

INSTRUÇÃO Nº 004/2011

Orienta os prestadores de serviços do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais – PLANSESV, quanto ao credenciamento referente à prestação de serviços de atendimento em saúde mental.

O SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA, no uso de suas atribuições, e considerando o disposto no parágrafo único, do art. 61, da Lei Estadual nº 9.433, de 01.03.2005, no Decreto nº 9.376, de 23.03.2005 e na Portaria nº 566, de 30.08.2006, resolve expedir a seguinte,

INSTRUÇÃO

1. Os serviços de atendimento em saúde mental serão prestados em ambiente de hospital de internação psiquiátrica, hospital - dia em saúde mental e ambulatório de saúde mental em observância às disposições da legislação em vigor e desta Instrução.

1.1 o rol de cobertura dos serviços corresponde ao disposto no artigo 14 do Decreto nº 9.552/05 que Regulamenta o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, ou outros dispositivos legais que venham substituí-lo ou complementá-lo;

1.2. os critérios para os serviços cobertos pelo Planserv obedecem às Tabelas Planserv de Valores referenciais de: internação psiquiátrica, hospital - dia em saúde mental, ambulatório de saúde mental, triagem e acolhimento, e de Materiais e de Medicamentos disponíveis no endereço eletrônico do órgão: www.planserv.ba.gov.br.

1.2.1. as Tabelas Planserv, a que se referem o item 1.1.2. poderão ser revisadas pelo Planserv, sempre que for necessário, para inclusão, exclusão ou alteração de itens.

1.2.2. as alterações realizadas nas Tabelas Planserv serão divulgadas, através do endereço eletrônico do órgão: www.planserv.ba.gov.br, até o dia 20 de cada mês, para vigência no mês subsequente.

1.3. as regras para a operacionalização dos serviços serão dispostas por Orientações de Serviços a serem divulgadas pelo Planserv;

1.4. Os procedimentos para os quais o Planserv define valor referencial estão submetidos às disposições específicas.

1.4.1. a solicitação de credenciamento dos estabelecimentos de atendimento em saúde mental implica a adesão automática do prestador aos procedimentos sujeitos ao Valor Referencial.

1.5. Poderão ser credenciados os estabelecimentos que disponibilizem os serviços de acordo com as seguintes condições:

1.5.1. Internação psiquiátrica apenas;

1.5.2. Internação psiquiátrica associada ao ambiente de hospital-dia em saúde mental;

1.5.3. Internação psiquiátrica associada aos ambientes de hospital-dia e ambulatório em saúde mental;

1.5.4. Hospital-dia em saúde mental associado ao ambiente de ambulatório;

2. São responsáveis pelo cumprimento desta Instrução:

2.1. a Secretaria da Administração - SAEB, por intermédio da Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor – CAS;

2.2. os prestadores de serviços do PLANSERV.

3. Para os fins desta Instrução, são consideradas as seguintes definições:

3.1. Hospital de internação psiquiátrica: unidade hospitalar especializada em saúde mental para tratamento de urgência e emergência em episódio de crise aguda, com permanência do paciente por um período mínimo de 24 horas, em que a saúde, a integridade ou a vida do paciente e/ou de outrem esteja em risco imediato.

3.2. Hospital-dia em saúde mental: estabelecimento que presta assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial de saúde mental, para atendimento de pacientes na modalidade de tratamento mental crônico, incluindo assistência psicoterapêutica, de terapia ocupacional e outras atividades de reabilitação psicossocial, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12hs.

3.3. Ambulatório de saúde mental: regime de tratamento que presta atendimento médico e psicológico de baixa complexidade, realizados em ambulatórios e consultórios, constituídos no mínimo por um médico psiquiatra e um psicólogo.

3.4. Transtornos mentais: afecções mentais descritas na série F do Código Internacional de Doenças (CID-10).

3.5. Oficina terapêutica: procedimento de Terapia Ocupacional que consiste em estimular o paciente a desenvolver atividades expressivas e da vida diária que auxiliem em sua recuperação.

3.6. Psicoterapia: atendimento clínico, individual ou em grupo, realizado por psicólogo ou médico psicoterapeuta, a partir de orientações teóricas fundamentadas cientificamente e com efeitos, clínicos reconhecidos de mudança comportamental, de estados mentais e de disposição emocional.

