

# PROTOCOLO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL



**Governador do Estado**  
JERÔNIMO RODRIGUES SOUZA

**Secretário da Administração**  
RODRIGO PIMENTEL DE SOUZA LIMA

---

## **REALIZAÇÃO**

---

**COORDENADOR GERAL**  
LUIZ EDUARDO BARRETO PEREZ

**COORDENADORA ADJUNTA**  
LARISSA GUERRA DA SILVA

**COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE**  
MARIA BEATRIZ FAUAZE

### **EQUIPE REVISORA-2026**

NADJA NARA REHEM DE SOUZA  
CARLA FARIAS CIRIACO  
RENATA COSTA DA SILVA  
RITTA DE CASSIA DA SILVA FERREIRA  
SANTOS  
ZAÍLA TAIS TEIXEIRA DA SILVA

**ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO-2009**  
ANGELA MARIA NOLASCO FARIAS  
LUCAS JERZY PORTELA SILVA



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>06</b>
<b>2</b>	<b>BASE LEGAL .....</b>	<b>07</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>07</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS DO PROGRAMA .....</b>	<b>08</b>
<b>5</b>	<b>CRITÉRIOS CLÍNICOS .....</b>	<b>08</b>
5.1	Regime Ambulatorial .....	08
5.2	Regime Hospital Dia .....	09
5.3	Regime Internação Psiquiátrica .....	10
<b>6</b>	<b>REGIMES DE ATENDIMENTO .....</b>	<b>11</b>
6.1	Ambulatorial .....	11
6.1.1	Ambulatorial Consulta Com Psiquiatra .....	11
6.1.2	Ambulatorial Consulta Com Neurologista Pediatrico .....	11
6.1.3	Ambulatorial Acompanhamento com Psicólogo .....	12
6.2	Hospital – Dia .....	13
6.2.1	Hospital – Dia Não Intensivo .....	14
6.2.2	Hospital – Dia Semi - Intensivo .....	14
6.2.3	Hospital – Dia Intensivo .....	15
6.3	Internação Psiquiátrica .....	15
<b>7</b>	<b>MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS .....</b>	<b>16</b>
<b>8</b>	<b>PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
8.1	Orientação Pedido de Autorização .....	18
8.2	Instruções Gerais .....	18
<b>9</b>	<b>PRORROGAÇÕES HOSPITAL DIA E INTERNAÇÃO PSIQUIATRICA .....</b>	<b>20</b>
<b>10</b>	<b>HABILITAÇÃO DO PRESTADOR .....</b>	<b>21</b>
<b>11</b>	<b>HABILITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>12</b>	<b>MONITORAMENTO .....</b>	<b>22</b>
<b>13</b>	<b>TROCA DE PRESTADOR .....</b>	<b>22</b>
<b>14</b>	<b>EXIGÊNCIA (DOCUMENTAÇÃO/JUSTIFICATIVA COMPLEMENTAR) .....</b>	<b>23</b>
<b>15</b>	<b>FLUXOGRAMA .....</b>	<b>24</b>
<b>16</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>25</b>

## DADOS DA INSTITUIÇÃO

Tabela 1

INSTITUIÇÃO	Planserv - Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais
ENDEREÇO	Centro de Atenção à Saúde Professor Dr. José Maria de Magalhães Netto-4º andar-Avenida Antonio Carlos Magalhães-S/N-Lado Ímpar,Parque Bela Vista - Iguatemi - Salvador / Ba – CEP: 40280-000.
TELEFONE	(71)3116-4700
ATIVIDADE PREDOMINANTE	Assistência à saúde dos servidores públicos do Estado da Bahia, seus dependentes, agregados e pensionista
UNIDADEEXECUTORA	Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde –CGPS

## 1. INTRODUÇÃO

Tendo em vista o processo de mudança do paradigma que vem norteando a assistência às pessoas com transtorno mental desde a década de 1970, o Planserv iniciou seu processo de incorporação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira em setembro de 2009. Isso não apenas no tocante ao tratamento das doenças psíquicas, mas principalmente, no que tange ao desafio da integralidade, inserindo a saúde mental na abordagem do conceito de saúde em toda a sua complexidade.

### **a. Contextualizando a Saúde Mental no Planserv:**

O Programa de Saúde Mental do Planserv busca garantir os direitos conferidos pela Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Este Programa possui três regimes: Ambulatorial, Hospital Dia e Internação Psiquiátrica.

O regime Ambulatorial contempla psicoterapia individual e em grupo, e consulta psiquiátrica. É o regime de tratamento de menor complexidade, que reduz riscos de agravamento do sofrimento psíquico, prevenindo internações e medicalização, controlando sintomas e contribuindo com a melhoria da qualidade de vida.

A consulta psiquiátrica inicial funciona como acolhimento, que, segundo o Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização, “o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes”.

No Hospital Dia, o beneficiário é assistido por uma equipe multiprofissional, participando de psicoterapia, consulta psiquiátrica e oficinas terapêuticas, conforme os critérios descritos nesse protocolo. Este modelo permite uma atenção diferenciada sobre os sintomas dos transtornos mentais, atuando para evitar agravamento e prevenindo internações psiquiátricas.

A Internação Psiquiátrica deverá ser o último recurso terapêutico após serem esgotadas todas as possibilidades, e ocorrerá quando houver agudização dos sintomas. A proposta do internamento é tratar os sintomas graves que não podem ser manejados em nível Ambulatorial ou Hospital Dia, conforme os critérios descritos neste protocolo, e deverá ocorrer de forma breve, garantindo o retorno ao convívio social.

As diárias anuais de Internação Psiquiátrica deverão atender ao limite imposto pelo decreto Decreto 9552, de 21 de setembro de 2005, alterado pelo Decreto 12.257 de 15 de julho de 2010, que traz em seu Artigo 14, inciso §2º item L, internação para tratamento internação para tratamento psiquiátrico, de alcoolismo ou dependência química, durante **30 (trinta) dias no ano**, assegurada uma prorrogação, quando solicitada pelo médico assistente.

Desta forma, após o atendimento de emergência e estabilização do quadro clínico agudo, o beneficiário deve ser encaminhado para outras modalidades dentro do Programa de Saúde Mental (Hospital Dia ou Ambulatorial).

## 2. BASE LEGAL

BASE LEGAL	
• Declaração de Caracas	• OMS, Caracas, Venezuela, 1990: As organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde.
• Lei 10.216 de 06 de abril de 2001	• Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
• Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011	• Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 3. JUSTIFICATIVA

Compreendendo que os transtornos mentais podem gerar alto grau de sofrimento

psíquico, entende-se como imprescindível ofertar aos beneficiários uma rede articulada composta por serviços de saúde mental em diferentes níveis de assistência: Ambulatorial, Hospital Dia e Internação Psiquiátrica, a fim de oferecer suporte terapêutico às demandas do indivíduo bem como dos seus familiares. O Programa considera a realização de atividades que visem à estabilização dos sintomas, a reinserção social e a recuperação da autonomia dos beneficiários assistidos.

#### **4. OBJETIVO DO PROGRAMA**

Acompanhar o beneficiário com transtorno mental através dos regimes de tratamento: Ambulatorial, Hospital Dia e Internação Psiquiátrica, de acordo com suas necessidades e critérios descritos neste protocolo, reduzindo assim a incidência de “crises”, e contribuindo com a qualidade de vida dos beneficiários e das suas famílias.

