

MANUAL DA CERUPI

COMISSÃO ESTADUAL
REVISORA DAS INTERNAÇÕES
PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS

RESOLUÇÃO SESA Nº 433
DE 12 DE MAIO DE 2021



RESOLUÇÃO SESA Nº 433/2021

Dispõe sobre Manual da Ceripi – Comissão Estadual Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias da SESA.

O **Secretário de Estado da Saúde**, gestor do Sistema Único de Saúde do Paraná, no uso da atribuição que lhe confere o art. 4º, incisos VI e XIII, da Lei Estadual nº 19.848, de 3 de maio de 2019 e o art. 8º, inciso IX do anexo 113060_30131 do Decreto Estadual nº 9.921, de 23 de janeiro de 2014, Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, além do disposto na Lei Estadual nº 13.331, de 23 de novembro de 2001, Código de Saúde do Estado e,

- considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

- considerando a Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 2001, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS;

- considerando a incorporação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência como texto constitucional por força do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 e do art. 5º, § 3º do texto constitucional;

- considerando a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que estabelece a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência;

- considerando a Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU, de 17 de dezembro de 1991;

- considerando a Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222, de 23 de novembro de 2018 e 2.226, de 21 de março de 2019, que aprova as normas do Código de Ética Médica;

- considerando as consultas realizadas pela equipe da Divisão de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná junto à literatura disponível, ao Conselho Federal de Medicina, ao Ministério Público do Paraná e instâncias Regionais e Municipais de Saúde do SUS, da área de Saúde Mental;

- considerando, finalmente, a Resolução SESA nº 777, de 12 de dezembro de 2019, que altera a Resolução SESA nº 639, de 03 de novembro de 2014 e institui a Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias – CERIPi, da Secretaria de Estado da Saúde, publicada no Diário Oficial do Paraná – Edição nº 10583, em 12 de dezembro de 2019;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Manual da Comissão Estadual de Revisão dos Internamentos Psiquiátricos Involuntários, anexo a esta resolução, após sua revisão e atualização.

Art. 2º A SESA, sempre que necessário, expedirá resoluções que complementem este Manual e facilitem sua aplicação.

Art. 3º O Manual anexo a esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga as disposições em contrário.

Curitiba, 12 de maio de 2021.

Assinado eletronicamente

Dr. Carlos Alberto Gebrim Preto
(Beto Preto)
Secretário de Estado da Saúde

ANEXO I DA RESOLUÇÃO SESA Nº 433/2021

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
DIRETORIA DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DE ORGANIZAÇÃO DE REDE EM CUIDADOS DA SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL
(SESA/DAV/COAS/DVSAM)**

**MANUAL DA CERIP
COMISSÃO ESTADUAL REVISORA DAS INTERNAÇÕES
PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS
RESOLUÇÃO SESA Nº 433 DE 12 DE MAIO DE 2021**

**CURITIBA
2021**

**MANUAL DA CERUPI - COMISSÃO ESTADUAL REVISORA DAS INTERNAÇÕES
PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS: RESOLUÇÃO SESA Nº 433/2021 DE 12 DE
MAIO DE 2021.**

Publicação da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

©2020. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Rua Piquiri, 170 - Rebouças CEP 20230 140, TEL 41 3330 4300
www.saude.pr.gov.br

Tiragem: 120 exemplares.

Catálogo na fonte: SESA/ESPP/BIBLIOTECA PARANÁ.

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde.

Manual da Ceripi - Comissão Estadual Revisora das Internações
Psiquiátricas Involuntárias - Curitiba: Sesa, 2021. 40 p.

1. Atenção à saúde mental. 2. Internamentos Psiquiátricos Involuntários. 1. Título.

Governador do Estado do Paraná Carlos Roberto Massa Junior

Secretário de Estado da Saúde do Paraná Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto)

Diretor Geral Nestor Werner Junior

Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde Maria Goretti David Lopes

Divisão de Atenção à Saúde Mental

Organizadora Maristela da Costa Sousa

Colaboradores

Flávia Caroline Figel

Gabriel Schulman

Julia Eliane Murta

Suelen Letícia Gonçalo

Referências Técnicas das 22 Regionais de Saúde

Técnicas da Divisão de Saúde da Criança e do Adolescente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

2 HISTÓRICO

3 NORMAS E PARÂMETROS LEGAIS

3.1 SOBRE COMISSÃO REVISORA DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS – CERUPI – PARANÁ

3.1.1 Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002

3.1.2 Resolução Sesa nº 639, de 03 de novembro de 2014

3.1.3 Resolução Sesa nº 777, de 12 de dezembro de 2019

3.2 SOBRE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM GERAL

3.2.1 Portaria de Consolidação MS nº 03, de 28 de setembro de 2017

3.2.2 Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015

3.2.3 Resolução CFM nº 2.057, 20 de setembro de 2013

3.2.4 Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009

3.2.5 Lei Federal nº 11.343, 23 de agosto de 2006

3.2.6 Resolução CNPC nº 05, de 04 de maio de 2004

3.2.7 Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001

3.2.8 Lei Estadual nº 11.189, de 09 de novembro de 1995

3.2.9 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

3.3 SOBRE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

3.3.1 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

3.3.2 Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002

3.3.3 Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015

3.3.4 Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990

3.4 SOBRE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA

3.4.1 Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001

3.4.2 Assembleia Geral da ONU nº A/46/49, de 17 de dezembro de 1991

3.4.3 Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal)

3.5 SOBRE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA

3.5.1 Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001

3.5.2 Resolução CFM nº 2.057, 20 de setembro de 2013

3.5.3 Comitê Executivo de Saúde do Paraná

3.6 SOBRE AUDITORIA, VALIDAÇÃO E SUSPENSÃO DA INTERNAÇÃO

PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA

3.6.1 Código de Ética Médica

3.6.2 Resolução CFM nº 2.145, de 17 de maio de 2016

3.6.3 Lei Federal nº 11.343, 23 de agosto de 2006, 23-A, § 5º

3.6.4 Lei Federal 12.842, de 10 de julho de 2013 - Lei do Ato Médico

3.6.5 Resolução CFM nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001

4 PRINCÍPIOS

5 DIRETRIZES

5.1 DIRETRIZES GERAIS

5.2 DIRETRIZES ESPECÍFICAS

6 NOTA SOBRE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

7 NOTA SOBRE INTERNAÇÃO POR USO ABUSIVO DE DROGAS

8 NOTA SOBRE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

9 METODOLOGIA

9.1 SOBRE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM LEITOS PSIQUIÁTRICOS

9.2 SOBRE A COMISSÃO ESTADUAL REVISORA DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS (CERIPi)

9.2.1 Membros da Ceripi

9.2.2 Ceripi Regional

9.2.3 Ceripi Central

9.2.4 Competência da Ceripi

9.3 SOBRE A REVISÃO DAS IPIs

9.3.1 Critérios para Internamento Psiquiátrico Involuntário

9.3.1.1 Parâmetros Técnicos para emissão de laudo de confirmação ou suspensão do Internamento Psiquiátrico Involuntário

9.3.1.2 Justificativa

9.3.2 Acesso às informações das Comunicações de IPI

10 DELIBERAÇÕES E DISPOSIÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

Trata-se, insisto, aqui e em tantos outros desdobramentos possíveis da Lei Federal nº 10.216/2001, de perceber, afinal, o imperativo essencial que dela se depreende: o de estender ao limite possível a autonomia da pessoa portadora de transtorno mental, a sua liberdade de escolha e de ação, mas até onde essas e outras liberdades não estejam elas mesmas, silenciadas e abatidas por uma imposição maior da natureza (o adoecer), a tornar-lhe pessoa acometida (paciente) e a ameaçar-lhe a vida ou o retorno à sanidade. (LIMA, 2007, p. 12).

O presente documento tem a finalidade de instruir a formação e metodologia de ação da Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias – Ceripi, prevista na Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002 bem como de instituir os princípios e diretrizes a serem seguidos pelos membros das Ceripis regionais e municipais do Estado do Paraná no exercício de suas funções.

A Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, em seu artigo 6º, distingue as modalidades de internação psiquiátrica, e define a internação psiquiátrica involuntária como aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. Mediante a possibilidade de ocorrer a involuntariedade em qualquer uma das modalidades de internações psiquiátricas, a Portaria GM nº 2.391, de 2002 surge como dispositivo legal para regular essas internações estabelecendo a constituição da Ceripi, além dos procedimentos de notificação da comunicação da internação psiquiátrica involuntária (IPI) ou voluntária (IPV) que se tornou involuntária. Ressalta-se que estas comunicações devem ser feitas ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

Diante desse cenário legal, o Estado do Paraná instituiu a Ceripi por meio da Resolução Sesa nº 639, de 03 de novembro de 2014, alterada posteriormente pela Resolução Sesa nº 777, de 12 de dezembro de 2019. Para execução desta norma administrativa são constituídas as comissões em âmbito regional nas regiões ou “municípios sede” dos estabelecimentos de saúde hospitalares onde podem ocorrer IPI e IPV.

Por fim, para atender as necessidades do Estado do Paraná, a finalidade das orientações contidas neste manual é apontar para o cumprimento das legislações vigentes, contribuir para a preservação de direitos constitucionais e para a garantia dos Direitos Humanos. Portanto, a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) do Paraná deve realizar a gestão e fiscalização das Ceripis e buscar, através das referências técnicas em saúde mental da administração central e das Regionais de Saúde, compor as comissões para executar as ações propostas.

Este manual é composto de normas e parâmetros legais, princípios e diretrizes. A transgressão das normas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas no Estatuto dos Servidores do Estado do Paraná, sem prejuízo das demais medidas legais aplicáveis a cada situação.

2 HISTÓRICO

No Estado do Paraná a Comissão Estadual Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias - Ceripi começou seus trabalhos de forma preliminar com a implantação de um comitê para organização das Ceripis em 2005, o qual esteve em atividade por cerca de dois anos, segundo documentação encontrada nos diretórios virtuais da DVSAM.

Em 03 de novembro de 2014, a Secretaria de Estado da Saúde - Sesa publicou a Resolução 639, de 2014 e instituiu formalmente a Ceripi Estadual. Após o levantamento e identificação do número de estabelecimentos de saúde com leitos especializados em psiquiatria e de leitos de saúde mental em hospital geral existentes no Estado, onde potencialmente podem ocorrer internamentos psiquiátricos involuntários, fez-se necessário a descentralização das Comissões Revisoras para as Regionais de Saúde (RS), designação esta amparada pela Portaria GM nº 2.391, de 2002, Artigo 10º § 2º. Portanto, desde 2014, a Sesa vem fomentando e orientando a criação das Ceripis Regionais naquelas RS que são sede dos estabelecimentos de saúde que potencialmente podem realizar IPIs; orientando que as nomeações de seus membros sejam deliberadas em Comissão Intergestora Bipartite Regional – CIR (CIR) ou ocorram através de portaria municipal nos casos específicos. A propósito, o município de Maringá instituiu sua Ceripi municipal através da Portaria Municipal de Saúde nº 2, de 02 de abril de 2013.

Neste íterim o Ministério Público do Paraná (MPPR) manifestou o entendimento de que a Portaria 2.391, de 2002, por ser advinda do MS, não poderia legislar sobre participação do MPPR definindo então que caberia a cada membro do MPPR deliberar sobre sua participação como membro na Ceripi. Para comunicação e registro das internações psiquiátricas involuntárias pelos estabelecimentos de saúde do Estado, conforme definição da referida Portaria Ministerial da Saúde, a partir de novembro de 2015 o MPPR criou e disponibilizou acesso para consulta pela Ceripi, o “Sistema de Registro Informatizado para Proteção à Pessoa Acometida de Transtorno Mental – SISTEMA PROTEGE”. Destarte, foi possível verificar que anualmente ocorriam em torno de três mil IPIs no Estado do Paraná, sendo identificado, ao final de 2018, a necessidade de 14 Ceripis Regionais (apresentadas no Quadro 1), sede de estabelecimentos de saúde.

Quadro 1 - Lista das Regionais de Saúde sede dos estabelecimentos hospitalares com leitos de psiquiatria ou de saúde mental.

1ª RS - Paranaguá	9ª RS - Foz do Iguaçu
2ª RS - Metropolitana	10ª RS - Cascavel
3ª RS - Ponta Grossa	12ª RS - Umuarama
4ª RS - Irati	14ª RS - Paranavaí
5ª RS - Guarapuava	15ª RS - Maringá
6ª RS - União da Vitória	16ª RS - Apucarana
7ª RS - Pato Branco	17ª RS - Londrina

Fonte: Elaborado pela DVSM (2020).

A Portaria GM 2.391, de 2002, além de outras resoluções, também determina que é competência do Gestor Estadual do SUS a revisão das IPIs, tanto de estabelecimentos integrados quanto não integrados ao SUS, através da constituição de comissão mista de profissionais técnicos de saúde específicos. Este se revelou um dos principais entraves para o seu cumprimento e para a completa composição das Comissões, uma vez que o número elevado de IPIs que ocorrem no Estado e o fato de não haver previsão orçamentária para a especificidade das ações estabelecidas criou uma demanda imprevista para a gestão político-administrativa. Ademais, com a municipalização da saúde determinada pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde; os municípios, agora então responsáveis pela execução da assistência à saúde propriamente dita, encontram dificuldade para disponibilizar os profissionais técnicos citados na Portaria GM 2.391, de 2002, com competência para atuar em ações de natureza diversa da assistencial.

Na sequência, o trabalho executado pelas Ceripis de algumas RS que progressivamente foram se constituindo, revelou que a referida Portaria Ministerial é omissa quanto à definição dos critérios que devem ser adotados para a emissão de laudos de confirmação ou suspensão das IPIs. Notadamente também se observou o mesmo em relação a metodologia e orientação legal a se valer naqueles casos com indicação de emissão de laudos de suspensão das IPIs. Nestes casos, considerando a urgência dos fatos mediante a inerente perda de direitos, da autonomia e/ou da liberdade de locomoção da pessoa indevidamente hospitalizada; se faz necessário definir estratégias para potencializar e desburocratizar processos para a imediata alta hospitalar.

Por fim, diante dos aspectos deficitários observados na Portaria GM 2.391, de 2002 para regulamentar o funcionamento da Ceripi, em maio de 2015 a Divisão de Saúde Mental da Sesa elaborou a primeira versão do “Manual da Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas

Involuntárias – Ceripi” visando o alinhamento conceitual e iniciou a divulgação deste manual e orientação para as 22 RS.

Nos anos seguintes surgiram novas constatações, algumas dúvidas e impasses na prática das revisões das IPIs; que exigiram novos posicionamentos da DVSAM no que tange as orientações técnicas para a execução das ações das Ceripis. Considerando que toda a indicação de internamento hospitalar se constitui num ato médico e que a natureza da ação de revisão de internamentos psiquiátricos involuntários é de fiscalização e auditoria do ato médico; definiu-se por incluir o médico na função de auditoria na composição das equipes das Ceripis. A necessidade de análise estatística e epidemiológica do público alvo das ações da Ceripi, de monitoramento das ações de revisão, de prestar informação sobre o andamento das revisões de IPI no Estado do Paraná para outros setores e instituições públicas afins; tornou necessária a criação de banco de dados e de informatização.

Assim sendo, procedeu-se a revisão do presente Manual, bem como a alteração da Resolução Sesa nº 639, de 2014 que criou a Ceripi Estadual, sendo publicada a Resolução Sesa nº 777, em 12 de dezembro de 2019.

3 NORMAS E PARÂMETROS LEGAIS

3.1 SOBRE COMISSÃO REVISORA DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS – CERIPI - PARANÁ

3.1.1 Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002

Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei nº 10.216, de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Esta portaria foi incorporada pela Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, Anexo V, art. 73.

3.1.2 Resolução Sesa nº 639, de 03 de novembro de 2014

Institui a Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias – Ceripi, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

3.1.3 Resolução Sesa nº 777, de 12 de dezembro de 2019

Altera a Resolução Sesa nº 639, de 2014 que institui a Comissão Revisora de Interações Psiquiátricas Involuntárias – Ceripi, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

3.2 SOBRE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM GERAL

3.2.1 Portaria de Consolidação MS nº 03, de 28 de setembro de 2017

Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

3.2.2 Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015

Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão).

3.2.3 Resolução CFM nº 2.057, 20 de setembro de 2013

Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.

3.2.4 Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009

Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, incorporada com status de emenda à Constituição.