3.7. Reabilitação psicossocial: atividade terapêutica realizada por equipe multidisciplinar de saúde mental junto aos pacientes, tendo em vista a recuperação da capacidade de vida social e individual dos mesmos.

3.8. Credenciamento: caso de inexigibilidade de licitação, caracterizada por inviabilidade de competição, quando, em razão da natureza do serviço a ser prestado e da impossibilidade prática de se estabelecer o confronto entre os interessados, no mesmo nível de igualdade, proporcionando à Administração um melhor atendimento, mediante a contratação do maior número possível de prestadores de serviço.

3.9. Medicamentos neuroléptico atípicos: medicamento usado para conter transtornos psicóticos produtivos e negativos, indicado usado exclusivamente para pacientes que se mostram refratários ou intolerantes à neurolépticos convencionais.

3.10. Valor referencial: mecanismo regulatório do mercado de saúde suplementar, elaborado através de estudos e levantamentos sistematizados, que estabelece a remuneração de serviços de saúde em valores referenciais globais, estando contemplados os honorários médicos, diárias, taxas hospitalares, materiais e medicamentos especiais, além dos eventos e custos relacionados ao procedimento.

3.11. Referência: ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade, sempre após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive.

3.12. Equipe multidisciplinar de saúde mental: grupo constituído, no mínimo, de profissional farmacêutico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, médico especialista em psiquiatria, psicólogo e terapeuta ocupacional.

3.13. Atendimento Psiquiátrico: atendimento realizado por profissional médico psiquiatra para avaliação psíquica e comportamental do paciente, e conseqüente definição da conduta terapêutica.

3.14. Atividade terapêutica: atividade realizada com pacientes ou seus familiares, que estejam em tratamento em hospital – dia em saúde mental ou internação psiquiátrica, visando o desenvolvimento de recursos psicossociais de enfrentamento e convívio com a patologia.

4. Compete à Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor – CAS/SAEB:

4.1. orientar os beneficiários e a rede de prestadores de serviços, quanto à interpretação e ao cumprimento desta Instrução, procedendo a revisões, sempre que necessário, a fim de adequá-la ao desenvolvimento científico e tecnológico, em conformidade com a realidade nacional;

4.2. implementar o processo de credenciamento, prestando esclarecimentos, quando necessário;

4.3. dimensionar a demanda de atendimento considerando as características epidemiológicas e demográficas de seus beneficiários.

4.4. adotar mecanismo para aferição da evolução contínua de qualidade dos serviços prestados, com base no índice de satisfação do beneficiário, medido através de instrumento de pesquisa, junto aos beneficiários atendidos, considerando parâmetros estatísticos e probabilísticos.

4.5. analisar as solicitações de autorização para tratamento em saúde mental encaminhadas ao PLANSEV, nos casos de internação psiquiátrica, hospital-dia em saúde mental e ambulatório de saúde mental, a partir de relatórios circunstanciados e plano terapêutico, conforme modalidade de tratamento, que justifiquem sua realização.

5. Compete aos prestadores de serviços do PLANSEV:

5.1. observar os seguintes princípios na prestação dos serviços, objeto desta Instrução:

5.1.1. garantia da integridade física dos pacientes durante o atendimento, protegendo-os de situações de risco;

5.1.2. utilização racional dos recursos tecnológicos;

5.1.3. atendimento de qualidade, observando as questões de sigilo profissional e considerando o Código de Ética Médica, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina e o Código de Ética em Psicologia, aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia.

5.2. cumprir o estabelecido na Resolução RDC nº 50/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la, observando que:

5.2.1. os locais reservados para exames devem priorizar a privacidade do paciente;

5.2.2. as dimensões das áreas físicas devem ser compatíveis com as atividades realizadas, de modo a prevenir acidentes;

5.2.3. a iluminação e a ventilação dos locais devem ser adequadas, oferecendo segurança para a realização das atividades;

5.2.4. as instalações físicas deverão ser mantidas em perfeitas condições de funcionamento e de higiene.

