

PORTARIA NORMATIVA N° 019/2001

Dispõe Sobre a Hospitalização Psiquiátrica e dá Outras Providências

O PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS – IPASGO, usando de suas atribuições legais,

RESOLVE:

ESTABELECE critérios de auditoria médica, regulamentando a hospitalização psiquiátrica nos hospitais credenciados *e a complementaridade do atendimento através dos programas especiais de atendimento e suporte sócio-familiar:*

1. SOBRE O CRITÉRIO PARA REGULAMENTAR A HOSPITALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA NOS HOSPITAIS CREDENCIADOS:

1.1 O critério para regulamentar a hospitalização psiquiátrica nos hospitais credenciados está baseado principalmente no melhoramento da qualidade do atendimento, conforme a orientação da ATUAL POLÍTICA DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS.

2. SOBRE CURTA E MÉDIA PERMANÊNCIAS: CONCEITUAÇÃO, CORRELAÇÃO COM O NÚMERO DE VISITAS HOSPITALARES E COM OS TIPOS DE ACOMODAÇÕES:

2.1. Conceituamos CURTA PERMANÊNCIA a maioria dos casos de emergência psiquiátrica que são resolvidos num período de tempo de até 20 (vinte) dias no regime hospitalar integral, após o que possam continuar o tratamento, conforme cada caso ou no regime hospitalar parcial (hospital-dia, hospital-noite), ou no ambulatório, ou nos programas especiais de atendimento humanizado e suporte sócio-familiar oferecidos pelo Centro de Saúde Mental do IPASGO (pensão protegida, proteção domiciliar, terapia e grupos de apoio familiar, tutela em entidade social, etc). A classificação de hospitalização de CURTA PERMANÊNCIA e a autorização do número de dias é da competência da AUDITORIA DE PSIQUIATRIA DO IPASGO, após avaliar cada caso. A hospitalização de CURTA PERMANÊNCIA determina o seguinte:

- 2.1.1 O Psiquiatra Assistente, necessariamente credenciado pelo IPASGO, será remunerado diariamente pela VISITA HOSPITALAR, que tenha sido efetivamente realizada, devendo, indispensavelmente, serem feitas as anotações no PRONTUÁRIO ÚNICO, datar, assinar e carimbar.
- 2.1.2 O benefício do IPASGO, desde que credor do direito à “ASSISTÊNCIA HOSPITALAR INTEGRAL “, deve ser acomodado em apartamento; caso não o seja, será acomodado em *enfermaria*, de 03 (três) a 06 (seis) leitos no máximo.
- 2.2..Conceituamos **MÉDIA PERMANÊNCIA** os casos de emergência psiquiátrica que não foram resolvidos no período autorizado para a **CURTA PERMANÊNCIA** – casos psicóticos graves -, que necessitam *permanecer por mais um período máximo de tempo de até 20 (vinte) dias no regime hospitalar integral, após o que possam continuar o tratamento, conforme cada caso, ou no regime hospitalar parcial (hospital-dia, hospital-noite), ou no ambulatório, ou nos programas especiais de atendimento humanizado e suporte sócio-familiar oferecidos pelo Centro de Saúde Mental do IPASGO (pensão protegida, proteção domiciliar, terapia e grupos de apoio familiar, tutela em entidade social, etc)..* A classificação de hospitalização de **MÉDIA PERMANÊNCIA** e a autorização do número de dias é da competência da **AUDITORIA DE PSIQUIATRIA DO IPASGO**, após avaliar cada caso. A hospitalização de **MÉDIA PERMANÊNCIA** determina o seguinte:
- 2.2.1. O IPASGO pagará no máximo 03 (três) **VISITAS HOSPITALARES** por semana, que tenha(m) sido efetivamente realizada(s).
- 2.2.2. A acomodação hospitalar segue o mesmo critério do item 2.1.2.
- 2.2.3. *A família e/ou responsáveis pelo paciente internado devem obrigatoriamente procurar o Centro de Saúde Mental do IPASGO, no prazo máximo de 04 dias após o início da prorrogação, para inclusão nos programas especiais de atendimento.*