3.2.5 Lei Federal nº 11.343, 23 de agosto de 2006

Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

(Alterada pela Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019)

3.2.6 Resolução CNPC nº 05, de 04 de maio de 2004

Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei n. 10.216, de 2001 - Lei de Saúde Mental.

3.2.7 Lei Federal 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.

3.2.8 Lei Estadual nº 11.189, de 09 de novembro de 1995

Dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares, de cidadãos com transtornos mentais.

3.2.9 Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

3.2.10 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

Texto constitucional, o qual recepcionou com status constitucional a Convenção de Nova York da Pessoa com Deficiência.

3.3 SOBRE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Regulam a internação psiquiátrica para crianças e adolescentes, devido à condição peculiar desta faixa etária, as quais ainda estão em desenvolvimento no aspecto físico e psíquico, sua incapacidade jurídica, a diferente percepção da passagem do tempo e a imprescindível necessidade de convivência familiar e comunitária. Além de serem observadas as legislações abaixo, devem valer também os mesmos critérios e preceitos clínicos para internação psiquiátrica do adulto citados neste documento.

3.3.1 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

“Artigo 227: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”

3.3.2 Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002

Institui o Código Civil.

3.3.3 Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015

Institui o Código de Processo Civil.

3.3.4 Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências.

3.4 SOBRE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA

3.4.1 Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001

3.4.2 Assembleia Geral da ONU nº A/46/49, de 17 de dezembro de 1991

Sobre a “Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”.

3.4.3 Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940

Institui o Código Penal

3.5 SOBRE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA

A internação psiquiátrica compulsória não é objeto de revisão pela Ceripi. No entanto, devido à ocorrência frequente de diferenças de entendimentos técnicos e legais, cita-se:

3.5.1 Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001

3.5.2 Resolução CFM nº 2.057, 20 de setembro de 2013

Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.

3.5.3 Comitê Executivo de Saúde do Paraná

Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde (Resolução CNJ nº 107, de 06 de abril de 2010). Enunciados e recomendações.

Enunciado nº 06 (Ata 32, de 13 de junho de 2014).

Enunciado nº 07 (Ata 33, de 25 julho de 2014).

3.6 SOBRE AUDITORIA, VALIDAÇÃO E SUSPENSÃO DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA

3.6.1 Código de Ética Médica

Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222, de 2018 e 2.226, de 2019, que aprova as normas do Código de Ética Médica.

3.6.2 Resolução CFM nº 2.145, de 17 de maio de 2016

Aprova o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos regionais de Medicina (CRMs).

3.6.3 Lei Federal nº 11.343, 23 de agosto de 2006

Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

(Alterada pela Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019)

3.6.4 Lei Federal 12.842, de 10 de julho de 2013 - Lei do Ato Médico

Dispõe sobre o exercício da Medicina.

3.6.5 Resolução CFM nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001

Rege e disciplina a realização da auditoria do ato médico.

4 PRINCÍPIOS

São princípios para as ações de revisão do internamento psiquiátrico involuntário:

a) proteção dos direitos fundamentais das pessoas com sofrimento e transtornos mentais e/ou necessidades relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas; por meio da revisão, intervenção e prevenção de internamentos psiquiátricos ilegítimos;

b) garantia de assistência integral e reinserção social assegurando que a internação psiquiátrica ocorra somente depois de esgotadas todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial;

c) promoção de cidadania assegurando que a indicação de hospitalização para tratamento psiquiátrico ocorra somente em situações clínicas onde a internação se faz imperativa perante a gravidade e emergência do caso, indicada por médico e em conformidade com a legislação vigente e submetida a análise multidisciplinar;

d) assegurar que a internação hospitalar seja de caráter involuntário somente na vigência de transtorno mental concomitante à recusa a submeter-se a indicação médica, seja por perda da autonomia devido à condição de saúde que gere um impedimento do indivíduo de decidir quanto ao seu tratamento, seja naqueles indivíduos incapazes para os atos da vida civil devido à faixa etária ou condição legal;

e) pautar as ações na superposição e coexistência de referências éticas e técnico-científicas bem como revisar e complementar os parâmetros técnicos utilizados ao longo da prática;

f) executar as ações de revisão das IPIs de acordo com as recomendações legais, princípios, diretrizes e formulários padrão definidos pelos gestores públicos do SUS;

g) comunicação ao MP e Defensoria Pública sobre o resultado das revisões das IPIs, seja suspensão ou confirmação dos laudos, sempre que solicitado ou necessário;

h) reconhecer o Ministério Público e o Conselho Federal de Medicina como as instâncias legais competentes para apreciar, julgar infrações e executar ações mediante ocorrência de fato punível ou constatação de violação de direitos humanos eventualmente identificada nas internações psiquiátricas involuntárias;

i) utilizar os dados e informações epidemiológicas e estatísticas obtidas pelo monitoramento das IPIs para criar estratégias e políticas públicas que qualifique a rede assistencial de saúde mental;

j) pautar as revisões dos internamentos psiquiátricos involuntários nos “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da assistência à Saúde Mental” da Assembléia Geral da ONU de 17 de dezembro de 1991 e pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência;

k) a internação, em todas as suas formas é uma modalidade de tratamento e, portanto, a finalidade terapêutica é a única justificativa possível para sua implementação. Além disso, é necessário que haja o planejamento das etapas posteriores, ou seja, da continuidade do tratamento, pós-internação, na rede de atenção à saúde mental.

5 DIRETRIZES

As diretrizes devem servir de instruções e indicações para se levar a termo a execução das revisões das IPIs pelas Ceripis regionais e municipais.

5.1 DIRETRIZES GERAIS

São diretrizes gerais:

a) a internação de paciente em estabelecimento hospitalar ou de assistência psiquiátrica deve ocorrer mediante nota de internação circunstanciada que exponha sua motivação, podendo ser classificada, nos termos da Lei nº 10.216, de 2001, como voluntária, involuntária e compulsória;

b) é de competência exclusiva dos médicos a realização de diagnósticos médicos, indicação de conduta terapêutica, as admissões e altas dos pacientes sob sua responsabilidade;

c) os estabelecimentos de saúde públicos ou privados devem comunicar as internações psiquiátricas involuntárias no prazo de setenta e duas horas, por meio de notificação ao Ministério Público Estadual e à Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias;

d) toda a internação psiquiátrica involuntária deve ser revisada pela Ceripi em até 7 dias da data da hospitalização para emissão do laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado, o qual deve ser remetido ao Hospital responsável no prazo de 24 horas, assinado pelos membros da comissão;

e) a revisão da IPI deve ser realizada pela Ceripi em todas as internações psiquiátricas involuntárias e naquelas internações voluntárias que se tornaram IPI no decorrer do internamento devido a expressão de discordância por parte do paciente. Inclusive neste caso, o estabelecimento de saúde deve enviar ao Ministério Público e à Ceripi o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, até 72 horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente. Se o indivíduo estiver na faixa etária abaixo de 18 anos, também deve comunicar o fato em 72 horas à Promotoria da Infância e Juventude, com cópia para a Promotoria de Justiça da Saúde;

f) a internação psiquiátrica involuntária de indivíduos na faixa etária abaixo de 18 anos deve respeitar duas peculiaridades jurídicas:

- entre 16 e 18 anos são consideradas relativamente incapazes para os atos da vida civil, portanto tanto a IPV quanto a IPI deve se acompanhar da concordância de um representante legal. Se não houver representante legal, a internação somente pode

ocorrer por meio de decisão judicial caracterizando-a, assim, como internação compulsória;

- abaixo dos 16 anos são considerados absolutamente incapazes para os atos da vida civil, portanto toda a internação será involuntária ou compulsória.

g) a internação compulsória não é objeto de revisão pela Ceripi;

h) constatando-se a existência de estabelecimentos de saúde com leitos para hospitalização que potencialmente possam realizar internamentos psiquiátricos num determinado município ou região, deve ser analisada a necessidade de constituir Ceripi Regional, por macrorregião ou municipal, de acordo com a demanda;

i) para o exercício da função na Ceripi impõe-se a nomeação e oficialização da participação dos membros em Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Regional (CIR) ou através de Portaria Municipal quando se tratar de Ceripi Central, Regional ou Municipal respectivamente;

j) as Ceripis devem tornar público seu endereço de referência, físico ou eletrônico, e informar oficialmente aos estabelecimentos de saúde públicos ou privados que possuem leitos de internação psiquiátrica. Podem definir acordos, articulações e estratégias de ações intersetoriais de interesse comum para qualificar o cuidado prestado;

k) para atender as necessidades do Estado do Paraná em compor os membros da Ceripi, e observando-se que a natureza da ação sugerida na portaria 2.391, de 2002 é de fiscalização e auditoria do ato médico, se faz necessário que na falta de um profissional médico em contrato com o Estado com especialização em Psiquiatria ou formação em Saúde Mental, este seja substituído por um médico na função de auditoria, além dos demais membros;

l) no caso de haver necessidade de substituição de algum dos membros da Ceripi indicados na Resolução Sesa nº 777, de 2019; considerando que a função de fiscalização e auditoria é atribuição da Sessão de Regulação, Auditoria, Controle e Avaliação (SCRACA) das Diretorias Regionais de Saúde; o médico auditor ou outro profissional do setor poderá ser convocado para compor a comissão.

