ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL VIVIDA

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
RESOLUÇÃO CMS 003/2026

RESOLUÇÃO Nº 03 de 26 de Fevereiro de 2026, do Conselho Municipal de Saúde do Município de Coronel Vivida.

Dispõe sobre a aprovação do protocolo municipal de internações psiquiátricas.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de Coronel Vivida PR, em reunião ordinária realizada em 26 de Fevereiro de 2026, no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90, e pela Lei Municipal nº 1.718 de 21 de novembro de 2003; Considerando as prerrogativas e atribuições estabelecidas pela Lei Complementar n.º 141, de 13/01/2012; Considerando o § 4.º do art. 33, da Lei Federal n.º 8.080, de 19/09/90, Lei Orgânica da Saúde. Considerando o protocolo municipal de internações psiquiátricas. Considerando a necessidade apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde.
RESOLVE:
Art. 1º - Aprovar o protocolo municipal de internações psiquiátricas, em anexo.
Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.
Conselho Municipal de Saúde de Coronel Vivida, Estado do Paraná, aos 02 (dois) dias do mês de Março de 2026.
Publique-se e Registre-se,
Gilmar Antonio Giaretta.
Presidente do Conselho Municipal de Saúde.
ANEXO - PROTOCOLO MUNICIPAL DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS
1. OBJETIVO
Estabelecer diretrizes técnico-assistenciais e fluxo regulatório para internações psiquiátricas voluntária, involuntária e compulsória de pessoas com transtornos mentais e/ou dependência química no Município de Coronel Vivida, garantindo:
respeito aos direitos humanos;
segurança do paciente, da família e da comunidade;
continuidade do cuidado no território; e
uso racional de leitos com critérios transparentes de priorização clínica.
2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL
Este protocolo está fundamentado na:
Constituição da República (arts. 23, II; 30, I, II e VII; 196; 197; 198, I a III);
Leis federais nº 8.080/1990 e 8.142/1990; Lei nº 10.216/2001; Lei nº 11.343/2006, art. 23-A (com redação da Lei nº 13.840/2019);
Portaria GM/MS nº 3.088/2011, incorporada na Portaria de Consolidação 03/2017; Resolução CFM nº 2.057/2013 e correlatas; e Lei nº 13.709/2018 (LGPD);
Lei Estadual nº 11.189/1995; Resolução SESA Nº 777/2019 e demais atos estaduais pertinentes; e
Lei Orgânica do Município de Coronel Vivida (art.6º, XVI; 7º, II; 8º, II; 113; 115 e ss.); Leis Municipais nº 3.514/2025 e 1.718/2003; e Decreto Municipal n° 8.407, de 10 de maio de 2024.
3. DEFINIÇÕES
Internação voluntária: realizada com consentimento escrito do usuário, mediante avaliação e indicação médicas, registradas em laudo e prontuário, e com alta por solicitação do paciente ou por determinação do médico assistente.
Internação involuntária: realizada sem consentimento do usuário, a pedido de familiar, responsável legal ou de servidor público, na hipótese de dependência química, exclusivamente por indicação médica, com laudo circunstanciado, e com comunicação obrigatória ao Ministério Público em até 72 horas da admissão e da alta.
Internação Compulsória: determinada por ordem judicial, com suporte em laudo médico e ouvido o MP.
4. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA INDICAÇÃO

A internação é medida excepcional e deve observar o meio menos restritivo e o menor tempo necessário.
São critérios clínicos orientadores:
risco de auto ou heteroagressão;
risco de suicídio;
incapacidade grave de autocuidado;
agitação psicomotora refratária;
síndrome de abstinência grave;
comorbidades clínicas descompensadas; e
insucesso documentado de alternativas terapêuticas territoriais adequadas (CAPS/APS/urgência).
A decisão será médica, fundamentada em laudo circunstanciado, com previsão terapêutica e critérios de alta.

5. REGRAS ESPECÍFICAS – DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Na hipótese de internação involuntária por dependência química, a medida terá natureza excepcional e finalidade de desintoxicação, perdurando somente pelo tempo necessário, observado o prazo máximo de 90 (noventa) dias.
O término será determinado pelo médico responsável, conforme evolução clínica, com reavaliações periódicas registradas em prontuário e comunicação ao MP na forma legal.
A admissão poderá ser solicitada por familiar/responsável legal ou, na ausência, por servidor público da saúde, da assistência social ou de órgãos do SISNAD, sempre com avaliação médica.

