

SAÚDE  
MENTAL

GUIA DE BOAS PRÁTICAS PARA

**ATENDIMENTO HUMANIZADO  
&  
ENCAMINHAMENTO SEGURO**

DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

**DEFENSORIA PÚBLICA**  
D I S T R I T O   F E D E R A L

Secretaria  
de Saúde





GUIA DE BOAS PRÁTICAS PARA

**ATENDIMENTO HUMANIZADO  
ENCAMINHAMENTO SEGURO &**

DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

## **FICHA TÉCNICA**

### **Campo Detalhamento**

#### **Título:**

Guia de Boas Práticas para Atendimento Humanizado e Encaminhamento Seguro de Pessoas em Sofrimento Psíquico

#### **Elaboração:**

Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF)

#### **Colaboração:**

Subsecretaria de Atividade Psicossocial (SUAP-DPDF) e Subsecretaria de Saúde Mental (SUSAM-SESDF)

#### **Autores:**

Roberta de Ávila e Silva Porto Nunes, Psicóloga  
Camila Santos da Fonseca, Psicóloga  
Diene Tavares Pereira, Assistente Social  
Gabriela Lima de Oliveira, Estagiária de psicologia  
Fernanda Figueiredo Falcomer, Psicóloga  
Thiago Blanco Vieira, Psiquiatra

#### **Coordenação:**

Celestino Chupel – Defensor Público-Geral  
Bárbara Nunes Nascimento – Subdefensora Pública-Geral  
Fabrício Rodrigues – Subdefensor Público-Geral  
Sérgio Domingos – Chefe de Gabinete

#### **Diagramação:**

Murilo Farias de Moura - Estagiário de Design Gráfico da Comunicação Interna

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Guia de boas práticas para atendimento humanizado  
e encaminhamento seguro de pessoas em  
sofrimento psíquico [livro eletrônico] /  
Roberta de Ávila e Silva Porto Nunes...[et  
al.]. -- Brasília, DF : Defensoria Pública do  
Distrito Federal, 2026.  
PDF

Outros autores: Camila Santos da Fonseca, Diene  
Tavares Pereira, Gabriela Lima de Oliveira, Fernanda  
Figueiredo Falcomer, Thiago Blanco Vieira  
Bibliografia.  
ISBN 978-65-984611-3-3

1. Atendimento humanizado 2. Centros de Atenção  
Psicossocial (CAPS) 3. Saúde mental 4. Saúde pública  
5. Sofrimento psíquico 6. Transtornos mentais  
I. Nunes, Roberta de Ávila e Silva Porto.  
II. Fonseca, Camila Santos da. III. Pereira, Diene  
Tavares. IV. Oliveira, Gabriela Lima de. V. Falcomer,  
Fernanda Figueiredo. VI. Vieira, Thiago Blanco.

26-329942.0

CDD-158

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Saúde mental : Psicologia 158

Suelen Silva Araújo Oliveira - Bibliotecária - CRB-8/11482

# APRESENTAÇÃO

Este **Guia de Boas Práticas para Atendimento Humanizado e Encaminhamento Seguro de Pessoas em Sofrimento Psíquico** é o resultado de uma parceria estratégica e inovadora entre a **Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF)** e a **Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SESDF)**, materializada pela colaboração essencial da **Subsecretaria de Atividade Psicossocial (SUAP-DPDF)** e da **Subsecretaria de Saúde Mental (SUSAM-SESDF)**. Sua concepção surge da necessidade de aprimorar a capacidade institucional de acolhimento e atendimento a pessoas em sofrimento psíquico, garantindo a dignidade, os direitos e o acesso qualificado à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Distrito Federal.

A iniciativa alinha-se aos princípios da Circular Conjunta Nº 130/2024, que estabelece diretrizes técnicas e protocolos de atendimento visando assegurar o acesso dos usuários aos serviços especializados de saúde mental na SESDF. Este Guia busca fomentar a compreensão do fluxo de encaminhamentos para a RAPS, fortalecendo o diálogo e a atuação intra e intersetorial entre as instituições e a sociedade.

## **Guia de Boas Práticas para Atendimento Humanizado e Encaminhamento Seguro de Pessoas em Sofrimento Psíquico**

A Defensoria Pública do Distrito Federal reconhece que o acesso à justiça vai muito além do atendimento jurídico tradicional. Em seu cotidiano institucional, no contato direto com pessoas que vivenciam diferentes formas de vulnerabilização, é frequente a presença de situações marcadas por sofrimento intenso, desorganização emocional e adoecimento psíquico. Esses contextos atravessam o trabalho dos defensores(as), servidores(as) e estagiários(as), exigindo não apenas domínio técnico, mas também sensibilidade ética, preparo emocional e capacidade de atuação humanizada.

A experiência institucional demonstra que a saúde mental não pode ser tratada como um acessório no trabalho da DPDF, mas sim como uma dimensão indissociável da defesa de direitos. O Guia também parte de uma compreensão crítica do papel institucional da Defensoria: não se trata apenas de resolver casos complexos ou orientar a atuação em episódios de crise, mas de contribuir para a transformação das práticas institucionais, qualificando o atendimento e promovendo um ambiente mais acolhedor, ético e atento às necessidades humanas de quem busca a instituição. A saúde mental não pode ser vista como um adendo ao trabalho da DPDF — ela precisa ser compreendida como parte orgânica de uma atuação comprometida com os direitos humanos, a justiça social e a dignidade das pessoas.

Este Guia pretende estimular reflexões críticas sobre a prática profissional e fortalecer uma cultura institucional de cuidado. Espera-se que o documento sirva como um dispositivo de formação contínua, apoio técnico, proteção coletiva e qualificação do atendimento, ampliando a capacidade institucional de responder a situações de sofrimento e crise sem reproduzir violências, estigmas ou respostas meramente burocráticas.

Ao reafirmar a importância da construção compartilhada com a SUSAM/SES-DF, a DPDF assume que o cuidado em saúde mental deve ser articulado, corresponsável e territorial. Somente assim podemos garantir justiça mais humana, antimanicomial e inclusiva, alinhada às necessidades concretas dos cidadãos e às diretrizes da RAPS.

Que este Guia seja mais um ponto de ancoragem no itinerário permanente para a promoção de direitos, o acolhimento das diversidades e o enfrentamento solidário do sofrimento psíquico na Defensoria Pública do Distrito Federal.

Este Guia pretende oferecer com uma perspectiva construtiva e permanente. O objetivo é que ele não seja um documento fechado ou prescritivo, mas sim um instrumento vivo, permanentemente revisitado, construído e reconstruído a muitas mãos.

# SUMÁRIO

## 1. Contexto e Conceitos Fundamentais em Saúde Mental e Crises

- 1.1. O que são os transtornos mentais?
- 1.2. Transtornos mentais e atendimento ao público: compreendendo a pessoa
- 1.3. Como os transtornos mentais podem afetar o comportamento?
- 1.4. Por que as pessoas adoecem de transtornos mentais?
- 1.5. O que caracteriza uma crise em saúde mental?
- 1.6. Sinais de sofrimento psíquico intenso e necessidade de ajuda imediata
- 1.7. Nem toda crise em saúde mental exige internação
- 1.8. Mitos que dificultam o acolhimento adequado na crise
- 1.9. Como diferenciar uma crise passageira de uma intervenção especializada?

## 2. As Intervenções: Internação e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

- 2.1. O que é a internação compulsória e sua indicação real?
- 2.2. Diferenças entre internação voluntária, involuntária e compulsória
- 2.3. Tipos de CAPS e sua área de abrangência
- 2.4. A atuação da Defensoria Pública na indicação de internação compulsória
- 2.5. Por que a internação compulsória deve ser considerada uma medida extrema?
- 2.6. A Política Nacional de Saúde Mental e o cuidado pré-internação
- 2.7. Riscos de enxergar a internação compulsória como única solução
- 2.8. O papel dos CAPS no acolhimento e acompanhamento de pessoas em crise
- 2.9. Atendimento de urgência e emergência psiquiátrica: articulação com a rede
- 2.10. Recursos terapêuticos dos CAPS no manejo de crises
- 2.11. O trabalho em equipe (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e outros) nos CAPS
- 2.12. Acompanhamento contínuo e reintegração social pós-crise
- 2.13. SAMia

## 3. Cuidado Humanizado: Princípios e Passos Práticos para o Profissional da DPDF

- 3.1. O que significa acolher uma pessoa em crise de forma humanizada?
- 3.2. A escuta qualificada e interseccional no atendimento
- 3.2. Quando o atendimento vira uma "situação de conflito"?
- 3.3. O QUE NÃO FAZER em situações de conflito ou crise
- 3.4. O QUE FAZER: Orientações Iniciais para o Atendimento Humanizado
- 3.5. Próximos Passos: Quando a situação não se normaliza
- 3.6. Como os servidores da DPDF devem atuar em crise ou surto?
- 3.7. O Grupo de Referência (GR) para atuação em situações de crise
- 3.8. Evitando que o atendimento se torne punitivo ou excludente
- 3.9 Dicas para atendimentos Difíceis

## 4. Família, Rede de Apoio e Comunidade: Elementos do Cuidado

- 4.1. Como as famílias podem agir diante de uma crise sem recorrer à internação?
- 4.2. Atitudes a serem evitadas que podem piorar a situação



- 4.3. Como orientar familiares sobrecarregados ou sem saber a quem recorrer?
- 4.4. O papel da comunidade e dos serviços públicos (CRAS, CREAS, DPDF, SUSAM)
- 4.5. Fortalecimento dos vínculos familiares e sociais na prevenção de crises
- 4.2. Atitudes a serem evitadas que podem piorar a situação
- 4.3. Como orientar familiares sobrecarregados ou sem saber a quem recorrer?
- 4.4. O papel da comunidade e dos serviços públicos (CRAS, CREAS, DPDF, SUSAM)
- 4.5. Fortalecimento dos vínculos familiares e sociais na prevenção de crises

## **5. Aspectos Éticos, Legais e Institucionais: A Responsabilidade Profissional**

- 5.1. O que a legislação brasileira prevê sobre o atendimento a pessoas em crise?
- 5.2. Cuidados para garantir os direitos e a dignidade do usuário
- 5.3. A atuação da DPDF em conflitos entre família e serviços de saúde
- 5.4. Riscos de acionar diretamente o sistema judicial sem acompanhamento técnico do CAPS
- 5.5. “Cuidado em liberdade”: um conceito central na política de saúde mental
- 5.6. A importância do sigilo e da tramitação em processo restrito no SEI
- 5.7. Uso ético e responsável de relatórios médicos e psicossociais
- 5.8. Por que os relatórios de saúde não devem ser entregues às famílias sem uma avaliação técnica?
- 5.9. Como DPDF e SUSAM/SES protegem o usuário e evitam exposições indevidas?