#### **5. CRITÉRIOS CLÍNICOS**

##### **5.1. Regime Ambulatorial**

##### **Inclusão**

- Beneficiários a partir de 06 anos que apresentam queixas e sintomas de sofrimento psíquico leve a moderado, com indicação para acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

##### **Exclusão**

- Beneficiários com idade entre 03 a 14 anos, que apresentem sintomas leves, com indicação de avaliação/acompanhamento psicológico, deverão ser encaminhados para o Programa de Pediatria.
- Pacientes com sintomas psicóticos graves, devendo ser encaminhados para o tratamento em Hospital dia, quando houver na região;
- Beneficiário em crise aguda e severa de hétero agressividade, autoagressividade, risco imediato de suicídio, abuso agudo de substâncias psicoativas, ou outros eventos que ponham em risco sua vida e saúde ou de outrem, devendo ser imediatamente



encaminhados para internação psiquiátrica;

- Beneficiários sem sinais e sintomas de sofrimento psíquico, em busca de desenvolvimento pessoal ou autoconhecimento.

## 5.2 Regime Hospital Dia

### Inclusão

- Quadro agudo de transtorno mental moderado a grave, com ou sem histórico de internação psiquiátrica;
- Beneficiários com diagnóstico CID – 10: F20 a F29, F30-F39 e F84 que necessitem de acompanhamento para evitar agudização dos sintomas e/ou desassistência, ou para estabilização do quadro, são contempladas **até 180 diárias a cada ano**;
- Beneficiários com diagnóstico, CID – 10: F40-F49, F60, F10-F19 e F84 com sintomas estabilizados, mas que necessitem de acompanhamento para evitar agudização dos sintomas e/ou desassistência, ou para estabilização do quadro, são contempladas **até 48 diárias a cada ano**, independente da modalidade;
- Beneficiários com diagnósticos, CID – 10: F00 a F09, F70 a F79 e F84, quando apresentarem sintomas agudos que justifiquem a intervenção da equipe multiprofissional nesta modalidade são contempladas **até 180 diárias a cada ano**, independente da modalidade;
- OBS: Casos pontuais serão discutidos individualmente mediante envio de relatórios multiprofissionais detalhados e com justificativa.

### Exclusão

- Quadros depressivos e/ou ansiosos de leve intensidade, sem grave comprometimento da vida cotidiana, devendo ser encaminhado para psicoterapia ambulatorial e/ou consulta com psiquiatra.
- Crise severa de Hétero agressividade, autoagressão com risco elevado de suicídio abuso agudo de substâncias psicoativas, ou outros eventos que ponham em risco sua vida e saúde ou de outrem, devendo ser imediatamente encaminhados para internação psiquiátrica;

### Equipe mínima necessária

A equipe multiprofissional mínima no Hospital Dia é essencial para garantir cuidado integral e efetivo, considerando que o sofrimento psíquico envolve dimensões clínicas, emocionais, sociais e funcionais.

A atuação integrada permite a elaboração de plano terapêutico singular, prevenção de internações prolongadas, promoção da autonomia e fortalecimento dos vínculos sociais e familiares, assegurando maior efetividade e humanização do cuidado.

Neste contexto, faz-se necessária a composição mínima da equipe por:

- Médico psiquiatra;
- Enfermeiro;
- Técnico em enfermagem;
- Psicólogo;
- Assistente social;
- Terapeuta ocupacional;
- Farmacêutico.

Considerando a importância do acompanhamento da assistência prestada, e que as autorizações para o Hospital Dia são concedidas de forma prévia ao atendimento, torna-se imprescindível que o plano terapêutico (anexo III) seja encaminhado ao PLANSEV contendo a evolução clínica do beneficiário referente ao período, devidamente assinado pelo médico assistente (psiquiatra), pelo psicólogo e, quando houver dispensação de medicamentos, também pelo farmacêutico.

### **5.3 Regime Internação Psiquiátrica**

#### **Inclusão**

Paciente em episódio agudo de transtorno mental grave, podendo colocar a sua integridade física e/ou a de terceiros em risco, sendo o último recurso terapêutico:

- Crise severa de hétero agressividade, autoagressão com risco elevado de autoextermínio;
- Intoxicação ou uso intenso de substâncias psicoativas, além de outras situações relacionadas às substâncias psicoativas, que causem risco para o usuário ou para terceiros;

## OBSERVAÇÃO

Após o atendimento de emergência e estabilização do quadro clínico agudo, o beneficiário deve ser encaminhado para outras modalidades dentro do Programa de Saúde Mental (Hospital Dia ou Ambulatorial).

## 6. REGIMES DE ATENDIMENTO

### 6.1. Ambulatorial

#### 6.1.1 Ambulatorial Consulta com Psiquiatra

<b>Procedimento:</b>	<b>Atendimento com Psiquiatra habilitado ao Programa</b>
<b>Código Principal:</b>	<b>81.20001-2</b>
<b>Valor:</b>	<b>R\$ 93,00</b>
<b>Serviços</b>	
<b>Código 81.20001-2</b>	Deverá ser utilizado em toda consulta de acolhimento (1º atendimento ao beneficiário no Programa)
<b>Atendimento</b>	Em consultório com Médico Psiquiatra (com título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina)
<b>Solicitação de autorização prévia automática</b>	Até 12 consultas a cada 365 dias; no máximo, 02 consultas/mês (Se necessário), com intervalo mínimo de 15 dias, contudo neste prazo consulta deve ser considerada uma revisão;
<b>OBS. Caso o beneficiário não apresente critérios no programa, o mesmo deverá ser acompanhado por profissionais da rede credenciada.</b>	

#### 6.1.2 Ambulatorial Consulta com Neurologista Pediátrico

<b>Procedimento:</b>	<b>Atendimento com Neurologista Pediátrico</b>
<b>Código Principal:</b>	<b>81.00009-8</b>
<b>Valor:</b>	<b>R\$ 93,00</b>
<b>Serviços</b>	

<b>Código 81.00009-8</b>	Deverá ser utilizado em consulta com médico neurologista pediátrico.
<b>Atendimento</b>	Em consultório com Médico Neurologista (com título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina)
<b>Solicitação de autorização prévia Automática</b>	Até 04 consultas por ano; no máximo, 01 consultas/mês, com intervalo mínimo de 15 dias, contudo neste prazo consulta deve ser considerada uma revisão;