5.2 DIRETRIZES ESPECÍFICAS

São diretrizes específicas:

a) a internação psiquiátrica, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares tendo sido empregados se mostrarem insuficientes e somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado atualizado que caracterize os seus motivos e indicação;

b) para haver internação psiquiátrica deve ser constatada a existência de transtorno mental grave, a hospitalização deve se apresentar como única possibilidade de tratamento e deve haver impossibilidade de manutenção de tratamento em regime ambulatorial;

c) são condições clínicas para internação psiquiátrica, inclusive para aquelas situações definidas como emergência médica: incapacidade grave de autocuidados; risco de vida ou de prejuízos graves à saúde, sendo estes compreendidos como incapacidade grave de autocuidado; grave síndrome de abstinência à substância psicoativa, intoxicação intensa por substância psicoativa e/ou grave quadro de dependência química; risco de autoagressão ou de heteroagressão; risco de prejuízo moral ou patrimonial; risco de agressão à ordem pública. A imposição de medidas de internação, no entanto, jamais prescindirá do critério terapêutico como indispensável, na medida em que consiste em forma de cuidado. Para atender a outras finalidades, medidas outras, menos invasivas, devem ser consideradas, inclusive fora do âmbito da saúde;

d) para justificar uma IPI, aquela que se dá contrariamente à vontade do paciente, sem o seu consentimento expresso ou com consentimento inválido, deve estar presente alguma das seguintes condições que gere perda de autonomia:

Condições clínicas (LIMA, 2007):

- rebaixamento ou estreitamento da consciência (estupor catatônico esquizofrênico ou depressivo, transtorno dissociativo histérico, intoxicação exógena e outros);
- preservação da consciência, mas com perda da autonomia por falta de capacidade de discernimento para uma decisão racional (transtornos delirantes e alucinatórios, síndrome psicótica aguda, alto risco de suicídio, entre outros).

Condições legais (Código Civil):

- interdição legal (curatela) daquele indivíduo considerado judicialmente absolutamente incapaz ou relativamente incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, desde que a decisão judicial que tenha fixado a interdição tenha especificamente examinado a possibilidade de consentimento para atos em saúde (Lei nº 13.146, de 2015, art. 85). Dessa maneira, a interdição não é requisito para internações. Na medida em que possuem finalidades distintas, e suas avaliações clínicas são distintas, a interdição, por si, não pode afastar a necessidade de avaliação clínica adequada e prescrição específica de internação como indispensável para que possa ser implementada;
- indivíduos com faixa etária menor de dezesseis anos, considerados absolutamente incapazes; ou os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos, considerados relativamente incapazes a certos atos ou à maneira de os exercer.

e) para ocorrer a IPI, faz-se necessária a concordância de representante legal, exceto nas emergências médicas as quais devem ser caracterizadas e justificadas em prontuário, sendo condição indispensável que, mesmo sendo de caráter involuntário, a internação psiquiátrica ocorra na presença concomitante de transtorno mental com perda da autonomia ou algum impedimento de decidir;

f) a revisão das IPIs também deve ser realizada naquelas internações psiquiátricas em que o Código Civil considera o indivíduo absolutamente incapaz ou relativamente incapaz para os atos da vida civil, como no caso dos indivíduos na faixa etária inferior a 18 anos, cuja internação psiquiátrica foi determinada por ordem judicial. Se a ordem judicial não se tratar de internação compulsória decorrente de medida de segurança, segue a necessidade de haver as condições clínicas que justifiquem uma internação psiquiátrica involuntária;

g) a Ceripi não poderá confirmar laudo de internação psiquiátrica involuntária por critérios exclusivamente sociais; tais como falta de moradia, de ocupação laboral ou de suporte familiar pois tal ato caracteriza-se por sequestro e cárcere privado (Código Penal – Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Artigo 148);

h) mediante necessidade de complementação de dados, examinar o paciente ou buscar outras informações dos estabelecimentos de saúde sobre as IPIs, diante da constatação de impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao usuário, indícios de ilícito ético ou suspeita da existência de violação de direitos humanos; a Ceripi deverá seguir as normas que regem e disciplinam a realização da auditoria do ato médico;

i) em qualquer hipótese, não compete à Ceripi atuar no sentido de suspender IPI, cabendo apenas a emissão de laudo de suspensão ou de confirmação, comunicação ao estabelecimento de saúde o seu parecer final, comunicação e/ou denúncia ao Ministério Público, Defensoria Pública ou ao CRM nos casos previstos. Não compete ao médico, na função de revisor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas no próprio laudo, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica;

j) toda a internação psiquiátrica involuntária deve ser monitorada até a data da comunicação de alta hospitalar pelo estabelecimento de saúde. Esta deve ser feita em formulário próprio para o Ministério Público e para a Ceripi, dentro do prazo de 72 horas;

k) no caso da internação compulsória, embora não seja competência para a Ceripi revisar estes tipos de internamentos psiquiátricos, pode-se proceder à identificação da indicação judicial, a qual deve ser acompanhada de laudo médico, para a oportuna certificação e diferenciação da mesma uma vez que é comum a coincidência entre este tipo de internamento e o internamento psiquiátrico involuntário;

l) a partir dos dados acessados no sistema informatizado a Ceripi poderá fazer reuniões regulares para discutir suas ações, assim como para monitorar os internamentos involuntários até a comunicação da respectiva alta hospitalar;

m) compete à Ceripi utilizar os dados obtidos e as informações colhidas a partir do levantamento estatístico para dar retorno para as instituições e profissionais de saúde envolvidos, principalmente quanto aos parâmetros técnico-científicos e éticos estabelecidos para o internamento psiquiátrico involuntário, fundamentando a busca de melhorias e qualificação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde Mental da respectiva Regional de Saúde e promovendo capacitações e/ou estudos continuados para todos;

n) mediante identificação de discordância, incongruências, irregularidades ou falha no cumprimento do que foi acordado entre Ceripi e estabelecimentos de saúde, devem-se promover ações e estratégias comuns para o enfrentamento das divergências buscando acordos para atender ao interesse público comum, lembrando-se que a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais é competência do Ministério Público, com o apoio do membro representante participante ou não da Ceripi;

o) a circunstância de a internação poder ocorrer sem consentimento do paciente (ou mesmo contra sua vontade), não deve ser tomada como exclusão do seu direito à informação (Lei nº 10.216, de 2001, art. 2º, inc. IV e VII, *). Dessa maneira, na máxima medida possível o paciente deve ser informado do seu quadro e das medidas de atenção à saúde conferidas. A orientação deve buscar linguagem adequada e considerar o quadro do paciente e seu caráter dinâmico.

p) por fim, a abordagem global destas questões tão complexas ligadas à saúde mental, parte integrante da saúde pública, deve ter o objetivo comum de garantir “o direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” - Art. 3º da Declaração dos Direitos Humanos - ONU, 1991;

6 NOTA SOBRE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

A Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC) é aquela determinada por medida judicial. Portanto é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente o qual deve levar em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Como define a Lei nº 12.842, de 2013, art. 4º, “São atividades privativas do médico: [...] XI indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde”. Portanto, observe-se que nesta modalidade de internamento também é o médico assistente o profissional que determina

a natureza e tipo de tratamento a ser ministrado, bem como também prescreverá alta hospitalar no momento em que entender que o paciente se encontra em condições para tal.