## **6. Fluxos de Encaminhamentos e Articulação Institucional**

- 6.1. O fluxo correto de encaminhamento DPDF-SUSAM/SES DF para internação compulsória
- 6.2. Por que as famílias devem ser referenciadas ao CAPS, e não diretamente à Justiça?
- 6.3. Como o CAPS avalia e decide sobre as intervenções cabíveis?
- 6.4. Principais falhas nos encaminhamentos atuais e estratégias de correção

## **7. Interdição e Tomada de Decisão Apoiada Autonomia, dignidade e proteção de direitos**

- 7.1. Direitos, Autonomia e Proteção na Perspectiva da DPDF
- 7.2 O que é a Interdição?
- 7.3 O que é a Tomada de Decisão Apoiada?
- 7.4 Por que a DPDF prioriza a Tomada de Decisão Apoiada?
- 7.5 Sofrimento psíquico não é sinônimo de incapacidade
- 7.6 Como a DPDF atua nesses casos?
- 7.7 Em resumo

## **8. Ações Integradas, Desafios e Perspectivas para o Futuro**

- 8.1. Estratégias DPDF e SUSAM para melhorar a comunicação entre os serviços
- 8.2. Contribuição familiar para um cuidado mais humanizado e menos judicializado
- 8.3. Boas práticas de articulação entre CAPS, SUSAM e DPDF como referência
- 8.4. Avanços esperados com a ampliação das residências terapêuticas e a retirada de ATP do sistema prisional
- 8.5. Como a Política Nacional de Cuidados pode ser incorporada nos fluxos da DPDF?
- 8.6. O trabalho interinstitucional entre DPDF e SUSAM: fortalecendo a RAPS no DF

# I. CONTEXTO E CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM SAÚDE MENTAL E CRISES

## 1.1. O que são os transtornos mentais?

A experiência do sofrimento psíquico é uma dimensão inerente à condição humana. Em algum ponto da vida, praticamente todas as pessoas podem vivenciar situações-limite ou sintomas que alteram o humor, as emoções, a autorregulação, o julgamento, o pensamento e as sensações. Nem sempre comportamentos considerados indesejados ou erráticos são consequência de uma psicopatologia.

No entanto, a fronteira entre essas experiências emocionais e um transtorno mental é definida pela intensidade, duração e impacto desses fenômenos na vida do indivíduo. Um adoecimento mental invariavelmente constitui uma experiência negativa que interfere no bem-estar e na funcionalidade.

É crucial entender que o sofrimento psíquico, por si só, não configura incondicionalmente um problema de saúde. O enfrentamento de conflitos e frustrações é vital para o desenvolvimento de recursos psíquicos individuais e o aprimoramento de competências socioemocionais. O problema emerge quando o sofrimento persiste por tempo suficiente para causar prejuízos significativos à vida da pessoa, caracterizando um adoecimento que pode representar um diagnóstico.

O diagnóstico tem como função principal nomear uma condição para possibilitar o acesso ao melhor tratamento possível. Ele deve ter uma intenção intrinsecamente positiva, voltada ao cuidado e ao bem-estar da pessoa. Qualquer diagnóstico que resulte em estigmatização ou exclusão representa um mau uso desse recurso fundamental.

## 1.2. Transtornos mentais e atendimento ao público: compreendendo a pessoa

Ao abordar pessoas em sofrimento psíquico, é fundamental ter em mente que o diagnóstico não define a pessoa em sua totalidade. Um diagnóstico médico descreve apenas uma característica que o indivíduo manifesta em um determinado momento ou ao longo da vida, sendo, por natureza, reducionista.

### **Dica!**

Nunca devemos considerar que um determinado diagnóstico possa explicar o sujeito como um todo. Para além do diagnóstico, há características individuais e da biografia de cada pessoa que nos ajudam a entender melhor quem ela é.

Os serviços públicos, incluindo a Defensoria Pública, são procurados frequentemente por pessoas que necessitam de suporte. Qualquer pessoa, independentemente de suas diferenças ou de um diagnóstico, merece uma assistência qualificada, cordial e adaptada às suas necessidades. Pessoas em sofrimento psíquico, especialmente aquelas com manifestações que geram maior demanda ou desafio no atendimento, requerem nossa preparação para um acolhimento adequado

**Quadro 1 - Manifestações Comuns do Adoecimento Psíquico e Doenças Relacionadas**

Manifestações	Descrição	Doenças Relacionadas
<b>Pessoas com alteração das emoções</b>	O humor (estado emocional) pode variar de rebaixado/deprimido a eufórico. Se a alteração persistir por mais de duas semanas, na maior parte do dia, a pessoa provavelmente precisa de ajuda. Depressão manifesta-se com tristeza persistente, desesperança, alterações do sono, desmotivação, perda de energia, irritabilidade, isolamento social. Euforia pode envolver excesso de energia, diminuição da necessidade de sono, fala acelerada, pensamentos grandiosos.	• Depressão • Transtorno Bipolar do Humor
<b>Pessoas com instabilidade das emoções</b>	A personalidade é o padrão de resposta a estímulos. Alguns tipos de personalidade associam-se a déficits nas estratégias de solução de problemas, relacionamento e tolerância a frustrações. Ex: Transtorno de Personalidade Borderline, caracterizado por instabilidade emocional, sentimento de vazio persistente, medo de abandono, hiper-reatividade e pensamento catastrófico.	• Transtornos de Personalidade (Antissocial, Narcisista, Borderline, Esquiva, Obsessiva Compulsiva, Esquizotípica)

<b>Pessoas com distorção da percepção da realidade</b>	Manifestam-se por transtornos psicóticos (delírios e alucinações). Delírios são interpretações distorcidas de eventos reais (persecutórias, paranoicas) inabaláveis. Alucinações são experiências sensoriais sem origem externa (ex: vozes). Essas experiências geram angústia intensa, seja por ameaça constante ou por serem descredibilizadas.	• Esquizofrenia • Transtorno Delirante Persistente
<b>Pessoas com dificuldade na compreensão e habilidades sociais</b>	Condições que afetam a cognição, como transtornos do desenvolvimento. Dificuldade de aprendizado (deficiência intelectual) ou comprometimento na cognição social (transtorno do espectro autista), que afeta reciprocidade, expressão e reconhecimento de emoções e adaptabilidade social.	• Deficiência Intelectual • Transtorno do Espectro Autista
<b>Pessoas que expressam desejo ou intenção suicida</b>	Reflete sofrimento mental intenso, com desesperança e desamparo. Envolve pensamentos ou planos de causar dano físico ou óbito. Sempre deve ser acolhido e protegido, requerendo tratamento específico.	• Depressão • Transtorno Bipolar do Humor • Transtorno de Ajustamento • Transtorno relacionado à exposição a traumas • Transtorno de Personalidade Borderline

<b>Pessoas com uso abusivo de substâncias</b>	Dependência se instala quando não há resistência ao consumo. Usam quantidades crescentes, gastam mais tempo do que o pretendido, reduzem atividades sociais não relacionadas ao consumo. Intoxicação pode causar lentificação do pensamento (álcool, cannabis) ou agitação (anfetaminas). No ambiente de trabalho, pode-se observar queda de desempenho, atrasos, privação de sono, isolamento social.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transtorno decorrente do uso de álcool, cannabis, cocaína, crack, benzodiazepínicos, estimulantes</li></ul>
---	--	---

Fonte: Adaptado do Guia de Atendimento do MPDFT, 2024.

### **1.3. Como os transtornos mentais podem afetar o comportamento das pessoas?**

Os transtornos mentais influenciam as emoções, o pensamento e o julgamento da realidade. Por consequência, impactam o comportamento, a percepção das experiências e a interação social das pessoas. Quem sofre dessas condições, por vezes, sequer as reconhece ou percebe o próprio sofrimento, tornando essencial a tolerância, empatia e paciência de quem atende.

#### **Atenção!**

A condição de adoecimento em saúde mental não perpassa uma escolha ou um descuido das pessoas que dela padecem, mas de uma condição que as afeta independentemente de sua vontade.

Essas doenças podem afetar a aparência (incluindo higiene) e a capacidade de compreender informações simples. É comum que sejam erroneamente interpretadas como imprevisibilidade ou agressividade. Na realidade, muitas vezes, a irritabilidade decorre da frustração de não serem compreendidas. O atendente deve, portanto, reforçar a tolerância e oferecer acolhimento, pois essas pessoas frequentemente se acostumam a ser rejeitadas.

### **1.4. Por que as pessoas adoecem de transtornos mentais?**

Diversas intersecções que atravessam a sociedade podem contribuir para o adoecimento mental do indivíduo, incluindo fatores socioeconômicos, múltiplas formas de violência, exclusão social, fragilidade nos vínculos familiares e comunitários, bem como o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Além desses elementos, destacam-se outros fatores de risco apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), como a violação de direitos humanos, desigualdades estruturais e condições adversas de vida, que impactam diretamente o bem-estar físico, social e psicológico (OMS, 2023; CVV, 2017).

Para promover a saúde mental e prevenir adoecimentos, é fundamental que as pessoas vivam em ambientes seguros, protegidos, onde se sintam capazes, competentes e valorizadas por suas redes de referência.

### **1.5. O que caracteriza uma crise em saúde mental?**

A crise é um fenômeno natural da vida. Em algum momento, todos os seres humanos enfrentarão situações de desequilíbrio que, geralmente, sinalizam a necessidade de mudança. Compreender isso é essencial para perceber que as crises em saúde mental não são algo estranho ou distante da experiência humana. Pelo contrário, elas costumam expressar uma dimensão legítima da existência, que pode envolver angústia, mas também oportunidades de transformação. A crise psíquica representa uma experiência real de sofrimento e, embora possa parecer caótica, também abre espaço para a construção de novas formas de estar no mundo.

Uma crise em saúde mental é um estado de desorganização psíquica agudo, caracterizado por uma mudança repentina e significativa no comportamento, pensamento ou emoções de uma pessoa. Pode ser desencadeada por estressores internos ou externos e manifestar-se como uma perda temporária da capacidade de lidar com a realidade, tomar decisões ou manter o controle sobre si mesma.

#### **Dica!**

O termo “crise” ou “episódio” é preferível a “surto”, que carrega um forte estigma associado à esquizofrenia e à imprevisibilidade. Usar termos mais humanos e menos estigmatizantes favorece o acolhimento.

