº 773, de 19 de julho de 2018*. Estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Ambulatorial Secundária. Publicada no DODF nº 149 de 07/08/2018.
- LARANJEIRA, R, *et al*. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22 n.2. São Paulo, junho 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.
- TELESSAÚDE-RS. Protocolo do Telessaúde de encaminhamento para Psiquiatria Adulto como referência. Disponível em https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Psiquiatria.pdf Acesso em 05/12/2019.

ANEXO - Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

Instrumento para avaliação da gravidade da Síndrome de Abstinência de Álcool

Nome: _____ Data: _____

Pulso ou FC: _____ PA: _____ Hora: _____

1. Você sente um mal-estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?

- 0 Não
 1 Náusea leve e sem vômito
 4 Náusea recorrente com ânsia de vômito
 7 Náusea constante, ânsia de vômito e vômito

2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:

- 0 Não
 1 Não visível, mas sente
 4 Moderado, com os braços estendidos
 7 Grave, mesmo com os braços estendidos

3. Sudorese:

- 0 Não
- 4 Facial
- 7 Profusa

4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?

- 0 Não
- 1 Muito leve
- 2 Leve
- 3 Moderado
- 4 Moderado / grave
- 5 Grave
- 6 Muito grave
- 7 Extremamente grave

5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?

- 0 Não
- 1 Muito leve
- 2 Leve
- 3 Moderado
- 4 Moderado / grave
- 5 Grave
- 6 Muito grave
- 7 Extremamente grave

6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?

- 0 Não
- 1 Muito leve
- 2 Leve
- 3 Moderado
- 4 Alucinações moderadas
- 5 Alucinações graves
- 6 Extremamente graves
- 7 Contínua

7. Você se sente nervoso (a)? (observação)

- 0 Não
- 1 Muito leve
- 4 Leve
- 7 Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?

8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?

- 0 Não
- 1 Muito leve
- 2 Leve
- 3 Moderado
- 4 Moderado / grave
- 5 Grave
- 6 Muito grave
- 7 Extremamente grave

9. Agitação: (observação)

- 0 Normal
- 1 Um pouco mais que a atividade normal
- 4 Moderadamente
- 7 Constante

10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (Observação)

- 0 Orientado
- 1 Incerto sobre a data, não responde seguramente
- 2 Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias
- 3 Desorientado com a data, com mais de 2 dias
- 4 Desorientado com o lugar e pessoa

Pontuação:

Critérios diagnósticos: 0-9 SAA leve; 10-18 SAA moderada; >18 SAA grave

[1] As áreas de abrangência e endereços de cada CAPS podem ser consultadas em: <http://www.saude.df.gov.br/saude-mental/>

[2] Considerar encaminhamento à RUE conforme Portaria nº 536 de 08 de junho de 2018, antes do direcionamento aos CAPS, se: 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.

[3] Utilizar os critérios da CIWA-AR para identificar a gravidade da Síndrome de Abstinência (LARANJEIRA, 2000. ANEXO 1).

[4] Conforme orientação da Portaria nº 536 de 08 de junho de 2018.

[5] Para pessoas com sofrimento associado ao processo transexualizador, encaminhar ao Ambulatório Trans.

[6] Direcionar ao Ambulatório de Psicogeriatria.

[7] Encaminhar ao ambulatório de NAP: usuários psicóticos a partir dos 18 anos de idade com baixa adesão aos antipsicóticos orais; deficiência intelectual e com baixa adesão ao antipsicótico oral; transtorno bipolar com crises maníacas ou hipomaníacas frequentes e com baixa adesão à medicação oral; ou preferência pessoal destes mesmos pacientes em usar medicações antipsicóticas de depósito.

[8] Exemplos: demanda por atestados de sanidade mental para posse em concursos públicos, atestados de sanidade mental para fins de adoção, 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.

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

[10] Consultar Portaria nº536 de 08 de junho de 2018 a respeito do direcionamento nos casos de urgência e emergência em saúde mental.

[11] Considera-se neste documento como Rede de Urgência e Emergência (RUE): as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Pronto Socorro dos Hospitais Gerais e SAMU-192. Os outros serviços que compõem a RUE serão identificados especificamente quando necessário.

[12] 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.

[13] Nota Técnica - critérios para regulação de leitos em unidades de internação psiquiátrica, disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Nota_tecnica_sobre_critérios_para_internacao_em_unidade_terciaria_de_psiquiatria.pdf.

[14] Sinais de alerta de gravidade que demandam avaliação especializada: ideação suicida, alucinações, perda da capacidade de autocuidado e de exercer atividades diárias.

[15] Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/vigilancia-em-violencia/>

[16] Nota técnica: 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-content/uploads/2018/04/Nota-T%C3%A9cnica-de-Sa%C3%BAde-Mental-Infanto-Juvenil.pdf>

[17] Parecer n.º 1.011/2017 da Procuradoria Especial da Atividade Consultiva PRCON/PGDF:

"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".



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA BENQUERER COSTA - Matr.1442151-8**, **Referência Técnica Distrital (RTD) Psiquiatria**, em 31/12/2019, às 12:36, conforme art. 6º do Decreto nº 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 **ELAINE SIMONE MEIRA BIDA - Matr.0154351-2**, **Diretor(a) de Serviços de Saúde Mental**, em 31/12/2019, às 12:48, conforme art. 6º do Decreto nº 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 **ELIENE FERREIRA DE SOUSA - Matr.0214740-8**, **Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 03/02/2020, às 10:22, conforme art. 6º do Decreto nº 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 **MOEMA LIZIANE SILVA CAMPOS - Matr.0158991-1**, **Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 11/02/2020, às 13:20, conforme art. 6º do Decreto nº 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](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=33503781)
verificador= **33503781** código CRC= **B418819E**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF