

# A Psicologia na Saúde Suplementar: aspectos regulatórios





# A Psicologia na Saúde Suplementar: aspectos regulatórios

Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário

São Paulo, março de 2007



Conselho Regional  
de Psicologia SP



CENTRO DE ESTUDOS  
E PESQUISAS DE  
DIREITO SANITÁRIO

NÚCLEO DE PESQUISA EM DIREITO SANITÁRIO  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

A Psicologia na Saúde Suplementar: aspectos regulatórios

#### **Diretoria**

Presidente | Marilene Proença Rebello de Souza

Vice-presidente | Maria Ermínia Ciliberti

Secretária | Andréia de Conto Garbin

Tesoureira | Carla Biancha Angelucci

#### **Conselheiros efetivos**

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

#### **Conselheiros suplentes**

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

#### **Gerente-geral**

Diógenes Pepe

#### **Projeto gráfico e Editoração**

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

---

C744p

Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região  
A psicologia na saúde suplementar: Aspectos  
regulatórios / Conselho Regional de Psicologia da 6ª  
Região, Sueli Gandolfi Dallari, Fernando Aith. -- São  
Paulo: CRP/SP, 2008.  
60 f. : 23cm.

Bibliografia  
ISBN: 978-85-60405-04-6

1. Psicologia 2. Saúde suplementar I. Título

CDD 150

---

Ficha Catalográfica

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

# Introdução

Considerando os constantes questionamentos dos profissionais psicólogos que atendem pessoas provenientes dos planos de saúde, questionamentos de ordem técnica, ética e das condições de trabalho estabelecidas pelas operadoras de planos de saúde, o Conselho Regional de Psicologia - SP concluiu uma pesquisa sobre este tema, em dezembro de 2004, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a inserção dos psicólogos nesse setor.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que a concepção de saúde que permeia as ações da Agência Nacional de Saúde/ANS e das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde está focada na doença, centrada na figura do médico e não nas necessidades de saúde do usuário. O atendimento psicológico não é obrigatório, e naqueles planos que oferecem esse serviço, a maioria deles só autoriza que o psicólogo atenda mediante encaminhamento médico. A cobertura legal se refere aos “transtornos psiquiátricos”, codificados pelo CID – 10 (Código Internacional de Doenças), numa perspectiva medicalizante e hospitalocêntrica.

Os dados da pesquisa revelaram que a maioria das operadoras não oferece atendimento psicológico. A principal razão alegada para não disponibilizar os serviços de psicologia aos beneficiários dos Planos de Saúde é a não exigência deste tipo de serviço pela ANS. Outra situação registrada foi que o número de sessões depende do relatório médico que encaminha o caso ao psicólogo.

Para a construção da inserção dos serviços psicológicos na Saúde Suplementar é necessário considerar a complexidade deste campo, pois há diversos atores envolvidos com interesses conflitantes – de um lado, as operadoras de saúde, regidas pela lógica do capital; do outro, os prestadores de serviço, cujo foco é a ampliação do mercado e uma remuneração compatível, além do atendimento integral e da qualidade da assistência; e um terceiro, os usuários, que compram o serviço para garantir o acesso à saúde. Nesta perspectiva, entendemos que devemos considerar, além das questões técnicas e éticas, os aspectos legais e jurídicos que envolvem esse setor.

Como forma de responder às indagações presentes durante todo este processo de discussão, frente aos resultados da pesquisa com as operadoras de saúde e pelo desconhecimento de leis e normatizações que abrangem esta relação do psicólogo com a própria ANS, o CRP-SP encomendou uma pesquisa ao Centro de Estudo e Pesquisa do Direito Sanitário da Universidade de São Paulo/CEPEDISA em 2006 para mapear a atual inserção do psicólogo no setor privado de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar tanto os aspectos técnicos como trabalhistas para a elaboração de novas propostas na interação entre o Conselho de Psicologia e a ANS, como forma de assessorar futuras negociações em defesa do direito à saúde do usuário.

Para uma melhor compreensão do contexto destas questões, cabe salientar que a criação da ANS, pela Lei 9.961/00, significou um importante passo na regulação do setor privado da saúde, ampliando seu papel de regulação e controle da assistência.

É importante esclarecer alguns aspectos conceituais da função de regulação do setor privado de saúde pela ANS, como:

- a intervenção da ANS realiza-se por meio de mecanismos indutores, normatizadores, regulamentadores ou restritores (mecanismos de regulação);
- a regulação possibilita ampliar a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução;
- o processo regulatório pode intervir desde o acesso cotidiano das pessoas - microrregulação, até as definições das políticas macrorregulatórias das instituições;
- o processo regulatório exige negociações pois insere-se em um cenário de disputas e de interesses conflitantes para determinar seu modo de ação e alcance.

Enquanto política de Estado, esta perspectiva da regulação situa-se no âmbito do que é preconizado no texto Constitucional, Capítulo da Saúde e na referência à Integralidade da Lei 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, respectivamente, citados abaixo:

“Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação.”

“Art. 197: São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Lei 8080/90: “Art. 7º, II – A integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”

Para viabilizar uma nova perspectiva de regulação, a ANS tem a proposta de repensar e intervir sobre as práticas assistenciais vigentes no âmbito das operadoras de saúde, buscando novas formas de conduzir o processo regulatório.

Dessa forma, esteve em discussão na ANS a inclusão de procedimentos no Rol de Ações de Saúde por meio de Consulta Pública finalizada em 15/08/07. Em janeiro de 2008 foi publicada a Resolução Normativa nº 167, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, acrescentando na cobertura mínima obrigatória de todos os planos de saúde doze sessões de psicoterapia. Entretanto, a inclusão também de outros serviços de Psicologia poderia colaborar no cumprimento de determinações desta instituição, como: “a Atenção à Saúde deverá incorporando a atenção multiprofissional, a integralidade das ações, respeitando a segmentação contratada e a incorporação de ações que deverão ocorrer em todos os níveis da assistência visando a promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação”.

O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo tem, portanto, somado esforços para garantir a ampla participação do profissional psicólogo no processo de regulação e definição do modelo assistencial junto à ANS, contribuindo para a inclusão dos procedimentos específicos desta categoria da saúde, visando sua profissionalização e a garantia de direitos mais condizentes com sua prática profissional e benefícios para o usuário.

O objetivo da presente publicação, fruto da pesquisa realizada pelo CEPEDISA/USP, tem por finalidade oferecer subsídios ao CRP-SP e ao Sistema Conselhos de Psicologia para o estabelecimento de referências e/ou parâmetros de orientação e fiscalização do exercício profissional no setor da saúde suplementar, buscando ampliar a compreensão da inserção dos psicólogos no sistema privado de saúde. Assim, pretende-se qualificar a prestação de serviços psicológicos junto às Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, respeitando as necessidades de saúde dos usuários, visando ampliar o acesso aos serviços de Psicologia e tentando responder a seguinte questão: como podemos influenciar a normatização e a legislação vigentes no âmbito da Agência Nacional de Saúde/ANS de forma a garantir maior autonomia e acesso ao trabalho do psicólogo, além de garantir também o direito do usuário à saúde?

# Sumário

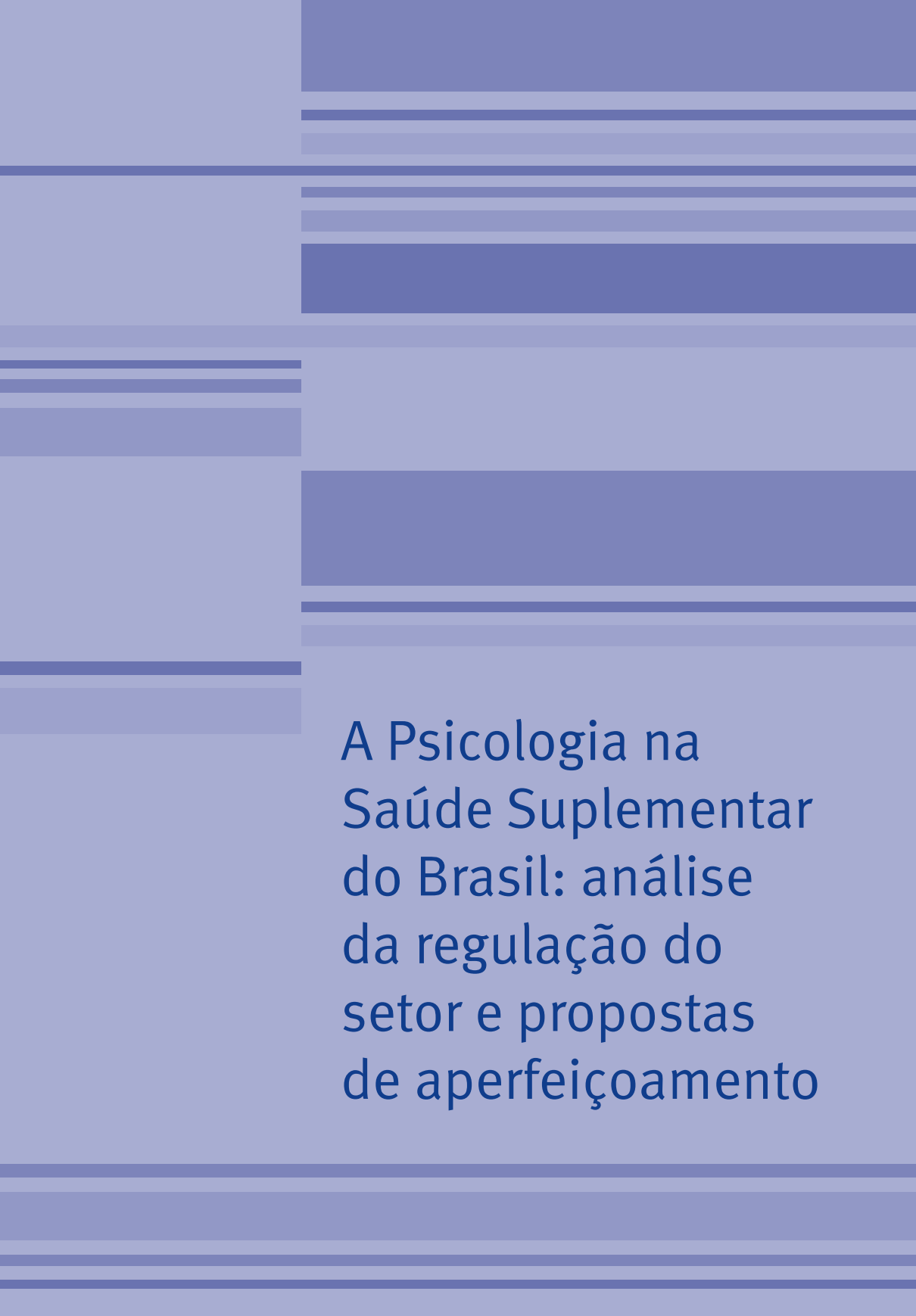
## A Psicologia na Saúde Suplementar do Brasil: análise da regulação do setor e propostas de aperfeiçoamento

1. Apresentação **12**
2. Saúde: direito de todos e dever do estado **13**
  - a) Estado Democrático de Direito, Constitucionalismo e proteção dos Direitos Humanos **14**
  - b) A saúde como um Direito humano fundamental no Brasil **18**
  - c) Saúde como Dever do Estado: O Sistema Único de Saúde **22**
3. Participação da iniciativa privada na saúde: Saúde Complementar e Saúde Suplementar. **24**
  - a) Saúde Complementar **24**
  - b) Saúde Suplementar **26**
4. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: órgão federal de regulação e fiscalização do setor no país **26**
5. Marcos Regulatórios da Saúde Suplementar: leis federais 9.656/1998 e 9.961/2000 **28**
  - a) Lei 9.656/1998 **29**
  - b) A Lei 9.961/2000 **32**
  - c) A fiscalização dos serviços dos Psicólogos prestados no âmbito da saúde suplementar **34**
6. A regulação da ans sobre a Saúde Suplementar: plano-referência e atuais mecanismos de inserção do psicólogo no setor **35**
  - a) Resolução Normativa - RN N° 82, de 29 de setembro de 2004 **35**
  - b) Resolução Normativa - RN N° 94, de 23 de março de 2005: Programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças **36**
  - c) A promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: linhas de cuidado e fatores de risco. Noções de integralidade na saúde suplementar e os campos abertos para a inserção de serviços psicológicos no setor. **38**
7. Possíveis ações no campo da regulação da Saúde Suplementar para a qualificação da participação da Psicologia no setor **41**
8. Síntese conclusiva **42**



## A prestação de serviços de saúde do Psicólogo no âmbito da Saúde Suplementar brasileira

1. Apresentação 46
2. O Psicólogo na Saúde Suplementar 48
3. Possíveis relações de trabalho que podem existir entre as operadoras de saúde e os psicólogos 49
  - a) CLT 50
  - b) Cooperativas 51
  - c) Contratos de Prestação de Serviços 52
  - d) Seguradoras Especializadas em Saúde 55
4. Algumas questões relacionadas à regulação da ANS sobre a relação operadora de saúde/prestador de serviço 55
  - a) Inclusão dos procedimentos do psicólogo nos Planos de Referência que a ANS exige das operadoras 55
  - b) Exigência para admissão 56
  - c) Duração da sessão e limites de sessões semanais 56
  - d) Remuneração 56
  - e) Autonomia 57
5. Considerações Finais 57



# A Psicologia na Saúde Suplementar do Brasil: análise da regulação do setor e propostas de aperfeiçoamento

# 1. Apresentação

A saúde foi reconhecida pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 como direito de todos e dever do Estado. A partir desse reconhecimento expresso da saúde como um direito, o Estado brasileiro organizou o Sistema Único de Saúde – SUS, voltado a organizar as ações e serviços públicos de saúde no país. Ao mesmo tempo, a iniciativa privada também pode participar do setor da saúde, desde que em observância às normas jurídicas vigentes no país.