### **1.6. Sinais de sofrimento psíquico intenso e necessidade de ajuda imediata**

Reconhecer os sinais de sofrimento psíquico intenso é crucial para uma intervenção adequada. Esses sinais podem se manifestar de diversas formas e indicam que a pessoa precisa de atenção e apoio urgentes:

- **Alterações de humor extremas:** Mudanças rápidas e intensas de humor, como tristeza profunda e prolongada, desinibição excessiva, irritabilidade constante ou apatia marcante.
- **Comportamento desorganizado:** Dificuldade em manter a higiene pessoal, negligência com a alimentação, padrões de sono perturbados (insônia grave ou sono excessivo), isolamento social extremo.
- **Pensamento desorganizado ou delirante:** Dificuldade em seguir uma linha de raciocínio, fala incoerente, crenças fixas e falsas que não se alteram com evidências (delírios), paranoia ou interpretações distorcidas da realidade.
- **Alucinações:** Experiências sensoriais não relacionadas a estímulos presentes no ambiente, como ouvir vozes, ver imagens, sentir cheiros ou toques que não existem.
- **Agitação psicomotora:** Estado de inquietação extrema, nervosismo, incapacidade de ficar parado, movimentos repetitivos, pensamento acelerado.
- **Agressividade ou hostilidade:** Comportamento verbal ou físico agressivo, irritabilidade fácil, ameaças a si mesmo ou a outros, que podem indicar desregulação emocional.
- **Ideação suicida ou autolesiva:** Expressão de pensamentos sobre tirar a própria vida, planejar o suicídio, ou realizar atos de autolesão (cortes, queimaduras, etc.). Qualquer menção a suicídio deve ser levada a sério e requer intervenção imediata.
- **Deterioração funcional rápida:** Perda súbita da capacidade de desempenhar tarefas diárias no trabalho, estudo ou vida pessoal.
- **Alteração do nível de consciência:** Relaciona-se ao comprometimento da capacidade de manter-se desperto ou alerta, compreende estados como vigília, sonolência, torpor, obnubilação e coma.
- **Reações intensas a eventos traumáticos:** Sintomas graves de estresse pós-traumático, como flashbacks, pesadelos, ansiedade extrema, evitação de estímulos relacionados ao trauma.
- **Intoxicação grave por substâncias:** Sinais de uso excessivo de álcool ou outras drogas, que resultam em comportamento perigoso, perda de consciência ou risco à saúde física.



## ATENÇÃO!

A presença de qualquer um desses sinais, especialmente a ideação suicida ou comportamento agressivo, demanda acolhimento breve e indicação para avaliação por um profissional de saúde.

### 1.7. Nem toda crise em saúde mental exige internação

É um equívoco comum associar crise em saúde mental diretamente à necessidade de internação. A maioria das crises pode ser manejada na atenção primária em saúde ou nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para casos que exijam recursos mais complexos, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são locais seguros para o atendimento de pessoas em crise decorrente de sofrimento psíquico. A internação hospitalar é uma medida de exceção, reservada para situações de risco grave e persistente para a segurança da pessoa indivíduo ou de terceiros, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

A Política Nacional de Saúde Mental prioriza o cuidado em liberdade e a reintegração social, buscando evitar a cronificação do sofrimento e o isolamento. Intervenções terapêuticas como acompanhamento psicossocial intensivo, medicação de curta duração e suporte familiar e comunitário são frequentemente eficazes para estabilizar a crise e promover a recuperação. O foco deve ser sempre na menor restrição possível, garantindo a autonomia e a dignidade da pessoa.

### 1.8. Mitos que dificultam o acolhimento adequado na crise

Apesar da Reforma Psiquiátrica ter estabelecido mudanças no que tange ao cuidado das pessoas com psicopatologias, o imaginário social não acompanhou estas alterações a partir de uma transformação cultural. Diversos mitos e estigmas ainda cercam as crises em saúde mental, dificultando o acolhimento e a busca por ajuda. É fundamental desconstruí-los para promover um atendimento mais humanizado:

- **Mito 1:** “Pessoas em crise são perigosas.” Embora alguns comportamentos possam parecer agressivos, a grande maioria das pessoas em crise não é violenta. A agressividade, quando ocorre, é frequentemente um sinal de desespero, medo ou confusão, e não de maldade. Generalizar essa ideia apenas aumenta o estigma e o isolamento.
- **Mito 2:** “Crises são sinais de fraqueza ou falta de força de vontade.” Sofrimento psíquico não é uma falha de caráter. É uma condição de saúde que afeta o funcionamento do cérebro e da mente, assim como uma doença física afeta o corpo. Culpar a pessoa pela crise agrava seu sofrimento e dificulta a recuperação.
- **Mito 3:** “É melhor ignorar a crise para não piorar.” Ignorar ou minimizar o sofrimento de alguém em crise pode ser extremamente prejudicial. A pessoa pode se sentir abandonada e sem esperança. O acolhimento, a escuta ativa e a busca por ajuda profissional são fundamentais.
- **Mito 4:** “Falar sobre suicídio pode dar ideias.” Pelo contrário, falar abertamente e de forma empática sobre ideação suicida é um fator de proteção. Perguntar diretamente e oferecer um espaço de escuta sem julgamento pode salvar vidas. O sigilo e a capacidade de nomear o sofrimento são essenciais.



- **Mito 5:** “Uma vez em crise, sempre em crise.” Crises são episódios agudos, mas muitas pessoas se recuperam e levam vidas plenas com o tratamento e apoio adequados. A recuperação é um processo, e não um evento único.
- **Mito 6:** “Quem está em crise é louco(a) e precisa ser internado(a).” Este é um dos mitos mais persistentes e prejudiciais. A reforma psiquiátrica no Brasil buscou superar os modelos hospitalocêntrico e manicomial, promovendo o cuidado em rede, de base comunitária, valorizando a autonomia da pessoa e em liberdade. A internação é uma exceção e deve ocorrer em hospitais gerais ou serviços especializados de saúde mental, com tempo limitado e foco na reintegração.

#### **Dica!**

Desconstruir esses mitos começa com a informação e a empatia. Ao interagir com pessoas em crise, demonstre respeito, valide o sofrimento e ofereça ajuda de forma gentil, interessada e livre de preconceitos

### **1.9. Como diferenciar uma reação aguda ao estresse de um adoecimento em saúde mental?**

Distinguir uma crise passageira, que pode ser gerenciada com suporte pontual e recursos pessoais, de uma situação que demanda intervenção especializada, é um desafio para profissionais e familiares. A chave está na avaliação da gravidade, da duração e do impacto funcional da crise.

Reações agudas ao estresse:

- **Duração:** Geralmente de curta duração, alguns dias ou semanas.
- **Intensidade:** Embora cause desconforto significativo, a pessoa ainda consegue manter alguma funcionalidade básica.
- **Impacto:** Afeta o bem-estar emocional, mas não há risco iminente para si ou para outros, nem perda total da capacidade de autogerenciamento.
- **Gatilhos:** Frequentemente associada a eventos estressores identificáveis (luto, perda de emprego, conflitos interpessoais) e os sintomas diminuem com o tempo e apoio social.
- **Sinais:** Tristeza, ansiedade, irritabilidade, dificuldade para dormir ou se concentrar, mas sem delírios, alucinações, ideação suicida persistente ou comportamento agressivo descontrolado.
- **Manejo:** Pode ser auxiliada por suporte familiar e de amigos, estratégias de enfrentamento pessoal, atividades relaxantes, e, em alguns casos, atendimento psicológico breve.

Situações de adoecimento psíquico:

- **Duração:** Sintomas persistentes que não melhoram com o tempo ou com o suporte inicial, ou que se agravam rapidamente.
- **Intensidade:** Sofrimento psíquico intenso e incapacitante, com grande prejuízo funcional (incapacidade de trabalhar, cuidar de si, interagir socialmente).
- **Impacto:** Risco iminente de autolesão (ideação suicida persistente, planos concretos, tentativas), risco de agressão a terceiros, ou incapacidade grave de discernimento da realidade.
- **Gatilhos:** Pode ou não estar associada a um gatilho específico, mas os sintomas são desproporcionais ou persistem mesmo após a resolução do estressor

Sinais de Alerta para Intervenção Especializada (recapitulação e aprofundamento):

- **Risco iminente:** Tentativa de suicídio, ameaças graves a si ou a outros, comportamento violento descontrolado.
- **Perda da realidade:** Delírios (crenças irremovíveis e falsas), alucinações (percepções sem estímulo externo), despersonalização/desrealização intensa.
- **Desorganização severa:** Fala incoerente e ilógica, comportamento caótico e imprevisível, incapacidade total de cuidar de si (higiene, alimentação).
- **Agitação extrema:** Nível de agitação que impede qualquer comunicação ou manejo seguro.
- **Recusa de ajuda:** A pessoa em crise se recusa a buscar tratamento, mas está em risco significativo.
- **Intoxicação grave:** Intoxicação por substâncias que leva a risco de vida ou comportamento extremamente perigoso.

Passo a passo para a acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico

1. **Observação:** Atente para os sinais de alerta mencionados (1.6).
2. **Escuta ativa:** Ouça o relato da pessoa sem interrupções e sem julgamento, buscando compreender a intensidade do sofrimento e a percepção da realidade.
3. **Rede de apoio:** Verifique se a pessoa possui familiares ou amigos próximos que possam oferecer suporte e, se possível, contatá-los com o consentimento do indivíduo (ou, em caso de risco iminente, de acordo com a legislação vigente).
4. **Recursos internos:** Verifique se a DPDF pode oferecer suporte imediato ou se é necessário acionar a equipe interdisciplinar (SAP-DPDF) ou serviços externos.

Quando houver dúvidas, é recomendável acionar a rede de apoio do cidadão e/ou a equipe interdisciplinar da DPDF (SAP-DPDF). A segurança e o bem-estar da pessoa são a prioridade máxima. Recursos especializados em saúde mental (CAPS, SAMU, UPA) podem ser destinos eventuais de pessoas com manifestação de quadros graves

## 2. AS INTERVENÇÕES: INTERNAMENTO E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

### 2.1. Tipos de CAPS e sua área de abrangência

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os equipamentos centrais e ordenadores do cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O funcionamento do CAPS tem natureza territorial, comunitária, multiprofissional e de livre provimento (porta aberta aos cidadãos do território). A carta de serviços deve estar fundamentada em oferecer cuidado, tratamento e reabilitação psicossocial a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, sempre em regime de liberdade, evitando internações desnecessárias. Os CAPS também acolhem e orientam as famílias, reconhecendo que elas são fundamentais no processo de cuidado e, ao mesmo tempo, também sofrem impactos emocionais diante do adoecimento vivenciado.

Os tipos de CAPS variam de acordo com a população atendida e a intensidade do cuidado:

- **CAPS I:** Atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes. Oferece atendimento diurno e intensivo, promovendo a reinserção social.
- **CAPS II:** Também atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes. Possui maior porte e capacidade de atendimento que o CAPS I, com atendimento diário em horário comercial.
- **CAPS III:** Atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo pacientes em situação de crise. Funciona 24 horas, todos os dias da semana, oferecendo acolhimento noturno e leitos de repouso, buscando evitar a internação hospitalar.
- **CAPS AD (Álcool e Drogas) I, II e III:** Especializados no atendimento de usuários de álcool e outras drogas. O CAPS AD III também funciona 24 horas e oferece acolhimento noturno.
- **CAPSi (Infantil):** Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e/ou usuários de álcool e outras drogas.

**Área de Abrangência:** Cada CAPS é responsável por uma área geográfica específica. O encaminhamento e o acompanhamento devem, preferencialmente, ocorrer no CAPS de referência do domicílio do paciente. Isso garante a continuidade do cuidado e facilita a construção de laços com a comunidade e a rede de apoio local.

