

MESA-REDONDA

POLÍTICA DE SAÚDE, UMA DOENÇA INCURÁVEL?

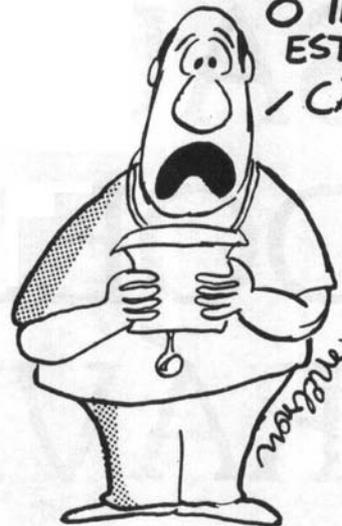
A Política Nacional de Saúde e a Política de Saúde Mental foram temas de discussão em uma mesa-redonda promovida no final do primeiro semestre de 1982, durante dois dias, pela Comissão mista de Saúde do Sindicato dos Psicólogos no Estado de São Paulo e do Conselho Regional de Psicologia da 6.^a Região.

Nesta edição, a revista "Psicologia, Ciência e Profissão" publica os principais pontos do debate, envolvendo Regina Marsiglia

(assistente social e socióloga, atualmente trabalhando no Departamento de Pesquisa da Medicina Social na Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo, com várias pesquisas na área já realizadas), Mauro Brasil (médico, conselheiro do Conselho Regional de Medicina de São Paulo e assistente da Secretaria de Planejamento do Inamps), Lupércio de Souza Cortês (também médico, Secretário Regional de Planejamento do Inamps no Estado de São Paulo) e Odete Godói Pinheiro (psicóloga, diretora do Sindicato dos Psicólogos no Estado de S. Paulo, na época do debate) e Nancy Bühner, psicóloga convidada. A mesa-redonda contou ainda com a participação de Darci Neves dos Santos (médica, assistente técnica da Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo), que colocou questões ligadas especificamente ao plano de Saúde Mental que está sendo implantado no Estado de São Paulo. A reunião foi coordenada por Vera Lucia Colucci (psicóloga, atual conselheira do Conselho Federal de Psicologia).

E A SAÚDE?

EIS O RESULTADO DOS EXAMES:
O INPS
ESTA' COM
- CÂNCER!



POLÍTICA DE SAÚDE, UMA DOENÇA INCURÁVEL?

REGINA MARSIGLIA — A proposta de que a Saúde Pública e a Previdência Social deveriam ser articuladas foi-se formando ao longo da história das lutas sociais pelo atendimento à Saúde, configurando-se como proposta na década de 60. Essa proposta deve ser encarada como o resultado da articulação de várias outras e é importante verificar como estas articulações vão-se constituindo ao longo da história.

A concepção de Saúde Pública foi, até o início da década de 60, a de uma atividade preventiva. A partir daí, ao perder o seu papel e a sua importância, entrou numa linha tecnicista, com a definição rígida de projetos e programas destinados a utilizar os poucos recursos disponíveis. A concepção educativa passou para o segundo plano. Ao ser direcionada para a atuação sob a forma de programas, com ações perfeitamente delimitadas, pretendia-se obter racionalidade, objetividade e qualidade no serviço. Não se falava mais no caráter político da Saúde Pública, pois o levantamento do tema traria à tona a discussão dos recursos. E a idéia vigente em 1965-66 era a de que a Saúde Pública ia mal não por falta de recursos, mas de racionalização. Argumentava-se que nunca haveria recursos suficientes para atender a todas as necessidades da Saúde. O que deveria ser feito, isto sim, era a utilização da melhor maneira dos recursos disponíveis. Esta posição servia também para justificar a ausência de maior inversão de recursos para a área.

Enquanto isso, a Previdência Social começava a se expandir e a assistência médica, dentro da Previdência Social, a ganhar papel de destaque. O crescimento da Previdência Social era encarado como uma nova forma de captar recursos da sociedade, em contraposição a Saúde Pública, que só gastava os recursos captados pelo Estado.

Ao se basear na arrecadação de recursos de contribuintes, a Previdência Social pretendia incorporar, cada vez mais, novos contingentes da população e caminhar para a centralização desses recursos numa grande instituição. Nesse processo de centralização de recursos, surgiu primeiro o INPS e, em seguida, o Sinpas - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

MAURO BRASIL — É bom conhecer um pouco da origem da Previdência Social no Brasil. Com o surgimento da industrialização, no final do século passado e início deste, os trabalhadores começaram a se cotizar com o objetivo de ajudar companheiros em situação difícil ou quando ocorria o falecimento de algum membro da família. Neste crescimento, pode ser facilmente encontrada a origem e a explicação para a expressão "estou na caixa" com que ainda hoje, muitos designam a obtenção de benefícios previdenciários.

O crescimento dos recursos de captação entre os trabalhadores chamou a atenção do Governo, que percebeu o peso político dessa atuação e começou a interferir nessas caixas, para cercear a ação política. Foi assim que surgiram as leis criando os "sistemas de caixas", no período populista de Getúlio Vargas, culminando com os Institutos de Aposentadoria e Pensão (os IAPs) de diversas categorias de trabalhadores: industriários (IAPI),

comerciários (IAPC), bancários (IAPB) e de transporte de carga (IAPETC), que mais tarde se reuniram e formariam o INPS.