### 6.1.3 Ambulatorial Acompanhamento com Psicólogo

<b>Procedimento:</b>	<b>Psicoterapia Individual ou em Grupo</b>
<b>Códigos:</b>	<b>Psicoterapia Individual: 81.20002-2</b>
	<b>Psicoterapia Em Grupo: 81.20003-2</b>
<b>Valor Psicoterapia Individual</b>	<b>R\$ 55,00</b>
<b>Valor Psicoterapia Em Grupo</b>	<b>R\$ 40,00</b>
<b>Serviços</b>	
<b>Códigos 81.20002-2 OU 81.20003-2</b>	Utilizados para encaminhamento ou acompanhamento de psicoterapia individual ou grupo.
<b>Atendimento</b>	Para iniciar o tratamento nesta modalidade terapêutica, o paciente deverá realizar previamente o Acolhimento em Saúde Mental, com médico psiquiatra habilitado ao Programa.
<b>Psicoterapia individual ou em grupo</b>	A escolha do tipo de Psicoterapia (individual ou grupo) poderá ser feita pelo psiquiatra ou psicólogo, e descrito em relatório com a justificativa pela opção do tratamento.
<b>Solicitação de autorização Prévia</b>	Até 04 sessões a cada 25 dias a contar da data de autorização. Tendo um máximo de 48 sessões no período de 365 dias.
	Em caso de indicação clínica para continuidade do tratamento, encaminhar relatório do psiquiatra com justificativa técnica para análise do Planserv, o relatório médico deverá ser encaminhado com antecedência mínima de 72 horas antes do novo pacote de sessões a ser solicitado.
<b>Orientações</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando identificada a necessidade clínica, o beneficiário poderá realizar terapia em grupo de forma concomitante à terapia individual, desde que devidamente justificada tecnicamente por meio de relatório de acompanhamento emitido pelo psicólogo ou psiquiatra assistente.</li> <li>• Não serão autorizadas sessões de psicoterapia para beneficiários que se encontram em terapia através de outro Programa ou outra instituição, sendo este motivo de negativa.</li> <li>• As solicitações de pacote com 04 sessões deverão ter intervalo mínimo de 25 dias;</li> </ul>	

- O acompanhamento psiquiátrico e psicológico deve ser realizado na mesma instituição, favorecendo a integralidade do tratamento, bem como a discussão interdisciplinar.
- Ficha de acolhimento- ambulatório-saúde mental (ANEXO I) preenchido pelo médico psiquiatra (cadastrado ao Programa de Saúde Mental/Planserv), com justificativa para o início da psicoterapia. Este acolhimento requer autorização prévia ao atendimento.
- Pacotes subsequentes devem ser encaminhados contendo a Ficha de Acompanhamento Psicológico- Ambulatório Saúde Mental (ANEXO II) preenchido pelo psicólogo responsável pela condução do tratamento (cadastrado ao Programa de Saúde Mental/Planserv), com justificativa para a continuidade da psicoterapia e evolução clínica do beneficiário, sendo indispensável autorização prévia.

## 6.2. Hospital Dia

<b>Procedimento:</b>	<b>Não Intensivo/Semi-Intensivo/Intensivo</b>
<b>Códigos:</b>	<b>Não Intensivo: 81.27000-4</b>
	<b>Semi-Intensivo: 81.28000-4</b>
	<b>Intensivo: 81.29000-4</b>
<b>Valor Não Intensivo</b>	<b>R\$ 195,00</b>
<b>Valor Semi-Intensivo</b>	<b>R\$ 170,40</b>
<b>Valor Intensivo</b>	<b>R\$ 160,25</b>
<b>Serviços</b>	
<b>Códigos 81.27000-4 ou 81.28000-4 ou 81.29000-4</b>	Utilizados para encaminhamento ou acompanhamento em Hospital Dia.
<b>Atendimento</b>	Para iniciar o tratamento nesta modalidade terapêutica, o paciente deverá realizar previamente o Acolhimento em Saúde Mental, com médico psiquiatra habilitado ao Programa que determinará a modalidade a ser solicitada: <b>Intensivo, semi-intensivo ou não intensivo.</b>
<b>Solicitação de autorização Prévia</b>	Quantidade de diárias solicitadas dependerá da modalidade indicada pela equipe multiprofissional, conforme descrito a seguir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Não intensivo:</b> 01 diária semanal;</li> <li>• <b>Semi-Intensivo:</b> 02 ou 03 diárias semanais;</li> <li>• <b>Intensivo:</b> 04 ou 05 diárias semanais;</li> </ul> <p>Obs: O Quantitativo de diárias levará em consideração o calendário mensal.</p>
<b>Orientações</b>	
• Acompanhamento multidisciplinar em regime aberto a beneficiários que possuem transtornos mentais com evoluções moderadas à graves.	
• Realização de atividades que visem à reinserção social e a recuperação da autonomia dos beneficiários assistidos.	
• Equipe complementar sugerida: oficinairo, educador físico, músico-terapeuta, arte-terapeuta, professor de dança ou teatro ou outros que possam executar projetos terapêuticos no hospital-dia.	
• O plano terapêutico individual deverá ser preenchido na integralidade, constando a evolução clínica do beneficiário correspondente ao período atual, medicamentos a serem utilizados e demais informações necessárias.	
• É imprescindível os planos terapêuticos individuais contemplarem a assinatura do médico assistente (psiquiatra), psicólogo e farmacêutico (Quando houver dispensação de medicamento)	

### 6.2.1 Hospital Dia – Não Intensivo

<b>Procedimento:</b>	<b>Não Intensivo</b>
<b>Códigos:</b>	<b>Não Intensivo: 81.27000-4</b>
<b>Valor Não Intensivo</b>	<b>R\$ 195,00</b>
<b>Serviços</b>	
<b>Atendimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egressos de internação psiquiátrica;</li> <li>• Transição da modalidade semi-intensiva ou intensiva nos casos de uma evolução satisfatória;</li> <li>• Pacientes com autonomia comprometida;</li> <li>• Pacientes que necessitem de acompanhamento multidisciplinar, porém com possibilidade de realizar atividades laborais ou acadêmicas;</li> <li>• Uso nocivo de substâncias psicoativas <b>com</b> ou <b>sem</b> comorbidade de outros transtornos mentais.</li> </ul>
<b>Composição da Diária:</b>	
<b>Diárias hospitalares</b>	até 05 p/ mês
<b>Consulta Psiquiátrica</b>	01 p/ mês
<b>Sessões de Psicoterapia Individual</b>	04 p/ mês
<b>Atendimento Multiprofissional Individual</b>	01 p/ mês
<b>Atividades em grupo (Terapia ocup. e outros)</b>	04 p/ mês

### 6.2.2. Hospital Dia – Semi- Intensivo

<b>Procedimento:</b>	<b>Semi-intensivo</b>
<b>Códigos:</b>	<b>Semi-intensivo: 81.28000-4</b>
<b>Valor Semi Intensivo</b>	<b>R\$ 170,40</b>
<b>Serviços</b>	
<b>Atendimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egressos de internação psiquiátrica;</li> <li>• Transição da modalidade intensiva nos casos de uma evolução satisfatória;</li> <li>• Transição da modalidade não-intensiva nos casos de agravamento do quadro psíquico;</li> <li>• Paciente com transtorno mental crônico com comprometimento moderado da autonomia;</li> <li>• Uso nocivo de substâncias psicoativas <b>com</b> ou <b>sem</b> comorbidade de outros transtornos mentais</li> </ul>
<b>Composição da Diária:</b>	
<b>Diárias hospitalares</b>	até 15 p/ mês
<b>Consulta Psiquiátrica</b>	02 p/ mês
<b>Sessões de Psicoterapia Individual</b>	04 p/ mês
<b>Atendimento Multiprofissional Individual</b>	01 p/ mês
<b>Atividades em grupo (Terapia ocup. e outros)</b>	20 / mês