## 2.2. Diferenças entre internação voluntária, involuntária e compulsória

Compreender as distinções entre os tipos de internação é fundamental para atuar de forma ética e legal:

- **Internação Voluntária:** Ocorre com o consentimento expresso e livre do paciente, que assina uma declaração de que deseja ser internado. A qualquer momento, o paciente pode solicitar a alta, e ela deve ser concedida, a menos que o médico avalie a necessidade de convertê-la em involuntária ou compulsória (o que exige trâmites específicos).
- **Internação Involuntária:** Ocorre sem o consentimento do paciente, mas mediante solicitação de um familiar ou responsável legal, ou, na ausência destes, por um servidor público da área da saúde, assistência social ou órgãos públicos competentes. A internação involuntária deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual no prazo de 72 horas.
- **Internação Compulsória:** É determinada exclusivamente por decisão judicial, após avaliação pericial que comprove a necessidade e a insuficiência de outros recursos. Essa modalidade visa proteger o indivíduo e/ou a sociedade em situações de risco grave e deve ser monitorada pelo juízo.
- A internação hospitalar em leito de saúde mental ou unidade especializada deve ser realizada quando há:
  - **Risco iminente de vida:** Para o próprio indivíduo (ideação suicida persistente, tentativa de suicídio grave) ou para terceiros (comportamento violento e agressivo descontrolado).
  - **Incapacidade grave de autogerenciamento:** Quando a pessoa está tão desorganizada psiquicamente que perde completamente a capacidade de cuidar de si, de discernir a realidade e de buscar ajuda, e todas as outras alternativas terapêuticas extra-hospitalares (como o cuidado nos CAPS) foram esgotadas ou se mostram insuficientes.
  - **Indicação médica:** A internação hospitalar é uma prescrição médica e como todo ato médico está condicionada à avaliação por exame direto do paciente e registro em prontuário médico.

**Quadro 2 - Comparativo das Modalidades de Internação**

<b>Característica</b>	<b>Internação Voluntária</b>	<b>Internação Involuntária</b>	<b>Internação Compulsória</b>
<b>Consentimento</b>	Sim, o paciente solicita.	Não, o paciente não consente.	Não, o paciente não consente.
<b>Solicitante</b>	O próprio paciente.	Familiar/responsável legal ou, na ausência, servidor público (saúde, assistência social).	Juiz, após requerimento e avaliação pericial.
<b>Base Legal</b>	Lei nº 10.216/2001.	Lei nº 10.216/2001.	Lei nº 10.216/2001 e Código Civil/Processo Civil (interdição, curatela).
<b>Comunicação ao MP</b>	Não é obrigatória, a menos que haja conversão.	Obrigatória em 72 horas.	Obrigatória em 72 horas ao juízo que a determinou e ao MP.
<b>Desinternação</b>	A pedido do paciente ou por determinação médica.	Por determinação médica ou a pedido do familiar/responsável, ou por decisão judicial.	Por determinação médica e/ou judicial, após reavaliação.

<b>Critério Principal</b>	Vontade do paciente.	Necessidade de tratamento e risco à saúde ou segurança do paciente ou de terceiros, com ausência de discernimento pelo paciente.	Risco iminente comprovado por laudo médico e esgotamento de outros recursos.
<b>Quem decide</b>	Paciente.	Médico psiquiatra (com comunicação ao MP e conselho de saúde).	Juiz (com base em laudo médico e manifestação do MP).

### **2.3. O que é a internação compulsória e sua indicação real?**

A internação compulsória é uma modalidade de internação em saúde mental que ocorre por determinação judicial, independentemente da vontade do paciente e de seus familiares. Ela é regulamentada pela Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) e pela Lei nº 13.840/2019 (que altera a anterior e foca em usuários de drogas).

**Indicação:** A internação compulsória é uma medida extrema e excepcional, indicada somente quando atendidos os requisitos apresentados anteriormente aliados ao impedimento da condução da pessoa em condição de risco para internação involuntária.

A internação involuntária normalmente é medida suficiente haja vista que é de responsabilidade ética do médico ou médica a garantia da segurança e o zelo pela vida e dignidade de qualquer pessoa sob sua avaliação. Logo, se identificados os requisitos para internação a indicação do médico é suficiente ainda que contrarie a preferência do paciente quando sua capacidade de julgamento e autodeterminação estiverem comprometidas pelo transtorno mental.

A internação compulsória é recurso portanto que deve ser reservado aos casos em que a família não consegue conduzir a pessoa adoecida e em risco até a unidade de saúde para a internação hospitalar.

Para fim de decisão judicial em favor da internação compulsória é exigido por força de Lei um laudo médico que ateste a necessidade da internação, a impossibilidade de tratamento ambulatorial e a gravidade da condição. Esse laudo deve ser elaborado por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM).

#### **Atenção!**

A internação compulsória não é um atalho para resolver problemas sociais ou de convivência. Ela deve ser uma última alternativa, com duração mínima e foco na reintegração social.

## **2.4. A atuação da Defensoria Pública na indicação de internação compulsória**

A Defensoria Pública atua como guardiã dos direitos fundamentais, especialmente dos vulneráveis. Na indicação de internação compulsória, seu papel é crucial para garantir que os direitos do paciente sejam respeitados e que a medida seja de fato a última alternativa. Passos da atuação da DPDF:

### **1. Acolhimento e Orientação:**

- Receber a demanda de familiares, serviços de saúde ou de outros órgãos que solicitem a internação compulsória.
- Orientar sobre as modalidades de internação e os direitos do paciente.
- Informar sobre a prioridade do tratamento em liberdade e os recursos da RAPS.

### **2. Análise da Documentação:**

- Verificar a existência de laudo médico psiquiátrico recente e detalhado, que comprove a gravidade do quadro, o risco iminente e a ineficácia de outras formas de tratamento extra-hospitalar e impossibilidade da internação involuntária.
- Analisar relatórios psicossociais, se disponíveis, que contextualizam a situação do paciente e sua rede de apoio.

### **3. Busca de Alternativas:**

- Priorizar, sempre que possível, o encaminhamento da família ou do indivíduo aos CAPS de referência ou a outros serviços da RAPS para avaliação e intervenção em liberdade.
- A Defensoria deve se articular com a SUSAM-SESDF (Subsecretaria de Saúde Mental) para verificar a disponibilidade de leitos e vagas em CAPS ou serviços de urgência psiquiátrica que priorizem o tratamento em liberdade.
- Promover a mediação entre a família e os serviços de saúde, buscando soluções menos invasivas e mais humanizadas.

### **4. Ajuizamento de Ação (se necessário):**

- Caso todas as alternativas tenham sido esgotadas e a documentação comprove o risco iminente e a absoluta necessidade, a DPDF pode ajuizar a ação de internação compulsória.
- A ação deve ser embasada em um pedido judicial detalhado, com os laudos e relatórios que justifiquem a medida excepcional.
- É fundamental que o pedido inclua a solicitação de monitoramento judicial da internação e a reavaliação periódica da necessidade da medida.

### **5. Monitoramento e Revisão:**

- Após a internação, a DPDF deve acompanhar o caso, garantindo que o tratamento esteja sendo adequado e que os direitos do paciente sejam preservados.
- Atuar para que a internação seja a mais breve possível, com foco na estabilização e no retorno ao cuidado em liberdade.



## 2.5. Por que a internação compulsória deve ser considerada uma medida extrema?

A internação compulsória é a medida mais restritiva da liberdade de um indivíduo no âmbito da saúde mental. Ela deve ser vista como extrema por diversas razões:

- **Associa o tratamento a uma experiência negativa para a pessoa em sofrimento:** Representa uma suspensão temporária da autonomia e liberdade individual, e na perspectiva de muitos pacientes de natureza punitiva.
- **Estigma e Traumatização:** A internação, especialmente quando compulsória, pode ser uma experiência traumatizante e reforçar o estigma social associado aos transtornos mentais, dificultando a reintegração.
- **Desvincula a pessoa de sua família e grupo social:** o tratamento do sofrimento psíquico é eminentemente psicossocial e familiar/coletivo.
- **Desconsidera a autonomia da pessoa em sofrimento:** A internação forçada pode gerar resistência ao tratamento e não ser a solução mais eficaz a longo prazo para a recuperação do paciente. O tratamento em saúde mental exige o comprometimento pessoal para sucesso terapêutico. Sem isso não há adesão e o desfecho é invariavelmente de recidivas e recaídas.

## 2.6. Como a Política Nacional de Saúde Mental orienta o cuidado e o acompanhamento antes de se pensar em uma internação?

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), fundamentada na Lei nº 10.216/2001, prioriza o cuidado em liberdade e a desinstitucionalização. Antes de cogitar qualquer internação, a PNSM orienta:

1. **Atenção Psicossocial Territorializada:** O cuidado deve ser prestado nos CAPS e outros serviços da RAPS (Unidades de Acolhimento, Consultório na Rua, Residências Terapêuticas), próximos à moradia do paciente e inseridos na comunidade.
2. **Cuidado Continuado e Integral:** A pessoa deve ter acesso a um plano terapêutico individualizado (PTI) que envolva equipe multiprofissional (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais), com abordagens que incluem medicação, psicoterapia, atividades de reabilitação e reinserção social.
3. **Articulação Intersetorial:** A saúde mental não é isolada. Deve-se buscar a articulação com a assistência social (CRAS, CREAS), educação, trabalho, moradia, cultura e lazer para garantir um suporte completo.
4. **Fortalecimento dos Vínculos Familiares e Comunitários:** A família e a comunidade são vistas como parceiras no tratamento. O apoio psicossocial aos familiares é essencial.
5. **Gerenciamento de Crises em Serviços Abertos:** Os CAPS, especialmente os de modalidade III (24h) e os serviços de urgência e emergência em hospitais gerais, devem ser a primeira porta para o manejo de crises, buscando estabilização sem necessidade de internação psiquiátrica.
6. **Reavaliação Constante:** A necessidade de cada intervenção deve ser continuamente reavaliada, com a participação do paciente, quando possível, e de sua família.

## 2.7. Quais os riscos de se enxergar a internação compulsória como solução prioritária para situações de crise?

Encarar a internação compulsória como a única ou principal solução para crises em saúde mental acarreta sérios riscos:

- **Desvirtuamento da RAPS:** Fragiliza a rede comunitária de saúde mental (CAPS), que é o pilar da PNSM. Se a internação é a primeira opção, investe-se menos em serviços abertos e territorializados.
- **Cronificação do Sofrimento:** A internação prolongada pode levar à cronificação do quadro, dependência institucional e dificultar a reintegração social e laboral.
- **Aumento do Estigma:** Reforça a ideia de que pessoas com transtornos mentais precisam ser “isoladas” da sociedade, gerando mais preconceito e exclusão.
- **Custos Elevados e Ineficácia:** O modelo hospitalar é mais caro e muitas vezes menos eficaz a longo prazo para a reabilitação psicossocial do que o tratamento ambulatorial e comunitário.
- **Violação de Direitos:** Reforça a suspensão da autonomia e os riscos inerentes à internação forçada.
- **Substituição de Soluções Sociais por Médicas:** Muitos problemas que se manifestam como crises podem ter raízes sociais (pobreza, violência, exclusão) e demandam respostas da assistência social, habitação, educação, e não apenas uma internação.
- **Falta de Adesão ao Tratamento:** A experiência coercitiva pode gerar desconfiança e resistência ao tratamento e prejudicar a construção de um vínculo terapêutico, elemento crucial para a recuperação.
- **Banalização da Reforma Psiquiátrica:** A Reforma Psiquiátrica é uma conquista histórica que não pode ser negligenciada. As estratégias de cuidado da RAPS nasceram da luta de pessoas com transtornos psiquiátricos e suas famílias. Honrar esse esforço significa sustentar o paradigma antimanicomial, garantindo um cuidado em liberdade e comunitário.