Um dos grandes campos de atuação da iniciativa privada na área da saúde é o campo da saúde suplementar. É justamente neste campo que os serviços psicológicos ainda são incipientes e merecem um estudo mais aprofundado. Regulado pelas Leis 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.961, de 28 de janeiro de 2000, o setor da saúde suplementar atende hoje mais de 42 milhões de beneficiários no Brasil, sendo o segundo maior mercado após os Estados Unidos da América.

A regulação do setor de saúde suplementar no Brasil ainda não atingiu um grau de aperfeiçoamento que nos permita afirmar que os beneficiários de planos de saúde estão com seu direito à saúde assegurado. Um dos grandes desafios atuais, que este documento procura auxiliar na busca de soluções, é o de inserir no âmbito da saúde suplementar a obrigatoriedade do oferecimento de serviços psicológicos voltados à atenção de aspectos essenciais da saúde humana, como a saúde mental, o enfrentamento de situações limites (como os cânceres) ou ainda os aconselhamentos psicológicos que possibilitem ao indivíduo uma correta compreensão de sua saúde e dos fatores de risco a que está submetido.

A regulação da saúde suplementar no Brasil, feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, merece ser melhor compreendida e analisada, para que se possa propor alterações no sentido de melhorar os mecanismos de proteção dos beneficiários dos planos de saúde e de se contribuir, efetivamente, para a melhoria da atenção à saúde no país. As contribuições que podem ser dadas pelos psicólogos são relevantes, sendo este um documento base para que as discussões e reflexões sobre o tema possam fazer com que a saúde suplementar no Brasil se humanize cada vez mais e atenda de forma eficiente e adequada aos cidadãos que a procuram.

## 2. Saúde: direito de todos e dever do Estado

A saúde é direito de todos e dever do Estado. É assim que a Constituição de 1988 protege a saúde, reconhecendo-a como um direito fundamental do ser humano. A partir desse reconhecimento, importantíssimo para a proteção da saúde no Brasil, a Constituição oferece os fundamentos jurídicos que devem ser observados pelo Estado e pela sociedade no desenvolvimento de ações que visem à promoção, à proteção e à recuperação da saúde no país.

A Constituição de 1988 dedicou alguns artigos<sup>1</sup> para expressamente dispor sobre os grandes princípios e diretrizes que devem pautar as ações do Estado e da sociedade na busca da proteção do direito à saúde no Brasil. A partir desse avanço Constitucional, os legisladores brasileiros passaram a produzir um conjunto de normas jurídicas<sup>2</sup> voltadas justamente à proteção do direito à saúde no país, ampliando de forma bastante significativa a abrangência do direito sanitário brasileiro.

Dentre as normas jurídicas que protegem o Direito à Saúde destacam-se, preliminarmente, aquelas que disciplinam o Sistema Único de Saúde – SUS nacionalmente: a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Por ser a saúde um dever do Estado, este deve organizar uma rede de ações e serviços públicos de saúde realizados pela União, pelos Estados e pelos Municípios. O Estado deve ser capaz, portanto, de desenvolver políticas econômicas e sociais voltadas à redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde e à promoção do acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde.

Uma das principais diretrizes do SUS é promover o atendimento integral da população, ou seja, ações e serviços públicos que dêem conta da promoção, prevenção e recuperação da saúde, abrangendo desde educação em saúde e fornecimento de medicamentos, passando pelo fornecimento de órteses, próteses, exames diagnósticos e tratamentos terapêuticos, até os cuidados que demandam a realização de cirurgias de alta complexidade.

Para a proteção da saúde no Brasil, os legisladores produziram duas leis importantes que instituem as Agências Reguladoras da área da saúde. A Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999, instituiu a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, e a Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Ambas as Agências Reguladoras foram criadas para normatizar e fiscalizar, em benefício da saúde pública, atividades

---

<sup>1</sup> Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Arts. 6º e 196 a 200.

<sup>2</sup> Leis, Decretos, Portarias, Resoluções, etc.

de interesse à saúde no Brasil. Neste contexto, a ANS foi definida como o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam assistência suplementar à saúde no Brasil.

Para compreender a regulação incidente sobre a saúde suplementar no Brasil, portanto, convém introdutoriamente mencionar alguns aspectos importantes sobre a evolução política, jurídica e institucional do Brasil, evolução esta que ampliou os mecanismos de proteção do direito à saúde no país, inclusive no que diz respeito aos serviços prestados pela iniciativa privada. Com efeito, foi com a Constituição de 1988 que o Brasil voltou a funcionar na forma de um Estado Democrático de Direito, fundado em uma Constituição promulgada democraticamente e que protege os direitos humanos. A proteção dada à saúde vem, assim, neste contexto mais amplo da história política e jurídica brasileira, sendo importante ressaltar, preliminarmente, alguns elementos essenciais à compreensão da regulação incidente sobre a saúde suplementar no Brasil.

## a) Estado Democrático de Direito, Constitucionalismo e proteção dos Direitos Humanos

A partir do momento em que as organizações sociais foram adotando o laicismo e abandonando modelos de organização social embasados na religião, deu-se o desenvolvimento de uma nova forma de pensar na organização das sociedades, com o conseqüente apelo para a razão como fundamento do Estado e do Direito. Iniciou-se, assim, uma difusão em larga escala, nos séculos XVII e XVIII, da tese do contrato social como explicação e origem do Estado, da Sociedade e do Direito. *“Afirma-se, desta maneira, que o Estado e o Direito não são prolongamento de uma sociedade natural originária e orgânica, como a família, mas sim uma construção convencional de indivíduos, ao saírem do estado de natureza. Por outro lado, o contratualismo oferece uma justificação do Estado e do Direito porque não encontra o seu fundamento no poder irresistível do soberano ou no poder ainda mais incontestável de Deus, mas sim na base da sociedade, através da vontade dos indivíduos”*<sup>3</sup>.

O Estado de Direito representa hoje, após um amplo processo de afirmação dos direitos humanos<sup>4</sup>, um dos fundamentos essenciais de organização das

---

<sup>3</sup> LAFER, Celso. A Reconstrução dos Direitos Humanos – Um Diálogo Com o Pensamento de Hannah Arendt. 2ª Reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p. 121

<sup>4</sup> COMPARATO, Fabio Konder. A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos. 1ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 1999.

sociedades políticas do mundo moderno.<sup>5</sup> A atual concepção de Estado modela-se no sentido de direcionar a estrutura estatal para a promoção e proteção dos direitos humanos (civis, políticos, sociais, econômicos, culturais, difusos e coletivos). Estes direitos, por sua vez, exigem, para sua promoção e proteção, um ambiente social dotado de regras de convivência que garantam a todos, sem exceção, o respeito à vida e à dignidade do ser humano. Essas regras devem atingir não só a figura dos governados como também, e principalmente, a figura dos governantes. O exercício do poder deve sujeitar-se a regras pré-estabelecidas, voltadas à promoção, proteção e garantia dos direitos humanos. A esse conjunto de regras, que define o âmbito do poder e o subordina aos direitos e atributos inerentes à dignidade humana, damos o nome de Estado de Direito.<sup>6</sup>

Como comunidade social, “o Estado – de acordo com a teoria tradicional do Estado – compõe-se de três elementos: a população, o território e o poder, que é exercido por um governo do Estado independente. Todos esses três elementos só podem ser definidos juridicamente, isto é, eles apenas podem ser apreendidos como vigência e domínio de vigência (validade) de uma ordem jurídica (...) O poder do Estado não é uma força ou instância mística que esteja escondida atrás do Estado ou do seu Direito. Ele não é senão a eficácia da ordem jurídica”<sup>7</sup>. Essa concepção de Estado orienta até os dias de hoje o conceito de Estado de Direito, onde a eficácia da ordem jurídica - do Direito - é fundamental para a existência de um Estado de Direito.

Nos Estados Modernos, a ordem jurídica costuma organizar-se com base em um texto normativo de hierarquia superior denominado Constituição do Estado. As regras fundamentais de estruturação, funcionamento e organização do poder, bem como de definição de direitos básicos, não importa o regime político nem a forma de distribuição de competência aos poderes estabelecidos são, por conseguinte, matéria de direito constitucional.<sup>8</sup> Para J.J. Canotilho, o “constitucionalismo é a teoria que ergue o princípio do governo limitado indispensável à garantia dos direitos em dimensão estruturante da organização político-social de uma comunidade. Neste sentido, o constitucionalismo moderno

---

<sup>5</sup> O Artigo 16 da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 é reiteradamente citado para identificar os elementos essenciais de uma Constituição: “Art. 16. Toda sociedade na qual a garantia dos direitos não é assegurada nem a separação dos poderes determinada, não tem constituição”. In: COMPARATO, Fábio Konder. A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos. Editora Saraiva. São Paulo. 1999. p. 139.

<sup>6</sup> NIKEN, Pedro. El Concepto de Derechos Humanos. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Serie Estudios de Derechos Humanos. Tomo I, p. 22.

<sup>7</sup> KELSEN, Hans. Teoria Pura do Direito. 2ª Edição Brasileira. São Paulo. Editora Martins Fontes, 1987. p. 303.

<sup>8</sup> BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 9ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2000. p.26

*representará uma técnica específica de limitação do poder com fins garantísticos. (...) Numa outra acepção – histórico descritiva – fala-se em constitucionalismo moderno para designar o movimento político, social e cultural que, sobretudo a partir de meados do século XVIII, questiona nos planos político, filosófico e jurídico os esquemas tradicionais de domínio político, sugerindo, ao mesmo tempo, a invenção de uma nova forma de ordenação e fundamentação do poder político”<sup>9</sup>*

Dentre as principais características do constitucionalismo surgido com o advento do Estado moderno, sobretudo após a Revolução Francesa de 1789, destacam-se a positivação do princípio da legalidade; o surgimento de constituições escritas e rígidas, que exigem procedimentos mais complexos para sua alteração; a positivação do princípio de divisão de poderes; a positivação de direitos individuais inalienáveis e imprescritíveis – propriedade, liberdade e igualdade; a legitimação do poder político nas mãos da soberania popular, que pode exercê-lo diretamente ou por meio de representatividade no poder legislativo – elevação da noção de cidadania – e o surgimento de um Estado liberal, destinado prioritariamente a garantir a liberdade individual, sem quase nenhuma preocupação com o bem estar coletivo e caracterizado pelo absentismo – “*laissez faire, laissez passer*”.

São exemplos de Constituições Liberais as Constituições: Francesa, de 1791; dos Estados Unidos da América de 1787; Espanhola e Portuguesa, de 1812; Belga de 1822 e a Brasileira de 1824. Estas Constituições refletiram o liberalismo burguês, pensamento dominante da época, orientando uma atitude passiva do Estado, como simples conservador dos direitos dos que já os possuíam, sem nada fazer pelos que não tinham qualquer direito a conservar. A ordem política instalada pela nova classe dominante, detentora do poder econômico - a burguesia do “*laissez faire, laissez passer*” - pregava a não intervenção do Estado na liberdade de iniciativa e de contrato (inclusive de trabalho). Tal orientação política, absorvida pelo Direito, acabou gerando um enorme desequilíbrio social, onde patrões exploravam empregados com a aplicação da “mais valia”, regimes trabalhistas de semi escravidão, com jornadas de trabalho de até 16 horas por dia, trabalho infantil generalizado e direitos trabalhistas quase inexistentes.

Estas desigualdades estimularam o surgimento, ainda no Século XIX, de movimentos em prol da positivação dos direitos sociais. O Estado, tal como estava sendo utilizado, tornou-se um instrumento de opressão dos trabalhadores e das classes menos favorecidas. Os movimentos do século XIX questionavam a questão da liberdade como sendo um direito apenas destinado ao burguês, já que somente quem tinha tempo poderia fazer reunião e somente quem tinha

---

<sup>9</sup> CANOTILHO, J.J. Gomes. Direito Constitucional e Teoria da Constituição, 3ª Ed., Editora Almedina, Coimbra, 1998.

meios poderia expressar suas opiniões. Os direitos individuais conquistados estavam se mostrando como direitos meramente formais, existente para uma pequena parcela da população e causador de exclusões sociais gritantes. Denunciavam a suplantação do direito de igualdade pelo direito de liberdade. O que estava sendo colocado em xeque era o fato de que a proteção exclusiva dos direitos individuais não estava contemplando os princípios da Revolução de 1789, uma vez que haviam sido deixadas de lado a igualdade e a fraternidade. Caberia ao Estado, desta forma, interferir na atividade dos particulares para que estes usufríssem a liberdade individual sem que com isso prejudicassem os direitos sociais e a busca pela igualdade. Neste mesmo sentido já acenava a Igreja Católica, através do Papa Leão XIII, que em 1891 redigiu a encíclica *Rerum Novarum*, na qual advogava a intervenção ativa do estado em questões sociais, visando melhorar as condições de vida dos miseráveis e excluídos.