### 6.2.3 Hospital Dia - Intensivo

<b>Procedimento:</b>	<b>Intensivo</b>
<b>Códigos:</b>	<b>Intensivo: 81.29000-4</b>
<b>Valor Intensivo</b>	<b>R\$ 160,25</b>
<b>Serviços</b>	
<b>Atendimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com transtorno mental agudo grave, a fim de prevenir riscos para o beneficiário ou para terceiros; (Favorecer estabilização do quadro recomenda-se o encaminhamento para outra modalidade);</li> <li>• Psicóticos com quadros estabilizados e com comprometimento da autonomia e risco de agudização;</li> <li>• Egressos de internação psiquiátrica, que ainda necessitem de acompanhamento;</li> <li>• Uso nocivo de substâncias psicoativas <b>com grave</b> comprometimento e comorbidade de outros transtornos mentais.</li> </ul>
<b>Composição da Diária:</b>	
<b>Diárias hospitalares</b>	até 24 p/ mês
<b>Consulta Psiquiátrica</b>	03 p/ mês
<b>Sessões de Psicoterapia Individual</b>	04 p/ mês
<b>Atendimento Multiprofissional Individual</b>	02 p/ mês
<b>Atividades em grupo (Terapia ocupacional e outros)</b>	32 p/ mês

### 6.5 Internação Psiquiátrica

<b>Procedimento:</b>	<b>Psiquiatria – Internação Clínica – 12000000</b>
<b>Códigos:</b>	<b>Diária Globalizada – Internação Psiquiátrica - 78.60000-7</b>
<b>Valor</b>	<b>R\$ 442,50</b>
<b>Serviços</b>	
<b>Códigos 78.60000-7</b>	Internação psiquiátrica em regime fechado, visando à estabilização dos sintomas através de acompanhamento multiprofissional, e alta hospitalar o mais breve possível, garantindo o retorno ao convívio social.
<b>Atendimento</b>	Atendimento com Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro, Assistente Social, farmacêutico, Psicólogo e Psiquiatra, bem como suporte à família sempre que necessário, tendo em vista a preparação para a alta.
<b>Período de Permanência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar. Para efeito de cobrança, fica estabelecido que o intervalo compreende das 10h00min do dia corrente às 10h00min do dia subsequente;</li> <li>• A diária no dia da alta hospitalar não será cobrada, exceto casos de óbito ou transferência ocorridos após as 12h;</li> <li>• <b>Diárias com permanência inferior a 8h não serão consideradas de internação integral, devendo ser solicitado diária de Hospital Dia não Intensivo.</b></li> </ul>

<b>Solicitação de autorização Prévia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ficha de Plano Terapêutico Encaminhamento para Internação, segundo modelo Planserv (AnexoVII).</li> <li>A cada 15 dias se for necessária a Prorrogação da internação, um novo Plano Terapêutico Individual (PTI) deverá ser enviado, relatando a evolução do caso e justificando a permanência do paciente na internação integral.</li> <li>Para pacientes internados que ultrapassaram o limite legal imposto pelo decreto, a solicitação de prorrogação será submetida a análise da equipe técnica Planserv. Sendo de responsabilidade do Prestador encaminhar a solicitação de prorrogação 72 horas antes do período a ser prorrogado.</li> </ul>
<b>Orientações</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>A equipe deverá referenciar o paciente e seus familiares, com o plano de alta, à rede de assistência do Programa de Saúde Mental do Planserv (Hospital Dia e Psicoterapia Ambulatorial) ou ainda, nos casos em que couber, à rede do Sistema Único de Saúde (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS), a fim de garantir a continuidade do tratamento.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diária cuja permanência no leito ocorreu sem a evidente e explícita necessidade da permanência em regime de internação, sejam por motivos sociais ou administrativos, não serão cobertas pelo Planserv.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os insumos classificados como cosméticos não terão cobertura pelo Planserv.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>O procedimento “curativo”, quando realizado em paciente internado, já está incluso nas Diárias e Taxas de Sala (serviços de enfermagem e insumos básicos).</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Limite de tolerância: Será considerado um limite mínimo de tolerância de 2 horas para que não haja cobrança de nova diária (ou seja, altas, óbitos ou transferências hospitalares ocorridas entre as 10h00min e 12h00min não será cobrada nova diária);</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Os pacientes internados deverão ser acompanhados pelo médico psiquiatra. Quando houver condições clínicas agudas ou crônico agudizadas poderá ser solicitada avaliação do médico clínico por código 00020110 (Clínico geral / Visita Hospitalar) com evolução descrita em prontuário. A autorização da interconsulta será efetuada mediante auditoria do prontuário e validada pelo auditor externo.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Para beneficiários que estejam cumprindo carência, serão autorizados com base na O.S. Nº14-2017 item 6.3.2.1, inicialmente 07 diárias de internação, o beneficiário que permanecer com indicação de internação, o prestador deverá encaminhar novo PTI 72 horas antes do término do período autorizado, relatando as terapias utilizadas pela equipe multiprofissional justificando a continuidade do internamento.</li> </ul>	

## 7. MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS

- Os medicamentos psiquiátricos possuem cobertura para o Hospital Dia e Internação Psiquiátrica, conforme itens de Medicamentos da tabela sintética disponível no site do Planserv;
- Para o Hospital Dia, **não serão liberados medicamentos destinados ao tratamento de patologias clínicas ou neurológicas de uso crônico**. A liberação será restrita a **medicamentos psiquiátricos**, compatíveis com o quadro clínico apresentado e com a necessidade terapêutica do beneficiário.
- Para internação psiquiátrica apenas os medicamentos psiquiátricos do rol de



atípicos (CLOZAPINA, ZIPRASIDONA, OLANZAPINA, ARIPIPRAZOL, PALIPERIDONA e QUETIAPINA) deverão ser solicitados em grade para fins de cobrança e justificados em relatório;

- Para liberação de medicamentos neurolépticos de última geração, o médico psiquiatra deverá seguir os critérios estabelecidos no PROTOCOLO CLÍNICO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS NEUROLÉPTICOS DE ÚLTIMA GERAÇÃO e o fluxograma descrito neste protocolo (Item13);
- Para liberação da continuidade do uso do medicamento neuroléptico clozapina deverá ser encaminhado mensalmente hemograma atualizado, além do plano terapêutico mensal;
- Os medicamentos de uso durante o tratamento, em hospital-dia ou na internação integral, não deverão ultrapassar as doses máximas diárias conforme definido em bula;
- Quando, conforme critérios, o paciente for iniciar uso de neurolépticos atípicos, é necessário enviar através do sistema Planserv, funcionalidade “anexos” o Termo de Consentimento Informado para início do uso de medicamentos atípicos (ver Anexo X);
- Antes do início do Tratamento o paciente deve passar por orientação farmacêutica. As informações de forma oral e escrita aos pacientes que farão uso da terapia em ambiente hospitalar e/ou domiciliar, através de formulário próprio do serviço;
- Caso haja alterações na prescrição durante o período autorizado, o prestador deverá encaminhar em até 01 (um) dia útil, a Ficha de **Saúde Mental - Alteração Da Prescrição ou Modalidade** (ANEXO IV,) especificando datas de alteração e medicamentos incluídos e/ou excluídos, bem como alterações de dosagem.

## 8. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

- A solicitação de autorização deverá ser prévia ao atendimento do beneficiário com inclusão de guia em sistema para análise técnica da equipe Planserv.

