



### **3.1.2 - Atendimento hospitalar**

No que concerne ao atendimento hospitalar de doentes mentais, a legislação brasileira, no contexto da reforma psiquiátrica, considera excepcional a hipótese de internação, de acordo com o art. 4º da Lei 12.216/01:

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

E de modo ainda mais protetivo, a legislação estabelece que haja política específica para o paciente que esteja hospitalizado há muito tempo (art. 5º):

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e

supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Entre os elementos de cumprimento do art. 5º da Lei 10.216/01, encontra-se o programa “De Volta pra Casa”, coordenado pelo Ministério da Saúde. Para contribuir para a reabilitação psicossocial de pacientes mentais egressos de internações, foi estabelecido, pela Lei 10.708/03, o *auxílio-reabilitação psicossocial*, cuja regulamentação é dada pela Portaria GM/MS nº 2.077/03. Com a finalidade de facilitar a assistência, o acompanhamento e a integração do paciente à sociedade, este benefício é mais um instrumento de efetivação da luta antimanicomial.

Outro instrumento para a diminuição das internações ao mínimo necessário é a regulação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental – Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº 106/00. Estes serviços são “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social” (art. 1º, § único). Tais serviços “constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada” (art. 2º) e devem estar “vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo” (art. 5º, *d*). Trata-se, portanto, de atendimento ambulatorial<sup>1</sup>. A esses serviços cabe (art. 3º):

---

<sup>1</sup> Os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, devem possuir equipe técnica composta por pelo menos um médico e dois profissionais de nível médio (art. 7º da Portaria GM/MS nº 106/2000, com redação dada pela Portaria GM/MS nº 175/2001).



- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

A tudo isso se soma a política de redução progressiva de leitos psiquiátricos. Neste sentido, a Portaria GM/MS nº 52/04 cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. O Programa determina o seguinte:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. Aprofundando estratégia já estabelecida em medidas anteriores da política de saúde mental do SUS, a redução dos leitos deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte, levando em conta sua localização em regiões de maior densidade de leitos hospitalares, e deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar prestado, o que vem sendo realizado anualmente através do PNASH-Psiquiatria. Na mesma direção estratégica, a recomposição das diárias hospitalares deve ser instrumento da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento. A estratégia deve garantir também que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatorios, atenção básica e outros. Finalmente, é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores



(municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social.

Ademais, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, por meio de sua Resolução nº 5/2004, estabeleceu que “a conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado” (item 10 do Anexo).

Portanto, o atendimento hospitalar é a *ultima ratio* da atenção à saúde mental no âmbito do SUS. Esse entendimento é confirmado pela Portaria GM/MS nº 2.391/2002, que determina, no art. 2º, que “a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível”. Isso se coaduna com a tendência internacional de reforma psiquiátrica, que tem como marco, no continente americano, a Declaração de Caracas de 1990 e, em âmbito mundial, os *Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental*, adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1992.

Embora hipótese excepcional, a internação, quando necessária, deverá oferecer *assistência integral*. A legislação específica, portanto, está atenta ao *princípio da integralidade* da atenção à saúde, que se constitui em um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o art. 7º, inc. II, da Lei 8080/90. A legislação, no dispositivo supra citado, exemplifica alguns elementos necessários à integralidade do atendimento da saúde mental (art. 4º, § 2º, da Lei 10.216/01):

- serviços médicos;
- serviços de assistência social;



- serviços psicológicos;
- serviços de assistência social;
- serviços ocupacionais;
- serviços de lazer.

Essa complementaridade entre as profissões da área da saúde é confirmada em normas infra-legais. A Portaria Interministerial nº 628/02, estabelecida pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, determina que nas unidades do sistema prisional, inclusive nas unidades psiquiátricas, é obrigatório haver, para cada quinhentos presos, uma equipe *mínima* de atenção básica de saúde, composta por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, *psicólogo*, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, em carga horária de pelo menos 20 horas semanais, com suprimento regular de medicamentos básicos (art. 9º).

Portanto, na legislação brasileira, os *serviços psicológicos* estão expressamente incluídos no conjunto de serviços essenciais à realização do direito humano fundamental à saúde.

Dito de outro modo, quando houver internação psiquiátrica, deverá haver o oferecimento de serviços psicológicos. Logo, o psicólogo é um profissional necessário na organização da assistência à saúde mental.

Não obstante isso, não cabe ao psicólogo determinar pela internação do paciente mental, pois apenas médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se situe o estabelecimento de internação, tem essa prerrogativa (art. 8º, Lei 10.216/01), além da hipótese de internação compulsória – determinada judicialmente (art. 9º). A tipologia legal da internação psiquiátrica, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.391/2002, engloba quatro possibilidades (art. 3º):



Internação psiquiátrica voluntária (IPV): expressamente consentida pelo paciente;

Internação psiquiátrica involuntária (IPI): sem consentimento expresso do paciente;

Internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI): paciente discorda com a manutenção da internação;

Internação psiquiátrica compulsória (IPC): determinada por medida judicial.

Portanto, todas as pessoas que sejam internadas (voluntariamente, sob determinação médica ou compulsoriamente), uma vez que estejam em ambiente hospitalar psiquiátrico, tem direito a atendimento integral que englobe, necessariamente, os serviços psicológicos.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 251/2002, “é atribuição intransferível do gestor local do Sistema Único de Saúde estabelecer o limite das internações em psiquiatria e o controle da porta de entrada das internações hospitalares, estabelecendo instrumentos e mecanismos específicos e resolutivos de atendimento nas situações de urgência/emergência, preferencialmente em serviços extra-hospitalares ou na rede hospitalar não especializada” (art. 8º).

Outro tema relevante na análise da regulação da saúde mental diz respeito à qualidade dos serviços de saúde. Neste sentido, a Portaria GM/MS nº 799/00 criou o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, o qual contempla, entre suas atividades, “supervisão e avaliação, in loco, dos hospitais psiquiátricos que compõem a rede assistencial do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a adoção de medidas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção à saúde mental instituído no País” (art. 1º, § único, *b*).

De modo mais específico, o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como de hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, foi estabelecido pela Portaria GM/MS nº 251/02.

Esta Portaria também estabelece as diretrizes e normas para o atendimento hospitalar na saúde mental no âmbito do SUS. Primeiramente, são elencadas as seguintes diretrizes:

- Consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar, articulado em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes;
- Organizar serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- Garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- Assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis;
- Assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços
- Garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução.
- Articular-se com os planos diretores de regionalização estabelecidos pela NOAS-SUS 01/2001;
- Definir que os órgãos gestores locais sejam responsáveis pela regulamentação local que couber, das presentes normas, e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

Note-se que essas diretrizes corroboram a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, reafirmam a integralidade de assistência e confirmam a multiprofissionalidade nos serviços de saúde mental no SUS.

A Portaria GM/MS nº 251/02 estabelece, ainda, as normas para o atendimento hospitalar psiquiátrico. Quando a maioria dos leitos de um hospital for destinada ao tratamento especializado de pacientes psiquiátricos em regime de internação,



este será considerado um hospital psiquiátrico. É proibida a existência de celas e é garantida a inviolabilidade de correspondência dos internados. De acordo com a necessidade de cada paciente, é obrigatório haver:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual;
- c) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- d) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente e visando prevenir a ocorrência de outras internações;
- f) essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito;
- g) desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência – aqueles com mais de 01 (um) ano ininterrupto de internação. O



projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar;

h) desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência;

i) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

As normas de atendimento da Portaria GM/MS nº 251/02 reafirmam a e necessária multiprofissionalidade da atenção hospitalar em saúde mental. Neste sentido, especialmente no que tange ao tratamento psicológico, a Portaria em tela determina que, para cada 60 pacientes internados, deve haver um psicólogo atuando pelo menos 20 horas semanais. Enfim, há a determinação expressa no sentido de que “a composição dos recursos humanos deve garantir a continuidade do quantitativo necessário em situações de férias, licenças e outros eventos”.

Também é obrigatória a prestação de serviço psicológico no atendimento hospitalar especializado para usuários de álcool e outras drogas. Neste sentido, é importante referir a Portaria GM/MS nº 1.612/05, a qual definiu as *Normas para funcionamento e credenciamento/habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas – SHR-ad*. Entre as normas estabelecidas para SHR-ad, encontra-se a obrigatoriedade de haver, na instituição hospitalar, projeto técnico que contemple atividade psicológica, atendimento individual psicoterápico e psicoterapia em grupo (Portaria GM/MS nº 1.612/05, Anexo I, item 1.3.2, alíneas *a*, *b* e *c*), bem como projeto terapêutico institucional executado por equipe multiprofissional (Portaria GM/MS nº 1.612/05, Anexo I, item 1.3.3.a). Finalmente, a equipe mínima de um Hospital de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas (SHR-ad) deve incluir um psicólogo (Portaria GM/MS nº 1.612/05, Anexo I, item 1.3.5.1.c, e Anexo II). A regulação anterior previa as mesmas regras (Portaria GM/MS nº 1.027/05, Anexo I, 1.3.2.a, 1.3.3.a e 1.3.5.1.c; Anexo II).



Ainda com relação ao SHR-ad, é importante referir que esses serviços tem como um de seus objetivos “evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos”, conforme estabelecem tanto a Portaria GM nº 2.197/2004, no seu art. 5º, inciso VII, como a Portaria GM/MS nº 1.612/2005, Anexo I, item 1.3.1, alínea f.

As citadas portarias do Gabinete do Ministro da Saúde confirmam a necessária multiprofissionalidade do atendimento em saúde mental, determinado pelo art. 4º, § 2º, da Lei 10.216/01. Note-se, porém, que o tema é objeto de normatização desde o início dos anos 1990. Com efeito, a Portaria do Secretário Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), do Ministério da Saúde, nº 224/92 incluía, entre as diretrizes de funcionamento dos serviços de saúde mental, a “multiprofissionalidade na prestação dos serviços”.

A Portaria SNAS nº 224/92, no que concerne ao atendimento hospitalar de saúde mental, já distinguia entre hospital-dia, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria (grifado):

### 3. Normas para o atendimento hospitalar (Sistema de Informações Hospitalares do SUS)

#### 1. Hospital-dia

1.1. A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por **equipe multiprofissional**, visando a substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1.2. O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço do hospital-dia seja regionalizado, atendendo a uma população de



uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3. A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

- **atendimento individual** (medicamentoso, **psicoterápico**, de orientação, dentre outros);
- **atendimento grupal** (**psicoterapia**, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando a trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes em regime de hospital-dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4. Recursos Humanos

A **equipe mínima**, por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- **4 outros profissionais de nível superior** (**psicólogo**, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

(...)

**2. Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral**



2.1. Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com **equipe multiprofissional**. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2. Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) **avaliação médico-psicológica** e social;
- b) **atendimento individual** (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) **atendimento grupal** (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital geral e hospital especializado.

#### 2.4. Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima; período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e **1 psicólogo**;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.



(...)

### 3. Leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral

3.1. O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por **equipes multiprofissionais**.

3.2. O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas.

3.3. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) **avaliação** médico-**psicológica** e social;
- b) **atendimento individual** (medicamentoso, **psicoterapia breve**, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) **atendimento grupal** (grupo operativo, **psicoterapia em grupo**, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando a prevenir a ocorrência de outras internações.

### 3.4. Recursos Humanos

A **equipe técnica mínima** para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e **1 psicólogo**;



- 1 enfermeiro;
  - **2 profissionais de nível superior** (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
  - profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.
- (...)

#### 4. Hospital especializado em psiquiatria

4.1. Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

4.2. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) **avaliação** médico-psicológica e social;
- b) **atendimento individual** (medicamentoso, **psicoterapia breve**, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) **atendimento grupal** (grupo operativo, **psicoterapia em grupo**, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando a prevenir a ocorrência de outras internações.

4.3. Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento de clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das normas específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor, expedidas pelo Ministério da Saúde.

4.4. O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m<sup>2</sup>/leito e número de leitos igual a



1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5. O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m<sup>2</sup>, mais 20m<sup>2</sup> para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

#### 4.6. Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com **no mínimo**:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7 às 19 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

- Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro;
- **Para cada 60 pacientes**, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:

- 1 assistente social;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 2 auxiliares de enfermagem;
- **1 psicólogo;**

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas, como psiquiatra-assistente, desde que, além de seu horário de plantonista, cumpra 15 horas semanais em pelo menos três outros dias da semana.

Percebe-se que as determinações da Portaria SNAS nº 224/92 confirmam a participação de serviços psicológicos em todas as modalidades de atendimento psiquiátrico hospitalar. Como visto *supra*, a Portaria GM/MS nº 251/02 atualizou as regras sobre atendimento hospitalar, mantendo a obrigatoriedade de prestação de serviços psicológicos, o que atende ao princípio da integralidade de assistência.

Note-se, por oportuno, que, à luz da Portaria SNAS nº 224/92, a prestação de serviços em *hospital-dia* integra a assistência hospitalar, ao lado da urgência hospitalar, da internação em hospital geral e da internação em hospital psiquiátrico.

Antes de concluir a análise da normativa do SUS referente ao atendimento hospitalar psiquiátrico, é importante esclarecer que não se confunde com o atendimento hospitalar o atendimento prestado em CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial, modalidade III). Nesta hipótese, a linguagem da regulamentação não refere *internação*, mas trata de *acolhimento noturno*. Os CAPS III incluem “acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 5 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação” (art. 4º, 4.3.1.g, da Portaria GM/MS nº 336/02), sendo que “a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias” (art. 4º, 4.3.1.i, da Portaria GM/MS nº 336/02). Nos CAPS também é garantida a multiprofissionalidade dos serviços (Portaria GM/MS nº 336/02 c/c Portaria SAS nº 305/02, Anexo I, item 1.4.2).

Enfim, a análise da normativa legal e infra-legal referente à saúde mental no âmbito do SUS, no que concerne ao atendimento ambulatorial e ao atendimento hospitalar, indica que é essencial a participação do profissional da psicologia, a fim de fazer cumprir o princípio da integralidade.

### 3.1.3 - Atendimento de emergência





O atendimento de urgência/emergência em saúde mental pode excepcionar a necessidade de consentimento do paciente. A peculiaridade fática da emergência faz dela uma obrigação do Estado, independentemente do que manifestar o paciente mental. Isso fica ilustrado pelo o que dispõe a Resolução nº 1.408/1994, do Conselho Federal de Medicina, no seu art; 4º: “nenhum tratamento será administrado a uma pessoa com transtorno mental sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção do consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas”.

No âmbito do SUS, atendimentos de emergência em saúde mental podem ser atendidos em hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos. Em setembro de 2008, por meio de Portaria GM/MS nº 1.899/2008, o Ministério da Saúde instituiu o Grupo de Trabalho sobre saúde mental em hospitais gerais. As competências deste Grupo são direcionadas à emergência em saúde mental (art. 3º):

- I - promover a discussão sobre as estratégias para expansão dos leitos para internação psiquiátrica em hospitais gerais, incluindo seus serviços de emergência;
- II - discutir os critérios de implantação e implementação dos serviços de emergência, com vistas a buscar uma maior adesão dos gestores à implantação dos leitos;
- III - estabelecer mecanismos de discussão e de definições técnicas sobre o tema dos leitos para internação psiquiátrica em hospitais gerais e nos serviços de emergência dos hospitais gerais, de forma coletiva e construtora de consenso, observando as necessidades e especificidades das diferentes regiões geográficas do País; e
- IV - promover a discussão sobre as diretrizes gerais para a regulação das internações psiquiátricas, incluindo o SAMU e as diretrizes da Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde.



Trata-se, pois, de assunto de grande atualidade no âmbito do Ministério. Não obstante essa discussão, a aplicação dos princípios da universalidade de acesso e de integralidade de cobertura implica o direito de todos aos serviços de urgência/emergência, inclusive no que se refere à saúde mental.

De modo geral, a regulação da atenção pré-hospitalar de urgências médicas está dada pela Portaria GM/MS nº 814/2001. Conforme estabelece o Anexo II dessa Portaria, a emergência psiquiátrica está incluída na atenção pré-hospitalar, inclusive para o atendimento de urgência móvel. *In verbis*:

O Ministério da Saúde considera como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza traumática ou não-traumática ou, ainda, **psiquiátrica**), que possa levar à sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Especificamente para a saúde mental, existem os serviços de urgência psiquiátrica em hospital-geral, conforme o que dispõe a Portaria SNAS nº 224/92:

## **2. Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral**

2.1. Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com **equipe multiprofissional**. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2. Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) **avaliação médico-psicológica** e social;
- b) **atendimento individual** (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) **atendimento grupal** (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital geral e hospital especializado.