## 2.8. O papel dos CAPS no acolhimento e acompanhamento de pessoas em crise

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são a porta de entrada preferencial e o pilar do cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no manejo de crises.

- **Acolhimento Integral:** O CAPS oferece acolhimento diário, com escuta qualificada e avaliação de risco, que é o primeiro passo para a estabilização da crise sem a necessidade de internação.
- **Plano Terapêutico Individualizado (PTI):** A crise é manejada por meio de um PTI, que pode incluir intervenções medicamentosas, psicoterapias individuais e em grupo, oficinas terapêuticas e suporte social, tudo em um ambiente de menor restrição.
- **Substituição da Internação:** Os CAPS de modalidade III (24 horas) oferecem leitos de observação e repouso de curta duração, permitindo que a crise seja estabilizada próximo ao domicílio da pessoa e em contato com sua família e comunidade, evitando a desintegração social.

## 2.9. Atendimento de urgência e emergência psiquiátrica: articulação com a rede

O atendimento de urgência e emergência psiquiátrica deve ser uma resposta rápida e humanizada à crise aguda, com forte articulação entre os serviços:

- **Portas de Entrada:** Em situações de risco iminente, as pessoas podem ser encaminhadas para:
  - **CAPS III (24h):** Onde houver. É a melhor opção, pois já está integrado à RAPS.
  - **UPA/Emergência em hospitais gerais:** Para avaliação e manejo inicial de crises, com o objetivo de estabilizar e, rapidamente, referenciar para o CAPS.
  - **SAMU (192):** Para resgate e transporte seguro em situações de risco grave.
- **Articulação:** A comunicação e a referência entre o serviço de urgência e o CAPS de área são vitais. O objetivo do hospital geral é apenas estabilizar o quadro agudo e garantir o retorno da pessoa ao seu território, para o cuidado continuado no CAPS.

## 2.10. Recursos terapêuticos dos CAPS no manejo de crises

Os CAPS utilizam uma variedade de recursos para manejar a crise de forma humanizada e eficaz:

- **Medicação:** Avaliação e ajuste de psicofármacos para controle dos sintomas agudos (ansiedade, agitação, psicose).
- **Grupo de Acolhimento:** Espaço de fala e escuta imediata, aliviando o sofrimento e oferecendo um senso de pertencimento.
- **Oficinas Terapêuticas:** Atividades expressivas (arte, música, escrita) e práticas (culinária, horta) que ajudam a pessoa a reorganizar o pensamento, restaurar a funcionalidade e retomar laços sociais.
- **Visitas Domiciliares:** A equipe pode ir ao encontro da pessoa em seu ambiente, fortalecendo o vínculo e entendendo o contexto social da crise.
- **Assembleias e Espaços de Convivência:** Promovem a participação ativa do usuário nas decisões do serviço e na construção de sua autonomia.

## 2.11. O trabalho em equipe (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e outros) nos CAPS

O cuidado em crise é essencialmente multiprofissional. A equipe dos CAPS atua de forma integrada para uma abordagem completa:

- **Avaliação e conduta médica geral e especializada (psiquiatria):** Responsável pela avaliação médica e manejo farmacológico.
- **Intervenção psicológica:** Atua na escuta e manejo do sofrimento psíquico, promovendo a reflexão e o desenvolvimento de recursos emocionais.
- **Intervenção em serviço social:** Mapeia a rede de apoio social, familiar e comunitária, atua na garantia de direitos (benefícios sociais, moradia, trabalho) e na articulação intersetorial.
- **Cuidados de enfermagem:** Responsável pelo cuidado físico, administração de medicamentos e monitoramento dos sinais vitais.

- **Intervenção em terapia ocupacional:** Ajuda na reinserção social e laboral, resgatando a capacidade da pessoa de realizar atividades cotidianas.
- **Outros Profissionais (fonoaudiologia, educação física, físicos, pedagogia):** Contribuem com a reabilitação psicossocial e a promoção de hábitos saudáveis e inclusivos.

## 2.12. Acompanhamento contínuo e reintegração social pós-crise

O manejo da crise é apenas o início do processo terapêutico. O foco principal é a recuperação e a reintegração social, prevenindo novos episódios:

- **Continuidade:** Após a estabilização, o CAPS mantém o acompanhamento regular, com revisões do PTI e monitoramento da evolução.
- **Reintegração Social:** A equipe trabalha ativamente para que a pessoa retome seus vínculos familiares, sociais, laborais ou educacionais, combatendo o isolamento.
- **Prevenção de Recaídas:** Identificação de gatilhos e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para que a pessoa e sua família possam reconhecer sinais precoces de uma nova crise e acionar o serviço antes do agravamento.

## 2.13. SAMia

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal dispõe de um aplicativo de Inteligência Artificial que auxilia na triagem e no fluxo correto aos serviços especializados em saúde mental. A plataforma não substitui o atendimento profissional multiprofissional, contudo, é uma importante ferramenta para o cuidado em rede.

Os questionários são baseados em escalas públicas e os dados fornecidos são protegidos pela LGPD. O SAMia oferece triagem automatizada, classificação de risco, encaminhamento territorializado e conteúdos de apoio. Está disponível para download através do link

<https://samia.app.br/app-samia>

### 3. CUIDADO HUMANIZADO: PRINCÍPIOS E PASSOS PRÁTICOS PARA O PROFISSIONAL DA DPDF

#### 3.1. O que significa acolher uma pessoa em crise de forma humanizada?

O acolhimento humanizado extrapola a adoção de boas práticas de atendimento da atividade fim (jurídica), mas implica em uma forma de conectar-se com um outro ser humano por ocasião daquele encontro reconhecendo a pessoa em sua integralidade, dignidade e singularidade. Para isso, requer:

- **Escuta Ativa e Sem Julgamento:** Dedicar tempo e atenção total ao relato da pessoa, validando sua dor e não a descredibilizando.
- **Atenção à Autonomia:** Focar nas capacidades e potencialidades da pessoa, promovendo o “cuidado em liberdade” e evitando decisões que anulem sua vontade, a menos que haja risco iminente comprovado.
- **Enfrentamento do Estigma:** Entender que a pessoa com transtorno mental é frequentemente alvo de preconceito e agir para que o ambiente da DPDF seja seguro e acolhedor, desmistificando o sofrimento psíquico.
- **Comunicação Clara e Adaptada:** Utilizar linguagem simples, pausada e respeitosa, garantindo que a pessoa compreenda as informações e os encaminhamentos, adaptando a comunicação à condição de sofrimento.
  - ✦ **“DICA!** Após dar orientações ou fazer uma devolutiva, confirme se a pessoa compreendeu. Pergunte, por exemplo: ‘Fez sentido para você?’ ou ‘Ficou alguma dúvida?’. Outra estratégia eficaz é pedir que ela repita, com suas próprias palavras, o que entendeu da orientação.”

#### 3.2. A escuta qualificada e interseccional no atendimento: como ouvir com atenção às desigualdades

O cuidado em saúde mental exige mais do que o conhecimento técnico sobre transtornos e sintomas. Exige sensibilidade para compreender que o sofrimento psíquico não se forma apenas no âmbito individual, mas é atravessado por desigualdades históricas e estruturais que marcam profundamente a vida das pessoas.

A escuta, nesse sentido, não é apenas técnica, mas uma prática ética e política de cuidado. Escutar é acolher a história de vida, validar o sofrimento, reconhecer a dignidade e fortalecer a autonomia. É criar um espaço onde a pessoa não seja reduzida ao seu diagnóstico, mas reconhecida em sua integralidade, seus vínculos, sua cultura, sua comunidade e seus direitos.

A escuta qualificada considera que o sofrimento apresentado pode estar atravessado por múltiplos fatores, como:

- Condições sociais e econômicas;
- Racismo e discriminação racial;
- Desigualdades de gênero e violência baseada em gênero;
- Capacitismo e barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência;
- LGBTfobia e outras formas de discriminação relacionadas à orientação sexual e à identidade de gênero;
- Transtornos mentais e outras formas de sofrimento psíquico.

Esses fatores não atuam isoladamente: eles se somam e se intensificam (interseccionalidades).

Para os(as) profissionais da Defensoria Pública do Distrito Federal, adotar uma postura interseccional implica atuar com atenção permanente aos próprios vieses institucionais, evitando estigmatizações e julgamentos morais. Significa compreender que determinadas populações – como pessoas negras, mulheres em situação de violência, pessoas LGBTQIA+, pessoas com deficiência e moradores(as) de periferias – vivenciam o sistema de justiça de forma desigual e muitas vezes traumática.

- O que FAZER na prática
  - ✕ Ouça sem pressa e mantenha foco na conversa
  - ✕ Interesse-se pela pessoa, sua demanda e sua história
  - ✕ Ofereça ambiente com a maior privacidade possível
  - ✕ Respeite o nome social e a identidade de gênero
  - ✕ Demonstre que é seguro compartilhar informações sensível com você
  - ✕ Adapte a comunicação quando houver deficiência sensorial, intelectual ou física
  - ✕ Informe direitos de forma clara e acessível
  - ✕ Seja cordial
  - ✕ Demonstre sinceridade quanto à medida que se pode assegurar do sigilo das informações confiadas a você

### 3.3. Quando o atendimento vira uma “situação de conflito”?

Uma situação de atendimento pode evoluir para um conflito quando há um descompasso entre a expectativa da pessoa (ou de seus familiares) e a resposta da instituição, exacerbado pela crise:

- **Frustração de Expectativas:** A pessoa busca uma solução rápida (muitas vezes, a internação compulsória ou uma intervenção judicial imediata), e o profissional oferece uma via processual, lenta ou um encaminhamento à rede de saúde (CAPS).
- **Desorganização da Pessoa:** Manifestações de sofrimento psíquico intenso, como agitação, irritabilidade, desorganização do pensamento ou agressividade verbal, dificultam a comunicação e geram tensão no ambiente.
- **Falta de Compreensão:** A incapacidade do profissional em reconhecer a crise como um sintoma de doença, e não como uma má-vontade, leva a respostas inadequadas, punitivas ou de exclusão.
- **Medo e Insegurança:** O medo do profissional em lidar com o comportamento desafiador da pessoa o leva a reagir com defensividade ou a acionar medidas extremas desnecessárias (como a segurança), escalando o conflito.

### 3.4. O QUE NÃO FAZER em situações de conflito ou crise

Em momentos de crise, a reação do profissional é determinante para a segurança de todos. **EVITE:**

- **Argumentar ou confrontar:** Não tente convencer a pessoa de que seus delírios ou percepções são falsos. Isso aumenta a desconfiança e a agitação.
- **Tocar (a menos que autorizado):** Evite o contato físico a menos que seja para a segurança imediata. Um toque pode ser interpretado como ameaça.
- **Elevar o tom de voz ou gritar:** Mantenha a voz calma e baixa, mesmo que a pessoa esteja agitada.