## 8.1. ORIENTAÇÃO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

REGIMES	AMBULATORIAL	PROCEDIMENTO/SERVIÇO		MEDICAMENTO/ MATERIAIS	ANEXOS
		Código	Quantidade/ Mês	NÃO SE APLICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ficha de Acolhimento (Anexo I) ou acompanhamento Psicológico em Saúde Mental (Anexo II).</li> </ul>
		81.20001-2	01		
		81.00009-8	01		
		81.20002-2	04		
		81.20003-2	04		
	HOSPITAL DIA	PROCEDIMENTO/SERVIÇO		Informar os códigos dos medicamentos psiquiátricos conforme Tabela Planserv de Medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plano Terapêutico Hospital Dia – Saúde Mental (AnexoV);</li> <li>Alteração da Prescrição ou modalidade (AnexoIV)</li> <li>Registro de Dispensa de Medicamentos (AnexoVI)</li> <li>Termo de Consentimento Informado para início do uso de medicamentos atípicos(Anexo X).</li> </ul>
		Código	Quantidade / Mês		
		81.27000-4	Até 05		
		81.28000-4	Até 15		
		81.29000-4	Até 24		
	INTERNAÇÃO	PROCEDIMENTO/SERVIÇO		Informar os códigos dos medicamentos neurolépticos de última geração, conforme Tabela Planserv de Medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plano terapêutico de encaminhamento para Internação Psiquiátrica ou Plano terapêutico de Prorrogação (Anexo VII e VIII).</li> <li>Termo de Consentimento Informado para início do uso de medicamentos atípicos (Anexo X).</li> </ul>
		Código	Quantidade/ Mês		
		78.60000-7	15		

## 8.2. INSTRUÇÕES GERAIS

- A inclusão e autorização do tratamento estarão condicionadas ao parecer da equipe técnica, o qual terá como base este protocolo, e Orientação de Serviço CAS/SAEB nº03/2023 de 01/05/2023.

- Todas as solicitações devem ser tramitadas via sistema. A comunicação entre o Planserv e o prestador se dará através da guia. É de responsabilidade do prestador o acompanhamento das guias.
- Após a inclusão do beneficiário no Programa de Saúde Mental, o prestador assumirá a responsabilidade sobre o tratamento do paciente, intermediando a relação entre o beneficiário e o Planserv durante todo o tratamento, até o momento da sua alta;
- O Planserv terá o prazo de até 72 horas, contados a partir da inclusão da guia em sistema, para avaliação do pedido de solicitação do tratamento proposto. O prazo para autorização passa a contar a partir do recebimento completo da documentação necessária para análise.
- Pacientes com necessidade exclusiva de acompanhamento apenas com médico psiquiátrico, sem critérios clínicos para adesão ao Programa de Saúde Mental, devem ser encaminhados para a rede Planserv;

#### • **AMBULATÓRIO**

- Solicitação de autorização prévia para as consultas com Psiquiatra;
- Solicitação de autorização prévia para sessões de psicoterapia, com inclusão de relatório em sistema, com no mínimo de 72 horas de antecedência;
- Solicitação de autorização prévia para as consultas com Neurologista Pediátrico, com inclusão de encaminhamento médico em sistema, com no mínimo de 72 horas de antecedência;
- O Atendimento com neurologista pediátrico será autorizado para crianças de 0 a 14 anos.
- Autorização prévia de até 04 sessões de psicoterapia a ser utilizada em um prazo de até 25 dias a contar da data da autorização;
- Agendamento das terapias e consultas só devem ocorrer após autorização do Planserv;
- As sessões de psicoterapia devem ocorrer previamente mediante solicitação do médico psiquiatra, o prestador só está autorizado a proceder com o agendamento após a emissão da senha de autorização.
- Não é permitido a participação concomitante da psicoterapia em programas diferentes;
- Quando identificada a necessidade clínica, o beneficiário poderá realizar terapia em grupo de forma concomitante à terapia individual, desde que devidamente

justificada tecnicamente por meio de relatório de acompanhamento emitido pelo psicólogo ou psiquiatra assistente.

- Os relatórios de acompanhamento devem ser preenchidos em sua integralidade, constando evolução clínica referente ao período.

- **HOSPITAL DIA**

- **Admissões na modalidade HOSPITAL DIA** devem ser inseridas previamente em sistema e no ato da solicitação para análise técnica;
- O Plano terapêutico deve ser inserido no sistema **ANTES** da administração dos medicamentos com data prevista para início do tratamento;
- O Plano terapêutico deve conter todos os campos preenchidos de forma legível, sem rasuras, carimbado e assinado pelo médico psiquiatra, psicólogo e farmacêutico.
- Não será autorizado no regime Hospital Dia apenas a dispensação de medicamentos. O acompanhamento deverá ser multidisciplinar de acordo com a necessidade clínica do beneficiário e indicação médica.
- Para mudança de regime (não intensivo, semi-intensivo e intensivo), ou qualquer alteração no tratamento vigente, o prestador deve realizar nova solicitação enviando novo plano terapêutico, que justifique a mudança em até 01(um) dia útil;

- **INTERNAÇÃO**

**Admissões na modalidade INTERNAÇÃO** devem ser inseridas no sistema no ato do atendimento. Os pedidos de internação inseridos em sistema serão analisados conforme data de inclusão;

- Em caso de necessidade de ajuste de guia após a alta do beneficiário, o ajuste deve ocorrer durante o consenso da conta.

## **9. PRORROGAÇÕES HOSPITAL DIA E INTERNAÇÃO PSIQUIATRA**

- As prorrogações necessitam de análise prévia e devem ser solicitadas mediante novo PTI com justificativa clínica para permanência do tratamento atendendo ao período proposto em cada modalidade.
- As prorrogações devem ser inseridas em sistema, no prazo de até 72 horas antes do início do próximo período, com relatório médico atualizado e justificativa para o período prorrogado. Não serão acatadas solicitações divergentes das orientações

descritas neste protocolo.

- As prorrogações deverão ser solicitadas por meio do formulário padrão (Anexo V – para Hospital Dia e Anexo VIII – para Internação), devendo constar, obrigatoriamente:
  - Evolução clínica do médico psiquiatra;
  - Evolução do psicólogo, incluindo informações sobre as terapias utilizadas e a evolução do tratamento;
  - Assinatura do farmacêutico, quando houver dispensação de medicamento.
- Caso a data da inclusão da guia em sistema seja posterior a data informada no PTI em anexo, caberá ao auditor emitir parecer considerando quantidade de diárias e medicamentos conforme data da solicitação em sistema.

## **10. HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES**

Cabe a coordenação de relacionamento com prestadores a análise para credenciamento e/ou habilitação do prestador no programa de acordo com o estabelecido nos padrões de credenciamento que dispõem das exigências legais, condições de participação e objetos existentes nos Editais disponíveis no sítio eletrônico do PLANSEV, item Credenciamento de Prestadores.

## 11. HABILITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Para habilitação dos profissionais (Médico Psiquiatra e Psicólogo) ao Programa de Saúde Mental é necessário o encaminhamento de cópias dos seguintes documentos:

PROFISSIONAL	DOCUMENTOS
<b>Médico Psiquiatra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Certificado de conclusão de residência médico em psiquiatria reconhecido pelo MEC ou registro da especialidade no Conselho Regional de Medicina ou título de especialista pela Associação Médica Brasileira (AMB);</li> <li>o Certidão de quitação anual e Certidão ético-profissional;</li> <li>o Declaração de Vínculo emitida pelo prestador</li> </ul>
<b>Médico Neurologista Pediátrico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Certificado de conclusão de residência médico em Neurologia reconhecido pelo MEC ou registro da especialidade no Conselho Regional de Medicina ou título de especialista pela Associação Médica Brasileira (AMB);</li> <li>o Certidão de quitação anual e Certidão ético-profissional;</li> <li>o Declaração de Vínculo emitida pelo prestador.</li> </ul>
<b>Psicólogo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Declaração de Vínculo emitida pelo prestador.</li> <li>o Diploma frente e verso;</li> <li>o Certidão de quitação anual do Conselho de Classe</li> <li>o Certidão ético-profissional do Conselho de Classe;</li> </ul>

## 12. MONITORAMENTO

O Programa será monitorado através de critérios específicos do Planserv, com possibilidade de visitas técnicas para supervisão e pesquisa de satisfação com o beneficiário.