#### 2.4. Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima; período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e **1 psicólogo**;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

Especificamente no que se refere aos Serviços Hospitalares de Referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (SHR-ad), a Portaria GM nº 2.197/2004, no art. 8º, incisos I a III, contemplou entre os procedimentos do SUS o

“tratamento de intoxicação aguda”, que perdura entre 24 e 48h, o “tratamento da síndrome de abstinência do álcool”, que perdura entre três e sete dias, bem como “tratamento de dependência do álcool, com a presença de intoxicação aguda com evolução para a instalação de síndrome de abstinência grave”, com duração entre três e quinze dias. A Portaria GM/MS nº 1.612/2005, confirma o oferecimento desses serviços pelo SUS (art. 4º), assim como fizera a Portaria GM/MS nº 1.027/2005, revogada pela Portaria GM/MS nº 1.612/2005.

Entre as funções dos SHR-ad está a de “dar suporte à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/emergência que sejam decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e/ou outras drogas, advindas da rede dos Centros de Atenção Psicossocial para a Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad), da rede básica de cuidados em saúde (Programa Saúde da Família, e Unidades Básicas de Saúde), e de serviços ambulatoriais especializados e não-especializados” (Portaria GM/MS nº 1.612/2005, Anexo I, item 1.3.1, alínea c).

Enfim, como demonstrado, no âmbito do SUS há previsão expressa para atuação do profissional psicólogo no atendimento de urgências psiquiátricas, especialmente em hospital-geral.

### **3.2 - REGULAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

A atenção à saúde na Saúde Suplementar obedece aos princípios determinados na Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 167/08, entre os quais se encontram a “atenção multiprofissional” e a “integralidade das ações respeitando a segmentação contratada” (art. 4º, inc. I e II, respectivamente). Esses princípios “devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando as segmentações contratadas” (art. 4º, § único).

Portanto, há *segmentações* distintas de contratação de planos de saúde, as quais repercutem em maior ou menor cobertura. De modo geral, é obrigatório o oferecimento do plano-referência estabelecido pelo art. 10º da Lei 9.656/98. Isso se dá de acordo com as segmentações contratadas: Plano Ambulatorial, Plano Hospitalar sem Obstetrícia, Plano Hospitalar com Obstetrícia e Plano Odontológico, bem como combinações entre eles (art. 12 da Lei 9.656/98; art. 6º da Resolução Normativa da ANS nº 167/08).

A regulação específica da saúde mental está na dada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 11/98. De modo geral, as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde são “obrigadas ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10” (art. 1º).

Cumpre, então, analisar o tema tanto na hipótese de plano ambulatorial, como na hipótese de plano hospitalar, bem como analisar a obrigatoriedade de prestação de serviços de emergência.

### **3.2.1 - Plano ambulatorial**

Segundo a Resolução ANS nº 167/2008, “o Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares” (art. 14).

De acordo com o art. 12, inc. I, da Lei 9.656/98, os planos incluídos na segmentação ambulatorial devem oferecer, obrigatoriamente, no mínimo, o seguinte:



- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

Note-se que a alínea *a* se refere a consultas com médicos, não com psicólogos. Se, por um lado o número de consultas *médicas* é ilimitado, por outro, o número de sessões de psicoterapia é limitado a doze por ano, mediante indicação de *médico* assistente, conforme a Resolução ANS nº 167/2008 (art. 14, inciso IV e Anexo). Com relação aos procedimentos ambulatoriais inclusos obrigatoriamente no plano, referido na alínea *b*, note-se que a lei exige que sejam “solicitados pelo *médico* assistente”.

De acordo com o art. 2, inc. I, da Resolução CONSU nº 11/98, alterado na alínea *b* pelo art. 1º, inc. VII, da Resolução CONSU nº 15/99, os planos incluídos na segmentação ambulatorial devem oferecer, obrigatoriamente, no mínimo, o seguinte:

- a) o atendimento às emergências, assim consideradas as situações que impliquem em risco de vida ou de danos físicos para o próprio ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e auto-agressão) e/ou em risco de danos morais e patrimoniais importantes;
- b) a psicoterapia de crise, entendida esta como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área da saúde mental, com duração máxima de 12 (doze) semanas, tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato, não cumulativas;
- c) o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

Aqui, novamente não há limitações para consultas *médicas* (alínea *c*), mas a *psicoterapia* é severamente limitada (alínea *b*).

Assim, no que se refere ao atendimento ambulatorial, o paciente mental pode enfrentar limitação à integralidade da assistência de que necessite, seja por causa da limitação a doze sessões anuais de psicoterapia, seja em função da necessidade de indicação médica para os serviços ambulatoriais.

Ocorre que, considerando a necessidade de indicação médica para a psicoterapia, seria razoável que a regulação da cobertura mínima pela saúde suplementar evoluísse para limitar a psicoterapia (feita por médico ou por psicólogo) ao número de sessões determinadas pelo médico assistente e não ao número de 12 sessões, como ocorre hoje.

Isso é o que seria *razoável*, hoje. Mas o *ideal* seria ir ainda mais longe, para extinguir a limitação quantitativa de sessões de psicoterapia e aceitar tanto a indicação médica, como a indicação por psicólogo.

### 3.2.2 - Plano Hospitalar

No que se refere ao atendimento hospitalar, o art. 12, inc. II, da Lei 9.656/98, determina que os planos incluídos na segmentação hospitalar devem oferecer, obrigatoriamente, no mínimo, o seguinte:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;



- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e
- f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

A Resolução Normativa da ANS nº 167/08, ao tratar do plano hospitalar, no art. 15, não traz regras específicas à saúde mental. Conforme esse dispositivo:

Art. 15. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei 9.656, de 1998, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso V deste artigo e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, observadas as seguintes exigências:

- I - cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos;





II - cobertura de um acompanhante para idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

III - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

IV – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; e

V - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Art. 14, inciso VIII, alínea *b* desta Resolução;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no anexo I desta Resolução para ambas as segmentações ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Anexo I desta Resolução Normativa;
- g) embolizações: aquelas listadas no anexo I desta Resolução Normativa;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Anexo I desta Resolução Normativa;



k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

§ 1º O imperativo clínico, referido no inciso IV deste artigo, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente.

§2º Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

§ 3º Para fins de aplicação do caput deste artigo é permitida a exclusão, de acordo com o art. 10 da Lei 9656, de 1998, dos seguintes itens:

I - tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

II - clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

III – transplantes, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Anexo I desta Resolução Normativa; e

IV - consultas ambulatoriais e domiciliares.

Embora não contemple regras específicas sobre saúde mental no plano hospitalar, a Resolução Normativa da ANS nº 167/08 prevê a substituição de terapia em regime hospitalar e ambulatorial nos termos do art. 12, *in verbis*:

As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e seus Anexos, dentre elas, atenção domiciliar e assistência farmacêutica, inclusive medicação de uso oral domiciliar que substitua a terapia em regime hospitalar ou ambulatorial de cobertura obrigatória.

A princípio, esse dispositivo pode aplicar-se à saúde mental, dependendo do que cada operadora de planos privados de assistência à saúde se dispuser a oferecer.

Como visto, a regulação específica da saúde mental está na dada pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 11/1998. De acordo com o art. 2, inc. II, da Resolução CONSU nº 11/1998, alterado pelo art. 1º, inc. VII, da Resolução CONSU nº 15/99, os planos incluídos na segmentação hospitalar devem oferecer, obrigatoriamente, no mínimo, o seguinte:

- a. O custeio integral de, pelo menos, 30 (trinta) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital psiquiátrico ou em unidade ou enfermaria psiquiátrica em hospital geral, para portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise;
- b. O custeio integral de, pelo menos, 15 (quinze) dias de internação, por ano de contrato não cumulativos, em hospital geral, para pacientes portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização;
- c. O custeio, dentro dos prazos definidos nas alíneas 'a' e 'b', somente poderá ser parcial se houver coparticipação ou franquia para as internações referentes às demais especialidades médicas.