Com o surgimento, em 1977, do Sinpas - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, as pensões foram separadas da assistência médica. Dentro do Sinpas, cada órgão tem sua função. O INPS ficou apenas com os benefícios e pensões; o INAMPS com a assistência médica; LBA (Legião Brasileira de Assistência), com os projetos de assistência social; a FUNABEM, com o bem-estar do menor. A DATAPREV passou a cuidar de todo o setor de informática e o IAPAS, da parte da administração de todo o sistema, da arrecadação e distribuição dos recursos entre os diversos setores. Resta ainda a CEME - Central de Medicamentos pertencente ao Ministério da Saúde, mais ligada ao INAMPS e que fornece os medicamentos para o Sistema.

REGINA MARSIGLIA — Além de permitir decisões centralizadas a criação do SINPAS também permitia que se obtivesse uma grande soma de recursos, utilizados não só na própria previdência, em benefícios ou na assistência médica, como também nos projetos de desenvolvimento nacional. Como se vê, esta forma de captação de recursos não era só uma forma de desenvolvimento da política social previdenciária e em particular da assistência médica, mas também de viabilização dos grandes projetos econômicos governamentais.

Sobre a abrangência da Assistência Previdenciária e da Saúde Pública, caberia à Saúde Pública, numa divisão tradicional, a atuação coletiva, do ponto de vista preventivo: endemias rurais, controle de medicamentos e determinadas situações de alimentação, das doenças transmissíveis... A assistência médica previdenciária estaria voltada fundamentalmente para a assistência individual, pessoal e curativa, quer fosse simples, sofisticada ou especializada. Estas duas modalidades de atendimento existiam e funcionavam independentemente na sociedade brasileira.

Esta compartimentalização trouxe suas distorções: mal se podia fazer vacinação nos postos do INAMPS, pois era uma ação preventiva, ou tratar indivíduos nos Postos de Saúde do Estado, pois era uma ação curativa. Em programas de puericultura, o atendimento fora dos retornos mensais marcados previamente era considerado como extra. Desta forma, a necessidade concreta da saúde — a doença — passou a ser considerada como extra na Saúde Pública. Era o irracional dentro de um sistema que se propunha racionalizado, teórico, organizado...

A centralização da Previdência Social não ocorreu por acaso. Tudo vai ser centralizado no Estado brasileiro: a Saúde Pública, as políticas sociais, a economia. As decisões unificadas para os grandes interesses nacionais só são permitidas com esta centralização.

Foi esta centralização que permitiu grande acumulação de recursos e que também permitiu a definição da política de assistência médica. A decisão que paulatinamente foi sendo tomada é a de concentrá-la na assistência médica hospitalar da rede privada, que foi sendo contratada pela Previdência Social, sob várias formas de relacionamento. A partir de 1975 surgiram as primeiras tentativas de reunião das duas redes de serviço. A primeira proposta — chamada de "Lei do Sistema Nacional de Saúde" — partia da visão de que as coisas não iam bem porque havia falta de coordenação. A Saúde não era uma questão restrita aos Ministérios da Saúde ou da Previdência Social. Envolvia também o Ministério do Trabalho e do Interior (este, com os programas de saneamento).

Com o Sistema Nacional de Saúde surgiu a proposta de criação de um órgão acima dos ministérios, o Conselho de Desenvolvimento Social. A própria nomenclatura — Sistema Nacional — já indicava o modelo que estava sendo adotado para encarar a realidade: sob a forma de um sistema, pressupondo que a realidade é constituída por um conjunto de partes, interdependentes, influenciadas mutuamente.

A proposta do Sistema Nacional de Saúde sofreu críticas contraditórias. De um lado, argumentava-se que este conjunto de instituições não estava simplesmente descoordenado. Na realidade, tinha objetivos diferentes e conflitantes e era por essa razão que havia duplicidade de atuação em certas áreas e outras sem atendimento. A outra discussão era voltada para o poder de decisão. Questionava-se a responsabilidade do Ministério da Saúde para definir a Política Nacional de Saúde. Como uma parte do sistema, tão pequena e com tão pouca força, poderia determinar ou definir o que os outros iriam fazer? Começava-se a perceber que a visão e a lei eram incompatíveis com a realidade.

...A necessidade concreta da saúde - a doença - passou a ser considerada como extra na Saúde Pública

Esta proposta mínima de coordenação sofreu críticas também do setor com interesse na assistência médica na área privada, que considerava a proposta do sistema limitante e com tendências estatizantes.

Dois anos depois, em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde (reuniões oficiais, geralmente promovidas pelo Ministério da Saúde) a discussão girou em torno da unificação das instituições e suas finalidades. Foi nessa conferência que apareceu pela primeira vez a idéia de se juntar as ações de

Saúde, para se formar o que se convencionou chamar de "Rede Básica de Serviços de Saúde". Seriam serviços em nível ambulatorial, fundamentalmente estatais, com recursos provenientes dos Ministérios da Previdência Social e da Saúde e que atenderiam a maioria da população brasileira em termos ambulatoriais. Esta rede seria a "porta de entrada" para usufruto dos direitos de assistência. A internação — chamada então de cuidados secundários e terciários — ficaria com o setor privado.