## 13. TROCA DE PRESTADOR

Quando o beneficiário solicitar atendimento pelo Programa em outro prestador, este deverá inserir guia em sistema e incluir no campo anexo o formulário TERMO DE

TROCA DE PRESTADOR (Anexo IX), preenchido e assinado pelo responsável do beneficiário, para análise do Planserv.

A troca de prestador/ profissional só poderá ser realizada mediante solicitação justificada.

É de responsabilidade do prestador fornecer toda a documentação necessária para que o beneficiário possa ser atendido em outro local, incluindo relatórios médicos e de especialidades não medicadas

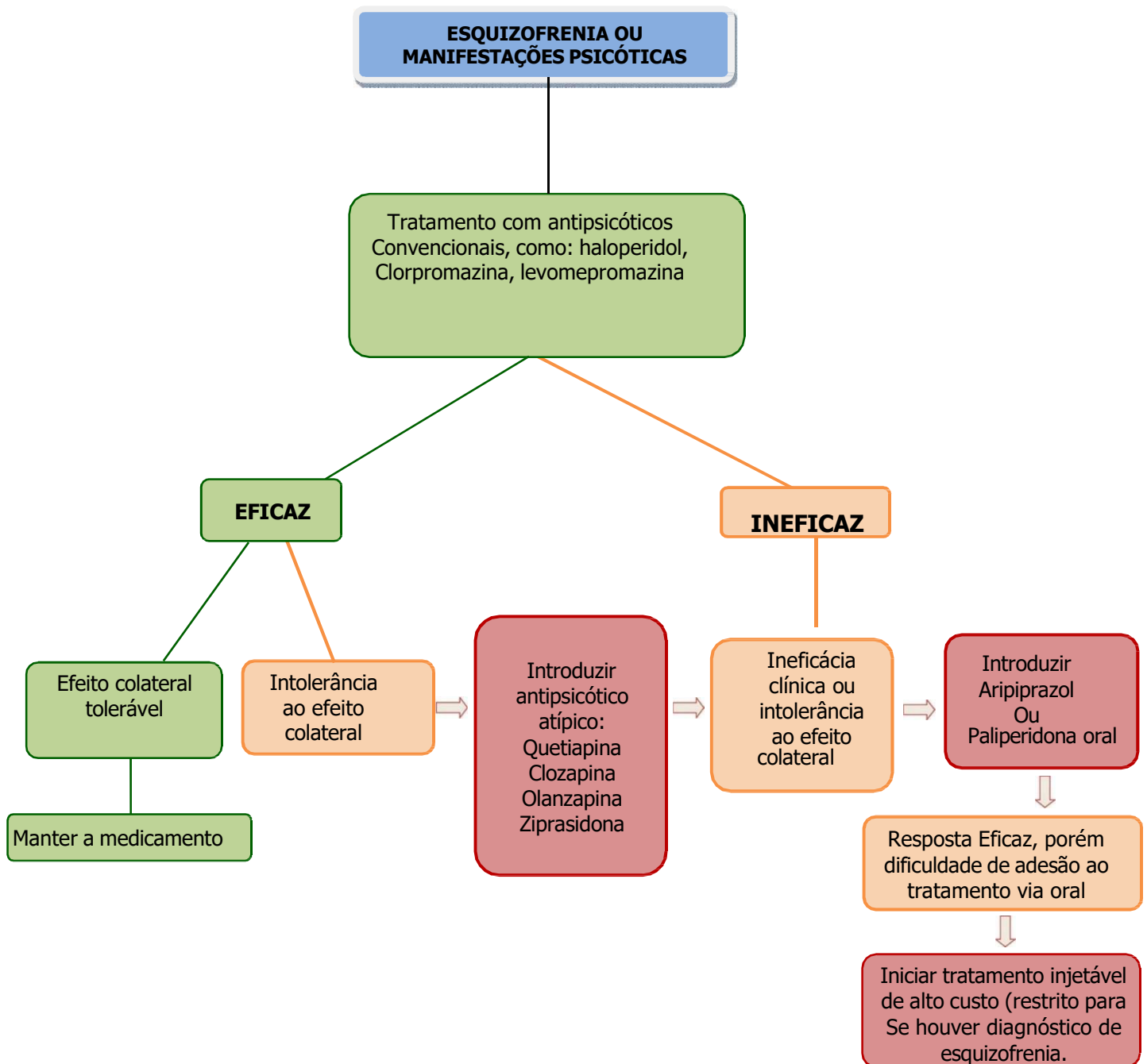
#### **14. EXIGÊNCIAS (DOCUMENTAÇÃO/JUSTIFICATIVA COMPLEMENTAR)**

É um recurso utilizado pela equipe técnica para questionar ou esclarecer condutas terapêuticas quando houver necessidade de complementação da solicitação. Assim que uma exigência é feita, a informação é lançada no sistema no campo mensagem da guia e pode ser visualizada pelo prestador, através da alteração do status da guia.

O Prestador tem um prazo de 72 horas para responder às solicitações e incluir no sistema.

É de responsabilidade do prestador acompanhar, diariamente, as informações em sistema para evitar impactos na assistência. Cabe ao Prestador também a responsabilidade de manter em suas dependências todo registro atualizado do pacientes acompanhados, para que possa cumprir o disposto acima dentro do prazo.

## 15. FLUXOGRAMA





## 16. ANEXOS

### ANEXO I

FICHA DE ACOLHIMENTO – AMBULATÓRIO - SAÚDE MENTAL	
<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>	
Médico Assistente:	CRM:
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
Nome:	Sexo biológico: ( ) Masc ( ) Fem ( ) Intersexo
Nome Social:	Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( ) sim ( ) não
Cód Ident Planserv:	Data Nascimento: Idade:
<b>III. HISTÓRICO</b>	
Tratamento em Saúde Mental anterior? ( ) Sim ( ) Não ( ) Psicoterapia ( ) Psiquiatria ( ) Hospital dia ( ) Internação Psiquiátrica	
Última internação em:	Qual a instituição:
Faz uso de psicofármacos? ( ) Sim ( ) Não Quais?	
Faz uso de bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não Qual frequência?	Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? ( ) Sim ( ) Não Quais:
Histórico familiar de transtorno mental? ( ) Sim ( ) Não Quais:	
<b>CID:</b>	
<b>IV. AVALIAÇÃO CLÍNICA DO BENEFICIÁRIO</b>	
<b>ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO</b> ( ) Individual ( ) Grupo	
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso com CRM, ou assinatura eletrônica.

