

# Guia de Orientação:

## Psicologia e saúde suplementar

DISTRIBUIÇÃO  
GRATUITA

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA  
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA

# **GUIA DE ORIENTAÇÃO: PSICOLOGIA E SAÚDE SUPLEMENTAR**

1.<sup>a</sup> Edição  
Brasília, Setembro/2019

© 2019 Conselho Federal de Psicologia

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Disponível também em: [www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br).

Projeto Gráfico: Movimento

Diagramação: Movimento

Revisão e normalização: MC&G Design Editorial

### **Referências bibliográficas conforme ABNT NBR**

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2, Bloco B,

Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília/DF

(61) 2109-0107 E-mail: [ascom@cfp.org.br](mailto:ascom@cfp.org.br) / [www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br)

Impresso no Brasil – agosto de 2019

C755 Conselho Federal de Psicologia (Brasil).

Guia de orientação : psicologia e saúde suplementar / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 1. ed. — Brasília : CFP, 2019. 33 p. ; 21 cm.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5069-000-7

1. Psicologia - Manuais, guias, etc. 2. Psicologia aplicada. I. Conselhos Regionais de Psicologia. II. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). III. Título.

CDD 158

**1ª Edição – 2019**

**ORGANIZAÇÃO**

Conselho Federal de Psicologia  
Grupo de Referência em Saúde Suplementar

**COORDENAÇÃO/CFP**

Miraci Mendes Astun – Coordenadora-geral  
Cibele Tavares – Coordenadora-adjunta

**GERÊNCIA DE COMUNICAÇÃO**

Luana Spinillo - Gerente  
Thaís Ribeiro – Jornalista

**GÊRENCIA TÉCNICA**

Camila Dias Alves – Gerente  
Ylo Barroso Fraga – Analista Psicólogo

**Plenário responsável pela publicação Conselho Federal de Psicologia:**

**XVII PLENÁRIO – GESTÃO 2017-2019**

**DIRETORIA**

Rogério Giannini – Presidente  
Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega – Vice Presidenta  
Pedro Paulo Gastalho de Bicalho – Conselheiro Secretário  
Norma Celiane Cosmo – Tesoureira

**CONSELHEIRAS(OS) EFETIVOS**

Iolete Ribeiro da Silva – Secretária Região Norte  
Clarissa Paranhos Guedes – Secretária Região Nordeste  
Marisa Helena Alves – Secretária Região Centro-Oeste  
Júnia Maria Campos Lara – Secretária Região Sudeste  
Rosane Lorena Granzotto – Secretária Região Sul  
Fabián Javier Marín Rueda – Conselheiro 1  
Célia Zenaide da Silva – Conselheira 2

## **CONSELHEIRAS(OS) SUPLENTE**

Maria Márcia Badaró Bandeira – Suplente  
Daniela Sacramento Zanini – Suplente Paulo  
Roberto Martins Maldos – Suplente  
Fabiana Itaci Corrêa de Araujo – Suplente  
Jureuda Duarte Guerra – Suplente Região Norte  
Andréa Esmeraldo Câmara – Suplente Região Nordeste  
Regina Lúcia Sucupira Pedroza – Suplente Região Centro-Oeste  
Sandra Elena Sposito – Suplente Região Sudeste  
Cleia Oliveira Cunha – Suplente Região Sul (in memorian)  
Elizabeth de Lacerda Barbosa – Conselheira Suplente 1  
Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa – Conselheiro Suplente 2

## **GRUPO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE SUPLEMENTAR**

### **COORDENADORA**

Rosane Lorena Granzotto (CFP)

### **INTEGRANTES**

Priscila de Lima Souza (CRP 02)  
Itamar de Almeida Carneiro (CRP 03)  
Waldomiro Salles (CRP 04)  
Simone Garcia da Silva (CRP 05)  
Suely Castaldi (CRP 06)  
Lúcio Garcia (CRP 07)  
Luciano Bugalski (CRP 08)  
Ionara Vieira Moura Rabelo (CRP 09)  
Emilie Boesmans (CRP 11)  
Jaira Terezinha Rodrigues (CRP 12)  
Giulliana Karla Marques (CRP 13)  
Fabrício Basso (CRP 14)  
Carolina Roseiro (CRP 16)  
Patricia Karla de Souza e Silva (CRP 17)  
Morgana Moreira Moura (CRP 18)  
Marlla Katherinne (CRP 23)  
Walkes Jacques Vargas (FENAPSI)

# Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>06</b>
<b>1 Introdução .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Organização administrativa do trabalho.....</b>	<b>12</b>
2.1 Do contrato com as operadoras .....	13
2.2 Formas de contratação .....	15
<b>3 Rol de procedimentos e eventos em saúde.....</b>	<b>17</b>
3.1 Consulta/sessão com psicóloga(o) .....	17
3.2 Consulta/sessão com psicóloga(o) e/ou terapeuta ocupacional .....	18
3.3 Sessão de psicoterapia.....	18
3.4 Procedimentos administrativos.....	21
<b>4 Orientações técnicas e éticas .....</b>	<b>22</b>
4.1 Tempo de sessão.....	23
4.2 Cobrança de faltas.....	24
4.3 Elaboração de documentos.....	24
4.4 Prontuários.....	25
4.5 Honorários .....	26
4.6 Contrato terapêutico .....	29
4.7 Atendimento online .....	29
<b>5 Indicativos às(aos) beneficiárias(os) de planos de saúde.....</b>	<b>31</b>
5.1 Controle social em saúde suplementar.....	31
5.2 Programa Qualiss .....	32
5.3 Cobranças excedentes.....	32
<b>6 Considerações finais.....</b>	<b>33</b>

# APRESENTAÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, o acesso gratuito e universal à saúde é um direito social garantido pelo Estado, por meio de políticas sociais e econômicas. Tais políticas são organizadas em ações e serviços públicos que compõem uma rede denominada Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é uma organização administrativa do Estado Brasileiro voltada à atenção integral à saúde, mediante a oferta de serviços de promoção, proteção e também de sua recuperação.