5.3. cumprir o estabelecido na Resolução RDC nº 307/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.4. cumprir o estabelecido na Resolução RDC nº 189/2003 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.5. observar, no que couber, o disposto na legislação sanitária vigente, considerando a Resolução RDC nº 306/2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o

regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde ou outro dispositivo legal que venha substituí-la ou complementá-la;

5.6. cumprir o disposto na Resolução nº 05/1993, do CONOMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente que define normas mínimas para tratamento de resíduos sólidos oriundos de serviços de saúde, portos e aeroportos, bem como a necessidade de estender tais exigências aos terminais ferroviários e rodoviários, definindo também os procedimentos mínimos para o gerenciamento desses resíduos, com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.7. cumprir o disposto na Portaria 2.616/1998 que dispõe sobre o Controle de Infecção Hospitalar ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;

5.8. observar, no que couber, a Resolução CFM nº 1.931/2009 que dispõe sobre o Código de Ética Médica, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.9. observar, no que couber, o disposto na Instrução Normativa nº 012/07 Planserv referente à Transporte Terrestre de Pacientes, em Ambulância, entre Unidades de Saúde – Remoção ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.10. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 345, de 14 de maio de 2002 – Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - esquizofrenia refratária – Risperidona, Clozapina, Quetiapina e Olanzapina ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.11. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 305, de 30 de abril de 2002 – Aprova as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.12. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.13. observar, no que couber, o disposto na Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002 Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

5.14. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002 – que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.15. observar, no que couber, o disposto na Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001 –que estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.16. observar, no que couber, o disposto na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 – que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.17. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 44, de 10 de janeiro de 2001 –que aprova no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital-dia ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.18. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 799, de 19 de julho de 2000 –que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.19. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 – que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.20. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 1339, de 18 de novembro de 1999 – que institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico,

constante no Anexo I desta Portaria ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.21. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 1395, de 10 de dezembro de 1999 – que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.22. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 1077, de 24 de agosto de 1999 – que implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.23. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 507, de 23 de abril de 1999 – que publica a revisão da Relação nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, que acompanha esta Portaria ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.24. observar, no que couber, o disposto na Resolução ANVISA nº 11, de 03 de novembro de 1998 – que dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.25. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 2415, de 23 de março de 1998 – que estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.26. observar, no que couber, o disposto na Lei nº 9505, de 11 de março de 1997 – que disciplina as ações e os serviços de saúde dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.27. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 147, de 25 de agosto de 1994 – que amplia o item 4.2 da PT MS/SNAS nº 224/92 de 29.01.92, que estabelece as normas para Atendimento Hospitalar/hospital Especializado em Psiquiatria ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.28. observar, no que couber, o disposto na Portaria GM/MS nº 145, de 25 de agosto de 1994 – que cria um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.29. observar, no que couber, o disposto na Lei nº 11064, de 16 de maio de 1994 – que dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral a saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.30. observar, no que couber, o disposto na Lei nº 11024, de 05 de janeiro de 1994 – que dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral a saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária, e dá outras providências ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la.

5.31. observar, no que couber, o disposto na Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial (sistema de informações ambulatoriais do SUS), núcleos/centros de atenção psicossocial, normas para o atendimento hospitalar (sistema de informações hospitalares do SUS).

6. Os prestadores de serviço em saúde mental deverão atender às seguintes exigências:

6.1. garantir a privacidade dos beneficiários através da implantação de medidas eficazes que confirmem caráter confidencial a quaisquer diagnósticos;

6.2. instruir os pacientes que necessitam de preparo para a realização de exames e utilização de medicamentos de forma clara e de fácil compreensão;

6.3. controlar as intercorrências clínicas inerentes ao tratamento e os casos de exposições acidentais de pacientes, membros da equipe ou público, incluindo sistemática de notificação e registro;

6.4. remover os pacientes em situações de intercorrências graves ou emergências, atendendo aos requisitos da legislação em vigor, transportando, de imediato, o paciente em estado grave até uma unidade de referência, assegurando o seu pronto atendimento;

6.5. contactar o médico receptor ou diretor técnico do hospital referência de destino antes de qualquer remoção, informando do caso e requisitando a vaga, e obter a concordância do(s) mesmo(s), por escrito, antes de decidir sobre a remoção do paciente;

6.6. os pacientes não poderão ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico;

6.7. nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento do item 6.4. deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem;

6.8. dispor de responsável técnico, profissional de medicina legalmente habilitado, registrado junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, especializado em psiquiatria;

6.9. realizar triagem e acolhimento conforme protocolo estabelecido pelo Planserv;

6.9.1. a triagem a que se refere o item 6.9. é pré-requisito para o início de tratamento em saúde mental.

