

PROTOCOLO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

Governador do Estado
JERÔNIMO RODRIGUES SOUZA

Secretário da Administração
EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
MARIA DO SOCORRO DA COSTA BRITO

COORDENADORA ADJUNTA
VANESSA CARVALHO ROLIM ESMERALDO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE
MARIA BEATRIZ FAUAZE

COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO A SAÚDE
TATIANA LOMBARDO

REVISÃO DO PROTOCOLO-2023
CARLA FARIAS CIRIACO
RITTA DE CASSIA DA SILVA FERREIRA
SANTOS

NÚCLEO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS EM SAÚDE
ZEUZA ADRIANE DAVID MARQUES

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

BAHIA Secretaria da Administração. PROTOCOLO
PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL. Salvador: SAEB/CGPS,
~~Setembro~~ 2024. 12ª Ed. p. 37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	BASE LEGAL	09
3	JUSTIFICATIVA	09
4	OBJETIVOS DO PROGRAMA	09
5	CRITÉRIOS CLÍNICOS	10
5.1	Regime Ambulatorial	10
5.2	Regime Hospital Dia.....	10
5.3	Regime Internação Psiquiátrica.....	11
6	REGIME DE ATENDIMENTO	12
6.1	Ambulatorial	12
6.1.1	Ambulatorial Consulta Com Psiquiatra	12
6.1.2	Ambulatorial Consulta Com Neurologista Pediatrico	13
6.1.3	Ambulatorial Acompanhamento com Psicólogo.....	13
6.2	Hospital – Dia	14
6.2.1	Hospital – Dia Não Intensivo	15
6.2.2	Hospital – Dia Semi - Intensivo	16
6.2.3	Hospital – Dia Intensivo.....	16
6.3	Internação Psiquiátrica	17
7	MEDICAMENTOS PSQUIÁTRICOS	18
8	PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO	19
8.1	Orientação Pedido de Autorização	19
8.2	Instruções Gerais	20
9	PRORROGAÇÕES HOSPITAL DIA E INTERNAÇÃO PSQUIATRA	21
10	HABILITAÇÃO DO PRESTADOR	22
11	HABILITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	23
12	MONITORAMENTO	23
13	TROCA DE PRESTADOR	23
14	EXIGÊNCIA (DOCUMENTAÇÃO/JUSTIFICATIVA COMPLEMENTAR)	24
15	FLUXOGRAMA	25
16	ANEXOS	26
	ANEXO I – FICHA ACOLHIMENTO AMBULATÓRIO	26
	ANEXO II – FICHA ACOLHIMENTO PSICÓLOGO AMBULATÓRIO	27
	ANEXO III – PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA	

HOSPITAL DIA	28
ANEXO IV – ALTERAÇÃO DA PRESCRIÇÃO OU MODALIDADE	29
ANEXO V – PLANO TERAPÊUTICO ACOMPANHAMENTO EM HOSPITALDIA .	30
ANEXO VI – REGISTRO DE DISPENSA DE MEDICAMENTOS.....	31
ANEXO VII – PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO	32
ANEXO VIII – PLANO TERAPÊUTICO – PROGRAMAÇÃO INTERNAÇÃO	33
ANEXO IX – TERMO DE TROCA DE PRESTADOR.....	34
ANEXO X – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CLOZAPINA, ZIPRASIDONA, OLANZAPINA, ARIZIPRAZOL, PALIPERIDONA ...	35
ANEXO XI – CÓDIGOS PROGRAMA SAÚDE MENTAL.....	37

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 pensionistas
UNIDADE EXECUTORA	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 portadoras de 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	
<ul style="list-style-type: none">• Declaração de Caracas	<ul style="list-style-type: none">• 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.
<ul style="list-style-type: none">• Lei 10.216 de 06 de abril de 2001	<ul style="list-style-type: none">• Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
<ul style="list-style-type: none">• Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011	<ul style="list-style-type: none">• 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 moderado a grave, 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;

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 suicídio;

- 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

Procedimento:	Atendimento com Psiquiatra habilitado ao Programa
Código Principal:	81.20001-2
Valor:	R\$ 93,00
Serviços	
Código 81.20001-2	Deverá ser utilizado em toda consulta de acolhimento (1º atendimento ao beneficiário no Programa)
Atendimento	Em consultório com Médico Psiquiatra (com título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina)
Solicitação de autorização prévia automática	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;
OBS. Caso o beneficiário não apresente critérios no programa, o mesmo deverá ser acompanhado por profissionais da rede credenciada.	