- **Fazer promessas ou dar falsas garantias:** Não prometa soluções rápidas ou a internação. Seja honesto sobre o processo e o papel da DPDF, fazer garantias irrealizáveis só aumentará a angústia da pessoa
- **Chamar a segurança ou a polícia de imediato:** Acionar a segurança ou a polícia deve ser o último recurso, reservado a situações de risco iminente, pois a presença policial pode ser interpretada como punição e agravar o quadro de crise.
- **Minimizar o sofrimento:** Não diga frases como “acalme-se”, “não é para tanto” ou “você está exagerando”. Valide a dor, dizendo: “Eu vejo que você está sofrendo muito”.

### 3.5. O QUE FAZER: Orientações Iniciais para o Atendimento Humanizado

Em uma situação de crise ou conflito:

1. **Demonstre segurança e mantenha a calma:** Sua tranquilidade é o principal fator de estabilização. Respire fundo e demonstre autocontrole.
2. **Crie um ambiente seguro:** Se possível, leve a pessoa para um local reservado e menos estimulante (com menos barulho e pessoas).
3. **Estabeleça a comunicação:**
  - ✧ Apresente-se com calma e use o nome da pessoa.
  - ✧ Fale devagar, com voz baixa e tom firme, mas acolhedor.
  - ✧ Use frases curtas e diretas.
  - ✧ Reforce a intenção de escutar e ajudar a pessoa
4. **Ouçã e valide:**
  - ✧ Permita que a pessoa fale. O objetivo é a descarga emocional.
  - ✧ Diga: “Eu entendo que você está angustiado(a)” ou “Parece que você está passando por uma situação muito difícil”.
    - i “DICA! Utilize exemplos e sentimentos expressos pelo assistido para tornar a comunicação mais empática. Por exemplo: ‘Percebo que você se sente triste com essa situação’ ou ‘Você mencionou que sente medo quando essa pessoa fala com você, é isso mesmo?’”
  - ✧ Mostre interesse em compreender o sofrimento por trás da crise. Muitas vezes, a pessoa em sofrimento busca um espaço onde se sinta reconhecida e ouvida.
5. **Pergunte sobre o risco:** Pergunte de modo gentil e delicado sobre a ideiação suicida ou agressiva: “Você já pensou em fazer mal a si mesmo(a) ou a alguém? Você acha que esse risco vem aumentando nas últimas semanas ou dias? Neste momento, você considera que está em risco?”
6. **Ofereça ajuda prática:** Ofereça um copo de água, um lugar para sentar. Pequenas gentilezas ajudam a restabelecer a conexão.

### 3.6. Próximos Passos: Quando a situação não se normaliza

Se as orientações iniciais não forem suficientes e a crise persistir:

1. **Ação a SAP-DPDF:** Entre em contato imediatamente com a Subsecretaria de Atividade Psicossocial (SAP) da DPDF. O profissional psicossocial da defensoria é a referência interna para manejo.
2. **Busca por acompanhantes:** Com o consentimento da pessoa (ou se for situação de risco iminente), tente contatar um familiar ou amigo de referência que possa auxiliar no acolhimento. Pergunte a ela se tem alguém que ela confie
3. **Encaminhamento prioritário à RAPS:** Se a crise for grave, o profissional da DPDF deve se articular com a rede (UBS ou CAPS de referência, SAMU, UPA) para o encaminhamento assistido, priorizando o serviço que oferece cuidado em liberdade (CAPS III).
  - a É importante deixar a pessoa em crise a par dos passos sendo tomados, como o contato com familiares ou com serviços de emergência, pontuando que as atitudes acionadas tem vistas ao cuidado do cidadão.
4. **Acionamento de segurança (Último Recurso):** A segurança deve ser acionada apenas se houver risco concreto e iminente de violência física à pessoa ou a terceiros, com o objetivo de contenção humanizada até a chegada do apoio da RAPS ou do SAMU.

### 3.7. Como os servidores da DPDF devem atuar em crise ou surto?

Os servidores, estagiários e membros da DPDF devem atuar em conjunto, seguindo os princípios de segurança e humanização:

- **Atuação em Dupla:** Sempre que possível, atenda pessoas em crise com um colega, nunca sozinho(a).
- **Não Assumir a Função de Terapeuta:** O papel da DPDF é de acolhimento e garantia de direitos, e não de realizar a intervenção clínica (psicoterapia ou prescrição). Isso é papel dos profissionais da RAPS.
- **Documentação:** Registrar detalhadamente o ocorrido (o motivo da crise, as medidas tomadas e o encaminhamento feito) em processo restrito no SEI, garantindo o sigilo das informações de saúde.

### 3.8. O Grupo de Referência (GR) para atuação em situações de crise

A criação de um Grupo de Referência (GR) formalizado na DPDF, composto por profissionais treinados (incluindo a equipe da SAP), é essencial para:

- **Consultoria Interna:** Ser o primeiro ponto de contato para servidores que enfrentam crises no atendimento.
- **Protocolo de Ação:** Padronizar as ações em crise, minimizando o imprevisto e o medo.
- **Articulação:** Manter o diálogo constante com a SUSAM-SESDF e os CAPS, agilizando os encaminhamentos.



### 3.9. Evitando que o atendimento se torne punitivo ou excludente

A forma como a DPDF lida com a crise não deve replicar o estigma social ou o histórico de exclusão:

- **Não Rotular:** Evitar o uso de diagnósticos ou termos estigmatizantes (“louco”, “drogado”) no registro ou na comunicação interna.
- **Acesso Pleno:** Garantir que a pessoa em sofrimento psíquico não tenha seu acesso à justiça dificultado, oferecendo um tempo de atendimento maior e adaptado.
- **Monitoramento:** Acompanhar o caso após o encaminhamento inicial para garantir que o CAPS ou o serviço de saúde tenha, de fato, acolhido a pessoa e que o tratamento esteja em curso.

### 3.10. Dicas para o Cuidado e para a Prática Profissional

#### **Acolhimento da Equipe**

Atuar com pessoas em situação de crise em saúde mental pode mobilizar emoções intensas nos profissionais da DPDF. Por isso, é fundamental que a instituição disponha de espaços internos de escuta, troca e acolhimento, nos quais defensores(as), servidores(as) e estagiários(as) possam compartilhar vivências, elaborar afetos e fortalecer o cuidado mútuo.

#### **Trabalho em Equipe**

O atendimento a pessoas em sofrimento psíquico pode gerar frustração, insegurança ou sensação de sobrecarga. Em momentos excepcionais, é legítimo e recomendado pedir uma breve pausa para ou solicitar o apoio de uma colega ou um colega para assumir ou compartilhar o atendimento. O cuidado é sempre coletivo e nunca deve recair sobre uma única pessoa. Essa prática reforça um atendimento mais empático, ético e humanizado.

#### **Segurança Física**

Em situações de crise, deve-se avaliar permanentemente a segurança da equipe e da pessoa atendida. Caso haja risco concreto, é necessário acionar os serviços responsáveis pela proteção e segurança. Garantir a integridade física de todos é uma premissa essencial para qualquer intervenção.

#### **Segurança Psicológica**

O cuidado em saúde mental inclui também a preservação da saúde emocional dos profissionais. Criar ambientes de trabalho onde seja possível expressar sentimentos, reconhecer dificuldades e buscar apoio reduz impactos negativos e fortalece a qualidade do atendimento prestado.

#### **Rotatividade e Organização do Atendimento**

A construção de escalas que distribuam adequadamente os atendimentos entre servidores(as) e estagiários(as) contribui para evitar sobrecarga e desgaste emocional. A alternância de profissionais em horários sensíveis é uma estratégia eficaz para manter a equipe protegida e o serviço qualificado.

#### **Sentimento de Impotência**

Diante de casos complexos ou demandas que extrapolam o campo de atuação jurídica, é comum que profissionais da DPDF experimentem frustração, impotência ou sensação de insuficiência. Reconhecer os limites institucionais e compreender que nem todas as crises podem ser solucionadas de imediato é parte do cuidado ético. Esse reconhecimento não diminui a qualidade do atendimento – ao contrário, permite lidar com as situações de forma mais realista, empática e consciente.

## 4. FAMÍLIA, REDE DE APOIO E COMUNIDADE: ELEMENTOS DO CUIDADO

### 4.1. Como as famílias podem agir diante de uma crise sem recorrer à internação?

A família é o principal recurso de apoio e deve ser encorajada a gerenciar a crise no ambiente doméstico e comunitário, evitando o caminho da internação.

- **Manter a Calma e a Segurança:** O primeiro passo é garantir um ambiente seguro, removendo objetos perigosos e mantendo a calma. A tranquilidade dos familiares é fundamental para reduzir a agitação da pessoa em crise.
- **Estabelecer um Contato Acolhedor:** Falar em tom de voz baixo e lento, sem confrontar ou julgar. Tentar se conectar com a pessoa, validando seus sentimentos (“Eu sei que você está assustado(a)”, “Eu estou aqui para te ajudar”).
- **Acompanhamento ao CAPS:** A família deve ser orientada a levar a pessoa ao CAPS de referência ou ao CAPS III (24h). O cuidado no CAPS, com suporte intensivo e de porta aberta, é a principal alternativa à internação.
- **Monitoramento e Suporte Básico:** Garantir que a pessoa se alimente e durma, e monitorar de perto os sinais de risco (ideação suicida ou agressividade).

### 4.2. Atitudes a serem evitadas que podem piorar a situação

Certas reações familiares, embora bem-intencionadas, podem agravar a crise:

- **Ameaças ou Coerção:** Tentar forçar a pessoa a tomar medicação ou a fazer algo contra a sua vontade, sem o apoio técnico, pode gerar resistência, medo e reação agressiva.
- **Isolamento Total:** Deixar a pessoa sozinha ou trancada em um quarto, aumentando o sentimento de desamparo e paranoia.
- **Discussões sobre a Realidade:** Tentar convencer a pessoa de que seus delírios ou alucinações não são reais, o que pode aumentar a frustração e a agitação.
- **Busca Imediata pela Justiça:** Recorrer ao sistema judicial para uma internação compulsória sem antes esgotar as vias do CAPS. Essa atitude “pula” o cuidado técnico em liberdade e judicializa desnecessariamente o sofrimento.
- **Medicação Não Prescrita:** Administrar doses de remédios antigos ou não prescritos para tentar “sedar” a pessoa, o que pode ser perigoso e ineficaz.

### 4.3. Como orientar familiares sobrecarregados ou sem saber a quem recorrer?

A DPDF deve acolher e orientar os familiares, que também são afetados pelo sofrimento:

- **Encaminhamento à SUAP-DPDF:** A Subsecretaria de Atividade Psicossocial da Defensoria pode oferecer escuta e orientação inicial aos familiares sobre o manejo da crise e os recursos da RAPS.
- **Grupo de Apoio para Familiares:** Orientar a família sobre a existência de grupos de apoio nos CAPS ou em associações de usuários e familiares, onde podem compartilhar experiências e aprender estratégias de manejo.
- **Informação sobre a RAPS:** Explicar detalhadamente o funcionamento dos CAPS e os benefícios do tratamento em liberdade, desmistificando o medo de que a internação é a única solução.