6.9.2. a triagem será dispensada nos casos de tratamentos em ambulatório de saúde mental e hospital-dia em saúde mental para pacientes egressos de internação psiquiátrica ou que já estejam inseridos em algum tratamento previsto no programa de saúde mental;

6.10. realizar avaliação e acompanhamento psiquiátrico;

6.11. realizar atendimento psicológico individual e ou em grupo;

6.12. oferecer Oficinas Terapêuticas que atuem em consonância com o trabalho psicológico aos beneficiários do Planserv no tratamento em regime de hospital-dia em saúde mental e de internação psiquiátrica;

6.12.1. o não cumprimento do item 6.11 por insuficiência de atividades oferecidas nas oficinas terapêuticas implicará o descredenciamento do estabelecimento;

6.13. realizar visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

6.13.1 as atividades a que se refere o item 6.12 se aplicam aos pacientes que se encontram em hospital de internação psiquiátrica e hospital-dia em saúde mental;

6.14. Os prestadores de serviço para atendimento em internação psiquiátrica deverão atender às seguintes exigências:

6.14.1. funcionar por 24h, sete dias por semana, incluindo os finais de semana e feriados, disponibilizando plantonistas médicos psiquiatras, enfermeiros, farmacêutico, e entradas de urgência e emergência;

6.14.2. enviar ao Planserv Plano Terapêutico Individual – Internação Psiquiátrica do beneficiário, no início do tratamento, conforme modelo do Anexo I e, posteriormente, quinzenalmente, com a descrição da evolução psicodinâmica do quadro do paciente.

6.14.3. encaminhar o paciente, após alta da internação psiquiátrica, para tratamento em hospital-dia em saúde mental ou para ambulatório de saúde mental, da própria unidade ou de outra unidade credenciada ao Planserv, de acordo com a indicação da equipe multiprofissional do hospital;

6.14.4. encaminhar, no início do tratamento com uso de neurolépticos atípicos o Termo de Consentimento Informado, conforme modelo do Anexo IV, assinado pelo paciente ou pelo responsável;

6.14.5. exigir a presença de um responsável legal para efetivar a internação do beneficiário.

6.15. Os prestadores de serviços de saúde mental em hospital-dia deverão atender às seguintes exigências:

6.15.1. funcionar no período de 07:00 às 19:00 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados;

6.15.2. o tratamento em hospital-dia poderá ser realizado em três regimes:

- a. intensivo: cinco dias por semana ou dez turnos;
- b. semi-intensivo: três dias por semana ou seis turnos;
- c. não-intensivo: um dia por semana ou dois turnos;

6.15.3. O regime de tratamento será estabelecido de acordo com a evolução do beneficiário, podendo ser alterado, a qualquer tempo, a depender do quadro clínico avaliado pela equipe multiprofissional do estabelecimento.

6.15.4. enviar ao Planserv Plano Terapêutico Individual – Hospital – Dia Saúde Mental do beneficiário, no início do tratamento, conforme modelo do Anexo II e, posteriormente, mensalmente, durante o período em que o beneficiário permanecer em acompanhamento clínico.

6.15.5. encaminhar, mensalmente, ao Planserv o registro de dispensação de medicamento, por paciente, conforme Anexo VI, assinado pelo farmacêutico responsável;

6.15.6. encaminhar, trimestralmente, ficha farmacoterapêutica, conforme modelo do Anexo V dos pacientes que fazem uso de neurolépticos atípicos, assinada pelo farmacêutico responsável;

6.15.7. no início do tratamento com uso de neurolépticos atípicos deverá ser encaminhado o Termo de Consentimento Informado, assinado pelo paciente ou seu responsável, conforme modelo do Anexo IV.

