

Portaria n.º 2391/GM Em 26 de dezembro de 2002.

Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril 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.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as determinações da Lei 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 Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental, da ONU, de 17 de dezembro de 1991;

Considerando as resoluções do Seminário "Direito à Saúde Mental – regulamentação e aplicação da Lei 10.216", realizado em 23 de novembro de 2001, pelo Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados;

Considerando as consultas realizadas pelo Ministério da Saúde, em articulação com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, junto ao Conselho Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça;

Considerando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e

Considerando as consultas realizadas pelo Ministério da Saúde junto às instâncias municipais e estaduais do SUS, na área de Saúde Mental, resolve:

Art. 1º Determinar que os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, observem o disposto nesta Portaria para efetuarem as internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, conforme o disposto na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 2º Definir que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.

Art. 3º Estabelecer que ficam caracterizadas quatro modalidades de internação:

- Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI);
- Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV),
- Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI),
- Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC).

§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente.

§ 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente.

§ 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação.

§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação.

Art.4º Estabelecer que as internações involuntárias, referidas no art. 3.º § 2º, deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias:

I – ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer, II – à Comissão referida no art. 10º.

Art. 5º Estabelecer que a Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 horas, às instâncias referidas no artigo anterior, observado o sigilo das informações, em

formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, modelo constante do Anexo desta Portaria), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação.

Parágrafo único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações:

- I - identificação do estabelecimento de saúde;
- II - identificação do médico que autorizou a internação;
- III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;
- IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária;
- V - motivo e justificativa da internação;
- VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;
- VII - CID;
- VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS);
- IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e
- X - informações sobre o contexto familiar do usuário;
- XI - previsão estimada do tempo de internação

Art. 6º. Estabelecer que ao Ministério Público caberá o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente.

Art. 7º. Determinar que, se no decurso de uma internação voluntária o paciente exprimir discordância quanto à sua internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a caracterizar-se uma internação involuntária, o estabelecimento de saúde envie ao Ministério Público o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, até 72 horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente.

Art.8º Definir que caberá à instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar, conforme modelo de formulário anexo, do qual deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações:

- I - numeração da IPI;
- II - data;
- III - condições da alta;
- IV - encaminhamento do paciente.

Art. 9º Estabelecer que nas internações voluntárias deverá ser solicitado ao paciente que firme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, modelo em anexo, que ficará sob a guarda do estabelecimento.

Art.10. Estabelecer que o gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente.

§ 1º A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares.

§ 2º Se necessário, poderão ser constituídas Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias, em âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de municípios de grande porte.

Art. 11. Definir que o Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a

oferecerem parecer escrito.

Art. 12. Estabelecer que a Comissão Revisora efetuará, até o sétimo dia da internação, a revisão de cada internação psiquiátrica involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de vinte e quatro horas.

Art. 13. Estabelecer que o Diretor do estabelecimento enviará mensalmente ao gestor estadual do SUS, listagem contendo o nome do paciente internado e o número da notificação da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI e IPVI), ressalvados os cuidados de sigilo.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

(timbre da instituição)

_____, de _____ de 200_

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre o 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: _____

Acompanhante/Responsável

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ tel.: _____

RG: _____ **Assinatura:** _____

3. INTERNAÇÃO

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Local:

Motivo da Internação: _____

Justificativa da
Involuntariedade: _____

Motivo de discordância do paciente quanto à internação:

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:

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Contexto familiar:

4. **Situação Jurídica do paciente:** Interditado? () sim () não () informação ignorada

5. Dados sobre INSS:

6. Observações:

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

_____, de _____ de 200_

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, 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:

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 7º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA N° _____
1. ESTABELECIMENTO
Nome: _____ C.G.C.: _____

2. PACIENTE
Nome : _____ _____
Pai : _____ Mãe: _____ _____
Identidade N°: _____ 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

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.

Brasília, de de

Assinatura ou polegar do paciente

5. Observações:
