



4

**a inserção da psicologia  
na saúde suplementar**

CADERNOS TEMÁTICOS CRP SP

# 4

## a inserção da psicologia na saúde suplementar

CADERNOS TEMÁTICOS CRP SP



Conselho Regional  
de Psicologia SP

## **O Caderno Temático vol. 4 – A inserção da Psicologia na saúde complementar**

### **Diretoria**

Presidente | Marilene Proença Rebello de Souza

Vice-presidente | Maria Ermínia Ciliberti

Secretária | Andréia de Conto Garbin

Tesoureira | Carla Biancha Angelucci

### **Conselheiros efetivos**

Andréia de Conto Garbin, Carla Biancha Angelucci, Elda Varanda Dunley Guedes Machado, José Roberto Heloani, Lúcia Fonseca de Toledo, Maria Auxiliadora de Almeida Cunha Arantes, Maria Cristina Barros Maciel Pellini, Maria de Fátima Nassif, Maria Ermínia Ciliberti, Maria Izabel do Nascimento Marques, Mariângela Aoki, Marilene Proença Rebello de Souza, Patrícia Garcia de Souza, Sandra Elena Sposito, Vera Lúcia Fasanela Pompílio.

### **Conselheiros suplentes**

Adriana Eiko Matsumoto, Beatriz Belluzzo Brando Cunha, Carmem Silvia Rotondano Taverna, Fabio Silvestre da Silva, Fernanda Bastos Lavarello, Leandro Gabarra, Leonardo Lopes da Silva, Lilihan Martins da Silva, Luciana Mattos, Luiz Tadeu Pessutto, Lumena Celi Teixeira, Maria de Lima Salum e Moraes, Oliver Zancul Prado, Silvia Maria do Nascimento, Sueli Ferreira Schiavo.

### **Gerente-geral**

Diógenes Pepe

### **Organização dos textos**

Odette de Godoy Pinheiro

### **Projeto gráfico e Editoração**

Fonte Design | [www.fontedesign.com.br](http://www.fontedesign.com.br)

## Ficha catalográfica

---

C744p

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região(org).

Inserção da psicologia na saúde complementar /

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região: CRP 06, 2007.

60f.: 21cm.- (Cadernos Temáticos 4)

### **Bibliografia**

ISBN: 978-85-60405-03-9

1. Psicologia 2. Saúde complementar I. Título

CDD 362.1

---

Elaborada por:

Vera Lúcia Ribeiro dos Santos – Bibliotecária - CRB 8ª Região 6198

# cadernos temáticos do CRP/SP

A XII Plenária do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo incluiu, entre as suas ações permanentes de gestão, a continuidade da publicação da série CADERNOS TEMÁTICOS do CRP/SP, visando registrar e divulgar os debates realizados no Conselho em diversos campos de atuação da Psicologia.

Essa iniciativa atende a diversos objetivos. O primeiro deles é concretizar um dos princípios que orientam as ações do CRP/SP – o de produzir referências para o exercício profissional dos psicólogos; o segundo é o de identificar áreas que merecem atenção prioritária, em função da relevância social das questões que elas apontam e/ou da necessidade de consolidar práticas inovadoras e/ou reconhecer práticas tradicionais da Psicologia; o terceiro é o de, efetivamente, dar voz à categoria, para que apresente suas posições e questões, e reflita sobre elas, na direção da construção coletiva de um projeto para a Psicologia que garanta o reconhecimento social de sua importância como ciência e profissão.

Os três objetivos articulam-se e os Cadernos Temáticos apresentam os resultados de diferentes iniciativas realizadas pelo CRP/SP que permitem contar com a experiência de pesquisadores e especialistas da Psicologia e de áreas afins para debater questões sobre as atuações da Psicologia, as existentes e as possíveis ou necessárias, relativamente a áreas ou temáticas diversas, apontando algumas diretrizes, respostas e desafios que impõem a necessidade de investigações e ações, trocas e reflexões contínuas.

A publicação dos Cadernos Temáticos é, nesse sentido, um convite à continuidade dos debates. Sua distribuição é dirigida aos psicólogos e aos parceiros diretamente envolvidos com cada temática, criando uma oportunidade para que provoque, em diferentes lugares e de diversas maneiras, uma discussão profícua sobre a prática profissional dos psicólogos.

Este é o quarto Caderno da série. O seu tema é a inserção da Psicologia na Saúde Suplementar. O primeiro Caderno tratou da Psicologia em relação ao preconceito racial, o segundo refletiu sobre o profissional frente a situações tortura. O terceiro Caderno, “A Psicologia promovendo o ECA”, discutiu o sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. A este, seguir-se-ão outros que abordarão: a atuação dos psicólogos na Saúde Pública; na Educação; a Psicologia e a Cidadania Ativa e todos os outros debates que tragam, para o espaço coletivo de reflexão, crítica e proposição que o CRP/SP se dispõe a representar, temas relevantes para a Psicologia e a sociedade.

Nossa proposta é a de que este material seja divulgado e discutido amplamente e que as questões decorrentes desse processo sejam colocadas em debate permanente, para o qual convidamos os psicólogos.

Diretoria do CRP 6ª Região (SP)  
Gestão 2007-2010



# sumário

Introdução	7
Abertura oficial	9
A inserção do psicólogo no setor de saúde suplementar	12
Atuação da agência nacional de saúde suplementar	16
Tema 1: Interface entre a saúde pública e a saúde suplementar	23
Pesquisa: público e privado na saúde	23
Financiamento dos planos de saúde	29
Tema 2: Concepção de saúde e doença: revisão crítica	33
Transtornos mentais: construindo uma rede de cuidados	33
Modelos técnico-assistenciais em saúde	36
Psicólogo na saúde suplementar	39
Tema 3: Construindo referências: atuação do psicólogo nos planos de saúde	47
Ética do exercício profissional	47
Psicoterapia na saúde suplementar	50
Relações de trabalho	53



# introdução

O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, cumprindo de forma democrática uma das diretrizes indicadas na pauta de discussão para a gestão do Sistema Conselhos, relativa à inserção do Psicólogo na Saúde Suplementar, instituiu no ano de 2003 um Grupo de Trabalho denominado Mercado de Trabalho<sup>1</sup>, no qual este tema ganha destaque. A discussão inicial surgiu da preocupação com o grande número de psicólogos prestando serviços às operadoras de planos de saúde, gerando consultas à Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP SP, como as questões referentes às técnicas utilizadas, linhas e referenciais teóricos, situações de desrespeito ao Código de Ética, submissão dos profissionais a contratos de prestação de serviços sem mínimas garantias da qualidade dos serviços e, principalmente, sobre a autorização para realização dos serviços psicológicos subordinada à Medicina (Ato médico).

A partir das questões levantadas e sugeridas para organizar esta pauta, o CRP resolveu realizar uma pesquisa quantitativa sobre a inserção do psicólogo na saúde suplementar (2004), obtendo resultados importantes para o encaminhamento e aprofundamento desta temática no âmbito do Sistema Conselhos de Psicologia.

Como forma de divulgar os resultados dessa pesquisa, o CRP/06 organizou, em outubro de 2005, um seminário abordando uma análise crítica da situação encontrada, assim como informações abrangentes sobre a política atual da Agência Nacional de Saúde/ANS e aspectos jurídicos e assistenciais desta questão.

A partir daí, novos encaminhamentos se fizeram necessários para responder às indagações presentes durante todo este processo e pelo desconhecimento de leis e normatizações que abrangem esta relação do psicólogo com a própria ANS. Assim, encomendou-se uma pesquisa junto à CEPEDISA-USP (Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário - Universidade de São Paulo) para mapear a atual inserção do psicólogo na saúde suplementar, tanto nos seus aspectos técnicos como trabalhistas, e elaborar novas proposta nesta interação, assessorando assim esta negociação. Outra ação foi a realização de uma oficina com representantes do CRP e psicólogos que atuam no setor público e no setor privado ou em operadoras para uma atualização da discussão vigente no âmbito da ANS, abordando temas como o da Integralidade, Linha do Cuidado em Saúde e Saúde Mental e formulação de propostas de encaminhamento.

A participação do psicólogo no processo de regulação e definição do modelo assistencial no âmbito da ANS é de fundamental importância para a profissionalização da categoria e garantia de direitos mais condizentes com sua prática profissional e benefícios ao usuário.

A inserção do psicólogo na área da Saúde não se restringe às especificidades do campo da Saúde Mental, pautado pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Temos que considerar a abrangência da atuação do psicólogo em âmbitos institucionais tradicionalmente vinculados ao trabalho em saúde, na esfera pública e privada, relacionados às práticas psicológicas em instituições hospitalares e ambulatoriais voltados para a prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde

---

<sup>1</sup> Em 2006, este tema passou a fazer parte do Subnúcleo Saúde Suplementar / Núcleo de Saúde do CRP-SP.



integral individual e coletiva, bem como, na diminuição do sofrimento psíquico através de intervenções psicoterápicas. Na discussão de Saúde Mental como Linha do Cuidado, é pertinente pensar as ações em Saúde Mental de forma ampliada referenciados ao sofrimento psíquico que não se traduz em transtornos mentais e comportamentais.

As práticas do psicólogo na Saúde Suplementar refletem ainda um modelo assistencial centrado na psicoterapia individual – fragmentado, isolado do trabalho de outros profissionais – e reproduzem o modelo médico hegemônico.

Embora já se observem avanços das práticas de prevenção de doenças e agravos e da promoção da saúde com a presença de psicólogos em equipes multiprofissionais, favorecidos pela necessidade de definição de linhas de cuidado por parte das operadoras e prestadores de serviço, permanece ainda o desafio de transformar o modelo assistencial vigente e de garantir o acesso dos beneficiários dos planos de saúde a todos os serviços.

O objetivo maior desta publicação é, portanto, ampliar o acesso às apresentações e ao debate do Seminário promovido em 2005 entre profissionais experientes e envolvidos com esta temática, de modo a registrar suas contribuições e auxiliar na continuidade das discussões.

Subnúcleo Saúde Suplementar / Núcleo de Saúde – CRP - SP

Gestões 2004-2007 e 2007-2010

## Maria da Graça Marchina Gonçalves

Presidente do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo – gestão 2004 - 2007.

Estamos aqui para saudar os presentes e desejar um bom trabalho neste Seminário sobre os Psicólogos na Saúde Suplementar. Para nós, do Conselho, é importante que tenhamos chegado a este momento da realização do Seminário. Já faz algum tempo que vimos percebendo as preocupações dos psicólogos que atuam nos serviços de Saúde Suplementar, de psicólogos que não atuam nesse serviço e se preocupam com o atendimento da nossa população, e com a questão da Saúde no nosso Estado e no Brasil, de forma geral. Estamos nos detendo sobre essa temática fazendo algumas reflexões que são de vários âmbitos: a inserção do psicólogo nesse serviço; o tipo de atendimento que é possível; a qualidade do atendimento que está sendo dado. Enfim, são várias questões que têm que ser abordadas e que merecem reflexão. Existe, no Conselho Regional, um grupo de trabalho, constituído por membros do Conselho e do Sindicato, exatamente para se deter sobre o assunto. Fizemos uma pesquisa, que vai ser apresentada em seguida, para caracterizar esta inserção e o tipo de atividade que os psicólogos desempenham. Assim teremos mais claramente qual é a situação atual e poderemos pensar quais os desafios que temos que enfrentar.

Esta questão não é só de São Paulo. Ela foi tema de debate na APAF (Assembléia das Políticas Administrativas e Financeiras), o espaço de discussão e decisão que reúne todos os Conselhos Regionais do Brasil e o Conselho Federal. Portanto, temos debatido e refletido sobre o tema há algum tempo, nos espaços do Conselho e do Sindicato, junto com os outros Conselhos Regionais e o Conselho Federal. Resultou, de todo esse trabalho, o primeiro Seminário que apresenta algumas questões a serem abordadas na perspectiva de oferecer referências mais claras e encaminhamentos para enfrentar as dificuldades que existem nessa área de atuação do psicólogo.

Entendemos que este evento é importante. Teremos vários debates hoje e amanhã, durante o dia, e esperamos que sejam proveitosos para todos e realmente nos tragam elementos para pensarmos de maneira mais crítica, dentro de uma concepção de Saúde Integral, de garantia do direito de todos de atenção à saúde. É desta perspectiva mais geral que devemos refletir sobre a Saúde Suplementar.

## Rogério Giannini

Vice-Presidente do Sindicato dos Psicólogos de São Paulo (2005);

Boa noite a todos e a todas! O Sindicato tem tido uma parceria muito importante com o Conselho, num grupo que nós chamamos de Grupo de Trabalho de Mercado de Trabalho. Dessa parceria, do trabalho que temos desenvolvido juntos, surgiu uma questão que é um nó e que diz respeito à atuação do psicólogo na Saúde Suplementar, à falta de atuação, aos problemas da atuação que costumam chegar ao Sindicato e também ao Conselho sob a forma de reclamação, de demanda, de queixa.... Decidimos trabalhar essas questões, realizando a pesquisa já citada, que dará elementos para a nossa reflexão. O caminho indicado foi realizar esse Seminário, que nos pareceu a melhor forma de trabalho: chamar os profissionais, ouvir a categoria no sentido de avançar e começar a interferir no problema.

Teremos vários debates (...) e esperamos que sejam proveitosos para todos e realmente nos tragam elementos para pensarmos de maneira mais crítica, dentro de uma concepção de Saúde Integral, de garantia do direito de todos de atenção à saúde. É desta perspectiva mais geral que devemos refletir sobre a Saúde Suplementar.

Maria da Graça Marchina Gonçalves

Evidentemente, a Saúde Suplementar é um fenômeno importante no país, pelo tamanho, pela sua expressão e, claramente, a atuação do psicólogo está muito aquém da potencialidade da profissão, o que teremos oportunidade de discutir durante o Seminário. Estou bastante feliz com o impacto que isso teve. O número de inscrições foi bastante grande, o que evidencia o interesse pelo tema.

Espero que, nesses dois dias, consigamos estar à altura da importância, da relevância do tema. Também como sindicalista, quero apontar que, na Saúde Suplementar, há uma modalidade importante: os contratos coletivos, os convênios que as empresas fazem. A partir de nossas discussões, tive contato com a CUT e com muitos sindicalistas. É interessante que eles não se preocupam com a discussão, porque o assunto “convênio”, por si só, mobiliza muito a categoria. Há greves por causa do convênio, para vocês terem uma idéia. É um dos motivos importantes para a movimentação dos trabalhadores nas empresas onde se concentra muita gente. É uma questão que mobiliza inclusive os recursos humanos das empresas. No entanto, em um primeiro contato, conversando com alguns companheiros sindicalistas de outras categorias (químicos, metalúrgicos, bancários), percebi que a discussão sobre a qualidade do atendimento ou a cobertura do convênio não se dá. Geralmente, eles vêem o tamanho do livrinho, e convênio bom é aquele que tem um livrinho gigantesco, ou seja, você pode escolher 612 mil pediatras. Normalmente, as pessoas ficam com aquele que é mais perto de casa, mas o pessoal fica impressionado com aqueles dados e existe mesmo uma disputa quando há mudança de convênio. Fora os casos mais graves, geralmente quem decide os convênios são os próprios trabalhadores.

Quando há mudança de convênio, o sindicato acaba se envolvendo nessa discussão, mas não tem outro parâmetro a não ser o tal do livrinho e esta disputa de mercado, de marketing, aliás.

Então eu pergunto para eles: “E a parte da Saúde Mental?” – não chamo nem de atenção psicológica específica – “Como é que vocês discutem se tem ou não tem no convênio?”. Eles não discutem. Não estão preparados para discutir. Uma das minhas esperanças é a de introduzir esta discussão aqui e no movimento sindical, porque isso poderia ser um aliado interessante para criarmos, de certo modo, um contorno para esta participação dos sindicatos quando eles forem discutir isso, discutir a extensão, a legislação, a possibilidade de debater assuntos como, por exemplo, doenças ocupacionais, LER, DORT, que sempre têm conseqüências sobre a Saúde Mental. As pessoas entram em depressão, todo aquele quadro que nós já conhecemos. Os sindicatos sabem disso, às vezes até atuam sobre isso, mas não organizam uma demanda em relação a isso.

Uma das esperanças que tenho é que este seminário nos subsidie. Nós não vamos fazer isso só como sindicato, porque é um esforço de todos nós, mas que o sindicato possa ter também esta ferramenta de discussão para ajudar nesse processo de reivindicação.

## André Isnard Leonardi

Conselheiro e integrante da Diretoria do Conselho Federal de Psicologia

Boa noite a todas e a todos! Em nome do Conselho Federal de Psicologia, antes de tudo, eu queria parabenizar o CRP de São Paulo e o Sindicato dos Psicólogos por realizarem este encontro do Psicólogo na Saúde Suplementar. O tema é muito pertinente, pois são 37 milhões de pessoas atendidas nessa rede paralela ao SUS formada pelos convênios, ou seja, uma parcela muito expressiva da população brasileira. Dar acesso à psicologia à população brasileira passa, portanto, pela discussão da Saúde Suplementar.

É importante reafirmarmos que o nosso compromisso prioritário, como Conselho, quando se trata de Saúde, é com o Sistema Único de Saúde (SUS). Isso porque o Sistema Único promove o atendimento público, universal, a todos os cidadãos e é um direito garantido pela Constituição. Acho que nós, psicólogos e Conselho, precisamos trabalhar continuamente para que o SUS possa mesmo ser realmente o melhor “convênio”, se assim pudéssemos dizer, para que todos possam ter acesso a ele.

No entanto, considerando a realidade dessa grande população atendida e também que nós temos um grande número de psicólogos que trabalha nos planos de saúde, é muito importante que realizemos o debate e qualifiquemos a discussão neste campo. No Conselho Federal, nós criamos, nessa gestão, um Grupo de Trabalho para discutir a Saúde Suplementar e estamos nos propondo a fazer uma parceria com a ABRAP – Associação Brasileira de Psicoterapia – que é um parceiro, como o Sindicato, e pode nos ajudar enormemente nessa tarefa.

Na recente pesquisa publicada, em parte, no Jornal do CRPSP,<sup>2</sup> nós vemos que apenas 30% das empresas disponibilizam o atendimento psicológico e que a maior parte das que não o possuem, alegam, como dificuldades para poder oferecer o serviço, que ele custa caro, que o tempo é indeterminado. Acho importante também pontuar que a Saúde Suplementar, os planos de saúde, trabalham numa lógica própria: uma lógica de atendimento ao mercado. É fundamental fazer o

<sup>2</sup> Pesquisa mostra quadro da inserção dos psicólogos nos planos de saúde suplementar. Jornal PSI, ed. n. 145, seção Conversando com o Psicólogo.

A reunião desses diferentes atores sociais é fundamental para fortalecer essas negociações com os Planos de Saúde e também com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (...) sempre na perspectiva de colocar a psicologia a serviço dos que dela precisam.

André Isnard Leonardi

diálogo com esta lógica muito diversa da lógica do SUS, mas que deve ser considerada para podermos fazer o debate.

Pensamos que uma maior inserção da psicologia na Saúde Suplementar, capaz de propiciar atendimento a uma parcela significativa da população brasileira que faz uso do plano de saúde, depende principalmente de dois fatores. Um é a pressão social: quanto mais as pessoas exigirem e escolherem seus planos de saúde pela presença do psicólogo, isso certamente será atrativo. Outro fator, além dessa pressão social que a sociedade pode exercer por considerar a psicologia relevante, penso que é o estabelecimento de parâmetros mínimos nos serviços que a psicologia pode oferecer. Isso também vai nos ajudar nesse diálogo. Sob nosso ponto de vista, não é um desafio pequeno, devido à nossa tradição na clínica, em que o controle sobre o tempo, sobre o processo, a alta, é do psicoterapeuta e varia de acordo com as diferentes abordagens. Temos dificuldade em definir qual o tempo mínimo necessário para um bom atendimento. Então, para ampliar a inserção dos psicólogos nos planos de saúde, precisamos oferecer parâmetros para além do que a ética já nos fornece e parâmetros referentes a resultado, duração, o que o psicólogo, a psicoterapia, pode oferecer. Para isso, acho que esse evento é muito importante, assim como as parcerias.

De um lado, é muito importante a parceria do Sindicato, que nos traz a experiência do trabalhador e dos conflitos que existem nesse campo; de outro, a ABRAP, que pode nos ajudar a configurar melhor este campo da Saúde Suplementar.

Queria salientar ainda que devemos estar atentos e discutir a inserção do psicólogo na Saúde Suplementar não nos atendo a trazer, somente, o que acumulamos no consultório privado,

já que a trajetória dos psicólogos no SUS tem nos apontado importantes contribuições, como o trabalho multiprofissional, o trabalho em programas temáticos, preventivos, o trabalho com grupos e, muitas vezes, o convênio tende a simplesmente reproduzir o consultório. Não estou fazendo crítica alguma ao consultório, ao contrário, acho que este modelo é importante, mas acho que nós podemos propor muito mais do que estritamente o modelo de consultório porque a psicologia já tem muito mais saber acumulado para trazer outras propostas. Os planos de saúde, principalmente na saúde mental, tendem a privilegiar a internação, a hospitalização, e, na saúde mental, nós já desenvolvemos alternativas para tratar e ajudar as pessoas com sofrimento psíquico e podemos levar esse debate também para os planos de saúde.

Cabe ressaltar também que a categoria dos psicólogos tem um projeto para a profissão. Nós queremos ampliar os nossos compromissos de acordo com as necessidades da sociedade, termos os nossos serviços ao alcance de todos. Por isso eu dizia no início de minha exposição que o SUS é a melhor forma de fazermos isso. Mas nós não podemos nos furtar ao debate com os planos de saúde, porque é uma forma também de responder à necessidade da sociedade. E a relevância do tema também ocorre pelo potencial de ampliação do campo de trabalho do psicólogo. Concordando com o Rogério, que me antecedeu nesta mesa, a melhor forma de nos aprofundarmos na questão é trazer as pessoas que trabalham com isso e as pessoas que estão interessadas. Assim, poderemos construir juntos esses parâmetros, acumularmos juntos, pensarmos juntos como podemos fazer, da melhor forma, esta negociação com a Saúde Suplementar.

A reunião desses diferentes atores sociais é fundamental para fortalecer essas negociações com os Planos de Saúde e também com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão que regulamenta esse setor, o que já vem acontecendo no Conselho Federal de Psicologia, sempre na perspectiva de colocar a psicologia a serviço dos que dela precisam. Este seminário é uma oportunidade para irmos além de uma postura de mera crítica aos limites da Saúde Suplementar e propiciar a organização dos psicólogos que estão nessa área, construir parâmetros que nos auxiliem numa negociação mais efetiva. Penso que este é o desafio que está colocado. Para podermos trabalhar em cima dessas contradições que não são poucas, devemos nos colocar numa perspectiva ética de qualificação da atuação profissional, de ampliação do campo de trabalho, sempre buscando atender a uma parcela maior da população brasileira.

Queria, em nome do Conselho Federal, mais uma vez agradecer ao Conselho Regional de São Paulo, ao Sindicato – porque esse evento também vai nos ajudar muito – ao grupo de trabalho que está construindo as nossas posições nesse sentido e desejar a todos um bom trabalho!

# mesa de abertura

Coordenadora da mesa: Maria Ermínia Ciliberti – CRP/SP

Palestrantes: Marise Rauen Vianna

Ana Paula Silva Cavalcante

## A inserção do psicólogo no setor de saúde suplementar <sup>3</sup>

### Marise Rauen Vianna

psicóloga, pesquisadora de opinião de mercado, trabalha na área de planejamento e transporte da Companhia do Metrô de São Paulo, é proprietária do Instituto Senso Coleta de Dados, responsável pela pesquisa “A Inserção dos Psicólogos nos Planos de Saúde”, realizada em novembro/dezembro de 2004.

A pesquisa “A Inserção dos Psicólogos nos Planos de Saúde” foi por nós realizada no final de 2004 e é possível que a realidade tenha mudado em alguma coisa durante esse tempo. Na época, eu me baseei, em parte, no *site* da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, acredito que ele já pode ter sido atualizado.<sup>4</sup> Estou feliz de ver que tanto o CRP como o Sindicato estão caminhando em busca de soluções para a questão, para a ampliação do mercado dos psicólogos, para oferecer melhores serviços para a população na área de Saúde. É bem interessante ocorrer esta discussão, para que possamos encontrar os caminhos que nos levem na direção que procuramos. A seguir, iremos apresentar e comentar os resultados obtidos pela pesquisa.

#### Objetivos da pesquisa:

Conhecer a inserção do psicólogo na Saúde Suplementar, bem como as condições de trabalhos que lhe são oferecidas. Foram investigados os seguintes aspectos: a existência do atendimento psicológico nos planos, a quantidade de psicólogos credenciados, as razões da inclusão ou não do atendimento psicológico nos planos, as exigências para admissão do profissional, o conhecimento e a valorização do título de especialista, as condições de trabalho (número de sessões, duração da sessão e do tratamento, autonomia profissional).

#### Metodologia:

Foi feita uma pesquisa quantitativa com as empresas opera-

doras do setor de Saúde Suplementar, por meio de entrevistas por telefone. Esta pesquisa foi precedida de um levantamento sobre o universo das empresas operadoras, para podermos compor a amostra.

Um dado importante que obtivemos em 2004 se refere à evolução das operadoras cadastradas, para dimensionar o universo que iríamos investigar. Então, o que vemos é que, nesse período de 1999 a 2004, há uma ligeira tendência de crescimento das operadoras registradas, assim como um aumento nas operadoras canceladas e uma diminuição nas operadoras ativas. Não sei se persiste essa tendência, mas notamos que é um mercado pouco estável.

Verificamos também qual a classificação das operadoras pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, porque pretendíamos que, na nossa amostra, estivessem representadas todas as categorias de empresas que atuam no setor. Segundo a ANS, em 2004, as empresas eram divididas em oito grupos: medicina de grupo; cooperativa médica; autogestão – que pode ser patrocinada ou não patrocinada; instituição filantrópica; seguradora especializada em saúde; administradora de planos de saúde; cooperativa odontológica e odontologia de grupo. Para compor a amostra, excluimos as duas categorias de empresas que atuam exclusivamente na área odontológica, pois não tinham sentido para nós Encontramos 2.202 empresas cadastradas ativas no país, sendo que 516 com sede em São Paulo. Foram sorteadas 120.

<sup>3</sup> Transcrição de palestra proferida no Seminário “Psicólogos na Saúde Suplementar”, em 27/10/2005.

<sup>4</sup> Para atualizações, consultar o site da ANS: <<http://www.ans.gov.br>>.

## Análise dos resultados:

### a) Inserção do Psicólogo nos Planos de Saúde

Trabalha com algum Plano que oferece atendimento psicológico?	N.A.	%
Sim	36	30
Não	84	70
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

	Sim	Não	Base
Adm. de Planos	44	56	32
Cooper médica	9	91	22
Autogestão patroc.	46	54	11
Seguradora de Saúde	50	50	6
Inst. filant.	9	91	11
Autogestão ã patroc.	24	76	21
Medicina grupo	35	65	17
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>70</b>	<b>120</b>

Razões da não-oferta de serviços de psicologia	N.A.	%
Alto custo	44	37
ANS não exige / Operadora não é obrigada/ ANS não reconhece	52	43
Não é considera patologia	21	18
Tratamento é longo/indeterminado	17	14
Conveniência da operadora/falta de interesse das operadoras	5	4
Pouca demanda	6	5
Usuários não valorizam/falta divulgação do trabalho do psicólogo	8	7
Não sabe/Não respondeu	8	7
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

### Título de especialista:

- 42% desconhecem.
- 95% acham importante (dá credibilidade, ajuda a conhecer o profissional, já é exigido do médico).
- 90% exigem de outros profissionais.

### b) Planos que oferecem serviços de Psicologia

Caracterização dos planos que oferecem este serviço	
Nº. médio de associados por Plano	63.981
Nº. médio de profissionais por Plano	7705
Nº. médio de Psicólogos por Plano	69
Nº. médio de associados por profissional	87
Nº. médio de associados por Psicólogo	2.196
Nº. médio de consultas por Plano (incluindo todas as especialidades)	66.357
Nº. médio de consultas psicológicas por Plano	185

Motivos da oferta	N.A.	%
Psicológico faz parte da saúde	24	50
Atrativo maior aos associados	19	39
Solicitação dos associados	10	20
Outros	4	8
Não respondeu	1	2
Total de respostas (resposta múltipla)	68	121
Base respondente	48	

Base correspondente: 48 Planos

\* Soma dos percentuais maior que 100, porque cada entrevistado declarou mais de 1 item.

Tipo de vínculo	N.A.	%
Contratado	15	31
Credenciado	27	57
Livre escolha	4	8
Lista de profissionais indicados	2	4
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Exigências	N.A.	%
Diploma	44	92
Inscrição no CRP	21	44
Currículo	32	67
Título de especialista do CRP	6	13
Qualquer título/certificado de especialização	32	67
Declaração de experiência	9	19
Comprovação de experiência	8	17
Indicação de empresa cliente	2	4
Alvará de funcionamento de empresa/CNPJ	2	4
Certificado de pós-graduação	2	4
Total de respostas (resposta múltipla)	158	331*
Base respondente	48	

\* A soma dos percentuais é maior do que 100, porque cada entrevistado declarou mais de 1 item.

### c) Parâmetros para o trabalho do Psicólogo

Maioria dos planos (68%) estabelece parâmetros

Duração das sessões	N.A.	%
20 (min.)	1	2
30 (min.)	7	15
40 (min.)	7	15
45 (min.)	4	8
50 (min.)	7	15
60 (min.)	6	13
Não determina	12	25
Não sabe/Não respondeu	4	7
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Limite de sessões	N.A.	%
10	1	2
2 anos	2	4
5 anos	1	2
Não determina	43	90
Não respondeu/Não sabe	1	2
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Quanto ao número de sessões semanais (vide tabela abaixo), 13% dizem que não determinam o limite de sessões; 13% alegam que depende do relatório do médico que fez o encaminhamento; e as demais limitam as sessões a uma, duas, até três sessões. Aqui já aparece a importância que os planos de saúde dão para o encaminhamento médico. Em muitos casos, é o relatório médico que vai definir, junto ao plano de saúde, a quantas sessões o psicólogo vai ter direito para atender ao paciente.

Sessões semanais	N.A.	%
1	13	27
2	13	27
3	6	13
Não determina	6	13
Depende do relatório médico	6	13
Não sabe/não respondeu	4	7
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Perguntamos também se eram oferecidas as mesmas condições de trabalho que para outros profissionais: 90% declaram oferecer as mesmas condições, apesar de que apenas 80% declaram a mesma remuneração. Em relação ao valor por sessão, obtivemos os valores apresentados na tabela. A remuneração do psicólogo é bastante baixa: 25% ia de R\$ 10,00 (dez reais) a R\$ 20,00 (vinte reais) na época; 30%, de R\$ 21,00 (vinte e um reais) a R\$ 30,00 (trinta reais); e 4%, de R\$ 31,00 (trinta e um reais) a R\$ 40,00 (quarenta reais). Então nós vemos que a remuneração é, baixa, muitas vezes, inferior à remuneração do médico e, quase sempre, inferior à remuneração da tabela de referência de honorários que o Conselho Federal de Psicologia divulga no seu site. Nós perguntamos se era diferente a remuneração dos psicólogos com relação a outros profissionais e somente 21% responderam que sim, os outros disseram que não.

Quanto à autonomia do psicólogo, no seu trabalho, perguntamos se o plano exigia encaminhamento médico e 75% responderam que sim.

<b>Exige encaminhamento médico?</b>	<b>N. A.</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>36</b>	<b>75</b>
<b>Não</b>	<b>12</b>	<b>25</b>
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Concluindo, podemos dizer que a inserção do psicólogo no setor é pequena. Apenas 30% dos planos contam com algum psicólogo. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma interlocutora fundamental, já que muitos planos alegam que não oferecem esse serviço porque a Agência Nacional de Saúde Suplementar não exige. Por outro lado, vemos também que o psicólogo não faz parte da concepção de saúde das operadoras e a própria ANS, pela regulamentação, não inclui o psicólogo como um profissional necessário para o atendimento na saúde. A maioria das operadoras desconhece o título de especialista, e a remuneração que é dada por esse serviço é menor que a do médico e, também, inferior à indicada pela tabela do Conselho Federal de Psicologia. A exigência de inscrição no CRP é mencionada por menos de 50% dos entrevistados.

As recomendações que nós fizemos já estão um pouco desatualizadas, pelo fato de terem sido feitas em 2004. Recomendávamos que fossem dadas mais informações para as operadoras sobre o título da especialista e também sobre a tabela de honorários do Conselho Federal de Psicologia; que fosse realizada uma pesquisa qualitativa com as operadoras para identificar as oportunidades e as dificuldades que se apresentam, a fim de poder ampliar o mercado de trabalho e ainda o atendimento do beneficiário. Uma pesquisa qualitativa, com os psicólogos que trabalham nos planos de saúde, poderia averiguar quais são as expectativas e os limites que eles apontam e quais as formas para superar estes limites. Com base nisso, seria possível formatar uma proposta viável que pudesse ser discutida com a Agência Nacional de Saúde Suplementar e com as operadoras do setor.



# atuação da agência nacional de saúde suplementar<sup>5</sup>

## Ana Paula Silva Cavalcante

Médica psiquiatra, mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e especialista em Regulação em Saúde Suplementar, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Boa noite a todos e a todas! Representar a Agência Nacional de Saúde Suplementar não é fácil. A Agência nunca satisfaz a nenhum dos atores porque a operadora, o beneficiário e o prestador não têm os mesmos interesses. O papel da Agência é tentar conciliar o interesse destes três atores e esta não é uma tarefa fácil.

Sou psiquiatra, portanto sou colega de vocês da área *Psi*. Trabalho na Agência desde novembro de 2004. A Agência é um órgão bastante novo. Foi criado em 2000. Até 1998, antes da Lei 9.656, não havia regulação na área; então, estamos dando os primeiros passos. Antes, a Saúde Suplementar era terra de ninguém. Hoje, embora existam ainda muitas deficiências na regulação, já houve algum progresso.

Vou fazer um breve histórico da origem da Saúde Suplementar no Brasil. Ela surge mais ou menos na década de 1960. O setor industrial e o de serviços oferecem planos de saúde para os seus funcionários através de convênios de empresas ou caixas de assistência. Na década de 70, há uma expansão das cooperativas médicas, empresas de medicina de grupo, graças a incentivos do próprio governo, à Previdência Social, ou seja, a Saúde Suplementar cresceu às expensas do Estado e do repasse financeiro. No final dos anos 70, a Previdência Social deixa de conceder incentivos e os convênios passam a ser estabelecidos diretamente com as empresas médicas.

Ao mesmo tempo, está acontecendo o processo de reforma sanitária no Brasil, paralelo ao crescimento desordenado de um Sistema de Saúde Privado sem regulação. Apenas as seguradoras que entraram no mercado na década de 1980 eram reguladas pela Susep. No final dos anos 80, há uma mudança significativa no mercado dos planos de saúde, e as empresas de medicina de grupo passaram a comercializar planos individuais com cobertura diferenciada, porque, até então, as medicinas de grupo trabalhavam apenas com pólos coletivos. Há, ainda nos anos 80, a entrada das seguradoras no mercado e a expansão do setor se dá em um contexto institucional de baixa ou nenhuma regulamentação do Estado

até por volta da década de 1990. No final da década de 80, há uma ampliação imensa da clientela e a abertura de empresas em quase todas as cidades com mais de 40 mil habitantes. Continuamos com um mercado bastante concentrado na região Sudeste, principalmente em São Paulo. Somente em 1988, com a nova Constituição, é estabelecido que o setor precisa de regulamentação. No entanto, somente em 1998 vai ser promulgada a lei 9656 e, em 2000, a Agência é criada.

Até a criação da Agência, mesmo com a lei 9.656, a parte econômico-financeira fica sob a responsabilidade do Ministério da Fazenda e a parte assistencial, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Só um pouco antes da criação da Agência, em 2000, é que tudo é transmitido para o Ministério da Saúde, ou seja, é uma regulamentação ainda muito recente. A legislação, a meu ver, está ainda inacabada, e este seminário é importante para nós podermos burilar um pouco a legislação, no que diz respeito à área *Psi*.

A ANS, ao menos por lei, tem, como finalidade institucional: promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde; regular as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações como prestadoras com os consumidores; e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Nós, até então, tínhamos um mercado auto-regulado por operadoras, prestadores e consumidores ou beneficiários, e a ANS entra com a missão de tentar equacionar esses interesses. Até porque o interesse da Agência não é quebrar as operadoras de planos de saúde, mas o lado mais fraco de fato é o beneficiário. Embora a Agência não seja um Procon, deveria pelo menos salvaguardar o interesse do beneficiário.

A ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. É uma autarquia especial. Seu presidente tem um mandato de três anos, assim como os seus diretores. A sua atuação é controlada por um contrato de gestão, feito entre o Presidente da República, o Ministro da Saúde e o presidente da ANS.

Em 2004, existiam 58 milhões e 900 mil beneficiários de planos de saúde,<sup>6</sup> que dizer, uma parcela significativa da po-

<sup>5</sup> Transcrição de palestra proferida em 27/10/2005, no Seminário “Psicólogos na Saúde Suplementar”.

<sup>6</sup> Como informa o site da ANS, em 2006 eram 36.953.198 beneficiários.

pulação, tanto em termos relativos, quanto, e principalmente, em números absolutos. E existiam 2.190 operadoras ativas.

A colega que me antecedeu comentou que o mercado é instável. Na realidade, até 1998, as operadoras de planos de saúde não precisavam se registrar em lugar nenhum; só as seguradoras se registravam na Susep. Houve certa dificulda-

## Os desafios seriam: nova perspectiva regulatória, em que se pretende uma mudança no papel e no desempenho dos atores da Saúde Suplementar para transformar as operadoras em gestoras de saúde; os prestadores de serviço em produtores de cuidado em saúde; os beneficiários e usuários com consciência sanitária; e a ANS em órgão regulador qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir Saúde.

Ana Paula Silva Cavalcante

de, inclusive, em legitimar a Agência como órgão regulador. As empresas começaram a se registrar, porém, até hoje, o registro é provisório. No final deste ano é que a Agência estará liberando o registro definitivo. Por isso, houve aquela diferença apontada. Outra coisa é que a legislação pressionou um pouco as operadoras. Muitas operadoras abriam e ficavam um ano no mercado, quando acabavam as carências e as pessoas iam usar o plano, elas fechavam. Devido a isso, com a regulação, muitas fecharam.

No momento atual da Agência, há mais ou menos dois anos sob a gestão do diretor-presidente, Doutor Fausto Pereira da Silva,<sup>7</sup> ele tem tentado e, aliás, de fato conseguido, colocar a regulação assistencial no centro da regulação da Agência, porque, até então, a regulação era muito mais econômico-financeira. Temos que convir que, para um Estado que não fazia regulação alguma, estabelecer uma regulação econômico-financeira foi um grande passo, mas, nesta gestão, se viu que era necessário avançar e que a assistência precisava estar no centro da regulação. No momento atual, a Agência foca a

Atenção em Saúde como dimensão prioritária da regulação, antes mesmo da dimensão econômico-financeira, considerando a Saúde Suplementar como um sistema que pode intervir em todos os aspectos da atenção à Saúde: na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

O modelo assistencial praticado na Saúde Suplementar não é muito diferente do modelo assistencial hegemônico no Brasil, que é um modelo de fragmentação do cuidado, centrado em procedimentos de custos elevados baseados na alta tecnologia, com interesses de mercado, diretrizes biologicistas, desconsideração das determinantes não-biológicas no processo saúde-doença, crescente especialização dos médicos e demais profissionais de saúde e a atenção primária, vista mais como uma triagem para acesso aos níveis de média e alta complexidade. Isso acontece no SUS e tem ocorrido na Saúde Suplementar. Às vezes, não existe nem a atenção primária e a pessoa já vai direto para o neurocirurgião, após a consulta ao “livrinho”...

Os desafios seriam: nova perspectiva regulatória, em que se pretende uma mudança no papel e no desempenho dos atores da Saúde Suplementar para transformar as operadoras em gestoras de saúde; os prestadores de serviço em produtores de cuidado em saúde; os beneficiários e usuários com consciência sanitária; e a ANS em órgão regulador qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir Saúde. Digamos que estas não sejam tarefas muito fáceis.

São diretrizes para remodelar esta assistência: integralidade do cuidado; produção de ações de saúde nos territórios de promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos pacientes; estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e beneficiários; responsabilização pela saúde do beneficiário; construção de um modelo de trabalho em saúde que responda ao sofrimento dos usuários.

A Agência tem dois programas prioritários hoje: o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e o Programa de Promoção e Prevenção, ambos baseados em linhas de cuidado. Linha de cuidado seria parte da missão institucional do estabelecimento ou serviço de saúde, definida a partir de quais produtos, para que clientela e com quais características. Entendam-se, como linhas de cuidado, as tecnologias, os recursos a serem consumidos durante o processo de assistência ao beneficiário nas diversas etapas do processo da produção da saúde: promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, operando vários serviços e funcionando de forma articulada. Alguns exemplos de linha de cuidado: saúde bucal, cardiovascular, materno-infantil. A Agência estabeleceu algumas linhas de cuidado como prioritárias e, nestas linhas de cuidado, pensou na figura do cuidador como central, priorizando as tecnologias leves,<sup>8</sup> o espaço relacional

<sup>7</sup> Dr. Fausto foi reconduzido para este cargo em 2007.

<sup>8</sup> Conceito introduzido por Emerson Elias Merhy, especialista em Saúde Coletiva da Unicamp, que divide as tecnologias em: leves, leve-duras e duras (MERHY, E. E. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002). As tecnologias leves são as tecnologias relacionais – cuidado, acolhimento, escuta; as tecnologias leve-duras, o conhecimento formal, o conhecimento que adquirimos na Faculdade, os protocolos; e as tecnologias duras, os equipamentos.

entre o prestador e o beneficiário, a existência de uma rede de serviços que atenda a todas as ações necessárias, a eleição de um projeto terapêutico adequado a cada usuário na sua singularidade, evitando a fragmentação da assistência e do corpo e incorporando ações de promoção e prevenção.

Na Saúde Suplementar, foram priorizadas quatro linhas de cuidado num projeto de qualificação e nos programas de promoção e prevenção: linha materno-infantil, neonatal, saúde bucal, cuidado dos pacientes portadores de câncer e transtornos cardiovasculares. Eu sinto falta de uma linha de cuidado que englobasse a Saúde Mental. A Agência dispõe de algumas ferramentas indutoras para uma remodelagem do modelo assistencial. O programa de qualificação da Saúde Suplementar institui a prática de se trabalhar com indicadores e informações epidemiológicas. Até a Agência surgir, não existiam estatísticas sobre a Saúde Suplementar, o uso de indicadores e de informações epidemiológicas. Embora ainda seja precário, progredimos muito nesse sentido e temos alguns sistemas de informação na Agência. O projeto de qualificação se baseia no Sistema de Informações de Produtos, o SIP, e ele serve para a avaliação da qualidade da Saúde Suplementar, o monitoramento contínuo dos indicadores calculados a partir dos bancos de dados da ANS, buscando dar transparência aos resultados de desempenho do setor. Tanto é que esse programa está disponibilizado no *site* da Agência, onde é possível conhecer a construção de índices de desempenho da Saúde Suplementar, a avaliação da qualidade das operadoras e também do órgão regulador.

A qualidade das operadoras está sendo avaliada a partir de quatro dimensões: avaliação da qualidade da atenção à Saúde; avaliação da qualidade econômico-financeira; avaliação da qualidade de estrutura e operação, ou seja, as redes que cada operadora disponibiliza; e avaliação da satisfação dos beneficiários. Na avaliação da qualidade da atenção, a Saúde tem 50% de peso. A atual gestão conseguiu bancar que a atenção à saúde fosse prioritária nessa nota. A qualidade institucional será avaliada em cinco dimensões: interação com os atores sociais do setor; articulação com outros órgãos do Governo; avaliação dos processos internos; conhecimento da Agência, porque ela é um órgão ainda bastante desconhecido; e satisfação dos clientes com a ANS.

Este índice de desempenho é um valor calculado pela razão entre a pontuação obtida pela operadora e a pontuação esperada pela Agência. A pontuação esperada é definida em função do percentual de alcance da meta estabelecida para cada indicador.<sup>9</sup> Os indicadores de Atenção à Saúde estão voltados para a avaliação de aspectos relativos à prevenção em saúde, à atenção ambulatorial e hospitalar, ao impacto na mortalidade dos beneficiários dentro daquelas linhas

de cuidado priorizadas. Esse programa de qualificação está centrado nas linhas de cuidado mencionadas.

Os indicadores estão sendo implantados e se pretende ter uma visão mais ampla após a sua aplicação e a pontuação das operadoras. O objetivo é que, no final, possamos trabalhar com 34 indicadores. Vamos ter um número significativo de informações para avaliar.

O outro programa é o Programa de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças. Na verdade, a Agência, neste caso, só pode induzir a implantação. Por exemplo, as operadoras, para iniciarem e permanecerem em operação no mercado, precisam constituir garantias financeiras que são as provisões de risco. Como nem todas as operadoras tinham feito isso e o prazo já havia expirado, a Agência, como incentivo, comunicou para as operadoras que, se elas adotassem o Programa de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças para os seus beneficiários, teriam o direito de prorrogar o prazo e dividir estes ativos garantidores. A partir daí, recebemos um grande número de programas que estão sendo avaliados no momento pela Agência.

Em dezembro de 2004, a Agência promoveu o primeiro seminário de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar. As operadoras eram o público-alvo. Buscamos experiências exitosas a serem apresentadas pelas operadoras. Foi uma forma também de estimular a discussão. Em 2005, está sendo programado o segundo Seminário de Promoção e Prevenção,<sup>10</sup> cujo público-alvo também será, prioritariamente, a operadora, mas provavelmente todos os profissionais de Saúde terão representantes, incluindo-se o CFP.

Foram estabelecidos critérios para avaliação dos programas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças, que serão avaliados e monitorados. Os critérios são: perfil de morbimortalidade da população beneficiária (quer dizer, fazer com que a operadora conheça a sua carteira); abrangência (a cobertura do programa); atividades desenvolvidas (número de beneficiários, participantes, periodicidade); protocolos utilizados (se utilizam protocolos do Ministério da Saúde ou das sociedades de especialistas); e avaliação (se vão usar sistema de informação, utilização de indicadores para monitoramento de programas e os seus resultados).

Estes dois programas – tanto o Programa de Qualificação na Saúde Suplementar quanto o Programa de Promoção e Prevenção – são prioritários na Agência. Porém, há uma coisa que é prioritária para nós, da área *Psi*, que eu faço questão de trazer, referente à legislação atual sobre o trabalho em Saúde Mental, que é exigido das operadoras por parte da Agência atualmente. A regulamentação da assistência à Saúde Mental veio com a Lei 9.656 porque, até então, as operadoras incluíam psiquiatria e não se referiam à Saúde Mental. Não existia

<sup>9</sup> Os interessados podem consultar o site da ANS: <<http://www.ans.gov.br>>.

<sup>10</sup> O II Seminário de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças foi realizado, pela ANS, em 12 de dezembro de 2005, no Rio de Janeiro. Em 15 de dezembro de 2006, ocorreu o III Seminário Nacional de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças no setor de saúde suplementar, também no Rio de Janeiro.

obrigatoriedade de que todas as doenças classificadas na CID (Classificação Internacional de Doenças) fossem tratadas. Hoje, depois da Lei 9.656, existe a obrigatoriedade de atendimento para Aids, doenças infecto-contagiosas e transtornos mentais, o que foi um avanço. Não estou querendo justificar esta pobre legislação, mas querendo mostrar como é que era o quadro da Saúde Suplementar até 1998. A Lei 9.656 é genérica, no entanto, há uma resolução normativa (CONSU 11 de 4/11/1998) que dispõe sobre a cobertura dos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde (CID 10). Inclui os tratamentos de transtornos mentais entre os serviços a serem prestados pelas operadoras de planos e seguros de saúde e ressalta a importância da adoção de medidas que evitem as estigmatizações e a institucionalização dos portadores de transtornos psiquiátricos.

## Debate

(Pessoa da platéia pede esclarecimentos sobre como as operadoras trabalham no que se refere ao atendimento em Saúde Mental).

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE: O que tenho visto é que as operadoras têm dado 12 sessões por ano, independente de o atendimento ter sido logo após a emergência. No segmento ambulatorial, o atendimento médico básico não pode ter limite de consultas médicas, desde que não se configure psicoterapia. O segmento hospitalar dá direito a 15 dias de internação para desintoxicação aos portadores de quadro de abstinência provocado por alcoolismo.

É questionável a cobertura de 30 dias em situação de crise, porque há pacientes mais graves, para os quais, 30 dias por ano podem não ser suficientes, mas a estratégia ao menos foi esta: 30 dias por ano de contrato, assim como as 12 sessões de psicoterapia.

Percebo também que as operadoras não estão cumprindo a exigência do hospital-dia, porque, neste, você teria apenas oito semanas por ano de contrato para usuários de substâncias psicoativas, portadores de transtornos de humor e transtornos de desenvolvimento psicológico, mas, para outros diagnósticos, além das oito semanas, podem ser acrescidos 180 dias de hospital-dia, ou seja, seis meses por ano de contrato, nos seguintes diagnósticos: transtornos mentais orgânicos, esquizofrenia, todo o grupo das esquizofrenias, retardos e transtornos de comportamentos emocionais na infância e adolescência.

(Pessoa da platéia pergunta sobre as penalidades aplicáveis).

Não existe qualquer restrição legal a que os planos ofereçam cobertura maior que a garantida na resolução CONSU 11 e na Lei 9.656, e para os planos constituídos antes de 2 de janeiro de 1999 e ainda vigentes. Ainda há um número bastante significativo de planos antigos. Neste caso, a cobertura obrigatória a ser garantida é a que consta nas cláusulas contratuais acordadas entre as partes.

Em relação à Saúde Mental, o CONSU 11 define que, no segmento hospitalar, deve haver custeio integral de, pelo menos, 30 dias de internação em Hospital Psiquiátrico ou enfermagem psiquiátrica em situações de crise, e o custeio de, pelo menos, 15 dias de internação em Hospital Geral, em quadros de alcoolismo ou outras formas de dependência química. Além disso, é definido que, em situação de emergência, os planos e seguros de saúde devem custear psicoterapia de crise, limitada a 12 sessões por ano de contrato.<sup>11</sup>

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE: São passíveis de serem multadas pela Agência as operadoras que não respeitarem o regulamento. Na realidade, como nem os prestadores de serviços, nem os beneficiários, nem os familiares têm conhecimento da legislação, fica difícil de fato. Mas 180 dias de hospital-dia não é uma cobertura tão pequena, embora o seja para alguns diagnósticos. A Agência não diz como deve ser o hospital-dia e se remete à portaria do Ministério da Saúde que afirma que deve haver equipe multiprofissional etc.

Até 1998, os planos não cobriam tentativa de suicídio. Então a CONSU 11 assegura a cobertura tanto clínica, como cirúrgica de intercorrências decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos realizados em decorrência de lesões auto-infligidas. Isso foi um grande ganho para o portador de transtorno porque ele passa a ter direito a ser atendido no caso de tentativa de suicídio.

Temos algumas propostas que queremos discutir aqui. No próximo ano, nós já vamos ter, no Sistema de Informações de Produtos, alguns indicadores em Saúde Mental para monitorar e avaliar o serviço de saúde. Passaremos a pedir, neste sistema de informação, dados sobre consulta psiquiátrica, internação psiquiátrica, psicoterapia e hospital-dia, que são os procedimentos obrigatoriamente cobertos. Isto vai possibilitar o mapeamento da atenção na Saúde Mental, como ela está sendo feita pela operadora.

Nós pensamos em realizar um Fórum de discussão, com os vários segmentos envolvidos, para: discutir a alteração da legislação em Saúde Mental; alinhar a legislação da Saúde Suplementar e políticas da Saúde Mental estabelecidas pelo

<sup>11</sup> Para maior detalhamento, consultar o site da ANS, seção Legislação, onde constam todas as regulamentações normativas vigentes.

Ministério da Saúde; promover a Gerência Técnico-Assistencial de Produto – a gerência que trabalha com a parte assistencial que fica na Diretoria de Produtos (Dipro). Pretendemos promover um Seminário sobre Saúde Mental na Saúde Suplementar com a participação da ANS, operadoras, prestadoras de serviços de Saúde Mental e profissionais de Saúde.

Há uma outra coisa do interesse de vocês. Refere-se ao rol de procedimentos. Além do atendimento à Saúde Mental, nós temos um rol de procedimentos mínimos que a Lei 9656 estabeleceu e que deve ser coberto por todas as operadoras de assistência privada à saúde. Hoje, o rol é médico e odontológico basicamente. Não inclui outros profissionais.

Por lei, este rol deve ser revisto periodicamente. A proposta atual da Agência é de inclusão de outros profissionais da área de Saúde, transformando o rol médico em rol de ações em Saúde. Esta proposta ainda necessita de discussão e articulação entre diversos atores do setor, porque existe uma reação muito grande das operadoras em relação a essa proposta, como vocês viram na pesquisa apresentada.

Gostaria de acrescentar ainda que, na Câmara de Saúde Suplementar – uma instância consultiva, não deliberativa – apenas o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Federal de Odontologia e o Conselho Federal de Enfermagem têm assento. O atual presidente da Agência fez um acordo com os órgãos dos conselhos federais da área de saúde e eles passaram a ter um assento nesta Câmara de Saúde Suplementar. Para mudar a composição da Câmara, é necessário mudar a Lei 9.656.

Para concluir, a proposta atual de gestão da Agência é a construção de um setor da Saúde Suplementar cujo principal interesse seja a produção da Saúde num setor centrado no usuário, que: realize as ações de Promoção à Saúde e Prevenção a Doenças; observe os princípios de qualidade, integralidade e resolutividade; tenha uma concepção incluyente de todos os profissionais de saúde; respeite o controle social; esteja completamente articulado com o Ministério da Saúde e cujo órgão regulador esteja também preocupado com a qualificação do seu processo regulatório. Nós estamos distantes dessa realidade, mas o que eu posso garantir é que esta gestão está aberta a essas propostas e tem lutado por elas.

ROGÉRIO GIANNINI: Acho que me chamam a atenção aquelas quatro ações que incluem a infância, a saúde bucal e não incluem a Saúde Mental. Queria que você falasse um pouco mais sobre isso e da possibilidade de mudança desta situação.

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE: Quando cheguei à Agência, estas linhas já estavam estabelecidas e também senti falta de que tivesse sido estabelecida a linha de cuidado para a área *Psi*. Na realidade, a Agência é um órgão muito recente, e acho que ainda não pode dizer tudo o que pode vir a dizer à sociedade. Evidentemente que o grupo de técnicos que está lá “puxa a sua sardinha” para o que acha bom, o que considera interessante ou eficaz naquele momento. Com certeza, se eu estivesse num grupo de trabalho para estabelecer as equida-

des, teria “puxado a sardinha” para a área *Psi*. Mas acho que é passível de mudança, sim. A Agência, hoje, pelo menos, está aberta a mudanças. Nós já conseguimos incluir, no sistema de informação que é a base de dados para o projeto de qualificação, alguns indicadores em Saúde Mental, porque não existia nenhum. Não se sabia, por exemplo, quantas internações psiquiátricas, qual o número de consultas em psiquiatria. A partir do próximo ano, nós já estaremos exigindo que as operadoras enviem também esses dados, tanto do hospital-dia, quanto de hospitalização psiquiátrica, psicoterapia e consulta.

PESSOA DA PLATÉIA: Queria saber como é feita a fiscalização. Quantos fiscais existem no país para controlar as empresas de Saúde? Acredito que as operadoras devem ter um setor de epidemiologia para levantar dados e conhecer a sua população-alvo, e também os dados da epidemiologia mundial. Gostaria de saber ainda se, no quadro dos convênios de Saúde, só existe psiquiatra e quantos psicólogos estão disponíveis para aquela população.

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE: Não sei quantos fiscais temos na Agência. Mas sei que nós temos a fiscalização pró-ativa e a reativa. A reativa é aquela fiscalização decorrente de denúncia de qualquer pessoa que liga para a Agência, do Procon ou do Ministério Público. E nós temos também a fiscalização pró-ativa, que é feita com um determinado número de operadoras por ano, escolhidas pela Agência segundo critérios estabelecidos. Por exemplo, um dos critérios é o número de queixas em relação à operadora recebidas pelo Disque ANS.

A fiscalização não é concentrada apenas no Rio de Janeiro, onde é a sede da Agência. Existem dez Nufas – Núcleos Regionais de Fiscalização: em São Paulo, no Rio, em Brasília, na Bahia, Rio Grande do Sul e outros. Enfim, são dez Núcleos e, neles, existem fiscais que vão fiscalizar a sua região, além dos fiscais do Rio que se deslocam pelo Brasil.

Não tenho condições de dar detalhes sobre a fiscalização, mas posso dizer que nós não podemos exigir a presença de psicólogos no quadro de profissionais porque a atual legislação não determina que a operadora tenha psicólogo, a não ser indiretamente, se ela oferecer o hospital-dia. Aí podemos nos remeter à portaria do Ministério que aborda a multidisciplinaridade. Fora isso, nada existe na legislação que obrigue a operadora a ter profissional psicólogo.

PESSOA DA PLATÉIA: Trabalho hoje numa consultoria em que temos contato direto com os planos de saúde. Falou-se muito de promoção de saúde. Na própria empresa em que eu trabalho, eles passam esse trabalho para enfermeiros. Não se tem a visão de que o psicólogo poderia participar de atividades relacionadas à promoção da saúde. Gostaria, por outro lado, de dizer que entendo como importante o atendimento clínico. No meu dia-a-dia vejo a carência da parte psicológica e a demanda dos usuários. Quando vou às empresas, eles reclamam do fato de não haver atendimento psicológico, de haver um número limitado de sessões. Às vezes tem que interromper o tratamento no meio e pagar ao particular. Mas quero também

defender este outro lado de ações preventivas. Nós, psicólogos, também podemos atuar não só na área clínica, como também na promoção da saúde.

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE: A Agência não regula o papel profissional, não pode dizer que tal procedimento vai ser feito por A ou B, ou seja, a Agência não vai entrar nos papéis profissionais, isto cabe às entidades profissionais. É uma briga corporativa, digamos assim. A Agência vai procurar garantir a cobertura e este é o limite dela.

Alguém falou em prevenção. A Agência também tem um papel que, às vezes, obriga a ter ações preventivas. Por exemplo, quando estabelece o rol mínimo de procedimentos, inclui todos os procedimentos preventivos médicos: papanicolaou, mamografia, sangue oculto nas fezes. Nós não temos outros procedimentos porque o rol é médico. O que nós temos feito é indução de política. Uma indução de política foi o programa citado, de troca de programa de promoção e prevenção pelo deferimento da necessidade de as operadoras fazerem a provisão financeira num dado prazo, e a Agência pretende implementar outras políticas indutoras.

ANDRÉ ISNARD LEONARDI: Eu queria, primeiro, falar que foi muito profícua a sua vinda aqui porque abre um diálogo que é muito interessante. Acho que todo mundo reconhece o quanto a Agência caminhou nos últimos anos, de uma idéia para uma ação mais eficiente. A primeira coisa que eu queria comentar é o peso que você deu para a mediação da Agência entre os diversos atores, ao mesmo tempo que a coloca na defesa do interesse público que nem sempre combina muito com a mediação. Os Conselhos Profissionais também são um órgão de caráter público, e defendemos tanto os interesses dos psicólogos como dos usuários da psicologia. Queria que você comentasse esta contradição: defender o usuário e manter a saúde dos planos que são privados. A lógica do plano não é atendimento integral, universal à saúde, e sim a de sobreviver financeiramente. Como enfrentam esta contradição de interesses? Tradicionalmente, a Saúde Suplementar tem utilizado, na Saúde Mental, a internação quase como única alternativa, enquanto, no SUS, se avançou em relação à reforma psiquiátrica e na atenção à Saúde Mental. Você apontou algumas possibilidades de avanço. Mas, mesmo quanto ao SUS, nós temos sido muito críticos em relação ao pouco avanço ou avanço lento na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Então queria que você falasse mais sobre o quanto a Agência reguladora pode colaborar para esse avanço.

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE: Quando eu disse que a Agência tem uma função de mediadora, quero esclarecer que a Agência não é um Procon, cujo papel é a defesa do consumidor. A Agência trabalha com o Procon, cuja legislação está acima da legislação da Agência. Mas o papel da agência não é a defesa do consumidor *scritto sensu*, e sim a defesa do interesse público. Seria do interesse público que os planos de saúde quebrassem? Se fosse, a nossa constituição não teria aberto a Saúde para as empresas privadas, nem o Estado teria constituído uma Agência reguladora. A Agência quer regular,

melhorar, qualificar, mas ela não pode partir para exigências extremas que quebrem as operadoras existentes.

Falei em mediação, o que inclui profissionais da saúde, o que também não é fácil. A operadora tem o seu interesse financeiro, mas nós, como profissionais de saúde, temos os nossos interesses corporativos e a Agência não está lá para defender os interesses corporativos de nenhuma categoria profissional.

Então, é nesse sentido que falei em mediação: é mediar os interesses corporativos dos profissionais de saúde, incorporar os interesses dos beneficiários e das operadoras, evitando que elas quebrem, porque este não é o interesse do Estado brasileiro hoje. Só que, desses três atores, o beneficiário é o mais fraco, principalmente o beneficiário de plano individual, porque no plano coletivo ele tem uma categoria por trás dele, um sindicato que vai lutar e ter um poder de barganha muito maior. No plano individual, o beneficiário não tem nada, ele está sozinho. Então a Agência interfere, por exemplo, no aumento dos custos dos planos individuais, mas não interfere no aumento dos planos coletivos, porque entende que estes têm o poder de barganha.

Foi nesse sentido que falei em mediação e, em última instância, o interesse público é mediar, não deixar os profissionais insatisfeitos, nem as operadoras quebradas, muito menos os beneficiários sem assistência, porém, sem dúvida, desses atores o beneficiário é o que precisa de maior assistência da Agência.

Em relação à reforma psiquiátrica, eu acho que esta proposta de alterar o CONSU 11 é exatamente para tentar alinhar a legislação da Saúde Mental com as políticas em Saúde Mental do Ministério da Saúde. Embora saibamos que há críticas, muitas em relação ao modelo atual de Centro de Apoio Psicossocial/CAPS, por exemplo, acredito que houve um grande avanço, e a Saúde Suplementar precisa dialogar com a reforma psiquiátrica.

MARISE RAUEN VIANNA: Não sou da área de saúde, então não tenho um conhecimento muito grande dessa área. Minhas reflexões são a partir da pesquisa, do convívio com os psicólogos. Em primeiro lugar, reconheço que deve ser uma dificuldade tremenda trabalhar com as operadoras porque elas são movidas por interesses econômicos acima de tudo e o beneficiário tem pouquíssimo direito na prática. O interesse deles não é com a saúde e o que prevalece são os ganhos das operadoras. Mas algumas coisas me chamaram a atenção no que disse a Ana Paula, por exemplo, as linhas de cuidado. Não sei se deveria ser criada uma nova linha de cuidado para tratar das questões *Psi* ou se as questões *Psi* deveriam atravessar outras linhas. O psicológico não entraria como uma linha à parte, mas seria uma atenção dentro de outras linhas que estão sendo priorizadas.

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE: É verdade, ela deveria estar perpassando, mas quando falei da área *Psi*, estava me referindo especificamente aos transtornos psiquiátricos *stricto sensu*, que, a meu ver, seria interessante constituir uma linha de cuidados específicos. Mas de fato a questão psicológica estaria

perpassando outras linhas. Se nós pensarmos na medicina psicossomática, vamos concluir que, em todas as linhas de cuidado, o atendimento psicológico é pertinente.

MARISE RAUEN VIANNA: Queria também entender melhor o que foi mencionado. Não sei se é falta de informação minha, mas, quando consultei o site do Procon quanto às obrigações mínimas dos planos de saúde, havia um trecho referente às coberturas legais em relação aos transtornos psiquiátricos e esse item dizia: “Ficam cobertos todos os transtornos psiquiátricos codificados no CID 10”. O CID 10 é uma codificação que é determinada pelo médico? A classificação do psicólogo é aceita?

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE: Esta classificação é utilizada internacionalmente. E há um comitê que a revê de dez em dez anos. Não especifica que profissional vai intervir; é uma classificação de doenças. O que a Agência hoje determina é que as operadoras estão obrigadas a cobrir todas as doenças. O que a Agência pode e deve fazer é incluir, no rol mínimo, o atendimento do nutricionista, do psicólogo, do fonoaudiólogo, mas não vai dizer qual o procedimento específico que cabe a um determinado profissional. Existem procedimentos que estão no limite entre uma profissão e outra, e nisso a Agência não pode interferir.

PESSOA DA PLATÉIA: Queria saber qual o retorno que o CFP ou o CRP, ou seja, a categoria dos psicólogos, pode dar para a Agência para que ela tenha condições, suporte e sustentação para incluir o nosso trabalho. Porque, às vezes, nós reclamamos muito, mas não nos fazemos valer. Somos nós, e não a Agência, que temos que demonstrar cientificamente a necessidade do nosso trabalho para que isso se transforme em lei a ser cumprida. Vamos incluir o atendimento psicológico no rol mínimo porque na área da Saúde o nosso trabalho é fundamental. A Organização Mundial de Saúde tem vários estudos demonstrando isso.

Parece que falta uma estratégia dos Conselhos de Psicologia para obter suporte em nível legal, para abrir campo para o profissional e nos tirar dessa posição que parece de segunda classe. Precisamos nos impor, mostrando a necessidade de nosso trabalho.

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE: Os conselhos podem contribuir muito. A realização desse Seminário já é uma contribuição, mas acredito que o estabelecimento de parâmetros ou protocolos é necessário. Acho muito difícil conseguirmos negociar com a operadora a inclusão sem restrições do atendimento psicológico. Eu acredito que, com o protocolo, seja muito mais viável regulamentar que o beneficiário vai ter direito a “x” sessões por ano, a sessão terá “tantos” minutos e serão “tantas vezes” por semana no máximo. Isso não é fácil estabelecer porque não há consenso e, assim, é muito difícil para a Agência regulamentar.

Os Conselhos podem encaminhar uma proposta representando os psicólogos. Seria interessante, mesmo que a Agência não fizesse uma legislação exatamente igual à proposta, porém teríamos um parâmetro para negociar. Outra contribuição interessante seria que a categoria pudesse conseguir

...a questão psicológica estaria perpassando outras linhas. Se nós pensarmos na medicina psicossomática, vamos concluir que, em todas as linhas de cuidado, o atendimento psicológico é pertinente.

Marise Rauen Vianna

que, no Conselho da Câmara de Saúde Suplementar, haja um representante ou do Conselho Federal de Psicologia ou dos Conselhos de todos os profissionais da Saúde, no entanto, isso só muda se se alterar a Lei 9.656 e quem faz isso não é a Agência e sim o Congresso. É uma luta muito mais árdua.

MARIA ERMÍNIA CILIBERTI: Gostaria de acrescentar que o objetivo desse seminário é este. Estamos acumulando discussões hoje e amanhã e, no último período, teremos os encaminhamentos. Qual a interlocução que queremos ter com a ABEP que trata do ensino de psicologia, com a ABRAP e como estaremos levando nossas propostas para a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ao final do Seminário, estaremos fechando para que o Grupo de Trabalho tenha esta referência construída com vocês nesse processo, a fim de sabermos exatamente o que nós priorizaremos com todos os nossos parceiros ou nossos interlocutores.

PESSOA DA PLATÉIA: Eu queria saber se existe alguma coisa direcionada para a Saúde do Trabalhador. E a outra questão é para o Conselho, porque eu vejo uma carência na minha formação e acredito que, em geral, isso ocorre na universidade. Os psicólogos têm dificuldade em lidar com o CID (Classificação Internacional de Doenças) e fazer diagnóstico. Os convênios exigem que usemos o CID, para distinguir, por exemplo, uma depressão clássica de uma depressão induzida por falta de hormônio de tireóide. Para que o psicólogo possa trabalhar também de uma maneira mais efetiva com os convênios, ele deve ser capaz de lidar com o CID, mas nós não estudamos isso.

PESSOA DA PLATÉIA: Existe um decreto aprovado em 1988 que determina que todo o paciente oncológico deverá ser atendido por um psicólogo, especializado em psiconcologia ou não. Se o cuidado com o paciente oncológico está incluído na regulamentação da ANS, por que não o atendimento psicológico? Acho que a Agência precisaria incluir este item nos cuidados.

ANA PAULA SILVA CAVALCANTE: Sobre Saúde do Trabalhador especificamente, me parece que não há nada, mas, nos dissídios coletivos, sempre há cláusulas contratuais em relação à Saúde do Trabalhador. Em relação a um decreto, uma lei ou uma portaria aprovada sobre os psicólogos nas clínicas de oncologia, as leis federais, as portarias ministeriais são maiores que a legislação da Agência, portanto, a Agência não precisa legislar, já está legislado por instância superior.

# tema 1: interface entre a saúde pública e a saúde suplementar

Coordenação: SINPSI-SP – Luis Carlos de Araújo Lima  
Palestrantes: Luiza Sterman Heimann  
Maria Mello de Malta

## Pesquisa: público e privado na saúde<sup>12</sup>

### Dra. Luiza Sterman Heimann

Médica sanitária, coordenadora do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistema de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Queria agradecer, à organização do evento, o convite para participar dessa mesa e esta oportunidade de trocar idéias a respeito de um tema que, a meu ver, é bastante instigante: a Relação Público e Privado na Saúde. Quando falo “Público”, estou me referindo ao Sistema de Saúde Brasileiro (SUS), e “Privado”, estou me referindo especificamente ao Sistema Suplementar. O trabalho *Desafios para a equidade em Saúde na Região Metropolitana de São Paulo* que aqui será apresentado foi desenvolvido pelo nosso Núcleo e finalizado no ano passado, com o apoio de diversas instituições.

Antes de entrar propriamente no tema, queremos apontar algumas diferenças que consideramos importantes para entender o Sistema Público e o Sistema Privado.

Uma primeira diferença que, para nós, é fundamental para a análise dessa situação é o próprio conceito de Saúde. Enquanto, no Sistema Público, a saúde está relacionada a condições de vida e é resultante das diferentes políticas, sejam elas econômicas sejam sociais, no Privado, a saúde é definida a partir da doença exclusivamente e a doença é entendida como uma mercadoria. Quanto às características do sistema, o Público se organiza a partir de princípios – universalidade, integralidade e equidade – e o Privado, ao contrário, seleciona e segmenta a clientela. Enquanto o Público é integral, o Privado é parcial, porque também seleciona o tipo de oferta ou

de atendimento dado a essa clientela. O sistema Público tem como princípio, a equidade, isto é, trata de forma diferente os “diferentes”, para atingir a universalidade e a integralidade, enquanto que, no sistema Privado, os direitos dependem do poder aquisitivo.

Quanto aos princípios organizativos e operativos do sistema, tanto no Sistema Público quanto no Privado há descentralização, regionalização, hierarquização e mesmo participação, embora fundamentados em bases teórico-conceituais diferentes que não cabe agora aprofundar.

Apresentaremos, a seguir, a pesquisa mencionada. Para realizá-la, partimos da hipótese de que a relação do SUS com o Setor Privado (Saúde Suplementar, no caso) gera desigualdades em saúde. A categoria que nós utilizamos para analisar o material empírico foi a governança, conceito ainda em construção e que tem diversas interpretações. Definimos governança como ferramenta sem caráter normativo ou prescritivo para a compreensão dos fatores que organizam a interação dos atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo. É uma categoria que atende aos objetivos da pesquisa, uma vez que estamos trabalhando a relação entre dois Sistemas, com interesses bastante divergentes, que envolvem diferentes atores e com um objeto altamente complexo que é a Saúde.

<sup>12</sup> Transcrição de palestra proferida no Seminário Psicólogos na Saúde Suplementar, em 28/10/2005.



### Método: ordenamento e agrupamento

O objetivo do trabalho foi identificar, no Setor Público, estratégias e mecanismos na relação Público-Privado, tendo em vista a busca da equidade. O *loco* da investigação foi a região metropolitana de São Paulo. Olhamos para o Privado a partir do Público, e não a partir do próprio Setor Privado, ou seja, como, no Sistema Público, percebe-se o Setor Suplementar e quais são as relações e mecanismos estabelecidos nessa relação.

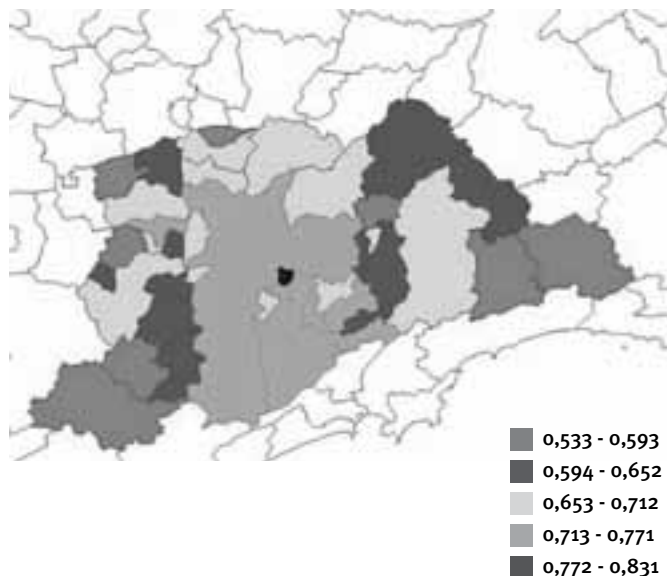
No primeiro momento da pesquisa, buscamos conhecer as desigualdades na região metropolitana que, apesar de ser uma unidade, apresenta desigualdades importantes em seu interior. Usamos um método de ordenamento e agrupamento de diferentes bases de dados que constroem indicadores tanto de condições de vida como de respostas dos Sistemas de Saúde. Foram eles: Índice de Desenvolvimento Humano - IDH (PNUD/IBGE, 1998); Índice de Condições de Vida e Saúde - ICVS (desigualdades de condições de vida e saúde) (NISIS, 2001); Índice de Respostas do Sistema de Saúde - IRSS (NISIS, 2001); Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS (acompanhamento de políticas públicas) (SEADE, 2000).

Foi feita uma análise de concordância entre estes índices, cujos resultados serão mostrados mais adiante, para apontar as desigualdades, o que nos orientou na seleção de casos/municípios estudados em maior profundidade.

Em um segundo momento, buscamos o reconhecimento das desigualdades na assistência –estou falando da assistência médica porque o Setor Suplementar trata exclusivamente da assistência médica – entre o Setor Público e o Privado. Trabalhamos também com a análise de frequência por meio de uma pesquisa com banco de dados e um tratamento avançado da pesquisa da assistência médica sanitária do IBGE, uma pesquisa censitária sobre todos os estabelecimentos de Saúde no país em 2002. Ainda trabalhamos com os dados da pesquisa “Condições de Vida e Saúde”, do Seade, de 1998, além dos dados do Datasus e da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar.

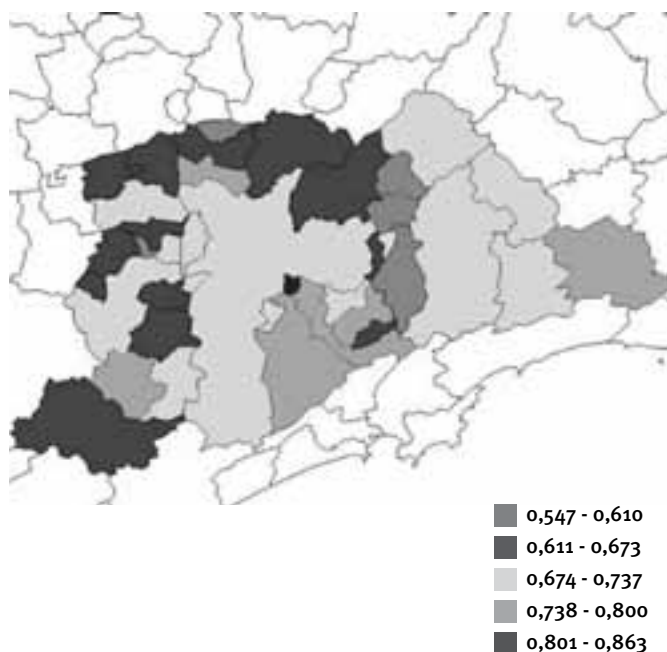
Em um terceiro momento, nos casos selecionados, nós passamos a estudar as estratégias do Gestor Público na relação Público e Privado. Foram utilizadas entrevistas e documentos dos municípios, da Secretaria de Estado e também da Agência de Saúde Suplementar. Como podemos ver no mapa 1 (abaixo), na região metropolitana de São Paulo, constituída de 39 municípios, apesar de ser a região mais rica do país, há uma desigualdade grande. Os municípios em tom de cinza médio (ICVS 0,533 a 0,593) – estão na periferia da região – têm as piores condições de vida. Só há um município na região que tem melhores condições de vida: São Caetano (cinza-escuro), num *ranking* em relação aos 5.650 municípios do Brasil. Esta é a distribuição dos municípios em relação aos indicadores de condições de vida, que incluem renda, habitação, educação e saneamento.

Mapa 1 – Municípios da Região Metropolitana segundo o ICVS



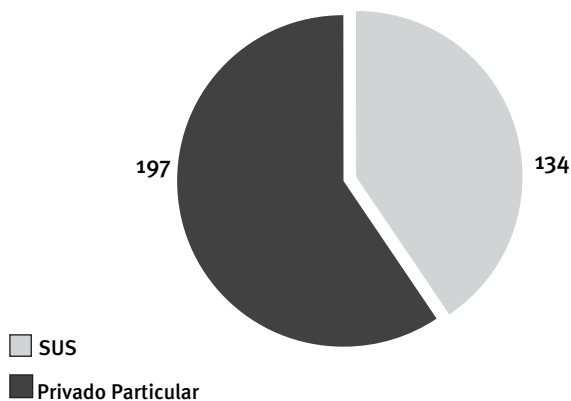
O mapa 2 se refere à desigualdade em relação às respostas do Sistema. Este índice trabalhou com alguns conceitos – por exemplo, o de óbitos evitáveis – como resposta do Sistema. Quanto maior o número de óbitos evitáveis, piores são as respostas que os Sistemas estão dando. Em relação a isso, podemos ver que a distribuição muda, e não é muito coincidente com as condições de vida. Existem municípios com bons índices de qualidade de vida e baixa resposta do Sistema, portanto não há uma associação direta. Mantém-se o melhor (São Caetano), mas São Paulo, capital que estava na média superior em relação às condições de vida, cai para a média quanto a este aspecto.

Mapa 2 – Municípios da Região Metropolitana segundo o IRSS.



O quadro 1 abaixo mostra as desigualdades que conseguimos identificar em relação ao número de hospitais da Rede Pública (Rede SUS) que compreende não só os serviços estatais como também os serviços contratados, conveniados do setor privado, e da Rede Privada, esta é, basicamente, toda ocupada pelo próprio Setor Suplementar. A oferta desta Rede Particular ou Privada de Serviço de Saúde abrange tanto os serviços comprados pelo SUS, quanto o particular – aquele que paga diretamente pelo serviço prestado – assim como o setor de Planos e Seguros de Saúde.

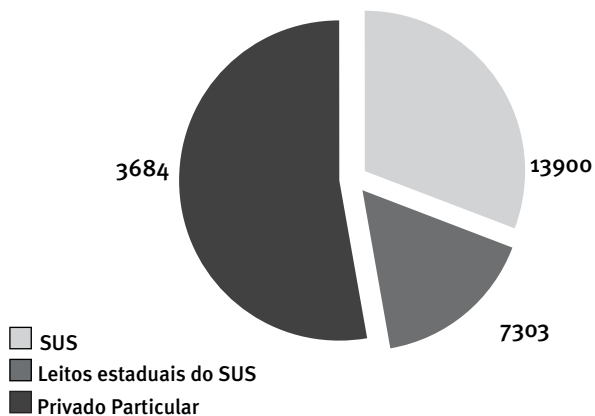
**Quadro 1 – Número de Hospitais da Rede SUS e Rede Privada Particular na RMSP, 2002.**



Fonte: NISIS, a partir dos dados da PAMS, 2002 - IBGE

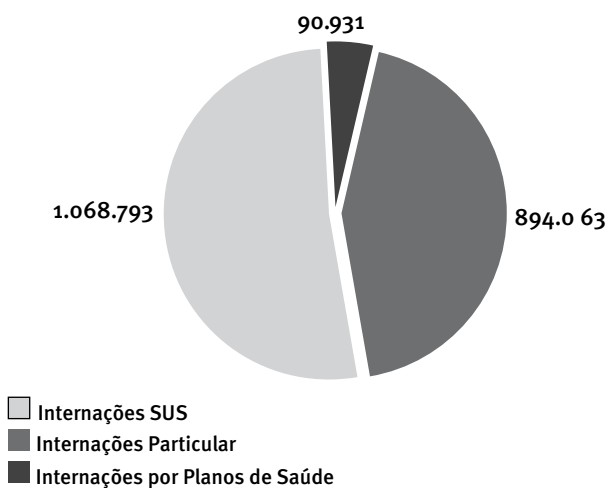
Em relação a leitos (quadro 2), esta desigualdade permanece, com maior oferta da rede privada. Podemos ver também a distribuição na Rede Pública: o que é estatal e o que é contratado conveniado. A Rede Pública ainda tem uma predominância dos seus próprios serviços, mesmo na área hospitalar, onde se compram bastantes leitos na Rede Privada. Quanto ao número de internações nessa rede (quadro 3), esta relação se inverte. Apesar da Rede Privada ter maior oferta de estabelecimentos e de leitos, a produção dela é menor em relação à Rede Pública.

**Quadro 2 – Total de leitos na rede SUS e na Rede Privada na RMSP, 2002.**



Fonte: NISIS, a partir dos dados da PAMS, 2002 - IBGE

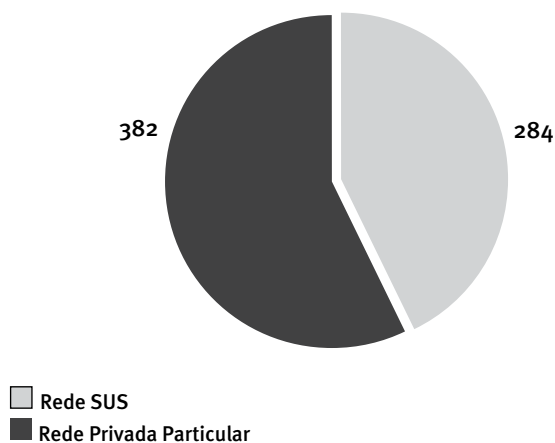
**Quadro 3 – Números de Internações nos Hospitais segundo Rede SUS e Particular, 2002.**



Fonte: NISIS, a partir dos dados da PAMS, 2002 - IBGE

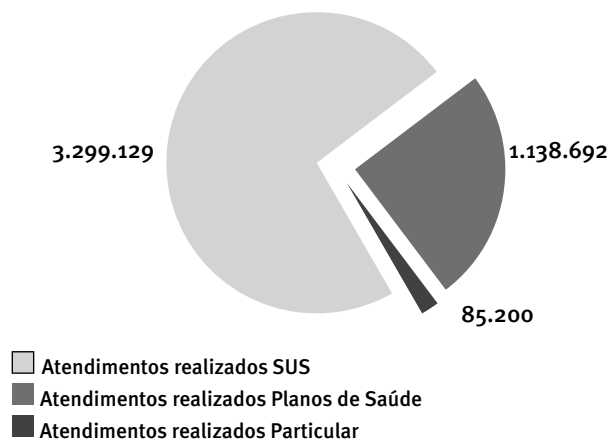
Já em relação ao atendimento de urgência e emergência (quadro 4) pelos estabelecimentos, a tendência é a mesma dos estabelecimentos hospitalares. A Rede Particular é maior do que a Rede Pública, porém, quanto ao número de atendimentos, a inversão é ainda maior (quadro 5). A Rede Pública, apesar de ter menor número de serviços e oferta, tem um número muito maior de atendimento. Podemos levantar algumas hipóteses para explicar estas diferenças, particularmente em relação a estes dois tipos de atendimento.

**Quadro 4 – Estabelecimentos com Atendimento de Urgência e Emergência da Rede SUS e Privada na RMSP, 2002.**



Fonte: NISIS, a partir dos dados da PAMS, 2002 - IBGE

**Quadro 5 – Número de Atendimentos de Urgência e Emergência em Serviços de Urgência/Emergência segundo Rede SUS e Rede Privada na RMS, 2002.**



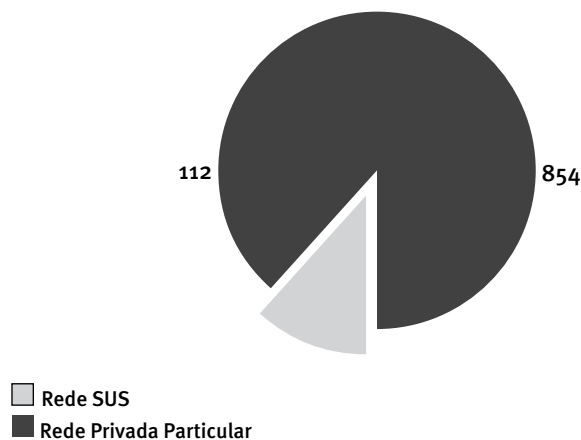
Fonte: NISIS, a partir dos dados da PAMS, 2002 - IBGE

Em relação aos hospitais, com certeza existe uma ociosidade da Rede Privada e, mesmo assim, mantém-se um déficit de leito na Rede Pública. Nesta relação de compra e venda, o SUS não consegue comprar leitos no mercado, apesar de haver uma maior oferta e ociosidade na rede privada. A justificativa do prestador, dada na entrevista, é a baixa remuneração dos procedimentos de internação pela tabela SUS, o que faz com que eles prefiram não vender o leito a não obter o lucro desejado. Há uma polêmica em relação a essa questão, porque vários prestadores dizem que não é possível operar com a tabela SUS e outros afirmam: “Não, nós não queremos”. É uma divergência dentro do próprio mercado.

A diferença em relação ao serviço de urgência e emergência é devido a uma grande seletividade do atendimento dentro do Setor Privado. Os hospitais, mesmo que tenham serviço de urgência, não são de *porta aberta*, ou seja, o serviço de urgência é interno ao próprio hospital. Se, dentro do hospital, eles precisam de um atendimento, existe um serviço de urgência. Necessariamente, eles têm que atender quando houver um encaminhamento ou algum tipo de acordo dentro do sistema de urgência e emergência. Este é um grande problema para o SUS porque todo o serviço de urgência e emergência – casos graves que exigem complexidade no atendimento – acaba sendo realizado na Rede Pública e não é à toa que os pronto-socorros são do jeito que conhecemos, com problemas no atendimento e uma qualidade que deixa a desejar.

Já em apoio diagnóstico – tanto para diagnóstico como para tratamento – isto está totalmente concentrado na Rede Privada (quadro 6). Não houve investimento do Setor Público nesta parte; um achado interessante foi o de que alguns laboratórios, tendo em vista que o grande comprador de serviços é o SUS dentro dessa área, mudaram a sua planta produtiva até conseguirem ter o lucro que pretendiam, alterando a forma de produção.

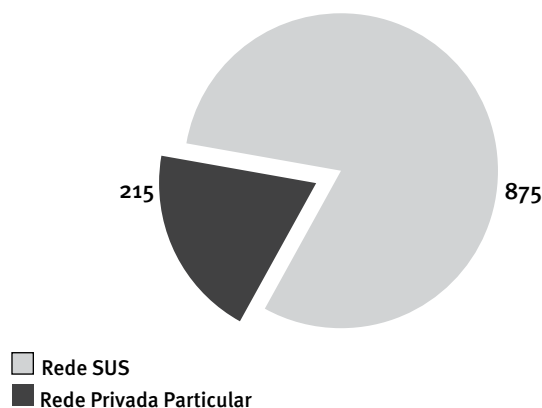
**Quadro 6 – Oferta de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia da Rede SUS e Privada na RMS, 2002.**



Fonte: NISIS, a partir dos dados da PAMS, 2002 - IBGE

Em relação a medicamento (quadro 7) acontece total inversão. Vemos que o Setor Suplementar não oferta dispensação de medicamentos. Pesquisas recentes do IBGE mostram que o principal gasto das famílias em saúde é com medicamento. Hoje em dia, a questão do medicamento passou a fazer parte de uma política pública, garantindo esta dispensação. Esta oferta, indiretamente, está redistribuindo renda.

**Quadro 7 – Dispensação de Medicamentos na Rede SUS e Rede Privada na RMS, 2002.**



Fonte: NISIS, a partir dos dados da PAMS, 2002 - IBGE

Devemos apontar que, nessa desigualdade da oferta e pelas características dos próprios sistemas, há um trânsito entre as duas clientelas. Primeiro, porque no Público todo mundo tem direito a ser atendido, enquanto, no Setor Suplementar, recorre-se ao SUS para determinados tipos de serviços, conforme a diferença na oferta. Urgência e emergência, medicamento

e internação e alguns tipos de procedimentos e de cirurgia são realizadas pelo SUS em virtude da lógica excludente do atendimento no Setor Privado. Há uma disputa entre os dois sistemas no mercado: a rede privada, na região metropolitana, tem 23.684 leitos, dos quais, o SUS compra 7.303, e o setor suplementar, 19.078. Se somarmos os últimos totais, verificamos que vão além do que existe. Há portanto uma disputa entre os dois grandes agentes: o SUS e o Setor Suplementar. O Setor Privado usa sua capacidade instalada vendendo os leitos sem nenhum tipo de controle, o que faz com que o mesmo leito seja comprado pelos dois agentes, e mais um terceiro: o usuário que pode pagar diretamente.

Quando chegam, por exemplo, três pacientes para serem internados no mesmo hospital para um leito que está disponível – um que vai pagar diretamente para o serviço; outro, encaminhado pelo SUS; e outro, pelo Plano de Saúde com

o qual tem convênio – quem entra? Logicamente, o que vai pagar mais por este leito. Não sei se o Setor Suplementar ou o particular, mas, com certeza, não é o encaminhado pelo SUS. Isso gera uma outra desigualdade importante no acesso aos serviços de Saúde. O controle sobre o que o SUS compra nesse mercado é muito pequeno e o controle da própria Agência Nacional de Saúde Suplementar, que é reguladora desse mercado, ainda deixa muito a desejar.

Podemos ver o que acontece na demanda no quadro 8. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas domiciliares, então é a opinião das famílias. Conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2004), a proporção da população usuária de Planos é no Brasil de 19,62%; no Estado de São Paulo, passa para 39,60%; na região metropolitana, é de 49,46% e, na cidade de São Paulo, é de 60,79%. Cresceu nos últimos anos numa velocidade bastante grande.

**Quadro 8 – Cobertura de planos e seguros privados de saúde suplementar, 2003.**

UF	Pop. assistida	% Pop. assistida	% Por medicina grupo	% Por cooperativas	% Por autogestão	% Por seguradoras	% Por filantrópicas
Brasil	34.706.071	19,62	7,11	5,25	3,17	3,29	0,79
Estado São Paulo	15.330.303	39,60	18,32	7,93	3,4	8,22	1,72
RM de São Paulo	9.219.305	49,49	27,86	4,5	3,1	13,68	0,32
Município São Paulo	6.490.178	60,79	33,45	5,78	3,68	17,35	0,49

Fontes: Ministério da Saúde - Agência Nacional de Saúde Suplementar - Sistema de Informações de Beneficiários. Informado até abril de 2004.

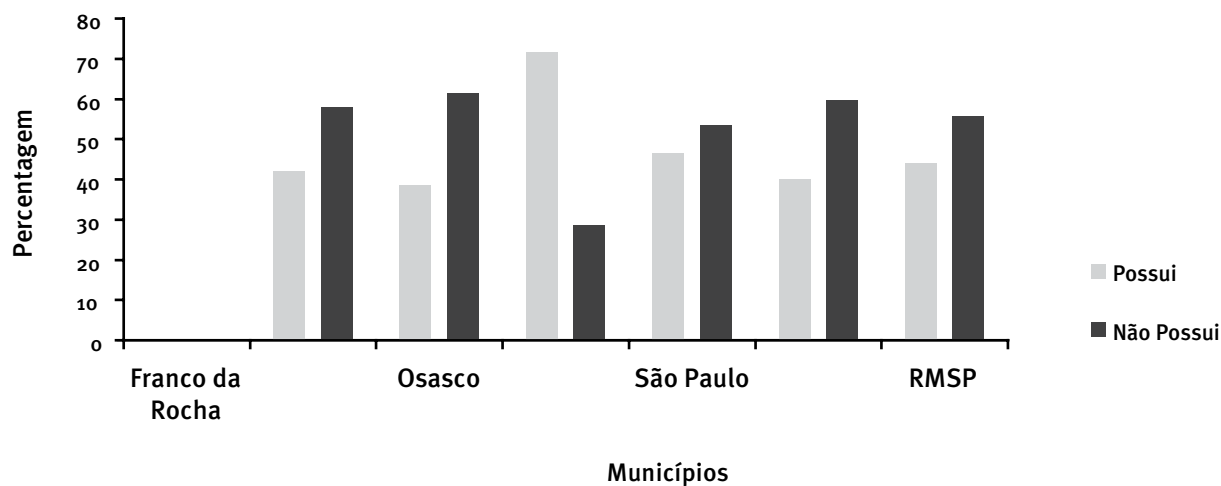
São incluídas, nessa estatística: as empresas de medicina de grupo – é ainda a maior forma de a Saúde Suplementar se expressar em São Paulo e no país como um todo; então vêm as seguradoras; depois, as cooperativas; seguidas pelo uso de autogestão e, por último, as filantrópicas que possuem os seus próprios planos.

No nosso estudo por município, pode-se ver que essa distribuição também é bastante desigual (quadro 9). Franco da Rocha, que pertence ao grupo de municípios com condições de vida baixa, tinha uma população, na época, de tão baixa expressão que a amostra não permitiu captar pessoa alguma, entre as entrevistadas, que possuía plano. Guarulhos tem uma proporção que chega a aproximadamente 40%; Santo André, em torno de 75%; São Paulo estava em torno de 40%; Osasco, um pouco mais de 35% e, na região metropolitana como um todo, em torno de 44%. Se nós estudarmos esta distribuição na população por quintis de renda (quadro 10), logicamente que teremos uma curva ascendente regular. No primeiro quintil de renda, também existe uma população detentora de

plano e chega a quase 90%, na população do quinto quintil de renda. Esta é uma outra desigualdade importante porque, quando falamos: “Ah, porque 40% da população tem Planos de Saúde!”, não é bem assim. Essa distribuição é bastante desigual na população. Os possuidores estão, na sua maioria no último quintil de renda, que é a menor parte da nossa população no geral. Mais do que isso, os planos são também diferenciados segundo este poder aquisitivo, mesmo a partir da lei de 1994 que cria o Plano Básico de Saúde – em que há um plano mínimo que deveria ser não-excludente, como o eram os antigos, e que deveria proporcionar um tratamento mais equalizado entre os quintis de renda. Na evolução do aumento de número de beneficiados de planos, não aumentou o número de possuidores de planos que pagam diretamente do seu bolso. São sempre planos empresariais que mantêm esta diferenciação. Os que procuram por atendimento fazem parte sempre da população com quintil de renda mais baixa e não os que têm melhores condições para ter boa saúde. Isso acontece tanto no SUS quanto no Setor Suplementar.

**Quadro 9**

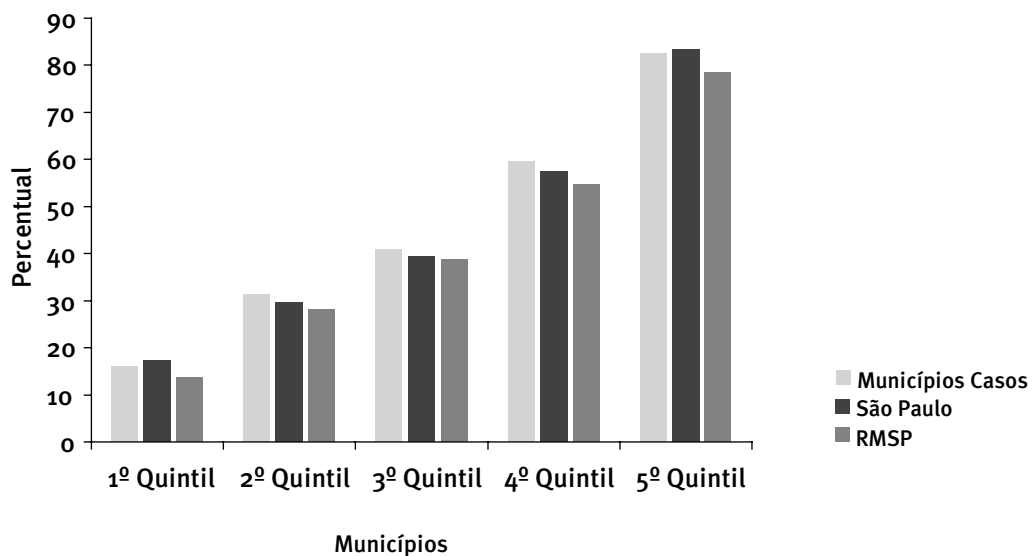
**Percentual dos Indivíduos que possuem Plano de Saúde nos Municípios-Caso, demais Municípios da RMSP e Região Metropolitana de São Paulo, 1998**



Fonte: NISIS, a partir dos dados da PCV, 1998 - SEADE

**Quadro 10**

**Percentual dos indivíduos com posse de Plano de Saúde por Municípios-Caso, município de São Paulo e RMSP, segundo Quintil de Renda Familiar, 1998**



Fonte: NISIS, a partir dos dados da PCV, 1998 - SEADE

O atendimento à demanda também é gerador de desigualdade, particularmente em alguns hospitais públicos que também vendem serviço para o Setor Privado. O Incor é um deles, o Hospital das Clínicas é outro. Geralmente é nos Hospitais Universitários que encontramos a famosa dupla porta, em que existem mecanismos privados dentro do próprio serviço público. A relação Público e Privado, gerando desigualdades na demanda, foi observada tanto nos serviços ambulatoriais, como nos hospitalares e nos de urgência e emergência. Isso nos leva à necessidade de considerar esta questão como fundamental e o mecanismo para se lidar com essa relação: a da regulação, que são as regras que podem e devem ser estabelecidas para a convivência entre esses dois setores. Vimos que o SUS compra serviços assistenciais, medicamentos, insumos e equipamentos médicos hospitalares e também presta serviço para esse mercado. Por outro lado, essa relação do mercado é pouco regulada. Noventa por cento dos serviços contratados assistenciais do SUS não têm contratos atualizados, o que mostra a baixa capacidade regulatória do nosso Sistema Público. Quanto menos regulado é o mercado, mais interessante é para o setor privado, que, assim, pode atuar mais livremente e obter maior lucro.

Quanto aos mecanismos e instrumentos de regulação, podemos perceber dados interessantes: nas entrevistas com os secretários municipais, aparecem muitos mecanismos ou instrumentos, desde plantão regulador, pesquisa telefônica com o usuário, avaliações, cadastros, cartões, sistemas e planilhas com monitoramento etc., o gestor começa a usar o

controle somente para o Sistema Público.

Na entrevista com os conselheiros, esta lista diminui bem, mas também eles identificam mecanismos e instrumentos de regulação. Vão fazer a fiscalização no local, fazem pesquisa telefônica junto aos usuários, existe o cartão, participam da programação pactuada integrada dos conselhos, dos planos, etc. Os conselheiros representantes dos prestadores informam mais ou menos os mesmos mecanismos dos usuários. Não há uma diferenciação na visão dos conselheiros – sejam eles prestadores, sejam usuários – quanto aos mecanismos de regulação. Porém, no SUS, enquanto Sistema Público, o gestor é responsável pela saúde da população do seu território, seja ela atendida pelo Público, ou pelo Privado. O perfil epidemiológico existente no território da população daquele lugar expressa essa desigualdade de condições de vida. A alteração desse perfil depende tanto das ações do Setor Público quanto do Setor Privado, e a regulação seria uma maneira pela qual haveria possibilidade de mudança desse perfil epidemiológico, por meio das ações de Saúde. No entanto, ela tem sido entendida somente como a utilização dos mecanismos e instrumentos existentes para avaliação e controle na organização da oferta do Sistema Público. Portanto, para a melhoria da saúde da população e enfretamento dessas desigualdades, nós entendemos que há necessidade de uma ação regulatória forte do poder público, do gestor SUS, para a garantia da qualidade da assistência prestada tanto pelo Setor Público, quanto pelo Setor Privado, para que a nossa população possa melhorar a sua qualidade de vida e saúde.

## Financiamento dos planos de saúde <sup>13</sup>

### Maria Mello de Malta

Doutora em economia, pesquisadora do LEPS – Laboratório de Economia de Política de Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Quando me foi passado o tema da discussão – “O Financiamento dos Planos de Saúde” – tive que assumir uma posição. Trabalho numa instituição pública, com médicos sanitaristas, que tem um compromisso muito forte com o SUS. Para nós, financiamento é financiamento público da Saúde, que é a questão fundamental. Mas o financiamento privado não seria uma questão? Sim, mas sob uma perspectiva completamente diferente. Saúde Suplementar é um negócio; o financiamento da Saúde Suplementar não diz respeito a nada além do funcionamento de um

negócio. O grande problema é que o objeto Saúde, com o qual eles negociam, é muito complexo. O gestor SUS ou o gestor governamental, de um modo geral, é responsável pela qualidade de vida e saúde da população, e, nesse sentido, se esta população que não está sendo completamente assistida pelo SUS adquire o Plano de Saúde, objetivando fazer a complementação da sua assistência, fica desatendida pela má gestão do negócio privado, o gestor se sente responsável e, aí, diríamos que a questão do financiamento privado, em certa medida, é público também.

<sup>13</sup> Transcrição de palestra proferida no Seminário Psicólogos na Saúde Suplementar, em 28/10/2006.

Sou economista, trabalho na área de Saúde, mas não diretamente com atendimento. Nesse sentido, a coisa mais importante para considerarmos é que existem alguns objetos da sociedade que não deveriam ser mercantilizados, e a Saúde é um deles. Nesse sentido, o financiamento de um Setor Privado de Saúde é o financiamento da mercantilização da Saúde. Eticamente temos um problema, porque o capitalista busca o lucro e, se não lucrar, não sobrevive. Vamos tentar discutir aqui o financiamento da Saúde Suplementar, com algum tipo de ética e entendimento menos mercadológico do que seja a Saúde.

Gostaria de partir de alguns fatos. O primeiro é que a saúde é um bem de relevância pública, interessa a todos a saúde de todos, por uma questão de qualidade de vida e por questões egoístas também. Se uma população está contaminada por qualquer tipo de doença, uma pessoa pode ser sadia, mas provavelmente por pouco tempo, como no caso da gripe do frango,<sup>14</sup> por exemplo, em que a pessoa se contamina pelo alimento e depois contamina os outros. Isso vem demonstrar que a saúde é um bem de relevância pública, e é de interesse coletivo que todos estejam bem de saúde.

A outra questão, que é mais ética, refere-se ao bem-estar social. Nós somos um organismo, toda nossa atividade em qualquer nível, desde a produtiva, que interessa ao capitalismo, até as sociais e afetivas, passam pelo funcionamento desse organismo. A saúde é a essência do bem-estar social e ela passa por uma diferença fundamental na renda quando estamos inseridos no capitalismo. No início da revolução social democrata, ela não foi considerada um dos bens básicos fundamentais a serem alcançados pela população. Os bens principais eram: alimentação, vestuário e habitação; a saúde veio em seguida. Hoje, há o reconhecimento da saúde como um direito conectado ao direito à vida.

Um segundo ponto fundamental é entendermos que o Sistema de Saúde brasileiro é híbrido, é público e privado de nascença. O que gerou o SUS que nós vivemos hoje é uma mistura do “campanhismo” do Ministério da Saúde com o sistema de atendimento médico da Previdência Social. O atendimento médico à saúde sempre foi imbricado com o Sistema Privado, o SUS sempre comprou serviços do Sistema Privado. Esta relação sempre foi muito íntima, a ponto de 80% dos profissionais médicos trabalharem no setor público e no privado.

O sistema de financiamento vai imbricar mais ainda um e outro, porque financiar o SUS, em certa medida, é também manter vivos os prestadores de serviços que estão funcionando no Setor Privado. Existe uma questão importante relacionada com os serviços de exames, serviços de diagnósticos. Há certos exames que são prescritos pelo médico e não existem, por exemplo, num hospital universitário. O serviço é comprado no Sistema Privado e o resultado volta para o médico. Então, é altamente imbricado, e foram criados

## A saúde é a essência do bem-estar social e ela passa por uma diferença fundamental na renda quando estamos inseridos no capitalismo.

Maria Mello de Malta

mecanismos para a melhoria do funcionamento da relação entre o público e o privado.

Uma coisa importantíssima refere-se aos descontos de imposto de renda. Pessoa física e pessoa jurídica descontam saúde o quanto quiser no imposto de renda. Não existe um teto. Educação tem teto, todos os outros descontos têm teto, saúde, não. Isso nada mais é do que um compromisso do governo em financiar a Saúde. É financiamento do governo e isso é bem claro. Todo mundo, quando preenche sua declaração completa do imposto de renda, nota isso claramente no sistema.

Outra questão, mais direta ainda, é a renúncia fiscal e a isenção de impostos para cooperativas e entidades filantrópicas que atuam no Sistema de Saúde. O Sistema Privado compra serviço da cooperativa e da filantropia, ou seja, a filantropia vende serviço para uma entidade cujo fim é obter lucros, e o serviço saiu mais barato por causa da isenção de impostos. Isso é financiamento também, é imbricamento entre o público e privado, sob o ponto de vista financeiro. O outro ponto mais óbvio ainda da relação com a Saúde Suplementar é a decisão recente de ampliar a compra de Planos de Saúde para funcionários públicos. O funcionário público não se entende mais como um cliente do SUS, não quer ser. Os sindicatos lutam por isso. Isso é resultado de uma política de financiamento público que transformou o SUS em “sistema para pobres”. Os nossos funcionários públicos que têm a renda média mais alta (em termos de posição na ocupação, carteira assinada, conta própria) não são pobres, por que seriam atendido pelo SUS? Essa lógica é que está por trás, é a lógica econômica. A lógica do mercado é a lógica do descompromisso com o financiamento da Saúde Pública e um compromisso que passa por todas essas instâncias que estamos vendo do financiamento público do Sistema Privado.

Existe um outro lado nessa história. Normalmente são encaminhados, para o SUS, os casos de urgência e emergência e os de alta complexidade (transplante cardíaco e de fígado, por exemplo). Estes pacientes de Planos de Saúde que vão ser atendidos nos seus transplantes e na sua emergência pelo

<sup>14</sup> Epidemia que preocupava as autoridades sanitárias em 2005.

SUS deveriam, de alguma maneira, ressarcir o SUS pelo uso duplo de um Sistema de Saúde. Estão pagando o Sistema Privado e usando o público, então este Sistema Privado que recebeu por um serviço que foi prestado pelo Público, deveria ressarcir-lo. Isso é uma questão legal e burocrática das mais complicadas. Há o argumento de que, se a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, quando alguém compra um Plano de Saúde, na verdade, está cobrindo um buraco de um serviço que deveria ser fornecido pelo Estado. Nesse sentido, por que deveria pagar por isso? Aliás, tudo o que faz deveria ser fornecido pelo Estado.

Esta história do sistema híbrido de saúde brasileira é uma relação que nasceu assim. Para complicar ou para intensificar essa relação, assistimos nos anos 1980 e 90, e hoje também, um desfinanciamento significativo do Sistema Público na Saúde. Perguntamo-nos como se aprova o SUS, em 1988, e se passam a reduzir os recursos para o financiamento do Setor Público. Se a população aumenta, há um crescimento da demanda por saúde e da necessidade do serviço. Se a oferta pública estaciona e a demanda aumenta, ocorre a ampliação do mercado da Saúde Suplementar. Nesse sentido, você tem um imbricamento ainda maior, numa relação ainda mais intensificada, e isso é uma opção política.

Um outro fato importante para concluirmos a nossa análise é o fato de os Planos de Saúde seguirem as leis do mercado. As questões principais do mercado, qualquer que seja ele, são os custos, a concorrência e os preços. Como estávamos discutindo no início, a Saúde é um bem de relevância pública e, mais do

que isso, é um bem fundamental. Inclusive está na Constituição que a Saúde é responsabilidade do Estado, deve ser mantida a todo custo, é essencial para o funcionamento do Estado capitalista, do Estado produtivo. Nesse sentido, não podemos deixar a saúde regida pelas forças de mercado. Todas as empresas do Setor de Saúde Suplementar pensam nos custos. A cada ciclo de novas inteligências, o culpado pelos custos é um nicho diferente, às vezes é o medicamento, às vezes são os médicos. E, então, as entidades representativas desse setor apresentam argumentos mostrando quem são os verdadeiros culpados, geralmente outros setores. Ora, a questão é a seguinte: os custos em saúde, no caso do Setor Suplementar, só obedecem à lógica do capitalismo; eles não são essencialmente crescentes. Daí a necessidade da regulação, porque esse mercado não pode ser deixado “ao Deus dará” e deve haver um amparo para que o serviço seja feito com qualidade; e qualidade significa redução de lucro. Isso é ruim para o capitalismo, porque o objetivo do capitalista é o lucro. A questão da concorrência é quase falsa no Setor de Saúde Suplementar, por causa desse imbricamento entre os profissionais e os prestadores do setor e o fato de ser um setor altamente concentrado, sob o ponto de vista da oferta. A questão da concorrência entre os Planos de Saúde é fundamental para o consumidor de Plano de Saúde, porque a falta dela implicará um aumento absurdo de preços e, por isso, é importante existir uma regulação. Se o mercado da Saúde Suplementar selecionasse a sua clientela, ficando apenas com aqueles que não utilizam hospital, por exemplo, isso asseguraria o seu lucro.

## Debate<sup>15</sup>

DRA. LUIZA STERMAN HEIMANN: Se esta relação Público e Privado na Saúde é um campo de contradição, a solução só pode ser política, não pode ser uma solução técnica, econômica, nem corporativa. Somente na discussão política, cada um defendendo os seus diferentes projetos nessa negociação – nessa disputa de idéias que implica não só uma consistência na argumentação, como também de valores éticos e morais – é que nós vamos conseguir superar essas contradições. Não há outro jeito, no meu entender, porque contradição é contradição: ou você negocia e repactua para superar ou então não existe solução. É difícil, inclusive, você falar em controle social da Agência, que é um mecanismo de Estado para controlar o mercado. Não há controle social de mercado porque o mercado é controlado pelo consumidor, e o consumidor e o mercado não são um ente social. Acho que os economistas discutem bem isso. Não podemos transformar o privado, que

tem interesses particulares e é movido pela racionalidade do mercado e do lucro, utilizando as mesmas categorias do Público. As lógicas são distintas. Nós precisamos saber trabalhar com essas diferenças e saber identificar como são essas relações entre um e outro, a fim de trabalhar essas relações conflituosas. Há necessidade de um repactuação, em função dessa relação, e isso passa pela política, e não necessariamente se deve à falta de informação.

As regras desse jogo da política não são justas. A questão da representatividade tem que ser revista. Nesse jogo, já se entra com diferenças muito grandes. Também acho que outro desvio é tecnificar a política. Penso que a falta da discussão política está nos levando cada vez mais a entrar nesse jogo sem saber as regras e, inclusive, desconhecendo suas conseqüências. É por isso que estou achando muito importante este Seminário. Os argumentos não podem ser técnicos:

<sup>15</sup> Devido a falha técnica não foram gravadas as questões da platéia. Decidimos manter as intervenções da mesa que podem esclarecer para o leitor as idéias do palestrante.



Se houver um compromisso do Setor Privado de oferecer um tipo de serviço que tenha a ver com o conceito de Saúde que está relacionado com o Sistema Público brasileiro, podemos aceitar. Mas todos nós que trabalhamos com Saúde queremos que o movimento de inserção das categorias profissionais de Saúde no Sistema Privado tenha, por trás, este outro conceito de Saúde.

Maria Mello de Malta

discutir a própria prática terapêutica é uma questão de ética profissional, mas não deve ser feita em função da economia do mercado.

MARIA MALTA: Eu gostei muito da apresentação da professora Luiza porque ela parte de alguns conceitos, diferenciando o Público do Privado. Sob esse ponto de vista, o conceito inicial que está por trás dessa diferença é o conceito de Saúde.

Quem trabalha em autogestão é um privilegiado e este mundo não é exatamente o do Plano de Saúde. Autogestão são os funcionários da empresa organizando um Plano de Saúde para si mesmos. Nesse sentido, a lógica do atendimento fica muito mais próxima da do Setor Público que da do Setor Privado. Em autogestão – aliás é mais comum haver a inserção de psicólogos na autogestão – a lógica é mais próxima do Público.

Não estou dizendo que um é melhor do que o outro. Estou falando das duas lógicas. Não quero fazer um julgamento moral aqui. A questão é que as lógicas são diferentes e é por

isso que não se enfrentam os mesmos problemas vivenciados pelos médicos no Plano de Saúde.

Quanto à questão dos parâmetros e do atendimento, gostaria de considerar o seguinte: 38 milhões de pessoas são atendidas nos Planos de Saúde porque elas não são atendidas no Sistema Público. Existe espaço para o Privado porque o Público não está atendendo. Isso é fundamental, porque Saúde é um bem de relevância pública, a todos interessa e nós não podemos deixar desassistidos os que optaram pelo Sistema Privado. É por isso que existe regulação nesse setor. Os setores que possuem regulação são setores em que os consumidores são altamente dependentes do serviço e não têm força para entrar no mercado, para combater ou se posicionar, posicionar a sua demanda de maneira equilibrada em relação ao mercado. Este é o caso da Saúde. E o mais grave, pois, neste caso, a perda é irreversível.

Tratar a saúde como mercadoria é uma perda social e política e é aí que a briga tem que se dar. O que a nossa sociedade quer em relação à Saúde? Porque se a nossa sociedade quer – e pode querer, é livre para querer – que a Saúde seja uma mercadoria, então ela será. Mas a Constituição de 1988, o pacto político que nós temos – teoricamente isso veio sendo construído – não é esse. E na hora em que você se insere no mercado de trabalho usando esta lógica, está dando um passo atrás. A pessoa que vai ser atendida por você não queria estar sendo atendida daquela forma, isso é importante.

Quanto a uma forma de justificar a entrada do psicólogo nos Planos de Saúde, diria que o trabalho do psicólogo pode ser bom para o psicólogo e não necessariamente bom para o paciente. Podemos argumentar que é bom também porque 38 milhões terão atendimento psicológico, mas com que conceito de saúde por trás?

Se houver um compromisso do Setor Privado de oferecer um tipo de serviço que tenha a ver com o conceito de Saúde que está relacionado com o Sistema Público brasileiro, podemos aceitar. Mas todos nós que trabalhamos com Saúde queremos que o movimento de inserção das categorias profissionais de Saúde no Sistema Privado tenha, por trás, este outro conceito de Saúde. É fundamental a luta pela “desmercadorização” da Saúde, pela integralidade do tratamento do paciente. Se isso é possível no Sistema Privado, ótimo, vamos lutar por isso!

# tema 2: concepção de saúde e doença: revisão crítica

Coordenador: Zuleika Fátima Vitoriano Olivan

Palestrantes: Marcus Vinicius de Oliveira Silva

Túlio Batista Franco

Naira Maria de Oliveira

## Transtornos mentais: construindo uma rede de cuidados<sup>1</sup>

### Marcus Vinicius de Oliveira Silva

Doutor em Saúde Coletiva, professor-adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Bahia e vice-presidente do Conselho Federal de Psicologia.

Como pesquisador e professor na área de Psicologia da Saúde da universidade em que leciono, portanto, responsável pela formação de futuros psicólogos que trabalharão nessa área, e também na condição de integrante da direção do Conselho Federal de Psicologia, gostaria de iniciar a minha exposição com alguns comentários que nos remetem à mesa anterior, bastante provocativa. Em primeiro lugar, cumpre esclarecer que nós, hoje, podemos, com satisfação, falar de uma trajetória institucional da nossa corporação e da nossa entidade que, de certa forma, representa as relações da psicologia com a sociedade, marcadas por uma inequívoca caminhada em direção às políticas públicas como elemento estratégico fundamental da nossa profissão. Nós podemos discutir, com certo conforto, o tema da Saúde Suplementar, porque sabemos que o foco principal de nossa atuação tem sido o tema das políticas públicas como uma direção para o futuro da profissão.

Nosso investimento principal tem sido nas políticas públicas.<sup>2</sup> E, quando falamos em colocar em tela toda a participação dos psicólogos, obviamente, não podemos fazer a política da avestruz e esconder a cabeça, fazendo de conta que não existe a questão da Saúde Suplementar. Quando o tema é a Saúde Suplementar, podemos, eventualmente, ficar numa posição pouco confortável para realizar a dialética da ação política e, de certa forma, ser conduzidos a um corredor muito estreito de decisões binárias – e não me parece que é isso que está colocado em nosso horizonte como grupo profissional. Não se trata de sim ou de não, trata-se muito mais de como, quando,

por quê, de que modo, de que maneira. Já estamos no Sistema de Saúde Suplementar, mas de forma desconfortável, mal posicionados, mal localizados. A questão não é decidirmos se agora vamos entrar no Sistema. Sem dúvida, temos a expectativa que possa ser gerada uma generalização da presença do psicólogo neste setor. Não devemos ter medo de generalizar a presença dos psicólogos em qualquer circunstância, em qualquer ambiente da sociedade brasileira. O nosso problema é perguntar como, quando, por quê, com que justificativa, com que tipo de recurso, com que perspectiva, com que ética. Estas são as questões importantes, e eu acho que esse Seminário pode nos ajudar a avançar neste sentido. Então, penso que é possível discutir, sim, a posição dos psicólogos na Saúde Suplementar, porque existe, efetivamente, uma questão que nos envolve: a formatação histórica dos nossos produtos, aqueles que oferecemos no mercado de prestação de serviço.

Aliás, um dado importante é que os psicólogos trabalham fundamentalmente no setor privado, 53% deles, diretamente para a clientela, como liberais. Na verdade, a questão, na nossa profissão, tem sido outra: como criar possibilidades de trabalhar para a população, para a sociedade, por meio de políticas públicas. É um caminho para sair do nicho da prestação dos serviços privados, dado que 52% dos psicólogos que atuam profissionalmente, no setor privado, prestam serviço de psicoterapia.

O problema aí é a formatação histórica desse produto. Como é que historicamente produzimos a psicoterapia, como

<sup>1</sup> Transcrição de palestra realizada em 28/10/2005, no seminário Psicólogos na Saúde Suplementar.

<sup>2</sup> Várias iniciativas do Conselho Federal atestam esta posição: em 2006, chamado de “Ano da Psicologia e Saúde”, foi realizado um Fórum Nacional de Psicologia em Saúde Pública. As iniciativas visavam colocar em tela a questão da atuação profissional dos psicólogos na área da Saúde.

é produto dos psicólogos? Este é um problema que devemos enfrentar. Sempre nos fazemos a seguinte pergunta: existe demanda para a psicoterapia? Se eu só sei oferecer um produto, fico extremamente limitado para apreciar o conjunto das necessidades de atenção psicológica que as pessoas me apresentam. Temos que ser capazes, hoje, de discutir a reconstrução, a reconfiguração da atuação do psicólogo na sociedade, prestando serviços nos mais diversos lugares. Efetivamente, já estamos vivendo um processo de reconfiguração dessas práticas, e esse processo certamente nos remete a novas ofertas. Estamos aprendendo a estabelecer novas possibilidades para oferecer o nosso saber nas mais diversas circunstâncias – e esse já é um passo que está sendo dado.

A dificuldade de reconfiguração do campo está associada ao fato de ele não ser uma prerrogativa estritamente profissional dos psicólogos, pois temos outras companhias. Então, precisamos, junto aos outros profissionais que atualmente prestam esse tipo de serviço, estabelecer critérios públicos, transparentes – não critérios esotéricos – a cerca da prestação desse serviço. É importante fazer com que as pessoas entendam o que afinal é uma psicoterapia. Não podemos ficar à mercê do esoterismo de uma prática que não se sabe muito bem o que é, como opera, qual o efeito que tem. Para nós, é muito confortável, num certo sentido, mantermos esse imenso grau de incerteza sobre a psicoterapia. Mas, ao mesmo tempo, isso nos coloca uma série de outros problemas sobre os quais temos que avançar. Avançar, reconhecendo a diferença, a divergência, a pluralidade que esse campo constitui, por meio de consensos mínimos, de acordos e de um diálogo democrático.

Não devemos ter medo de generalizar a presença dos psicólogos em qualquer circunstância, em qualquer ambiente da sociedade brasileira. (...) Então, penso que é possível discutir, sim, a posição dos psicólogos na Saúde Suplementar, porque existe, efetivamente, uma questão que nos envolve: a formatação histórica dos nossos produtos, aqueles que oferecemos no mercado de prestação de serviço.

Marcus Vinicius de Oliveira Silva

A psicoterapia não pode continuar sendo essa coisa tão misteriosa e tão à mercê de injunções tão pouco consideradas do ponto de vista da opinião das pessoas comuns. Não podemos aceitar que fique em nossas mãos o controle total sobre o que é essa prática, é necessário que esse controle seja colocado em discussão pública. Nós temos que ser capazes

de produzir, no campo da psicoterapia, essa reflexão. A nossa entrada político-institucional no debate da Saúde Suplementar começou quando constatamos que, efetivamente, num campo específico dessas ofertas, a Resolução CONSU nº 11, de 4 de novembro de 1998, do Conselho de Saúde Suplementar – que dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – sofreu o impacto da aprovação da Lei nº 10.216, no Congresso Nacional, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras do transtorno mental. É a famosa Lei Paulo Delgado que redefine exatamente o direito assistencial – entre outros – dos portadores de transtorno mental. Portanto, a situação ficou muito curiosa, porque hoje temos uma lei que afirma que a internação deve ser um recurso excepcional, que o direito de cidadania do portador de transtorno mental é o de ser tratado em regime aberto, em serviços substitutivos, em serviços comunitários, e temos uma Agência Nacional de Saúde Suplementar que aprova uma resolução que decide que o único direito do usuário do Plano de Saúde, portador de transtorno mental, é o de ser internado. Temos, assim, uma contradição flagrante entre uma legislação que foi aprovada depois e uma portaria hoje objeto de questionamento.

Levamos à Agência Nacional de Saúde Suplementar o debate, não o debate dos psicólogos, e sim o debate a respeito do direito dos usuários, de todos os usuários, independentemente de serem os do Plano de Saúde ou do SUS. Todos têm o direito de serem tratados sem ter a internação como o recurso principal ou imediato. Esse é um tema que está em debate e envolve exatamente a nossa perspectiva como psicólogos atuantes na política pública de Saúde Mental. Ele demanda a nossa atuação como psicólogos na construção do Sistema Único de Saúde no que diz respeito à reforma psiquiátrica, que estamos problematizando junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar. Estamos produzindo uma proposta para a expansão de um conjunto de possibilidades de atenção. E aí vem a questão importante que nos remete à mesa anterior, porque o processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira vem desenvolvendo um conjunto de concepções, de tecnologias assistenciais, no interior do Sistema Público, que não é apenas vinculado, organicamente, aos princípios maiores e mais nobres do SUS, ele, principalmente, ultrapassa o SUS.

Eu poderia dizer para vocês que, atualmente, a luta antimanicomial, com a sua clínica de reforma psiquiátrica, suas invenções tecnológicas assistenciais para pessoas portadoras de transtorno mental, tem grande impacto.

A relação dos profissionais com os seus pacientes, no interior dos serviços de Saúde dos Caps, dos Naps, dos Hospitais Dia, foi transportada como uma reflexão crítica importante para se questionar o próprio modo de operação das relações que os outros serviços de saúde estabelecem. Todas as pessoas têm o direito de serem tratadas da forma como estamos

...o processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira vem desenvolvendo um conjunto de concepções, de tecnologias assistenciais, no interior do Sistema Público, que não é apenas vinculado, organicamente, aos princípios maiores e mais nobres do SUS, ele, principalmente, ultrapassa o SUS.

Marcus Vinicius de Oliveira Silva

tratando os nossos pacientes psicóticos, reconhecendo a sua singularidade, suas diferenças, seus direitos de cidadania, que buscamos ampliar esses conceitos, e valorizando os vínculos humanos que esse sujeito estabelece com o serviço de saúde. Estamos exportando, do campo específico da clínica da reforma psiquiátrica para o campo da Saúde, conceitos, idéias e valores ideológicos a cerca do que significa prestar assistência à saúde.

É interessante esse debate que levamos para a Agência Nacional de Saúde Suplementar, porque, quando trabalhamos com a reforma psiquiátrica no Sistema Único de Saúde, lidamos com um conceito que amplia e transcende, inclusive, o âmbito estritamente sanitário, para entrarmos num âmbito de natureza antropológica. Nós podemos pensar que a questão da assistência ao portador de transtorno mental é mais do que uma tecnologia do tipo sanitária, médica, psicológica e é muito mais médico-social ou antropológico do que, efetivamente, estritamente psicológica. E aí vem uma questão que se refere à intervenção junto aos portadores do transtorno mental e a um conjunto de políticas públicas que possam promover efetivamente a reinserção social dessas pessoas.

Acreditamos que os portadores de transtorno mental que hoje estão internados em Hospitais Psiquiátricos – o que contraria inclusive a linha de política oficial do SUS – têm o direito de serem tratados no Hospital Dia. Que seja Hospital Dia privado, se eles assim preferirem, nós achamos que isso não é o mal maior. Mantê-los em regime de internação privado é pior do que tratá-los no Hospital Dia privado. Achamos que o acompanhamento terapêutico privado certamente não é melhor do que o que está inserido num processo amplo de reconstrução da vida que um Núcleo de Apoio Psicossocial-Naps ou um Centro de Atenção de Psicossocial - CAPS pode produzir. Consideramos que um acompanhamento terapêutico é um recurso bastante eficiente, importante e que pode estar à disposição de certos grupos que hoje têm Planos de Saúde. Os Planos de Saúde deveriam garantir, por exemplo, que, num dado momento, a necessidade terapêutica de um paciente psicótico contemplasse a possibilidade de remunerar um procedimento chamado acompanhamento terapêutico. Acreditamos que é

nesse espaço contraditório e paradoxal que temos de avançar, e sabemos que essa discussão é boa para nós, pois ela, de certa maneira, obriga-nos a refletir sobre a nossa prática para que possamos apresentá-la socialmente de uma forma mais precisa, mais adequada, mais compreensível, menos esotérica. E, considerando o outro um sujeito que é cidadão e que, para consumir, paga ou usa o SUS, enfim, que usa de alguma forma o serviço do psicólogo, é preciso criar consensos entre nós a cerca do que é fazer uma boa prática em psicologia, o que é aceitável. Precisamos produzir restrições no grau de liberdade individual que faz, de cada psicólogo, uma psicologia.

Não pode ser assim, não se pode ter livre arbítrio total. A pessoa cursa uma faculdade, registra-se no Conselho e, a partir daí, passa a agir sem limite, sem restrições, em nome da psicologia. Cada um estabelece pessoalmente o campo do domínio sobre essa técnica, como se esse domínio não interferisse na relação que o colega estabelece com os seus usuários. Quando eu, como psicólogo, ajo em nome da psicologia, tenho que lembrar que essa minha ação está sendo avaliada socialmente e pode estar interferindo no direito do meu colega de se apresentar como psicólogo, ele não deve ser cobrado pelas coisas que eu faço. O nosso movimento – e, por isso, um Fórum Nacional de Psicologia em Saúde Pública<sup>5</sup> – pretende construir referências para a intervenção política dos psicólogos na área da saúde e, certamente, nós vamos enfrentar o tema. Discordo da mesa anterior. Considero que, ao entrarmos no Plano de Saúde, possivelmente, nós estaremos provocando uma grande transformação na prática profissional. Se for assim, é benéfico, porque precisamos produzir uma transformação para que a nossa prática possa ser mais precisamente avaliada do ponto de vista da qualidade técnica e ética.

Esse movimento deve existir independentemente dos Planos de Saúde. Temos o dever social de produzir a condição para que essa prática possa ser avaliada do ponto de vista técnico e ético, e oferecer parâmetros sociais para a interpretação dessa prática profissional. É um desafio para nós que sempre nos escondemos em subjetivismos, que cultivamos como cultura. Achamos que tudo se reduz à subjetividade. É preciso que acordemos – e estamos fazendo isso – para o fato de que vivemos em sociedade e que pensar o tempo todo na subjetividade é uma deformação profissional. Os psicólogos gostariam que o mundo se guiasse estritamente pela subjetividade, porque o mundo estaria mais em sintonia com a nossa perspectiva, mas ele não é assim. Isso é bom até, imagina se todo mundo fosse igual a nós, pensando o tempo todo na subjetividade, afinal de contas, alguém tem que ser objetivo. Acho que, efetivamente, precisamos avançar no processo de objetivação das nossas ofertas, das nossas propostas de intervenção técnica. É importante oferecer isso à sociedade e, assim, nós vamos atender ao SUS, ao Plano de Saúde e a quem mais queira e precise dos serviços dos psicólogos.

<sup>5</sup> Realizado de 20 a 22 de outubro de 2006, em Brasília.

### Túlio Batista Franco

Professor-doutor da Universidade Federal Fluminense, pesquisador do CNPq e da Agência Nacional de Saúde Suplementar na área de “Modelos Assistenciais para a Saúde”, co-autor, entre outros, do livro *Dois faces da mesma moeda: – microregulação e modelos assistenciais na Saúde Suplementar*, editado pela ANS.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer o convite para estar aqui falando de um tema que é muito atual e importante. Queria dar os parabéns ao Conselho Federal de Psicologia, ao Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e as entidades do campo Psi, aos sindicatos que estão enfrentando esse debate .

Por muito tempo a Saúde Coletiva ignorou a Saúde Suplementar como ela não fosse o seu objeto de investigação, de saber, de práticas. No entanto ela existe, atende a trinta e cinco milhões de brasileiros e deve estar, portanto, sob regulação estatal, e ao estar sob regulação estatal virou política pública, essa é a questão fundamental. À medida que o Estado se atribui a função de regular, regulamentar, a Saúde Suplementar se torna política pública e deve estar sob o nosso campo de intervenção, de interesse e compreensão. Acho que é com coragem que o campo dos psicólogos através dos conselhos e do sindicato deve enfrentar essa discussão tendo por base o princípio da primazia do Público, mas reconhecendo o desafio a ser enfrentado.

Devo contextualizar a minha exposição que, como me foi sugerido vai se reportar aos “Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar”. Terminamos uma pesquisa em 2004 sobre “Modelo de Assistência e Gestão na Saúde Suplementar”.<sup>4</sup> Para contextualizar a questão dos modelos eu queria dizer o seguinte: em primeiro lugar o Modelo Assistencial na Saúde Suplementar (e na Saúde em geral) sempre foi, muito centrado na pesquisa e no conhecimento biológico, no saber e no profissional médico. A partir da década de 80 essa realidade vem mudando drasticamente. Nos Estados Unidos os Planos começaram a mudar, contratar outros profissionais, fazer promoção e prevenção à Saúde, porque entenderam que certas tecnologias de cuidado da população são melhores e mais baratas para o Plano de Saúde, do que cuidar a partir de baterias de exames e medicamentos, contrato que realmente foi baseado no modelo médico. Há Planos de Saúde que chegaram a comprar escolas médicas para formarem médicos generalistas, e Planos de Saúde demitindo médicos e contratando enfermeiros e outros profissionais. Esse fenômeno que ocorre nos Estados Unidos da década de 80 pra cá está se repetindo no Brasil. Nossa pesquisa identificou uma forte tendência dos Planos de Saúde em usarem tecnologias que são antigas no Sistema de Saúde Público, a educação em saúde, promoção e prevenção.

Apesar dos Planos de Saúde estarem ainda muito centrados no modelo médico, no saber biológico para configurar a forma de assistência à saúde – existe uma possibilidade grande de fazer a discussão no âmbito da regulamentação dos Planos e do modelo de assistência que os Planos devem adotar, da inclusão de novos profissionais com novos saberes, novas práticas, novas tecnologias de cuidado. Isso coloca em questão para nós que somos psicólogos, quais os produtos que nós temos a ofertar para o cuidado às pessoas e à saúde. Retomando a fala do Marcus Vinicius com que eu concordo plenamente, psicoterapia não é o único produto que nós temos a ofertar. No plano da promoção a Saúde, por exemplo, temos falado a favor de investimento em tecnologia de cuidados mais relacionais chamados de tecnologias leves – o vínculo, o acolhimento, a relação com as pessoas em todo o âmbito da Saúde – não só com as pessoas que possuem transtorno mental - mas todas as pessoas que buscam assistência e cuidados em saúde. Nós psicólogos, pela formação, pela natureza do nosso trabalho, temos na escuta e nos atos de fala os elementos constitutivos de nossas práticas e temos portanto possibilidades de ocupar um espaço importante na atenção à saúde que não é só da psicoterapia, mas o da promoção da saúde e todas as possibilidades que existem de cuidado à saúde em geral sem falar na saúde mental que é o nosso objeto específico. Existe uma grande potência, é necessário saber como operar essa potência para conquistarmos o espaço que pode ser nosso.

Vou passar rapidamente pela história do que denominamos Modelo Assistencial, que para nós é a forma como se produz a Saúde é a forma como se faz a saúde. Quando falamos de Modelo Assistencial buscamos pesquisar e compreender o nosso “chão de fábrica”, ou seja, compreender o lugar onde se dá de fato a produção da assistência à saúde, que é o lugar de encontro dos profissionais com os usuários que buscam o serviço de saúde. Isso se dá por saberes que nós operamos, por arranjos tecnológicos, e nós operamos diversas tecnologias, principalmente as tecnologias leves das relações, os saberes que são tecnologias mais estruturadas e a intencionalidade do ato de cuidar.

Quando nós nos relacionamos com determinado cliente, determinado usuário, há uma intencionalidade que faz com que o profissional faça o atendimento burocrático e sumário

<sup>4</sup> Os resultados foram publicados no livro “Dois Faces da Mesma Moeda – Modelos Assistenciais Micro-Regulação na Saúde Suplementar” que pode ser obtido gratuitamente na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ou faça o atendimento acolhedor, humanizado. Isso é da intencionalidade do profissional, da sua subjetividade, e esse é um aspecto importante que nós estamos procurando debater na Saúde Pública. Mudar modelos de assistência significa mudar não só os saberes, mas criar processo de subjetivação, mudar as subjetividades dos profissionais.

Os modelos assistenciais são histórico e socialmente determinados, e isso significa que são dinâmicos e podem mudar com o tempo. Quando digo que o que prevaleceu até hoje como hegemônico no campo da Saúde Pública foi o modelo médico, isso foi socialmente construído e pode ser desconstruído e se construir outra coisa porque o modelo é socialmente determinado. O que nós advogamos é o modelo que não seja o modelo médico, nem o modelo psicológico, nem o modelo enfermeiro, seja um modelo multiprofissional onde os saberes interagem entre si numa rede solidária de cuidado no sentido de atender as necessidades dos profissionais e nesse lugar todos os profissionais, todos os saberes, todas as práticas têm o seu campo de atuação garantido. Isso se define através da organização do processo de trabalho. Nós entendemos que Modelo Assistencial se dá principalmente pelo modo como se organiza o trabalho na Saúde, pois é o trabalho que é capaz de criar, de produzir, de impactar, de afetar, e o trabalho se faz a partir dos profissionais, das pessoas que são sujeitos, que carregam no ato de cuidar do outro a sua subjetividade, a sua intencionalidade. Como eu estava dizendo, para mudar modelo temos que mudar esse aspecto dos profissionais de Saúde.

O Modelo Assistencial foi fortemente marcado pelo modelo médico que vem desde o início do século XX a partir da reforma do ensino médico americano, que adotou a diretriz biológica e o campo biológico da ultra-especialização, como a diretriz a ser seguida na formação médica. Esse modelo constituiu formas de lidar com o sofrimento das pessoas e de fazer o cuidado das pessoas que se tornou, ao longo do tempo, pouco eficaz, de pouco resultado, porque é o modelo que passou a cuidar das pessoas a partir do ato prescritivo do médico. O ato prescritivo passou a ser o principal recurso para cuidar das pessoas e não os atos de fala, de cuidado e de toque. A clínica foi descaracterizada, a clínica, da origem grega da palavra que significa “o debruçar sobre o corpo” foi descaracterizada, substituída pelo ato prescritivo do exame, do medicamento. O toque e o olhar, a fala e a escuta foram substituídos, o médico passou a dialogar com os exames e não com as pessoas. Essa substituição virou uma crise, que vem sendo percebida desde os anos 70. São modelos poucos eficazes, porque aquele que busca cuidados de saúde não busca só uma intervenção sobre o seu corpo. Ele não é somente um corpo doente, ele é um sujeito que tem origem na cultura, origem social econômica; a subjetividade que vem nesse corpo não é atendida no ato prescritivo, não é objeto de interação com o profissional. O cuidado centrado apenas

## Mudar modelos de assistência significa mudar não só os saberes, mas criar processo de subjetivação, mudar as subjetividades dos profissionais.

Túlio Batista Franco

em procedimentos se tornou extremamente ineficaz e caro. Isso passou a ser verificado na Saúde Pública, porque cumpre dizer que nós não trabalhamos com a dicotomia Saúde Pública x Privada. Isto porque um processo de trabalho “produtor de procedimentos”, é tão ruim na Saúde Pública, quanto na Saúde Privada. O que está em questão é o modo de cuidar das pessoas e sua eficácia como se cuida e como se relaciona com elas. Portanto esse modelo ganhou a Saúde Pública e também a Saúde Privada, e os Planos de Saúde começaram a discutir alternativas aos altos custos e a ineficácia do atual Modelo a partir dos anos 70.

Os Planos de Saúde começaram a resolver isso a partir da lógica administrativa e gerencial chamada *manager care* nos Estados Unidos que é o cuidado gerenciado, atenção gerenciada. Refizeram o contrato com os médicos, por exemplo, delimitando o número de atendimentos, o número de procedimentos. Passaram a intervir sobre a decisão clínica do médico, a criar restrições ao ato prescritivo. Estabeleceram auditorias internas para a ação do médico, estabeleceram protocolos clínicos que levaram a um parâmetro único de prescrição. Quando os Planos fizeram isso tinham em mente reduzir os custos, e não pensaram nas necessidades da pessoa, nas diferenças entre elas, enfim, não apresentaram uma alternativa de práticas assistenciais que deviam ser encaminhadas. Operaram apenas na lógica administrativa racionalizadora e gerencial. Essa foi uma alternativa encontrada e que foi fortemente rejeitada por médicos, apesar da insistência dos Planos de Saúde.

Já na Saúde Pública, pelo menos no caso brasileiro, procurou-se encontrar alternativas diferentes de fazer o cuidado. O Setor Público procurou as alternativas que são, por exemplo, Programa da Saúde da Família e outros mais. A Saúde Suplementar, no caso brasileiro, procurou primeiro, introduzir alguns princípios do *manage care* da atenção gerenciada fazendo uma adaptação à situação do Brasil, e outros procuraram incluir novas tecnologias de cuidado em suas práticas e essa é uma diferenciação muito clara. Então a auto-gestão – como foi dita anteriormente – se parece mais

com o Público, porque são Planos de Saúde organizados pelos próprios funcionários de uma grande organização, por exemplo, a CASSI do Banco do Brasil e existem inúmeras outras, é um exemplo que pode ser dado de auto-gestão. A CASSI no Rio de Janeiro procurou organizar o seu modelo de assistência de forma parecida com um programa Saúde da Família do SUS; estabeleceu equipes, vinculou clientelas a essas equipes, adotou a sistemática de visita domiciliar, adotou programas de atenção a pessoas portadoras de doenças crônicas e etc, então eu posso dizer que esse é um Serviço Privado que é bom, muito melhor do que muitos Serviços Públicos que não alteram o cuidado à população, e isso é para desmistificar a idéia de que o Público é bom e o Privado é ruim.

A cooperativa médica, introduziu novas tecnologias de cuidado, tais como a promoção e prevenção de agravos e ao mesmo tempo buscou regular o trabalho médico. No caso pesquisado de cooperativa médica ela procurou introduzir algumas regrinhas de *manage care*, mas ao mesmo tempo tentou uma substituição das tecnologias de cuidados existentes produzindo promoção, introduzindo programas de atenção ao recém-nascido, programas de cuidado domiciliar para as pessoas portadoras de doenças crônicas enfim, programas de cuidado de hipertensos, de gestantes, etc. Então isso foi verificado como possibilidade de redução de custos e também de aumento de sua carteira de clientes. A cooperativa estudada, por exemplo, adotou um programa de atenção ao recém-nascido: a mãe a partir do momento que ela tem a criança recebe a visita de uma enfermeira com kit para o recém-nascido, que faz todo o programa do cuidado ao recém-nascido, orienta as mães quanto a higienização, cuidado nutricional, etc, e com isso conseguiu aumentar enormemente a sua carteira de clientes.

A medicina de grupo acompanha o trabalho médico operando principalmente no desenvolvimento dos recursos humanos, e a oferta e incentivos para médicos que tenham baixa prescrição de procedimentos. Os modelos de assistência foram se configurando em forma diferenciada aqui no Brasil a partir dessas alternativas.

Podemos entender então que existem novos arranjos no modo de assistir às pessoas, que combina experiências administrativas, com outras organizações do processo de trabalho, em substituição a tecnologias de cuidado que priorizam as tecnologias duras.

A introdução de novos profissionais no sistema assistencial desses Planos de Saúde já começa a ser vislumbrada, apesar de que é ainda muito forte um processo de trabalho centrado no saber e na pessoa do médico. Essa questão que foi aqui colocada, que há Plano de Saúde que só autoriza psicoterapia se houver encaminhamento do médico, mostra o quanto os modelos de assistência estão centrados no saber médico. Penso que a questão de aceitar ou não, incluir ou não

o trabalho do psicólogo, não é apenas uma questão do custo, é uma questão do modelo de assistência e de quais saberes estão estruturando a forma como se organiza e configura a assistência pelos Planos de Saúde.

Ao meu ver a inserção dos psicólogos assim como de outros profissionais da Saúde Suplementar se vincula à mudança do modelo assistencial mais do que a questão dos custos. Por quê? Um usuário bem cuidado e usando tecnologias relacionais não só as prescritivas, vai necessitar menos internação, menos exames e terá menor custo. Então nós temos a possibilidade de operar certas tecnologias de cuidado mais leves que reduzem custos para os Planos de Saúde, reduzem custo para a Saúde Pública também, enfim reduzem os custos da Saúde. Acho que o problema da inserção nossa junto à Saúde Suplementar é principalmente relacionado ao modelo assistencial, ao saberes práticos de estrutura e modelo, e ao processo de trabalho de como está organizado. Conceber a Operadora como gestora do cuidado é um pressuposto para isso.

O principal documento que está direcionando a atividade da ANS é o “Projeto de Qualificação da Saúde Suplementar”. Esse projeto tem três ou quatro etapas, é uma ação para dez anos. Nesse documento o pressuposto do cuidado integral está colocado e portanto a Saúde Mental e a psicologia devem estar necessariamente incluídas.

Como eu estava dizendo, as novas formas de organização do modelo pressupõem trabalho em equipe, interação de saberes e fazeres, o cuidado integral, o saber especializado subsumido pelo saber amplo de cuidado à saúde e atitude acolhedora. Trabalhar na multiprofissionalidade não significa anular um núcleo de conhecimento específico de cada profissão, mas significa reconhecer que existe um campo de conhecimento e uma prática cuidadora que são comuns a todos. Então trabalhar na multiprofissionalidade não significa anular o conhecimento da psicologia, da subjetividade – no nosso caso – não significa o médico anular o conhecimento da medicina e o enfermeiro da enfermagem, mas é fazer com que esse conhecimento específico, seja subsumido pelo conhecimento amplo e pela prática cuidadora que deve ser nossa.

Capacidade de produzir subjetivações em profissionais e usuários no sentido de aumentar a autonomia de ambos. Na Saúde Pública e Privada o atendimento ainda é muito sumário e prescritivo, e isso precisa mudar é essa a questão que colocamos como importante. Nós psicólogos temos uma potência para atuar nesse campo, potência esta que não está entendida e na agenda das próprias operadoras e quem trabalha na Saúde. Enfim, é preciso fazer a afirmação do trabalho dos psicólogos nas possíveis intervenções, inclusive no espaço da gestão.

Acho muito salutar que esse debate esteja sendo feito e acho muito importante investirmos em pesquisa nessa área, para iniciar a produção de conhecimento relacionado ao modo como se produz a saúde em geral.

### Naira Maria de Oliveira

Psicóloga, foi sócia-fundadora, conselheira técnica, superintendente e presidente da UNIPSICO de Caçapava – Cooperativa de Trabalhadores em Psicologia, psicóloga e coordenadora do programa DST Aids de 2000 a 2004. Hoje atua na Superintendência de Saúde Ocupacional do Banco Itaú na área de Promoção a Saúde:

Foi com muito prazer que aceitei o convite do CRP para compor a mesa. Trago para vocês parte da minha experiência como psicóloga clínica, como psicóloga na Saúde Pública e em Cooperativas de Psicólogos. A partir dessas experiências quero compartilhar alguns questionamentos.

Atuei em clínica no eixo industrial bastante importante do país que é o Vale do Paraíba – ligação entre São Paulo e Rio de Janeiro – uma região com tradição de atendimento clínico de psicólogo via empresa. As empresas credenciavam Cooperativas Médicas, ou Seguradoras de Saúde e essas credenciavam psicólogos para atendimento dos funcionários. Por incrível que pareça fiz faculdade em Assis em uma Universidade Pública, mas com enfoque em psicologia clínica. Terminei o curso em 1992 e, pelas notícias que tenho isso já mudou um pouco.

Quando voltei para o Vale do Paraíba o mercado de trabalho se caracterizava pela busca por credenciamento. Como recém formada, tinha o sonho da clínica. Ora, o psicólogo clínico não tem o status de clínico se não tiver pacientes. Fica no consultório esperando um paciente particular que não vem e então vai atrás de credenciamento. Foi assim que me deparei com um cenário bastante complicado. O modelo para o atendimento do psicólogo era o modelo médico, e haviam muitas dificuldades para conseguir o credenciamento. Tinha que ter um apadrinhamento, conhecer algum médico, ser parente de alguém.

A necessidade de encaminhamento médico já era presente. Atendi a vários Planos de Saúde. Por exemplo, em um deles, era assim: a mãe falava para o pediatra “Eu preciso passar meu filho pelo psicólogo”, o pediatra encaminhava ou anotava alguma necessidade. Na época dificilmente o pediatra falava para a mãe que o filho precisava de psicólogo, normalmente vinha o pedido da escola. A escola detectava alguma necessidade, conversava com a mãe que procurava o pediatra e aí chegava até o psicólogo.

Naquela época, 1994, quando eu atendia o plano Sul América, a consulta estava em torno de R\$12,50 (doze reais e cinquenta centavos) a R\$13,00 (treze reais), mesmo valor da consulta médica. Com o tempo a consulta psicológica foi congelada nesse valor enquanto a do médico disparou. O credenciamento dos psicólogos nessa época era como pessoa física, não existia a figura da pessoa jurídica, hoje exigida nos

credenciamentos. Era muito difícil para o psicólogo reivindicar sozinho melhores condições no credenciamento porque como pessoa física, tinha pouco ou nenhum poder de barganha. Quanto ao relatório, era encaminhado para o serviço social da empresa, quando chegava para o assistente social, porque muitas vezes não se sabia em que mãos iria parar. Esse relatório, na verdade, não era um relatório de fato, mas uma extensão da queixa do paciente, era pró-forma. Nunca tive negado um relatório, desconheço algum profissional que trabalhasse na cidade e tenha tido um pedido de atendimento negado; e aí começavam nossos questionamentos como profissionais – estou incluindo outros profissionais que eu conhecia e com quem trabalhava. Começaram a pipocar as perguntas: quem é que defende o usuário? Como se lida com a questão da ética? A vida do paciente vai para o serviço social, a queixa vai para o gerente? Não tinha quem defendesse o usuário nem as condições de trabalho do psicólogo.

Na época chegamos a procurar o CRP e a resposta que obtivemos foi que se tratava do credenciamento de uma pessoa física em uma seguradora e o CRP não teria nada a fazer. Se o profissional aceitava aquelas condições de trabalho era responsabilidade dele. Além disso, nos diziam que questões ligadas ao mercado de trabalho, deveriam ser direcionadas ao sindicato. E esse território parecia não ser de ninguém e de todo mundo.

Éramos credenciados de uma Cooperativa Médica e por pressão desta Cooperativa, formamos uma Cooperativa de Trabalho em Psicologia. A formação da UNIPSICO especificamente a de Caçapava não foi em função da conscientização do psicólogo, nem do desejo de lutar por melhores condições, foi porque, se não formássemos a Cooperativa seríamos descredenciados. O modelo de cooperativas que nós tínhamos era o modelo médico, já havia algumas cooperativas de psicologia em Taubaté, em São José dos Campos, em São Paulo. Nós nos baseamos no modelo de estatuto que toda cooperativa tem, com algumas alterações e fundamos a UNIPSICO. De credenciamento de pessoa física passamos para credenciamento de pessoa jurídica na mesma Cooperativa. A UNIMED, credenciou a UNIPSICO, o que foi muito complicado, porque eram intermediários dos nossos contratos com as empresas. Qualquer profissão que tem um intermediário sai perdendo, isso desde o feirante até o psicólogo. E o encaminhamento

<sup>5</sup> Transcrição de palestra proferida em 28/10/2005, no seminário Psicólogos na Saúde Suplementar.



médico continuava a ser exigido. As Cooperativas, embora tenham o mesmo nome são muito diferentes. Cada uma delas tem funcionamento próprio, pode atuar em diversas áreas. Algumas cooperativas eram tipicamente clínicas – como a nossa – outras trabalhavam em Recursos Humanos, em educação, etc. Também tínhamos planos para pessoa física em nossa cooperativa. Vendíamos o atendimento a qualquer pessoa que chegasse à Cooperativa procurando o serviço do psicólogo. O cliente tinha o número de sessões que quisesse para ser atendido, escolhia o profissional e adquiria as sessões.

A UNIPSIPO tinha um questionamento muito grande, uma busca também muito grande pelo Conselho de Psicologia. Acredito que tenha sido uma das únicas cooperativas que se inscreveu no Conselho como pessoa jurídica. Nos preocupávamos com ações sociais, participamos de eventos da Luta Antimanicomial, Dia do Psicólogo, fomos para a praça, participamos do Dia da Mulher no Serviço Público, chegamos a ter um programa na rádio local falando sobre temas de psicologia com perguntas dos ouvintes, matérias no jornal sobre psicologia porque acreditávamos que deveria haver esse esclarecimento junto a sociedade, sobre o que era a profissão, o que era o trabalho de psicólogo e também dos direitos do usuário.

Ainda dentro da UNIMED nós conseguimos derrubar o encaminhamento médico, mas com muitos conflitos e dificuldades na relação. Acabamos rompendo com a UNIMED, na verdade foi ela que rompeu conosco e passamos então para a chamada independência. Conseguimos um contrato com uma empresa do ramo alimentício muito grande, muito significativa na região. Nessa empresa conseguimos que não houvesse encaminhamento médico, era uma sessão por semana. Caso houvesse necessidade da segunda sessão na mesma semana, essa deveria ser negociada com a empresa, ainda assim havia mais liberdade de trabalho. Em todas as empresas para as quais vendíamos o contrato o próprio psicólogo explicava o que era a psicologia, o que era o trabalho do psicólogo, porque precisávamos de mais de uma sessão por semana, as diferenças em abordagens em psicologia – pois tínhamos um quadro de profissionais com diferentes abordagens. Após quase dez anos de existência, a UNIPSIPO encerrou suas atividades, o que foi muito traumático.

E o que contribuiu para o fechamento da Cooperativa? Nós tínhamos esse grande contrato e outros contratos que apareciam de pequenas e médias empresas, mas com condições de trabalho muito difíceis e nós não aceitávamos essas condições. Já tínhamos caminhado um tanto dentro da profissão, dentro da atividade clínica e portanto não era possível aceitar. Se quiséssemos, teríamos sim esse mercado para trabalhar, mas nós decidimos não seguir esse caminho. Passamos a concorrer com a própria UNIMED. Como as empresas tinham uma tradição de atendimento clínico, algumas solicitavam. Como já não fazíamos mais parte da UNIMED e havia campo para atuação de psicólogos, essa

Cooperativa credenciou outro grupo de psicólogos. Esse grupo de psicólogos ofereceu – apresentados pela a UNIMED – o mesmo atendimento clínico para a grande empresa com a qual tínhamos contrato, por metade do preço estabelecido por nós, voltando as condições de encaminhamento médico, e nós perdemos o contrato. Ficamos preocupados com as condições de atendimento dessas pessoas porque esse grupo de psicólogos aceitou uma série de condições que para nós eram impraticáveis. Retornar ao encaminhamento médico, por exemplo, era inaceitável para nós. Em função disso, organizamos um dossiê, um documento, encaminhamos novamente para o Conselho de Psicologia – em novembro de 2004 – pedindo para que convocassem esses profissionais para tentar verificar que contrato era aquele. Não queríamos que o contrato voltasse para nós, mas que no mínimo, o Conselho checasse, que condições eram aquelas e o que estava se configurando. Até a data do fechamento da Cooperativa, fevereiro de 2005, não tivemos o retorno do CRP. Outro fator foi o desinteresse dos cooperados o que contribuiu bastante para o fechamento da cooperativa.

Minha outra vivência foi em Saúde Pública. Fui para o universo que foi a grande escola na minha vida, onde aprendi muito e pratiquei muito também. Tinha dois campos para atuar: no programa da DST/Aids ou no Programa da Saúde Mental. Escolhi o Programa da DST/Aids e aí encontrei uma condição muito mais confortável, estava em uma Instituição Pública, tinha um amparo, o que fez toda a diferença profissionalmente. Foi lá que aprendi o que é a universalidade, integralidade e equidade, principalmente porque trabalhei com população à margem da sociedade e pude ver bem o que é trabalhar com população diferente e entender essa diferença. Pude experienciar a inter-relação com outros profissionais. Foi onde vi o que é ser interdisciplinar, o que é trabalhar com médico – médico com visão de Saúde Pública

**Temos que ter mais  
representatividade social, nos  
envolver com as questões políticas,  
sociais e, mesmo que não atuemos  
em Saúde Pública, entender o que é  
Saúde Pública e como funciona.**

Naira Maria de Oliveira

– assistente social, técnico de vigilância epidemiológica, a faxineira do prédio.

Percebi também algumas dificuldades logo que cheguei na Saúde Pública. Fui para o atendimento clínico, e para a falta de espaço físico para o atendimento individualizado. Como não tinha sala para atender fiquei três meses no corredor e os usuários chegavam e não queriam ficar muito tempo nesse corredor, que era conhecido como o corredor da aids, tinha esse estigma. Consegui uma sala, estranhava as anotações nos prontuários porque todo mundo, pelo menos onde trabalhei, tinha acesso aos prontuários, desde o médico, até o Secretário de Saúde, além do técnico administrativo que cuidava e arquivava esses prontuários. Essa foi uma grande dificuldade: o que colocar sobre o meu atendimento no prontuário? Não sabia como fazer. Conversei com outros psicólogos que trabalhavam nos Programas do DST/Aids de São José dos Campos, Taubaté e cada um tinha um jeito de fazer, baseado em critério pessoal.

O programa DST/Aids, por tratar de uma pandemia tinha um investimento financeiro muito grande e mais publicações em Saúde Mental, publicação sobre aconselhamento em DST/Aids, que me deixava encantada, porque existia e existe esse investimento na área mental. Ampliei minha visão de saúde, me vi obrigada a colocar a psicologia "dentro" da Saúde Pública, a planejar, pensar o que é uma população vulnerável, que programas precisam ser desenvolvidos, como atingir os objetivos, e principalmente como colher resultados. Devido a minha experiência com planejamento de programas de saúde, programas de prevenção, fui chamada por uma empresa, fui contratada para criar um Programa de Saúde Mental dentro de um banco, pois pouco conhecem sobre Saúde Mental.

Doze anos depois me vejo novamente explicando o que é psicologia, o que é mental, etc. Pelo menos, até o momento, não têm programas voltados para a promoção da Saúde nesse campo. Eu, que no passado, que tive tantas dificuldades para explicar para as empresas o que era Saúde Mental, qual o trabalho do psicólogo, hoje estou em uma empresa. Neste ano, consegui publicar um folder para todos os funcionários com matéria sobre estresse, síndrome do pânico, depressão, medicamentos e psicoterapia. Para mim foi um grande avanço. E o que vejo como desafios agora em uma empresa privada? Os médicos do trabalho têm imensa dificuldade em diagnosticar uma doença ocupacional na área da Saúde Mental – embora esteja previsto no CID. Têm extrema dificuldade em dizer se uma atividade laborativa causou um adoecimento mental. Os atestados dos psicólogos não são aceitos nem para quinze dias quanto mais para licença médica. Nós acabamos não tendo um reconhecimento social. Tem outra coisa que eu gostaria de trazer para o questionamento. Existe na Medicina do Trabalho as normas regulamentadoras (as NRs). Atualmente está sendo discutida a NR 4, que diz respeito a criação de corpo de profissionais para atendimento de funcionários na área de trabalho: médico

do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico de segurança e poderia ser incluído o psicólogo nessa equipe – o que ao meu ver é de extrema importância – mas até onde eu sei, não existe quase nenhuma participação dos psicólogos nessas discussões, em um fórum que é tripartite: o governo, sindicato e trabalhadores. Assim, temo que nós percamos o “bonde da história” de novo. Acho que o Conselho poderia pensar um pouco sobre isso. Uma outra coisa que assisto são propostas de trabalho completamente inadequadas por parte dos profissionais – propostas de atendimento de pacientes por telefone, via internet e por aí fora. Como eu faço parte da equipe que avalia as propostas, consigo apontar o que considero inadequado. Há uma distância brutal entre os psicólogos que trabalham em recursos humanos e o psicólogo clínico diante das questões de Saúde Mental, especialmente para avaliara propostas de atuação nessa área.

Acho que os psicólogos clínicos fazem pouco, participam pouco do Conselho, quer como conselheiros quer nos eventos do CRP. Acho que a prática da profissão é bastante isolada, e parecem não se sentir representados pelo CRP.

E penso: a quem recorrer para melhorar as questões do trabalho e os valores praticados pelas seguradoras? Acho que o mercado não percebe a representação do Conselho, da categoria, da profissão, acho que as seguradoras ou o mercado de trabalho como um todo, não percebem essa representatividade. Precisamos estar mais presentes no Conselho para que isso aconteça. O antigo encaminhamento médico pedido nos credenciamentos abriu espaço para o ato-médico, porque nós não tínhamos quem argumentasse que nós não precisávamos de encaminhamento médico para atender.

Não sei qual a possibilidade que o Conselho teria tido antes da definição das doze sessões, de discutir isso junto a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Acredito no SUS, mas de fato existe uma área que o SUS não cobre e porque o Público não cobre criou-se uma agência para cuidar disso, a ANS. Não sei se o Conselho teve condições de discutir com a ANS a inclusão do psicólogo. Lá atrás o psicólogo já participava, embora num modelo médico, mas participava. Por que foi retirado? Quando a ANS estabeleceu as doze sessões anulou o credenciamento do psicólogo. A empresa que compraria o serviço médico mais o psicológico, sem a indicação da necessidade por parte da ANS, fez com que, gradualmente essa atuação profissional ficasse fora do mercado.

Sobre a discussão da especialidade, não acho que o título do especialista faça a diferença para credenciar psicólogo nas seguradoras.

Nós nunca conseguimos nem chegar perto da tabela de honorários do Conselho Federal. O serviço é sucateado. Acho que não tem mesmo como pagar por aquilo que não é reconhecido. Temos que ter mais representatividade social, nos envolver com as questões políticas, sociais e, mesmo que não atuemos em Saúde Pública, entender o que é Saúde Pública e como funciona.

PESSOA DA PLATÉIA: Não tenho uma pergunta direta, mas acho que o que vou falar se relaciona com os assuntos da mesa. Acredito que uma das coisas que falta para o psicólogo e sobra para o médico é o corporativismo, a união de classe. Temos que começar a trabalhar essa questão do corporativismo para unirmos forças realmente.

Uma outra conscientização necessária, para o psicólogo, é que a subjetividade causa horror ao médico, isso é um fato e não vamos mudá-lo. Devemos chegar a um meio termo, isso não significa abandonar a subjetividade, e sim agregar conhecimentos e ter uma linguagem adequada. Por falar em linguagem adequada, eu creio que há a necessidade, e é do interesse do psicólogo, buscar um maior conhecimento da linguagem médica, do CID 10, das bases mínimas de psicofarmacologia, porque, se você vai trabalhar numa área de oncologia, por exemplo, tem que saber o que é uma substância visicante, o que é cateter, o que é a quimioterapia.

Cabe a quem atua na área abrir as portas para que entrem mais psicólogos e que realmente se tenha força. Isso acontece por meio de ótimos trabalhos, de realmente se impor, de ser uma figura social, atuar.

Luiza Sterman Heimann

LUIZA STERMAN HEIMANN: Cabe a quem atua na área abrir as portas para que entrem mais psicólogos e que realmente se tenha força. Isso acontece por meio de ótimos trabalhos, de realmente se impor, de ser uma figura social, atuar. Acho também que temos que nos adequar um pouco ao *setting* de saúde. Tem psicólogo que, em um hospital – digo isso baseada em pesquisas que fiz – quer levar o divã para uma salinha. Eu fiz um trabalho, no meu TCC, sobre a psicologia médica. O meu interesse inicial era mostrar o quanto existia de resistência do médico em relação ao psicólogo. Fiquei pasma, ao final, porque descobri que também existe muita resistência do psicólogo para com o médico. Meu trabalho teve que mudar de caminho. Acho que, de modo geral, conquistar esse espaço é matar um leão por dia e, se é para matar um leão por dia,

são bem poucos ainda aqueles que estão dispostos realmente a arregaçar as mangas e ir a fundo nesse trabalho. E, por último, creio que é necessário o reconhecimento da nossa clientela. Por que, no SUS, já há uma abertura maior para o psicólogo? Porque, na verdade, no SUS, trabalhamos com abuso sexual, com violência doméstica, com aquelas coisas que ninguém quer, mas que é preciso alguém fazer alguma coisa. O governo precisa se manifestar, então, por aí as portas acabam se abrindo.

PESSOA DA PLATÉIA: Meu nome é ....., sou psicóloga e trabalho em equipamento de serviço público, também tenho o meu consultório e atendo por meio de convênios. Em relação à Saúde Pública, acho, como modelo assistencial, que, sem dúvida, as coisas são muito bem colocadas. É uma coisa que se quer fazer, mas a prática ainda está muito longe de toda essa coisa bonita que é apresentada no modelo assistencial. Atendo dentro de um ambulatório e o encaminhamento para mim é realizado por intermédio dos médicos. Não existe demanda espontânea, muito embora a porta de entrada esteja lá e eles poderiam vir. Mas o usuário tem que passar pelo clínico geral ou por algum outro especialista para ser atendido pelo psicólogo. Hoje, dentro da Saúde Pública – pelo menos no local onde estou, sou do estado e não da prefeitura – não temos discussão e fórum de planejamento do que quer que seja para o nosso trabalho. Fazemos porque precisa ser feito, e cada psicólogo tem a sua forma de atuação – serviço individualizado ou em grupo – enfim, nosso compromisso é o de fazer a triagem semanal e atender aos pacientes. Eu brinco que prevalece o modelo neoliberal de produzir consultas, porque, no final do dia, devemos entregar a contabilidade, o número de pacientes atendidos, e informar uma série de coisas que está acontecendo. Somos 12 psicólogos em Referência de Saúde, Atenção Infantil, Adolescente, Adulto, Programa do COAS – Centro de Orientação de Apoio Sorológico – que é um centro de saúde modelo para o Estado. Existe mais a teoria do Modelo Assistencial do que a prática. Também não há, entre a categoria, as discussões necessárias com os psicólogos da área pública.

Por exemplo, na Casa do Adolescente. A Febem, hoje, tem levado os jovens para serem atendidos lá. Eles chegam numa Kombi algemados. Quando entram na sala de atendimento, as algemas são retiradas, e aí eles são atendidos pelos profissionais que estão ali – a ocorrência de fugas é constante, então, é uma coisa contraditória. Não sabemos bem porque está acontecendo desse jeito, mas está. Enfim, na Política Pública, na Saúde Mental, as formas de atendimento precisam ser revistas. Por outro lado, há uma experiência que vem do trabalho com o convênio que também vale discutirmos melhor. Ela acontece devido à realização da cirurgia de redução do estômago, a cirurgia bariátrica, que é um procedimento autorizado por todos os convênios. O que está acontecendo?

## ...a pergunta é: como conseguiremos combinar a lógica do capitalismo com o atendimento de qualidade sem a luta corporativa do setor completo de saúde, sem a luta política e social no espaço da Saúde?

Maria Malta

Tem uma discussão sobre a avaliação psicológica prévia, e essa avaliação o governo não cobre. O médico e todo o procedimento é pago, mas a avaliação não. Então, o usuário tem que procurar um psicólogo para fazer a sua avaliação “por fora”. Alguns convênios de autogestão encaminham o paciente para os psicólogos da rede. Alguns deles dão liberdade ao profissional para fazer a avaliação, inclusive, de acordo com o protocolo que o HC criou: tipo de testes a serem aplicados, número de sessões, enfim, uma série de coisas que estão aí para nós fazermos. Já discutimos com o Conselho a respeito dos testes, porque muitos não estão validados, e chegamos a uma normatização sobre isso: usamos os que estão validados, mas os outros, que não estão, são utilizados como pesquisa, o que dá uma abertura para podermos colher os dados que precisamos. Fomos discutir essa avaliação com a Sociedade Brasileira dos Cirurgiões Bariátricos, para que os cirurgiões exijam esse protocolo e comecem também a batalhar, de alguma maneira, pelo trabalho do psicólogo nessa área. Assim, os cirurgiões que participam da Sociedade não fazem – pelo menos é assim o compromisso – as cirurgias sem a avaliação, embora existam muitos deles que não estão na Sociedade e realizam a cirurgia com ou sem avaliação. Quando há psicólogos fazendo a avaliação, aparece um outro problema. Como é que ela está sendo feita? Existem profissionais vendendo o seu laudo por R\$ 25,00, quando sabemos que, para fazer um laudo, é necessária uma série de procedimentos, há uma regulamentação do Conselho neste sentido.

Então, quando um paciente me procura, esclareço a ele como e o que vou fazer, e, às vezes, ele desiste, depois, fico sabendo que pagou R\$ 25,00 por um laudo. Acho que os caminhos para atuarmos na Saúde Suplementar não vêm de uma especialização, mas de um trabalho mais efetivo do psicólogo em situações médicas. O próprio Conselho fez uma matéria a respeito da avaliação tanto para o caso de cirurgia bariátrica quanto para o da mudança de sexo. Eu faço parte

do Instituto Brasileiro de Obesidade, um grupo que criamos. Minha proposta, inclusive, é agregar profissionais da área da saúde e criar uma visão também com a psicologia para esse trabalho, realizando um Fórum a respeito do assunto.

MARIA MALTA: Gostaria de comentar duas coisinhas e fazer uma pergunta. O que eu queria comentar é o seguinte: é fundamental que todo médico, psicólogo, fonoaudiólogo, profissional de saúde discuta a questão da saúde. Nesse sentido, é importante que os modelos técnico-assistenciais sejam discutidos, porque envolve toda uma questão relacionada à saúde. A questão que se coloca na relação entre público e privado, no caso da saúde, diz respeito a qual é o conceito de saúde a ser discutido pela Saúde e pela sociedade, pois esse é um pacto social que deve ser incorporado na hora que você vai construir, materialmente, um modelo de assistência. A questão do custo passa pelo modelo, e é vital entendermos que, seja qual for o modelo que formos escolher, ele vai ter um custo, mas só vamos saber ou definir se ele é mais alto ou mais baixo se compararmos os modelos. Temos um modelo antigo, baseado no atendimento médico, que queremos mudar. Conseguimos convencer o Sistema Público de que um modelo é melhor, do ponto de vista qualitativo, do que o outro, e o Sistema Privado de que um modelo é melhor do que o outro, porque o seu um custo é menor. Se o seu custo fosse maior, não seria interessante. Então, a pergunta é: como conseguiremos combinar a lógica do capitalismo com o atendimento de qualidade sem a luta corporativa do setor completo de saúde, sem a luta política e social no espaço da Saúde? Eu acho que a luta é pelo conceito de Saúde e pelo uso desse conceito como referência para construir todo o Sistema de Saúde, seja ele público ou privado. Eu quero esclarecer que não sou contra o Sistema Privado, mas sou contra o tipo de serviços de saúde que os sistemas privados oferecem.

PESSOA DA PLATÉIA: Atualmente, estou trabalhando numa estratégia de saúde (Saúde da Família). Aqui em São Paulo, cinco psicólogos foram contratados para compor cinco equipes multidisciplinares nesse novo Modelo Assistencial. Portanto, eu vivo na pele, no dia-a-dia, os desafios desse novo modelo. Acredito que também faz parte do nosso trabalho desmistificar o que é a psicologia, pois a nossa formação é centrada na psicoterapia e, às vezes, não conseguimos fazer outra coisa, além disso, ficamos frustrados quando descobrimos que não vamos trabalhar com a psicoterapia. Mas existem as questões coletivas, e eu entendo a subjetividade como dialógica, ela dialoga o tempo inteiro com o campo social, constitui o campo social que, por sua vez, é constituído por ela – acredito que o nosso papel é transdisciplinar, as pessoas vão pegando o saber do outro um pouco emprestado. Ela falou de conhecermos um pouco das questões médicas, de saúde, com as quais, no nosso dia-a-dia, vamos nos deparar. A psicologia pode trazer também essa subjetividade, as questões subjetivas dessa pessoa que está sendo atendida. Creio que esse é também o nosso papel, subjetividade não é alguma coisa à parte, ela está presente

o tempo inteiro, é o corpo, tudo o que olhamos é subjetivo, todo olhar é realizado do ponto de vista do indivíduo, e isso é subjetivo. Nesses dias, veio uma mulher que estava superadoecida e começou a chorar, e aí a psicóloga – que não era eu, era uma colega – falou: “Não, o senhor vai ter que conversar sobre a cirurgia gravíssima que ela vai fazer mesmo que ela esteja chorando, porque ela não vai parar de chorar”. A sua escolha de cuidar de pessoas inclui a subjetividade, uma visão assim mais integrada, e eu creio que essa pergunta do que é a psicologia – eu sou o tempo inteiro interpelada sobre isso – deve ter uma resposta coletiva, seguindo um pouco o que o Marcus falou, que a resposta individual é um caminho muito perigoso. Então, tentamos, pelo menos entre nós, que trabalhamos juntas, responder a essa questão, mostrando para a instituição o que é a psicologia, porque também há um mistério, para a instituição, a respeito do que vocês fazem e o que não fazem, mas também há um interesse, uma curiosidade que é extremamente positiva, e, se conseguirmos responder isso legal, pode ser bom para o nosso trabalho.

## A Saúde é um conceito polissêmico e comporta a dimensão ideológica.

Se eu estou numa sociedade plural e democrática, tenho que ser dialógico, dialogar com as realidades construídas pelos conceitos do outro também.

Marcus Vinicius de Oliveira Silva

MARCUS VINICIUS DE OLIVEIRA SILVA: Na verdade, eu queria saudar nossa economista Maria Malta, dizer que, para nós, a sua presença e esse diálogo são muito importantes. Sob o ponto de vista profissional, trata-se exatamente de produzir uma certa migração de conhecimento, precisamos desse conhecimento, precisamos analisar as coisas economicamente.

Eu concordo com a sua posição, só que tem um aspecto com o qual talvez não concorde. A Saúde é um conceito polissêmico e comporta a dimensão ideológica. Se eu estou numa sociedade plural e democrática, tenho que ser dialógico, dialogar com as realidades construídas pelos conceitos do outro também. Não estou satisfeito com o capitalismo. Acho que a luta política traz uma questão: como se comportar politicamente no mundo capitalista? Essa é uma questão que não está resolvida, temos uma crise na esquerda enorme, os caminhos

são muito difíceis. Atualmente, é mais difícil se comportar politicamente no capitalismo do que era há 30 anos. Eu me sentia muito mais à vontade, o mundo era mais maniqueísta, eu sabia de que lado estava. Agora, as estratégias são necessariamente complexas. Quando você está construindo uma coisa, está tendo de fazer opções, escolhas políticas.

Acredito que a nossa entidade tem tentado fazer as suas escolhas políticas e uma delas é, por exemplo, chamar as pessoas que trabalham, senti-las, ouvi-las, dialogar com elas, construir e produzir consensos. Fizemos uma opção não corporativista, primeiro, porque o Conselho não representa os psicólogos, o Conselho é um órgão, uma autarquia de mediação da relação entre a prestação de serviço do psicólogo e a sociedade. Não podemos ser somente psicólogos, a representação dos psicólogos, temos também a obrigação de, com os psicólogos no Conselho, defender a sociedade contra os psicólogos. Aqui não é um lugar de defesa do psicólogo, e sim de defesa da psicologia, da boa psicologia, da psicologia adequada, inclusive, às vezes, contra os psicólogos que não a estejam praticando – esse é um lugar difícil.

Nós fizemos uma opção de não sermos corporativistas. Corporativista é aquele que diz assim: “Farinha pouca, meu pirão primeiro; vantagem para o meu grupo, azar do resto”. Nós, por outro lado, temos realizado uma política que chamamos de corporativa da produção do psicólogo, isso significa chamar os colegas, discutir, problematizar. Se temos o direito, vamos assegurá-lo, mas o nosso direito tem estado sempre associado a essa idéia de produzir um bem comum maior, que é do interesse da sociedade. Nossas reivindicações são, antes de tudo, éticas. Dizemos: “Eu quero trabalhar nas políticas públicas não porque quero um empreguinto do Estado, e sim porque a sociedade tem direito a ter acesso a esse serviço”. O psicólogo pode ajudar a sociedade a ser melhor. Nós acabamos de propor, ao Banco Social de Serviço, uma experiência de construção de uma relação com o Estado e a produção de novas práticas de psicólogos em políticas públicas. Inauguramos, recentemente, o Centro de Referência de Psicologia em Políticas Públicas. Acreditamos que o eixo das políticas públicas é o eixo político que vai garantir esse posicionamento e esse comportamento.

Sobre a questão da profissão, ela tem se desenvolvido, até então, ao sabor dos fluxos e do mercado, talvez estejamos fazendo aqui uma intervenção no mercado. Quando chamamos os colegas e dizemos vamos combinar ou não vamos combinar para levarmos vantagem, vamos combinar para sermos éticos, tecnicamente adequados, de uma forma que a sociedade seja bem servida, nós estamos fazendo uma intervenção no mercado, na selvageria do mercado. Quanto ao que a colega colocou sobre o tipo de contrato que os seus colegas fizeram e que isso leva a uma discussão, a questão não é se o contrato cobra menos, porque cobrar menos é um direito de quem quiser cobrar menos, e sim em que condições essa cobrança é feita. Acho que esse é um tema importante.

Acho que cada vez mais as questões da subjetividade vão se colocando e pedindo que haja, de fato, produção e intervenção nessas áreas, porque as relações vão sendo, cada vez mais, fundamentais para a vida das pessoas.

Túlio Baptista Franco

Eu queria lembrar para a colega Elizabeth que, em São Paulo, temos uma realidade para levarmos em conta. A cidade de São Paulo sofreu um revés dos mais vigorosos que destruiu a perspectiva da construção do SUS. Foi avaliado que um dos pontos fracos da Marta foi não ter dado atenção para a questão da Saúde Pública, uma das causas para a sua derrota. Esse negócio de saúde não pode ser coisa de palanque não, tem de ser de verdade, tem que fazer, tem que acontecer na vida das pessoas. Acho que, efetivamente, o desenvolvimento das práticas é muito desigual. Devemos estar atentos à diversidade dos movimentos que vão acontecendo no interstício desse negócio chamado Plano de Saúde. Ele não é um bloco homogêneo, temos o Seguro Saúde com sua lógica, a prestadora, o agenciador de serviço com outra lógica, temos serviços próprios. Nesse momento, interessa-nos perceber as nuances para sabermos o que é legal, o que é interessante produzir. Na minha opinião, é muito bem-vinda, para nós, uma pesquisa sobre isso. Agora, nós mesmos estamos querendo deixar de oferecer só psicoterapia, pois isso é ruim para nós. Nos anos 1970, configurou-se esse modelo de prestação e atenção, o que tem muito a ver com a nossa crítica aos médicos, porque nós também queríamos ser profissionais liberais, e agora pensamos que esse modelo liberal não leva a lugar algum.

Temos que encontrar essas outras possibilidades e a colega falou muito bem: quem pensou que entrou para uma profissão construída se enganou, fomos todos enganados. Nós temos uma profissão em construção, nós somos co-construtores, o que fazemos ajuda a construir para um lado ou para o outro. O Conselho hoje tem um foco muito claro: nós, como uma coletividade profissional, estamos apontando para uma certa direção de construção da profissão. Temos que fazer isso ouvindo os colegas, por isso, vamos organizar um Fórum Nacional de Psicologia em Saúde Pública. Ele será um espaço para que todos os colegas possam participar da definição do

posicionamento e da estratégia dessa organização em relação a essa corporação de ocupação, de participação, de mobilização dos psicólogos em defesa do SUS.

NAIRA MARIA DE OLIVEIRA: Eu queria pegar uma carona na questão da representatividade da profissão. Quando eu falei de representatividade, não é a do psicólogo, e sim a da profissão, da psicologia. Acredito mesmo que nós temos que tomar cuidado com a questão do corporativismo – talvez essa não seja mesmo a palavra mais adequada – porque nós já copiamos um modelo médico que hoje, sabemos, não deu certo, e acredito que copiar o corporativismo também é bastante complicado. Devemos lutar pelas condições para um melhor atendimento do usuário. Talvez essa crítica esteja incorreta, mas eu acho que o Conselho teria que atuar mais no sentido da defesa do usuário. Não vejo isso, não vejo o Conselho dizendo que o usuário, para ser atendido, não precisa de encaminhamento médico, ele não precisa que o psicólogo envie relatório com outro médico. Eu vou citar um exemplo rapidinho da época da cooperativa. Nós fomos vender um contrato numa empresa que tinha, como condição para o atendimento, o encaminhamento médico. Tentamos articular, conversar, explicando que isso não era necessário, mas não foi o suficiente. O que fizemos? Nós recorremos ao Conselho: “Conselho, por favor, você pode emitir um documento dizendo que o psicólogo, para atuar, não necessita de encaminhamento médico, ele tem condição, tem autonomia, ele tem condições profissionais de atuar sem encaminhamento?”. Tudo bem, o Conselho liberou esse documento, e ele fez a diferença para o fechamento do contrato. Então, é dessa representatividade que falo, não é a defesa do psicólogo, a pessoa física e profissional, mas da psicologia. E eu acredito numa discussão assim, de qualidade mesmo, no setor privado, mas isso só vai acontecer se estivermos lá, se participarmos. Só se faz revolução fazendo-a, não dá para ser de outra forma.

Acho séria a questão da fiscalização – uma palavra que o psicólogo detesta, não acha legal – mas nós temos que assumir que toda a profissão tem picareta: advogado, médico e também psicólogo. Acho que temos, sim, de continuar investindo no Centro de Orientação do CRP, nas queixas, nas denúncias de profissionais para profissionais, de usuários para profissionais, isso deve ser levado a sério, isso também é representatividade e também é defesa do usuário.

TÚLIO BAPTISTA FRANCO O século XXI seria das profissões que lidam com a subjetividade e das que lidam com o meio-ambiente, não como o campo da biologia, e sim com o das ciências humanas. Acho que cada vez mais as questões da subjetividade vão se colocando e pedindo que haja, de fato, produção e intervenção nessas áreas, porque as relações vão sendo, cada vez mais, fundamentais para a vida das pessoas. Fomos vítimas de uma formação neoliberal centrada numa clínica restritiva.

Vou citar um exemplo: eu me formei em 1985, sem ter sequer uma aula de Saúde Pública nos cinco anos do meu curso.

A minha filha está se formando, esse ano, em psicologia, na mesma escola que eu, vinte anos depois, e também não assistiu a uma aula de Saúde Pública. Enfrentou o maior problema para fazer a monografia porque, ao apresentar o resultado de uma pesquisa muito interessante que estamos fazendo na Saúde Pública sobre o PSF, os orientadores perguntaram: onde está o psicólogo? Só que ela era a protagonista e sujeito daquela produção de conhecimento. O psicólogo é o narrador, protagonista, interventor, produtor. Vocês imaginam os milhares de psicólogos que se formam sem esse conhecimento? Isso nos coloca num isolamento muito grande. Então, eu acredito que precisamos investir em pesquisa, na produção do conhecimento, em como o psicólogo e a psicologia, e a potência que temos, podem fazer parte desse mundo da Saúde Coletiva, e não ficarmos restritos ao nosso mundo. Temos um campo enorme de atuação e – como a escuta e os atos de fala são constitutivos da nossa prática e as relações têm sido cada vez mais importantes para a definição de todas as questões que dizem respeito a todo o mundo do trabalho, das coisas – uma vocação, uma potência interessante não só para a produção de cuidados estrito-senso, como também para a atuação no campo da gestão. Psicólogos que entram para a gestão do SUS ocupam um espaço importante, e eu quero chamar a atenção para o grande campo de possibilidades que se coloca para nós.

Devemos produzir ciência e conhecimento, publicar, intervir no campo da produção do saber, e aí nos afirmaremos. Para isso, é preciso se investir em pesquisa.

Acredito que as iniciativas para o debate e a coragem dos Conselhos de se colocarem nesse debate de Saúde Suplementar, da Saúde Pública, vem, nesse sentido, cobrir uma área até então descoberta, tentar deslocar a categoria dos psicólogos, tirá-los do seu isolamento e lançá-los em um mundo que até hoje foi desumanizado pelo saber médico, esgotou-se e está mostrando que não tem mais possibilidade de crescer, de atender às necessidades das pessoas do SUS ou de onde quer que seja, e, em contrapartida, nós temos algo a ofertar. Agora, para isso, devemos reconhecer que existe um certo déficit de conhecimento e precisamos nos lançar na produção do conhecimento que é viável, possível. Essa produção de conhecimento possível vai possibilitar que inauguremos práticas. Intervir, produzir o cuidado da saúde que lida e atende às necessidades dos sujeitos não é uma tarefa só da psicoterapia que cuida de pessoas com transtorno mental. Ela é parte do mundo da produção do cuidado dos sujeitos, mas, como a necessidade dos sujeitos é muito maior, então, nós temos que olhar para esse mundo maior, entender que a psicoterapia e a intervenção sobre o transtorno mental são partes constitutivas dele, mas ela não é o nosso mundo, é parte dele.

# tema 3: construindo referências: atuação do Psicólogo nos planos de saúde

Coordenador: André Isnard Leonardi  
Palestrantes: Fátima Regina Riani Costa  
Julieta Maria de Barros Reis Quayle  
João José Sady

## Ética do exercício profissional<sup>6</sup>

### Fátima Regina Riani Costa

Psicóloga formada pela PUC de Campinas, com especialização em Saúde Pública pela Unicamp, terapeuta sistêmica, Conselheira e membro da Comissão de Ética do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (gestão 2004 - 2007).

Gostaria de dizer que é uma enorme satisfação estar aqui hoje nesse evento porque é o fruto de uma realização. Retomando um pouco a história, fiz parte da diretoria na UNIPSICO de Caçapava e na verdade esse evento é reflexo de todas as questões que foram trazidas pela Naira na mesa anterior porque juntas vivemos aqueles problemas e assumi trazer essa discussão para o CRP. Tenho formação em Saúde Pública, sempre trabalhei em defesa do SUS, mas percebia que faltava mesmo ao Conselho um pouco desse cuidado com a saúde suplementar como um braço do Sistema Único de Saúde. Quero ressaltar também a importância da parceria com o Sindicato. Muitas vezes nós fazíamos essa separação dizendo “são questões trabalhistas, são questões sindicais”, entendendo corretamente que o Conselho não é um órgão de defesa dos psicólogos como muita gente supõe, então nós deixávamos muito clara a divisão: o Sindicato é um órgão de defesa dos interesses dos psicólogos e o Conselho não, o Conselho é um órgão de mediação entre a categoria e a sociedade. É muito bom nós do Conselho termos a clareza de que para que a atuação do psicólogo melhore, em defesa da sociedade, esse trabalho precisa ser feito em parceria com o Sindicato, e é o que nós estamos fazendo aqui hoje.

Trouxe a discussão inspirada pelas questões vividas na prática no Vale do Paraíba, que deu origem à pesquisa. Quando começamos a pensar nesse tema percebemos que nós não tínhamos muitos dados, então fizemos a pesquisa, e perceber que a Agência Nacional de Saúde vai usar essa pesquisa, deu sentido para o nosso esforço. É algo que eu percebia que não tinha no Conselho e que vim construir. O

Conselho somos todos nós e é uma imensa satisfação estar aqui, e lembrar que pretendemos iniciar esse diálogo com vocês para construirmos coletivamente as respostas para tudo que nos tem perturbado.

Hoje eu estou também em outro papel, porque além de ser da comissão do GT Mercado de Trabalho que tem discutido essa questão, sou membro da Comissão de Ética. Na Comissão de Ética e na Comissão de Orientação e Fiscalização recebemos os problemas nessa área. Quero destacar que em relação à ética na área da Saúde Suplementar, três aspectos me chamam mais a atenção: 1º) a questão do sigilo, levantada por várias pessoas nas discussões, por exemplo, o sigilo nos relatórios; 2º) a questão de algumas práticas utilizadas por alguns psicólogos para driblar as difíceis condições de trabalho oferecidas pela maioria das operadoras, que representam infrações éticas e são passíveis de sofrer processo ético; 3º) a questão da identidade profissional, de pensarmos que cara terá a psicologia nessa área que pretendemos nos inserir.

A primeira questão então, é a do sigilo, tivemos várias reuniões com o pessoal da autogestão e eles vêm dizendo o quanto aumentam as exigências das operadoras que estão pedindo relatórios com o CID, a serem enviado por fax, não se sabe quem é aquela pessoa que está recebendo o diagnóstico. Pior ainda é que já temos notícias de que às vezes têm sido usados pelo RH da empresa contra as pessoas que deixam de receber um benefício ou promoção, ou até às vezes são demitidas. Não temos nenhum caso denunciado oficialmente – mas existem esses comentários, o que nos leva a apontar a importância de tomarmos cuidado com o tipo de informação

<sup>6</sup> Transcrição de palestra ocorrida em 28/10/2005, no seminário Psicólogos na Saúde Suplementar.



que fornecemos. A questão do sigilo é portanto de máxima importância ser aqui discutida, e ouvida a categoria, criarmos referência para essa atuação.

- A segunda se refere a atividades ilícitas. Temos recebido também muitas dúvidas a respeito. Pessoas com dificuldades nos ligam, e relatam que tem havido por parte de alguns psicólogos algumas ações por exemplo, fornecimento de mais guias do que as referentes ao atendimento real, e sabemos que isso pode acontecer.

Outra questão se refere às faltas. Quando nós vamos negociar com as operadoras é complicado explicar que a falta faz parte do processo psicoterápico. Ao invés de fazermos essa discussão e explicar para o paciente, pedimos a sua assinatura correspondente à sessão que faltou. Para a pessoa atendida isso é visto como ilegal, o papel do psicólogo é explicar a importância da questão da falta, e se ela não faz isso oficialmente, fica complicado.

Há casos de cobrança por fora. O psicólogo recebe R\$ 15,00 (treze reais) no Plano, e cobra mais R\$15,00 (treze reais), ou o Plano autoriza duas sessões por semana, o psicólogo propõe uma só, mas pede para assinar duas. O que eu também acho muito grave é diminuir a qualidade do trabalho, o psicólogo consulta o Conselho sobre dificuldades no atendimento e quando é sugerida supervisão ele alega que o que recebe por sessão, não permite pagar uma supervisão. Nesse caso se aplica o artigo 1º, item C, do Código de Ética que é infringido, se você prestar um serviço do qual você não está garantindo a qualidade. Outra coisa bem frequente é diminuir o tempo da sessão,

prejudicando a qualidade do trabalho. “Paciente particular eu atendo cinquenta minutos”. Porque com o outro é diferente? Então vejam, esse tipo de atitude também tem que ser objeto de uma ampla discussão e que exigirá tomada de posição.

- A terceira é a identidade profissional, vamos ter que nos debruçar sobre isso para definir o que fazemos. Hoje é a psicoterapia que aparece na maioria dos procedimentos, mas existem as novas tecnologias da psicologia e as novas formas de atuação, como as que se referem à promoção da saúde. Além dessa questão de pensar as outras tecnologias, pensar a própria psicoterapia. Precisamos pensar juntos e fazermos uma proposta de protocolo mínimo. O que é psicoterapia, em quantos minutos, quanto tempo de tratamento?

E a questão da identidade profissional, depende de sabermos nos colocar para responder às demandas sociais e saber nos colocar no mercado porque temos que sobreviver. Dentro dessa questão da identidade profissional, é a questão da autonomia técnica que também aparece na Saúde Suplementar. Esse problema tem como pano de fundo o ato-médico que é a necessidade de um outro profissional que não é da nossa área dizer se a pessoa precisa de nossos serviços ou não. E também outro fato que acontece muito nos Planos de Saúde é a auditoria do serviço do psicólogo por não psicólogo. Geralmente o Plano de Saúde não mantém em seus quadros um psicólogo que olhe os nossos relatórios, que seriam enviados com muito mais tranquilidade. Geralmente nós mandamos para um leigo, ou seja, para um outro profissional que não é psicólogo.

Há ainda a questão do atestado que não é aceito. Os primeiros quinze dias de licença dependem de acordos que são feitos internamente em cada local. A partir dos quinze dias quando envolve INSS, o nosso atestado não tem valor, porque não tem um auditor psicólogo no INSS. Como o psiquiatra vai verificar se está correta a dispensa que damos a uma pessoa? Seria de novo a ingerência de outra profissão sobre o nosso trabalho.

Esse evento tem nos mostrado que para pensar a inserção da psicologia na Saúde Suplementar nós temos que nos apresentar minimamente para a ANS. O que nós formos criando de referência tem que ir também se colocando para a ANS. A pesquisa mostrou que 70% das operadoras não oferecem serviços de psicologia e a principal justificativa é a não exigência da ANS. Cabe a nós como categoria mostrar para a ANS a importância do nosso trabalho. É preciso fazer esse contato com os empresários do setor também – porque eles poderiam fazer pressão junto a ANS. Aí entra junto a pressão social. Quem estava ontem também deve lembrar que o Rogério do Sindicato dos Psicólogos dizia que a pressão dos trabalhadores em relação aos Planos de Saúde pode gerar uma greve. Precisamos mostrar o que fazemos, que profissão que construímos e o que queremos apresentar.

Por exemplo, em pesquisa recente é perguntado para as pessoas o que o psicólogo faz, geralmente as pessoas associam

Hoje é a psicoterapia que aparece na maioria dos procedimentos, mas existem as novas tecnologias da psicologia e as novas formas de atuação, como as que se referem à promoção da saúde. (...) E a questão da identidade profissional, depende de sabermos nos colocar para responder às demandas sociais e saber nos colocar no mercado porque temos que sobreviver.

Fátima Regina Riani Costa

a coisas esotéricas: “Ah, ele adivinha os pensamentos” “Ele lê a mente das pessoas”. Nós não nos fazemos entender na hora de explicar o que fazemos, às vezes nem nós sabemos, o que é o pior. Mencionei no começo o meu compromisso pessoal em reafirmar a importância da defesa do SUS e das políticas públicas de uma forma geral. Quero lembrar que o Conselho tem em todas as suas ações sempre priorizado essa questão (o Banco Social de Serviços, o Centro de Referências em Psicologia e Políticas Públicas). Estar mais acessível é também estar nas políticas públicas, obviamente não só na Saúde Suplementar.

Na ética quando fomos pensar no novo código, essas questões já estavam bastante presentes. Esse novo código (em vigor a partir do dia vinte e sete de agosto de 2005) é o terceiro. O novo código se fez necessário dadas as transformações que a sociedade viveu nesse período, especificamente na área da comunicação. Houve mudanças nas leis a partir de 1988 com a nova constituição, em 1990 é aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente, temos ainda o Código de Defesa do Consumidor, a Lei Orgânica da Assistente Social e mais recentemente o Estatuto do Idoso. Tudo isso teve que ser incorporado no novo código, além das mudanças na profissão.

Esse código foi fruto de uma discussão que ocorreu durante três anos. Foram realizados vários fóruns regionais, estaduais e nacional. Todo o psicólogo pôde trazer contribuição, sugestões para as alterações. A categoria foi exaustivamente chamada para contribuir; e acho que acaba sendo para nós hoje um exemplo de que nós aqui também vamos poder construir muita coisa. Começamos a reformular o código há três anos e ele ficou mais amplo. Ele não pretende ser um código de normas, mas sim um instrumento de reflexão da prática profissional, da prática como um todo. O anterior vinha dividido em capítulos na relação com a justiça, com o trabalho em equipe multiprofissional, etc. Toda a discussão que fizemos apontava para uma visão mais ampla não técnica. Deveria explicitar a nossa responsabilidade, no exercício da profissão, como atores sociais. Para dar conta disso ele não tem a divisão em capítulos, e a espinha dorsal são os princípios fundamentais, vem trazer para a categoria a questão que em todos os seus artigos temos que nos referir aos princípios fundamentais. São eles que vão nos auxiliar nas nossas reflexões. Esse código dá a cara da psicologia que nós queremos construir e ao mesmo tempo gera um novo psicólogo. Vou apresentar alguns pontos do código que destaquei pois têm a ver com a nossa discussão.

Os princípios fundamentais são: “*O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos*”. Antes esse princípio era o último, nós puxamos ele para cima e acrescentamos a questão da dignidade e da igualdade. O segundo tem bastante a ver com a discussão que estamos fazendo hoje “*O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas entre das*

*coletividades...*” – antes também não existia essa questão das coletividades – “... *e contribuirá para a eliminação de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão*”. O terceiro é “*O psicólogo atuará com responsabilidade social analisando crítica e historicamente a realidade política e econômica. social e cultural*”. O quarto é “*O psicólogo atuará com responsabilidade por meio do contínuo aprimoramento profissional contribuindo para o desenvolvimento da psicologia como campo científico de conhecimento e de prática* “. Precisamos pesquisar, e pensar novas práticas.

O princípio fundamental número cinco “*O psicólogo contribuirá para.. promover a universalização do acesso da população..às informações , ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão .*” O que envolve a questão da inserção da psicologia tanto nas políticas públicas quanto na Saúde Suplementar.

... O sexto princípio é: “*O psicólogo zelará para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade, rejeitando situações em que a psicologia esteja sendo aviltada* ”, isso também nos lembra uma questão levantada que às vezes uma concorrência desleal leva o psicólogo a aceitar condições aviltantes de trabalho. O sete é “*O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos que atua e os impactos dessas relações sobre suas atividades de profissionais posicionando-se de forma crítica em consonância com os demais princípios desse código*”. Esse me fez pensar na questão dos encaminhamentos terem que ser feito por médicos, a questão dos auditores serem médicos e também me fez lembrar a questão da ética profissional versus a ética do mercado.

Além dos princípios fundamentais eu destaquei alguns artigos que tem a ver com o tema discutido e a nossa atuação.

O item c do art.1º é campeão de audiência na comissão de ética: “*Prestar serviços psicológicos de qualidade em condições de trabalho dignos e apropriadas à natureza desses serviços utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentadas na ciência psicológica na ética e na legislação profissional*”.

É importante lembrar que a legislação não é só o código de ética mas existem resoluções referentes a coisas mais específicas; por exemplo as resoluções sobre o uso da hipnose, e a orientação sexual..

Destaco ainda no art.1º o inciso e) que incorpora o código de defesa do consumidor: “*Estabelecer acordos de prestação de serviços que respeitem o direito do usuário, beneficiários de serviço de psicologia* ”. e o h) “*Orientar a quem de direito sobre os encaminhamentos apropriados a partir das prestações de serviços psicológicos e fornecer sempre que solicitado os documentos pertinentes ao bom termo do trabalho*”.

Destacamos o art.2º inciso a) “*Praticar ou ser conivente com erros, faltas éticas, violação dos direitos, crimes ou contravenções penais praticados por psicólogos na prestação de serviços profissionais...*”

O art.4º também merece reflexão: *“Ao fixar a remuneração do seu trabalho psicólogo: a) levará em conta a justa retribuição a serviços prestados e as condições do usuário ou beneficiário; b) Estipulará o valor de acordo com as características da atividade e o comunicará a usuário ou beneficiário antes do início do trabalho a ser realizado”.*

O art. 6º letra B se refere à questão das informações que compartilhamos *“Compartilhará somente informações relevantes para qualificar os serviços prestados resguardando o caráter oficial das comunicações, assinalando a responsabilidade de quem receber, de preservar o sigilo”.*

O art.9º *“É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger por meio da confidencialidade a intimidade das pessoas, grupos, organizações a que tenha acesso no exercício profissional”.*

O art. 12º também vai falar dessa questão de compartilhar informações: *“Nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo registrará apenas*

*informações necessárias para o cumprimento dos objetivos do trabalho”.*

Poderia destacar alguns outros que se relacionam com as discussões desse seminário mas esses eram os principais. Gostaria de terminar a minha fala colocando o que eu entendo como desafio para nós hoje:a) a partir de que modelo técnico assistencial, e de que conceito de saúde e doença vamos nos apresentar para a sociedade, b)estabelecer o protocolo mínimo em parceria com a ABRAP(Associação Brasileira de Psicoterapia), também temos que pensar muito na parceria com a ABEP(Associação Brasileira do Ensino da Psicologia) e trabalhar na formação dos profissionais.

Acredito que a partir desse processo que começamos hoje criaremos referências, o que poderá originar alguma resolução do Conselho Federal referente a esse tema. Temos que pensar que transformações um encontro como esse pode gerar na profissão, qual a cara que queremos dar à nossa profissão e que sociedade nós queremos.

## Psicoterapia na saúde suplementar<sup>7</sup>

### Julietta Maria de Barros Reis Quayle

Psicóloga do Hospital das Clínicas, orientadora do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da USP, membro da diretoria da ABRAP - Associação Brasileira de Psicoterapia e da ABEP – Associação Brasileira de Ensino da Psicologia:

Estou aqui para falar a partir da ABRAP (Associação Brasileira de Psicoterapia). Esta associação tem um pouco mais de um ano de idade e foi fundada com a idéia de congregar os profissionais que trabalham em psicoterapia, independente de sua formação original. Não é uma entidade só de psicólogos: tem também psiquiatras, assistentes sociais, fonoaudiólogos, mas conta principalmente com o apoio do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Federal de Medicina. A Associação chegou a participar em um dado momento de uma reunião com ANS e alguns dos dados que vou apresentar pretendem funcionar como uma provocação mais do que qualquer outra coisa. São dados que foram coletados ou propostos por um colega nosso, o Rogério Wolf Aguiar, do Rio Grande do Sul, que participou junto com uma equipe da formulação da proposta da resolução do CONSU, que conseguiu a inserção pelo menos da psicoterapia breve como algo a ser reembolsado pelos convênios.

Estou chamando essa proposta como “Inserção da Prática Psicoterápica na Saúde Suplementar”. Sabemos que ainda é uma coisa muito insipiente, mas é alguma coisa que está acontecendo Vou trazer para vocês também dados para refle-

tirmos acerca da questão da remuneração. Muitas vezes nós, psicólogos, agimos como se fossemos missionários, como se não precisássemos de dinheiro para viver. Mas acho que não é bem assim; todos nós temos contas a pagar e sem dúvida a nossa preocupação hoje com a questão da inserção na Saúde Suplementar tem a ver também com questões mercadológicas - espero que não somente, mas também.

Quando falamos de psicoterapia parece que todos nós estamos falando da mesma coisa, mas não estamos. Tanto que eu falo em “psicoterapias”, porque acredito que talvez nesse momento essa seja a melhor denominação que temos para esse campo. Existem inúmeras formas de se fazer psicoterapia e elas passam por categorias profissionais, referenciais teóricos diferentes, várias metodologias, técnicas, approaches diferenciados, contratos diferentes, e não dá para fazer de conta que esse é um campo único. Muito pelo contrário: é um campo multifacetado e tendemos a lidar com ele como se fosse propriedade de uma única corporação. Tem muita gente fazendo isso e nós vamos pegar somente a parte que nos cabe e tentar organizá-la. Esse é o ponto de partida.

<sup>7</sup> Transcrição de palestra ocorrida em 28/10/2005, no seminário Psicólogos na Saúde Suplementar.

Ainda há pouco eu disse que o desafio passava pela questão monetária. Sem sombra de dúvida, na hora em que nos preocupamos com a nossa inserção nos Planos de Saúde, espero sinceramente que todos nós tenhamos a preocupação de que isso represente o acesso de uma maior quantidade de pessoas que sofrem psiquicamente a um tipo de atendimento, um tipo de atenção. Acho que esse deveria ser o nosso mote, a nossa mola. Mas, como eu disse há pouco, sem sombra de dúvida, nós temos também o interesse mercadológico. Queremos ser remunerados por esse serviço, não dá para fazer de conta que não é importante e brincarmos de avestruz. Se não perdermos de vista o foco (acesso aos serviços que prestamos) creio que poderemos com muita tranqüilidade ética lidar com a questão mercadológica e financeira envolvida.

E como está de fato a questão da remuneração dos serviços psicológicos, sejam eles quais forem, em Saúde Suplementar? Temos uma verdadeira Torre de Babel: há operadoras que cobrem direitinho uma série de modalidades de intervenção e outras que não querem nem ouvir falar; tem outras que cobrem alguns procedimentos e não outros, dependendo da situação (diagnóstico, encaminhamento). Além dessas variações, temos uma modalidade que eu considero extremamente complicada usualmente chamada de “convênio de encaminhamento”. Trata-se daquela pessoa encaminhada a partir da sua Operadora, ou de um núcleo qualquer, para determinado tipo de profissional, para determinado grupo de profissionais com a seguinte justificativa: “lá você vai ter condições diferenciadas de atendimento ou de pagamento”. Não se caracteriza, de fato, como convênio, nem como um Plano de Saúde, mas é simplesmente uma via de endereçamento para atendimento. Existe uma série de instituições que funcionam dessa forma. “Olha, tem fulano, sicrano e beltrano que vão atender as pessoas, os associados desse sindicato “x”, por exemplo, ou os professores e alunos tal da instituição “y”, sob condições especiais. Você pode enfrentar lista de espera na PUC ou no Sedes ou você pode procurar a Dra. Fulana. Nós encaminhamos pacientes para ela e se é alguém do sindicato, de tal lugar ela vai fazer um precinho especial”. É uma coisa mal definida e uma relação que já começa meio torta.

Mas, de fato, entre as operadoras de planos de saúde, o que nós temos efetivamente? Temos uma resolução no CONSU, a de número 11, que trabalha com as questões associadas à Saúde Mental, principalmente o tipo de trabalho, o tipo de tratamento que é dado ao doente mental, ao drogadito, ao alcoolista, enfim, às pessoas que entram na categoria do CID 10 referente às psicoses e aos casos mais graves.

Conseguimos inserir entre as propostas da resolução a cobertura para a psicoterapia breve. Esse é o único lugar onde efetivamente é mencionada a inclusão da psicoterapia como forma de atendimento que as operadoras devem estar prestando dentro do plano básico, não para todos, mas para uma determinada faixa da população, ou seja aquelas pessoas que possuem distúrbios psiquiátricos ditos graves. A resolução

Uma grande vantagem dessa discussão, que aconteceu a partir da proposta da resolução do CONSU, é que se conseguiu mostrar que as psicoterapias de um modo geral, as intervenções de caráter psicoterápico, diminuíam a morbidade, a comorbidade, dias de internação enfim, uma série de outras questões que também acabam custando caro para as Operadoras, usando-se aqui, para argumentar, a própria lógica do mercado. Há uma série de dados de literatura internacional mostrando isso e não só em psicoterapia.

Julietta Maria de Barros Reis Quayle

estabelece que tem que se tratar de psicoterapia chamada breve ou, de crise, que ela não pode ultrapassar doze sessões e ocorrer no período de doze meses. Quer dizer, se atender em doze sessões no mês, só terá direito a outras doze sessões, passados doze meses. É uma visão limitada, talvez, do conceito de psicoterapia breve, mas os profissionais que negociaram isso nesse grupo disseram que foi a única maneira de se conseguir a inserção efetiva da palavra, pois do ponto de vista das Operadoras, a inserção da psicoterapia como procedimento de cobertura obrigatória dentro dos planos de saúde acarretaria despesas vistas como excessivas, além de ser uma coisa muito “difícil de controlar”. Psicoterapia é vista como algo muito vago, algo difícil de se definir, de se avaliar os efeitos... Eles não estão tão errados, e esse é o nosso desafio.

Uma grande vantagem dessa discussão, que aconteceu a partir da proposta da resolução do CONSU, é que se conseguiu mostrar que as psicoterapias de um modo geral, as intervenções de caráter psicoterápico, diminuíam a morbidade, a comorbidade, dias de internação enfim, uma série de outras questões que também acabam custando caro para as Operadoras, usando-se aqui, para argumentar, a própria lógica do

mercado. Há uma série de dados de literatura internacional mostrando isso e não só em psicoterapia. Em outras especialidades médicas se obtêm bons resultados como a diminuição de sofrimento, ou seja, o paciente tem grandes benefícios e a Operadora tem um retorno financeiro indireto: a médio prazo, vai gastar menos.

Resumindo este é o conteúdo do artigo dois dessa resolução. Vocês podem se perguntar porque em alguns planos não é mencionada a psicoterapia. Provavelmente o plano é anterior a essa lei, que é de 1998. Essa obrigatoriedade existe somente para os planos posteriores a essa resolução.

Uma questão importante que fica para nós – principalmente para quem trabalha em Saúde – é a necessidade de se estender para outros transtornos mentais a possibilidade de estar incluindo a psicoterapia como uma forma de atendimento reembolsada ou paga pelo convênio, pela operadora, pensando no sofrimento psíquico do indivíduo. E também outros trabalhos que tenham caráter terapêutico e não necessariamente se adequam à definição de psicoterapia, por exemplo, aconselhamento, grupo psicoeducativo, orientação de pais e outros similares.

Nós esbarramos ainda no fato de que os nossos representantes, embora ofereçam algumas referências em termos de pagamento de atividades profissionais, essas ainda são relativamente frouxas. Em nossa tabela de honorários, publicada pelo Conselho Federal, se propõe, por exemplo, que para

Uma questão importante que fica para nós – é a necessidade de se estender para outros transtornos mentais a possibilidade de estar incluindo a psicoterapia como uma forma de atendimento reembolsada ou paga pelo convênio, pela operadora, pensando no sofrimento psíquico do indivíduo. E também outros trabalhos que tenham caráter terapêutico e não necessariamente se adequam à definição de psicoterapia

Julietta Maria de Barros Reis Quayle

psicoterapia individual se cobre entre R\$56,00 (cinquenta e seis reais) e R\$96,00 (noventa e seis reais) a sessão; esse é o valor de referência que a entidade sugere. Psicoterapia de casal ou familiar, de R\$ 64,00 (sessenta e quatro reais) a R\$ 128,00 (cento e vinte e oito reais); em grupo, é de R\$ 48,00 (quarenta e oito reais) a R\$ 96,00 (noventa e seis reais). Existe até uma definição sucinta para cada uma dessas modalidades e outras tantas. Isso é só o primeiro ponto que nos traz uma série de problemas. Como é que eu vou efetivamente estar definindo se o meu trabalho vale R\$56,00 (cinquenta e seis reais), R\$ 60,00 (sessenta reais), R\$ 80,00 (oitenta reais) ou R\$ 96,00 (noventa e seis reais) ou mais ?. É por que meu consultório é no bairro “x” ou “y”, é por que eu tenho doutorado ou por que eu sou recém formada? Quais são os critérios para uma determinada pessoa cobrar R\$ 56,00 (cinquenta e seis reais) e a outra cobrar R\$ 96,00 (noventa e seis)? Acho que nós temos que enfrentar essa questão. Precisamos de referenciais mais claros.

Pensando em critérios, encontramos como fonte de inspiração uma tabela que foi desenvolvida pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina que tem a denominada *Classificação Brasileira Hierarquizada dos Procedimentos Médicos* que substitui a famigerada lista da AMB de honorários médicos por procedimentos. Na área da psiquiatria, ela faz uma proposta que talvez nos sirva como um mote para discussão. Nossos colegas médicos propuseram quatro indicadores para definir cada um dos procedimentos pelo que chamam grau de complexidade. Não estou dizendo que nós temos que importar esse modelo tal como ele está, mas talvez nos inspirarmos para formular algo que nos faça sair dessa areia movediça em que estamos em relação a isso. No caso deles, pensaram que todo e qualquer procedimento técnico, médico no caso, exige determinadas habilidades técnicas, exige um tempo de execução, demanda tempo do profissional. Exige também um grau de treinamento necessário – que eles chamam de cognição – e também um grau de atenção requerido durante todo o processo, podendo haver, inclusive, riscos para a saúde daquele que está desenvolvendo aquela atividade. Então eles propõem que cada uma dessas coisas virem um eixo de análise de cada uma das atividades e que elas sejam avaliadas, para outorga de um valor comercial, por uma espécie de combinação desses eixos.

No nosso caso, se considerássemos que as habilidades técnicas é algo que nos serve, teríamos diferentes graus ou níveis de habilidades técnicas definidas operacionalmente e determinados procedimentos seriam encaixados aqui ou ali. E a partir daí o cobrar R\$56,00 (cinquenta e seis reais) ou R\$96,00 (noventa e seis reais), conseguir autorização do convênio, passa por um procedimento que está previsto, tem uma definição, tem um custo, tem uma expectativa de resultado. E aí a nossa segunda questão, o nosso segundo desafio.

Nós não escrevemos, fazemos poucas pesquisas, falamos bastante mas escrevemos pouco do que nós conseguimos, dos nossos resultados.

A proposta que trago é que pensássemos em construir critérios operacionais para as diferentes formas de psicoterapias: levantando a complexidade, o tempo despendido, a formação, eventualmente os custos operacionais – mas sempre tendo como cenário e objetivo uma atuação ética. Para trabalhar com isso de uma maneira mais objetiva, poderíamos constituir um grupo tarefa que listasse os procedimentos e seu porte. Construir um grupo – que pensasse isso efetivamente, descrevendo esses procedimentos em linhas gerais, delimitando critérios específicos e precisos de inclusão e de exclusão em determinadas categorias, que possibilitassem determinar o tipo de complexidade daquele procedimento e até um valor

referencial de honorário. Esse padrão referencial de honorários seria em função do porte e não em função do meu sorriso ou enfim, de quem está me encaminhando o paciente. Para isso ser viável, me parece ser essencial que se estabeleçam parcerias tanto para essa fase de planejamento, discussão, realização, divulgação. E isso teria que ser feito com muitas mãos, acho que não só a ABRAP, que está tentando lidar com isso através da diretoria científica, mas tentando chamar os profissionais para discutirem essas questões. A ABEP também tem essa preocupação em relação não só à psicoterapia, mas à formação do profissional para trabalhar em Saúde. Nós não estamos conseguindo sozinhos vencer o desafio da inserção da psicoterapia nos Planos de Saúde Suplementar. Fica como uma provocação e quem sabe, discutindo, algumas idéias mais interessantes e mais criativas possam surgir.

## Relações de trabalho<sup>8</sup>

### João José Sadi

Doutor em direito pela PUC de São Paulo, professor da Universidade São Francisco, diretor da Associação Brasileira de Advogados Trabalhistas, diretor da Associação Latino-Americana de Advogados Trabalhistas, diretor do Sindicato dos Advogados de São Paulo e advogado do Sindicato dos Psicólogos do Estado de São Paulo.

Boa tarde a todas e a todos! Sinto-me um pouco como um estranho no ninho, pois acho que sou a única pessoa aqui que não é psicólogo. Estou meio deslocado e conto com a simpatia e a tolerância de vocês, até porque o meu ramo de advocacia não é aquele ramo visto na televisão, no cinema: o advogado criminal. Quem já ouviu falar de advogado trabalhista ou viu um filme de advogado trabalhista? Nós cuidamos daquele lado que os clássicos chamam do “vil metal”, da “grana”, ou seja, nós cuidamos daquele lado Sancho Pança das pessoas. Enquanto vocês falam aqui dos grandes rumos, da ética, da ciência, eu falo da grana, que é uma coisa menos fascinante, menos interessante. Por isso mesmo, peço que vocês tenham essa tolerância com as minhas limitações.

Nós estamos falando de saúde que, sob o ponto de vista jurídico, diz a Constituição Federal: “É um direito de todos e um dever do Estado”. Se fosse um direito constitucional de todo cidadão ter assistência de saúde, nós não precisaríamos estar reunidos aqui. Se isso inclui a psicologia, então acabou o problema. Mas, na prática, o que acontece é que há

uma liberação de mercado para que uma parte dos serviços de saúde seja administrada empresarialmente, como um produto a ser colocado no mercado, que entra na produção capitalista de mercadorias, ou seja, a Saúde Suplementar é mais um produto que o capitalismo vende como vende carro, sorvete, bicicleta... Não passa de um produto em termos objetivos. Ora, se é um produto, a sua oferta pode dar lucro ou não. Nós sempre perguntamos: “Ah! Por que os Planos de Saúde...”, por que vender o carro básico ou o carro mais sofisticado? Existe o mercado para o pessoal do básico e o mercado para quem quer pagar pelo valor agregado, existe um pequeno mercado para quem vai pagar por um produto do Plano de Saúde que inclua o atendimento psicológico e um grande e vasto mercado de pessoas que querem pagar o mínimo possível. Portanto, para vender pelo mínimo possível, não é rentável para o empresário incluir esse tipo de serviço. Em termos econômicos, em termos de mecanismo do sistema capitalista, o serviço só entra na faixa de quem pode pagar pelo valor agregado. No entanto, nós temos que pensar que

<sup>8</sup> Palestra realizada em 28/10/2005, no seminário Psicólogos na Saúde Suplementar.

esse tipo de produto é um produto peculiar, porque Serviço de Saúde é um pouco diferente de bicicleta, porque a bicicleta eu compro, saio com ela e vou embora, enquanto o Serviço de Saúde é prestado por pessoas, ou seja, não posso pegar o sujeito e levar embora porque ele não é uma coisa, ele é um ser humano, ele é um cidadão. Na verdade, quando eu vendo serviços, eu vendo gente. Ao longo dos últimos dois mil anos, essa questão de vender gente foi se complicando para o empresário, pois implica uma série de problemas para quem opera nesse ramo de negócio. Primeiro, não posso mais vendê-lo inteiramente, no entanto, posso vender o meu trabalho. Mas, mesmo assim, se o trabalho, nesse tipo de mundo perverso, é uma mercadoria, fora desse mercado há algo externo que interfere nessas relações simplesmente mercantis, é o olhar ético da sociedade, a vontade política do povo, o sonho de que as relações entre as pessoas sejam justas, que o trabalho não seja simplesmente a pena que nós pagamos por sermos humanos, e sim a maneira de nos comunicarmos com o mundo, uma maneira de construir a nossa própria sobrevivência e de transformar a realidade.

O trabalho constitucionalmente é um valor básico para a sociedade, não pode ser tratado meramente como mercadoria. Portanto, quem for vender trabalho tem que ter muito cuidado com o que está fazendo, porque ele pode se enfiar numa camisa de 11 varas. Nós temos um regime assim: uma parte é regulada por uma legislação que já existia nos tempos dos romanos que é a seguinte: aquela pessoa que quiser vender os seus próprios serviços aos seus clientes, aos interessados, está liberada. Os direitos deles são os de prestar serviço e receber, e isso é regido pelo código civil. Agora, existe um outro departamento que se refere às pessoas que são produtos, ou seja, àquelas que prestam serviços por conta de terceiros. Essas não atendem a seus clientes e não é deles que recebem, elas atendem aos clientes da empresa e é dela que recebem. Quer dizer, a empresa contrata a pessoa e vende os seus ser-

viços. E, para obter lucro, ela paga ao profissional um valor que não corresponde à natureza ou à retribuição do serviço prestado, paga-lhe o suficiente para garantir o lucro. Nós temos um novo tipo de relação, sem direito algum, o direito de vender a si mesmo acabou, porque não dá para lidar com o trabalho do ser humano, a grandeza ética do ser humano, como se ele fosse meramente uma coisa, uma mercadoria. Ora, as pessoas que prestam serviços por conta de terceiros têm que ter algum direito que não se reduza a um tabelamento para a mercadoria de trabalho. Se o trabalho é base da sociedade, é uma condição para a cidadania, o trabalhador só vai ser cidadão se ele tiver direitos, senão ele vai continuar coisa. Na constituição federal, há um comando da ordem jurídica dizendo: “Toda vez que alguém prestar serviços a outro de uma forma duradoura e continuada, recebendo para isso, e sob dependência do tomador de serviço, ele vai ter um contrato”. Esse contrato é um pacote de direitos e é por isso que atualmente se fala tanto em passivo trabalhista, em terceirização, precarização, cooperativas, tudo isso são roupinhas que as pessoas procuram colocar no sujeito para esconder a realidade de que, no fundo, ele é um empregado. É um empregado porque há um comando de ordem jurídica para que – toda vez que alguém prestar serviços a outro, de forma continuada, remunerada e sob dependência – ele seja considerado empregado e deverá ter uma série de direitos. A verdade é que os indivíduos que trabalham nessas condições são empregados disfarçados sob as mais diversas roupagens. Toda pessoa que presta serviço de forma remunerada e contínua, sob dependência, tem esse vínculo, mesmo que trabalhe em casa, pela Internet, no consultório. Já se foi o tempo em que ele era considerado empregado só se estivesse no local de trabalho, batendo o ponto, entrando às 8 e saindo às 18 horas. As coisas mudaram, vivemos hoje num mundo em transformação, onde há um tremendo esforço do sistema capitalista em acabar com isso, que suprime, na prática, essas vantagens decorrentes da lei.

Os psicólogos têm que compreender que não são uma ilha, estão navegando no mesmo barco dos pedreiros, dos advogados, dos físicos nucleares, dos professores de natação, ou seja, o trabalho, no mundo e no Brasil, passa, hoje, por uma crise profunda. O sistema jurídico precisa se estruturar para lidar com essa delicada relação, que é o fato de eu prestar serviços sob dependência. Se ignorarmos isso, estaremos em profunda e árdua contradição com o mundo real de trabalho que está aí em transformação. Atualmente, todo o sistema capitalista se volta para destruir esse tipo de relação e para ter relações flexíveis, sem vínculos, por isso que as empresas não contratam e, em vez disso, mandam as pessoas procurarem cooperativas e contratam empresas de fornecimento de mão-de-obra. Quando se trata de autônomos, manda-os constituir uma firma, é o que prolifera em todo o mercado.

Esse quadro é semelhante ao quadro geral dos trabalhadores no país que enfrentam esse tipo de questão. Como os psi-

O sistema jurídico precisa se estruturar para lidar com essa delicada relação, que é o fato de eu prestar serviços sob dependência. Se ignorarmos isso, estaremos em profunda e árdua contradição com o mundo real de trabalho que está aí em transformação.

João José Sadi

cólogos, parte desse conjunto, podem contribuir para o avanço nesse tipo de questão? Primeiro, conscientizando-se, e cada vez que alguém fizer a proposta de prevalecer o negociado sobre o legislado, recusar-se a aceitar, porque o proponente está querendo revogar o que foi legislado. Segundo, se você tiver consciência de que há esse processo de transformação e desmonte dessa legislação, combatê-lo. Terceiro, participar de movimentos gerais da sociedade para que essas normas se tornem realidade e que sejam cumpridas e respeitadas. Se você não registrar o empregado, segundo a lei, a pena mínima é de dois anos de reclusão, mas nunca se ouviu falar de alguém que foi preso por não registrar o empregado. É necessário todo um esforço da sociedade para se compreender que esse direito é um direito precioso, importante, e temos que lutar por ele e transformá-lo em uma prática real, o que implica você questionar isso na sua vida pessoal e como parte da coletividade. Claro que isso envolve entidades e as relações entre Conselhos e Sindicatos. Fui presidente do meu Sindicato e dirigente da Ordem, que é o nosso Conselho, então, eu estive do lado de cá e de lá. Às vezes, dizia-se: “Pobre sindicato, tão longe de Deus tão perto da Ordem dos Advogados”, porque é evidente que a autarquia tem toda uma estrutura que os Sindicatos dos Liberais não têm. Como presidente do Sindicato, fui uma vez à porta do Fórum chamar os advogados para uma discussão e a pessoa, que recebeu o panfleto, disse: “Doutor, eu não preciso de sindicato, sou advogado”. Atualmente, temos 40 mil advogados vivendo de convênio, tem cara trabalhando de frentista, cobrador de ônibus, pois não arruma emprego, não arruma trabalho. A única solução possível para as entidades – como vocês estão fazendo aqui – é trabalharem de mãos dadas para que essas culturas se dissolvam. No mundo de flexibilização do trabalho, com o desemprego conjuntural de alto grau, está cada vez mais difícil fazer pressão. Por exemplo, quem vai fazer greve numa atividade que tem um profissional em cada lugar? Se a greve for na General Motors, que tem 15 mil operários, a produção pára, mas como parar 743 consultórios? A greve é a inviabilização da produção, se eu não a inviabilizo, o que estou fazendo?

As possibilidades de ação, nesse campo, são bastante limitadas, nós temos que ter consciência disso, nem o Sindicato nem o Conselho vão resolver. As pessoas devem tomar o próprio destino em suas mãos. E preciso compreender que só o conjunto de ações vai melhorar as coisas, o conjunto de ações no sentido de fazer respeitar a lei, de intervir politicamente nesse mercado para forçar que seja oferecido o produto psicologia também. Nessa área de sindicato de reivindicação, essa questão da fundamentação técnica é tudo conversa, a pessoa quer é melhorar de vida e quer obrigar a fazer, então os profissionais têm que se dispor a obrigar a fazer, obrigar politicamente a fazer. É claro que nós temos uma série de referenciais éticos, científicos e tal, mas isso caminha ao lado. Uma coisa não prejudica a outra. Em se tratando de sobrevivência, a tarefa é política de vontade, e ela

Estamos no auge da implantação dos piores e mais perversos efeitos da terceira revolução capitalista, e devemos procurar intervir nela o máximo para tentarmos reencontrar soluções globais e particulares, tendo em vista que ninguém vai encontrar sozinho um bote salva-vidas nesse navio, nem como indivíduo, nem como categoria. Esse é um problema que atinge a todos, porque, se nós permitirmos que essa flexibilização seja absoluta, a saúde será só uma mercadoria, como a bicicleta e o sorvete.

João José Sadi

só é conquistada pela força, pela pressão. Aquele que imagina que o patrão, o vendedor do produto de saúde, vai colocar a psicologia ali porque foi convencido de que isso é bom para o povo, porque ele é bonzinho ou porque acha que vai ser bom para os psicólogos está iludido. Ele só cederá se for obrigado ou se tiver mercado.

Na prática, o que nós temos é um universo de pessoas trabalhando aqui e acolá das formas mais desconectadas. Esta é a forma que o mercado nos impõe. O próprio capitalismo procura atomizar essas relações, e as pessoas só conseguem pensar no caminho para mudar o seu próprio destino, de maneira individualista, vêem o mundo atomizado. É preciso perceber que estamos todos nesse barco e que ele está afundando. É necessário se integrar ao conjunto da grande crise que hoje atravessa a relação capital/trabalho internacionalmente e no Brasil. Estamos no auge da implantação dos piores e mais perversos efeitos da terceira revolução capitalista, e devemos procurar intervir nela o máximo para tentarmos reencontrar soluções globais e particulares, tendo em vista que ninguém vai encontrar sozinho um bote salva-vidas nesse navio, nem como indivíduo, nem como categoria. Esse é um problema



que atinge a todos, porque, se nós permitirmos que essa flexibilização seja absoluta, a saúde será só uma mercadoria, como a bicicleta e o sorvete.

Eu agradeço a vocês pela paciência, aqui, com o Sancho Pança. Muito obrigado a todos pela tolerância!

PESSOA DA PLATÉIA: Eu gostei do que o Sady falou agora, no final, sobre o trabalho, considerando-o uma categoria social. Acho que todo profissional de Saúde, e não só o psicólogo, teria que ter a formação com esse enfoque, pois devemos pensar no conceito de Saúde a partir do trabalho. O conceito de Saúde do trabalhador, cunhado historicamente pela medicina de trabalho, é o que temos de mais atual. Seria necessário tanto a psicologia quanto a enfermagem e a medicina terem essa formação a partir do trabalho, pois ele é uma categoria que está na base do adoecimento e da saúde dos seres humanos. Uma pessoa adoce em função do trabalho e, se ela não tem as condições de trabalho preconizadas pela Organização do Trabalho, também vai adoecer. O filho dessa pessoa, por sua vez, vai ser atingido pelas relações desumanas, perversas, que esse pai e essa mãe sofrem no trabalho. A reflexão, a partir desse lugar social, é importante. Nós, psicólogos, não estudamos Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde do Trabalhador, nossa formação é muito compartimentada. A igreja católica no Brasil – citando as comunidades eclesiais de base – estruturou um trabalho na época da ditadura a partir de quem estava em baixo, para construir uma alternativa, para refletir a realidade, a partir de um lugar social. Precisamos resgatar esse lugar social na formação, porque senão as pessoas se formarão alienadas da realidade política, social, econômica e do lugar a que pertencem. Nós estamos do lado do trabalho, usamos vários nomes para denominá-lo: honorários, salários, ordenado. O psicólogo e o profissional liberal não existem mais, vendemos a nossa força de trabalho e é essa consciência que falta na reflexão do profissional de Saúde.

PESSOA DA PLATÉIA: Nós (referindo-se a outra pessoa da platéia) vivemos uma dualidade: somos psicólogas e também auditoras, psicólogas auditoras de um convênio. Como psicólogas auditoras, sentimos muito essa dificuldade, essa transição pela qual a psicologia está passando. Ela está mudando a sua identidade, saindo daquele perfil do psicólogo fechado no consultório, em que o paciente é dele. Nós estamos passando por isso e há a necessidade de estabelecermos limites, cobrando relatórios. Alguns profissionais preferem falar ao telefone a mandar relatório. Percebemos que o profissional está tentando se enquadrar nessa nova visão, mas é difícil mesmo. Não dá para um Plano de Saúde aceitar a psicoterapia por um tempo indeterminado. O psicólogo não vai conseguir abrir espaço em outras Operadoras, na ANS ou em qualquer lugar com esse tipo de visão, em que é ele que determina a duração do processo.

Como não temos referencial, nós, como auditoras, acabamos tendo que impor algum. Parece que já existe um grupo de trabalho que está estudando isso. E a minha pergunta é:

como esse grupo se reúne, quem participa, em que pé está esse tipo de referencial? Para nós, tanto para o psicólogo quanto para o auditor, esse trabalho é fundamental.

PESSOA DA PLATÉIA: Queria complementar. Nesses relatórios que recebemos, percebemos a falta de qualidade no serviço prestado, e isso é muito grave. Em que o Conselho pode nos ajudar? E quanto à utilização de testes não referendados pelo Conselho? O convênio pode se recusar a pagar?

LUIS CARLOS: Fiquei convencido, pelo que nós conversamos até agora, de que devemos brigar pelos princípios do SUS e de que tanto a Saúde Suplementar quanto a Saúde Pública devem se aproximar dos princípios do SUS. O Serviço Público está muito distante do SUS e nós, como cidadãos e psicólogos, devemos exigir que toda a forma de prestação de serviço em saúde deva estar de acordo ou, pelo menos, próxima aos princípios do SUS, porque os esses princípios dizem a respeito aos interesses da população. Fiquei pensando que nós, psicólogos, como trabalhadores, devemos ainda lutar, defender a CLT, porque a CLT é ainda uma maneira de enquadrar as relações de trabalho de forma mais interessante, pois também defende o trabalhador. Então, acho que podemos concluir que as nossas duas grandes bandeiras serão o SUS e a CLT. Gostaria de saber se a mesa concorda.

PESSOA DA PLATÉIA: Vou fazer uma intervenção pequenininha. Atualmente, a Prefeitura de São Paulo tem os Postos de Saúde e tem o SUS, só que existe uma excrescência na legislação municipal, o Decreto nº 45.667, de 29 de dezembro de 2004. Os últimos que a Marta Suplicy assinou. No Artigo 49, diz que isso não é atestado para licença médica de 15 dias, é para consulta, só quem pode dar comprovante de horas é médico e dentista, de psicólogo não é aceito. Vamos dizer, por exemplo, o psicólogo de um Posto de Saúde da prefeitura atende um funcionário de uma escola, a professora, que foi fazer terapia no horário de trabalho – o Posto de Saúde só funciona no horário do expediente, não funciona à noite – então, aquele

Realizamos algumas discussões  
e acho muito importante isso,  
porque, além de apontarem  
a necessidade do serviço de  
psicólogo, podem definir o que é  
o seu trabalho, os limites da sua  
atuação e o que é salutar acontecer,  
ou não, nesse sistema.

Fátima Regina Riani Costa

atestado não serve. Existe uma briga com a prefeitura – já faz tempo – e isso não funciona. Existe uma resolução do Conselho que o psicólogo pode dar atestado se ele der só o comprovante de horas, mas a prefeitura não aceita. Vocês têm conhecimento disso?

FÁTIMA REGINA RIANI COSTA: Desde que a nova diretoria assumiu, uma das preocupações da ABEP tem sido, por um lado, pensar na construção de uma psicologia brasileira, mas, ao mesmo tempo, formar um psicólogo brasileiro que esteja atento às necessidades do país em que vive, quer dizer, que ele seja formado para refletir sobre as questões brasileiras, pensando em formas de lidar com os desafios que se apresentam. Temos que pensar numa série de questões epistemológicas. Nós falamos muito em saúde normal, doença e tal, mas tomamos emprestado, quase sempre, o modelo médico para discutir as nossas coisas, e não propomos, não paramos para pensar num outro modelo que possa efetivamente complementá-lo. Acho que temos uma série de problemas, como ensinar ou melhor como favorecer o pensamento crítico do psicólogo. Creio que não é só uma questão de conteúdo, é também uma questão de como se faz isso. Acredito que isso tenha a ver com voltar às raízes, voltar mais para as coisas nacionais mesmo.

Em relação ao que o Boscoli levantou sobre Saúde Mental e trabalho, queria lembrar que o Sindicato dos Bancários nos contatou e nos informou que hoje a causa de dispensa do trabalho entre os bancários são os problemas emocionais, os transtornos psiquiátricos. Acaba sendo uma moeda de troca no mercado dizer o quanto fica caro, para uma instituição, não tratar preventivamente esse aspecto emocional das relações, da saúde do trabalhador. Outras categorias profissionais ou outros sindicatos, que tenham feito um levantamento sobre o motivo das dispensas, podem também chegar à mesma conclusão. Essa é uma questão realmente importante para discutirmos com cada categoria em específico, mas o único dado que temos atualmente é o do Sindicato dos Bancários.

Em relação ao GT, temos, aqui em São Paulo, o grupo de trabalho Mercado e Condições de Trabalho, em parceria com o Sindicato dos Psicólogos. Realizamos algumas discussões e acho muito importante isso, porque, além de apontarem a necessidade do serviço de psicólogo, podem definir o que é o seu trabalho, os limites da sua atuação e o que é salutar acontecer, ou não, nesse sistema. Mas vocês estão trazendo aqui que é primordial estabelecermos referenciais para o auditor e para o Plano. Esta é uma coisa nova para discutirmos, e é importante a presença de auditores para dar uma rastreada nessa realidade. Devemos incluir, na discussão, o que pode e o que deve ser cobrado, porque temos recebido, dos psicólogos, muitas reclamações, talvez esteja havendo um problema de comunicação. Nós vimos no Artigo 6º, na linha b, do código de Ética: “O psicólogo compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado”. E realmente existem processos éticos, porque, no relatório, inclui-se dados irrelevantes. Além do código de ética, há resoluções especí-

ficas. Existe a Resolução nº 07/2003, que é o manual de documentos escritos, decorrentes de avaliação psicológica, que diferencia, em primeiro lugar, laudo, atestado e declaração e estabelece os parâmetros dessa questão da estigmatização, da exposição. Esse parâmetro para o que contar no relatório já está estabelecido, e estamos batalhando muito para o psicólogo conhecer as resoluções. É importante ir ao *site* do CRP, entrar em resoluções e olhar, porque a maioria das perguntas que nós respondemos no Centro de Orientação já foi respondida pela legislação. Quando se quebra uma legislação que já existe, não tem mais o que se discutir. Uma coisa que temos falado muito é sobre a questão da formação na graduação. Tem muita gente que sai da faculdade sem saber que existem essas resoluções e da importância de discuti-las. Já existe uma resolução sobre laudos que precisa ser cumprida e cabe uma denúncia quando isso não acontece. É complicado pensarmos em denunciar casos particulares, pois estamos nos propondo a uma discussão mais ampla. Quanto à questão de se usar testes não aprovados, também há uma resolução que aprovou os testes. Se a pessoa não está cumprindo, tem que ser denunciada. Se for uma coisa freqüente, também podemos resolver coletivamente o que fazer em relação a isso, por exemplo, orientar, enviar uma carta aos psicólogos credenciados para que recebam uma orientação geral. Sempre que pudermos orientar nós preferimos. Acho que caberia, nessa orientação geral, relembrar os procedimentos, mas, em casos especiais, cabe uma denúncia.

O Grupo de Trabalho de Mercado e Condições de Trabalho fez uma consulta jurídica para alguns pontos, entre eles, onde é que temos e onde não temos auditor. Perguntamos se poderíamos, por exemplo, exigir que o INSS tenha um auditor psicólogo, como é que podemos fazer essa negociação e também sobre a questão do atestado. Temos várias questões e a auditoria é uma delas.

JOÃO JOSÉ SADI: A título de considerações finais, só gostaria de comentar algumas coisas. Essa questão de convênio e empresa tem um lado peculiar: o convênio e a empresa não vendem um produto de supermercado, mas ele é uma instrumentalidade daquele pessoal que dá lucro, então, a empresa tem interesse em manter a relação custo/benefício. O que vocês precisam compreender é que estão ligados a uma questão que só está adquirindo algum significado jurídico de uns anos para cá, que é a dor. A dor é algo que não existe juridicamente. A dor é imaterial, então, no nosso sistema jurídico, só era indenizável o que tinha concretude. Se, por exemplo, uma mulher há 20 anos fosse estuprada, como é que eu poderia determinar a indenização? Ela não perdeu um braço ou uma perna, o que sentia era dor. No nosso sistema, não havia indenização para isso. Dei um exemplo radical para ver a grandeza do passo que nós demos nos últimos 20 anos, no sentido de começar a pensar a dor como um fenômeno jurídico. À medida que se torna um fenômeno jurídico, a dor começa a se tornar indenizável. Ainda hoje não temos como

calcular qual é o preço da dor. As pessoas estão descobrindo que, na medida em que a dor é indenizável, tem que se fixar um preço para ela, e é preciso pagar esse preço. Isso levou os sindicatos e as operadoras a começarem a desenvolver, nos últimos anos, a fundamentação jurídica, no sentido da indenizar o estresse que não era aceita como indenizável.

À medida que essa luta aumenta, ela vai transformar esses problemas que vocês viram do lado do benefício. Se eu tenho um atendimento psicológico, diminui a sinistralidade, diminui o passivo para indenizá-la e a quantidade de ações da indenização por estresse. Os operadores do direito e os sindicatos é que estão batalhando para incluir a sanidade psicológica como parte da higiene de segurança do trabalho, implicando a entrada do TPRA, PMCSO etc. e tal nos convênios. Se eles não entrarem e os resultados forem trágicos, vai haver, e já está surgindo, uma vaga de processos nesse sentido. As empresas estão percebendo que vão criar um grande passivo trabalhista gerado pela dor, pelos problemas psicológicos decorrentes dos efeitos do estresse. Então, essa é uma questão que registro aqui. A maioria das pessoas pensa que a dor sempre foi indenizável, mas ela só se tornou indenizável de uns 17 anos pra cá, em tese, quer dizer, na prática, o desenvolvimento de estudos jurídicos, de jurisprudência e doutrina para que isso se torne algo concreto é muito mais recente, e as precauções das empresas para evitar que esse passivo trabalhista aumente está redundando nesse sistema de prevenção do estresse, e isso vai forçar uma mudança nos convênios. Era isso só que eu queria registrar.





realização



Conselho Regional  
de Psicologia SP