6.15.8. encaminhar o paciente, após alta do tratamento no hospital-dia, quando necessário, para tratamento em ambulatório de saúde mental, da própria unidade ou outra unidade credenciada ao Planserv, de acordo com a indicação da equipe multiprofissional do hospital.

6.16. Os prestadores de serviço para atendimento em ambulatório de saúde mental deverão atender as seguintes exigências:

6.16.1. possuir equipe formada, no mínimo, por um médico psiquiatra e um psicólogo;

6.16.2. elaborar plano terapêutico trimestral para atendimento mensal em favor do beneficiário, composto por quatro sessões de psicoterapia e uma consulta psiquiátrica;

6.16.3. enviar ao Planserv Plano Terapêutico Individual – Ambulatório Saúde Mental, no início do tratamento, conforme modelo do Anexo III. e, posteriormente, trimestralmente, durante o período em que o beneficiário permanecer em acompanhamento clínico.

6.16.4. dispor de sala para atendimento psiquiátrico individual e sala para atendimento psicológico individual ou em grupo;

7. Dispor de um conjunto de recursos de informática para a utilização dos sistemas de informação disponibilizados pelo PLANSESV, com acesso à Internet, visando garantir integração operacional;

8. Afixar, em local visível, sua condição de unidade da Rede PLANSESV;

9. Exigir do beneficiário ou do responsável a comprovação da qualidade de beneficiário do PLANSESV;

10. Validar, junto ao PLANSESV, a elegibilidade do beneficiário através dos canais disponíveis;

11. O tempo de permanência do paciente no tratamento será avaliado pela equipe multiprofissional do prestador e acompanhado pela Auditoria do Planserv, sempre que necessário;

12. Os casos omissos serão resolvidos pela Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor – CAS/SAEB;

13. Esta Instrução entrará em vigor na data de sua publicação.

Manoel Vitorio da Silva Filho
Secretário da Administração

ANEXO I:

	PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL – INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA Recebido: / / Autorizado: / /
--	--

I - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. Nome:		2. CREMEB:
3. Telefone:	4. Celular:	5. Fax:
6. Email:		

II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. Nome do Paciente		2. Cód Ident PLANSERV
3. Data Nascimento: / /	4. Sexo	5. Telefone
6. Data da internação: / /		

III - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

	S I M	N Ã O		S I M	N Ã O
1. Primeira crise?			5. Tentativ a de suicídio?		
2. Apragmatismo severo?			6. Ideação suicida?		
3. Sintomas heteroagressivo s?			7. Abuso agudo de substân cia psicoativ a?		

4. Sintoma autoagressivo?					
---------------------------	--	--	--	--	--

IV-ANAMNESE

Descrição fenomenológica e psicodinâmica:
Hipótese Diagnóstica:

V-PLANO TERAPÊUTICO

Farmacoterapia escolhida (com posologia):
Modalidade de atendimento psicoterapêutico:
Oficinas em Terapia Ocupacional:

VI-PLANO DE ALTA HOSPITALAR

Encaminhamento a serviço ambulatorial:
Acompanhamento a família durante a internação:

A avaliação do estado geral do paciente, a identificação de efeitos colaterais intoleráveis ou que coloquem em risco a vida do paciente e a conseqüente decisão de interrupção do tratamento, ficam sob a responsabilidade do médico assistente do paciente.

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____ Data: ____/____/____

Médico Auditor (PLANSERV): (<input type="checkbox"/>) Favorável ao tratamento (<input type="checkbox"/>) Em exigência (<input type="checkbox"/>) Solicitação Negada Obs:

ANEXO II:

	PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL – HOSPITAL-DIA SAÚDE MENTAL
--	---

I - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. Nome:	2. CREMEB:	
3. Telefone:	4. Celular:	5. Fax:

6. Email:

II IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. Nome do Paciente		2. Cód Ident PLANSERV
3. Data Nascimento: / /	4. Sexo	5. Telefone
6. Início do tratamento: / /		

III ANAMNESE

Descrição fenomenológica e psicodinâmica:
Hipótese Diagnóstica:

IV PLANO TERAPÊUTICO

Farmacoterapia escolhida (com posologia):
Modalidade de atendimento psicoterapêutico:
Oficinas de Terapia Ocupacional:

V PLANO DE ALTA HOSPITALAR

Encaminhamento a serviço ambulatorial:
Acompanhamento a família durante o tratamento:

A avaliação do estado geral do paciente, a identificação de efeitos colaterais intoleráveis ou que coloquem em risco a vida do paciente e a conseqüente decisão de interrupção do tratamento, ficam sob a responsabilidade do médico assistente do paciente.