## ANEXO II

FICHA DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO – AMBULATÓRIO - SAÚDE MENTAL	
<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>	
Psicólogo:	CRP:
<b>II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
Nome:	Sexo biológico: ( ) Masc ( ) Fem ( ) Intersexo
Nome Social:	Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( ) sim ( ) não
Cód Ident Planserv:	Data Nascimento: Idade:
<b>III- ACOMPANHAMENTO</b>	
Modalidade de Atendimento: ( ) Individual ( ) Grupo	<b>CID:</b>
<b>IV- AVALIAÇÃO / EVOLUÇÃO</b>	
<p>Descrever o quadro do paciente e sua evolução, que justifique a continuidade do tratamento.</p>	
<b>V- OBJETIVOS TERAPÊUTICOS</b>	
Local e Data:	Assinatura e Carimbo

## ANEXO III

PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL-DIA – SAÚDE MENTAL		
Período <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> à <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u>		
<b>I- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>		
Médico Assistente:	CRM:	
<b>II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		
Nome:	Sexo biológico: ( ) Masc ( ) Fem ( ) Intersexo	
Nome Social:	Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( ) sim ( ) não	
Cód Ident Planserv:	Data Nascimento:	Idade:
<b>III- HISTÓRICO</b>		
Internação Psiquiátrica: ( ) Sim ( ) Não	Última internação em:	
HD: ( ) CAPS: ( )	Qual a instituição:	
AMB. SAÚDE MENTAL: ( )	CID ATUAL:	
Faz uso de bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não	Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? ( ) Sim ( ) Não	
Qual Frequência?	<b>Qual:</b>	
Resumo da história pregressa do paciente:		
<b>IV- Modalidade de Atendimento</b>		
( ) Intensivo	( ) Semi Intensivo	( ) Não Intensivo
Nº de diárias: <u>    </u> (16 até 24 diárias)	Nº de diárias: <u>    </u> (08 até 15 diárias)	Nº de diárias: <u>    </u> (Até 05 diárias)
<b>V- AVALIAÇÃO/JUSTIFICATIVA</b>		
Descrever o quadro do paciente:		
<b>VI- INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA PROPOSTA</b>		
<b>VII. FARMACOTERAPIA</b>		
Medicamentos utilizados	Posologia	Quantidade / mês
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso com CRM, ou assinatura eletrônica.	Assinatura e Carimbo (Farmacêutico)

## ANEXO IV

SAÚDE MENTAL- ALTERAÇÃO DA PRESCRIÇÃO OU MODALIDADE				
<b>I- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>				
Médico Assistente:			CRM:	
<b>II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
Nome:		Sexo biológico: ( ) Masc ( ) Fem ( ) Intersexo		
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( ) sim ( ) não		
Cód Ident Planserv:		Data Nascimento:		Idade:
<b>III- ALTERAÇÃO DA MODALIDADE</b>				
( ) Mantida	( ) Intensivo Nº de diárias: _____ (16 até 24 diárias)	( ) Semi Intensivo Nº de diárias: _____ (08 até 15 diárias)	( ) Não-Intensivo Nº de diárias: _____ (Até 05 diárias)	( ) Internação Integral
<b>CID ATUAL:</b>				
<b>Justificativa para alteração da modalidade durante o tratamento:</b>				
<b>VII.FARMACOTERAPIA</b>				
Medicamentos	Posologia	Data da Alteração	Quantidade /mês	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
Local e Data:		Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso e CRM, ou assinatura eletrônica.		
		Assinatura e Carimbo (Farmacêutico)		

## ANEXO V

PLANO TERAPÊUTICO – PRORROGAÇÃO EM HOSPITAL-DIA – SAÚDE MENTAL				
Período _____ / _____ / _____ à _____ / _____ / _____				
<b>I. IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS</b>				
Médico Assistente:		CRM:		
Técnico de Referência:		Nº Conselho de Classe:		
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
Nome:		Data Nascimento:		Idade:
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( ) sim ( ) não		
Cód Ident Planserv:		Sexo biológico: ( ) Masc ( ) Fem ( ) Intersexo		
<b>III. ACOMPANHAMENTO</b>				
Modalidade de Tratamento: ( ) Intensivo ( ) Semi-Intensivo ( ) Não-Intensivo				CID:
Evolução do Médico Psiquiatra:				
Evolução do Psicólogo:				
<b>IV. Oficinas Terapêutica/Atendimentos Individuais</b>				
<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
Metas para o tratamento e Previsão de Mudança de nível de atenção ou de modalidade assistencial				
Acompanhamento a família durante o tratamento:				
<b>IV. FARMACOTERAPIA</b>				
Medicamentos		Posologia	Quantidade /mês	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
<b>V. DATA E ASSINATURA</b>				
Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso e CRM, ou assinatura eletrônica.	Assinatura e Carimbo (Farmacêutico)	Assinatura e Carimbo (Psicólogo)	

## ANEXO VI

REGISTRO DE DISPENSA DE MEDICAMENTOS- SAÚDE MENTAL			
Período _____ / _____ / _____ à _____ / _____ / _____			
<b>I- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>			
Nome:		CRF:	
<b>II. IDENTIFICAÇÃO PACIENTE</b>			
Nome do Paciente:		Data Nascimento:	Idade:
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( )sim ( ) não	
Cód. Ident. Planserv:		Sexo biológico: ( )Masc ( ) Fem ( ) Intersexo	
<b>III. MEDICAMENTOS DISPENSADOS</b>			
Período	Medicamento	Dose prescrita	Quantidade Dispensada
<b>VI. ASSINATURA</b>			
1. Declaro ser o responsável pela dispensa do(s) medicamento(s) acima e prestarei informações ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida ao suporte medicamentoso, contribuindo para promoção de uma farmacoterapia correta e racional;			
2. Autorizo os auditores do Planserv a consultarem documentos do meu serviço que se fizerem necessários.			
Data:	Assinatura e carimbo do farmacêutico:		
Declaro que recebi durante o período citado neste registro, os medicamentos acima listados na quantidade informada.	Assinatura do Paciente ou Responsável:		

## ANEXO VII

PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL			
<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>			
Médico Assistente:		CRM:	
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
Nome:	Idade:	Cód Ident Planserv:	
Nome Social:	Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( ) sim ( ) não		
Data Nascimento:	Sexo Biológico: ( ) Masc ( ) Fem ( ) Intersexo	Telefone:	CID:
<b>III. HISTÓRICO</b>			
Internação Psiquiátrica: ( ) Sim ( ) Não HD: ( ) CAPS: ( ) AMB. SAÚDE MENTAL: ( )		Última internação em:	
		<b>Qual Instituição:</b>	
Faz uso de bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não		Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? ( ) Sim ( ) Não Qual:	
<b>IV. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (Assinalar caso o critério esteja presente)</b>			
( ) Agressividade		( ) Agitação	
( ) Abuso de substância psicoativa		( ) Apragmatismo severo	
( ) Ideação suicida e/ou Tentativa de suicídio		( ) Outros sintomas psicóticos. Qual:	
<b>V. ANAMNESE</b>			
Contexto Clínico e Justificativa:			
Objetivos do Internamento:			
<b>VI. FARMACOTERAPIA</b>			
Medicamentos utilizados		Posologia	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
<b>IX. DATA E ASSINATURA</b>			
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso e CRM, ou assinatura eletrônica.	Assinatura e Carimbo (Farmacêutico)	