Entretanto, somente no século XX os direitos sociais começaram a se incorporar nas constituições dos Estados. A primeira a incluí-los foi a Constituição Mexicana, em 1917, sendo seguida por diversas outras nações, incluindo o Brasil. Esta evolução histórica de constitucionalização (fundamentalização) resultou num modelo estatal adotado pela grande maioria dos países do mundo, onde figuram, desde o início do século, de um lado, os direitos individuais, derivados da Bill of Rights e da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Os direitos individuais são direitos que protegem o indivíduo contra o Estado - vida, segurança, igualdade de tratamento perante a lei, propriedade, liberdade (de ir e vir, de expressão, de reunião, de associação, dentre outras liberdades).

De outro lado, podemos encontrar em diversas constituições menções expressas aos direitos sociais, econômicos e culturais, que refletem pretensões do indivíduo perante o Estado - trabalho (greve, salário mínimo, jornada máxima de trabalho, aposentadoria), acesso aos bens históricos e culturais e às ciências, educação, saúde, moradia, lazer, segurança, previdência social, dentre outros.

Nas últimas décadas pudemos acompanhar o surgimento dos direitos que têm como titular não os indivíduos na sua singularidade, mas grupos humanos, como a família, o povo, a nação ou a própria humanidade<sup>10</sup>. Pode-se dizer que compõem ainda esse conjunto de direitos humanos os direitos ao desenvolvimento, à paz, de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade, ao meio ambiente e de comunicação.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Celso Lafer, *A Reconstrução Histórica dos Direitos Humanos*, Companhia das Letras, 2ª edição, 1998, p. 125 a 137

<sup>11</sup> Karel Vasak, *Léçon Inaugurale*, sob o título *Pour Les Droits de l'Homme de la Troisième Génération: Les Droits de Solidarité*, ministrada em 2 de julho de 1979, no Instituto Internacional dos Direitos do Homem, em Estrasburgo, apud Paulo Bonavides, *Curso de Direito Constitucional*, Ed. Malheiros, 9ª edição, São Paulo, 2000, p. 523



Importante destacar que o Estado de Direito brasileiro, que tem como fundamento jurídico-normativo a Constituição de 1988, pressupõe que *“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”*.<sup>12</sup> Ao mesmo tempo em que reconhece e protege os direitos individuais, civis e políticos, o Estado de Direito brasileiro protege os direitos sociais, ao reconhecer, na Constituição de 1988, que *“são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”*.<sup>13</sup> E, complementando o arcabouço constitucional de proteção dos direitos humanos, o §2º do Art. 5º da Constituição dispõe que *“os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa seja parte”*.

## b) A saúde como um Direito humano fundamental no Brasil

Existem, portanto, no Estado de Direito brasileiro, direitos fundamentais que devem ser promovidos e protegidos pela sociedade como um todo e, principalmente, pelos órgãos de Administração do Estado criados pela própria Constituição. De fato, todo Poder carece do aparelho administrativo para a execução de suas determinações. O Estado de Direito brasileiro representa o modelo modernamente adotado para a garantia dos *“princípios axiológicos supremos”* dos direitos humanos, quais sejam, a liberdade, a igualdade e a fraternidade (solidariedade)<sup>14</sup>.

Serve o Estado de Direito, assim, como instrumento viabilizador da realização dos direitos humanos, voltado à proteção e promoção da liberdade, da igualdade e da fraternidade<sup>15</sup>. A liberdade expressa-se, no Estado de Direito, através da vontade dos indivíduos, que tem como núcleo central a idéia da autonomia, demonstrando-se através da submissão de todos os membros de uma determinada sociedade às regras que ela própria estabelece e ao poder do governante que ela própria elege. As liberdades públicas, no sentido político de

---

<sup>12</sup> BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Art. 5º, *Caput*.

<sup>13</sup> BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Art. 6º.

<sup>14</sup> COMPARATO, Fábio Konder. A afirmação histórica dos direitos humanos. 1ª Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1999. p. 50.

<sup>15</sup> O Preâmbulo da Constituição nos oferece exata dimensão deste aspecto do Estado de Direito: *“Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos...promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil”*.

autogoverno, e as liberdades privadas, mecanismos de defesa existentes contra intervenções arbitrárias do governo, compõe o primeiro elemento da tríade de princípios axiológicos supremos que têm, no Estado de Direito, a sua proteção mais sólida. E esta proteção é dada através do conjunto de direitos individuais voltados à garantia da liberdade.

O Estado de Direito consolida em sua dimensão, ainda, a igualdade formal, no sentido de que todos são iguais perante a Lei, não podendo haver leis ou regras aplicáveis apenas a alguns, da mesma forma que estas leis não podem privilegiar indivíduos ou grupos em detrimento de outros. A igualdade formal, um grande avanço para a proteção dos direitos humanos, necessita, para se tornar realmente efetiva, do terceiro princípio axiológico supremo, ou seja, a solidariedade. De nada adianta todos terem a igualdade formal garantida se as diferenças materiais existentes entre indivíduos da mesma sociedade podem anular esta proteção. De fato, dizer que formalmente todos têm direito à propriedade não basta para que tenhamos uma sociedade que respeite os direitos humanos, se a propriedade só estiver ao alcance de alguns. Seria tão inútil quanto se afirmar que todos podem ir à lua, sabendo-se que os meios tecnológicos que nos permitem ir à lua são inacessíveis a quase a totalidade dos seres humanos.

Neste sentido, o terceiro elemento que compõe a tríade de princípios axiológicos supremos, dando a dimensão dos elementos essenciais do denominado Estado de Direito, é a fraternidade. A fraternidade, ou solidariedade, expressa-se como o conjunto de regras voltadas a um escopo comum de progresso e melhoria da qualidade de vida de todos aqueles que compõe o grupo social, determinando que um dos grandes objetivos do ser humano é possuir uma sociedade que ofereça a todos os seus integrantes a igualdade material. Para tanto é que foram sendo positivados os direitos sociais como direitos humanos, destinados a garantir condições mínimas de existência a todos os seres humanos, em especial os mais fracos e os mais pobres. A saúde encaixa-se, exatamente, neste grupo de direitos, que necessitam de uma atuação ativa do Estado para a sua proteção.

Para a proteção dos direitos sociais é necessário que o Estado, através de seus órgãos, adote medidas ativas e intervencionistas buscando promover os direitos sociais na sociedade, em busca do ideal da igualdade material. É preciso garantir um patamar mínimo de vida para todos os seres humanos da sociedade brasileira, cabendo ao Estado o dever de promover e proteger os direitos sociais, principalmente da parcela da população que não tem acesso a esses direitos.

A gênese dos Estados de Direito modernos encontra-se justamente na positivação do Direito, ou seja, na consolidação das expectativas sociais na Constituição. Como bem assevera Antonio Augusto Cançado Trindade, a pro-

teção internacional dos direitos humanos testemunhou, nas últimas décadas, tentativas ou propostas de categorizações de direitos, dentre as quais a mais próxima da operação dos meios de implementação tem sido precisamente a da suposta distinção entre direitos civis e políticos, e direitos econômicos, sociais e culturais. Não tardou muito para que se percebesse que, assim como há direitos civis e políticos que requerem ação positiva do Estado (v.g. direito civil à assistência judiciária como integrante das garantias do devido processo legal), também há os direitos econômicos, sociais e culturais ligados à garantia do exercício de medida de liberdade (e.g. direito à greve e liberdade sindical), ao que há que se acrescentar a vinculação dos direitos humanos à garantia efetiva da liberdade da pessoa humana. Ao recordar, a esse respeito, que o núcleo de direitos humanos possui caráter inderrogável (v.g. direitos à vida, a não ser submetido a tortura ou escravidão), encontrando-se inelutavelmente ligado à salvaguarda da própria existência, liberdade e dignidade da pessoa humana, compreende-se a razão para que, no transcurso das três últimas décadas, tenha havido uma reconsideração geral da dicotomia entre os direitos econômicos, sociais e culturais e os direitos civis e políticos.<sup>16</sup>

Cançado Trindade aponta que o divisor de águas neste sentido foi a I Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Teerã no ano de 1968. A Conferência proclamou a indivisibilidade dos direitos humanos, afirmando que a realização plena dos direitos civis e políticos seria impossível sem o gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais. Em suma, “entre as duas ‘categorias’ de direitos - individuais e sociais ou coletivos - não pode haver senão complementaridade e interação, e não compartimentalização e antinomia”<sup>17</sup>.

A saúde foi reconhecida, nesse contexto, como um Direito humano social expressamente previsto pela Constituição brasileira e por diversos instrumentos normativos internacionais. O reconhecimento da saúde como um Direito humano fundamental deu origem a uma profusão de normas e decisões jurídicas que têm o escopo de garantir esse importante direito humano, dando vida e conteúdo a uma parte específica da ciência jurídica, que chamamos de Direito Sanitário. O Direito Sanitário é, hoje, uma realidade do ordenamento jurídico que não pode mais ser ignorada. Trata-se de uma parte importante do

---

<sup>16</sup> Antonio Augusto Cançado Trindade, *Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos*, p. 359, 360)

<sup>17</sup> Antonio Augusto Cançado Trindade, ob. Cit., p. 360. A Conferência Mundial de Direitos Humanos de 1993, realizada em Viena, também proclamou solenemente a indivisibilidade entre os direitos individuais, civis, políticos, econômicos, culturais e sociais, estipulando ainda outros princípios de interação, nos seguintes termos: “Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados.”

Estado de Direito brasileiro, pois é justamente a organização jurídica do Estado brasileiro voltada à promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil. O Direito Sanitário é formado pelo conjunto de normas jurídicas que tem por finalidade a concretização do Direito humano fundamental à saúde.

Desde a Constituição Federal, passando por normas definidas em Tratados Internacionais, em Leis internas brasileiras e em normas infra-legais, encontraremos diversos instrumentos jurídico-normativos que tratam de variados aspectos relacionados com o Direito à saúde, sempre voltados à garantir o Direito à saúde de cada indivíduo e da sociedade. Esse aparato normativo dá origem à necessidade de uma interpretação sistêmica e lógica, bem como exige das autoridades públicas um dever de agir que se concretiza através de decisões (a execução de uma política pública, a normatização de um setor da saúde, uma decisão judicial visando garantir um tratamento etc.).

O direito à saúde foi reconhecido como um Direito Humano fundamental no Brasil e encontra-se categorizado no que se convencionou chamar de Direitos Sociais ou Direitos Humanos de segunda geração. A própria Constituição de 1988 expressamente declara a saúde como um Direito social (CF, art. 6º). Entretanto, cumpre destacar, na linha já traçada por Cançado Trindade, que o direito à saúde, como Direito social que é, realmente possui a característica de exigir do Estado brasileiro ações concretas e efetivas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Deve assim o Estado intervir na dinâmica social para a proteção do Direito à saúde. De outro lado, a saúde também possui diversas características que lhe oferecem contornos de direito subjetivo público. O Direito à saúde pode ser também considerado como um Direito subjetivo público<sup>18</sup> na medida em que permite que o cidadão ingresse com uma ação junto ao Poder Judiciário para exigir do Estado ou de terceiros responsáveis legalmente a adoção ou a abstenção de medidas concretas em favor da saúde.

Assim, podemos perceber que, como Direito Social, o direito à saúde exige do Estado a adoção de ações concretas para sua promoção, proteção e recuperação, como a construção de hospitais, a adoção de programas de vacinação, a contratação de médicos, etc. De outro lado, deve-se ter em vista que o Direito à saúde também se configura em um direito subjetivo público, ou seja, um direito oponível ao Estado por meio de ação judicial, pois permite que um cidadão ou uma coletividade exijam do Estado o fornecimento de um medicamento específico ou de um tratamento cirúrgico. Assim, o Direito à saúde é ao mesmo tempo um direito social e um direito subjetivo pois permite que um cidadão ou uma coletividade exijam que o Estado adote medidas específicas em benefício da sua saúde ou que o Estado se abstenha de adotar ações que

---

<sup>18</sup> Faculdade de agir por parte de um cidadão ou de uma coletividade para ver um direito seu ser observado.

possam causar prejuízos à saúde individual ou coletiva (ou seja, também exige abstenção do Estado, como por exemplo não poluir o ambiente).

O Direito à saúde é, portanto, um direito humano fundamental da sociedade brasileira, necessário para o desenvolvimento do país. Por essa razão as ações e serviços de saúde são considerados como de relevância pública (CF, art. 197) e devem estar sujeitos aos mecanismos de controle social de uma democracia, para evitar eventuais abusos a esse Direito. Por essa razão, também, que a saúde foi considerada, pela Constituição, um Direito de todos e um dever do Estado.

## c) Saúde como Dever do Estado: O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS é a instituição jurídica mais importante do Direito Sanitário brasileiro. Podemos conceituá-lo como a instituição jurídica criada pela Constituição Federal para organizar as ações e serviços públicos de saúde no Brasil.

