

1

**Ata da 5ª Reunião do Grupo Técnico (GT) do Rol de
Procedimentos, realizada em 5 de junho de 2009**

- A reunião teve início com a apresentação do tema avaliação de tecnologias em saúde pelo dr. Marcos Bosi, diretor de Economia Médica da AMB - Associação Médica Brasileira, professor adjunto do Departamento de Medicina da Unifesp, onde participa do Cepes - Centro Paulista de Economia da Saúde e do Grides - Grupo Interdepartamental de Economia da Saúde, e também diretor corporativo de Relações Institucionais do Grupo Fleury, que atua nas áreas de medicina diagnóstica, prevenção e gestão de risco de saúde e de doentes crônicos em saúde. Ele começou sua exposição contextualizando a importância das tecnologias em saúde sob o aspecto econômico presente no processo de decisão dentro do sistema de saúde e assinalou que o grande desafio que se apresenta hoje ao setor é garantir acesso e qualidade do serviço a todos, conforme preconizado, inclusive, pela Constituição Federal, mas observou que, na prática, há uma grande diferença, tanto no SUS como na Saúde Suplementar, entre o que se deseja e o que é possível oferecer. Ponderou sobre o grande desenvolvimento técnico e científico da saúde, especialmente nos últimos 15 a 20 anos, e as restrições do sistema, que, embora inevitáveis, devem ser as mínimas

possíveis, seja no acesso ou na qualidade do atendimento, e observou que a pergunta que se coloca, então, é qual seria o mínimo a oferecer dentro de uma perspectiva de custo suportável pela sociedade? Para ele, a saída é conciliar as tentações de consumo do século XXI com os recursos e problemas herdados do século passado, quadro que prevalece em qualquer país em desenvolvimento e até em alguns desenvolvidos. Em seu entendimento, o mundo experimenta uma grande mudança no sistema de saúde, em função das inovações tecnológicas, da queda de barreiras tarifárias e alfandegárias, da consolidação da globalização do ponto de vista comercial, da informação e do conhecimento, de forma que qualquer potencialidade que surja no mundo acaba se transformando numa nova tentação de consumo para o usuário.

- **Marcos Bosi** comparou a evolução dos investimentos em saúde entre o Brasil e os países desenvolvidos. Informou que nos últimos anos, o País vem mantendo uma média de investimento no setor da ordem de 7,5% do PIB, dos quais, de 3.5% a 3.60% na Saúde Pública (esferas federal, estaduais e municipais), cabendo o restante à Saúde Suplementar, margem que os países desenvolvidos já praticavam nas décadas de 60 ou 70. Pontuou que hoje, conforme estimativas extraoficiais, de 10 a 12 países, notadamente desenvolvidos, estão investindo em saúde mais

de 10% do PIB e que, no Brasil, uma análise mais ampla do cenário da assistência e atenção à saúde deve considerar, necessariamente, variáveis como o aumento da longevidade do brasileiro, o que significa maior participação no sistema, crescimento da incidência de doenças cardiovasculares, de novos males, como Alzheimer, e de velhas doenças que não foram solucionadas no passado, a exemplo da diarreia infantil, além da questão da inflação do setor, que no Brasil é próxima do dobro da inflação global, e de que o crescimento econômico do País vem sendo menor que a variação dos custos do sistema de saúde; projetou que, para um crescimento médio anual da economia da ordem de 2% durante 20 anos, a necessidade de investimento em saúde saltaria para 14%, mesmo assim, mantendo-se o sistema da forma como ele está hoje, com as mesmas deficiências e até algumas virtudes.