Ao tomar conhecimento da proposta, o setor privado considerou-a por demais estatizante, ferindo seus interesses. Argumenta que a definição para o internamento seria dessa Rede e só seriam internados aqueles casos de custo muito alto e, conseqüentemente, de lucro reduzido. A proposta foi considerada insuficiente também pelos favoráveis à expansão do atendimento público. Argumentavam que, no momento da internação, o setor privado é quem iria definir as regras. Afirmavam: se todos têm direito à Saúde Pública, não importando se contribuinte ou não, se em fase de carência ou não, como definir — na hora da internação na rede privada — quem paga, como pagar e de que jeito pagar?

Em 1979 um fato novo: foi realizado um simpósio sobre assistência médica, patrocinado pela Câmara Federal, dirigido a grupos organizados da sociedade civil. Foram chamadas associações profissionais, sindicatos de trabalhadores, representantes de várias modalidades de prestação de serviços na assistência médica (inclusive do setor de convênio com empresas) e universidades. Embora sem força para definições do ponto de

vista político, o simpósio marcou os interesses e conflitos dos grupos existentes na área. De um lado estava a iniciativa privada, reclamando por um pedaço que lhe estaria sendo tirado. De outro, o setor a favor do serviço público mais amplo. Uma terceira posição surgiu dos sindicatos e representantes de órgãos profissionais, que questionaram a estatização e o grau de interesse das classes trabalhadoras. A melhor forma seria um Estado autoritário e centralizado enfeixar em suas mãos a definição da política da área?

O simpósio também marcou o aparecimento de uma proposta bastante avançada, de um sistema único de serviços. Único no sentido de que juntava prevenção e cura, reunindo Saúde Pública e Previdência Social, num serviço fundamentalmente público.

Este clima influenciou a Conferência Nacional de Saúde realizada no final de 1979. A conveniência de uma rede básica pública de atendimento ambulatorial e o papel fundamental da rede hospitalar pública agitam as discussões. Uma comissão foi incumbida de elaborar um projeto com esta perspectiva e que deu origem ao PREV-SAÚDE.

Embora tenha crescido como proposta, na prática o PREV-SAÚDE não se efetivou. Ele apenas serviu para delinear os grupos envolvidos no jogo das forças políticas. As críticas eram feitas pela maneira como foi elaborado o programa: por um grupo de técnicos dos dois Ministérios, sem um debate mais amplo da sociedade. Este era o primeiro projeto de reestruturação do sistema como um todo, tornando responsabilidade do setor público o atendimento básico e deixando para a

INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE



área privada o setor complementar. O PREV-SAÚDE propunha a incorporação de terapêuticas alternativas; a participação da população na fiscalização do serviço, discussão dos projetos e do orçamento; a constituição de Unidades de Atendimento, com a ampliação do mercado de trabalho do setor e a alteração de seu aspecto qualitativo; a abertura de campo para especialização, no caso da medicina, mas regionalizado, hierarquizado e integrado, com os serviços locais ligados a serviços mais complexos, como uma forma de encaminhamento de pacientes de um local para o outro.

Quando o projeto foi divulgado, alguns cortes já haviam sido feitos, sob pressão do setor privado. O primeiro deles referia-se à internação fundamentalmente privada e onde o Estado entrava apenas como alternativa suplementar. Novas redações e mutilações fizeram com que ele perdesse sua característica de reestruturar, montar ou expandir o sistema.

A situação dos serviços de Saúde ficaria ainda mais grave com a recessão em que o Brasil mergulhou. Num momento de recessão, o número de empregos diminui e os recursos da Previdência, provenientes do indivíduo empregado, também decrescem. Desempregado, sem contribuir, o empregado ainda tem direito a mais um ano de Previdência Social. A despesa, no entanto, não pára de crescer e a Previdência tenta restringir esta situação: a linha que vinha sendo adotada, de deixar o setor privado arcar com o grande volume de assistência, é custosa e incompatível com a diminuição da receita. É neste contexto que, em 1982, o Ministério da Previdência Social surge com a proposta do CONASP, porém sem a abrangência do PREV-SAÚDE. Esta não é uma proposta de reestruturação do sistema, mas apenas um projeto modesto, de "arrumar" a casa e controlar as despesas.

MAURO BRASIL - O CONASP chegou no momento da crise econômica, em que os recursos disponíveis eram muito pequenos para a necessidade existente. Foi nesse momento que surgiu a busca de fraudes. Foi também aí que apareceram as duas contas da previdência, uma "jogada" do Governo para repassar recursos em benefício da rede bancária. Uma das contas tinha seu capital imobilizado, enquanto a outra, deficitária, pagava juros altos para essa mesma rede bancária, que ganhava duplamente. Foi um grande escândalo que, como os outros, não deu em nada.

Uma das medidas adotadas foi o aumento da porcentagem de contribuição dos empregados e empregadores, que passou de 8 para 8,5 e até 10%, no sentido de buscar sanar o "furo" existente nos recursos previdenciários. Fundamentalmente, o que se tentou fazer foi um plano de aperto de cintos.

O plano do CONASP, embora contenha uma análise muito bem feita da realidade, com propostas racionalizadas em seu bojo, na prática, é muito mais um plano para racionalizar os recursos. A política adotada foi de

privilegiamento do setor hospitalar, fundamentalmente privado. Este privilegiamento se deu através do FAS - Fundo de Apoio Social, que financiava hospitais, onde os empresários da área de Saúde só entravam com a vontade e só começavam a pagar quando comessem a funcionar. Hoje, dez anos mais tarde, ainda existem hospitais que não começaram a funcionar. Para não começaram a pagar essas dívidas.

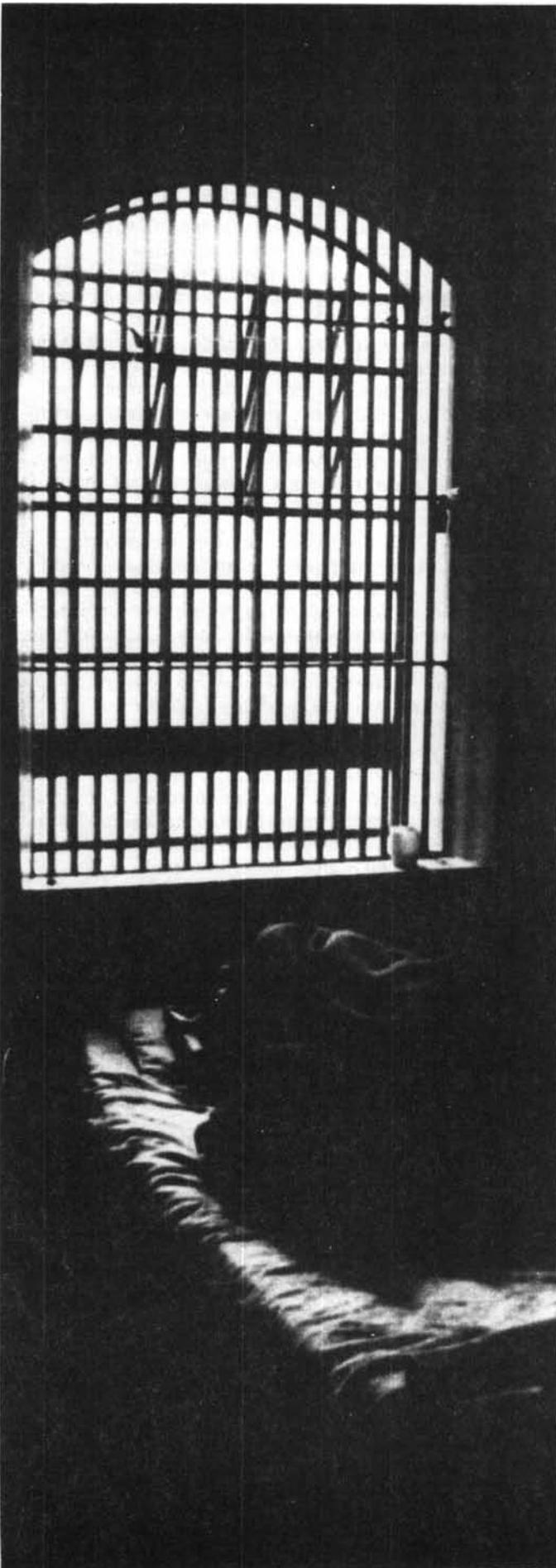
A ganância por uma maior lucratividade no setor empresarial, juntamente com a ação das multinacionais na área da indústria farmacêutica e de insumos hospitalares de equipamentos, geraram a produção, para essa rede hospitalar, de instrumentos e equipamentos cada vez mais caros, corroendo ainda mais os recursos da Previdência. Este aparente caos era um equilíbrio estático e muito sólido. Justamente por isso surgiram, fruto dessa ganância e de algumas tensões sociais, as filas e os programas do tipo Pronto Atendimento para a população, não só a previdenciária, mas toda ela.

Para cada fila os postos de atendimento do INAMPS, havia um pronto atendimento na rede privada, que acabou por corroer os recursos da previdência. A população realmente não encontrava fila, era prontamente atendida, mas o que houve de superprodução de serviços, de superfaturamento contábil... É sabido que o INAMPS sempre pagou muito pouco pelos atos médicos, tanto para os serviços de hotelaria em uma internação, como nos próprios procedimentos médicos. Então, os empresários, na busca do lucro, começaram a superfaturar e a distorcer diagnósticos. Hoje, numa análise da situação mundial, verifica-se que 15% dos serviços de Saúde são de urgência. Em São Paulo, perto de 60% dos atendimentos são considerados urgentes.

Os profissionais da área de Saúde, neste mercado distorcido, também se prestam a esse jogo porque ou aceitam essas regras e trabalham num Pronto-Socorro ou vão embora. Como o mercado está difícil, muito próximo da prostituição, então aumenta-se ainda mais a hipertrofia dessa distorção.

O INPS, ao cuidar das aposentadorias, podia prever os benefícios. Ocorreu uma estabilização nos acidentes de trabalho, embora mais difíceis e complexos, pois com a industrialização, o aviltamento e o arrocho salarial, a tendência dos trabalhadores é de trabalhar mais e conseqüentemente se expor com maior frequência a acidentes de trabalho. Na área da Saúde, isto não ocorre, apesar do CONASP tentar oferecer uma certa previsibilidade orçamentária.