3. SOBRE A INTERNAÇÃO E PRORROGAÇÃO DA INTERNAÇÃO:

- 3.1 A **INTERNAÇÃO** – código 00020020 – é o ato da admissão no **HOSPITAL PSIQUIÁTRICO** *por um período máximo de 20 (vinte) dias, cujo número de dias é autorizado pela AUDITORIA DE PSIQUIATRIA DO IPASGO, nos casos classificados como de curta permanência.*
- 3.2 A **PRORROGAÇÃO DA INTERNAÇÃO**, por um período máximo de 20 (vinte) dias, mediante prévia autorização da **AUDITORIA DE PSIQUIATRIA DO IPASGO**, *configurando a média permanência*

- 3.3 *No prazo de 180 (cento e oitenta) dias, o IPASGO somente autorizará nova internação, e subsequente prorrogação, nos casos em que a família e/ou responsáveis pelo paciente estejam em acompanhamento permanente pelos programas especiais do Centro de Saúde Mental.*
- 3.4 *O acompanhamento permanente pelos programas especiais do Centro de Saúde Mental é caracterizado por um laudo emitido pela equipe multi-disciplinar de atendimento do próprio Centro de Saúde Mental.*

4. SOBRE OS PROGRAMAS ESPECIAIS DE ATENDIMENTO HUMANIZADO E SUPORTE SÓCIO-FAMILIAR:

- 4.1 *Os Programas Especiais de Atendimento Humanizado e Suporte Sócio-Familiar, estão baseados nas orientações nacionais, propostas pelo Ministério da Saúde, de redução da internação psiquiátrica e de humanização do atendimento e são constituídos pelos seguintes programas: proteção domiciliar; pensão protegida; terapia familiar; grupo de apoio a familiares; suporte complementar ao atendimento ambulatorial e em hospital-dia; e, a tutela em entidade comunitária-social)*

5. SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO DE PROTEÇÃO MÁXIMA

- 5.1. *Conceituamos HOSPITALIZAÇÃO DE PROTEÇÃO MÁXIMA, os casos psiquiátricos que se caracterizam pela alta periculosidade e que tecnicamente não podem obter alta do regime hospitalar integral; com reinternações frequentes há anos e sem condições de convívio sócio-familiar. A classificação de hospitalização de PROTEÇÃO MÁXIMA e a autorização do número de dias é da competência da AUDITORIA DE PSIQUIATRIA DO IPASGO, após avaliar cada caso. A classificação de PROTEÇÃO MÁXIMA determina o seguinte:*

- 5.1.1. *O IPASGO pagará 01 (uma) VISITA HOSPITALAR por semana, que tenha sido efetivamente realizada.*
- 5.1.2. *O IPASGO pagará as DIÁRIAS HOSPITALARES, conforme os valores correspondentes ao apartamento de proteção máxima, conforme a tabela vigente do IPASGO.*

6. SOBRE HONORÁRIOS DO PSIQUIATRA ASSISTENTE:

- 6.1 *Os honorários do psiquiatra assistente pela VISITA HOSPITALAR serão os mesmos estipulados pela TABELA VIGENTE DO IPASGO.*

7. SOBRE HONORÁRIOS DE OUTROS ESPECIALISTAS MÉDICOS:

7.1. Os especialistas médicos, chamados pela Equipe Assistente, necessariamente credenciados pelo IPASGO, serão remunerados pelo atendimento especializado que tenha sido efetivamente realizado, conforme a TABELA VIGENTE DO IPASGO, devendo, indispensavelmente, serem feitas as anotações pertinentes no PRONTUÁRIO ÚNICO, datar, assinar e carimbar.

8. SOBRE HONORÁRIOS DE OUTROS PROFISSIONAIS INTEGRANTES DA EQUIPE ASSISTENTE:

8.1. Os outros profissionais integrantes da Equipe Assistente (Médico Clínico Geral, Psicólogo, Assistente Social, Enfermeiro, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional etc.) serão remunerados globalmente em valores já incluídos no custeio da DIÁRIA HOSPITALAR.

9. SOBRE OS VALORES DA DIÁRIA HOSPITALAR:

9.1 Os valores da DIÁRIA HOSPITALAR para a **enfermaria** e para o **apartamento simples (padrão standard)** serão os mesmos estipulados pela TABELA VIGENTE DO IPASGO.

9.2 O valor da DIÁRIA HOSPITALAR para o **apartamento duplo**, apartamento para 02 (dois) pacientes, terá para efeito de remuneração o valor da média aritmética entre os valores vigentes da **enfermaria** e do **apartamento simples**.

9.3 O valor da DIÁRIA HOSPITALAR para o **apartamento de proteção máxima**, , terá para efeito de remuneração o valor da tabela vigente do IPASGO.