- **Marcos Bosi** assinalou, no âmbito da medicina baseada em evidência, ou, de forma mais ampla, da avaliação de tecnologias em saúde, que a visão de curto prazo que predomina no atual sistema brasileiro, em detrimento de ações mais efetivas que dependem de maturação de médio e longo prazos para produzirem efeitos, compromete as políticas públicas do setor. Disse que não adianta prometer para não cumprir, sem se preocupar com quanto custa e quem vai pagar pela decisão, práticas comuns que

geraram os esqueletos de hospitais públicos e privados deixados abandonados pelo Brasil, as obras construídas e inauguradas sem compromisso com o conteúdo, immobilizando recursos que poderiam estar salvando a vida de crianças com diarreia, por exemplo. Sugeriu que, como já aconteceu com muitos países desenvolvidos que passaram pelo que o Brasil está passando hoje, por incrível que pareça, investir em educação, saneamento básico, talvez produza mais saúde do que investir diretamente no sistema. Sobre a priorização dos recursos aplicados na saúde, citou dados de 2002 ou 2003, que mostram que cerca de 72% do custo das operadoras ocorriam no último ano de vida do segurado e 50% do que era gasto nos quatro últimos anos de vida concentravam-se nos três meses finais de vida do paciente.

- **Marcos Bosi** salientou, contudo, que também os países desenvolvidos enfrentam problemas na saúde, como os Estados Unidos, onde quase 52 milhões de pessoas não estão incluídas no sistema público financiado pelo governo, e no Canadá, onde o sistema é socializado, para se fazer uma mamografia demora de seis a oito meses em algumas regiões. Colocou que, no Brasil, onde a lógica do sistema privilegia o médico especialista sobre o generalista, o que traz repercussões muito sérias do ponto de vista do consumo de recursos e da demanda por

novas tecnologias dentro do sistema de saúde, ainda prevalece o atendimento de interesses específicos em detrimento do coletivo, o que inviabiliza um processo de avaliação de tecnologia que envolva a abordagem adequada das questões de segurança, efetividade, econômica, ética, social e legal.

- Conforme ele, a visão de curto prazo impede também maior investimento em prevenção por parte das políticas públicas, porque significa gastar hoje para se ter um ganho futuro e, quanto maior a carga de doença, maior será a pressão social contra investimentos de porte na área de prevenção, justamente porque é preciso fazer escolhas sérias e difíceis para que se possa assistir aqueles que estão sofrendo hoje e se tenha um sistema de saúde mais sustentável no futuro. Enfatizou que o grande negócio é lutar pelo aumento da eficiência do sistema e que no mundo inteiro todos estão procurando gastar mais individualmente para ter do sistema muito mais do que ele oferece hoje. Mencionou também a importância da avaliação da eficiência e da equidade com relação às novas tecnologias em produtos de saúde introduzidos no sistema e sua distribuição a todos que têm direito ao uso, tanto com relação à equidade horizontal como vertical, de forma que quem necessitar mais deve ter mais dentro do sistema.

- **Martha** destacou ao iniciar sua exposição que hoje, no Brasil, diferentemente de cinco anos atrás, já se admite que não se pode colocar uma determinada tecnologia dentro do País, num hospital, sem a mínima avaliação de sua utilidade, mas a priorização da saúde ainda é um objetivo distante, embrionário, onde, apesar do discurso em torno da promoção e prevenção em saúde, o que prevalece mesmo no sistema é o pagamento por procedimento e incorporação, não havendo avaliação de qualidade nem de performance, de tal forma que a grande questão que se coloca na discussão do tema dentro do "rol" e da saúde suplementar é como gastar em saúde, até porque, pelo que se sabe, os países que mais gastam têm, talvez, os piores resultados.

- **Marcos Bosi** recomendou que se deve olhar com mais cuidado para como as empresas prestadoras fazem o processo de avaliação de tecnologia, que, mesmo sem ser uma responsabilidade delas, vem evoluindo progressivamente pela qualificação dos profissionais que tomam decisões, o que também está acontecendo com os fornecedores e operadoras de planos de saúde, onde, mais do que uma avaliação de tecnologia, é feita a avaliação do investimento nessa tecnologia, o que significa uma evolução importante, já que há 10 ou 15 anos a avaliação de inovações no País se dava pela ação de alguns mais

capacitados que adquiriam novas tecnologias em feiras no Exterior apenas para ter o privilégio da exclusividade, colocando o produto no sistema sem se preocupar com o mercado ou com a infraestrutura. Concluiu que o investimento acabava perdido, não havia manutenção e as tecnologias se deterioravam nos corredores dos hospitais. Acrescentou que, contudo, o quadro evoluiu muito e hoje isso não acontece nas boas instituições, onde o processo é um pouco mais voltado para o usuário final em termos de agregação de valor, embora sem a conotação de uma avaliação de interesse para o sistema, mas ainda para atender interesse específico.