O término das internações compulsórias, que não relacionadas às medidas de segurança, não está explicitada na Lei nº 10.216, de 2001. Portanto, para evitar que alguns magistrados determinem a permanência de pacientes internados em hospitais psiquiátricos mesmo sem a existência de pertinência técnica ou concordância do médico assistente responsável pelo caso, o **Comitê Executivo de Saúde do Paraná, instituído pelo Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde (Resolução CNJ nº 107, de 06 de abril de 2010), elaborou os seguintes enunciados e recomendações:**

Enunciado nº 06 (Ata 32, de 13.06.2014) - Para a internação compulsória ou involuntária, em relação a transtornos mentais, inclusive quanto ao uso de álcool e drogas, é mister que a petição inicial venha instruída com laudo de solicitação de internação hospitalar firmado por médico, preferencialmente psiquiatra.

Enunciado nº 07 (Ata 33, de 25.07.2014) - Considerando que o médico responsável pelo tratamento durante o período de internamento dispõe das melhores condições para aferir a pertinência de sua continuidade ou encerramento, é relevante que as decisões que imponham a obrigação de internamento psiquiátrico determinem que os efeitos da ordem judicial cessarão no momento da alta concedida pelo médico que atende o paciente na unidade do internamento, devendo o fato ser imediatamente comunicado ao Juízo pela instituição.

Atenção especial deve ser dada à internação compulsória de crianças e adolescentes, nas quais é legalmente obrigatório e indispensável a manifestação do Ministério Público; em função do que é expresso na Constituição Federal (Art. 227) e no Código de Processo Civil (Art. 72 - Inciso I). Por sua vez, entre outras definições o ECA assegura às crianças e aos adolescentes a prioridade de atendimento em saúde e determina que os adolescentes com deficiência ou doença mental deverão receber tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições, podendo se aplicar neste caso a internação psiquiátrica. Uma vez nos ambientes de internação psiquiátrica, “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”. (BRASIL, 1990, sem paginação).

Igualmente, ao Juízo da Infância e da Juventude descabe determinar ou encerrar um internamento terapêutico em desacordo com o entendimento do médico responsável pelo tratamento do paciente (infrator ou não) e ao médico de um adolescente infrator é vedado indicar a internação terapêutica em razão da conduta infracional praticada por seu paciente, por mais grave que esta seja, quando cabíveis outras formas de tratamento menos gravosa.

Em relação às medidas de segurança, como explica o Parecer do Ministério Público Federal:

ao submeter o agente inimputável ou semi-imputável à medida de segurança, deve o juiz dar preferência ao tratamento ambulatorial, somente determinando a internação ‘quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes’(art. 4º, caput). Impõe-se agora a interpretação da regra do parcialmente derogado art. 97 do CP conjugadamente com o art. 4º, caput, da Lei nº 10.216/2001, de forma que, mesmo que o fato seja punível com reclusão, deve o juiz preferir a medida de segurança não-detentiva, utilizando a internação apenas nos casos em que esta severa medida mostrar-se comprovadamente necessária. (BRASIL, 2011, p.63).

O caráter excepcional da internação ganha pode ser extraído do texto constitucional por aplicação da regra da proporcionalidade. Além disso, decorre da incorporação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência como parte da Constituição. A Lei de Saúde Mental (Lei nº 10.216, de 2001) é clara ao advertir que, art. 4º “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Esta previsão é repetida no art. 23-A, § 6º da Lei nº 11.343, de 2006 (Lei de Drogas), consoante a redação estabelecida pela Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.

7 NOTA SOBRE INTERNAÇÃO POR USO ABUSIVO DE DROGAS

A legislação de internação por uso abusivo de drogas foi atualizada por meio da Lei nº 13.840, de 2019, que modificou o disposto na Lei nº 11.343, de 2006.

Nesta, ao disciplinar a atenção ao usuário de drogas, foram introduzidas premissas como: são obrigatórias a definição de projeto terapêutico individualizado orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde; há possibilidade de interrupção da internação a pedido dos familiares; a internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais dotados de equipes multidisciplinares; as atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar o respeito ao usuário e ao dependente de drogas independentemente de quaisquer condições; devem ser observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social; devem ser adotadas estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais e a avaliação do paciente deve ser multidisciplinar. Salienta-se que nesta lei específica, a internação involuntária se define como aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança públi-

ca, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida. Outra determinação desta legislação é que “É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras”.

Por seu turno, a Lei nº 10.216, de 2011, determina a utilização dos “meios menos invasivos possíveis” (art. 2º, inc. VIII). O projeto terapêutico singular é também assegurado pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, arts. 7º, 9º e 10, recepcionada na Portaria de Consolidação nº 03, de 2017 do Ministério da Saúde, em seu Anexo V além de estar previsto em outras normas legais.

Por fim, como preconiza a Resolução CFM nº 2.057, de 2013, art. 43, “quem determina a natureza e o tipo de tratamento a ser ministrado é o médico assistente do paciente, que poderá prescrever alta hospitalar no momento em que entender que este se encontra em condições”.

Portanto, toda internação involuntária relacionada ao uso abusivo de drogas também deve submeter-se a revisão da Ceripi.

8 NOTA SOBRE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Neste documento cabe menção aos aspectos legais da internação psiquiátrica involuntária de crianças e adolescentes, as quais são passíveis de revisão pela Ceripi.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define criança até doze anos de idade incompletos e adolescente entre doze a dezoito anos de idade incompletos. Também define, entre outros, que:

“(…) os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (Lei 8.069/90, Art 12).”

O artigo “Aspectos legais da internação psiquiátrica de crianças”, publicado na página do Ministério Público do Estado do Paraná, destaca o seguinte:

Para tanto, há que se garantir que, mesmo nas internações de caráter psiquiátrico em hospitais gerais ou instituições integrais (ou outros serviços de internamento), possa o paciente contar com a presença de seu acompanhante, e, para tanto, impõe-se assegurar as condições de permanência deste, de forma evidentemente segura e digna (Resende, 2006, p.24).

No caso da internação psiquiátrica involuntária de crianças e adolescentes, esta é recomendável somente em situações emergenciais e sempre em caráter transitório, observando o que preconiza a Lei 10.216/2001 sobre a lógica do cuidado em liberdade, em serviços comunitários e em rede intersetorial. Conforme antevê o ECA, para intervenção judiciária ou tutelar para salvaguardar estes indivíduos em desenvolvimento, quando em condição de risco pessoal e/ou social, deve ser obrigatoriamente comunicada ao Promotor de Justiça da Infância e Juventude no prazo de 72 horas, com cópia ao Promotor de Justiça de Proteção da Saúde.

Destaca-se que a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes constitui medida excepcional a ser considerada somente quando eles estiverem em risco pessoal e/ou social, decorrente de transtorno mental e/ou do uso abusivo de substâncias psicoativas, tais como, álcool, drogas lícitas ou ilícitas que estejam ocasionando comportamento de risco, prejudicando seu desenvolvimento e interferindo na saúde física ou mental, com consequências diretas na sua vida, nas relações sociais e familiares. Essas internações perdurarão pelo tempo necessário à estabilização do quadro e equilíbrio do estado de saúde da criança e do adolescente.

Sobre as condições do ambiente de internação, a nível mundial encontra-se manifestação sobre o tema na Carta da Criança Hospitalizada de 1988, das Associações Europeias, a qual expressa que “as crianças não devem ser admitidas em serviços de adulto”. Além disso, no trecho sobre Direito à Integridade, do Pacto de San José da Costa Rica (Direitos Civis e Políticos da Convenção Americana de Direitos Humanos -1969), o qual o Brasil é signatário, há referência a situações de crianças e adolescentes em conflito com a lei no qual recomenda que “os menores, quando puderem ser processados, devem ser separados dos adultos e conduzidos a tribunal especializado, com a maior rapidez possível, para seu tratamento”. Ora, em situação de outra natureza, mas não menos gravosa, podemos concluir que o direito do tratamento de saúde da criança e do adolescente separado dos adultos deve ser garantido.

O parecer CREMESP nº 6769 de 16 de agosto de 2011 também se manifesta sobre o tema e diz:

“(…) é vedada a permanência de crianças e adolescentes em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área de abrigamento (quarto, enfermaria ou ala) de adultos, e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns.”