O SUS é uma instituição jurídica criada pela Constituição Federal de 1988. A nossa carta define o SUS (art. 198), estabelece as suas principais diretrizes (Art. 198, incisos I a III), expõe algumas de suas competências (art. 200), fixa parâmetros de financiamento das ações e serviços públicos de saúde (art. 198, parágrafos 1º a 3º) e orienta, de modo geral, a atuação dos agentes públicos estatais para a proteção do Direito à saúde (arts. 196, 197 e 198, caput). Como um sistema que é, o SUS reúne em si todas as instituições jurídicas que desenvolvem ações e serviços públicos de saúde no Brasil.

Como previsto no Art. 196 da CF, *“a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”*. Para melhor explicar os contornos do dever estatal de proteger o Direito à saúde, a Constituição Federal prevê que as ações e serviços de saúde são de relevância pública cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. No que se refere à execução das ações e serviços de saúde, deve ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197). A execução direta de ações e serviços de saúde pelo Estado é feita através de diferentes instituições jurídicas do Direito Sanitário, verdadeiras instituições-organismos de direito público: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Autarquias hospitalares, Autarquias Especiais (Agências Reguladoras), Fundações etc.

Assim, a execução direta de ações e serviços públicos de saúde pelo Estado pressupõe a existência de um conjunto de instituições jurídicas de direito público com poderes e responsabilidades específicos para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Todas as ações e serviços de saúde executados

pelas instituições-organismos de Direito público serão consideradas ações e serviços públicos de saúde e estarão, portanto, dentro da esfera de atuação da saúde pública, do Sistema Único de Saúde.

Também serão consideradas ações e serviços públicos de saúde aquelas executadas por instituições privadas nos termos do parágrafo 1º do Art. 199 da Constituição, ou seja, aquelas que firmem convênios ou contratos com as instituições de direito público do SUS e que observem as suas diretrizes e princípios. Assim, as instituições privadas que firmarem convênios ou contratos com as instituições-organismos de Direito público também estarão executando ações e serviços públicos de saúde e farão parte do SUS.

Tal conceito foi delineado legalmente pela Lei 8.080/90, que define o Sistema Único de Saúde em seu artigo 4º, dispondo que o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”. O §1º do mesmo artigo prevê que “estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde”. No que diz respeito à participação da iniciativa privada no SUS, o § 2º dispõe: “A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”.

Criado pela Lei Maior do país, o SUS reúne em seu conteúdo todas as instituições jurídicas responsáveis pela execução das ações e serviços públicos de saúde. Em síntese, o Sistema Único de Saúde é uma instituição-organismo do Direito Sanitário que engloba em si todas as instituições jurídicas responsáveis pela concretização das ações e serviços públicos de saúde (Ministério da Saúde, Secretarias, Agências, autarquias, etc).

Importante notar que, embora seja uma instituição jurídica de extrema importância para o Direito Sanitário, o SUS não possui personalidade jurídica própria. Trata-se de um Sistema, dotado de todos os elementos que caracterizam uma instituição-organismo - conjunto individualizado, organização interna organizada em conformidade com o Direito positivo, inserção na ordem geral das coisas e situação jurídica permanente – mas que ainda não evoluiu para um formato com personalidade jurídica própria. A definição do Sistema Único de Saúde passa pela compreensão do conjunto de normas jurídicas que define os seus integrantes, estabelece o seu campo de atuação, cria os seus mecanismos de ação e prevê formas de sanção para quaisquer descumprimentos.

Como organismo que é – ou seja, um conjunto de elementos materiais ou ideais organizados e inter-relacionados<sup>19</sup> - o Sistema Único de Saúde é com-

---

<sup>19</sup> Houaiss

posto por um conjunto de instituições jurídicas autônomas e complementares entre si, instituições essas que dão ao SUS corpo, consistência e vida. O Direito Sanitário cria e orienta a atuação dessas instituições jurídicas, sempre tendo como horizonte a plena realização do Direito à saúde.

O Sistema Único de Saúde é o ambiente onde se desenvolvem as ações e serviços públicos de saúde. Nada impede a participação da iniciativa privada na assistência à saúde. Essa participação pode dar-se em parceria com instituições que passam a integrar o SUS (saúde complementar) ou de forma exclusivamente privada, organizadas em planos de saúde (saúde suplementar) ou prestadas de forma particular. Seja em um caso ou em outro, a participação da iniciativa privada na saúde sempre estará sujeita à regulação determinada pelo Estado.

### 3. Participação da iniciativa privada na saúde: saúde complementar e saúde suplementar.

Ao mesmo tempo em que o Estado possui o dever de garantir a saúde da população, o que faz por meio do Sistema Único de Saúde, a Constituição Federal reconhece à iniciativa privada a liberdade de desenvolver ações e serviços privados de saúde. A atuação da iniciativa privada na área da saúde pode ser suplementar ou complementar.

#### a) Saúde Complementar

A atuação da iniciativa privada na área da saúde será considerada **complementar** quando for desenvolvida nos termos do art. 199 da CF, que prevê que as instituições privadas poderão participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

No que concerne à participação complementar da iniciativa privada na saúde, vale dizer que o Estado brasileiro ainda não possui as condições necessárias para cumprir integralmente o seu dever de garantir a saúde da população. Faltam hospitais, laboratórios, clínicas médicas, enfim, há carência estrutura básica para o atendimento universal da população. Resta assim, ao Estado Brasileiro, através da União, dos Estados e dos Municípios, utilizar-se de parceiros privados para a consecução dos seus objetivos constitucionais.

A saúde complementar deve ser compreendida, assim, por meio das ações e serviços de saúde que, embora sejam prestadas por pessoas jurídicas de

direito privado, são consideradas ações e serviços públicos de saúde em razão da existência de uma relação jurídica específica, concretizada por contratos ou convênios firmados entre essas pessoas jurídicas e a União, os Estados ou os Municípios. Tal relação jurídica possui suas balizas legais traçadas pelo art. 199<sup>20</sup> da Constituição Federal e pelos artigos 24 a 26 da Lei 8.080/90.<sup>21</sup>

O Estado utiliza-se da iniciativa privada para aumentar e complementar a sua atuação em benefício da saúde da população. Ao firmar convênios e contratos com diversas pessoas jurídicas de direito privado que realizam ações e serviços de saúde o Estado Brasileiro as insere no âmbito das ações e serviços públicos de saúde, igualando-as àquelas prestadas diretamente por seus órgãos e entidades. Por firmarem contratos ou convênios com o Sistema Único de Saúde, integram esse Sistema e submetem-se a todas as suas diretrizes, princípios e objetivos, notadamente a gratuidade, integralidade e universalidade. Trata-se das instituições jurídicas voltadas às ações e serviços de saúde complementares ao SUS. Assim, os hospitais, as clínicas, os laboratórios, as organizações não governamentais, as organizações sociais de interesse público, enfim, todo o conjunto de pessoas jurídicas de direito privado que tiver firmado contrato ou convênio com os órgãos e entidades que compõem o SUS serão consideradas, para todos os fins, instituições-organismos do SUS.

---

<sup>20</sup> Dispõe o artigo 199 da CF: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. §1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. §2º. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. §3º. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei”.

<sup>21</sup> Dispõem os arts. 24 a 26 da Lei 8.080/90: “Da Participação Complementar. Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde. § 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. § 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. § 3º (Vetado). § 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS)”.



## b) Saúde Suplementar

De outro lado, as ações e serviços privados de saúde também podem ser prestados por meio de planos de saúde, oferecidos por operadoras de planos de saúde, no campo que se convencionou nomear de **saúde suplementar**.

A **saúde suplementar** é o setor que abriga os serviços privados de saúde prestados exclusivamente na esfera privada. Representa uma relação jurídica entre prestador de serviço privado de saúde e consumidor, organizada por meio de planos de saúde, conforme previsto nas Leis Federais 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e 9.656/1998.

Na saúde suplementar, as ações e serviços desenvolvidos não possuem vínculo com o SUS, exceto, obviamente, os vínculos advindos das normas jurídicas emanadas dos órgãos de regulação do Sistema (Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar, entre outros).

É justamente no campo da saúde suplementar que a presente pesquisa irá desenvolver-se, especialmente no que se refere à atuação das operadoras de planos e seguros de saúde no Brasil bem como à regulação incidente sobre o setor. Embora os princípios e diretrizes que regem o sistema público de saúde (SUS) devam orientar a regulação incidente sobre o setor privado, a lógica intrínseca a este setor fazem com que princípios como a universalidade e a integralidade não sejam assimilados plenamente quando tratamos do campo da saúde suplementar. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão regulador da saúde suplementar no Brasil, vem normatizando o setor para que este passe a cumprir a sua função social da forma mais harmônica possível com os princípios e diretrizes do SUS, mas ainda há muito a caminhar.

## 4. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: órgão federal de regulação e fiscalização do setor no país

Para o controle das ações e serviços de saúde desenvolvidos no âmbito da saúde suplementar foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A Agência teve a sua existência formalizada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que a define como um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Como visto anteriormente, a assistência suplementar à saúde é aquela prestada pela iniciativa privada, sendo que suas ações e serviços não caracterizam ações

e serviços públicos de saúde, mas nem por isso deixam de estar sob a regulação pública (normas jurídicas) exercida principalmente pelo órgão deliberativo da ANS.

A Lei que instituiu a ANS dispõe que a mesma tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento de ações de saúde no país. Trata-se de importante instituição jurídica do Direito Sanitário na medida em que regula um setor responsável pelo atendimento de aproximadamente 42 (quarenta e dois) milhões de pessoas.

A ANS é responsável pela normatização, fiscalização e controle da atividade de todas as instituições jurídicas de direito privado que, de alguma forma, operam seguros ou planos de saúde ou prestam ações e serviços privados de saúde e não possuem relação jurídica de natureza obrigacional com o Sistema Único de Saúde (as instituições-organismos de direito privado sempre terão relação jurídica de natureza regulatória com o SUS, pois submetem-se às normas jurídicas impostas pelas fontes normativas do SUS, notadamente as do Ministério da Saúde, da ANS e da ANVISA). Assim, Lei 8.080/90 fixa em seus arts. 20 a 23 as condições gerais para a participação da iniciativa privada na realização de ações e serviços de assistência à saúde<sup>22</sup>. Quando as instituições privadas organizam a prestação de serviços de saúde através de operadoras (planos e seguros de saúde) elas sujeitam-se também às determinações da Lei 9.961/00 e às normas fixadas pela ANS.

---

<sup>22</sup> Dispõem os referidos artigos da Lei 8.080/90: “*Dos serviços privados de assistência à saúde. Capítulo I. Do Funcionamento. Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento. Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos. § 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados. § 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social”.*

## 5. Marcos regulatórios da Saúde Suplementar: Leis Federais 9.656/1998 e 9.961/2000

A participação da iniciativa privada na saúde submete-se à regulação estatal. No campo da saúde suplementar, a partir de 1998 o Brasil passou a ter uma nova regulação federal sobre o assunto, notadamente a Lei nº. 9.656, de 03 de junho de 1998. Essa lei veio regular as relações privadas na área da saúde, em especial as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Convém destacar que a Lei nº. 9.656/98 foi substancialmente alterada pela Medida Provisória 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Editada no final do governo Fernando Henrique Cardoso, essa Medida Provisória ainda se submetia à velha sistemática, podendo ser reeditada sequencialmente até que o Congresso a analisasse. O próprio número da MP indica o número de reedições da referida MP: o hífen seguido do número 44 indica justamente que a referida MP foi editada nada menos que 44 vezes. O mais peculiar é que, alterada a sistemática de edição de Medidas Provisórias no Brasil, com a Emenda Constitucional nº. 32, de 11 de setembro de 2001, a Medida Provisória 2.177-44/01 continuou vigorando e será válida como uma Lei até que o Congresso Nacional a analise. Como até o momento o Congresso não se dispôs a analisar a questão, grande parte da regulação incidente sobre a saúde suplementar no Brasil ainda é regulada por Medida Provisória (que embora provisória já dura mais de 5 anos!).

Outro marco regulatório importante foi a Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Essa lei criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e impôs forte regulação e fiscalização sobre os serviços de saúde prestados no âmbito da saúde suplementar. Convém ressaltar que essa Lei também sofreu, embora em menor quantidade, alterações da Medida Provisória 2177-44/01. A Lei 9.961/00 foi regulamentada pelo Decreto nº3.327, de 05 de janeiro de 2000, e pela Resolução da ANS que aprovou o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Também possuem relação com os serviços prestados no âmbito da saúde suplementar o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº. 8.078/90) e, no caso dos psicólogos, a Lei 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que instituiu o Conselho Federal de Psicologia e os Conselhos Regionais, bem como Código de Ética do Psicólogo, que foi recentemente revisado pelo CFP com aprovação da Resolução 010, de agosto de 2005.

A análise que será realizada no presente texto enfocará os contornos normativos que regulam a participação (ou a possibilidade de participação) do psicólogo nos serviços prestados no âmbito da saúde suplementar no Brasil.

## a) Lei 9.656/1998

A Lei 9.656/98 veio regular a oferta de serviços de assistência à saúde realizada pelo que conceituou como operadoras de planos privados de assistência à saúde. Entende-se como Plano Privado de Assistência à Saúde a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Dessa forma, as operadoras de Planos de Assistência à Saúde são as pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que operem produto, serviço ou contrato de planos privados de assistência à saúde.