- Para elucidar a questão do processo de avaliação de tecnologias no sistema de saúde, público e privado, Marcos Bosi citou dados de uma pesquisa realizada nos últimos anos com um público extremamente diferenciado, representando operadoras de plano de saúde, prestadores, fornecedores de insumos, representantes de associações de pacientes, gestores dos sistemas, etc. Segundo ele, o estudo apontou (dados de 2008) que 70.6% consideraram como precoce e inadequada a incorporação de novas tecnologias no sistema; 86.8% consideraram o atual processo de avaliação de tecnologias no sistema de saúde pública e suplementar incompleto metodologicamente e que não atendia às necessidades do sistema; 45.47%

responderam que deveria haver um processo de avaliação de tecnologia único para o todo o País, contra 38.39% que disseram que deveria haver decisões de acordo com as prioridades e necessidades de cada região. Disse ainda que, em sua percepção, nos países desenvolvidos existe uma frustração crescente do ponto de vista da agregação de valor ao sistema de saúde, mas que, de forma geral, há melhoria, as decisões estão mais orientadas, o usuário está mais crítico e exigente com o serviço, alguns sistemas já olham mais para o coletivo do que para o individual. Advertiu, contudo, que é preciso tomar cuidado ao se comparar o sistema brasileiro com o dos Estados Unidos do ponto de vista econômico. Lembrou que hoje, no Brasil, se gasta em assistência à saúde no Sistema Suplementar em torno de 4,5% do PIB, com cerca de 40,9 milhões de beneficiários, e se o serviço fosse estendido a toda a população, de cerca de 190 milhões, o País estaria gastando entre 16% a 17% do PIB, próximo ao que os Estados Unidos investem hoje, embora no Brasil as proporções sejam bem menores. Destacou que, nos Estados Unidos, o setor de saúde vem sendo usado como fator de desenvolvimento socioeconômico, o que o Brasil também poderia fazer, mas sem os mesmos índices de desperdício dos americanos.

- **Martha** argumentou que, apesar do sistema norte-americano ser ineficiente, o brasileiro é muito pior, uma vez que nos Estados Unidos, pelo menos, há um alto gasto com tecnologia, enquanto no Brasil o gasto é alto, mas o usuário nem tem acesso à tecnologia.
- **Marcos Manfredini** (Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde) levantou duas questões, a primeira, com relação ao custo crescente dos gastos em saúde, em que questionou, sobre o ponto de vista dos estudos acadêmicos, qual seria a porcentagem do PIB necessária para se atingir um estágio ideal. Observou que no Reino Unido, que tem um sistema público referência, o Health Self Service, são gastos por volta de 8% do PIB na saúde, portanto, próximo do patamar brasileiro de gasto público. A segunda, sobre alocação dos recursos, que no Brasil se gasta pouco e mal, mas aparece muito pouco onde se gasta bem.
- Marcos Bosi considerou que, infelizmente, o mundo político é um e o daqueles que cuidam do sistema, seja governamental ou privado, é outro. Ele entende que a percepção do problema existe, mas o tratamento é negligenciado. Com relação ao PIB necessário, disse que não há estudo a respeito, como também não se sabe o número de médicos necessários para o Brasil e que é

difícil apurar números porque isto depende do tipo de sistema que se pretende ter, uma vez que o investimento será tanto maior quanto maior o esforço que se queira dar de atenção à saúde em detrimento das outras áreas que também são importantes, até porque alguns desses investimentos vão implicar ações que privilegiam o hoje, e isto exige recursos. Ressaltou que o percentual do PIB serve como um balizador do que os países estão investindo, mas com realidades muito distintas, e o que é mais importante é caminhar mais na discussão sobre que sistema. Advertiu, contudo, que não haverá redução de custos, o que pode ser saudável por um lado, mas ameaçador do outro, já que a família brasileira gasta em média 6% do seu orçamento familiar em saúde e 70% com habitação, alimentação e transporte, logo, como será possível para o brasileiro pensar em investir mais em saúde.