Percebe-se, pois, limitação temporal à internação psiquiátrica, tanto para os portadores de transtornos psiquiátricos em situação de crise (alínea *a*) como para os portadores de quadros de intoxicação ou abstinência provocados por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem de hospitalização (alínea *b*). Esses dispositivos comprometem a integralidade da assistência em saúde mental. O Superior Tribunal de Justiça já definiu que os planos de saúde não podem limitar o valor do tratamento e de internação de seus associados, *in verbis*:

“A finalidade essencial do seguro-saúde reside em proporcionar adequados meios de recuperação ao segurado, sob pena de esvaziamento da sua própria ratio, o que não se coaduna com a presença de cláusula limitativa do valor indenizatório de tratamento que as instâncias ordinárias consideraram coberto pelo contrato.”<sup>2</sup>

É possível, ainda, que o contrato preveja “co-participação do usuário no custeio da internação nos casos em que o(s) período(s) de internação ultrapasse(m) os prazos definidos na alínea ‘a’ e ‘b’ do inciso II, do artigo 2º, no transcorrer de um mesmo ano de contrato” (art. 3º, Resolução CONSU nº 11/1998). Nestes casos, a co-participação “deverá estar claramente definida no contrato, podendo, em caráter excepcional, ser crescente conforme o tempo de internação” (art. 3º, § único).

A co-participação é aceita como mecanismo lícito nos contratos dos planos de saúde, conforme decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo<sup>3</sup> e do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul<sup>4</sup>. Além da Resolução CONSU nº 11/1998, o mecanismo está previsto na Lei n.º 9656 de 1998 (Art. 16, VIII) e na Resolução CONSU n.º 8/1998 (Art. 2º, VII, Art. 3º, II e Art. 4º, caput).

Além do custeio integral de trinta dias de internação em hospital psiquiátrico por ano (art. 2º, inc. II, alínea *a*, supra citada), a Resolução CONSU nº 11/98 prevê o direito do usuário a “oito semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia” (art. 5º, inc. I). Esta cobertura em hospital-dia é aumentada para cento e oitenta dias por ano, nos casos dos “diagnósticos F00 a F09, F20 a F29, F70 a F79 e F90 a F98 relacionados no CID 10” (art. 5º, inc. II). Recorde-se que, conforme a Portaria SNAS nº 224/92, “a instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação integral”.

<sup>2</sup> REsp 326147/SP, Ministro Aldir Passarinho Junior, Quarta Turma, DJ 08/06/2009.

<sup>3</sup> TJSP 5920684800, Neves Amorim, 2ª Câmara de Direito Privado, DJ 16/09/2008.

<sup>4</sup> TJRS 70024786675, Paulo Sérgio Scarparo, Quinta Câmara Cível, DJ 22/08/2008.

Verifica-se, portanto, importante limitação à cobertura de problemas mentais e de problemas relacionados a alcoolismo e outras drogas. Além disso, segundo ao art. 4º da Resolução CONSU nº 11/98, “as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde poderão definir, no momento da contratação, um prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias de cobertura parcial excluindo as internações decorrentes de transtornos psiquiátricos por uso de substâncias químicas”. Trata-se de uma carência específica que pode ser estipulada no contrato.

Não obstante isso, de acordo com o § único do art. 2º da Resolução CONSU nº 11/98, “estarão cobertos todos os atendimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos psiquiátricos, aí incluídos os procedimentos médicos necessários ao atendimento das lesões auto-infringidas”. Com relação a esses procedimentos, não foi estabelecida limitação de cobertura.

É importante, então, perguntar se as mencionadas limitações à cobertura permitidas pela Resolução CONSU nº 11/98, com as alterações trazidas pela Resolução CONSU nº 15/99, respeitam o que dispõe o antes citado art. 12, inc. II, alíneas *a* e *b*, da Lei 9.656/98.

Com efeito, por um lado, a Resolução CONSU nº 11/98 permite que as Operadoras de Planos de Saúde imponham as seguintes limitações: 30 dias de internação em hospital psiquiátrico por ano, de 8 semanas a 180 dias de tratamento em hospital-dia por ano, 15 dias de internação em hospital geral para quadros de intoxicação/abstinência de drogas. Por outro lado, a Lei 9.56/98, no art. 12, veda a limitação de prazo, valor máximo e quantidade de internações hospitalares, excluindo expressamente apenas procedimentos obstétricos. Pode uma resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU – estabelecer limitações que não foram determinadas por Lei federal? Evidentemente não.

A Lei 9.656/98 traz normas de hierarquia superior às disposições de atos do Executivo com força legislativa, como a referida Resolução CONSU. Isso está de acordo com a arquitetura normativa do ordenamento jurídico brasileiro definido

constitucionalmente. Portanto, é ilegal qualquer limitação à quantidade de dias de internação hospitalar, inclusive em hospital-dia, nos casos de assistência à saúde mental.

É importante reiterar, quanto a isso, que a modalidade de tratamento em hospital-dia faz parte do segmento hospitalar. Ou seja, hospital-dia é hospital, sob a ótica da legislação que regulamenta o setor da saúde suplementar. Aliás, isso fica muito claro também na atenção à saúde mental dada pelo SUS, como visto quando se analisou a Portaria SNAS nº 224/92. Portanto, qualquer limitação à quantidade de dias de internação em hospital-dia será ilegal, pelos argumentos supra mencionados. À luz da Lei 9.656/98, o atendimento hospitalar, que inclui o hospital-dia, não pode sofrer limitações de cobertura quanto a sua duração. Enfim, a Lei 9.656/98 não autoriza qualquer discriminação para os casos de internação em saúde mental, pois só limita a cobertura hospitalar em obstetrícia.

Paralelamente, há as diretrizes da ANS em matéria de saúde mental, as quais são mais abrangentes. Essas diretrizes, no entanto, não são obrigatórias.

As *Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar* visam a contextualizar o quadro da saúde mental no Brasil e estimular ações de promoção e de prevenção em matéria de saúde mental. Embora não tratem especificamente do atendimento hospitalar em saúde mental, as *Diretrizes*, especialmente no que concerne aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, sugerem ações tendo em vista “evitar internações repetidas e o abandono do tratamento”, bem como “estimular a reinserção social” (ANS, 2008, p. 45). Entre as ações sugeridas estão “contar com equipe multidisciplinar” e “equipe qualificada nas emergências psiquiátricas” (ANS, 2008, p. 45-46). De modo geral, as Diretrizes visam a “estabelecer novos paradigmas para a atenção à saúde mental no setor suplementar que incluam o respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental, a redução da atenção hospitalar, a utilização de equipes multidisciplinares e abordagem psicossocial em todos os níveis de atenção, a adoção de políticas de prevenção ao uso e dependência de substâncias psicoativas, a busca ativa dos

pacientes evitando o abandono do tratamento, o apoio e medidas educativas aos familiares e/ou cuidadores” (ANS, 2008, p. 57).

Antes de concluir a análise da normativa da Saúde Suplementar referente ao atendimento hospitalar psiquiátrico, é importante mencionar algumas disposições gerais pertinentes aos planos de saúde.

Segundo o art. 14 da Lei 9.656/98, “em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde”. Não obstante, em caso de doenças pré-existentes à contratação do plano de saúde, aplica-se o art. 11 da Lei 9.656/98, *in verbis*:

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, até a prova de que trata o *caput*, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS.

Enfim, a análise da normativa legal e infra-legal referente à saúde mental no âmbito da saúde suplementar, no que concerne ao atendimento ambulatorial e ao atendimento hospitalar, indica que há importantes limitações à cobertura. Diante disso, a proteção dada pela legislação<sup>5</sup> pode não ser suficiente para que o usuário de planos privados de saúde exerça satisfatoriamente seu direito à saúde, enquanto direito subjetivo de acesso à atenção individual necessária.

---

<sup>5</sup> Entende-se, aqui, *legislação* em sentido amplo, abarcando o conjunto das fontes diretas de direito sanitário, ou seja, os instrumentos normativos produzidos não apenas pelo Poder Legislativo, mas também os decretos regulamentadores, as portarias, as resoluções etc. (AITH, 2007, p. 145).

### 3.2.3 - Atendimento de emergência

Por lei, os planos de saúde são obrigados a dar cobertura em caso de urgência e emergência (Lei 9.656/98, art. 35-C). Considera-se de emergência os casos que “implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente” (art. 35-C, inciso I). Considera-se de urgência os casos “resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional” (art. 35-C, inciso II).