O CONASP tem como proposta básica o atendimento da população em uma ordem de prioridade. Em primeiro lugar, o setor público (os próprios do INAMPS, as redes do Estado e as prefeituras); em segundo lugar, a rede de serviços beneficentes (como as Santas Casas, instituições sem fins lucrativos e serviços universitários, como hospitais-escola de Faculdades de Medicina) e por último, de forma complementar, a rede privada. Isso é muito bonito no papel, muito idealista. Mas



FOLHA DE S. PAULO

como fazer isso se, por exemplo, na cidade de São Paulo, existem somente cinco hospitais de Previdência, a sua rede de postos de atendimento é centralizada geograficamente e de poucos recursos e com uma política de recursos humanos que fica muito a dever à rede privada?

Só existe uma garantia para o profissional de Saúde da rede previdenciária: dificilmente será mandado embora, embora ganhe pouco. É a história da miséria programada: ganha pouco mas tem estabilidade no serviço.

O que a Previdência faz é não contratar o funcionário de nível universitário. Ela o substitui pelo estagiário, pelo acadêmico, pelo atendente de enfermagem... A rede pública faz o concurso, treina o funcionário e depois o setor privado rouba esse recurso. É o fluxo normal, porque o ensino também faz parte do equilíbrio que se quer manter. Se começar a pagar bem, dar condições, estruturar bem os serviços, o paciente, que está sendo atendido na rede privada, vai procurar o setor público. Haverá uma inversão de fluxo, que contraria o interesse da política atual, que é a do privilegiamento do capital na rede privada de serviços de Saúde.

... O psicólogo só entra no INAMPS indiretamente, através de clínicas credenciadas...

Na área de Saúde Mental, é gritante o privilegiamento da hospitalização em relação ao tratamento do paciente a nível ambulatorial, a nível comunitário. É evidente que isto prejudica a população, porque todos nós sabemos das distorções que existem em uma internação de um paciente psiquiátrico. A situação está sendo perenizada, sendo agravada uma tendência e sendo oferecido um atendimento inferior ao que ele necessita, em nível pessoal.

E qual é a proposta do CONASP? A de uma integração dos recursos de saúde, com a participação do Estado, dos municípios e do Ministério da Previdência Social. Não vamos considerar Estados em que os serviços de Saúde e Previdência Social são caóticos. Vejamos São Paulo. Está nas mãos do superintendente do INAMPS um plano de integração dos serviços de Saúde (Prefeitura, Governo do Estado e Previdência Social), aguardando sua implantação. Mas ele não sai, porque Brasília não deu sinal verde. Por que? Porque o Governo de São Paulo é de oposição. Esse plano já foi posto em prática em Santa Catarina, nas regiões de Lages e Florianópolis... Por mais que se fale que a Saúde é assunto apolítico, apartidário, o que se constata é que não é.

Fazendo as contas no papel, verifica-se que - com os recursos existentes hoje - quase 80% dos problemas que a população enfrenta, podem ser resolvidos no nível primário. Não só nas questões fundamentalmente médicas, mas também as que envolvem outros profissionais, como psicólogos, odontólogos etc., desde que se ofereça um atendimento adequado, um salário condigno, condições de bem-estar e segurança no trabalho, uma carreira profissional... E não como a situação se apresenta hoje, quando um profissional entra em um determinado nível e, depois de 25 anos, sai UM nível acima, sem perspectiva de ascensão de carreira.

Há quem questione os governos estaduais anteriores, por nunca privilegiarem os setores da Saúde e sociais em geral. Mas agora não: em muitos Estados estão nas Secretarias da Saúde ou Higiene pessoas que sempre quiseram isto. Os interesses antagônicos é que querem segurar esta tendência. As agressões vão desde o nível de acusação de tendência estatizante, vendo coisa de comunista, que está contra a livre iniciativa. Sabemos muito bem que a verdade não é essa. Os profissionais de Saúde ainda não têm o pique de fazer a revolução, no entanto, se usa muito este discurso, no sentido de estigmatizar os profissionais que trabalham nessa linha, jogando a população contra eles.

LUPÉRCIO DE SOUZA CORTÊS - Neste momento está acontecendo algo muito importante em termos de perspectiva de abertura de caminhos: um grupo de pessoas que há mais ou menos vinte anos vem discutindo a ideia de integração, regionalização e hierarquização no âmbito da Universidade, que vem discutindo propostas de Saúde diferentes daquelas que essas pessoas observaram enquanto membros da Universidade, passaram a ter sua ação nos órgãos prestadores de serviço.