- **Isabela** (gerente da GAT, gerência da ANS responsável pela avaliação de tecnologia) começou sua apresentação também comparando a situação do sistema de saúde brasileiro com o dos países desenvolvidos, mencionou dados de 2006 que apontam que o gasto per capita anual do SUS era da ordem de R\$ 422,00, contra cerca de R\$ 1.000,00 na Saúde Suplementar, uma diferença bastante grande que, para ela, significa que se gasta mal no Brasil, mas também se gasta

pouco em relação a alguns países desenvolvidos, onde o atendimento público é majoritário. Salientou que a pirâmide etária no País é bastante triangular, demonstrando que, na medida em que a população envelhece, aumenta a demanda por planos de saúde, o que implica mais custos para o sistema. Definiu o que é tecnologia em saúde como: "qualquer conhecimento que pode ser aplicado para a solução ou redução de problemas de saúde, seja do indivíduo ou da população, reunindo equipamento, medicamento, insumos e procedimentos e também tudo o que pode ser feito em infraestrutura para a saúde." Concluiu que, portanto, tecnologia não é só a tecnologia em si, é um tema mais amplo, que envolve analisar uma tecnologia, sinalizar e organizar um serviço, como o sistema se organiza, como se dá ao acesso a essa tecnologia e ainda as questões de sua eficácia, efetividade, segurança, seus impactos ético, dos comportamentos e valores da sociedade e organizacional, do ponto de vista do sistema.

- Em sua opinião, as discussões sobre tecnologia envolvem, além da questão política, muitos outros fatores, um deles é a ATS e o que fazer para tentar ajudar a racionalizar o processo. Disse que a principal contribuição na busca de um sistema de saúde mais eficiente é assumir que é preciso conciliar os diferentes interesses, o que faz parte da função da ANS, de tentar identificar o ponto de

equilíbrio em relação não só à questão da incorporação, mas também à retirada de tecnologias que não estão sendo efetivas ou eficientes, o monitoramento das que estão em uso e ainda a disseminação do conhecimento e da conscientização da sociedade para a importância da ATS e de seus resultados. Assinalou que a discussão a ser levada à sociedade brasileira não é do impacto de uma determinada tecnologia, mas de todas as tecnologias que entram no sistema de saúde, assim como também a escolha, por exemplo, entre cirurgia estética e cirurgia bariátrica. Para ela, incorporar valores sociais e éticos nessa discussão é o grande desafio.

- **Isabela** mencionou a criação das áreas de ATS no Brasil, o início dos trabalhos, em 2006, no âmbito da política nacional de gestão em tecnologias em saúde, o GT da ATS dentro da Secretaria de Ciência e Tecnologia, a Coordenação Geral da ATS do Ministério da Saúde, depois, a criação da área na ANS, Anvisa e Rebrats - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde. Informou que há uma resolução da ANS que prevê levantar e analisar, propor instrumento de regulação de ATS na Saúde Suplementar, coordenar formulações de diretrizes para ATS, acompanhar e propor medidas para reduzir a resistência a ela, organizar bases de dados de ATS, o que é fundamental e está sendo trabalhado seriamente junto à