6. REGULAÇÃO E PRIORIDADE DE ACESSO

O acesso a leitos dar-se-á pela Central de Regulação, com matriz de priorização clínica baseada nos critérios do item 4 e na análise interdisciplinar.
É vedada a previsão de carência temporal ou qualquer sanção administrativa por não adesão ao tratamento como condição para nova internação.
As Reinternações serão analisadas caso a caso, por risco e necessidade, registrando-se a motivação no sistema de regulação.
A lista de espera, a decisão motivada e o retorno programado serão documentados e auditáveis.

7. FLUXO ASSISTENCIAL

7.1 INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA

O usuário é acolhido pela RAPS (CAPS/APS/urgência) e avaliado por médico, que emitirá laudo e termo de consentimento informado.
A regulação providenciará o leito.
Não há comunicação ao MP nessa modalidade.
Durante a espera, a equipe do CAPS/APS manterá cuidado territorial, com suporte medicamentoso, visitas domiciliares, se necessário, e educação em saúde.
Na alta, o hospital realizará contrarreferência ao CAPS/APS, com relatório clínico.

7.2 INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

A equipe técnica acolhe a demanda do familiar/responsável legal (ou do servidor público nos casos de dependência química) e aciona avaliação médica, que emitirá laudo circunstanciado.
Confirmada a indicação, a Central de Regulação providenciará o leito e a logística segura (SAMU; apoio policial apenas quando imprescindível, preservada a dignidade do usuário).
O responsável técnico do serviço ficará incumbido da comunicação ao Ministério Público em até 72 horas, bem como por ocasião da alta, enviando dados mínimos necessários.
O acompanhamento familiar é estimulado por meio de termo de ciência e corresponsabilização terapêutica.

7.3 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Dar-se-á por ordem judicial, com base em laudo médico e ouvido o Ministério Público, cumprindo-se integralmente as determinações do juízo, com pronta comunicação à Regulação e ao CAPS de referência.

8. FLUXOS DE ACOMPANHAMENTO

8.1 PRÉ- INTERNAÇÃO (Aguardo de vaga)

Durante a pré-internação, a RAPS manterá cuidado territorial com plano terapêutico provisório e formulário de monitoramento.

8.2 PÓS-ALTA HOSPITALAR

Após a alta, o hospital enviará contrarreferência ao CAPS e à APS.
O Projeto Terapêutico Singular (PTS) será pactuado em até 7 dias com o usuário e sua família, prevendo atendimentos individuais e em grupo, visitas domiciliares quando indicadas, agendamento de retornos e medicações prescritas.

Recomenda-se acompanhamento familiar estruturado por 6 meses, sem imposição sancionatória.
Serão monitorados indicadores de reinternação em 30 e 90 dias, tempo médio de permanência e proporção de altas com plano de continuidade.
9. RESPONSABILIDADES
9.1 À Secretaria Municipal de Saúde (SMS) cabe:
coordenar a implementação;
prover capacitações;
garantir transporte; e
gestão da regulação.
9.2 Ao CAPS compete:
coordenar fluxos pré e pós-internação;
registrar evolução e contrarreferências; e
conduzir PTS e ações com a família.
9.3 À Atenção Primária incumbe:
o acompanhamento territorial; e
o apoio à adesão.
9.4 Aos Serviços Hospitalares cabe:
a avaliação médica;
o cuidado em regime de internação;
a comunicação legal; e
a contrarreferência qualificada.
9.5 À família/cuidador compete:
a participação colaborativa.
10. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (LGPD)
O tratamento de dados pessoais e sensíveis observará a LGPD (Lei nº 13.709/2018) e o Decreto Municipal nº 8.407/2024.
A Secretaria Municipal de Saúde atuará como Controladora dos dados no âmbito deste Protocolo, devendo designar e publicizar o Encarregado municipal e seu canal de contato, assegurar os princípios de finalidade, adequação, necessidade, transparência e segurança, e manter registros de operações.
A comunicação ao Ministério Público nas internações involuntárias conterá apenas dados mínimos necessários (identificação, data/hora, justificativa clínica sucinta, serviço e médico responsável), com guarda segura do prontuário.
O uso compartilhado com órgãos públicos para execução de políticas de saúde seguirá as regras de necessidade e publicidade; o compartilhamento com entes privados dependerá de base legal específica, autorização e cláusulas contratuais de proteção.
A Secretara Municipal de Saúde (SMS) manterá plano de adequação com políticas de segurança, resposta a incidentes e capacitação das equipes, bem como portal com informações sobre o tratamento de dados e direitos do titular.
11. GOVERNANÇA E AVALIAÇÃO
Fica instituído o Comitê de Casos Complexos e Reinternações, composto por representantes da SMS, Regulação, CAPS, APS, assistência social e, quando necessário, outros órgãos, para análise de casos, pactuação intersetorial e revisão de fluxos.
O protocolo será avaliado anualmente, com relatório público de indicadores e proposta de melhoria contínua.
12. DISPOSIÇÕES FINAIS
Este protocolo integra a Portaria de aprovação e revoga normas em contrário. Sua aplicação observará ainda normas estaduais de comunicação (p.ex., CERIPI/PR). Casos omissos serão resolvidos pela SMS, à luz da legislação vigente e da ética profissional.
ANEXOS (MODELOS)
Anexo I - Declaração de veracidade das informações prestadas
Anexo II – Termo de Consentimento Informado PARA Internação Voluntária E TERMO DE CIÊNCIA E CORRESPONSABILIZAÇÃO TERAPÊUTICA (FAMÍLIA/CUIDADOR)
Anexo III – TERMO DE RESPONSABILIDADE FAMILIAR PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA E TERMO DE CIÊNCIA E CORRESPONSABILIZAÇÃO TERAPÊUTICA (FAMÍLIA/CUIDADOR)