Além disso, é importante mencionar que, quando o plano de saúde fixar períodos de carência, o período máximo permitido por lei para a carência da cobertura de casos de urgência e emergência é de 24 horas (Lei 9.656/98, art. 12, inciso V, alínea c). Ademais, caso, em função da própria urgência, o atendimento emergencial ocorra em estabelecimento médico não conveniado, o consumidor terá direito ao reembolso (Lei 9.656/98, art. 12, inciso VI).

Portanto, *prima facie*, tanto os planos de modalidade ambulatorial, como os planos da modalidade hospitalar, devem cobrir casos urgentes e emergenciais.

No mesmo sentido, no plano infralegal, a Resolução ANS nº 167/08 inclui, na cobertura mínima a ser oferecida pelos planos de saúde, os atendimentos de urgência e emergência (art. 13, *caput*). Isso se aplica tanto ao plano ambulatorial (art. 14, inciso VI) como ao plano hospitalar (art. 15, *caput*), conforme resolução específica. O plano ambulatorial deve dar, ainda “cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação” (art. 14, inciso VII).





A resolução específica para situações de urgência e emergência é dada pela Resolução CONSU nº 13/98, com as alterações estabelecidas na Resolução CONSU nº 15/99. Há regras distintas conforme se trate de plano ambulatorial ou hospitalar. No caso de plano ambulatorial, a cobertura é bastante limitada:

**Art. 2º** O plano ambulatorial deverá garantir cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento.

**Parágrafo único.** Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo menor que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do contratante, não cabendo ônus à operadora.

(...)

**Art. 7º** A operadora deverá garantir a cobertura de remoção, após realizados os atendimentos classificados como urgência e emergência, quando caracterizada, pelo médico assistente, a falta de recursos oferecidos pela unidade para continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação para os usuários portadores de contrato de plano ambulatorial.

**§1º** Nos casos previstos neste artigo, quando não possa haver remoção por risco de vida, o contratante e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a operadora, desse ônus

**§2º** Caberá a operadora o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento

**§3º** Na remoção, a operadora deverá disponibilizar ambulância com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade SUS.



§ 4º Quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no § 2º deste artigo, a operadora estará desobrigada da responsabilidade médica e do ônus financeiro da remoção.

Quanto ao plano hospitalar, a cobertura é maior, aplicando-se os seguintes dispositivos da Resolução CONSU nº 13/98:

**Art. 3º** Os contratos de plano hospitalar devem oferecer cobertura aos atendimentos de urgência e emergência que evoluírem para internação, desde a admissão do paciente até a sua alta ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos e funções.

§1º. No plano ou seguro do segmento hospitalar, quando o atendimento de emergência for efetuado no decorrer dos períodos de carência, este deverá abranger cobertura igualmente àquela fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo, portanto, cobertura para internação.

§2º. No plano ou seguro do segmento hospitalar, o atendimento de urgência decorrente de acidente pessoal, será garantido, sem restrições, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas da vigência do contrato.

§3º. Nos casos em que a atenção não venha a se caracterizar como própria do plano hospitalar, ou como de risco de vida, ou ainda, de lesões irreparáveis, não haverá a obrigatoriedade de cobertura por parte da operadora.

**Art. 4º** Os contratos de plano hospitalar, com ou sem cobertura obstétrica, deverão garantir os atendimentos de urgência e emergência quando se referirem ao processo gestacional.

**Parágrafo único.** Em caso de necessidade de assistência médica hospitalar decorrente da condição gestacional de pacientes com plano hospitalar sem cobertura obstétrica ou com cobertura obstétrica – porém ainda cumprindo período de carência – a operadora estará obrigada a cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no art.2º para o plano ambulatorial.

Não foram encontradas regras específicas sobre urgência e emergência em saúde mental. Tampouco foram encontradas referências específicas à inclusão de serviços do profissional psicólogo no atendimento de emergência em saúde mental no âmbito da saúde suplementar, diferentemente do que ocorre no âmbito do SUS.

### **3.3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE EMERGÊNCIAS E ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

Percebe-se que a regulação da saúde mental no SUS vem desde o início dos anos 1990, confirmando-se nos primeiros anos do novo século. Por sua vez, a regulação da saúde mental na saúde suplementar é um pouco mais recente.

A cobertura de atendimento mental é ilimitada no âmbito do SUS, respeitando o princípio da integralidade. Diferentemente, na Saúde Suplementar, a cobertura é limitada, havendo uma concepção restrita da integralidade, condicionada à área geográfica abrangida pelo plano, ao rol de procedimentos mínimos, à limitação temporal de dias de internação por ano e à segmentação contratada (ambulatorial ou hospitalar).

Além disso, de acordo com o art. 8º, inc. I, da Lei 9.656/98, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem ser registradas nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia. Não há exigência neste sentido no que se refere aos Conselhos Regionais de Psicologia.

Tudo isso denota uma assimetria entre o tratamento dado aos serviços de psicologia no âmbito do SUS e na seara da Saúde Suplementar. A Saúde Suplementar, tal como regulamentada atualmente, não garante aos consumidores de planos privados de assistência à saúde o pleno exercício do direito à saúde no que concerne à saúde mental, seja no âmbito do atendimento ambulatorial, seja na seara do atendimento hospitalar.

Não obstante isso, tanto na esfera do SUS como no campo da Saúde Suplementar é reconhecida a necessária multiprofissionalidade da atenção à saúde, o que impõe a adequada inclusão da psicologia e de outras profissões da saúde nos serviços de saúde, inclusive no que tange ao atendimento ambulatorial, hospitalar e de emergência. Portanto, a regulação da Saúde Suplementar deve caminhar em direção a cada vez maior abrangência multiprofissional, por meio da diminuição de limitações ao atendimento psicológico, em direção à eliminação dessas limitações, tudo isso em homenagem ao direito humano fundamental à saúde.

Por outro lado, o Código de Ética do Profissional Psicólogo estabelece princípios fundamentais, os quais são baliza para a evolução do reconhecimento social e jurídico da Psicologia. Para o escopo deste trabalho, é importante referir os seguintes princípios:

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades (...).

III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.

IV. 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.

V. 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.



(...)

VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código.

Em face do exposto, a ampliação da cobertura do atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental, na órbita jurídica da saúde suplementar, é uma legítima pretensão dos profissionais da psicologia, amparada pelos princípios fundamentais que norteiam o exercício dessa profissão.



## 4 - ATENDIMENTO DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL

O atendimento domiciliar em Saúde Mental é medida geralmente aplicada aos casos de transtornos mentais severos, caracterizados pela incapacidade do paciente em procurar atendimento fora de seu domicílio. Além disso, o atendimento em domicílio representa a única alternativa viável para pacientes com dificuldades locomotoras, que não conseguem sair de casa para procurar ou freqüentar tratamento.

### 4.1 – ATENDIMENTO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

#### 4.1.1 - Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como organização e funcionamento dos serviços correspondentes.

Em seu Capítulo VI, a Lei trata do “Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar”, onde estabelece, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares, inclui “*principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio*”. A Lei prevê que o tratamento domiciliar seja realizado por equipes multidisciplinares, que atuem nos níveis de medicina preventiva, terapêutica e

reabilitadora, e destaca que tratamentos desse tipo só podem ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

#### **4.1.2 - Atendimento Domiciliar nos serviços de Saúde Mental do SUS**

A Portaria SNAS 224, de 29 de janeiro de 1992 regulamenta o funcionamento de todos os serviços de Saúde Mental. Além da incorporação de novos procedimentos à tabela do SUS, a Portaria regulamentou o funcionamento dos hospitais psiquiátricos e teve a particularidade de ter sido aprovada pelo conjunto dos coordenadores/assessores de Saúde Mental dos estados, para que, entendida como “regra mínima”, pudesse ser cumprida em todas as regiões do País.

O documento destaca que a atenção aos pacientes, tanto em unidades ambulatoriais de saúde, como em Núcleos/Centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS – hoje apenas CAPS) e no Hospital-dia, deve incluir “*visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior*” (artigo 1.3, 2.4 e 2.1 do Anexo).

#### **4.1.3 - Atendimento Domiciliar no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS)**

A Portaria SNAS 189, 19 de novembro de 1991, incluiu novos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), com destaque para a inclusão de “*Visita domiciliar por profissional de nível superior; Componentes: atendimento domiciliar realizado por profissional de nível superior, com duração média de 60 minutos.*”

A Portaria GM 1.635, de 12 de setembro de 2002 também incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), procedimento específico que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas. Em seu artigo 7º, a Portaria incluiu no SIA-SUS “*Visita Domiciliar para Consulta/Atendimento em Assistência Especializada e de Alta Complexidade*”.