6.1.2 Ambulatorial Consulta com Neurologista Pediátrico

Procedimento:	Atendimento com Neurologista Pediátrico
Código Principal:	81.00009-8
Valor:	R\$ 93,00
Serviços	
Código 81.00009-8	Deverá ser utilizado em consulta com médico neurologista pediátrico.
Atendimento	Em consultório com Médico Neurologista (com título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina)
Solicitação de autorização prévia Automática	Até 04 consultas por ano; no máximo, 01 consultas/mês, com intervalomínimo de 15 dias, contudo neste prazo consulta deve ser considerada uma revisão;

6.1.3 Ambulatorial Acompanhamento com Psicólogo

Procedimento:	Psicoterapia Individual ou em Grupo
Códigos:	Psicoterapia Individual: 81.20002-2
	Psicoterapia Em Grupo: 81.20003-2
Valor Psicoterapia Individual	R\$ 55,00
Valor Psicoterapia Em Grupo	R\$ 40,00
Serviços	
Códigos 81.20002-2 OU 81.20003-2	Utilizados para encaminhamento ou acompanhamento de psicoterapia individual ou grupo.
Atendimento	Para iniciar o tratamento nesta modalidade terapêutica, o paciente deverá realizar previamente o Acolhimento em Saúde Mental, com médico psiquiatra habilitado ao Programa.
Psicoterapia individual ou em grupo	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.

Solicitação de autorização Prévia	<p>Até 04 sessões a cada 30 dias a contar da data de autorização. Tendo um máximo de 24 sessões no período de 365 dias.</p> <p>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.</p>
Orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • O beneficiário não poderá participar concomitantemente da psicoterapia Individual e em grupo; • 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. • As solicitações de pacote com 04 sessões deverão ter intervalo mínimo de 25 dias; • 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, sendo indispensável autorização prévia. 	

6.2. Hospital Dia

Procedimento:	Não Intensivo/Semi-Intensivo/Intensivo
Códigos:	Não Intensivo: 81.27000-4
	Semi-Intensivo: 81.28000-4
	Intensivo: 81.29000-4
Valor Não Intensivo	R\$ 195,00
Valor Semi-Intensivo	R\$ 170,40
Valor Intensivo	R\$ 160,25
Serviços	
Códigos 81.27000-4 ou 81.28000-4 ou 81.29000-4	Utilizados para encaminhamento ou acompanhamento em Hospital Dia.
Atendimento	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: Intensivo, semi-intensivo ou não intensivo.

Equipe mínima dos Hospitais Dia	<ul style="list-style-type: none"> • Médico psiquiatra; • Enfermeiro; • Técnico em enfermagem; • Psicólogo; • Assistente social; • Terapeuta ocupacional; • Farmacêutico.
Solicitação de autorização Prévia	<p>Quantidade de diárias solicitadas dependerá da modalidade indicada pela equipe multiprofissional, conforme descrito a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não intensivo: 01 diária semanal; • Semi-Intensivo: 02 ou 03 diárias semanais; • Intensivo: 04 ou 05 diárias semanais; <p>Obs: O Quantitativo de diárias levará em consideração o calendário mensal.</p>
Orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento multidisciplinar em regime aberto a beneficiários que possuem transtornos mentais com evoluções moderadas à graves. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de atividades que visem à reinserção social e a recuperação da autonomia dos beneficiários assistidos. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Equipe complementar sugerida: oficineiro, educador físico, músico-terapeuta, arte-terapeuta, professor de dança ou teatro ou outros que possam executar projetos terapêuticos no hospital-dia. 	

6.2.1 Hospital Dia – Não Intensivo

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

6.2.2. Hospital Dia – Semi- Intensivo

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

6.2.3 Hospital Dia - Intensivo

Procedimento:	Intensivo
Códigos:	Intensivo: 81.29000-4
Valor Intensivo	R\$ 160,25
Serviços	
Atendimento	<ul style="list-style-type: none"> • 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); • Psicóticos com quadros estabilizados e com comprometimento da autonomia e risco de agudização; • Egressos de internação psiquiátrica, que ainda necessitem de intenso acompanhamento; • Uso nocivo de substâncias psicoativas com grave comprometimento e comorbidade de outros transtornos mentais.
Composição da Diária:	
Diárias hospitalares	até 24 p/ mês
Consulta Psiquiátrica	03 p/ mês
Sessões de Psicoterapia Individual	04 p/ mês
Atendimento Multiprofissional Individual	02 p/ mês
Atividades em grupo (Terapia ocupacional e outros)	32 p/ mês

6.5 Internação Psiquiátrica

Procedimento:	Psiquiatria – Internação Clínica – 1200000
Códigos:	Diária Globalizada – Internação Psiquiátrica - 78.60000-7
Valor	R\$ 442,50
Serviços	
Códigos 78.60000-7	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.
Atendimento	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.
Período de Permanência	<ul style="list-style-type: none"> • 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; • A diária no dia da alta hospitalar não será cobrada, exceto casos de óbito ou transferência ocorridos após as 12h; • Diárias com permanência inferior a 8h não serão consideradas de internação integral, devendo ser solicitado diária de Hospital Dia não Intensivo.
Solicitação de autorização Prévia	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Plano Terapêutico Encaminhamento para Internação, segundo modelo Planserv (AnexoVII). • 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. • 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.
Orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Os insumos classificados como cosméticos não terão cobertura pelo Planserv. 	
<ul style="list-style-type: none"> • O procedimento “curativo”, quando realizado em paciente internado, já está incluso nas Diárias e Taxas de Sala (serviços de enfermagem e insumos básicos). 	
<ul style="list-style-type: none"> • 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); 	

• 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.

• 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.

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 Hospital Dia, não serão liberados medicamentos para tratamento de patologias clínica ou neurológica de uso crônico;
- Para internação psiquiátrica apenas os medicamentos psiquiátricos do rol de atípicos (CLOZAPINA, ZIPRASIDONA, OLANZAPINA, ARIPIPRAZOL e PALIPERIDONA) 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);
- 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

	AMBULATORIAL	PROCEDIMENTO/SERVIÇO		MEDICAMENTO/ MATERIAIS	ANEXOS		
		Código	Quantidade/ Mês	NÃO SE APLICA	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Acolhimento (Anexo I) ou acompanhamento Psicológico em Saúde Mental (Anexo II). 		
REGIMES		81.20001-2	01				
		81.00009-8	01				
		81.20002-2	04				
		81.20003-2	04				
		PROCEDIMENTO/SERVIÇO		Informar os códigos dos medicamentos psiquiátricos conforme Tabela Planserv de Medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Plano Terapêutico Hospital Dia – Saúde Mental (AnexoV); • Alteração da Prescrição ou modalidade (AnexoIV) • Registro de Dispensa de Medicamentos (AnexoVI) • Termo de Consentimento Informado para início do uso de medicamentos atípicos(Anexo X). 		
		Código	Quantidade / Mês				
		81.27000-4	Até 05				
		81.28000-4	Até 15				
		81.29000-4	Até 24				
		PROCEDIMENTO/SERVIÇO		Informar os códigos dos medicamentos neurolépticos de última geração, conforme Tabela Planserv de Medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Plano terapêutico de encaminhamento para Internação Psiquiátrica ou Plano terapêutico de Prorrogação (Anexo VII e VIII). • Termo de Consentimento Informado para início do uso de medicamentos atípicos (Anexo X). 		
	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 nº03/2019 de 01/08/2019.
- Todas as solicitações devem ser tramitadas via sistema. A comunicação entre o Planserv e o prestador se dará através do chat 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;
- Em caso de necessidade de ajuste de guia após a finalização, o reajuste deve ocorrer durante o consenso da conta.

• **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 30 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 concomitantemente da psicoterapia Individual e em grupo, assim como não é permitido a participação concomitante da mesma terapia em programas diferentes;

- **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, técnico de referência 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 PSQUIATRA

- 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 devem ser feitas através do formulário padrão (ANEXO V – PARA HOSPITAL DIA E ANEXO VIII- PARA INTERNAÇÃO) devendo constar além da evolução do médico psiquiatra a evolução do técnico de referência contendo as informações das terapias utilizadas e a evolução do tratamento. Entende-se como técnico de referência aquele que tem como responsabilidade o acompanhamento do beneficiário, o monitoramento do Plano terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas.
- 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
Médico Psiquiatra	<ul style="list-style-type: none"> o Certificado de conclusão de residência médico em psiquiatra reconhecido pelo MEC ou registro da especialidade no Conselho Regional de Medicina ou título de especialista pela Associação Médica Brasileira (AMB); o Certidão de quitação anual e Certidão ético-profissional; o Declaração de Vínculo emitida pelo prestador
Médico Neurologista Pediátrico	<ul style="list-style-type: none"> 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); o Certidão de quitação anual e Certidão ético-profissional; o Declaração de Vínculo emitida pelo prestador.
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> o Declaração de Vínculo emitida pelo prestador. o Diploma frente e verso; o Certidão de quitação anual do Conselho de Classe o Certidão ético-profissional do Conselho de Classe;

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

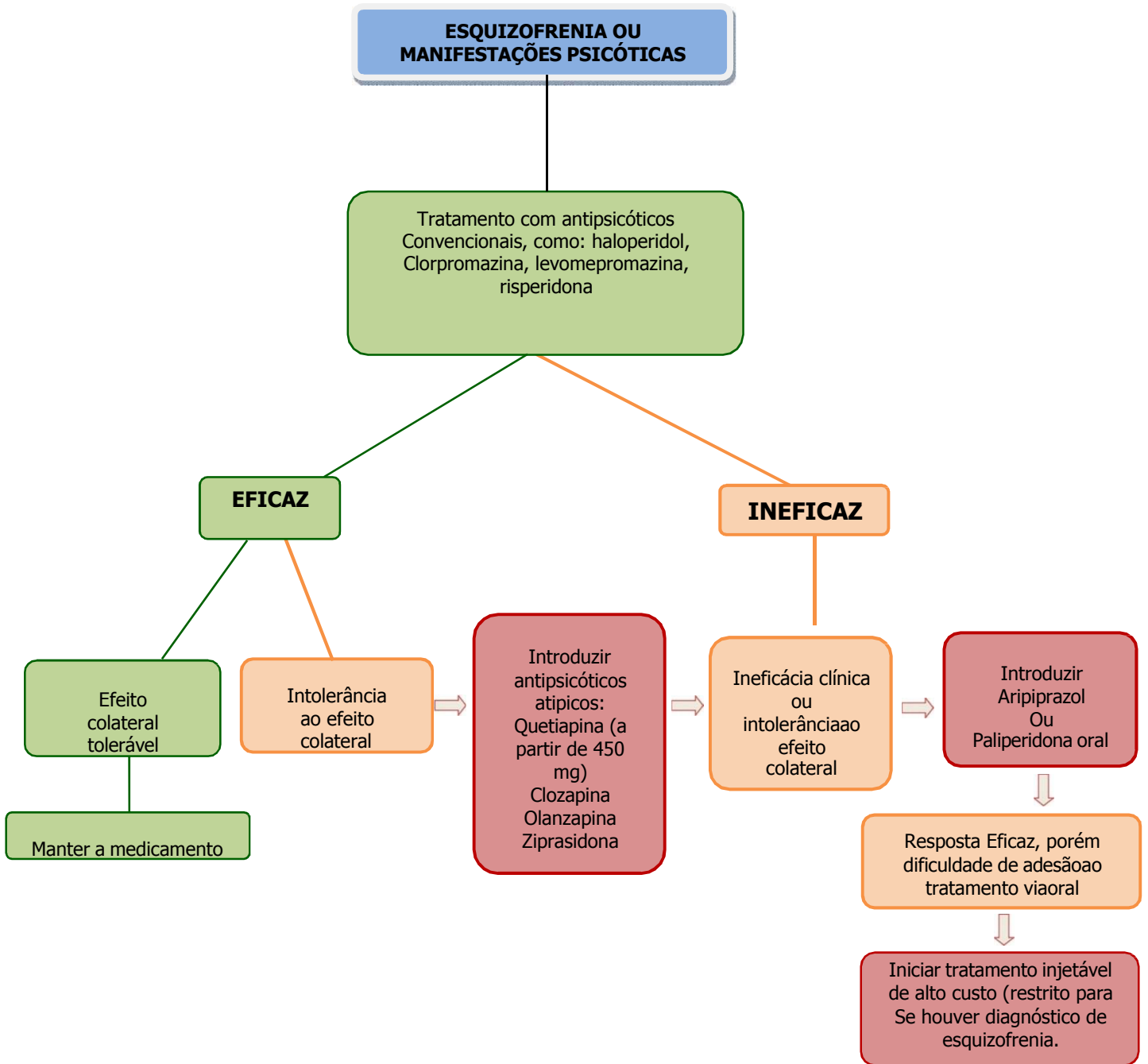
14. EXIGÊNCIAS (DOCUMENTAÇÃO/JUSTIFICATIVA COMPLEMENTAR)

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	
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
Médico Assistente:	CRM:
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Sexo biológico: () Masc () Fem () Intersexo
Nome Social:	Desejo ser chamado (a) pelo nome social: () sim () não
Cód Ident Planserv:	Data Nascimento: Idade:
III. HISTÓRICO	
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 Se sim, o uso é patológico? () Sim () Não	Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? () Sim Quais: () Não
Histórico familiar de transtorno mental? () Sim () Não Quais:	
CID:	
IV- RESUMO DA HISTÓRIA/DESCRIÇÃO FENOMENOLÓGICA	
PRESCRIÇÃO:	
ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO () Individual () Grupo	
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)

ANEXO III

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

ANEXO III

PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL-DIA – SAÚDE MENTAL			
Período ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____			
I- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
Médico Assistente:		CRM:	
II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:		Sexo biológico: () Masc () Fem () Intersexo	
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: () sim () não	
Cód Ident Planserv:		Data Nascimento:	Idade:
III- HISTORICO			
Internação Psiquiátrica: () Sim () Não HD:() CAPS: () AMB. SAÚDE MENTAL: ()		Ultima internação em: Qual a instituição: CID ATUAL:	
Faz uso patológico de bebida alcoólica? () Sim () Não		Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? () Sim () Não Qual:	
Motivo do Atendimento Inicial:			
Resumo da História do paciente/ Descrição Fenomenológica:			
Justificativa para o tratamento:			
Modalidade de Tratamento:	() Intensivo (16 até 24 diárias)	() Semi-Intensivo (08 até 15 diárias)	() Não-Intensivo (Até 05 diárias)
V. FARMACOTERAPIA			
Medicamentos utilizados		Posologia	Quantidade / mês
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
VI. DATA E ASSINATURA			
Local e Data:		Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)	

ANEXO IV

SAÚDE MENTAL- ALTERAÇÃO DA PRESCRIÇÃO OU MODALIDADE				
I- IDENTIFICACAO DO PROFISSIONAL				
Médico Assistente:			CRM:	
II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome:		Sexo biológico: () Masc () Fem () Intersexo		
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: () sim () não		
Cód Ident Planserv:		Data Nascimento:	Idade:	
III- ALTERAÇÃO DA MODALIDADE				
() 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
CID ATUAL:				
Justificativa para alteração da modalidade durante o tratamento:				
VII.FARMACOTERAPIA				
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)		

ANEXO V

PLANO TERAPÊUTICO – PRORROGAÇÃO EM HOSPITAL-DIA – SAÚDE MENTAL				
Período <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> à <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				
I. IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS				
Médico Assistente:			CRM:	
Técnico de Referência:			Nº Conselho de Classe:	
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome:		Data Nascimento:	Idade:	
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: () sim () não		
Cód Ident Planserv:		Sexo biológico: () Masc () Fem () Intersexo		
III. ACOMPANHAMENTO				
Modalidade de Tratamento: () Intensivo () Semi-Intensivo () Não-Intensivo				
CID:				
Evolução do Paciente:				
IV. Oficinas Terapêutica/Atendimentos Individuais				
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Metas para o tratamento e Previsão de Mudança de nível de atenção ou de modalidade assistencial				
Acompanhamento a família durante o tratamento:				
IV. FARMACOTERAPIA				
Medicamentos		Posologia	Quantidade / mês	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
V. DATA E ASSINATURA				
Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)		Assinatura e Carimbo (Técnico de Referência)	

ANEXO 31

REGISTRO DE DISPENSA DE MEDICAMENTOS- SAÚDE MENTAL			
Período <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> à <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>			
I- IDENTIFICAÇÃO DOPROFISSIONAL			
Nome:		CRF:	
II. IDENTIFICAÇÃO PACIENTE			
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	
III. MEDICAMENTOS DISPENSADOS			
Período	Medicamento	Dose prescrita	Quantidade Dispensada
VI. ASSINATURA			
<ol style="list-style-type: none"> 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 32

PLANO TERAPEUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO – SAUDE MENTAL		
IV. IDENTIFICACAO DOPROFISSIONAL		
Médico Assistente:	CRM:	
V. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:	Idade:	Cód Ident Planserv:
Nome Social:	Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ()sim () não	
DataNascimento:	Sexo biológico: ()Masc () Fem () Intersexo	Telefone: CID:
III.HISTÓRICO		
Internação Psiquiátrica: ()Sim ()Não HD:() CAPS: () AMB. SAUDE MENTAL: ()	Última internação em: Qual Instituição:	
Faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não	Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? () Sim () Não Qual:	
VI. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (Assinalar caso o critério esteja presente)		
() Agressividade	() Agitação	
() Abuso de substância psicoativa	() Apragmatismo severo	
() Ideação suicida e/ou Tentativa de suicídio	() Outros sintomas psicóticos. Qual:	
IV.ANAMNESE		
Resumo da História do paciente:		
Descrição Fenomenológica:		
Hipótese Diagnóstica:		
Plano de alta:		
VIII. FARMACOTERAPIA		
Medicamentos utilizados	Posologia	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
IX. DATA E ASSINATURA		
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)	

ANEXO 33

PLANO TERAPEUTICO – PRORROGAÇÃO INTERNAÇÃO – SAUDE 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			
<input type="checkbox"/> Agressividade		<input type="checkbox"/> Agitação	
<input type="checkbox"/> delírios persistentes		<input type="checkbox"/> Apragmatismo severo	
<input type="checkbox"/> Ideação suicida e/ou Tentativa de suicídio		<input type="checkbox"/> Outros sintomas psicóticos. Qual:	
<input type="checkbox"/> Comportamentos que colocam a pessoa em risco			
IV. ANAMNESE			
Resumo da História Atual de Internação: (proposta terapêutica implantada e resultados que justificam a prorrogação)			
Descrição Fenomenológica atual:			
Propostas a serem implementadas:			
Evolução Técnico de Referência:			
Data:		Assinatura e Carimbo (Tecnico de Referencia)	
Plano de alta:			
IV. FARMACOTERAPIA			
Medicamentos utilizados		Posologia	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
V. DATA E ASSINATURA			
Local e Data:		Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)	

ANEXO 34

TERMO DE TROCA DE PRESTADOR

Eu, _____, responsável pelo beneficiário _____ Cadastro nº _____ Plánserv nº _____, solicito a mudança de atendimento no Programa Saúde Mental Clínica/Hospital _____ em que fui atendido por equipe multidisciplinar, para (o) Clínica/Hospital _____.

Justificativa Para Troca de Prestador
(Expor razões que levou a mudança de prestador)

_____, de _____ de _____

Assinatura Do Responsável pelo Beneficiário _____

Telefones para contato:

1: _____

2: _____

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO CLOZAPINA, ZIPRASIDONA, OLANZAPINA, ARIPIPRAZOL, PALIPERIDONA

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.

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: () _____

LocaleData _____ 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