## ANEXO VIII

PLANO TERAPÊUTICO – PRORROGAÇÃO INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL			
Período ____/____/____ à ____/____/____			
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
Médico Assistente:		CRM:	
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Data da Internação: ____/____/____			
Nome:		Idade:	Cód Ident Planserv:
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( )sim ( ) não	
Data Nascimento:	Sexo biológico: ( )Masc ( ) Fem ( )Intersexo	Telefone:	CID:
III. CRITÉRIOS QUE JUSTIFICAM A PRORROGAÇÃO			
( ) Agressividade		( ) Agitação	
( ) delírios persistentes		( ) Apragmatismo severo	
( ) Ideação suicida e/ou Tentativa de suicídio		( ) Outros sintomas psicóticos. Qual:	
( ) Comportamentos que colocam a pessoa em risco			
IV. ANAMNESE			
Histórico Clínico e Justificativa da Prorrogação			
Evolução do Psicólogo (a) :			
Objetivos Terapêuticos Atualizados			
Critérios de Alta e Continuidade Assistencial			
Data:	Assinatura e Carimbo ( Psicólogo)		
IV. FARMACOTERAPIA			
Medicamentos utilizados		Posologia	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
V. DATA E ASSINATURA			
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso e CRM, ou assinatura eletrônica.		Assinatura e Carimbo (Farmacêutico)



## ANEXO IX

### TERMO DE TROCA DE PRESTADOR

Eu, \_\_\_\_\_,  
( ☐ ) Paciente      ( ☐ ) Responsável legal (quando aplicável),

Nome do beneficiário: \_\_\_\_\_

Cadastro no Planserv nº: \_\_\_\_\_

venho, por meio deste termo, manifestar meu consentimento livre e esclarecido para a mudança de prestador no âmbito do Programa de Saúde Mental do Planserv, conforme descrito abaixo:

**Unidade atual:**

Unidade: \_\_\_\_\_

**Modalidade de Atendimento atual:**

( ☐ ) Ambulatorial      ( ☐ ) Hospital Dia

**Unidade de Atendimento solicitada:**

Unidade: \_\_\_\_\_

Declaro que:

Este consentimento é firmado de forma livre, voluntária e esclarecida, sem qualquer tipo de coação.

Quando se tratar de menor de idade ou pessoa legalmente vulnerável, declaro ainda que sou o(a) responsável legal, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas e pela decisão ora manifestada.

**Relato sucinto das motivações que fundamentam a solicitação de troca de prestador:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Paciente (quando aplicável):

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Responsável Legal (quando aplicável):

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ANEXO X

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

#### CLOZAPINA, ZIPRASIDONA, OLANZAPINA, ARIPIRAZOL, PALIPERIDONA, QUETIAPINA

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais, relacionados ao uso do medicamento \_\_\_\_\_.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico

\_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

Os medicamentos **olanzapina, ziprasidona e paliperidona** não são indicados durante a gestação, apenas se os benefícios superarem os riscos para o bebê. Enquanto o medicamento **clozapina** somente deve ser usado durante a gravidez se o médico o prescrever especificamente, as pacientes em uso deste medicamento não devem amamentar.

#### **Todos os medicamentos são contra-indicados em casos de alergia à componentes da formulação.**

Para **clozapina** os efeitos adversos mais comuns são: aumento da frequência cardíaca, palpitações, hipotensão e hipotensão postural, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, tontura, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída de saliva, aumento de suor, náuseas, vômitos, enjôo, visão turva e aumento de peso.

Para **ziprasidona** os efeitos adversos mais comuns são sonolência, tontura, pressão baixa, síndrome extrapiramidal, aumento da frequência cardíaca, aumento do volume das mamas, síndrome neuroléptica e ganho de peso.

Para **olanzapina** os efeitos adversos mais comuns são dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, hostilidade, tonturas, ansiedade, boca seca. São também comuns hipotensão, taquicardia, edema periférico, amnésia, febre, vermelhidão na pele, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, rinite, faringite, elevação de enzimas hepáticas e sintomas extrapiramidais.

Para o **Aripiprazol** as reações adversas mais comuns em pacientes adultos em estudos clínicos foram: náusea, vômito, constipação, cefaléia, vertigem, acatisia, ansiedade, insônia e inquietação. As reações adversas mais frequentemente observadas associadas ao Aripiprazol em terapia associada ao lítio ou valproato em pacientes com mania bipolar foram: acatisia, insônia e distúrbio extrapiramidal.

Para **paliperidona** em estudos clínicos as reações apresentadas foram: dor de cabeça, tontura, sintomas extrapiramidais, sonolência, inquietação, tremor, aumento da rigidez muscular, sedação, parkinsonismo, batimentos cardíacos acelerados, vômito, boca seca, dor abdominal alta e aumento da secreção da saliva e aumento de peso. Também foram observados outros eventos adversos como: excesso de produção de prolactina, pesadelos, síncope, ausência de menstruação, aumento das mamas em homens, disfunção erétil e saída de secreção das mamas.

Estou ciente de que posso suspender este tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Para **QUETIAPINA** os efeitos adversos mais freqüentes são prisão de ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso. Os efeitos adversos menos freqüentes são falta de ar, sintomas extrapiramidais (tremores, problemas de fala, movimentos lentos, rigidez das pernas e braços), sintomas semelhantes aos da gripe (febre, calafrios, dor nos músculos), hipotensão ortostática, inchaços dos pés e pernas, reações alérgicas de pele, dores abdominais, alterações visuais, dor de cabeça, palpitações, aumento do suor, faringite, rinite. Raramente podem ocorrer galactorréia (secreção de leite em mulheres fora da gestação), hipotireoidismo (com perda de apetite, ganho de peso, cansaço), hipotensão (pressão baixa), alterações no ciclo menstrual, convulsões, taquicardia, síndrome neuroléptica maligna (os principais sintomas incluem febre, rigidez muscular, pulso e pressão irregulares, taquicardia, cansaço, diaforese, arritmias cardíacas), discinesia tardia (síndrome potencialmente irreversível caracterizada por movimentos involuntários que ocorre principalmente em idosos). A amamentação não é recomendada durante o tratamento, pois estudos em animais evidenciaram a passagem de quetiapina para o leite. Em virtude do risco de desenvolvimento de catarata, é recomendada a realização de exames oftalmológicos periódicos (6 em 6 meses).

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta minha e de meu médico.

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

Documento de Identidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sexo Biológico: Masculino ( ) Feminino ( ) Intersexo ( ) Idade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Responsável legal (quando for o caso): \_\_\_\_\_

Documento de Identidade do responsável legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou do responsável legal \_\_\_\_\_

Médico Responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo \_\_\_\_\_

Obs.:O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o pagamento do procedimento de dispensação deste tipo de medicamento.

1. Este Termo será preenchido em três vias: uma será arquivada na unidade responsável pelo tratamento do paciente, em Hospital Dia ou em internação; outra será entregue ao paciente; e outra enviada ao Planserv, através do sistema Planserv, juntamente com o Plano Terapêutico Individual do paciente e a guia de autorização de internamento.

## ANEXO XI

Códigos Programa de Saúde Mental		Valoração
81200012	Atendimento Com Especialista Habilitado Em Psiquiatria	R\$ 93,00
81200013	Atendimento com Neurologista Pediatrico	R\$ 93,00
81200022	Psicoterapia Individual	R\$ 55,00
81200032	Psicoterapia Em Grupo	R\$ 40,00
81270004	Não-Intensivo	R\$ 195,00
81280004	Semi-Intensivo	R\$ 170,40
81290004	Intensivo	R\$ 160,25
12000000	Internação Psiquiátrica Principal	-
78600007	Internação Psiquiátrica Secundária	R\$ 442,50
00020110	Clínico Geral / Visita Hospitalar	R\$ 65,00