Portanto, além contido nas diretrizes gerais citadas neste documento, torna-se indispensável verificar as condições do ambiente, a existência de parecer legal do juízo da infância e juventude, a definição de projeto terapêutico singular e o prazo para o internamento, o

qual deve ser transitório; bem como se ocorreu esgotamento das medidas terapêuticas ambulatoriais previamente à indicação de internamento de crianças e adolescentes.

Como sugestão, pode-se emitir laudo de suspensão para os casos omissos à estas normativas e determinações legais e solicitar:

- Permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável durante o IPI (Lei 8.069/90 - Art 12)
- Parecer legal do juízo da infância e juventude.
- Definição de prazo transitório para o internamento e/ou transferência imediata para serviço comunitário de saúde mental (Lei 10.216/01, Art 2º).

Enfim, a relevância em se considerar os diversos marcos legais sobre os direitos das crianças e adolescentes, instituídos oficialmente ou não, se constitui tarefa da Ceripi para a proteção e garantia de tratamento e respeito a dignidade de cada cidadão.

9 METODOLOGIA

9.1 SOBRE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM LEITOS PSIQUIÁTRICOS

São imprescindíveis e indicadas as seguintes considerações:

- a) é possível fazer um levantamento e identificação dos estabelecimentos de saúde públicos e privados existentes nas Regionais de Saúde do Estado, que possuem leitos de saúde mental ou leitos especializados em psiquiatria, potencialmente capazes de acolherem internamentos psiquiátricos involuntários, bem como seu número e sua respectiva localização, por meio do site do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- b) na observância de estabelecimento de saúde que não se encontra cadastrado no CNES, mas que possui leitos psiquiátricos e/ou de saúde mental, a Ceripi deve comunicar a Secretaria Municipal de Saúde da respectiva cidade-sede para a regularização pelo setor responsável;
- c) deve ser observado que na vigência de criação de novos serviços ou leitos que potencialmente poderão hospitalizar pessoas em regime de internamento psiquiátrico integral involuntário, resulta necessária ampliação do campo de ação da Ceripi;
- d) consoante a redação do art. 67-A da Lei nº 11.343, de 2006, incluído pela Lei nº 13.840, de 2019, “Os gestores e entidades que recebam recursos públicos para execução das políticas sobre drogas deverão garantir o acesso às suas instalações, à documentação e a todos os elementos necessários à efetiva fiscalização pelos órgãos competentes”;

e) conforme determina a legislação estadual, Lei Estadual nº 11.189/1995, art. 11. “O Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação desta Lei”.

9.2 SOBRE A COMISSÃO ESTADUAL REVISORA DAS INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS (CERUPI)

9.2.1 Membros da Ceripi

Segundo a Portaria GM nº 2.391, de 2002 incorporada pela Portaria de Consolidação nº 03, de 2017, Anexo V, art. 73, a Ceripi deve ser multiprofissional, contendo no mínimo um médico psiquiatra ou clínico geral com habilitação em psiquiatria, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento de saúde onde ocorrer a internação; um profissional de nível superior da área de saúde mental e um representante do Ministério Público Estadual. A Portaria também recomenda a presença de representantes de associações de direitos humanos, de usuários de serviços de saúde mental e de familiares. A imposição da internação e do tratamento deve ser multidisciplinar, assim como a definição do projeto terapêutico singular (PTS) são decorrências do disposto na Lei 10.216, de 2001, art. 2º, parágrafo único, inc. I e art. 4º. § 2º que assegura o tratamento integral e consentâneo às suas necessidades, o que é reforçado pela atual redação da Lei de Drogas (Lei nº 11.343, de 2006), conforme arts. 4 e 8º-D.

A Resolução Sesa nº 777, de 2019, altera a Resolução Sesa nº 639, de 2014 e redefine os membros para compor a Ceripi Central do Estado indicando os seguintes profissionais:

- a) médico Psiquiatra ou Clínico Geral com Habilitação em Psiquiatria ou Saúde Mental; ou Médico na Função de Auditor – pertencente ao quadro funcional do sistema público de saúde (SUS);
- b) profissional de nível superior da área de Saúde Mental pertencente ao quadro funcional do sistema público de saúde (SUS);
- c) serão convidados a participar desta Comissão, representantes do Ministério Público, Conselhos Profissionais Regionais de Medicina, Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional ou Serviço Social, de Associações de Direitos Humanos e de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares.

9.2.2 Ceripi Regional

A descentralização e ampliação das equipes e membros da Ceripi faz-se necessária para que seja atendida a alta e constante demanda de revisões de IPI; para que as ações ocorram em consonância com o descrito na Portaria GM 2391, de 2002; e para o cumprimento do que foi

definido na Lei Federal nº 8.080, de 1990, a qual recomenda a descentralização dos serviços e das ações de saúde.

A implantação da Ceripi Regional deve ocorrer tão logo seja constatada a existência de estabelecimento de saúde que realize IPI na respectiva Regional de Saúde. As referências da área técnica de saúde mental das RS devem desenvolver estratégias de gestão para articular a implementação e execução da Ceripi no âmbito regional, promover as ações intersetoriais junto às Secretarias de Saúde, aos estabelecimentos de saúde dos municípios, hospitais gerais e especializados e outros.

9.2.3 Ceripi Central

Por estar localizada no nível de execução programática, a Ceripi Central tem encargo essencialmente normativo, sem prejuízo da ação executiva, fazendo a coordenação das ações de revisão das IPIs no Estado com colaboração das Ceripis Regionais.

9.2.4 Competência da Ceripi

De posse das informações fornecidas pelas comunicações de IPI dos respectivos estabelecimentos de saúde onde estas ocorreram, aos membros da Ceripi compete as ações definidas na Portaria GM 2.391, de 2002 além de seguir as recomendações descritas nas normas e parâmetros legais, princípios, diretrizes e metodologia e disposições finais contidos neste documento. As ações previstas nesta portaria ministerial evidenciam características de auditoria do ato médico, portanto se faz especialmente necessário observar a Resolução CFM nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001.

9.3 SOBRE A REVISÃO DAS IPIs

9.3.1 Critérios para Internamento Psiquiátrico Involuntário

9.3.1.1 Parâmetros Técnicos para emissão de laudo de confirmação ou suspensão do Internamento Psiquiátrico Involuntário

CONDIÇÕES INDISPENSÁVEIS PARA INTERNAMENTO HOSPITALAR

Para o tratamento psiquiátrico ocorrer em estabelecimento hospitalar é indispensável a presença simultânea das condições citadas neste item sendo que, em caso contrário, é indicado outro ponto de atenção da rede de saúde mental:

- a) existência de Transtorno Mental Grave;
- b) a hospitalização se apresenta como única possibilidade de tratamento;
- c) impossibilidade de manutenção de tratamento em regime ambulatorial.

CONDIÇÕES CLÍNICAS IDENTIFICADAS NO USUÁRIO

Para proceder ao internamento hospitalar se faz necessária a presença de alguma das seguintes condições clínicas:

- a) risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por incapacidade grave de autocuidados;
- b) risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por grave síndrome de abstinência a substância psicoativa;
- c) risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por intoxicação intensa por substância psicoativa;
- d) risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por grave quadro de dependência química;
- e) risco de autoagressão ou de heteroagressão;
- f) risco de prejuízo moral ou patrimonial;
- g) risco de agressão à ordem pública.

CONDIÇÕES CLÍNICAS IDENTIFICADAS PARA INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO INVOLUNTÁRIO

Para proceder ao internamento hospitalar psiquiátrico involuntário é indispensável a presença de alguma das condições clínicas abaixo:

- a) rebaixamento ou estreitamento da consciência (estupor catatônico esquizofrênico ou depressivo, transtorno dissociativo histérico, intoxicação exógena e outros);
- b) preservação da consciência, mas com perda da autonomia por falta de capacidade de discernimento para uma decisão racional (transtornos delirantes e alucinatorios, síndrome psicótica aguda, alto risco de suicídio, entre outros).

CONDIÇÕES LEGAIS IDENTIFICADAS PARA INTERNAMENTO PSIQUIÁTRICO INVOLUNTÁRIO

Na presença das condições abaixo não cabe emissão de laudo de confirmação ou suspensão emitido pela Ceripi, porém cabe o monitoramento pelos gestores públicos para que o tempo de internamento hospitalar psiquiátrico não ultrapasse 90 dias. Observar:

- a) interdição Legal;
- b) faixa etária menor que 16 anos;
- c) internação Compulsória.