#### **4.1.4 - Atendimento Domiciliar nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**

A Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002 acrescentou novos parâmetros aos definidos pela Portaria SNAS 224/92 (que regulamenta o funcionamento dos CAPS) para ampliar a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais.

A Portaria estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial, em todas suas modalidades de serviços (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II), devem incluir o serviço de “*visitas domiciliares*” a pacientes (artigos 4.1.1, 4.2.1, 4.3.1, 4.4.1 e 4.5.1).

#### **4.1.5 - Atendimento Domiciliar de Pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial ou Dependência de Álcool e Outras Drogas**

A Portaria SAS 305, de 3 de maio de 2002, aprova “*Normas de Funcionamento e Cadastramento de CAPS para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial ou Dependência de Álcool e Outras Drogas*”.



As normas ressaltam que os CAPSad, que atendem usuários de álcool e outras drogas, devem incluir “*visitas e atendimentos domiciliares*” dentre suas atividades (artigo 1.3.2, d).

## **4.2 – ATENDIMENTO DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

### **4.2.1 - Atendimento Domiciliar no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima**

A Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de cobertura mínima nos planos privados de assistência à saúde, não inclui atendimento domiciliar dentre os procedimentos de cobertura mínima. Porém, em seu artigo 12, destaca que as operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e seus Anexos, dentre elas, a atenção domiciliar.

### **4.2.2 - Atenção Domiciliar nas Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar**

O documento da ANS que estabelece “*Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar*”, define cinco linhas de cuidado específicas para as quais sugere ações de promoção e prevenção em saúde, conforme aqui já elucidado no estudo sobre Prevenção em Saúde Mental. As linhas de cuidado são as seguintes: a) Transtornos

Mentais Graves e Persistentes; b) Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas; c) Transtornos Depressivos, Ansiosos e Alimentares; d) Saúde Mental de Crianças e Adolescentes; e e) Saúde Mental de Idosos.

Por meio dessas diretrizes, a ANS fala em atenção domiciliar quando se refere ao atendimento às pessoas idosas. Destaca que *“embora a Atenção Domiciliar não esteja contemplada entre as ações de cobertura obrigatória na saúde suplementar, a oferta desta modalidade de atenção, principalmente para os idosos, tem se tornado bastante comum nos planos privados de saúde”*. A atenção domiciliar é definida como um conjunto de ações realizadas por uma equipe multi-disciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que o idoso está inserido, de seus potenciais e limitações, *“articulando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação”*.

#### 4.2.3 – Considerações Finais sobre Atendimento Domiciliar

O presente estudo destaca a presença do atendimento domiciliar na regulação da Saúde Mental no SUS. As visitas domiciliares estão presentes nos programas de ação do SUS e inclusive em todas as modalidades de CAPS.

Já na Saúde Suplementar, a situação é bastante diferente. A cobertura de atendimento domiciliar não é sequer incluída no rol de procedimentos e eventos de cobertura mínima pelos planos de saúde privados. O atendimento domiciliar aparece como mera sugestão na Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007.

Isso revela a falha da Saúde Suplementar em exigir obrigatoriedade ao atendimento domiciliar, essencial para lidar com determinadas situações de Saúde Mental e para atender pacientes com dificuldades locomotoras. A Saúde Suplementar, notadamente nesse aspecto, não prevê as garantias necessárias aos consumidores de planos privados de saúde.

## **5 - ATENDIMENTO TERAPÊUTICO E/OU POR SESSÕES EM SAÚDE MENTAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

O atendimento terapêutico a pacientes no Sistema Único de Saúde e no Sistema de Saúde Suplementar é bastante distinto para cada qual. No SUS, a terapia psicossocial por sessões é concebida essencialmente para portadores de transtornos severos e persistentes enquanto, na Saúde Suplementar, o filtro é outro, e engloba o tratamento por todo tipo de transtorno, limitado pela cobertura mínima oferecida pelos planos de saúde privados.

A terapia psicossocial por sessões é um desafio na medida que compreende um tratamento de médio ou longo prazo, dependente do compromisso do paciente e da acessibilidade da instituição que oferece o tratamento.

### **5.1 - ATENDIMENTO TERAPÊUTICO E/OU POR SESSÕES EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

#### **5.1.1 - Atendimento Terapêutico/ por sessões nos Hospitais**

A Portaria MS/GM 251, de 31 de janeiro de 2002, instituiu o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como dos hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação.

Em seu Anexo, a Portaria estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria no SUS, ressaltando que o atendimento hospitalar psiquiátrico



deve compreender: “b) *garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual*” bem como “c) *atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros)*” e “d) *atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas)*” (artigo 2.3, b, c e d).

Verifica-se, assim, que o atendimento hospitalar no SUS deve contar com projeto terapêutico individual para os pacientes, incluindo psicoterapia individual breve e psicoterapia em grupo.

### **5.1.2 - Terapia Psicossocial no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS)**

A Portaria SNAS 189, de novembro de 1991, incluiu novos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), com destaque para os seguintes:

*“Código 038-8 Atendimento em grupo executados por profissionais de nível superior; Componentes: atividade de grupo de pacientes (grupo de orientação, grupo operativo, psicoterapia grupal e/ou familiar), composto por no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes, com duração média de 60 minutos, executada por um profissional de nível superior, desenvolvida nas unidades ambulatoriais cadastradas no SIA, e que tenham estes profissionais devidamente cadastrados.*

*Código 840-0 Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (01 turno);*



*Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de um turno de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de duas refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.*

*Código 842-7 Atendimento em Núcleos/Centros Atenção Psicossocial (02 turnos); Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de dois turnos de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar), com fornecimento de três refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.”*

Verifica-se, assim, que a psicoterapia individual ou em grupo passou a integrar a lista de procedimentos do SAI/SUS em 1991.

A Portaria MS/GM 1.635, de 12 de setembro de 2002 também inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), procedimento específico que garante às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas. Em seu artigo 7º, a Portaria inclui no SIA-SUS as “*Terapias em Grupo*” e “*Terapias Individuais*” específicas para o atendimento aos portadores de deficiência mental e autismo.

### 5.1.3 - Terapia Psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

A Portaria MS/GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescenta novos parâmetros à regulação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência.

Em seu artigo 1º, a Portaria estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas modalidades de serviços CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Destaque-se que as três modalidades de serviços devem estar “*capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante*”, evidência de que resta pouco espaço para a psicoterapia voltada para outros tipos de transtornos mentais nos CAPS.

Porém, o Anexo da Portaria MS/GM 336 segue definindo as atividades incluídas na assistência prestada aos pacientes dos CAPS e, para todas as modalidades de CAPS, inclui “*atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros)*” e “*atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras)*” (artigos 4.1.1, 4.2.1, 4.3.1, 4.4.1 e 4.5.1).

#### **5.1.4 - Terapia Psicossocial no Atendimento de Pacientes com Transtornos causados pelo Uso Prejudicial ou Dependência de Álcool e Outras Drogas**

A Portaria MS/GM 1027, de 04 de julho de 2005, aprova as normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e de outras drogas. Inclui na Tabela de Serviços/Classificações dos Sistemas de Informações do SUS, a classificação de código 006 – Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que prevê “*atendimento especializado em saúde mental, individualmente e/ou em grupos*”.

O Anexo I da Portaria ainda traz as “Normas para Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas - SHR-ad” o qual prevê, novamente, que os SHR-ad deverão contemplar em seu projeto técnico as seguintes atividades: “*atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros)*” e “*atendimento em grupo (psicoterapia, orientação, atividades de suporte social, entre outras)*” (artigo 1.3.2).

### **5.2 - ATENDIMENTO TERAPÊUTICO E/OU POR SESSÕES EM SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

#### **5.2.1 – Porta de Entrada**

A Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007, em seu artigo 5º, §1º, estabelece que os procedimentos e eventos de cobertura obrigatória na Saúde

Suplementar devem ser solicitados pela figura do médico assistente para que possam ser executados, com exceção dos procedimentos de natureza odontológica:

*“Todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa poderão ser executados pelos profissionais de saúde, de acordo com o caput deste artigo, desde que solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.*

O texto da Resolução Normativa nº 167 ainda deixa claro, em seu artigo 14, IV, que a cobertura de psicoterapia, de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I da Resolução, prescinde de indicação de médico assistente. Porém, isso não se justifica. A regulação da Saúde Suplementar deve estar pautada pela lógica da integralidade. O paciente pode enfrentar limitação à integralidade da assistência de que necessite em função da necessidade de indicação de médico assistente para os serviços de terapia psicossocial.

