

PROTOCOLO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL 2017

Governador do Estado
RUI COSTA

Secretário da Administração
EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
CRISTINA TEIXEIRA SILVA OLINDA CARDOSO

COORDENAÇÃO ADJUNTA
CRISTIANE MÁRCIA VELOSO DE CARVALHO LOPES

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE
REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JUNIOR
MARIA BEATRIZ FAUZE

NÚCLEO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS EM SAÚDE
LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA

COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO
SÂMEA REGINA ANDRADE BARRETO

Revisão do Protocolo - 2017
LILIAN CARASEK
MARINA GARCIA CARDOSO DE AQUINO
URSULA OLIVEIRA CALIXTO

COLABORAÇÃO:
DANIELE VIEIRA OLIVEIRA
MITIYO KAWASAKI MENESES

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

BAHIA Secretaria da Administração. PROTOCOLO
PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL. Salvador: SAEB/CGPS,
2017. 5ª 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
6.2	Ambulatorial Psicoterapia.....	13
6.3	Hospital – Dia.....	14
6.3.1	Hospital – Dia Não Intensivo.....	15
6.3.2	Hospital – Dia Semi Intensivo.....	15
6.4	Hospital – Dia Intensivo.....	16
6.5	Internação Psiquiátrica.....	17
7	MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS.....	18
8	PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO.....	19
8.1	Orientação Pedido de Autorização.....	20
8.2	Instruções Gerais.....	20
9	PRORROGAÇÕES.....	22
10	MONITORAMENTO.....	23
11	TROCA DE PRESTADOR.....	23
12	EXIGÊNCIA.....	24
13	FLUXOGRAMA.....	25
	ANEXO I – FICHA ACOLHIMENTO AMBULATORIO	26
	ANEXO II – FICHA ACOLHIMENTO PSICÓLOGO AMBULATORIO.....	27
	ANEXO III – PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL DIA.....	28
	ANEXO IV – ALTERAÇÃO DA PRESCRIÇÃO OU MODALIDADE.....	29

ANEXO V – PLANO TERAPÊUTICO ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL DIA	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 PLANSESV 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.

Segundo o Ministério da Saúde, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008).

a. Contextualizando a Saúde Mental no PLANSESV:

O Programa de Saúde Mental do PLANSESV 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 psiquiátrico **durante 30 (trinta) dias no ano**, e de alcoolismo ou dependência química, **durante 20 (vinte) 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 heteroagressividade, 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 e F30-F39 que necessitem de acompanhamento para evitar agudização dos sintomas e/ou desassistência, ou para estabilização do quadro, são contempladas **até 180 diárias a cada 365 dias**;
- Beneficiários com diagnóstico, CID – 10: F40-F49, F60, F10-F19 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 365 dias**, independente da modalidade;
- Beneficiários com diagnósticos, CID – 10: F00 a F09, F70 a F79 da CID 10, quando apresentarem sintomas agudos que justifiquem a intervenção da equipe multiprofissional nesta modalidade são contempladas **até 180 diárias a cada 365 dias**, 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 Heteroagressividade, auto-agressão 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 heteroagressividade, auto-agressão 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

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.	

6.2. Ambulatorial Psicoterapia

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	Até 24 a cada 365 dias; Cada pacote contempla até 08 sessões a ser utilizado em um prazo de 03 meses a contar da data de autorização; Psicoterapia deverá ser semanal, dessa forma o intervalo mínimo para solicitação dos pacotes com 08 sessões é de 60 dias.
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. • 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 subseqüentes 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. 	

6.3. 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	Quantidade de diárias solicitadas dependerá da modalidade indicada pela equipe multiprofissional, conforme descrito a seguir: <ul style="list-style-type: none"> • Não intensivo: 01 diária ou dois turnos semanais; • Semi-Intensivo: 02 ou 03 diárias semanais, num total mínimo de 08 diárias/mês (podendo ser distribuídos em 16 turnos) e no máximo de 12 diárias/mês; • Intensivo: 04 ou 05 diárias semanais, num total mínimo de 16/mês e máximo de 20 diárias/mês.
Orientações	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	

6.3.1 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	04 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 / mês

6.3.2 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	08 ou 12 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

6.3.3 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	16 ou 20 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

6.4. Internação Psiquiátrica

Procedimento:	Psiquiatria – Internação Clínica – 1200000
Códigos:	Diária Globalizada – Internação Psiquiátrica - 78.60000-7
Valor	R\$ 221,25
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 8 h 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 (Anexo VII). • 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;
- Apenas terão cobertura os medicamentos ativos para inclusão na ABA MAT/MED no momento do pedido da Autorização;
- 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 ABA MAT/MED 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 (Item 13);
- Quando, conforme critérios, o paciente for iniciar uso de neurolépticos atípicos, é necessário enviar através do TOP SAÚDE, 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, bem como alterações de dosagem para modificação da ABA MAT/MED.

8. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

- O Pedido de Autorização é um módulo do Sistema Top Saúde que tem como finalidade receber as solicitações de autorização de procedimentos dos prestadores de acordo com as regras e critérios estabelecidos pelo PLANSEV;

8.1. ORIENTAÇÃO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

REGIMES	AMBULATORIAL	PROCEDIMENTO/SERVIÇO		ABA MAT/MED	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). 	
		81.20001-2	01			
		81.20002-2	04 ou 08			
	81.20003-2	04 ou 08				
REGIMES	HOSPITAL DIA	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 (Anexo III); • Alteração da Prescrição ou modalidade (Anexo IV) • Registro de Dispensa de Medicamentos (Anexo VI) • Termo de Consentimento Informado para início do uso de medicamentos atípicos (Anexo X). 	
		Código	Quantidade/Mês			
			81.27000-4			Até 04
			81.28000-4			Até 12
			81.29000-4			Até 20
REGIMES	INTERNAÇÃO	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 Orientações de Serviço do PLANSERV;

- Os pareceres que indiquem Negativa ou Exigência, assim como os pareceres favoráveis, serão todos informados via Sistema Top Saúde. É de responsabilidade do prestador o acompanhamento desses pareceres;
 - 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 da solicitação do tratamento, para avaliação do pedido de autorização recebido. Só serão considerados os dias transcorridos a partir da data de recebimento da documentação completa;
 - No caso de encaminhamento de solicitações incompletas ou em desacordo com o estabelecido neste protocolo, o prazo previsto no item acima (72 h) será suspenso, sendo reiniciado a partir da regularização por parte do prestador;
 - Pacientes com demanda apenas para atendimento psiquiátrico, que não necessitem ou não desejem realizar psicoterapia, deverão ser encaminhados para a rede PLANSERV;
 - Caso seja liberada quantidade de medicamentos e/ou diárias divergentes ao autorizado, cabe ao prestador solicitar REANÁLISE no pedido para ajuste na autorização.
- **HOSPITAL DIA**
 - **Admissões na modalidade HOSPITAL DIA** devem ser inseridas no sistema TOP Saúde no ato da solicitação para autorização PRÉVIA;
 - O Plano terapêutico deve ser inserido no sistema **ANTES** da administração dos medicamentos com data prevista para início do tratamento;
 - O Plano terapêutico deve ter todos os campos preenchidos de forma legível, sem rasuras, carimbado e assinado pelo médico psiquiatra, técnico de referência e farmacêutico.
 - 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**;