## i) Classificação das Operadoras

Pessoas físicas não podem operar planos ou seguros privados de saúde. Pela Lei 9.656/98 e de acordo com as regulamentações exaradas pela ANS, as operadoras podem ser classificadas da seguinte forma<sup>23</sup>:

- i) Administradoras: empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde. São meramente prestadoras de serviços administrativos ligados ao oferecimento de serviços de assistência à saúde, não possuem rede referenciada nem assumem os riscos decorrentes das operações realizadas, que ficam por conta de sua contratante.
- ii) Cooperativa médica ou odontológica: Sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente planos privados de assistência à saúde ou planos odontológicos, conforme o caso. Nessa modalidade os médicos (cooperados) são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, recebendo pagamento tanto pela sua produção individual, como mediante rateio do lucro obtido pela cooperativa.
- iii) Autogestão: São entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seus departamentos (geralmente de Recursos Humanos), responsabilizam-se

---

<sup>23</sup> José Luiz Toro da Silva. Manual de Direito da Saúde Suplementar. Editora Mapontes.

pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer serviços a grupos definidos (empregados da empresa, filiados da entidade etc.).

- iv) Seguradora Especializada em Saúde: A Lei 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, determinou que as sociedades seguradoras que mantinham carteira de saúde constituíssem seguradoras especializadas para a saúde. São seguradoras, subordinadas às normas da ANS. Atualmente, os seguros-saúde também contam com redes referenciadas de serviços.
- v) Medicina de Grupo: Sistema de administração de serviços médico-hospitalares para atendimento em larga escala com padrão profissional e custos controlados. O Ministério do Trabalho, pela Portaria n. 3.286 definiu medicina de grupo como a pessoa jurídica de direito privado, organizada de acordo com as leis do país, que se dedique a assegurar a assistência médica ou hospitalar e ambulatorial, mediante uma contraprestação pecuniária preestabelecida, vedada a essas empresas a garantia de um só evento.
- vi) Odontologia de Grupo: Aplica-se o mesmo conceito que o utilizado para o de medicina de grupo, com objeto focado nos serviços odontológicos.

## ii) Plano de Referência

O grande avanço trazido pela Lei 9.656/98 foi a adoção do conceito de plano de referência de assistência à saúde.

Dispõe o art. 10:

“Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

- VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;
- VIII – Revogado
- IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação pela ANS.

§ 2º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as pessoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as pessoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.”

Depreende-se do referido artigo que quaisquer operadoras de planos e seguros de saúde devem oferecer, no mínimo, o plano de referência. A lógica intrínseca aos planos de referência é a de que, com eles, oferece-se um tratamento integral da saúde.

No que se refere à participação do psicólogo nesse espectro de serviços de saúde, faz-se necessário uma análise criteriosa sobre quais seriam as doenças listadas na CID que demandariam, necessária ou facultativamente, os serviços psicológicos. Trata-se de uma questão estratégica para o desenvolvimento das ações do CRP no âmbito da saúde suplementar.

A identificação das possíveis atuações do psicólogo na saúde suplementar também pode ser analisada a partir da identificação de um rol de procedimentos que podem ser realizados pelos psicólogos para o tratamento das doenças previstas na CID. O setor odontológico teve a sua regulamentação realizada nesse sentido.

Um importante órgão interlocutor para esse diálogo é o Conselho de Saúde Suplementar, criado pela Lei 9.656/98, art. 35-A, a quem compete, entre outras atribuições, estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar. O CONSU é formado pelos Ministros da Justiça (que o preside), da Saúde, da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Dentre as Resoluções exaradas pelo CONSU, destaca-se, para o presente trabalho, a Resolução CONSU nº. 10, publicada no Diário Oficial da União n. 211, de 04 de novembro de 1998, que dispõe sobre a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial. Desde o advento da Lei da ANS, porém, o CONSU não tem mais o mesmo papel. Embora legalmente o CONSU ainda mantenha sua existência e competência, na prática o órgão não edita qualquer resolução desde 21 de outubro de 1999.

As competências do CONSU vêm sendo exercidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Convém analisar, portanto, o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar no Brasil e as principais Resoluções Normativas por ela exaradas, em especial no que se refere à definição do plano de referência e à inserção do psicólogo no setor da saúde suplementar.

## b) A Lei 9.961/2000

Como visto, o Congresso Nacional criou por meio da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Logo no seu artigo 1º a Lei deixa claro que a ANS é uma autarquia sob regime especial criada como “órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”.

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Segundo dados da própria ANS, calcula-se que no Brasil aproximadamente 42 milhões de pessoas utilizam os serviços oferecidos pelas instituições privadas responsáveis pela assistência suplementar à saúde. Trata-se de um enorme contingente humano que depende das normas jurídicas exaradas pela ANS.

De fato, compete à ANS normatizar sobre diversos aspectos relacionados com a saúde suplementar no Brasil, de acordo com os preceitos da Lei 9961/2000. O Art. 4º estabelece uma ampla competência normativa da ANS ao longo de seus 42 (quarenta e dois incisos). Assim, compete à ANS criar normas jurídicas que regulamentem as condições de registro das operadoras de planos privados de saúde, os conteúdos básicos dos contratos a serem firmados entre as operadoras e os usuários, as condições de reajustes dos preços dos planos de saúde, etc.

Alguns exemplos de competências normativas infralegais da ANS: normatizar sobre as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados nas atividades das operadoras (Art. 4º, II); definir o rol de procedimentos e

eventos em saúde que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades (Art. 4º, III); normatizar sobre os critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras (art. 4º, IV); definir os conceitos de doença e lesão preexistentes (Art. 4º, IX); estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados (Art. 4º, XV); adotar as medidas necessárias (inclusive normativas) para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde (Art. 4º, XXXII), entre outras competências normativas expressamente previstas pela Lei.

A edição de normas jurídicas pela ANS é de competência de sua Diretoria Colegiada, a exemplo da ANVISA (Art. 10, II). A produção normativa da ANS é realizada através de Resoluções de Diretoria Colegiada, atualmente denominadas Resoluções Normativas (conforme nova denominação dada pelo Regimento Interno, art. 64, II, a).

Vale destacar para a presente pesquisa dois órgãos específicos da ANS que possuem direta relação com o tipo de intervenção que o Conselho de Psicologia deseja realizar junto à Agência. O primeiro e mais relevante é a Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos, a quem compete planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento dos produtos ou planos privados de assistência à saúde (art. 29 do RI).

O outro órgão, subordinado à referida Diretoria, é a Gerência Geral de Estrutura e Operação dos Produtos, a quem compete propor normas à Diretoria sobre as seguintes matérias: a) características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; b) critérios e procedimentos para o credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços às operadoras; c) condições dos produtos visando a garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/98; d) registro dos produtos definidos no inciso I e no §1º do art. 1º da Lei 9.656/98; e) concessão, manutenção e cancelamento do registro dos produtos das operadoras de planos de assistência à saúde; f) adaptação dos contratos; g) redimensionamento de rede das operadoras; h) responsabilidade dos contratantes, quer seja pessoa física ou jurídica; i) relação entre as operadoras e seus prestadores.

Finalmente, vale ressaltar que a ANS possui uma Câmara de Saúde Suplementar, criada pela Lei 9.961/00 e que teve sua composição definida pelo art. 13 da Lei (repetida pelo art. 60 do Regimento Interno da ANS). Trata-se de órgão consultivo e permanente da ANS que não possui em sua composição nenhum representante do CRP.



## c) A fiscalização dos serviços dos Psicólogos prestados no âmbito da saúde suplementar

No Brasil, os serviços de normatização e fiscalização de profissões regulamentadas são realizados pelos Conselhos de Classe mediante autorização legislativa. Dessa forma, as profissões regulamentadas no Brasil (médicos, advogados, enfermeiros, farmacêuticos, economistas, engenheiros, arquitetos, etc.) possuem um sistema de auto-regulação organizado pelos próprios profissionais que as exercem. Esse exercício de auto-regulação é reconhecido no Brasil, sendo uma realidade jurídica a existência de normas específicas que regulam as profissões relacionadas com o exercício de ações e serviços de saúde, como as profissões de médico, enfermeiro e farmacêutico e psicólogo.

Os próprios profissionais organizam, estruturam e desenvolvem a gestão dos seus respectivos Conselhos, observados os limites da delegação dada pela lei. A Lei 9.649/98, em seu artigo 58, tentou caracterizar os conselhos de fiscalização de profissões regulamentadas como dotados de personalidade jurídica de direito privado (tradicionalmente sempre foram considerados como sendo autarquias dotadas de personalidade jurídica de direito público). A lei foi julgada inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal, a partir de Ação Direta de Inconstitucionalidade impetrada pelo Partido Comunista do Brasil contra a caracterização dos Conselhos de Classe como pessoas jurídicas de Direito privado. A decisão teve como fundamento principal o fato de que tais conselhos exercem funções normativas e fiscalizadoras em suas respectivas áreas de atuação e, de acordo com o entendimento do STF, o exercício de função normativa e fiscalizadora exige que tais Conselhos sejam caracterizados como sendo de personalidade jurídica de Direito público.

Para garantir o seu funcionamento os conselhos de fiscalização de profissões são autorizados a fixar, cobrar e executar as contribuições anuais devidas por pessoas físicas ou jurídicas, bem como preços de serviços por eles desenvolvidos, que constituirão receitas próprias. Em geral os profissionais sujeitos à ação fiscalizatória desses conselhos são obrigados a pagar anuidades, voltadas à manutenção do próprio Conselho.

Como instituições destinadas à fiscalização do exercício profissional, os Conselhos de classe dos profissionais que atuam na área da saúde representam uma importante fonte de produção de normas jurídicas infra-legais específicas de direito sanitário, em especial no que se refere à regulamentação dos respectivos Códigos de Deontologia, que definem os padrões éticos de comportamento a serem seguidos pelos profissionais da área da saúde.

Nessa linha foram criados os Conselhos Federais e Regionais de Psicologia, Lei nº. 5.766, de 20 de dezembro de 1971. O Conselho Federal de Psico-

logia recentemente reviu o seu Código de Ética com a aprovação da Resolução 010, de agosto de 2005.

Vale dizer, ainda, que os serviços de saúde prestados no âmbito da saúde suplementar ficam sujeitos à fiscalização exercida pelos órgãos de defesa do consumidor, nos termos do Código de Defesa do Consumidor.

## 6. A regulação da ANS sobre a Saúde Suplementar: plano-referência e atuais mecanismos de inserção do psicólogo no setor

Desde a sua criação a ANS vem regulando o setor da saúde suplementar de forma bastante abrangente, sendo que as Resoluções mais relevantes para o presente estudo são aquelas que tratam do plano-referência obrigatório, que deve ser oferecido por todas as operadoras de planos de saúde, e aquelas que tratam dos estímulos para que as operadoras introduzam em seus planos de saúde serviços de saúde que potencialmente podem ser oferecidos pelos psicólogos.

### a) Resolução Normativa - RN nº 82, de 29 de setembro de 2004.

A Resolução Normativa RN n. 82, de 29 de setembro de 2004, é a norma vigente que estabelece o plano-referência de assistência à saúde, por meio da definição de um Rol de Procedimentos. Uma característica da regulação do setor é, portanto, que o plano-referência definido pela Lei 9.656/1998 constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência a saúde, e é definido a partir de um rol de procedimentos elencados expressamente pela regulação da ANS.

Por meio da Resolução Normativa n. 82/2004, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, em reunião realizada em 28 de setembro de 2004 e tendo em vista o disposto no inciso III, do art. 4, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e no § 4º, do art. 10, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no uso da competência que lhe é conferida pelo inciso II, do art.10, da Lei nº 9.961 de 2000, e considerando a necessidade de adequação e aprimoramento da nomenclatura e formatação empregadas no Rol de Procedimentos instituído pela Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 67, de 7 de maio de 2001, estabeleceu o novo Rol de Procedimentos que constitui a

referência básica de cobertura nos planos privados de assistência à saúde.

O novo Rol de Procedimentos definido na RN 82/2004 constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência a saúde e consta do Anexo I da referida Resolução Normativa.

Referida Resolução também estabeleceu o Rol de Procedimentos de Alta Complexidade, compreendendo uma seleção extraída do Rol de Procedimentos, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária, conforme o disposto na Resolução CONSU n.º 2/98.

A classificação do Rol de Procedimentos foi estabelecida pela RN 82/2004 de acordo com a segmentação contratada: Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Hospitalar sem Obstetrícia. Esta nova classificação deve ser utilizada como referência de cobertura para todos os contratos firmados a partir de 1º de janeiro de 1999<sup>24</sup>, na forma do Anexo I da Resolução Normativa.

A Resolução Normativa 82/2004 revogou expressamente as Resoluções que a antecederam, notadamente as Resoluções de Diretoria Colegiada – RDC n.º 67, RDC n.º 68 e RDC n.º 81 de 2001. O Anexo I da Resolução está disponível para consulta e cópia na página da internet [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

Uma possível alteração normativa que poderia ser proposta pelo Conselho Regional de Psicologia à ANS é justamente no sentido de inserir os procedimentos psicológicos essenciais para a garantia da saúde do ser humano, dentro do contexto da integralidade, no Rol de Procedimentos obrigatórios que devem ser oferecidos por todas as operadoras de planos de saúde.

