



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e

Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 238/2016)

**COMITÊ EXECUTIVO DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC**

**Formulário de Avaliação da Necessidade de Internação**

**Compulsória - LEI 10.216/01**

Senhor(a) Profissional da Saúde, para que possamos dar continuidade ao estudo de viabilidade de promoção de medida judicial para promover a internação compulsória do paciente \_\_\_\_\_, é indispensável que apresente este formulário integralmente preenchido por um **Médico Assistente**.

Local e data: \_\_\_\_\_

Promotor(a) de Justiça /magistrado(a) \_\_\_\_\_

**PARA PREENCHIMENTO PELO MÉDICO:**

Paciente: \_\_\_\_\_

CPF ou RG: \_\_\_\_\_

Número do Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Atendimento: ( ) SUS ( ) Particular

1. Nome completo do Médico Assistente, Especialidade (se possuir) e CRM:

\_\_\_\_\_

2. Nome do estabelecimento de saúde onde o paciente foi atendido, endereço e telefone:

\_\_\_\_\_

3. Há quanto tempo o paciente vem sendo acompanhado pelo médico assistente?

único atendimento

entre 1 a 6 meses

entre 6 meses a 1 ano

entre 1 a 2 anos

mais de 2 anos

4. Qual o diagnóstico do paciente (*indicar denominação constante da \*CID-10/CIAP - Classificação Internacional de Atenção Primária*)?

\_\_\_\_\_

5. Quais as características do problema de saúde e a evolução clínica do paciente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. O paciente está sendo atendido por algum Centro de Atenção Psicossocial - CAPS ou outro tratamento ambulatorial?

Não

[ ] Sim

a) Indicar nome do local, endereço e telefone

---

---

b) Há quanto tempo?

---

---

c) Indicar objetivamente o tratamento que estava sendo desenvolvido, relacionando, se aplicável, os medicamentos ministrados ao paciente:

---

---

---

---

---

---

---

---

d) Esse usuário passou por uma avaliação de outros profissionais?

( ) Sim ( ) Não

Qual profissional?

( ) Enfermeiro

( ) Assistente Social

( ) Psicólogo

Outros \_\_\_\_\_

Acrescente aqui a(s) avaliação(s) realizada(s) por este(s) profissional(is):

---

---

---

---

---

---

---

---

7) Você indica internação para este paciente?

( ) Sim

( ) Não

8) Caso tenha respondido positivamente a questão anterior:

a) Justifique a insuficiência das tentativas de intervenção extra-hospitalares para este paciente

---

---

---

---

---

---

---

---

b) Justifique a necessidade de internação [ex. agressividade, recusa a tratamento ambulatorial, risco a si ou a terceiros, surto, etc] e quais as consequências/riscos para a

sua saúde caso não seja promovida a internação.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Caso tenha respondido negativamente a questão 7 indique as ações que devem ser realizadas para o cuidado desse paciente.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10. Outros esclarecimentos que entender cabíveis:

---

---

---

---

---

XXXXXXX, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do(a) médico(a) assistente

ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO:

**Os seguintes documentos devem acompanhar o formulário:**

- (a) cópia do CPF, RG e Cartão do SUS, se possuir;**
- (b) cópia do comprovante de residência atualizado, se possuir;**
- (c) cópia de eventuais laudos e exames sobre a patologia que justificou o pedido de internação, se possuir;**
- (e) declaração formulada por profissional da saúde indicando a ausência de familiares ou responsável legal do paciente, ou da inércia destes em promover a internação involuntária daquele.**

O formulário objetiva a qualificação da avaliação da necessidade de internação compulsória, analisando se todas as ações e estratégias para o cuidado em liberdade em dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial foram esgotadas, conforme previsto na Lei 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais:

Art. 2º

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 4º

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Para isso, o formulário em apenso deve ser preenchido pelo médico assistente e enviado com os documentos solicitados cabendo a este, ao esgotamento dos recursos extra-hospitalares, frente à gravidade/emergência do caso e após avaliação multidisciplinar, indicar, na impossibilidade de se pactuar a internação involuntária, a internação compulsória.

Seguindo o estabelecido na Lei 10.216/01, há as seguintes modalidades de internações:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 8º § 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.