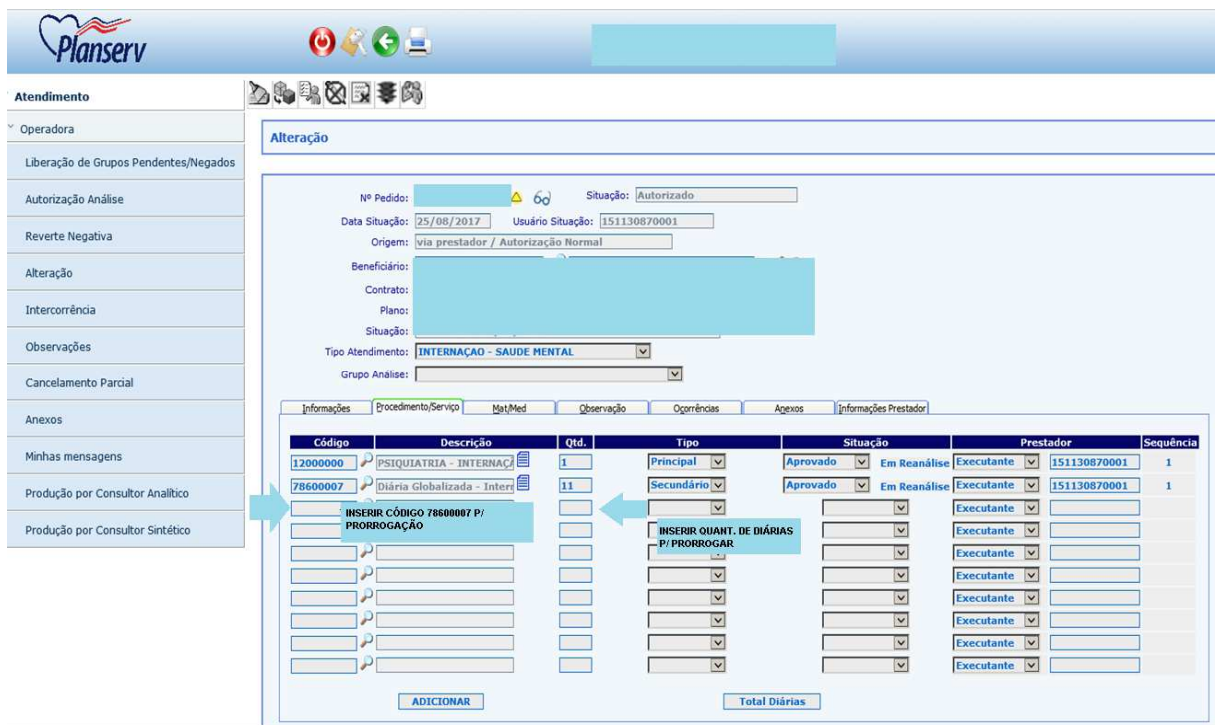
• INTERNAÇÃO

Admissões na modalidade INTERNAÇÃO devem ser inseridas no ato da internação no sistema TOP SAUDE, informando o caráter da internação de acordo com quadro clínico do beneficiário, se ELETIVO ou URGÊNCIA;

- Portanto, os pedidos de internação inseridos em sistema serão analisados e/ou autorizados conforme data da inclusão do mesmo em sistema TOP SAUDE WEB;
- Não serão acatadas solicitações de alterações em AP após a alta do paciente. O prestador deve atualizar a data de alta na AP no ato da saída do paciente e solicitar os ajustes de diárias caso se faça necessário.

9. PRORROGAÇÕES

- As prorrogações de internação necessitam de autorização prévia e devem ser solicitadas mediante novo PTI com justificativa clínica de permanência atendendo a um prazo de 15 dias a cada período, devendo ser inseridas em sistema TOP SAUDE WEB, no prazo de 72 horas antes do início do próximo período, com novo relatório expressando o quadro clínico atual. Ressaltamos que não serão acatados pedidos divergentes a esta orientação;
- As prorrogações devem ser feitas através do formulário padrão (ANEXO VIII) devendo constar além da evolução do médico psiquiatra a evolução do técnico de referência esta deverá conter informações das terapias utilizadas e evolução do tratamento, entende-se como técnico de referência aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do beneficiário, o Plano terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas.
- Para as prorrogações de Internação, as diárias passarão a ser inseridas pelo menu principal do sistema TOP SAÚDE WEB, na função INTERCORRÊNCIA, inserindo outra vez o código das diárias em nova ABA Procedimento/Serviço, bem como a sua quantidade, que não mais serão somadas com as diárias anteriores, previamente autorizadas (vide tela abaixo);



Alteração

Nº Pedido: [] Situação: [Autorizado]

Data Situação: [25/08/2017] Usuário Situação: [151130870001]

Origem: [via prestador / Autorização Normal]

Beneficiário: []

Contrato: []

Plano: []

Situação: []

Tipo Atendimento: [INTERNAÇÃO - SAUDE MENTAL]

Grupo Análise: []

Código	Descrição	Qtd.	Tipo	Situação	Prestador	Sequência
12000000	PSIQUIATRIA - INTERNAÇÃO	1	Principal	Aprovado Em Reanálise	Executante [151130870001]	1
78600007	Diária Globalizada - Intern	11	Secundário	Aprovado Em Reanálise	Executante [151130870001]	1
	INSERIR CÓDIGO 78600007 P/ PRORROGAÇÃO				Executante []	
					Executante []	
					Executante []	
					Executante []	
					Executante []	
					Executante []	
					Executante []	
					Executante []	
					Executante []	

ADICIONAR Total Diárias

- Para prorrogações em regime HOSPITAL DIA os pedidos devem ser encaminhados através de sistema TOP SAUDE WEB, a cada período atendendo aos critérios estabelecidos em cada modalidade e a quantidade de diárias anuais (vide Item 8.1);

10. 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.

11. TROCA DE PRESTADOR

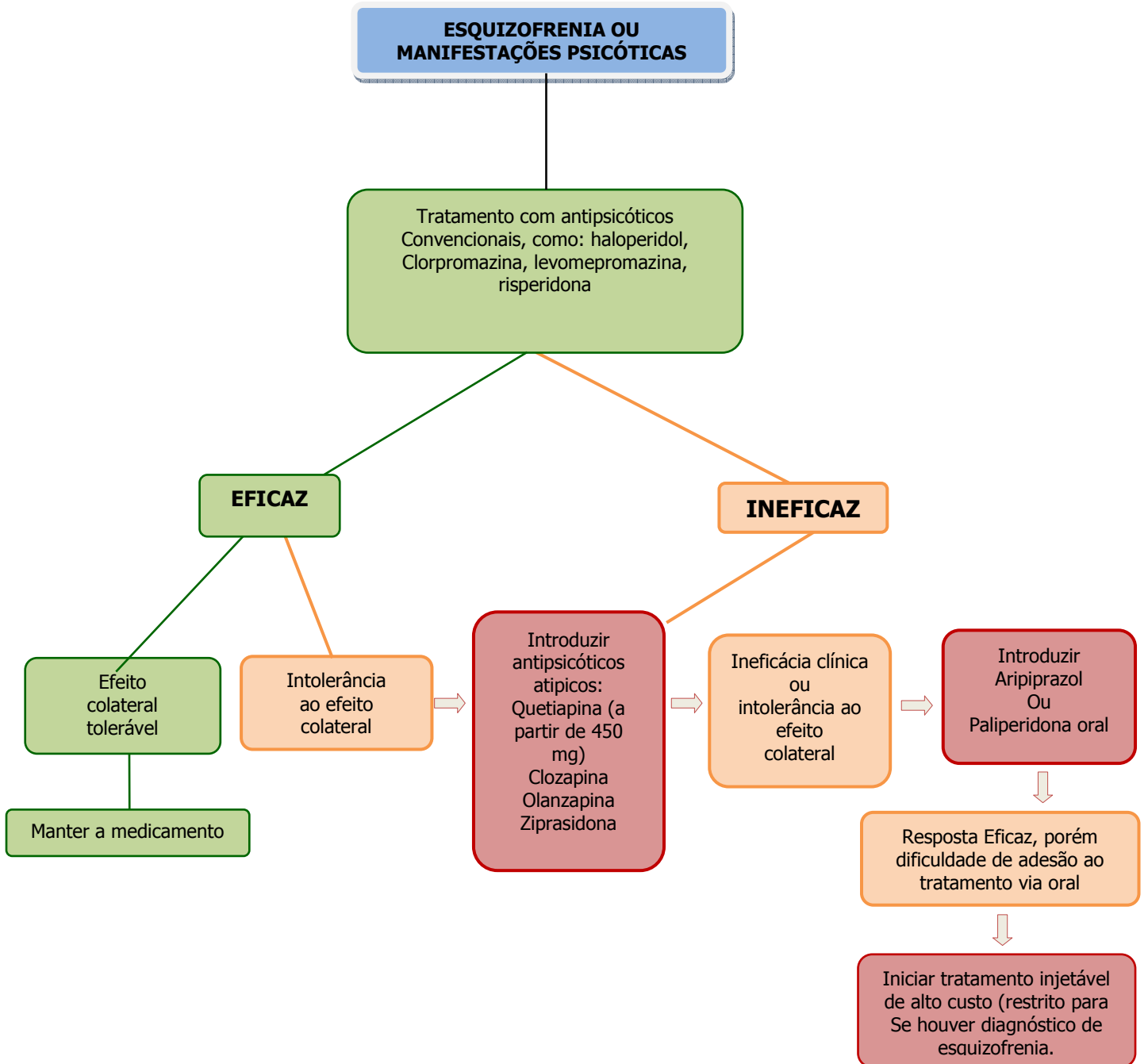
Quando o beneficiário solicitar atendimento pelo Programa em outro prestador, deverá ser encaminhada uma solicitação ao PLANSERV em formulário padrão (Anexo IX), preenchida pelo responsável pelo beneficiário.