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____ Data: ____/____/____

Médico Auditor (PLANSERV): () Favorável ao tratamento () Em exigência
() Solicitação Negada
Obs:

ANEXO III:

	PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUAL – AMBULATÓRIO SAÚDE MENTAL Recebido: __/__/__ Autorizado: __/__/__
--	--

I- IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. Nome:		2. CREMEB:
3. Telefone:	4. Celular:	5. Fax:
6. Email:		

II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. Nome do Paciente		2. Cód Ident PLANSERV
3. Data Nascimento __/__/__	4. Sexo	5. Telefone
6. Início do tratamento: __/__/__ –		

III - ANAMNESE

Descrição fenomenológica e psicodinâmica:
Hipótese Diagnóstica:

IV - PLANO TERAPÊUTICO

Farmacoterapia escolhida:

Modalidade de atendimento psicoterapêutico:

A avaliação do estado geral do paciente, a identificação de efeitos colaterais intoleráveis ou que coloquem em risco a vida do paciente e a consequente decisão de interrupção do tratamento, ficam sob a responsabilidade do médico assistente do paciente.

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____ Data: ____/____/____

Médico Auditor (PLANSERV): () Favorável ao tratamento () Em exigência
() Solicitação Negada
Obs:

ANEXO IV:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

(CLOZAPINA, QUETIAPINA, ZIPRASIDONA, OLANZAPINA)

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 _____ preconizado para o tratamento da Esquizofrenia Refratária.

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 resolvidas 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.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado que a medicamento _____ pode trazer os seguintes benefícios no tratamento da Esquizofrenia:

- redução dos sintomas e da frequência das crises;
- redução das internações hospitalares.

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

- medicamento clozapina é classificada na gestação como fator de risco B (significa que não existe evidência de risco para o bebê);
- medicamentos olanzapina, quetiapina e ziprasidona são classificadas na gestação como fator de risco C (significa que o risco para o bebê não pode ser descartado, mas o benefício potencial pode ser maior que os riscos);
- todos os medicamentos são contra-indicados em casos de alergia a 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. É contra-indicada nos casos de leucopenia (contagem de células brancas do sangue inferior a 3500 células/mm³). São necessários controles periódicos de hemograma (semanal nas primeiras 18 semanas e mensal após). Também pode ocorrer alteração no eletrocardiograma, pressão alta, dor no peito, agitação, inquietação, desconforto abdominal, azia, ressecamento de mucosas, tremores, desmaios, confusão e delírio. Os efeitos adversos raros incluem convulsões, discinesia tardia, acatisia, síndrome neuroléptica maligna, desconforto ao urinar, hepatite, icterícia colestática, pancreatite aguda, impotência sexual, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia) e rigidez muscular.

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

Para ziprasidona: os efeitos adversos mais comuns são sonolência, tontura, pressão baixa, síndrome extrapiramidal, prolongamento do intervalo QT. Reações adversas menos freqüentes incluem convulsões, aumento da freqüência cardíaca, hipotensão postural, aumento do volume das mamas, síndrome neuroléptica maligna, reações alérgicas de pele, náusea, constipação, azia, diarreia, ganho de peso, cansaço, dor muscular, visão anormal, problemas respiratórios, rinite, tosse. Reações adversas de incidência rara incluem dor abdominal, agitação, angina, fibrilação atrial, confusão, delírio, febre, disfunção sexual, dificuldade para engolir e respirar, presença de sangue na urina ou nas fezes, hepatite, reações de fotosensibilidade, infarto, inchaço da língua, tremor, retenção urinária, vertigem, vômitos, pneumonia, ereção peniana sustentada e dolorosa, disfunção sexual, infarto. Precauções devem ser tomadas nos casos de história de cardiopatia especialmente arritmias, hipertensão arterial sistêmica pois a ziprasidona pode aumentar o efeito de anti-hipertensivo, doença de Parkinson, história de uso de drogas e dependência química, hipotensão postural, uso concomitante de medicamentos que possam produzir desequilíbrio hidro-eletrolítico, pacientes com risco de convulsões com histórico de epilepsia, trauma craniano, lesões cerebrais, alcoolismo ou uso concomitante de medicamentos que reduzam o limiar convulsivante.