Atualmente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar já está trabalhando com a idéia de inserir nos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde aqueles referentes à promoção e prevenção da saúde, deslocando o foco da saúde suplementar das ações puramente no campo da recuperação da saúde (extremamente medicalizada) para as ações de promoção e prevenção. Nesse sentido foi editada a Resolução Normativa n. 94, de 23 de março de 2005. Esta Resolução, embora caminhe no sentido certo, ainda trabalha com enfoque indutor, não sendo de aplicação obrigatória pelas operadoras.

## b) Resolução Normativa - RN N.º 94, de 23 de março de 2005: programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças

Visando ampliar o conceito dos planos-referência e inserir uma concepção alinhada com o princípio da integralidade definido pela Constituição Federal

---

<sup>24</sup> Os contratos anteriores a janeiro de 1999 ficam sujeitos às regras de transição estabelecidas pela Lei Federal 10.850, de 25 de março de 2004.

para o sistema público de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar editou a Resolução Normativa 94, de 23 de março de 2005, que dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em reunião realizada em 09 de março de 2005, no uso das atribuições legais conferidas pelo art. 35-A, parágrafo único, da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 e pelo art. 10, inciso II, da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, adotou a Resolução Normativa 94/2005 e estipulou critérios de diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco definida na Resolução RDC Nº 77, de 17 de julho de 2001<sup>25</sup>, a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que aderirem a programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças. Por meio da RN 94/2005 a ANS estabeleceu, assim, critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco definidas na RDC 77/2001 pelas operadoras de planos de saúde que aderirem a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Em outras palavras, a Resolução trabalha com o conceito de norma jurídica indutora de ações, oferecendo benefícios às operadoras que aderirem a programas de promoção à saúde prevenção de doenças de seus beneficiários. O disposto na Resolução 94/2005 não se aplica às autogestões patrocinadas e às seguradoras especializadas em saúde, pois estas possuem outro tipo de regulação no que se refere ao cálculo de provisão de risco.

O mecanismo indutor usado pela ANS é o de oferecer uma flexibilização na cobertura da totalidade da provisão de risco que as operadoras de planos de saúde devem ter e que, normalmente, é calculada conforme art. 7º da RDC nº 77, de 17 de julho de 2001, com ativos garantidores prevista na Resolução RN nº 67, 4 de fevereiro de 2004. A idéia implícita ao programa é a de que com serviços de promoção e prevenção reduz-se o risco dos beneficiários do plano de ficarem doentes, reduzindo-se conseqüentemente a demanda por procedimentos, o que acarreta em redução de custos e, por isso, na possibilidade de redução da cobertura de provisão de risco exigida.

A RN 94/2005 dispõe em seu artigo 3º que somente serão consideradas aptas a se habilitarem aos programas de promoção à saúde e prevenção de doenças desta Resolução as operadoras de planos de assistência à saúde que cumprirem exigências expressas pela regulação da ANS, tais como envio

---

<sup>25</sup> RESOLUÇÃO - RDC Nº 77, DE 17 DE JULHO DE 2001. *Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde -OPS.*

completo das informações dos seguintes sistemas cadastrais da ANS, estejam adimplentes com o pagamento da Taxa de Saúde Suplementar – TSS ou outras exigências que a ANS poderá estabelecer, a qualquer momento, como critérios e requisitos mínimos para viabilidade, acompanhamento e aprovação dos respectivos programas.

Os programas de promoção à saúde e prevenção de doença deverão ser apresentados à Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, órgão estratégico para o Conselho Regional de Psicologia em seu intento de inserir o psicólogo na saúde suplementar.

### c) A promoção da Saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: linhas de cuidado e fatores de risco. Noções de integralidade na Saúde Suplementar e os campos abertos para a inserção de serviços psicológicos no setor.

Como visto, a ANS vem centrando esforços para alterar a lógica que impera no sistema de saúde em geral, incluído a saúde suplementar. Os esforços caminham no sentido de alterar o modelo hegemônico centrado na doença e baseado na demanda espontânea por meio da construção de um novo modelo de atenção integral à saúde, em observância ao princípio da integralidade definido em nossa Constituição Federal.

O modelo de atenção integral à saúde prevê a incorporação progressiva de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ao lado daquelas de recuperação e reabilitação. Como visto, para promover este novo modelo de atenção à saúde nas operadoras de saúde a ANS vem utilizando ferramentas indutoras, entre as quais as previstas no Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, estabelecido pela RN 94/2005.

A ANS espera que, a partir desse programa, as operadoras de planos de saúde passem a ser gestoras do cuidado em todas as fases e em todos os níveis de atenção, além de assumirem a responsabilidade sanitária pelo conjunto de seus beneficiários. Outro escopo do programa é possibilitar que os prestadores de serviços no âmbito dos planos de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) articulem os diferentes saberes na perspectiva de um cuidado integral das necessidades de saúde dos beneficiários, incorporando ações de promoção e prevenção de saúde em suas atividades rotineiras. Por fim, o programa visa promover a autonomia dos beneficiários de planos de saúde, promovendo a sua consciência sanitária.

A lógica de integralidade prevista pela ANS enfoca, assim, a promoção e a prevenção como ações essenciais para a saúde humana. Segundo a própria ANS,

“na saúde suplementar o modelo de atenção hegemônico caracteriza-se pelo enfoque biologicista da saúde-doença-cuidado, desconsiderando seus determinantes sociais, com ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias, constituindo-se em um modelo caro e pouco eficiente. Soma-se a isso o fato dos planos de saúde poderem ter cobertura segmentada em ambulatorial ou hospitalar (com ou sem obstetrícia), além de planos exclusivamente odontológicos, comprometendo significativamente a integralidade da atenção. Por outro lado, as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou desconsideradas, com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários”<sup>26</sup>

Para reverter esse quadro, a estratégia de ação definida pela ANS é a de incentivar a criação, no âmbito das operadoras de planos de saúde, de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Tal estratégia busca inserir no campo da regulação da saúde suplementar novas normas, voltadas a alargar o campo de atuação das operadoras de planos de saúde. Tal cenário é extremamente favorável para que o Conselho de Psicologia estabeleça uma relação institucional com a Agência Nacional de Saúde Suplementar para que os seus dirigentes tomem conhecimento dos enormes benefícios que as atividades desenvolvidas pelos psicólogos podem trazer aos beneficiários dos planos de saúde, seja na área da saúde mental, seja para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

O diálogo a ser realizado com a ANS, para que seja proveitoso, deve levar em conta os esforços que a Autarquia Federal está realizando no sentido da inserção de novos modelos de atenção na saúde suplementar. Assim, convém identificar, no âmbito das atividades desenvolvidas pelos profissionais de psicologia, quais são aquelas que podem ser desenvolvidas para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Essa identificação pode ser desenvolvida a partir dos critérios gerais abordados pela ANS: fatores de risco e linhas de cuidado.

## i) Fatores de risco

A ANS trabalha a promoção da saúde e a prevenção de riscos, preliminarmente, a partir do pressuposto de que deve-se dar atenção às ações voltadas à redução dos riscos à saúde. Os riscos expressamente mencionados pela ANS são: alimentação inadequada, obesidade, sedentarismo, consumo de álcool e tabagismo.

São inegáveis os benefícios que a atividade desenvolvida pelo profissional

---

<sup>26</sup> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. ANS, Rio de Janeiro, 2006.

de psicologia pode trazer para a redução dos fatores de risco à saúde. O Núcleo de Saúde Suplementar do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo tem realizado discussões e eventos para identificar quais seriam as atividades possíveis que poderiam ser inseridas no âmbito dos planos de saúde para reduzir a exposição das pessoas aos fatores de risco à saúde. Foram identificadas diversas atividades que podem ser desenvolvidas pelos profissionais de psicologia e que seguramente, dentro de uma perspectiva de integralidade da atenção à saúde, devem ser inseridos como serviços obrigatórios e essenciais à saúde suplementar no Brasil.

As contribuições da psicologia para o tratamento de distúrbios alimentares são essenciais para a proteção da saúde no que se refere à redução dos fatores de risco existentes na sociedade. A psicologia é capaz de auxiliar os pacientes na superação dos seus eventuais problemas psicológicos que servem de causa a distúrbios cada vez mais comuns na sociedade moderna, como a obesidade, a anorexia, a bulimia, entre outros. Também no que se refere ao sedentarismo, alcoolismo e tabagismo, existem diversas experiências de sucesso que comprovam os benefícios que a psicologia pode trazer para a redução desses fatores de risco.

Fica claro portanto que a inserção da psicologia no setor da saúde suplementar, mais do que uma simples questão de ampliação de mercado de trabalho, trata-se de um elemento fundamental para a proteção integral da saúde da população. Reduzir riscos de agravos e doenças e promover a saúde da pessoa humana é uma das atividades centrais do psicólogo, sendo natural, portanto, que seus serviços integrem o chamado plano-referência oferecido pelas operadoras de planos de saúde.

## ii) Linhas de cuidado

Outro enfoque dado pela ANS para a inserção, no âmbito da saúde suplementar, de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, passa pela compreensão de que o cuidado é uma característica essencial do ser humano e de que as relações de cuidado devem ocorrer na perspectiva sujeito-sujeito e não na perspectiva sujeito-objeto.

Segundo Boff (1999), as ações de cuidado devem encarar a saúde como “um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana”. Devem ainda contribuir para que as pessoas, de maneira autônoma e utilizando suas próprias ferramentas, possam passar pelas situações que implicam no adoecer da maneira mais saudável possível, buscando ampliar sua qualidade de vida de acordo com a condição de saúde ou doença que apresentem<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Boff, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

Dentro dessa perspectiva a ANS define as linhas de cuidado da seguinte forma: “modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como também uma visão global das condições de vida”.<sup>28</sup>

Para organizar a atenção à saúde, as linhas de cuidado podem ser divididas e organizadas por vários critérios, tais como:

- Por fases da vida: da criança (recém-nato, infância, pré-escolar, escolar e adolescente), da Mulher (gestante, adulta, menopausa) e do idoso;
- Por agravos: doenças respiratórias, hipertensão, HIV/AIDS, cânceres, diabetes, etc.
- Por especificidades: saúde bucal, saúde mental, saúde do trabalhador, etc.

A atual regulação da ANS não delimita qual a abordagem exata a ser implementada pelas operadoras de saúde na promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, mesmo porque, como visto, a atual regulação é apenas indutiva, não se consistindo em obrigatoriedade para as operadoras. Em seu Manual Técnico, a ANS sugere as seguintes linhas de cuidado, dando a entender que optaram por uma classificação híbrida, por fases da vida e por especificidades: Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde do Adulto e do Idoso; Saúde da Mulher; Saúde Mental e Saúde Bucal.

Considerando-se a importância que a Agência reguladora da saúde suplementar vem dando ao tema, bem como a lógica regulatória do setor, alguns caminhos mostram-se possíveis para que a psicologia passe a integrar, de forma crescente, as atividades de saúde prestadas no âmbito da saúde suplementar no Brasil.

## 7. Possíveis ações no campo da regulação da Saúde Suplementar para a qualificação da participação da Psicologia no setor

Face à pesquisa realizada, as atuações do Conselho de Psicologia no âmbito da saúde suplementar podem ter três grandes linhas de ação: no campo regulatório; no campo da inserção no mercado de trabalho e no campo da fiscalização dos serviços psicológicos prestados no setor da saúde suplementar.

---

<sup>28</sup> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. ANS, Rio de Janeiro, 2006.



O presente parecer aprofunda as ações que podem ser tomadas **no campo regulatório**, visando o aperfeiçoamento das atuais normas jurídicas que regulam o setor da saúde suplementar no que se refere às atividades de psicologia. As questões relacionadas com a inserção do psicólogo no mercado de trabalho da saúde suplementar e com a fiscalização das atividades desenvolvidas neste setor são objeto de parecer específico.

Assim, no campo regulatório parece ser imprescindível uma maior participação do Conselho de Psicologia nas discussões realizadas no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar para que o ponto de vista da psicologia seja efetivamente considerado nas normas exaradas por este órgão.

A inserção do serviço psicológico nos produtos oferecidos pelas operadoras pode ser feita por meio da definição de sua obrigatoriedade pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Pelo que se depreende da concepção de saúde que o sistema jurídico brasileiro determina, a inserção dos serviços psicológicos na saúde suplementar é um imperativo que não pode ser ignorado pela Agência reguladora, o que torna absolutamente legítima a pretensão do CRP/SP e do CFP no sentido de que o atendimento psicológico integra o plano-referência de que trata o Art. 10 e 12 da Lei 9.656/1998 e passe a ser obrigatório.

Para tanto, foi elaborada uma minuta de Resolução Normativa da ANS, a ser negociada com a Diretoria na ANS, na qual se institui o Rol de Procedimentos Psicológicos a ser utilizado como referência mínima de cobertura pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde de que trata o Arts. 10 da Lei n.º 9.656/98. A referida Minuta, que deve ser discutida no âmbito do Conselho de Psicologia, segue em anexo a este Parecer e foi elaborada com base em proposta esboçada pelos órgãos internos do Conselho.