Alguns aspectos fundamentais que desejaria colocar, como Secretário de Planejamento do INAMPS. Tradicionalmente a previdência, particularmente o INAMPS, é visto como caixa pagador, contratador de serviços, sejam eles públicos ou privados. Então o primeiro passo de uma reorientação necessária é a inversão desta situação. O INAMPS quer ser um prestador de serviço, membro de uma rede de prestação de serviços. Em alguns Estados existe maior quantidade de recursos materiais do que em outros, maior número de instalações que podem ser melhor aproveitadas. O segundo passo é a diminuição do espaço normal que existe - até por lei - entre atendimento do indivíduo e atendimento da população. Tradicionalmente, até nas escolas, se coloca que a Saúde se propõe a trabalhar populações e a assistência médica, com os indivíduos. Afinal de contas, as populações são constituídas do quê? Será que há diferença entre curativo e preventivo, entre Saúde Pública e Saúde não Pública? É real ou foi uma definição didática que em determinado momento as pessoas que saíram desses órgãos formadores de pessoal assumiram como verdade?

Um outro espaço que tem de ser diminuído é a visão de que a "saúde mental" nada tem a ver com a "saúde física", de tal maneira que há necessidade de instituições separadas, de profissionais com formação diferente e, eventualmente, estruturas administrativas independentes para cuidar da "saúde mental" e da "saúde física".

O atendimento da doença mental é realizado dentro de um hospital. E quanto mais dentro de um hospital, melhor, segundo as definições vigentes em termos de organização de serviços, criando alguns problemas muito sérios no momento em que se pensa em reverter esta tendência. Tem-se um problema muito prático, no momento em que determinado indivíduo está vivendo num hospital durante 10 ou 20 anos e vai sair. Onde está a família dele? Onde está o trabalho? O vínculo do lado de fora?

O auxílio-doença por motivo mental é automático quando o doente é internado e é avaliado com maior rigor quando o doente é de ambulatório. Então, uma das maneiras mais fáceis de se obter auxílio-doença é ser internado. Não há nem necessidade de perícia.

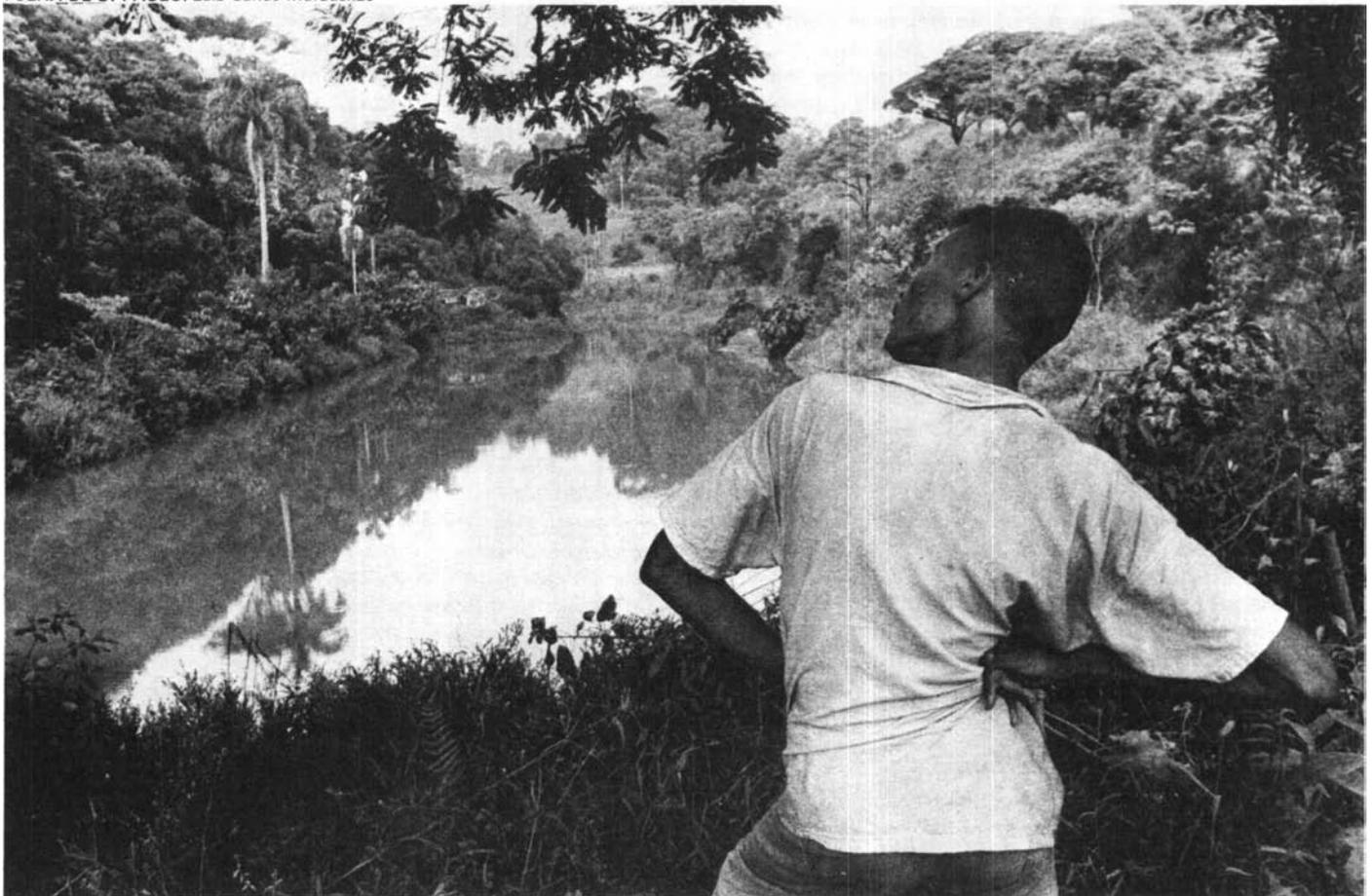
Para aquelas pessoas que têm um rótulo mais ou menos indiscutível de doente mental, o que o setor público faz com eles? Ou são internados num hospital público ou são triados para hospitais privados. E o órgão público funciona como triador. Em São Paulo, o Posto de Assistência Médica do INAMPS no bairro do Bom Retiro, em São Paulo, tem como atividade mais importante a triagem, ou o que eu chamaria de distribuição de doentes para hospitais. Este não é um modelo isolado. Existem alguns levantamentos mostrando que esta situação se repete em muitas outras cidades, não só capitais...