Deve-se partir do princípio de que o paciente conhece as razões que o levam a procurar serviços de saúde mental e, portanto, sabe qual profissional deve procurar. Os atuais serviços de porta de entrada na Saúde Suplementar impõe limitações e óbices desnecessários. Deve ser garantida ao usuário a opção de acessar diretamente um profissional de saúde especializado.

Entretanto, caso seja necessário discutir a criação de uma porta de entrada diferenciada, ela deve ser racional e multiprofissional, contando com mecanismos de controle multidisciplinares para procedimentos especializados, além de compreender categorias profissionais diversificadas. Tanto no campo do SUS como na Saúde Suplementar é reconhecida a necessária multiprofissionalidade na atenção à saúde, o que impõe a adequada inclusão dos profissionais da psicologia e de outras profissões da saúde nos serviços de porta de entrada. Ressalte-se que o próprio texto da Resolução Normativa



nº 167 de 2007 estabelece, em seu artigo 4º, que a atenção à Saúde na Saúde Suplementar deve observar a *atenção multiprofissional*.

A garantia ao direito fundamental à saúde exige a diminuição das limitações ao acesso de pacientes. Deve-se buscar a racionalização da porta de entrada, adequando-se à natureza multiprofissional dos serviços prestados. A centralização da tarefa de auditoria à figura do médico assistente é absolutamente contrária à racionalização, eis que o médico assistente não possui o amplo conhecimento necessário para bem racionalizar o uso de procedimentos e eventos em todas as áreas da saúde mental.

### **5.2.2 - Terapia Psicossocial na Cobertura aos Tratamentos dos Transtornos Psiquiátricos**

A Resolução CONSU 11, de 04 de novembro de 1998, dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde.

A Resolução prevê, em seu artigo 2º, que é obrigatória a cobertura pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, nos planos ou seguros do segmento ambulatorial, do “*atendimento às emergências*”; da “*psicoterapia de crise*” (que refere-se a tratamento com início imediatamente após o atendimento de emergência); e do tratamento básico, “*prestado por médico, com número ilimitado de consultas, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente*”.

O “tratamento básico” aqui referenciado compreende a psicoterapia por sessões, mas não pode ser exercido em número ilimitado de consultas vez que a Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007, restringiu esse número a 12 sessões por ano.

### 5.2.3 - Terapia Psicossocial no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

A Resolução Normativa ANS nº 167, de 9 de janeiro de 2007 atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999.

No artigo 14 da Resolução da ANS, inciso IV, há previsão para a cobertura de psicoterapia, que poderá ser realizada “*tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado*”, de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I, que lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória e define que, para sessões de psicoterapia, há cobertura mínima de 12 sessões por ano (página 5 do Anexo).

### 5.2.4 – Limite ao número de sessões

O número de sessões de psicoterapia é limitado a doze por ano na Saúde Suplementar, mediante indicação de médico assistente, conforme a Resolução ANS nº 167/2008 (art. 14, inciso IV e Anexo). Assim, no que se refere ao tratamento por terapia psicossocial, o paciente enfrenta limitação à integralidade da assistência de que necessita tanto em função da necessidade de indicação médica para os serviços, como por conta da limitação a doze sessões anuais de psicoterapia.

Ocorre que a limitação ao número de consultas/sessões impõe restrição à integralidade da assistência em saúde, contrariando a lógica do sistema constitucional de proteção do direito fundamental à saúde estipulado no Art. 6º da Constituição de 1988.

Na Saúde Suplementar, a Resolução CONSU nº 11/98 estabelece, de modo geral, que as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde são “obrigadas ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10*” (art. 1º). Ocorre que a limitação ao número de consultas/sessões prejudica o tratamento de transtornos que exigem maior atenção e, assim, condiciona tais tratamentos à completa ineficácia. Assim, a cobertura obrigatória prevista na Resolução Normativa nº 167 de 2007, além de ser contrária à integralidade da assistência em saúde, também impõe óbice à resolutividade.

O número de consultas/sessões deve ser ilimitado para respeitar a integralidade e a finalidade resolutiva do tratamento. O ideal seria extinguir a limitação quantitativa de consultas/sessões de psicoterapia por completo. Porém, se necessária a criação de mecanismo para o controle do número de consultas/sessões, a cobertura obrigatória deve ser ampliada, levando-se em conta que as sessões podem ser divididas em diferentes tratamentos. Pode-se estabelecer, por exemplo, um atendimento mínimo de uma vez por semana em 12 meses (48 sessões/consultas ao ano), considerando que alguns transtornos mais graves devem compreender cobertura mínima ainda mais ampliada. Outra possibilidade seria permitir ao médico assistente determinar o número de sessões para cada caso específico, sem considerar limitação ao número de 12 sessões.

### **5.3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE ATENDIMENTO POR SESSÕES**

Há uma clara diferença no tratamento da terapia psicossocial por sessões no SUS e na Saúde Suplementar. O SUS concebe a terapia psicossocial como instrumento para lidar com transtornos mentais severos e persistentes, compreendendo sessões de terapia individuais e em grupo. As sessões de terapia em grupo representam a alternativa mais interessante para o SUS, na medida em que exigem poucos recursos para atender a

maior quantidade de pacientes. Após passar pela porta de entrada do SUS, o paciente é redirecionado para serviços de atendimento previstos para seu tipo de transtorno, o que, por vezes, recai na terapia psicossocial por sessões em grupos e, em casos mais específicos, de atendimento individual.

Na Saúde Suplementar, a terapia psicossocial por sessões é direcionada de forma mais nítida a todos os tipos de transtornos mentais, em todos os seus níveis de gravidade. Os pacientes da Saúde Suplementar procuram o atendimento por sessões pelas mais variadas razões pessoais, e não chegam a ele apenas pela via da emergência ou da extrema gravidade. Porém, as sessões de terapia na Saúde Suplementar sofrem as limitações marcadas pela Resolução nº 167 da ANS, o que compromete seu andamento e sucesso. Além disso, a Saúde Suplementar raramente trabalha com o conceito de psicoterapia em grupo para pacientes acometidos por problemas de mesma base, restando a psicoterapia individual como única alternativa.

Essas diferenças apontam para falhas e avanços de ambos os sistemas de Saúde, bem como indicam a dificuldade de se delimitar e conceituar o que seria o “atendimento psicossocial por sessões”. Nota-se que o nome dado a esse tipo de atendimento varia dentro da própria regulação do SUS. Isso porque o leque de serviços englobados pela “terapia psicossocial por sessões” é muito abrangente e díspare.

No entanto, em ambos os sistemas de organização e regulação da saúde, o atendimento terapêutico por sessões é reconhecido como procedimento importante e já ocupa seu espaço distinto. A regulação da Saúde deve almejar chegar a uma definição mais clara sobre o tema para, depois, criar e estabelecer novas políticas de atendimento.

## **6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para finalizar este Parecer, apresenta-se uma síntese geral com algumas considerações finais sobre o tema estudado, organizadas de acordo com a lógica da pesquisa realizada::

### **6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A LEGISLAÇÃO DE PREVENÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Nota-se que a legislação sobre Saúde no Sistema Único de Saúde expressa clara preocupação em delinear a importância de ações preventivas dentro do sistema, o que parece, no entanto, ainda não estar claramente refletido nas políticas públicas. As ações preventivas ainda concentram-se em poucos programas específicos, como, por exemplo, nos programas para atendimento de usuários de álcool e outras drogas.

Entretanto, a cobertura do atendimento mental na Saúde Suplementar, por sua vez, regulada por instrumentos normativos mais recentes, prevê ainda menos ações preventivas, e de forma meramente sugestiva.

Esse quadro aponta para a carência de medidas preventivas na Saúde Mental, e a conseqüente necessidade e importância de desenvolver mais estudos e propostas para a área, como forma de atender tanto os interesses da população como os interesses da gestão do SUS e da Saúde Suplementar.