10. SOBRE A TERAPÊUTICA BIOLÓGICA: ELETRO-ESTIMULAÇÃO CEREBRAL TERAPÊUTICA – EECT:

10.1. O IPASGO somente autorizará a EECT – código 00020040 – para pacientes devidamente justificados tecnicamente.

10.2 A autorização pode ser dada para paciente hospitalizado ou em tratamento ambulatorial

10.3 A autorização para a EECT dependerá de:

10.3.1 LAUDO TÉCNICO REQUERENTE, 02 (duas) vias, formulário próprio, encaminhado pelo Psiquiatra Assistente, com endosso do DIRETOR TÉCNICO/CLÍNICO ou seu substituto. Nesse LAUDO deverá constar o número total de sessões.

- 10.3.2. **AUTORIZAÇÃO POR ESCRITO ASSINADA PELO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE PARA SUBMETER-SE À EECT**, 02 (duas) vias, uma das quais ficará arquivada no IPASGO.
- 10.4 . **SOBRE os honorários do Psiquiatra e do Anestesista:**
- 10.4.1. Para pacientes em **enfermaria** – os mesmos honorários para ambos: **PORTE 2 de enfermaria**.
- 10.4.2 Para pacientes em **apartamento** - os mesmos honorários para ambos: **PORTE 2 de apartamento**.
- 10.5 O IPASGO só remunerará EECT se o Hospital tiver a sala própria e a aparelhagem, previamente vistoriada e aprovada pela **AUDITORIA DE PSIQUIATRIA DO IPASGO**.

11. SOBRE OS CRITÉRIOS PARA A CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS:

- 11.1. Os hospitais psiquiátricos serão classificados conforme os mesmos critérios de classificação aplicados à rede hospitalar credenciada pelo IPASGO.

12. SOBRE OS PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA A HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA:

- 12.1. O beneficiário do IPASGO, necessitado de hospitalização psiquiátrica, deve se dirigir diretamente, por iniciativa própria ou levado por outrem, sob o critério da livre escolha, para um dos hospitais credenciados.
- 12.2. O hospital, no caso de constatar a necessidade de hospitalização, fará, de imediato, a sua admissão hospitalar e preencherá de **forma correta, legível e completa** o documento chamado “**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA GIH-PSIQUIÁTRICA/EECT – IPASGO**”, entregando-na aos familiares e/ou responsáveis.
- 12.3. Os familiares e/ou responsáveis devem contatar o Centro de Saúde Mental do IPASGO e encaminhar a solicitação de autorização à **AUDITORIA DE PSIQUIATRIA DO IPASGO**, no prazo máximo de 03 (três) dias úteis, a partir do dia da admissão do paciente (caso de **INTERNAÇÃO**), ou de 03 (três) dias úteis, antes do dia de término da última GIH autorizada (caso de **PRORROGAÇÃO**) para esse procedimento administrativo.
- 12.4 Em caso de atraso motivado por erro ou incidente de administração do hospital, o mesmo terá que justificar minuciosamente por escrito ao

IPASGO sobre o motivo do atraso, justificativa essa que terá que Ter o endosso do Diretor Técnico/Clínico ou de seu substituto.

13.SOBRE A QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO PELOS PROFISSIONAIS E PELO HOSPITAL:

- 13.1.O IPASGO, visando melhorar a qualidade do atendimento psiquiátrico, fixa em 10 (dez) o número máximo de pacientes hospitalizados por dia para cada psiquiatra assistente, independentemente do tipo de hospitalização (CURTA e MÉDIA PERMANÊNCIAS; PROTEÇÃO MÁXIMA); atingido esse número máximo, as excedentes SOLICITAÇÕES DE AUTORIZAÇÃO PARA GIH feitas por esse psiquiatra – para a finalidade de nova INTERNAÇÃO – não serão autorizadas pela AUDITORIA DE PSIQUIATRIA DO IPASGO. Para o cumprimento correto deste item, o Hospital deverá encaminhar, junto com as referidas SOLICITAÇÕES DE AUTORIZAÇÃO PARA GIH – para a finalidade de nova INTERNAÇÃO – uma declaração informando o número total de pacientes hospitalizados existentes sob a responsabilidade do psiquiatra solicitante no referido dia.
- 13.2.O IPASGO visando melhorar a qualidade do atendimento ao dependente alcoólico, ou qualquer dependência química, só pagará o hospital psiquiátrico que tiver recursos específicos para prestar esse tratamento (unidade de desintoxicação, treinamento técnico específico, enfermarias/apartamentos/alas específicas, programa de atendimento ao adito com especificação dos horários/atividades/equipe técnica etc.).
- 13.3.A qualificação para atendimento à dependência química dependerá de vistoria e aprovação dada pela AUDITORIA DE PSIQUIATRIA DO IPASGO, mediante prévio requerimento.
- 13.4.O IPASGO privilegiará para o credenciamento e para o atendimento os hospitais que tenham uma Equipe Assistente verdadeiramente integrada.