Rebrats. Destacou também que a ideia é que, no futuro, haja um portal sobre o assunto que todo mundo possa acessar até para subsidiar decisões judiciais e coordenar iniciativas de ATS na ANS. Destacou que a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde tem relação com a Citec, que é a área de incorporação do ministério, também com o GTTS, que, por sua vez, se relaciona com a coordenação geral de ATS, tudo isto dentro da Secretaria de Ciência e Tecnologia. Explicou que um dos motivos pelos quais toda essa discussão de ATS tem que ser desenvolvida cada vez mais em cada instituição é que cada área tem que ter sempre um profissional que conheça e que saiba acompanhar, entender quais são os problemas, as complexidades, o que é ATS, que é avaliação de tecnologia em saúde. Ponderou que alguns casos de ATS são muito complexos e, quando há uma tecnologia pouco usada no País, é preciso fazer uma avaliação completa dela, com o máximo possível de evidência, com buscas em todas as fontes, se é possível uma avaliação econômica também, de custo-benefício, e a tendência é se contratar consultores externos para isto. Relatou que a ANS coordena o processo internamente, faz avaliações rápidas e toma a decisão, como no caso de uma demanda que chega da GGTAP, a agência tem que saber se vai incorporar ou não tal procedimento no "rol", tudo isto precisa ser subsidiado com toda a discussão. Informou que são feitas notas técnicas

internas, então, a avaliação fica mais complexa, a ANS participa do Rebrats junto com a Anvisa e o Ministério. Acentuou que o papel da agência é também conversar com a sociedade sobre os problemas, as questões e os resultados, e tudo isto é colocado no "site", todas as informações, para as pessoas lerem, fazerem perguntas, mandarem cartas, enfim, possibilitando à ANS se comunicar com todo o público e ter sugestões críticas, comentários, etc. O propósito, segundo ela, é de que todos os problemas, as questões afins sejam discutidas ao longo da elaboração de cada ATS, junto com todos os representantes das entidades que participam do processo, e a ideia é também trazer a academia para a discussão. Comentou que, para quem não conhece, a Rebrats é composta por instituições de ensino e pesquisa, por gestores, é ainda muito recente, está em fase de conclusão de regimento interno, mas também está sendo montado dentro dela um sistema de informação e no futuro os sistemas da ATS e da Rebrats poderão formar um mesmo sistema. Destacou que a Rebrats tem grupos técnicos para discutir priorização, metodologia, que é a parte mais difícil de uma ATS, outro para monitoramento do horizonte tecnológico e quais são as novas tecnologias que estão chegando, etc. Disse que há também a área de formação, de educação continuada, com constante formação e capacitação de profissionais do Brasil inteiro para as instituições e eventos futuros, a

Rede também está organizando um seminário internacional, em julho, para discutir o papel da ATS na qualidade da assistência, tem ainda as reuniões do GTTS, que define toda a formulação de política, consensua todas as diretrizes governamentais e é de lá que saem muitas das discussões que estão sendo feitas hoje na ANS, entre muitas outras ações.

- **Martha** acrescentou que a ANS já tem todo um "background" de preocupações com o sistema de saúde, mas, efetivamente, a avaliação de tecnologia tem que saber como as novas tecnologias entram no País, se têm registro, quais os dados epidemiológicos, qual sua prevalência na população, quem vai se servir delas, tudo é muito importante, tanto para se avaliar o impacto de uma tecnologia como sua real necessidade para o sistema como um todo e, ainda, qual a abrangência da aplicação, se ela substitui ou se agrega a uma tecnologia existente, se é de fácil manuseio ou vai exigir operadores especializados, uma vez que, mesmo colocando-se uma determinada tecnologia na tabela de procedimentos obrigatórios, não significa que ela tem fácil disponibilidade de profissionais habilitados para aplicá-la. Disse também que faz parte do trabalho da agência avaliar a questão dos insumos e matérias-primas para a produção de tecnologias, o que, por exemplo, foi um

grande problema no caso do "pet scan" e, assim, qual a facilidade de acesso da tecnologia entre as regiões do País, sua interface com as políticas locais e com as prioridades em termos do sistema de Saúde Suplementar, qual o impacto dessa incorporação no gasto e no uso de tecnologias de alta complexidade, se elas têm protocolo ou diretrizes da AMB, se apresentam um número relevante de publicações com evidência de eficácia e segurança, etc.