A estratégia de negociação junto a ANS pode ser iniciada na Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos, órgão interno da ANS responsável pela regulação dos planos-referência (art. 29 do Regimento Interno).

## 8. Síntese conclusiva

- i. A saúde é direito de todos e dever do Estado. O Estado desenvolve as ações e serviços públicos de saúde por meio do Sistema Único de Saúde.
- ii. A iniciativa privada participa da saúde no Brasil, sendo que um dos campos mais abrangentes dessa participação é o da Saúde Suplementar, setor responsável pela organização de planos privados de saúde.
- iii. A iniciativa privada deve participar da saúde em respeito às leis e

à regulação exarada pelos órgãos competentes. A lógica regulatória da Saúde Suplementar no Brasil foi definida pelas Leis 9.656/1998 e 9.961/2000.

- iv. De acordo com essas Leis, as operadoras de planos de saúde devem oferecer um plano-referência obrigatório, conforme vier a ser regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.
- v. O plano-referência obrigatório é definido a partir da regulação da ANS, atualmente definida pela Resolução Normativa n. 82/2004. A lógica da regulação é a de listar um Rol de Procedimentos terapêuticos que devem ser oferecidos obrigatoriamente pelas operadoras de planos de saúde.
- vi. Ao mesmo tempo, a ANS procura induzir as operadoras de planos de saúde para que estas considerem a noção de integralidade e passem a inserir nos serviços prestados ações que visem a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças. Para tanto a ANS editou a Resolução Normativa n. 94/2005.
- vii. Os serviços psicológicos mostram-se essenciais para que se ofereça um cuidado integral à saúde do paciente, notadamente em linhas de cuidado voltadas à saúde mental ou à redução de fatores de risco à saúde, ou ainda a uma melhor compreensão da subjetividade que incentive ações de cuidado do indivíduo com a própria saúde.
- viii. Existem, portanto, serviços psicológicos essenciais à saúde do indivíduo. Por essa razão, esses serviços devem constar do plano-referência de que trata o Art. 10 da Lei 9.656/1998.
- ix. A atual regulação dos planos-referência necessita ser modificada para que nela seja inserida uma lista de procedimentos psicológicos essenciais para a garantia da saúde dos beneficiários de planos de saúde.



A prestação de  
serviços de saúde  
pelo psicólogo no  
âmbito da Saúde  
Suplementar  
brasileira

# 1. Apresentação

A saúde suplementar é compreendida pelo conjunto de serviços de saúde prestados com base em planos privados de assistência à saúde. Os planos privados de assistência à saúde são criados e comercializados pelas denominadas operadoras de planos de assistência à saúde, pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão<sup>1</sup>.

A saúde suplementar no Brasil, surgida no início da década de 1960, representava no ano de 2004 um mercado com 38,8 milhões de beneficiários de planos de saúde e de aproximadamente 2.200 operadoras de planos de saúde ativas<sup>2</sup>. O Brasil é o segundo maior mercado de saúde suplementar do mundo, sendo superado apenas pelos Estados Unidos da América. Os beneficiários concentram-se, sobretudo, nas regiões sul e sudeste do Brasil. A presente pesquisa tem como foco analisar as diferentes relações jurídicas que podem ser formalizadas entre os psicólogos e as operadoras de planos de saúde.

Três grandes pólos ativos da sociedade movimentam a saúde suplementar no Brasil: as operadoras de saúde, os prestadores de serviços de saúde e os beneficiários (consumidores) de planos de saúde. Em 1999 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde voltada à regular e fiscalizar a saúde suplementar no Brasil, importante ponto de equilíbrio entre os atores que desenvolvem atividades no âmbito da saúde suplementar.

As operadoras de saúde podem assumir diferentes formas de organização jurídica: administradora, autogestão, cooperativa médica, cooperativa odontológica, filantrópica, medicina de grupo, odontologia de grupo e seguradora. Estão sujeitas às normas das Leis n. 9.656, de 3 de junho de 1998, e n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que regulam o setor da saúde suplementar no Brasil.

Os prestadores de serviços de saúde são todos aqueles profissionais legalmente habilitados a oferecer serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, tais como os médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, dentistas, entre outros. Atualmente os profissionais médicos são os que mais prestam serviços no âmbito da saúde suplementar. Também podem ser considerados prestadores de serviços de saúde no âmbito da saúde suplementar os hospitais e clínicas de saúde, bem como demais estabelecimentos de saúde que ofereçam serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Os beneficiários dos planos de saúde são considerados consumidores, estando os seus direitos protegidos pelo Código de Defesa do Consumidor<sup>3</sup> e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

---

<sup>1</sup> Lei 9.656/1998, art. 1º, I, II.

<sup>2</sup> ANS, 2004

<sup>3</sup> Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990

A saúde suplementar no Brasil mostra-se um setor com bastante fôlego no Brasil, embora a Constituição da República estabeleça que a saúde é direito de todos e dever do Estado. De acordo com a ANS, o quadro da saúde suplementar brasileira no ano de 2004 era o seguinte:

<b>Classificação<sup>4</sup></b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Beneficiários</b>	<b>%</b>
Autogestão	326	14,89	5.543.140	14,30
Cooperativa Médica	370	16,89	9.074.900	23,42
Cooperativa Odontológica	170	7,76	1.301.441	3,36
Filantropia	123	5,62	1.397.358	3,61
Medicina de Grupo	737	33,65	12.619.379	32,56
Odontologia de Grupo	450	20,55	3.128.217	8,07
Seguradoras	14	0,64	5.682.958	14,66
<b>Total</b>	<b>2.190</b>	<b>100</b>	<b>38.747.393</b>	<b>100</b>

Fonte: *Cadastro de Operadoras (ANS/MS, ago/2004)*, *Cadastro de Beneficiários (ANS/MS, jun/2004)*

Considerando esta realidade, mostra-se necessário analisar, preliminarmente, como é que os serviços do psicólogo se inserem, atualmente, na saúde suplementar brasileira. Esta inserção realiza-se por meio das operadoras de planos de saúde, que organizam-se de formas diferentes e, por essa razão, oferecem diferentes tipos de relação jurídico-trabalhista para com os prestadores de serviços: contratos de trabalho regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei n. 5452, de 1º de maio de 1943); contratos de prestação de serviços (contratos de adesão, em sua maioria); serviços privados com reembolso do beneficiário etc. convém, portanto, aprofundar a compreensão dessa realidade específica da saúde suplementar brasileira para, ao final, tecer algumas considerações sobre as relações de trabalho que se formalizam na saúde suplementar bem como sobre outras questões associadas com as condições de trabalho do profissional de saúde que atua na saúde suplementar.

<sup>4</sup> Os conceitos de cada tipo de operadora de planos de saúde encontram-se definidos na RDC 39, 27 de outubro de 2000.

## 2. O Psicólogo na Saúde Suplementar

Uma das grandes inovações trazidas pela Lei 9.656/98 foi a adoção do conceito de plano de referência de assistência à saúde. Esse conceito fez com que se uniformizasse o entendimento do que seria um atendimento digno à saúde do cidadão no âmbito da saúde suplementar. O grande mérito da inovação legal foi obrigar todos os planos privados de assistência à saúde a oferecerem o chamado plano-referência. Com efeito, dispõe o art. 10:

“Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

(...)

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas pela ANS.”

Depreende-se do referido artigo que quaisquer operadoras de planos e seguros de saúde devem oferecer, no mínimo, o plano de referência, conforme definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. A lógica intrínseca aos planos de referência é a de que, com eles, oferece-se um tratamento integral da saúde.

Atualmente a ANS não obriga os planos de saúde a oferecerem atendimento psicológico. Existe um movimento para que isso passe a ser exigido, mas as operadoras de planos de saúde, hoje, somente irão oferecer esse serviço se entenderem que é necessário ou relevante. O primeiro movimento a ser feito nesse campo é o de trabalhar junto à ANS para que esta passe a exigir que os planos de saúde cubram também o serviço psicológico, ou seja, para que incluam no plano de referência a obrigatoriedade de oferecer serviço psicológico. Já há uma discussão a respeito do assunto no âmbito da Agência, mas ainda incipiente e com poucos resultados concretos<sup>5</sup>.

Vale ressaltar, no entanto, que embora atualmente os serviços do psicólogo (ainda) não integrem o plano-referência estabelecido pela ANS, uma pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo – CRP/SP aponta para a existência de uma participação ainda pequena - mas extre-

---

<sup>5</sup> Sobre a regulação dos planos de referência na ANS ver documento do CEPEDISA: “Marcos Regulatórios da Saúde Suplementar no Brasil com Enfoque para a Participação dos Psicólogos neste Setor”.

mamente relevante - do psicólogo na saúde suplementar no Brasil. Conforme indica o estudo, “a grande maioria das operadoras (70%) não trabalha com nenhum plano de saúde que ofereça atendimento psicológico. Somente 30% delas trabalham com um ou mais planos que disponibilizam este tipo de serviço aos seus associados”<sup>6</sup>.

Isso quer dizer que algumas operadoras de saúde, mesmo sem a obrigatoriedade, já entendem que o serviço do psicólogo é relevante para uma adequada atenção à saúde de seus beneficiários. Eles justificam a oferta desse serviço pelo entendimento de que é componente da saúde, pela solicitação de parte dos beneficiários do serviço e também pelo fato de constituir um atrativo para seus clientes.

Ao inserir-se no mercado da saúde suplementar, o psicólogo vai necessariamente relacionar-se com as operadoras de planos de saúde. A sua relação de trabalho pode ser variada, conforme a operadora e o tipo de serviço de atendimento psicológico oferecido.

Dentre as possíveis formas de relação de trabalho que podem se efetivar entre o profissional de saúde e as operadoras de planos de saúde destacam-se as seguintes: a) relação de trabalho regida pela Consolidação da Legislação do Trabalho – CLT; b) relação de trabalho regido pela legislação das cooperativas médicas; c) relação de trabalho regida por contratos de prestação de serviços e; d) relação de trabalho direta com o paciente, que após se reembolsa com as seguradoras.

### 3. Possíveis relações de trabalho que podem existir entre as operadoras de saúde e os psicólogos

A dinâmica das relações de trabalho na saúde suplementar brasileira apresenta hoje algumas opções de vínculo jurídico entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.

Analisando o atual quadro de relações existentes, pode-se identificar quatro tipos de vínculo jurídico que preponderam no setor:

- a) o vínculo empregatício, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT;

---

<sup>6</sup> “Inserção do Psicólogo no Setor de Saúde Suplementar: Resultados da Pesquisa junto às Operadoras.” Senso Coleta de Dados. Trabalho realizado para o CRP/SP, dezembro de 2004.



- b) o vínculo de cooperado, por meio das cooperativas, regido pela Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971 e pelo Código Civil Brasileiro;
- c) vínculo contratual, por meio dos contratos de prestação de serviços, regulados no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar pela RN n. 71, de 17 de março de 2004;
- d) ausência de vínculo jurídico direto mas possibilidade de reembolso pelo paciente de consultas realizadas (seguros especializados em saúde).

## a) Prestação de serviços regida pela CLT

Em algumas operadoras de saúde os prestadores de serviços de saúde são empregados contratados pelo regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho, Decreto-Lei 5.452, de 1 de maio de 1943.

Embora não seja o tipo mais comum de vínculo jurídico entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço no âmbito da saúde suplementar, trata-se certamente de uma das formas mais protetoras dos direitos dos prestadores de serviços de saúde que existe hoje no setor.

As operadoras onde tal tipo de vínculo pode ser mais comumente encontrado são as de autogestão<sup>7</sup> e as de medicina de grupo<sup>8</sup>, sem prejuízo de outros tipos de operadoras também utilizarem este tipo de contratação. Como exemplo de operadora de plano de saúde em autogestão pode-se citar a **Caixa de Assistência** dos Funcionários do **Banco do Brasil** (CASSI), uma empresa de autogestão em saúde com 61 anos de existência, certamente uma das pioneiras neste tipo de organização de serviços de saúde no Brasil. No campo da medicina de grupo, existe a Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE, valendo lembrar que este tipo de operadora de saúde representa quase 34% do universo de operadoras de saúde do Brasil.

Com o avanço da inserção do psicólogo na saúde suplementar, abre-se a possibilidade de operadoras de planos de saúde aumentarem o seu interesse na contratação de profissionais de saúde para prestarem serviços para os beneficiários dos respectivos planos. Trata-se de um possível campo de contratação de

---

7 Autogestão: São entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seus departamentos (geralmente de Recursos Humanos), responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer serviços a grupos definidos (empregados da empresa, filiados da entidade etc.).

8 Medicina de Grupo: Sistema de administração de serviços médico-hospitalares para atendimento em larga escala com padrão profissional e custos controlados. O Ministério do Trabalho, pela Portaria n. 3.286 definiu medicina de grupo como a pessoa jurídica de direito privado, organizada de acordo com as leis do país, que se dedique a assegurar a assistência médica ou hospitalar e ambulatorial, mediante uma contraprestação pecuniária preestabelecida, vedada a essas empresas a garantia de um só evento.

profissionais já que há a possibilidade de algumas operadoras de saúde contratarem profissionais de saúde para trabalharem em regime de emprego celetista.