A prevenção voltada para os transtornos mentais implica necessariamente na inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis. As estratégias de prevenção devem ser orientadas pela Lógica da Redução de Danos, devendo contemplar a utilização combinada do fornecimento de

informações sobre os transtornos mentais, como também facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais problemas.

No âmbito da saúde suplementar, mostra-se fundamental que a Agência Nacional de Saúde Suplementar insira a lógica da prevenção em suas normas sobre o plano de referência mínimo, impondo obrigações às operadoras de planos de saúde que garantam aos usuários do sistema suplementar o acesso aos serviços preventivos necessários para a redução dos riscos de doenças e de outros agravos à saúde, em especial no que tange à saúde mental.

Na medida em que a Constituição Federal define, em seu artigo 198, II, que uma das diretrizes do SUS é o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, parece-nos natural que um sistema criado para ser suplementar ao público tenha o dever de contemplar essas duas diretrizes em seus objetivos.

## **6.2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE EMERGÊNCIAS E ATENDIMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR**

Percebe-se que a regulação da saúde mental no SUS vem desde o início dos anos 1990, confirmando-se nos primeiros anos do novo século. Por sua vez, a regulação da saúde mental na saúde suplementar é um pouco mais recente.

A cobertura de atendimento mental é ilimitada no âmbito do SUS, respeitando o princípio da integralidade. Diferentemente, na Saúde Suplementar, a cobertura é limitada, havendo uma concepção restrita da integralidade, condicionada à área geográfica abrangida pelo plano, ao rol de procedimentos mínimos, à limitação temporal de dias de internação por ano e à segmentação contratada (ambulatorial ou hospitalar).

Além disso, de acordo com o art. 8º, inc. I, da Lei 9.656/98, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem ser registradas nos Conselhos Regionais

de Medicina e Odontologia. Não há exigência neste sentido no que se refere aos Conselhos Regionais de Psicologia.

Tudo isso denota uma assimetria entre o tratamento dado aos serviços de psicologia no âmbito do SUS e na seara da Saúde Suplementar. A Saúde Suplementar, tal como regulamentada atualmente, não garante aos consumidores de planos privados de assistência à saúde o pleno exercício do direito à saúde no que concerne à saúde mental, seja no âmbito do atendimento ambulatorial, seja na seara do atendimento hospitalar.

Não obstante isso, tanto na esfera do SUS como no campo da Saúde Suplementar é reconhecida a necessária multiprofissionalidade da atenção à saúde, o que impõe a adequada inclusão da psicologia e de outras profissões da saúde nos serviços de saúde, inclusive no que tange ao atendimento ambulatorial, hospitalar e de emergência. Portanto, a regulação da Saúde Suplementar deve caminhar em direção a cada vez maior abrangência multiprofissional, por meio da diminuição de limitações ao atendimento psicológico, em direção à eliminação dessas limitações, tudo isso em homenagem ao direito humano fundamental à saúde.

Por outro lado, o Código de Ética do Profissional Psicólogo estabelece princípios fundamentais, os quais são baliza para a evolução do reconhecimento social e jurídico da Psicologia. Para o escopo deste trabalho, é importante referir os seguintes princípios:

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades (...).

III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.

IV. 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.

V. 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.

(...)

VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código.

Em face do exposto, a ampliação da cobertura do atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental, na órbita jurídica da saúde suplementar, é uma legítima pretensão dos profissionais da psicologia, amparada pelos princípios fundamentais que norteiam o exercício dessa profissão. Neste aspecto, compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar fazer as adequações normativas necessárias para que o Plano de Referência previsto pela Lei 9.656, de 1998, seja de fato um plano de saúde capaz de dar o atendimento mínimo à saúde aos usuários do sistema de saúde suplementar. Este atendimento mínimo, a ser oferecido no âmbito do plano de referência da saúde suplementar, deve ser capaz de desafogar o sistema público de saúde, oferecendo soluções terapêuticas amplas e resolutividade no atendimento.

### **6.3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE ATENDIMENTO POR SESSÕES**

Há uma clara diferença no tratamento da terapia psicossocial por sessões no SUS e na Saúde Suplementar. O SUS concebe a terapia psicossocial como instrumento para lidar com transtornos mentais severos e persistentes, compreendendo sessões de terapia individuais e em grupo. As sessões de terapia em grupo representam a alternativa mais interessante para o SUS, na medida em que exigem poucos recursos para atender a maior quantidade de pacientes. Após passar pela porta de entrada do SUS, o paciente é



redirecionado para serviços de atendimento previstos para seu tipo de transtorno, o que, por vezes, recai na terapia psicossocial por sessões em grupos e, em casos mais específicos, de atendimento individual.

Na Saúde Suplementar, a terapia psicossocial por sessões é direcionada de forma mais nítida a todos os tipos de transtornos mentais, em todos os seus níveis de gravidade. Os pacientes da Saúde Suplementar procuram o atendimento por sessões pelas mais variadas razões pessoais, e não chegam a ele apenas pela via da emergência ou da extrema gravidade. Porém, as sessões de terapia na Saúde Suplementar sofrem as limitações marcadas pela Resolução nº 167 da ANS, o que compromete seu andamento e sucesso. Além disso, a Saúde Suplementar raramente trabalha com o conceito de psicoterapia em grupo para pacientes acometidos por problemas de mesma base, restando a psicoterapia individual como única alternativa.

Essas diferenças apontam para falhas e avanços de ambos os sistemas de Saúde, bem como indicam a dificuldade de se delimitar e conceituar o que seria o “atendimento psicossocial por sessões”. Nota-se que o nome dado a esse tipo de atendimento varia dentro da própria regulação do SUS. Isso porque o leque de serviços englobados pela “terapia psicossocial por sessões” é muito abrangente e díspare.

No entanto, em ambos os sistemas de organização e regulação da saúde, o atendimento terapêutico por sessões é reconhecido como procedimento importante e já ocupa seu espaço distinto. A regulação da Saúde deve almejar chegar a uma definição mais clara sobre o tema para, depois, criar e estabelecer novas políticas de atendimento.

Sendo este o Parecer, submetemos ao Conselho Federal de Psicologia para análise e adoção dos encaminhamentos que o sistema conselhos de psicologia julgar necessários. A equipe do CEPEDISA coloca-se à disposição do CFP para quaisquer esclarecimentos necessários sobre o conteúdo deste Parecer Jurídico Final.

#### **6.4 NECESSIDADE DE APERFEIÇOAMENTO DA REGULAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR PARA A PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

A Saúde Suplementar, tal como regulamentada atualmente, não garante aos consumidores de planos privados de assistência à saúde o pleno exercício do direito à saúde no que concerne à saúde mental, seja no âmbito do atendimento preventivo, ambulatorial, hospitalar ou por sessões.

À luz dos princípios e diretrizes estabelecidos em nossa Constituição Federal de 1988, é fundamental que a sociedade, por meio dos diversos instrumentos democráticos existentes, faça as interlocuções necessárias com o órgão regulador da saúde suplementar para a melhoria do sistema.

Destaca-se, neste sentido, a participação ativa nas discussões realizadas no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar para a definição dos Planos de Referência.

No que diz respeito às inconstitucionalidades e ilegalidades que podem ser identificadas na regulação e na organização do setor no que diz respeito à saúde mental, vale ressaltar a possibilidade do desenvolvimento de parcerias com outros conselhos de profissionais de saúde que também são negligenciados na regulação da Agência, tais como fisioterapia, educação física, nutrição, entre outros.

Finalmente, não sendo possível a solução dos atuais problemas regulatórios identificados na atual normatização da ANS diretamente com os órgãos da própria Agência, deve-se destacar a importância do Ministério Público Federal para a adoção de medidas jurídicas cabíveis necessárias para a correção dos vícios de constitucionalidade e legalidade identificados no presente estudo. Assim, uma possibilidade sempre aberta ao sistema conselho de psicologia é a de representar ao Ministério Público



Federal, para que esta importante instituição atue no sentido de apurar os vícios de constitucionalidade e legalidade existentes e fiscalizar a regulação estatal sobre o setor da saúde suplementar no âmbito da saúde mental, com a consequente adoção das medidas judiciais cabíveis para a correção das distorções identificadas.

É preciso evitar o estabelecimento de normas de regulação dos planos de referência que somente levem em conta somente os fatores econômicos, gerando aos usuários uma carência no oferecimento de serviços de atendimento de patologias relacionadas à saúde mental, em especial serviços de psicologia e psicoterapia.