Para olanzapina: os efeitos adversos mais comuns são dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, hostilidade, tonturas, ansiedade, boca seca. São também comuns hipotensão e hipotensão postural, taquicardia, edema periférico, amnésia, euforia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, hipertonía, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, boca seca, rinite, faringite, elevação de enzimas hepáticas, rigidez na nuca, dores no corpo, sintomas extrapiramidais, prolactinemia. Reações adversas menos freqüentes incluem síndrome neuroléptica maligna, ereção peniana dolorosa, redução do número de células brancas do sangue. Reações adversas de incidência rara incluem dispnéia, inchaço facial, distúrbios menstruais, diminuição do desejo sexual, visão dupla, palpitação, sensibilidade à luz. Precauções devem ser tomadas nos casos de doença de Alzheimer, história de síndrome neuroléptica maligna; doença hepática, convulsões ou condição que diminua o limiar convulsivante, pacientes com risco de pneumonia de aspiração, com hipertrofia prostática, glaucoma de ângulo fechado, história de íleo paralítico, gravidez, com doença cardiovascular, cerebrovascular ou condições que predisponham a hipotensão postural, história de câncer de mama, risco de suicídio, história de dependência de drogas.

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.

Autorizo o PLANSERV a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

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:		
S ex o:	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:	U F :
Endereço:		
Cidade:	CEP:	Telefone: ()
_____ Assinatura e carimbo do médico	_____ Data	

Obs.:

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o pagamento do procedimento de dispensação deste tipo de medicamento.
2. Este Termo será preenchido em três vias: uma será arquivada na unidade responsável pelo tratamento do paciente, ambulatória ou em internação; outra será entregue ao paciente; e outra enviada ao PLANSEV juntamente com o Plano Terapêutico Individual do paciente e a guia de autorização de internamento.

ANEXO V:

	FICHA FARMACOTERAPÊUTIC A
--	---------------------------------

Controle do Tratamento - Esquizofrenia Refratária
 (Risperidona, Clozapina, Quetiapina, Ziprasidona, Olanzapina)

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Documento _____ de _____ Identidade: _____ Cód. _____ Ident. _____

PLANSEV: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Endereço _____

Cidade _____ Cep _____ Telefone _____

Médico Responsável: _____

CRM/UF: _____ Telefone: _____

2. AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1 Tratamento atual para esquizofrenia

Nome	Posologia	Tempo de Tratamento

2.2 Quais medicamentos já foram utilizados em tratamento de esquizofrenia?

() Clorpromazina () Haloperidol () Outro. Qual?

☐ Tioridazina ☐ Risperidona

2.4 Faz uso de outros medicamentos? () Não () Sim. Quais?

Nome	Posologia	Tempo de Tratamento	Possui Prescrição Médica?

2.3 Faz uso de bebidas alcoólicas?

() Não

() Sim. Com que frequência? _____

2.5 É portador de outras doenças?

() Nã

	Sim.	Quais?
()		

2.6 Já apresentou reações alérgicas a medicamentos? () Não () Sim. Quais?

Nome	Posologia	Reações Apresentadas

Neut rófilo s a									
Eosi nófil os b									
Plaq ueta s c									
Glice mia	X	X		X	X	X		X	X
TGO /TGP	X	X		X	X	X		X	X