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

12. EXIGÊNCIAS

É um recurso utilizado pela equipe técnica para questionar ou esclarecer condutas terapêuticas adotadas pelas empresas quando a solicitação não satisfaz esta necessidade. Assim que uma exigência é feita, a informação é lançada no sistema Top Saúde e pode ser visualizada pelo prestador. Prestador tem um prazo de 72 horas (úteis) para responder às solicitações e incluir no sistema. **Não cumprido o prazo, o PLANSEV reserva-se o direito de NEGAR a solicitação, suspendendo, desta forma, o pagamento.** São de responsabilidade dos prestadores acompanharem, diariamente, as informações do sistema para que estejam aptos a responder em tempo hábil. Cabe ao Prestador também a responsabilidade de manter em suas dependências todo registro atualizado dos pacientes acompanhados, para que possa cumprir o disposto acima dentro do prazo.

13. FLUXOGRAMA



ANEXO I

FICHA DE ACOLHIMENTO – AMBULATÓRIO - SAÚDE MENTAL	
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
Médico Assistente:	CRM:
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Sexo: F () M ()
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 II

FICHA DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO – AMBULATÓRIO - SAÚDE MENTAL		
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
Psicólogo:	CRP:	
II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:	Sexo: F () M ()	
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: F () M ()	
Cód Ident PLANSERV:	Data Nascimento:	Idade:
III- HISTÓRICO		
Internação Psiquiátrica: () Sim () Não	Última internação em:	
HD: () CAPS: ()	Qual a instituição:	
AMB. SAÚDE MENTAL: ()	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 () ou 20 ()	() Semi-Intensivo 08 () ou 12 ()	() Não-Intensivo (Sempre 04)
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- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
Médico Assistente:			CRM:
II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:		Sexo: F () M ()	
Cód Ident PLANSERV:		Data Nascimento:	Idade:
III- ALTERAÇÃO DA MODALIDADE			
() Mantida	() Intensivo 16 () ou 20 ()	() Semi Intensivo 08 () ou 12 ()	() Não-Intensivo (Sempre 04)
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 – ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA – SAÚDE MENTAL				
Período ____/____/____ à ____/____/____				
I. IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS				
Médico Assistente:			CRM:	
Técnico de Referência:			Nº Conselho de Classe:	
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome:		Data Nascimento:	Idade:	
Cód Ident PLANSERV:		Sexo: F () M ()		
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 VII

PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL		
IV. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
Médico Assistente:	CRM:	
V. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:	Idade:	Cód Ident PLANSERV:
Data Nascimento:	Sexo: F () M ()	Telefone:
III.HISTÓRICO		
Internação Psiquiátrica: () Sim () Não	Última internação em:	
HD: () CAPS: ()	Qual Instituição:	
AMB. SAÚDE MENTAL: ()		
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 VIII

PLANO TERAPÊUTICO – PRORROGAÇÃO INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL		
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
Médico Assistente:	CRM:	
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Data da Internação: __/__/__		
Nome:	Idade:	Cód Ident PLANSERV:
Data Nascimento:	Sexo: F ()	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 IX

TERMO DE TROCA DE PRESTADOR

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

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: Masculino () Feminino () 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 Top Saúde, juntamente com o Plano Terapêutico Individual do paciente e a guia de autorização de internamento.

ANEXO XI

Códigos Programa de Saúde Mental

81200012 Atendimento Com Especialista Habilitado Em Psiquiatria		Valoração
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\$ 221,25
00020110	Clínico Geral / Visita Hospitalar	R\$ 65,00