9.3.1. 2 Justificativa

“[...] a essência das justificativas de uma internação involuntária está na perda da autonomia do indivíduo, decorrente de sua doença mental, que o impede de compreender e entender o caráter desadaptativo de seu estado”. (BARROS; SERAFIM, 2009, p. 175). Os autores Barros e Serafim (2009) utilizam os termos “capacidade de discernimento, sã consciência, capacidade de entendimento e capacidade de decidir autonomamente” para tentar esclarecer que quando estas funções mentais estão prejudicadas, o estado mental em que o indivíduo se encontra não permite a ele exercer sua capacidade de decidir pelo internamento psiquiátrico, justificando a interferência de terceiros quando o indivíduo se encontra em iminente perigo de morte, sendo esta situação considerada uma emergência em saúde mental.

Na prática, existem circunstâncias consideradas de alto risco que podem justificar um internamento psiquiátrico involuntário – circunstâncias que resultam da intersecção de sintomas psicopatológicos com condições ambientais específicas e consideradas agravantes num indivíduo cuja capacidade de compreender e entender o caráter desadaptativo de seu estado esteja completamente prejudicada ou ausente. É o caso do comportamento de auto/heteroagressão; do risco de suicídio (presença de ideação ou intenção suicida, plano para se matar, tentativas anteriores, perdas recentes, história familiar de suicídio); síndrome de abstinência grave a substâncias psicoativas (álcool e/ou drogas) com risco de morte pela presença de alterações mentais, comportamentais, orgânicas, cerebrais ou metabólicas; síndrome psicótica de início agudo com comportamento de risco de suicídio, homicídio ou comportamento violento (liberação de auto/heteroagressividade), síndrome psiquiátrica com alteração mental e/ou comportamental considerada agravada pela ausência de suporte familiar.

Segundo Cordeiro, Ribeiro e Morana (2014), quanto à internação psiquiátrica para tratamento de crianças e/ou adolescentes com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras

drogas, são válidos os mesmos preceitos técnicos do adulto, com a ressalva de considerar as orientações legais específicas para esta faixa etária.

Sobre a capacidade jurídica torna-se implícito que no caso de haver previamente uma interdição legal, o usuário não poderá responder civilmente pela sua internação. No entanto, este não pode se constituir no fator para justificar a internação psiquiátrica, mas apenas o fato de a mesma ser do tipo involuntária. Portanto deve haver a presença simultânea de critérios clínicos que indiquem a internação psiquiátrica.

9.3.2 Acesso às informações das Comunicações de IPI

Conforme a Resolução da Sesa que cria a Ceripi Estadual, compete ao profissional de referência técnica em Saúde Mental da Regional de Saúde sede da respectiva Ceripi a implantação, coordenação e monitoramento das ações da Ceripi Regional bem como promover todas as articulações necessárias para comunicar aos respectivos estabelecimentos de saúde com leitos de internação hospitalar psiquiátrica, ou leitos de saúde mental, a existência da Portaria e solicitar via ofício ou memorando que na vigência de IPI comuniquem à Ceripi, além de ao MPPR.

Mesmo os Estabelecimentos de Saúde Particulares estão sujeitos a Portaria GM 2.391, de 2002 e, portanto, devem encaminhar para as respectivas Comunicações de IPIs.

As comunicações de IPI podem ocorrer por:

a) acesso digital Sesa - o acesso às comunicações de IPI deverá ocorrer em plataforma digital após a criação do sistema informatizado desenvolvido pela Sesa, em comum com o Sistema Protege já instituído pelo MP.

b) acesso digital Ministério Público do Paraná (MPPR) – o acesso às comunicações de IPI emitidas pelos estabelecimentos de saúde ao MPPR ocorre via plataforma digital denominado Sistema Protege. O MPPR disponibiliza para os membros da Ceripi o acesso a estas informações exclusivamente para consulta.

c) acesso físico ou virtual às comunicações - é obtido a partir da emissão das comunicações de IPI para a respectiva Ceripi da Regional de Saúde sede do estabelecimento de saúde que admitir a internação psiquiátrica involuntária. Esta emissão é resultado de prévia articulação e negociação entre as partes.

10 DELIBERAÇÕES E DISPOSIÇÕES FINAIS

Para complementar este documento cumpre ressaltar:

a) a Ceripi poderá com a devida ciência e autorização da direção técnica ou direção clínica do respectivo estabelecimento de saúde, solicitar informações complementares ao responsável pela internação hospitalar;

b) considera-se que há várias questões éticas e legais envolvidas no seguimento da ação de suspensão de IPI. Portanto, mediante identificação de incongruência de parâmetros técnicos para IPI, irregularidades ou falhas no preenchimento dos formulários próprios, primeiramente convém a comissão buscar informações para complementar os dados com vistas a esclarecer melhor os fatores que determinaram a internação psiquiátrica involuntária;

c) caso não confirmada a suspeita de internamento psiquiátrico involuntário indevido, a Ceripi deve proceder a discussão com a equipe hospitalar quanto às incorreções ou incongruências observadas e quanto ao critério clínico-diagnóstico imprescindível para justificar uma internação psiquiátrica involuntária;

d) mediante a constatação de internamento psiquiátrico involuntário ilegítimo a Ceripi deve proceder a emissão de laudo de suspensão do IPI.

e) o prazo para proceder a alta hospitalar mediante a emissão de laudo de suspensão do internamento pela Ceripi é prerrogativa do médico assistente responsável pelo IPI. Este, caso concorde, pode proceder a alta médica, encaminhar o usuário para outro tipo de serviço de saúde e/ou converter o internamento involuntário em internamento voluntário, se houver a concordância do usuário, ou compulsório com a anuência da autoridade judicial competente;

f) quando observado ausência de condição clínica para justificar uma IPI, emitido a emissão de laudo de suspensão e o estabelecimento de saúde não acata a decisão da Ceripi mantendo o usuário internado involuntariamente, se configura a suspeita de privação de liberdade;

g) mediante o ato de suspensão da IPI e suspeição de privação de liberdade, deve ser comunicado imediatamente às instâncias legais competentes como o Promotor de Justiça Local, a Defensoria Pública, o Conselho Regional de Medicina e/ou o Conselho Regional de Enfermagem. Estes poderão proceder a investigação e definir quais estratégias serão adequadas para corrigir as irregularidades que por ventura forem constatadas ou confirmadas, inclusive com ações que envolvem a verificação “in loco” ou outras medidas legais pertinentes;

f) para evitar a violação de direitos humanos, assim entendido a manutenção de pessoa sob privação de liberdade em internação psiquiátrica sem que existam justificativas clínico – diagnósticas, o ato de suspensão deve ser bem fundamentado pois o seu não cumprimento pelos

estabelecimentos de saúde poderá gerar a caracterização de transgressão ética, emissão de “habeas corpus”, pedido de indenização moral, responsabilidade penal etc.

Uma internação hospitalar arbitrária ou desnecessária é uma forma ilegal de privação de liberdade. (SCHULMAN, 2020, p.175).

REFERÊNCIAS

BARROS, D. M.; SERAFIM, A. P. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2009. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/n4/175.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação MS/GM nº 3, 28 de setembro de 2017.** Alterada pela Portaria nº 3588/2017.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013** - Lei do Ato Médico.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001.** Brasília: MPF, 2011. p. 63

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002.**

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo.** Secretaria de Assistência à Saúde - Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Estatuto da Criança e do Adolescente.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.**

BRASIL. Código Penal. **Decreto – Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.**

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil.** Brasília: CFM, AMB, FENAM, ABP, 2014.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 2.057, de 12 de novembro de 2013.**

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001.**

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. Enunciados da II Jornada de Direito da Saúde do CNJ, RIO DE JANEIRO. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Ministério Público e Tutela à Saúde Mental. **A proteção de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e de usuários de álcool e drogas.** 2. ed. Rio de Janeiro: MPRJ, ago. 2011.

CORDEIRO, Q., RIBEIRO. R.B., MORANA, H.C.P. Internação psiquiátrica para tratamento de pacientes menores de idade com dependência química. *Psychiatry on Line*. **The International Journal of Psychiatry** – ISSN 1359 7620. v.19, n.12, 2014. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano14/for1214b.php#cima>>. Acesso em: 07.abr.2015.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Sobre a internação de menores de idade em hospital psiquiátrico.** Parecer nº 6769/10 de 16 de agosto de 2011. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pesquisar.php?q=Parecer+6769%2F2010>>. Acesso em: 15.dez.2020.