	6 º m ê s	7 º m ê s	8 º m ê s	9 º m ê s	1 0 º m ê s	1 1 º m ê s	1 2 º m ê s
Data							
Leucó citos a							
Neutr ófilos a							
Eosin ófilos b							
Plaqu etas c							
Glice mia							
TGO/ TGP							
Alt ECG		X	X	X	X	X	

a) Início tratamento: Linfócitos $\geq 3.500/\text{mm}^3$ e neutrófilos $\geq 2.000/\text{mm}^3$. Após o início do tratamento as contagens de leucócitos e a de neutrófilos devem ser realizadas semanalmente nos primeiros seis meses de tratamento. Descontinuação imediata é obrigatória se a contagem dos glóbulos brancos for inferior a $3.000/\text{mm}^3$ ou se a contagem de neutrófilos for inferior a $1.500/\text{mm}^3$ durante as 18 primeiras semanas de tratamento ou se a contagem de leucócitos for inferior a $2.500/\text{mm}^3$ ou a contagem de neutrófilos inferior a $1.000/\text{mm}^3$ após as primeiras 18 semanas de tratamento.

b) Descontinuação é recomendada se a contagem de eosinófilos for superior a $3.000/\text{mm}^3$.

c) Trombocitopenia: descontinuação é recomendada se a contagem de plaquetas for inferior a $50.000/\text{mm}^3$.

() Olanzapina

() Risperidona

() Quetiapina

() Ziprasidona

	I	1	2	3	4	5	6
Data							
Hemogl							
VCM							
Leucóci							
Neutrófi							
Eosinófi							
Plaquet							
Triglicér							
Coleste							
TGO							
TGP							
Glicemi							
K+							
Mg ²⁺							
Alteraç		X	X	X	X	X	

	7º m	8º m	9º m	1º ano	1º ano	12º ano
Data						
Hemogl						
VCM						
Leucócit						
Neutrófil						
Eosinófil						
Plaquet						
Triglicéri						
Colester						
TGO						

TGP						
Glicemia						
K ⁺						
Mg ²⁺						
Alteração na ECG	X	X	X	X	X	

Parâmetros de monitorização:

Olanzapina: Mensalmente número de neutrófilos e plaquetas, triglicérides e colesterol total, TGO/TGP, glicemia em jejum e semestralmente ECG.

Risperidona: Mensalmente hemoglobina, VCM, número de neutrófilos, eosinófilos, plaquetas, TGO/TGP, glicemia em jejum e semestralmente ECG.

Quetiapina: Mensalmente número de leucócitos, neutrófilos, TGO/TGP, triglicérides e colesterol total, glicemia em jejum.

Ziprasidona: Mensalmente glicemia em jejum. O ECG (eletrocardiograma) deve ser realizado no mínimo a cada 6 meses devido ao risco de arritmia cardíaca. Os íons K⁺ e Mg²⁺ devem ser monitorados em indivíduos em uso concomitante de diuréticos ou sob risco de distúrbios eletrolíticos.

ATENÇÃO: Outros parâmetros de monitoração poderão ser incluídos a depender da evolução do paciente e da presença de doenças de base.

3.2 Apresentou sintomas que indiquem reações adversas?

() Não () Sim. Quais?

[illegible]

Foi notificado à ANVISA? () Não () Sim

Responsável pela notificação: _____

3.3 Fez uso de algum outro medicamento no período em que apresentou a reação adversa?

() Não () Sim. Quais?

Quando?	Quais?	Dose

Observações/

Problemas

Identificados:

Farmacêutico

Responsável: _____

CRF/UF: _____ Telefone: _____

Data
Farmacêutico

Assinatura e Carimbo do

ANEXO VI

	REGISTRO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO
--	---

I. IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

1. Nome do Paciente:		2. Cód. Ident. PLANSERV:
3. Data de Nascimento: ____/____/____	4. Sexo:	5. Telefone:

II. MEDICAMENTO

D at a	Medicamento (nome comercial)	Lot e	Dos e	Quantidade Dispensada

III. FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL PELA DISPENSAÇÃO

1. Nome:	2.CRF:	3.Telefone:
<p>1. Declaro ser o responsável pela dispensação 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.</p>		
<p>2. Autorizo os auditores do PLANSEV a consultarem documentos do meu serviço que se fizerem necessários.</p>		
<p>3. Declaro que o(s) medicamento(s) dispensado(s) se encontra(m) em perfeitas condições de uso.</p>		
<p>4. Declaro ter prestado orientação farmacêutica sobre o(s) medicamento(s) dispensado(s),</p>		

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Farmacêutico Responsável pela Dispensação