Outra coisa que se discute é um nome tecnocrático - "alto grau de resolutividade". Na versão tradicional, significa resolver o problema do indivíduo no primeiro comparecimento ao serviço de Saúde e devolvê-lo para casa, sem retorno, o que significaria que o indivíduo já resolveu o seu problema. Será que resolveu mesmo? Ou seria desejável que continuasse no serviço de Saúde? Tudo isso vai ter que ser respondido no momento em que se propõe uma rede de Saúde com porta de entrada única, com alto grau de resolutividade, com encaminhamento de percentuais determinados a especialistas e com a diminuição do nível de hospitalização.

Minha proposta, em termos de INAMPS, é procurar caminhos para se reorganizar a rede de Saúde. O modelo geral é aquele da hierarquização crescente, complexidade crescente...

ODETE GODOI PINHEIRO - Gostaria de tocar em outro ponto. Por que não aparecem psicólogos para falar de saúde? São convidados sociólogos, psiquiatras etc., mas é muito difícil ver sentado numa mesma mesa, mesmo dentro de uma entidade de psicólogos, um psicólogo falando a respeito. Estou representando uma categoria mal informada e mal formada a respeito. Uma categoria que tenta brigar para se localizar nessa área de Saúde ou de se reconhecer como profissional de Saúde, mas sem nenhuma

FOLHA DE S. PAULO/Luiz Carlos Murauskas



formação a respeito. Os cursos de Psicologia não mencionam todas essas coisas que acontecem ao nosso redor. Entramos num mercado que parte de tudo isso e não conseguimos ter a mínima visão crítica do que está acontecendo. Você trabalha com o trabalhador, mas não tem a política trabalhista; trabalha com a educação, mas não tem a política educacional; trabalha com a saúde, mas não tem a sua política...

É claro que, com isso, o psicólogo fica angustiado, numa auto-análise que não leva a absolutamente nada. É toda uma postura deformante que a gente traz enquanto categoria.

Quanto ao Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária (CONASP), podemos ver três discursos. O primeiro é o diagnóstico, onde nos reconhecemos muito e onde se faz uma análise do que está acontecendo, as propostas sobre o atendimento em saúde mental, as distorções que ocorrem e tudo o mais que está sendo discutido a partir daí, inclusive a relação de incidência da doença mental numa situação social. Toda a questão das novas propostas da psiquiatria e da psicologia em relação a esse atendimento de saúde mental é um discurso muito avançado em termos desse diagnóstico.

Quando chega a segunda parte - de propostas de reorientação da assistência psiquiátrica -, perdemos um pouco do discurso inicial, mas mesmo assim conseguimos ver algumas coisas, quando se fala em equipes multidisciplinares, atendimento diferenciado em termos de saúde mental, não só ambulatorial, mas até preventiva...

Na última parte - de estratégia de implementação - começamos a racionar e não a racionalizar. Nada tem a ver com os discursos precedentes. A linguagem é extremamente técnica, só se fala em quantidade de leitos.

Gostaria que pudéssemos ver essa situação da Saúde Mental de um ponto de vista mais real, mais dinâmico. De um lado, temos a população que se serve (ou se serviria) desses serviços, do outro lado, os profissionais (incluindo os psicólogos) e do terceiro, a formação desses profissionais. Cada um desses ângulos vai mostrar como reforçar o sistema que está aí. Por isso nenhuma portaria resolve, porque cada um contribui com a sua parte para manter o sistema do jeito que ele está.

Toda a política previdenciária na área de Saúde Mental está privilegiando a internação. Do ponto de vista da população, ela está pedindo isso.

Quando uma pessoa com grande problema mental não consegue mais lidar com o seu cotidiano, não consegue mais trabalhar e tem uma família que depende dela e que mora num quarto só, com esta loucura invadindo todo o lugar onde estão situados, a única saída para esta família é a internação. Ela não entende nenhum trabalho psicoterápico, nenhum trabalho ambulatorial, porque isto não resolve o seu problema, nem em termos financeiros e nem em termos de realidade. O que a família quer é que um médico - porque psicólogo não interna - interne o seu doente. Dessa forma, acho que diminuir o número de leitos nos hospitais psiquiátricos e não mexer com as condições de vida da população não leva a nada.

MAURO BRASIL — A família procura essa situação pela própria dinâmica emocional da casa, que está um caos e também porque, na hora em que o paciente estiver internado, ele recebe auxílio-doença. O paciente, que não estava produzindo, passa a ser produtivo...