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS
Eu, _____ inscrito(a) no CPF sob o nº _____ e residente e domiciliado(a) à _____, declaro para os devidos fins, sob as penas da lei, que

todas as informações prestadas por mim são verdadeiros, autênticos e fidedignos.
Declaro ainda que assumo total responsabilidade por quaisquer eventuais informações falsas ou incorretas que possam vir a prejudicar terceiros ou a mim mesmo.

Coronel Vivida, .../...../.....

.....
Assinatura

ANEXO II

Termo de Consentimento Informado PARA Internação Voluntária E TERMO DE CIÊNCIA E CORRESPONSABILIZAÇÃO TERAPÊUTICA (FAMÍLIA/CUIDADOR)

Eu_____, inscrito sob o CPF nº _____, RG nº _____, declaro que estou ciente da indicação médica e solicitação de internação psiquiátrica. Estou consentindo e optando por esse regime de tratamento.

Coronel Vivida, .../...../.....

.....
Assinatura

Compromissos do familiar/responsável Pós Alta do Paciente
O familiar/responsável declara que se compromete a:

• Participar ativamente dos encontros realizados pelo CAPS I.
• Comparecer as consultas médicas agendadas e aderir às orientações médicas;
• Comunicar imediatamente quaisquer sinais de risco à equipe de saúde;
• Assinar os termos de ciência e corresponsabilidade exigidos pela instituição.

Coronel Vivida, .../...../.....

.....
Assinatura do familiar/responsável

ANEXO III

TERMO DE RESPONSABILIDADE FAMILIAR PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA E TERMO DE CIÊNCIA E CORRESPONSABILIZAÇÃO TERAPÊUTICA (FAMÍLIA/CUIDADOR)

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, na qualidade de familiar/responsável legal do(a) paciente:

Nome do paciente: _____
Data de nascimento: _____
RG/CPF: _____
Endereço: _____

Declaro, para os devidos fins legais, que:
Solicito e autorizo a internação involuntária do(a) referido(a) paciente, considerando que tal medida se faz necessária para proteção da saúde, integridade física e psicológica do(a) paciente e de terceiros.
Estou ciente de que a internação involuntária será realizada conforme as diretrizes estabelecidas pela Lei nº 13.840/2019 e demais normativas aplicáveis, observando-se a avaliação médica e os critérios técnicos exigidos.
Declaro que fui devidamente informado(a) sobre:
O motivo clínico que fundamenta a necessidade da internação;
Os procedimentos adotados pela equipe de saúde;
Os direitos do paciente, inclusive o direito de receber tratamento digno e humanizado;

O prazo e as condições que podem justificar a manutenção da internação.
Comprometo-me a prestar todas as informações necessárias à equipe de saúde, bem como a seguir as orientações fornecidas pelos profissionais responsáveis.
Declaro ainda que:
Não disponho de meios próprios para garantir a segurança e os cuidados adequados ao(à) paciente no momento;
Entendo que a internação involuntária tem caráter excepcional e será continuamente reavaliada pela equipe médica responsável;

Compromissos do familiar/responsável Pós Alta do Paciente
O familiar/responsável declara também que se compromete a:

• Participar ativamente dos encontros realizados pelo CAPS i.
• Comparecer as consultas médicas agendadas e aderir às orientações médicas;
• Comunicar imediatamente quaisquer sinais de risco à equipe de saúde;
• Assinar os termos de ciência e corresponsabilidade exigidos pela instituição.

Coronel Vivida, .../...../.....

.....
Assinatura do familiar/responsável

Publicado por:
Flaviane Gubert Siqueira
Código Identificador:63FAC740

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná no dia 03/03/2026. Edição 3480
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
https://www.diariomunicipal.com.br/amp/