14.SOBRE O LAUDO TÉCNICO REQUERENTE:

- 14.1.O LAUDO TÉCNICO REQUERENTE é um dos elementos essenciais para que a AUDITORIA DE PASIQUIATRIA DO IPASGO possa autorizar o número de dias para INTERNAÇÃO/PRORROGAÇÃO ou o número de SESSÕES DE EECT, daí a importância da escrita legível, da descrição técnica pormenorizada, da consistência propriamente dita, da coerência com a curva de vida da pessoa etc.

15.SOBRE A “LICENÇA”:

15.1.A medida terapêutica de reinserção sócio-familiar, denominada “LICENÇA”, está limitada no máximo de 72 (setenta e duas) horas por mês, sendo que o modo de distribuição dessas horas é da responsabilidade do Psiquiatra Assistente, entretanto é obrigatório a anotação da hora de saída e da chegada no PRONTUÁRIO ÚNICO.

15.2.No período de “licença”, o hospital, que continua percebendo suas DIÁRIAS, será responsável pelo fornecimento da medicação prescrita. Não serão remuneradas as VISITAS HOSPITALARES neste período de “licença”.

16.SOBRE A AUDITORIA DE PSIQUIATRIA DO IPASGO:

16.1.É da competência da AUDITORIA DE PSIQUIATRIA DO IPASGO auditar, a seu critério, todo atendimento psiquiátrico do IPASGO, hospitalizado ou não.

16.2.AUDITORIA ANALÍTICA – Fundamenta-se na análise dos registros existentes no ARQUIVO DE PSIQUIATRIA DO IPASGO e dos LAUDOS TÉCNICOS REQUERENTES.

16.3 AUDITORIA OPERATIVA – Fundamenta-se no contato direto com o paciente, com a EQUIPE ASSISTENTE, com a família etc.

17.SOBRE OS PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA A COBRANÇA DA CONTA HOSPITALAR:

17.1.A cobrança da Conta Hospitalar será feita mensalmente.

17.2.Em se tratando de um período autorizado por mais de 30 (trinta) dias, deverá ser anexada a cada conta hospitalar uma cópia verso-anverso do documento autorizado (SOLICITAÇÃO DE GIH-PSIQUIÁTRICO/EECT – IPASGO), sendo que o documento original somente deverá ser remetido ao IPASGO na última Conta Hospitalar referente ao período autorizado.

18.SOBRE AS DESPESAS COM A HOSPITALIZAÇÃO, MEDICAMENTOS, MATERIAL E EXAMES COMPLEMENTARES:

18.1 As despesas com a hospitalização, medicamentos, material e exames complementares serão calculadas pelo IPASGO conforme a TABELA VIGENTE DO IPASGO.

19.SOBRE AS PENALIDADES APLICADAS SOBRE AS IRREGULARIDADES PRATICADAS POR PROFISSIONAIS OU HOSPITAIS CREDENCIADOS:

19.1 O IPASGO, no caso de irregularidades profissionais/hospitalares, conforme a natureza de cada caso, acionará a direção do hospital e/ou a comissão de ética, ou aplicará as penalidades previstas nas cláusulas contratuais, isoladas ou conjuntamente.

20.SOBRE OS CASOS OMISSOS:

20.1. Os casos omissos serão resolvidos pela DIRETORIA DO IPASGO.

REVOGUEM-SE as disposições em contrário, especialmente a PORTARIA nº **105 de 24 de ABRIL de 2000.**

DÊ-SE CIÊNCIA e CUMPRA-SE.

GABINETE DO PRESIDENTE DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DE GOIÁS - IPASGO, ao 22 dias do mês de janeiro de 2001.

Jeovalter Correia Santos
Presidente do IPASGO