- **Dr. Amílcar** (AMB) colocou que não entende bem as informações técnicas, mas acha que qualquer que seja a especialidade ela tem que ter um respaldo científico, razão pela qual sugeriu que a ANS dê continuidade ao trabalho de embasamento em evidências médicas ou odontológicas e que a academia tem que participar disso.
- **Cláudia** (Citec) informou que a Cietec está organizando um site dentro do portal da Saúde que estará disponível já a partir do segundo semestre deste ano, que vai prestar esclarecimentos sobre os procedimentos da Citec, incluindo fluxo, portarias e o que foi incorporado ao "rol", para atender a profissionais de saúde e gestores de estabelecimentos.

- **Martha** propôs a apresentação de algumas propostas sobre a Consul de Saúde Mental, que está, inclusive, sendo discutida com um GT e já vai para a terceira reunião, o que considerou um bom caminho andado para a sua incorporação no "rol".
- **Carla** fez um rápido retrospecto das discussões nas duas primeiras reuniões com o GT. Esclareceu que a equipe vem discutindo o tema da Saúde Mental junto à área técnica do Ministério da Saúde e é importante pensar como a Saúde Mental vem sendo trabalhada na Saúde Suplementar mesmo antes da regulação. Informou que havia e ainda há muitos contratos que continuam excluindo os transtornos mentais que eram excluídos dos planos antes de 1999, quando da Lei 9656, o mesmo acontecendo para a cobertura das consequências de lesões autoinflingidas, por exemplo, complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de tentativas de suicídio. Reiterou que o que está sendo discutido é uma nova legislação que também prevê a inclusão no "rol" de vários procedimentos ligados à área de Saúde Mental, que já contam com cobertura obrigatória prevista na atual legislação, e que outra importante atuação da ANS vem sendo em relação aos programas de promoção e prevenção em Saúde Mental, no sentido de induzir as operadoras a começarem a desenvolver essas ações. Explicou que a Consul, lei de 1998, coloca que a

cobertura para os transtornos de Saúde Mental estão codificados na CID 10, então, são todos transtornos psiquiátricos, incluindo o seu tratamento nos serviços a serem prestados por todas as operadoras de planos privados, ressaltando, ainda, a importância de adoção de medidas que evitem a estigmatização dos portadores de transtornos psiquiátricos, o que está relacionado, inclusive, à reforma psiquiátrica.

- Destacou que o espírito do mecanismo de regulação, no âmbito da Consul 11, é interessante, sobretudo, por seu objetivo de evitar a internação longa, mas, ao mesmo tempo, permitir os casos de internação necessária, como para retirar o paciente de uma crise. Relacionou outras alternativas terapêuticas previstas pela Consul, como para os casos de pacientes mais crônicos. Colocou que na segmentação hospitalar fica garantido o direito a oito semanas de hospital/dia por ano para os usuários de substâncias psicoativas, pessoas portadoras de transtornos de humor, transtornos de desenvolvimento psicológico e 180 dias de hospital/dia por ano de contrato para transtornos mentais orgânicos, esquizofrenias, retardos mentais, entre outros, além de atendimento clínico ou cirúrgico decorrente de lesões autoinflingidas. Comentou que a ideia da ANS é trazer a Consul 11 para o corpo da nova RN 167 e, então, rever

essa Consul, especialmente para aclarar algumas dúvidas de redação e colocar alguns conceitos específicos. Lembrou que, para a agência, é importante que as 12 sessões de crise previstas na Consul 11 sejam somadas às 12 previstas no "rol", totalizando 24 sessões de psicoterapia autorizadas.