ODETE GODÓI PINHEIRO — O doente mental usa a desagregação de serviços para se manter tal como está. Veja o caso do Município de Osasco, nos arredores de São Paulo: o ambulatório de Saúde Mental do Estado, o Pronto-Socorro Municipal, o Posto de Saúde da Prefeitura e os convênios têm, cada um, um tipo diferente de atendimento. O trabalhador sai de um para outro: ou não é atendido ou não quer ser atendido ou ainda procura um atendimento que corresponda à sua necessidade; que nem sempre é claramente percebida.

**... Toda a competição
que existe
entre os profissionais da
área reproduz o sistema.
No final, acabamos
aceitando salários
e condições de
trabalho absurdas**

O convênio também afeta o psicólogo. Este só entra no INAMPS indiretamente, através de clínicas credenciadas, porque ele em si não é um credenciado. A população, por seu turno, entra nos convênios esperando ser atendida sem fila e em condições aparentemente melhores. Se o trabalhador perde o emprego, perde também o convênio para o tratamento e daí não tem outro lugar para procurar, porque o INAMPS não corresponde. A população, por uma deformação de muitos anos, trata a sua doença mental como uma doença real e o que ela quer é o remédio. Ela já tem a visão do profissional do jeito que foi passado para ela. Como fica o psicólogo com sua linha verbal? Se não dá remédio, dá o quê?

Do ponto de vista do profissional, existe claramente a hierarquização dos profissionais de Saúde, como o domínio total e absoluto dos médicos. Tanto é que o programa se chama de "reorientação de assistência psiquiátrica previdenciária". A competição gerada entre os profissionais de saúde é muito grande e muito ruim para todos. Recentemente, numa discussão entre médicos sanitaristas e outros profissionais, eu disse que tinha muito medo que a gente perdesse esse "inimigo" porque então iríamos nos comer. Se analisarmos uma clínica de Psicologia, o psicólogo faz o mesmo com um fonoaudiólogo, com assistente social... Em um hospital, o dono é o médico. Na clínica, o dono é o psicólogo e os outros profissionais, igualmente universitários, são seus subordinados. Do mesmo modo que o médico pede teste de QI para psicólogos, o psicólogo pede visita

domiciliar para o assistente social ou exame de linguagem, para o fonoaudiólogo. Nunca se discute a possibilidade de um diagnóstico conjunto de todos esses profissionais. Numa clínica psicológica, quem faz o diagnóstico é o psicólogo, assim como numa psiquiátrica é o médico psiquiatra.

Toda esta competição que existe entre os profissionais da área reproduz o sistema. No final, acabamos aceitando salários e condições de trabalho absurdos.

Todos os currículos, independente de área, sempre contribuíram para reproduzir um sistema. Os de Psicologia também fazem isso, não porque eles são arcaicos enquanto proposta de currículo mínimo, mas porque a política educacional favoreceu a privatização do ensino. É do interesse das faculdades particulares atender bem a sua clientela - os alunos - dando a eles técnicas que eles estão a fim de receber. Não interessa introduzir coisas onerosas - estágio ou prática que seja mais dispendiosa... Interessa às faculdades manter clínicas e laboratórios que não traduzem nenhuma realidade, mas, isto sim, filtram essa realidade, trazendo situações de mentira, clientela escolhida, contribuindo para tornar o psicólogo cada vez mais distanciado de tudo o que está acontecendo ao seu redor.

Um psiquiatra francês, Rochman, em um livro sobre psiquiatria comunitária, tem uma proposta de definição de doença mental como uma sociopatia. Em certo trecho diz que a relação do médico e do doente (embora fale do médico em geral, podemos transpor para o psiquiatra e para o psicólogo) não é uma relação dual, mas sim triangular, porque, se existem papéis que são dados por um meio social, existe sempre nessa relação também a sociedade. Para ele, esta relação triangular - médico, paciente e sociedade - é patológica, porque ela se cria em cima do sofrimento e da doença. Existem ansiedades circulando... Para fugir do conflito, existem formas pervertidas de solução, como acabar com o triângulo e fazer alianças, do tipo médico-doente de um lado e sociedade de outro, ou sociedade-doente de um lado e médico do outro. No primeiro caso, o médico tenta resolver a situação de uma forma humanista, colocando ele e o cliente numa relação íntima, onde a sociedade não tem nada a ver. É criado um espaço fora de qualquer contexto social, muito parecido com as nossas práticas psicológicas. No outro caso, o exemplo típico está nos atestados de doença mental que o médico fornece, supondo que o doente está usando a doença para mentir e para ganhar dinheiro em cima de algo que é falso. Ele faz o papel de fiscal: vai verificar se está doente mesmo, se deve ser internado... Na terceira aliança, entre doente e sociedade, vêm à tona os erros médicos, as críticas de incompetência, desonestidade etc.

Vendo esta situação, fico preocupada se uma portaria ministerial vai resolver alguma coisa. Enquanto não ocorrer algo que altere a formação, conscientize o profissional e a população de seus direitos, vamos acabar fazendo alianças e não resolvendo o problema... Não adianta um projeto bonito com um profissional mal formado. Ele "dança", e com ele o projeto vai junto...