GOMES, I.L.V, CAETANO, R., JORGE, M.S.B. **A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e das resoluções.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, jan-fev, p. 61-65, 2008.

JACOBINA, P.V. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica.** Brasília: ESMPU (Escola Superior do Ministério Público da União), 2008.

LIMA, M. A. Internação involuntária em Psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. In: Ética e psiquiatria / Coordenação de Luiz Carlos Aiex Alves. 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007.

RESENDE, C. C.F. **Aspectos legais da internação psiquiátrica de crianças** - Revista Igualdade XLI, 2006. Disponível em: <<https://crianca.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=452>>. Acesso em: 11 dez. 2020.

SOUSA, M. da C. (Org.). **Manual de Critérios para Revisão das Internações Psiquiátricas Involuntárias.** Elaborado pela Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias. Curitiba: SESA PR, 2003. (Não publicado).

ONU. Organização das Nações Unidas. Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental - Resolução da Assembleia Geral nº A/46/49 de 17/12/1991.

PARANÁ. **Lei nº 11.189, de 09 de novembro de 1995.**

SCHULMAN, G. **Internação forçada, saúde mental e drogas: é possível internar contra a vontade?** 1. ed. São Paulo: Foco, 2020.

TABORDA, J.G.V., PRADO-LIMA, P., BUSNELLO, E.D. **Rotinas em Psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

TEIXEIRA, A.C.B. **Integridade psíquica e capacidade de exercício.** Revista Trimestral de Direito Civil. v. 33, p. 3-36, 2008.

ANEXOS

Formulários Próprios.

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 2001, encaminhamos dentro do prazo legal as informações sobre a internação do paciente abaixo relacionado:

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE Nº	
1. ESTABELECIMENTO	Nome: _____ C.G.C.: _____
2. PACIENTE	Nome: _____ Pai: _____ Mãe: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____ Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____ Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ RG: _____ Assinatura: _____
3. INTERNAÇÃO	Data: ____/____/____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Local: _____ Motivo da Internação: _____ _____ _____ Justificativa da Involuntariedade: _____ _____ _____ Motivo de discordância do paciente quanto à internação: (fiel à narrativa do paciente) _____ _____ Antecedentes psiquiátricos: _____ _____ _____ Tempo estimado da internação (dias): () 1 a 5 () 6 a 14 () 15 a 21 () 22 a 30 () mais de 30 Médico Responsável pela Internação: _____
Contexto familiar:	
4. Situação Jurídica do paciente: Interditado? () sim () não () informação ignorada	
5. Dados sobre INSS:	_____
6. Observações:	_____
TIMBRE DA INSTITUIÇÃO _____, ____/____/____	

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA A CERUPI DO PR Nº	
1. ESTABELECIMENTO Nome: _____ C.G.C.: _____	
2. PACIENTE Nome: _____ Pai: _____ Mãe: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____ Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____ Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ RG: _____ Assinatura: _____	
3. INTERNAÇÃO Data: ____/____/____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Local: _____ Motivo da Internação: (*obrigatórios) <input type="checkbox"/> Transtorno Mental Grave* <input type="checkbox"/> A hospitalização se apresenta como única possibilidade de tratamento* <input type="checkbox"/> Há impossibilidade de manutenção de tratamento em regime ambulatorial* <input type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por incapacidade grave de autocuidados ¹ <input type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por grave síndrome de abstinência a substância psicoativa ² <input type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por intoxicação intensa por substância psicoativa ³ <input type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por grave quadro de dependência química ⁴ <input type="checkbox"/> Risco de autoagressão ou de heteroagressão ⁵ <input type="checkbox"/> Risco de prejuízo moral ou patrimonial ⁶ <input type="checkbox"/> Risco de agressão à ordem pública ⁷ *Justificativa para 1,2,3,4,5,6 ou 7: _____ _____ Motivo da Involuntariedade: <input type="checkbox"/> Rebaixamento ou estreitamento da consciência. <input type="checkbox"/> Preservação da consciência, mas sem capacidade para uma decisão racional (perda da autonomia e falta de discernimento). Justificativa: _____ _____ Tempo estimado da internação (dias): () 1 a 5 () 6 a 14 () 15 a 21 () 22 a 30 () mais de 30 Médico Responsável pela Internação: _____	
Contexto familiar: _____	
4. Situação Jurídica do paciente: Interditado? () sim () não () informação ignorada	
5. Dados sobre INSS _____	
6. Observações: _____	
TIMBRE DA INSTITUIÇÃO _____, ____/____/____.	

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 2001, encaminhamos dentro do prazo legal as informações sobre a internação do paciente abaixo relacionado:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA Nº _____	
1. ESTABELECIMENTO	
Nome: _____	C.G.C.: _____
2. PACIENTE	
Nome: _____	
Pai: _____	Mãe: _____
Identidade Nº: _____	Órgão Exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____
Naturalidade: _____	U.F.: _____ Nacionalidade: _____
Data de Nasc.: ____/____/____	Estado Civil: _____ Profissão: _____
Endereço: _____	Cidade: _____ UF: _____
3. INTERNAÇÃO	
Data: ____/____/____	Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Setor: _____
Justificativa: _____	
Médico Responsável: _____	
Assinatura e Carimbo com nº do CRM	
Familiar/ Responsável pelo paciente: _____	
Grau de Parentesco: _____	Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____
Endereço: _____	Tel.: _____
_____ Assinatura do Responsável	
4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:	
<p>Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre os meus direitos, garantidos na Lei 10. 216/2001.</p>	
5. OBSERVAÇÕES:	

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 2001, encaminhamos dentro do prazo legal as informações sobre a alta do (a) paciente abaixo relacionado (a):

COMUNICAÇÃO DE ALTA DO PACIENTE - Nº _____	
1. ESTABELECIMENTO	
Nome: _____	C.G.C.: _____
2. PACIENTE	
Nome: _____	
Pai: _____	Mãe: _____
Identidade Nº: _____	Órgão Exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____
Naturalidade: _____	U.F.: _____ Nacionalidade: _____
Data de Nasc.: ____/____/____	Estado Civil: _____ Profissão: _____
Endereço: _____	Cidade: _____ UF: _____
3. ALTA	
Data: ____/____/____	Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Setor: _____
Justificativa da Alta: _____	
Médico Responsável pela Alta: _____	
Assinatura e Carimbo com nº do CRM _____	
Familiar Responsável pelo paciente: _____	
Grau de Parentesco: _____	Identidade Nº: _____
Órgão Exp.: _____	U.F.: _____
Assinatura do Responsável _____	
4 Alta solicitada por: () médico () familiar () responsável legal () outros _____	
5. Observações: _____	
TIMBRE DA INSTITUIÇÃO	
Local e data: _____	

LAUDO DE CONFIRMAÇÃO/ SUSPENSÃO DO REGIME DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA

Comissão (Estadual/Regional/Municipal) de Revisão dos Internamentos Psiquiátricos Involuntários – (Local)

Estabelecimento de Saúde:

1. Paciente:

Internação: Data: __/__/____

Estamos encaminhando o formulário de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária para **confirmação / suspensão** do regime de internação psiquiátrica involuntária.

Solicitamos que seja(m) atendido(s) o(s) item(s) abaixo:

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

_____, DD/MM/AAAA

Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias - CERUPI
(Portaria GM 2.391/2002)

Carimbo e Assinatura

Carimbo e Assinatura

CERUPI					
Formulário para levantamento do número de Internações Psiquiátricas Involuntárias, altas, laudos e relatório qualitativo					
Nº Regional de Saúde		MÊS/ANO			
QUANTITATIVO	Estabelecimento de Saúde	Nº Internamentos	LAUDOS DA COMISSÃO		Nº Altas Hospitalares
			CONFIRMAÇÃO	SUSPENSÃO	
QUALITATIVA	ACÇÕES REALIZADAS (intervenções formais e informais, capacitações, reuniões, visitas):				
	_____ OBSERVAÇÕES (irregularidades, ilegalidades, incongruências e/ou dificuldades encontradas, resultado das ações, sugestões e solicitações): _____ _____ _____				