- Observou que a agência fez um requerimento de informações em Saúde Mental em 2007 e 2008, com dados das operadoras, realizou um fórum de discussões com os vários segmentos envolvidos e elaborou uma diretriz, que se chama Diretriz Assistencial para a Saúde Mental na Saúde Suplementar, que já está no "site" da ANS há oito meses, depois de passar por várias sugestões e modificações propostas por inúmeras entidades que contribuíram nesse processo de construção. Disse que o documento foi deixado um tempo em consulta pública com especialistas da área, com o objetivo de alinhar assistência à Saúde Mental na Saúde Suplementar nas políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e informou que foi realizado também pela agência em 2008 uma pesquisa com as operadoras em relação à cobertura dos transtornos psiquiátricos, que apontou os seguintes resultados: 15% não tinham coberturas para demência, 58% da internação psiquiátrica já contavam com outros profissionais fora o médico, 53% não tinham o atendimento multidisciplinar no ambulatório, 52% tinham

discussão de caso clínico até para gerenciar a referência após a internação, quase 70% tinham mecanismos de coparticipação, quase 70% faziam autorização prévia, mais de 90% utilizavam mecanismo de regulação para transtorno mental, 81% não tinham oferta de programas específicos para regresso nas internações psiquiátricas, mais de 90% dos encaminhamentos de pacientes para psicoterapia eram feitos por indicação médica, 30% por avaliação da equipe multidisciplinar e 40% por demanda espontânea, 80% mantinham uma média de internação da psiquiatria de 30 dias, etc. Revelou que, com base nestes dados, a ANS formou um grupo de discussão que, em 2008, realizou encontros com as operadoras, Judiciário, Procuradoria Federal da República, Ministério da Saúde, Anvisa e todos os conselhos profissionais envolvidos nesse tema, além de prestadores de serviços e alguns representantes da sociedade, para começar a discutir os principais consensos obtidos para a elaboração de uma diretriz para Saúde Mental na Saúde Suplementar, regida por um normativo que coloca a atenção à Saúde Mental como prioridade na oferta de serviços hospitalares, extra-hospitalares e ambulatoriais, onde as utilizações de coparticipação em franquia durante as internações psiquiátricas devem possuir regras próprias a serem explicitadas, deixando bem claro que é proibida a limitação do número de dias de internação, as coberturas

assistenciais são obrigatórias e o tipo de serviço assistencial necessário para sua execução dependerá sempre do tipo da segmentação do plano contratado, os portadores de transtornos mentais podem ser internados em leitos psiquiátricos em hospital geral, particularmente nos casos de alcoolismo e drogadição, entre outras medidas.

- **Carla** achou importante destacar que a ideia dessa diretriz é também apoiar o aumento do compromisso dos usuários dos serviços e seus familiares em relação a esse tema e a melhoria dos diversos indicadores, de forma a qualificar a Saúde Mental dentro da Saúde Suplementar. Segundo ela, os objetivos específicos são estabelecer as coberturas obrigatórias e o modelo de atenção à Saúde Mental e organizar os fluxos assistenciais para cada tipo de segmentação de plano e de transtorno mental estabelecido pela CID por linhas de cuidados. Salientou que os princípios dessa diretriz observam os seguintes paradigmas: respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental, priorização da assistência extra-hospitalar, redução da tensão hospitalar por meio da substituição por serviços ambulatoriais de atenção diária ou outro similar, utilização de equipes multidisciplinares com profissionais de saúde com formação em todos os níveis de atenção.

- **Carla** reforçou que os fundamentos que nortearam a elaboração dessa diretriz são os mesmos que estabelecem as bases para a assistência à Saúde Mental na Saúde Suplementar, que se pautam pelas ações de diversos níveis de atenção que foram divididos em cinco grupos de linhas de cuidados a serem considerados: transtornos mentais graves e persistentes, transtornos mentais decorrentes de abuso de álcool e outras drogas, transtornos depressivos de ansiedade e alimentares, saúde mental de crianças e adolescentes e saúde mental de idosos. De acordo com ela, cada área conta com especialistas específicos para a discussão, como um grupo da UERJ na área de idosos, a Cochrane trabalha com evidências científicas em relação a álcool e drogas, etc. Enfatizou que a promoção e prevenção em Saúde Mental implica criação de condições ambientais e sociais que propiciem o desenvolvimento psicológico e psicofisiológico adequados, conforme publicado no Manual de Promoção e Prevenção em Saúde Mental da ANS, que inclui, entre outros objetivos, a redução da incidência e do impacto da doença sobre o indivíduo, do tempo perdido com sintomas, prevenção e eliminação de recorrências de transtornos mentais.