- **Busca de Direitos Sociais:** Verificar se a família tem direito a benefícios (como o Benefício de Prestação Continuada - BPC) ou acesso a programas sociais que podem reduzir o estresse financeiro e social.

#### 4.4. O papel da comunidade e dos serviços públicos (CRAS, CREAS, DPDF, SUSAM)

O cuidado é de responsabilidade social e deve envolver uma rede de proteção:

- **CRAS (Centro de Referência de Assistência Social):** Oferece apoio social, familiar e comunitário, auxiliando na garantia de direitos e no fortalecimento de vínculos.
- **CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social):** Atua com famílias e indivíduos em situação de risco social e violação de direitos (como violência ou negligência).
- **DPDF e SUSAM-SESDF:** O trabalho articulado entre a Defensoria (garantia de direitos) e a Saúde Mental (cuidado clínico e psicossocial) é a base deste Guia, garantindo que o cuidado seja legalmente protegido e clinicamente adequado.
- **Comunidade:** A comunidade, escolas, igrejas e associações de bairro podem atuar no combate ao estigma e na reintegração social, sendo um importante fator de proteção e suporte.

#### 4.5. Fortalecimento dos vínculos familiares e sociais na prevenção de crises

A prevenção de crises passa pela manutenção de uma vida saudável e de laços fortes:

- **Suporte Contínuo:** O acompanhamento psicológico e social para a família deve ser contínuo, não apenas durante a crise, mas para prevenir o esgotamento (burnout familiar).
- **Inclusão Social:** Estimular a participação da pessoa em atividades sociais, laborais, educacionais ou de lazer na comunidade. O isolamento é um fator de risco para recaídas.
- **Planejamento de Crise:** Desenvolver um Plano de Crise com a equipe do CAPS e a família, listando os sinais de alerta, os contatos de emergência e as estratégias de manejo que funcionam para o indivíduo.

## 5. ASPECTOS ÉTICOS, LEGAIS E INSTITUCIONAIS: A RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

### 5.1. O que a legislação brasileira prevê sobre o atendimento a pessoas em crise?

O atendimento é regido pela Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que:

- **Protege os Direitos:** Garante o direito à melhor forma de tratamento, ao acesso a informações, a ser tratado com humanidade e respeito, e à proteção contra qualquer forma de abuso ou exploração.
- **Prioriza o Cuidado em Liberdade:** Estabelece que o tratamento deve ocorrer, preferencialmente, em serviços comunitários de base territorial (CAPS), evitando ao máximo a internação.
- **Define as Modalidades de Internação:** Regulamenta as internações voluntária, involuntária e compulsória, sendo a última de exclusiva determinação judicial.
- **Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência):** Reforça a proteção e a autonomia, garantindo a capacidade legal e a tomada de decisão apoiada para pessoas com deficiência.

### 5.2. Cuidados para garantir os direitos e a dignidade do usuário

A atuação da DPDF deve assegurar:

- **Consentimento Informado:** A pessoa deve ser informada sobre seu quadro de saúde e sobre as opções de tratamento e o papel da DPDF, a fim de que possa dar seu consentimento (quando tiver discernimento).
- **Dignidade e Respeito:** Garantir que o indivíduo seja chamado pelo nome e que suas escolhas, valores e cultura sejam respeitados.
- **Sigilo e Privacidade:** As informações de saúde mental são sigilosas e devem ser tratadas com a máxima restrição.
- **Reavaliação Contínua:** No caso de internação compulsória, monitorar a necessidade de reavaliação periódica para que a medida não se estenda desnecessariamente.

### 5.3. A atuação da DPDF em conflitos entre família e serviços de saúde

A DPDF frequentemente atua como mediadora nesses conflitos:

- **Conflito 1: Família X Profissional (Internação):** A família exige a internação e o profissional da saúde recusa. A DPDF deve acolher a família, mas reforçar a prioridade do cuidado em liberdade e solicitar ao CAPS que redesenhe junto com a pessoa em sofrimento (e sua família, se possível) um PTI alternativo, justificando tecnicamente a recusa da internação.
- **Conflito 2: Família X Paciente:** A família quer intervir no tratamento ou restringir direitos. A DPDF deve atuar na proteção do usuário, garantindo sua autonomia e os direitos previstos em lei.

#### 5.4. Riscos de acionar diretamente o sistema judicial sem acompanhamento técnico do CAPS

Acionar a Justiça sem o embasamento técnico do CAPS ou de um profissional psiquiatra/psicólogo da RAPS pode acarretar:

- **Decisões Desinformadas:** O juiz pode não ter o laudo circunstanciado e a avaliação da rede territorial, resultando em uma decisão de internação inadequada ou ineficaz.
- **Colapso do Sistema:** O sistema judicial é sobrecarregado com demandas que poderiam ser resolvidas na rede de saúde, desvirtuando o fluxo de cuidado.
- **Prejuízo ao Paciente:** A judicialização antecipada dificulta a construção do vínculo com o CAPS e reforça a visão da internação como única “solução mágica”.

#### 5.5. “Cuidado em liberdade”: um conceito central na política de saúde mental

Este conceito reitera que a recuperação ocorre com a pessoa inserida em sua comunidade, sem restrição de direitos e autonomia, por meio da RAPS. Significa:

- **Cuidado no Território:** Tratamento no CAPS próximo à residência
- **Autonomia:** A pessoa tem o direito de participar das decisões sobre seu próprio tratamento.
- **Reinserção:** O foco do tratamento é a volta à vida social, ao trabalho e ao convívio familiar.

#### 5.6. A importância do sigilo e da tramitação em processo restrito no SEI

O tratamento das informações na DPDF é crucial para proteger o usuário:

- **Sigilo:** Todas as informações relativas ao diagnóstico, tratamento e histórico psiquiátrico ou psicossocial são sigilosas, conforme o Código de Ética Profissional e a legislação.
- **SEI (Sistema Eletrônico de Informações):** Os documentos que contêm dados sensíveis de saúde mental devem tramitar em processo restrito (ou de acesso limitado) para que apenas os servidores diretamente envolvidos tenham acesso.

#### 5.7. Uso ético e responsável de relatórios médicos e psicossociais

Relatórios são instrumentos de trabalho e não devem ser usados para estigmatizar:

- **Propósito:** Os relatórios devem ter o objetivo de subsidiar o juízo ou a equipe de saúde, e não o de fornecer um rótulo definitivo ao usuário.
- **Linguagem:** Evitar linguagem técnica excessiva ou termos que possam ser facilmente mal interpretados por leigos, sempre focando na funcionalidade e no risco atual.

## 5.8. Por que relatórios de saúde não devem ser entregues a famílias sem avaliação técnica?

A entrega descontrolada de relatórios de saúde à família (que não tem a guarda legal ou curatela) pode gerar riscos e fere o compromisso ético com o sigilo profissional.

- **Estigma e Conflito:** O familiar pode usar o diagnóstico para estigmatizar, controlar ou prejudicar a autonomia do paciente.
- **Vazamento de Informações:** Risco de quebra de sigilo e exposição indevida de dados sensíveis.
- **Interpretação Incorreta:** Familiares podem interpretar o laudo de forma equivocada, tomando decisões de manejo ou tratamento inadequadas.
- **Exceção:** A entrega deve ser feita apenas a quem detém a curatela ou representação legal, ou ao próprio paciente, sempre com orientação profissional (médica ou psicossocial) sobre o seu uso.

## 5.9. Como DPDF e SUSAM protegem o usuário e evitam exposições indevidas?

A proteção se dá por meio de protocolos de comunicação:

- **Comunicação Interinstitucional Restrita:** A troca de informações entre DPDF e SUSAM deve ser formalizada e restrita aos profissionais envolvidos no caso, garantindo que o sigilo seja mantido.
- **Processos Restritos:** Uso obrigatório de processos com restrição de acesso nas plataformas eletrônicas.



## 6. FLUXOS DE ENCAMINHAMENTOS E ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL

### 6.1. O fluxo correto de encaminhamento DPDF-SUSAM/SESDF para internação compulsória

O fluxo deve priorizar o cuidado na RAPS antes da judicialização, seguindo a pactuação firmada entre a SUAP e a SUSAM, com vistas à correção do fluxo assistencial (Ofício Circular Nº 2/2024 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM)

- **Acolhimento na DPDF:** A família/solicitante busca a DPDF, que recebe a demanda por internação.
- **Encaminhamento Prioritário ao CAPS:** A DPDF orienta a família a buscar o CAPS de referência do paciente para avaliação e intervenção em crise (CAPS III).
- **Avaliação da Equipe Multiprofissional do CAPS:** O CAPS deve elaborar um Plano Terapêutico Individualizado (PTI) e, se a crise for grave, tentar o manejo intensivo (leitos de acolhimento 24h, medicação).
- **Recusa do CAPS/Insuficiência de Recursos:** Somente se o CAPS registrar que esgotou todos os recursos extra-hospitalares e que o risco iminente persiste, o profissional da SUSAM/SESDF (médico) emitirá um Laudo Médico Circunstanciado (comprovando risco de vida/terceiros e a insuficiência de alternativas).
- **Ajuizamento da Ação:** Com o Laudo Circunstanciado, a DPDF ajuíza a ação de internação compulsória, baseada na excepcionalidade da medida e na comprovação técnica do risco.
- **Decisão Judicial e Monitoramento:** O juiz determina a internação e a DPDF monitora a brevidade e adequação do tratamento, exigindo reavaliações.

### 6.2. Por que as famílias devem ser referenciadas ao CAPS, e não diretamente à Justiça?

O CAPS é a instância técnica e clínica mais apta para a primeira avaliação:

- **Decisão Técnica:** A internação é uma decisão clínica, não jurídica. O CAPS é quem possui a expertise e conhecimento de rede para determinar se o risco é real e se as alternativas de cuidado em liberdade foram esgotadas.
- **Cuidado Imediato:** O CAPS III (24h) oferece intervenção imediata na crise, enquanto a Justiça possui um tempo processual que pode agravar o quadro de risco.
- **Vínculo Terapêutico:** Referenciar ao CAPS permite o início imediato do vínculo terapêutico, crucial para a recuperação de longo prazo.

### 6.3. Como o CAPS avalia e decide sobre as intervenções cabíveis?

O CAPS utiliza o **Plano Terapêutico Individualizado (PTI)** como ferramenta:

- **Avaliação de Risco:** Utiliza escalas de risco e avaliação multiprofissional (psiquiatra, psicólogo, assistente social) para determinar a gravidade da crise.
- **Recursos da RAPS:** Prioriza intervenções menos restritivas (terapias, oficinas, leitos de acolhimento 24h).
- **Decisão de Internação:** A internação (voluntária ou involuntária) só é indicada se o risco for iminente e insustentável no serviço comunitário, devendo ser para a menor duração possível.