## b) Cooperativas

As cooperativas médicas<sup>9</sup> representam também uma importante parcela das operadoras de planos de saúde (16,89%). A mais conhecida hoje no Brasil é a Unimed, mas existem diversas cooperativas médicas e odontológicas que atuam pelo país. Atualmente, as cooperativas são reguladas pelo novo Código Civil e pela Lei 5.764/71.

As cooperativas oferecem aos seus prestadores de serviço de saúde o vínculo jurídico de cooperado, por meio do ingresso do profissional de saúde em cooperativas de saúde. No setor da saúde suplementar existem as cooperativas de saúde e as cooperativas odontológicas. O ingresso de associados nas cooperativas é livre a todos aqueles que desejarem utilizar os serviços prestados pela sociedade, desde que adiram aos propósitos sociais e preencham as condições estabelecidas no estatuto, ressalvados os casos de impossibilidade técnica de prestação de serviços (Lei 5.764/71, arts. 4, I e 29).

De acordo com o novo Código Civil, são características da sociedade cooperativa: i) variabilidade ou dispensa de capital social; ii) concurso de sócios em número mínimo necessário a compor a administração da sociedade, sem limitação de número máximo; iii) limitação do valor da soma de quotas do capital social que cada sócio poderá tomar; iv) intransferibilidade das quotas do capital social a terceiros estranhos à sociedade, ainda que por herança; v) quorum para a assembléia geral funcionar e deliberar, fundado no número de sócios presentes à reunião e não no capital social representado; vi) direito de cada sócio a um só voto nas deliberações; vii) distribuição dos resultados, proporcionalmente ao valor das operações efetuadas pelo sócio com a sociedade, podendo ser atribuído juro fixo ao capital realizado; viii) indivisibilidade do fundo de reserva entre os sócios, ainda que em caso de dissolução da sociedade (CC, art. 1.094).

Como se vê, nas cooperativas os prestadores de serviços qualificam-se como sócios e realizam serviços em benefício da cooperativa como um todo, sendo que sua participação nos resultados será proporcional aos serviços e atividades desenvolvidas no âmbito da cooperativa.

---

<sup>9</sup> Classificam-se na modalidade cooperativas médicas as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71, que operam planos privados de assistência à saúde.

Nas sociedades cooperativas a responsabilidade dos sócios pode ser limitada ou ilimitada, devendo tal condição estar expressamente prevista nos Estatutos Sociais (CC, art. 1.095). É ilimitada a responsabilidade na cooperativa em que o sócio responde solidariamente e ilimitadamente pelas obrigações sociais. É limitada a responsabilidade na cooperativa em que o sócio responde somente pelo valor de suas quotas e pelo prejuízo verificado nas operações sociais, guardada a proporção de sua participação nas mesmas operações.

O art. 5º da Lei 5.764/71 dispõe que as sociedades cooperativas poderão adotar por objeto qualquer gênero de serviço, operação ou atividade, assegurando-lhes o direito exclusivo e exigindo-lhes a obrigação do uso da expressão 'cooperativa' em sua denominação. A Organização das Cooperativas Brasileiras – OCB classifica as cooperativas, dispondo que as cooperativas de saúde são aquelas que se dedicam à preservação e à recuperação da saúde humana.

Podem celebrar contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro. Os cooperados são ao mesmo tempo sócios e trabalhadores prestadores de serviços pela cooperativa.

No âmbito da saúde suplementar as cooperativas podem constituir importante campo de trabalho para os psicólogos, na medida em que a tendência é de cada vez mais os serviços de psicoterapia, aí incluídos os prestados pelos psicólogos, serem absorvidos pelo amplo mercado da saúde suplementar. As opções que se abrem nesse sentido são muitas, sendo que, pela atual regulação da ANS, caberia aos psicólogos ingressar nas Cooperativas Médicas, na qualidade de sócios cooperados.

### c) Contratos de prestação de serviços

No âmbito da saúde suplementar uma das formas mais comuns de contratação de prestação de serviços de saúde é através de Contrato de Prestação de Serviços. Estes contratos, conhecidos como contratos de adesão, são regulados pelo Código Civil (arts. 593 a 609) e têm seus contornos melhor definidos pela Resolução Normativa n. 71, de 17 de março de 2004. Eles servem para definir as redes credenciadas e referenciadas dos planos de saúde comercializados pelas operadoras, e podem ser firmados com os profissionais de saúde ou com estabelecimentos de saúde.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão ajustar as condições de prestação de serviços com profissionais de saúde em consultórios ou com as pessoas jurídicas, mediante instrumentos jurídicos a serem firmados nos termos da regulação da

ANS. Os instrumentos jurídicos firmados (Contratos) devem estabelecer com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos no que couber.

A ANS estabelece como cláusulas obrigatórias dos contratos de prestação de serviços as que estabeleçam (RN 71/2004, art. 2º, Parágrafo único):

I – qualificação específica:

- a) registro da operadora na ANS; e
- b) registro do profissional de saúde ou da pessoa jurídica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS nº 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS nº 511, 29 de dezembro de 2000;

II – objeto e natureza do ajuste com a descrição de todos os serviços contratados, contendo:

- a) definição detalhada do objeto;
- b) especialidade(s) e/ou serviço(s) contratado(s);
- c) procedimento para o qual o profissional de saúde ou pessoa jurídica são indicados, quando a prestação do serviço não for integral; e,
- d) regime de atendimento oferecido pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica - hospitalar, ambulatorial e urgência;

III – prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com:

- a) definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado;
- b) definição dos valores dos serviços contratados;
- c) rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver;
- d) rotina para habilitação do beneficiário junto ao profissional de saúde ou pessoa jurídica; e
- e) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora;

IV - vigência dos instrumentos jurídicos:

- a) prazo de início e de duração do acordado; e
- b) regras para prorrogação ou renovação;

V – critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação com vistas à preservação da relação entre profissional de saúde ou pessoa jurídica e paciente, garantindo-se a continuidade do atendimento em outro profissional de saúde ou pessoa jurídica, a saber:

- a) antecedência mínima de 60 dias para a notificação da data pretendida para encerramento da prestação de serviço, quando o prazo de vigência acordado for indeterminado;

b) nos casos em que o prazo de vigência acordado for determinado, em situações de descumprimento contratual ou em caso de desinteresse pela renovação, a notificação deverá observar antecedência mínima de 30 dias; e  
c) inserção das seguintes obrigações a serem observadas a partir da notificação:

1. manutenção da assistência pelos profissionais de saúde ou pessoa jurídica aos pacientes já cadastrados, até a data estabelecida para encerramento da prestação do serviço;
2. pagamento dessa assistência pela operadora na forma já acordada;
3. identificação formal pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica à operadora dos pacientes que se encontrem em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial;
4. comunicação pela operadora aos pacientes identificados na forma do item anterior, garantindo recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência; e
5. disponibilidade do profissional de saúde ou pessoa jurídica em fornecer as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro profissional de saúde, desde que requisitado pelo paciente;

VI – informação da produção assistencial, com a obrigação do profissional de saúde ou pessoa jurídica disponibilizar às operadoras contratantes os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI, do art. 4º da Lei nº 9.961 de 2000; e

VII – direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei nº 9.656 de 1998 e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando:

- a) a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18 da Lei nº 9.656 de 1998;
- b) a prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com sessenta anos de idade ou mais, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade;
- c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;
- d) a autorização para divulgação do nome do profissional de saúde ou pessoa jurídica contratada;
- e) penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas; e
- f) não discriminação dos pacientes, bem como a vedação de exclusividade na relação contratual.

Vê-se, portanto, que os contratos de prestação de serviços representam o principal instrumento de inserção dos serviços de profissionais de saúde na saúde suplementar. As condições de contratualização neste campo ainda são

bastante sujeitas à questões controversas que atingem atualmente os médicos e que, seguramente, atingirão os psicólogos que ingressarem neste setor. O item 3 deste documento trata de alguns destes problemas.

#### d) Seguradoras especializadas em saúde

As seguradoras especializadas em saúde, reguladas pela Lei 10.185/2001, trabalham especificamente com o sistema de reembolso.

Assim, estas seguradoras reembolsam despesas de saúde de seus segurados, desde que estas despesas estejam previstas no contrato de seguro. Neste tipo de inserção do profissional de saúde, o paciente procura diretamente o profissional e paga pelo serviço recebido normalmente, sendo posteriormente reembolsado pela seguradora.

O desafio, neste campo, é inserir nos contratos das seguradoras de saúde os serviços do psicólogo como serviços reembolsáveis.

## 4. Algumas questões relacionadas à regulação da ANS sobre a relação operadora de saúde/prestador de serviço

Cumpra destacar, neste momento, algumas questões que já afetam os médicos no âmbito da saúde suplementar e que certamente irão também afetar o psicólogo na medida em que ele for se inserindo neste mercado. Também vale lembrar outros pontos que ainda são verdadeiros desafios para o psicólogo no campo da saúde suplementar.

#### a) Inclusão dos procedimentos do psicólogo nos Planos de Referência que a ANS exige das operadoras

Como visto, atualmente o atendimento psicológico dos beneficiários de planos de saúde somente é oferecido por operadoras de planos de saúde que voluntariamente compreendam a importância deste setor no atendimento de seus clientes.

A ANS está em um processo de ampliação da lógica da integralidade na saúde suplementar, inserindo no âmbito de sua regulamentação mecanismos de indução para que as operadoras passem a oferecer atendimento por 'linhas de cuidado', onde seriam inseridos serviços de promoção e prevenção à saúde para diversos tipos de fatores de risco, tais como alimentação inadequada, obesidade, sedentarismo, consumo de álcool e tabagismo.

As linhas de cuidado podem ser divididas e organizadas por vários critérios, tais como fases de vida (criança, mulher, idoso, adolescente...), agravos (doenças respiratórias, hipertensão, diabetes, cânceres, AIDS...) ou por especificidades, como saúde bucal, mental, do trabalhador, etc.

A ANS publicou a Resolução Normativa n. 94, de 23 de março de 2005, na qual estabelece os critérios para indução da adoção das linhas de cuidado pelas operadoras. Ainda se trata de uma medida tímida, mas que prenuncia uma nova abordagem para o tratamento da saúde no âmbito da saúde suplementar.

## b) Exigência para admissão

Outra questão que apresenta debates no âmbito da saúde suplementar é a de definição do tipo de profissional que as operadoras de planos de saúde irão admitir em seus quadros, seja por meio de contratos de trabalho, cooperativas, prestação de serviços ou reembolso dos segurados.

Neste quadro, o papel dos órgãos de classe mostra-se importantíssimo.

## c) Duração da sessão e limites de sessões semanais

Muitas vezes as operadoras de planos de saúde, visando otimizar seus custos, impõem limites de sessões semanais que o paciente poderá servir-se de determinado serviço de saúde, ferindo a autonomia do profissional na decisão do melhor tratamento a ser ministrado.

As restrições atingem, também, o tempo de duração das sessões, que em alguns casos são bastante limitados e também afetam (ou podem afetar) a eficácia dos tratamentos. Tais limitações devem ser analisadas com cuidado pelo Conselho de Psicologia pois podem afetar aspectos éticos e técnicos da atividade de psicologia.

## d) Remuneração

Outro ponto relevante é o da remuneração do profissional de saúde por sessão trabalhada. Nos casos dos contratos de prestação de serviços, essa remuneração às vezes mostra-se inferior ao mínimo estabelecido pelos Conselhos de Classe, prejudicando a qualidade do serviço prestado e a própria dignidade do profissional de saúde que passa a atender por valores aviltantes.

## e) Autonomia

A autonomia do profissional de saúde que trabalha no âmbito da saúde suplementar pode ainda ser limitada pela exigência de encaminhamento médico para a realização de sessões de psicoterapia, fisioterapia, RPG, entre outros serviços de saúde prestados por não médicos.

Ao exigir encaminhamento médico, coloca-se um grande empecilho à autonomia do paciente, que pode querer ir direto ao tipo de serviço de saúde que ele sabe necessitar, e à autonomia do profissional de saúde, que fica dependente de guias médicas indicando a necessidade de sessões como psicólogo, por exemplo. Trata-se de um filtro para redução de custos que muitas vezes prejudica profissionais e pacientes.

## 5. Considerações finais

Como visto, no campo das relações trabalhistas entre profissionais de saúde e operadoras de planos de saúde há um espectro bastante amplo de questões a serem trabalhadas, destacando-se as diretamente relacionadas com a qualidade do serviço de psicologia prestado e a autonomia do psicólogo para o exercício de suas atividades no âmbito da saúde suplementar.

Procurou-se, neste documento, apresentar os principais pontos a serem debatidos pelos psicólogos para que a sua inserção na saúde suplementar ocorra de maneira digna e ampla. Trata-se de uma radiografia inicial de um setor da saúde brasileira que começa a se descortinar para os psicólogos.

Certamente que os temas aqui colocados não se esgotam neste documento, devendo ser discutidos e aprofundados nas instâncias representativas dos profissionais psicólogos. Somente a reflexão coletiva poderá definir quais são os caminhos mais adequados e as formas mais eficazes de ação visando à melhoria de suas condições de trabalho e da qualidade dos serviços de psicologia prestados no âmbito da saúde suplementar.