- **Selma** opinou que, quando a internação é necessária, não deveria haver limite de cobertura, porque o doente não tem limite e que algumas coberturas deveriam ser garantidas para os transtornos mais graves. Considerou também que ainda há preconceito na área de Saúde Mental e que o combate a esse problema deve ser uma das funções da ANS e da própria classe médica.
- **Martha** esclareceu que a Consul está focada nos transtornos mentais mais graves, mas seu propósito é tratar da política de Saúde Mental como um todo.
- **Benício** (CFO) disse que concorda plenamente com a incorporação da Consul 11 dentro da 167, porque isto vem contribuir para reduzir a discriminação das pessoas com transtornos mentais na sociedade e salientou que, se os pacientes internados em condições normais, já têm uma dificuldade muito grande no cuidado com a sua saúde bucal, quando se trata de pacientes com problema mental, então, essa dificuldade é muito maior. Portanto, sugeriu que seja incorporada ao atendimento pela equipe multiprofissional a visita de um profissional de odontologia para fazer o atendimento ambulatorial dentro do hospital, até porque, hoje, os equipamentos são pequenos e podem ser transportados facilmente.

- **Elisa** (Conselho Federal de Psicologia) disse que a diretriz é um avanço no sentido de colocar o princípio da atenção intensiva em rede extra-hospitalar como um direito do usuário da Saúde Mental e agora o desafio será traduzir isto em termos dos procedimentos. Perguntou se o atendimento hospital/dia é uma exigência e não tem limitação e se os procedimentos previstos são relativos a todas as linhas de cuidados, incluindo crianças e adolescentes, transtornos graves, álcool e drogas, etc.

- **Martha** respondeu que o hospital/dia já é rede obrigatória de Saúde Mental e funciona como rede hospitalar geral, sem limitação de internação para a Saúde Mental e a sugestão da agência é que o atendimento seja feito num hospital geral, mas que a rede possa ser constituída para todas as linhas de cuidados. Esclareceu que se trata de tratamento para pessoa com patologia diagnosticada, visando evitar sua internação, porque a Consul, na realidade, era uma proteção à internação.

- **Cláudia** colocou que o hospital/dia é uma alternativa de desospitalização que promove a convivência do indivíduo com a família e questionou se o paciente perde o direito ao benefício se ele for diagnosticado num CID, mas não tiver contrato afim com o plano.
- **Martha** respondeu que neste caso não há direito e é por isto que a Saúde Suplementar é um pouco mais complicada, porque pode ser comprada em módulos, de forma que pode haver um plano só ambulatorial, que dá direito somente a consultas, outro à internação e assim por diante.
- **Antônio Augusto** (Conselho Federal de Nutricionistas) sugeriu a inclusão do nutricionista na equipe multidisciplinar, porque entende que o tratamento e o acompanhamento dos casos exigem cuidados na área de alimentação, pois alguns pacientes são desnutridos, outros obesos e também há as interações de drogas com alimentos.
- **Martha** esclareceu que quem vai definir essa equipe multidisciplinar necessária é o tratamento do paciente, logo, a ANS não tem o poder de dizer como é que uma rede hospitalar vai se conformar, é a operadora que credencia aquele hospital/dia e o que o médico assistente solicitar

enquanto profissional da área da saúde, da mesma forma como ocorre na segmentação da internação, é o que vai determinar a forma de cobertura.

- **Nize** (Conselho de Fonoaudiologia) observou que as equipes de Saúde Mental dos setores públicos têm fonoaudiólogos para tratar pacientes com demência ou autistas e indagou como fica isso na Saúde Suplementar.
- **Martha** disse que continuará como está hoje, o paciente prossegue tendo direito às sessões de fono previstas na 167.