Falhas Comuns no Fluxo Atual	Estratégias de Correção (DPDF e SUSAM)
Famílias buscam a DPDF diretamente para internação.	Orientação padronizada pela DPDF, priorizando o encaminhamento ao CAPS.
CAPS não registra o esgotamento de recursos no prontuário.	DPDF exige nos pedidos de internação o Laudo Circunstanciado do CAPS.
Demora na avaliação psiquiátrica em urgências hospitalares.	Articulação SUSAM/DPDF (Circular Conjunta) para agilizar o fluxo de leitos.
Uso de laudos simplistas, sem detalhamento do risco.	DPDF exige laudos detalhados (circunstanciados) para ajuizamento de ações.



## 7 INTERDIÇÃO E A TOMADA DE DECISÃO APOIADA

### 7.1 Direitos, Autonomia e Proteção na Perspectiva da DPDF

Falar sobre interdição e tomada de decisão apoiada é falar sobre autonomia, dignidade e proteção de direitos. Nem toda pessoa que vive um sofrimento psíquico ou uma deficiência precisa perder o direito de decidir sobre a própria vida. Pelo contrário: o papel do sistema de justiça é ampliar direitos, e não restringi-los.

A Defensoria Pública do Distrito Federal atua com o compromisso de garantir que qualquer medida de proteção respeite a pessoa como sujeito de direitos, e não como objeto de tutela.

### 7.2 O que é a Interdição?

A interdição é uma medida judicial que limita, total ou parcialmente, a capacidade de uma pessoa tomar decisões sobre sua vida civil. Ela só deve ser utilizada em situações excepcionais, quando for realmente comprovado que a pessoa não consegue exercer sua vontade de forma autônoma, mesmo com apoio.

#### **Importante:**

A interdição não deve ser automática em casos de sofrimento mental, deficiência ou uso problemático de substâncias;

A regra é a preservação da autonomia. A restrição de direitos só pode ocorrer quando for indispensável e sempre de forma proporcional.

- **A DPDF atua para que a interdição:**

- ✕ Seja medida de último recurso
- ✕ Seja parcial, quando possível
- ✕ Respeite a história, a vontade e os vínculos da pessoa

### 7.3 O que é a Tomada de Decisão Apoiada?

A Tomada de Decisão Apoiada é uma alternativa moderna e humanizada à interdição. Nesse modelo, a pessoa não perde sua capacidade civil. Ela escolhe pessoas de confiança para ajudá-la a compreender informações e a tomar decisões.

#### **Na tomada de decisão apoiada:**

- A pessoa continua sendo a protagonista;
- Os apoiadores não decidem por ela;
- O papel dos apoiadores é explicar, orientar e apoiar, e não substituir a vontade da pessoa.

Essa medida representa um avanço importante na proteção dos direitos das pessoas com deficiência e em sofrimento psíquico, alinhada à Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e ao Estatuto da Pessoa com Deficiência.

## 7.4 Por que a DPDF prioriza a Tomada de Decisão Apoiada?

A missão institucional da DPDF é promover acesso à justiça com dignidade, equidade e respeito aos direitos humanos. Por isso, a Defensoria:

- Incentiva alternativas à interdição total;
- Prioriza medidas que preservem a autonomia;
- Atua para que o Judiciário escute a própria pessoa, e não apenas laudos e pareceres.
- O cuidado, para a Defensoria, não significa controlar a vida da pessoa, mas fortalecer sua capacidade de decidir com apoio adequado.

## 7.5 Sofrimento psíquico não é sinônimo de incapacidade

Ter um transtorno mental, viver uma crise ou estar em sofrimento emocional não significa automaticamente ser incapaz. Muitas pessoas conseguem tomar decisões sobre suas vidas quando recebem:

- Apoio adequado;
- Informação acessível;
- Tempo para compreender as situações.

Por isso, a DPDF atua para evitar que situações de vulnerabilidade sejam transformadas, de forma precipitada, em perda de direitos

## 7.6 Como a DPDF atua nesses casos?

- Escuta a própria pessoa, não apenas familiares ou terceiros
- Avalia a possibilidade de tomada de decisão apoiada antes da interdição
- Atua para garantir processos com contraditório, participação e respeito
- Defende que a medida adotada seja sempre a menos restritiva

## 7.7 Em resumo:

A atuação da DPDF se baseia em três pilares:

- **Autonomia:** toda pessoa tem direito de participar das decisões sobre sua própria vida.
- **Proteção:** o Estado deve intervir quando há risco real, mas sem excessos.
- **Cuidado em liberdade:** a regra é fortalecer vínculos, e não substituir vontades.

## 8. AÇÕES INTEGRADAS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

### 8.1. Estratégias DPDF e SUSAM para melhorar a comunicação entre os serviços

A fluidez da comunicação entre a Defensoria Pública (DPDF) e a Subsecretaria de Saúde Mental (SUSAM-SESDF) é vital para a eficácia do cuidado em crise. As estratégias incluem:

- **Canais de Comunicação Prioritários e Formalizados:** Estabelecimento de um contato institucional direto (e-mail ou sistema interno) exclusivo para as equipes da SAP-DPDF e SUSAM, garantindo resposta rápida e segura.
- **Reuniões Periódicas:** Encontros regulares (mensais ou bimestrais) entre os coordenadores e as equipes técnicas das duas instituições para alinhamento de fluxos, discussão de casos complexos e avaliação de indicadores.
- **Plataforma de Informação Compartilhada (com Sigilo):** Criação de um sistema (dentro dos limites legais do sigilo) para rastrear o fluxo dos pacientes, desde o encaminhamento da DPDF até o acolhimento no CAPS e a decisão clínica.
- **Capacitação Conjunta:** Realização de eventos de formação e treinamentos conjuntos para que os profissionais de ambas as áreas compreendam os fluxos de trabalho e as necessidades ético-legais de cada setor.

### 8.2. Contribuição familiar para um cuidado mais humanizado e menos judicializado

A família é uma parceira e não deve ser vista apenas como “solicitante” de internação. Sua contribuição para a desjudicialização e humanização se dá por:

- **Participação no PTI:** Envolvimento ativo na construção do Plano Terapêutico Individualizado (PTI), no CAPS, sendo orientada e capacitada para o manejo da crise no ambiente doméstico.
- **Adesão às Redes de Apoio:** Busca ativa por grupos de apoio de familiares, reduzindo a sobrecarga e o isolamento, e promovendo o entendimento do sofrimento psíquico.
- **Fiscalização Cidadã:** A família deve ser orientada pela DPDF a fiscalizar o tratamento na RAPS, garantindo a qualidade do cuidado e denunciando eventuais abusos ou negligências.

### 8.3. Boas práticas de articulação entre CAPS, SUSAM e DPDF como referência

Um modelo de sucesso na articulação interinstitucional deve incorporar:

- **Referência e Contrarreferência Formalizadas:** O CAPS deve sempre enviar um relatório de contrarreferência à DPDF após o acolhimento, informando o PTI estabelecido e o resultado da intervenção.
- **Visitas de Conhecimento Mútuo:** Profissionais da DPDF devem realizar visitas aos CAPS para entender a dinâmica de trabalho e construir relações de confiança com as equipes da RAPS.
- **Grupo de Referência Interinstitucional:** A formação de um comitê permanen-

te para mediar e resolver impasses de fluxo, garantindo que nenhum usuário fique sem a devida atenção.

#### **8.4. Avanços esperados com a ampliação das residências terapêuticas e a retirada de ATP do sistema prisional**

Avanços estruturais são esperados para o fortalecimento da RAPS:

- **Residências Terapêuticas (SRT):** A ampliação das SRTs (serviços que acolhem pessoas com longas histórias de internação psiquiátrica) garante a reinserção social e a moradia digna, sendo a concretização do cuidado em liberdade.
- **Retirada de ATP do Sistema Prisional:** A desinternação progressiva de Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (P-TMC) que estão cumprindo Medida de Segurança (antigo ATP) em unidades prisionais, garantindo seu tratamento na rede de saúde mental e não em ambientes de privação de liberdade.

#### **8.5. Como a Política Nacional de Cuidados pode ser incorporada nos fluxos da DPDF?**

A Política Nacional de Cuidados reconhece o cuidado como um direito e uma responsabilidade social. Na DPDF, ela se incorpora por:

- **Reconhecimento da Sobrecarga Familiar:** O atendimento jurídico deve reconhecer o papel central da família no cuidado e buscar a proteção legal contra o esgotamento, bem como a garantia de direitos sociais.
- **Valorização da Saúde Mental do Profissional:** A DPDF deve cuidar da saúde mental de seus próprios servidores, membros e estagiários, que lidam diariamente com o sofrimento e a crise, prevenindo o burnout institucional.

#### **8.6. O trabalho interinstitucional entre DPDF e SUSAM: fortalecendo a RAPS no DF**

O trabalho conjunto consolida a RAPS do Distrito Federal:

- **Garantia de Leitos:** A DPDF exige da SUSAM o cumprimento da oferta de leitos de saúde mental em hospitais gerais e leitos de acolhimento 24h nos CAPS, coibindo a omissão do poder público.
- **Defesa de Direitos:** A DPDF defende os direitos dos usuários da RAPS, garantindo a continuidade do tratamento e o respeito à Lei nº 10.216/2001, evitando retrocessos na política de desinstitucionalização.

# REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Grupo A, 2016.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e o tratamento de dependentes químicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jun. 2019.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Armed, 2000.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde; Defensoria Pública do Distrito Federal. Circular Conjunta nº 130/2024. Estabelece diretrizes técnicas e protocolos de atendimento que garantam o acesso dos usuários aos serviços especializados de saúde mental no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em interface com a Defensoria Pública do Distrito Federal. Brasília, DF, 2024.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Guia de atendimento a pessoas em sofrimento psíquico. Brasília, DF: MPDFT, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação internacional de doenças. CID-11: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 11ª revisão. Genebra: OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Saúde mental. Washington, DC: OPAS/OMS, [2023?]. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental>>. Acesso em: 11 nov. 2024.

PORTARIA nº 9, de 15 de janeiro de 2025. Disponível em: <[https://www.defensoria.df.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/SEI\\_160515077\\_Portaria\\_9.pdf](https://www.defensoria.df.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/SEI_160515077_Portaria_9.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2025.

Documentos e manuais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Ministério da Saúde.

Fluxo de atendimento em urgência e emergência em saúde mental na UnB. Disponível em: <[https://www.ich.unb.br/images/fluxogramaSaude\\_MENTAL.pdf](https://www.ich.unb.br/images/fluxogramaSaude_MENTAL.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2025.

DA COSTA, I. I.; RAMOS, T. C. C. Primeiras crises psíquicas graves: o que a Fenome-

nologia pode dizer? ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade, v. 8, n. 2, p. 251-264, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em Dia Mundial. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/74566-sa%C3%BAde-mental-depender-de-bem-estar-f%C3%ADsico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial>>. Acesso em: 11 nov. 2025.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. Folheto informativo para a população. Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/folheto-popula-o.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2025.



**DEFENSORIA PÚBLICA**  
D I S T R I T O   F E D E R A L

Secretaria  
de Saúde