## Princípios do SUS:

**Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

**Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, elas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo-se mais onde a carência é maior.

**Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

De acordo com a Constituição, a iniciativa privada pode oferecer serviços de atenção à saúde de forma adicional àquela ofertada pelo SUS. A Lei n.º 8.080/90,<sup>1</sup> conhecida como “Lei Orgânica da Saúde”, caracteriza os serviços privados como aqueles que ocorrem “pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde”. Além disso, devem ocorrer segundo princípios éticos e normas expedidas pelo SUS.

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

## 1. SAÚDE COMPLEMENTAR

A atuação da iniciativa privada na área da saúde será considerada complementar quando for desenvolvida nos termos do artigo 199 da C.F.,<sup>2</sup> 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 de estrutura básica para o atendimento

---

1 Lei n.º 8.080/90 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

2 Art. 199 /Constituição Federal – Dispõe que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

universal da população. Resta assim, ao Estado Brasileiro, por meio 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 artigo 199 da Constituição Federal e pelos artigos de 24 a 26 da Lei n.º 8.080/90.<sup>3</sup>

Por firmarem contratos ou convênios com o Sistema Único de Saúde, as pessoas jurídicas de direito privado 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 houver firmado contrato ou convênio com os órgãos e entidades que compõem o SUS serão consideradas, para todos os fins, instituições-organismos do SUS.

## 2. 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.

---

3 Lei n.º 8.080/90 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

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 n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e Lei n.º 9.656/1998.<sup>4</sup>

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).

Embora os princípios e diretrizes que regem o 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.

A Lei n.º 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 par-

---

4 Leis Federais n.º 9.961/2000, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências; e n.º 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

cialmente 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. (A Psicologia na Saúde Suplementar: aspectos regulatórios. CRP-SP/CEPEDISA, 2007).

Neste sentido, a Saúde Suplementar é um dos setores organizados para a prestação de serviços privados de saúde no país, onde se estabelece uma relação jurídica entre o prestador e o consumidor, tendo os planos e seguros de saúde estruturados em decorrência da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998.

# 1 INTRODUÇÃO

Tendo em vista o papel da(o) psicóloga(o) na atenção em Saúde Suplementar, bem como a relação de tal profissional com as Operadoras de Planos de Saúde, o Conselho Federal de Psicologia – CFP, em parceria com alguns Conselhos Regionais de Psicologia e com a Federação Nacional de Psicólogos - FENAPSI, compõe o Grupo de Referência em Saúde Suplementar.

Entre outras ações, o Grupo de Referência em Saúde Suplementar se organizou no sentido de propor diretrizes ao trabalho da(o) profissional de psicologia no campo da Saúde Suplementar e o faz mediante a elaboração deste Guia de Orientação: Psicologia e Saúde Suplementar. Este material não pretende esgotar as questões relativas a este campo de atuação, mas sim oferecer orientações a respeito dos aspectos éticos, técnicos e regulatórios concernentes à relação estabelecida com as Operadoras de Planos de Saúde.

Para regular a iniciativa privada em saúde, no que diz respeito aos planos e seguros privados, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia que, segundo a Lei n.º 9.961 de 28 de janeiro de 2000, tem por objetivo regular, normatizar, controlar e fiscalizar atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Além disso, a ANS é responsável pela manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde, se tornando assim uma instituição de caráter social, tendo as mesmas diretrizes do que seja público no tocante aos direcionamentos constitucionais relativos à saúde.

Caso haja descumprimento do que determina a lei no que se refere à regulamentação dos serviços prestados tanto por operadoras quanto por prestadores a ANS disponibiliza um canal de denúncias aberto para todas(os) as(os) beneficiárias(os) do sistema de saúde suplementar: 0800 7019656 (DISQUE ANS).

## 2 ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO TRABALHO

Para o exercício profissional em Saúde Suplementar, é importante que a(o) profissional esteja atenta(o) às questões administrativas que compõem o trabalho, a fim de realizá-lo com organização e qualidade. Chamamos “profissionalização do serviço” quando a(o) psicóloga(o) se atenta à organização administrativa do exercício profissional e detém o conhecimento necessário sobre a complexidade de se trabalhar com planos de saúde.

No trabalho junto a Operadoras de Planos de Saúde, é importante verificar se aquela com a qual pretende se credenciar possui registro na ANS, uma vez que o registro na ANS é exigido a todas as Operadoras de Planos de Saúde que atuam no setor de Saúde Suplementar no Brasil.

A existência de registro pode ser verificada no sítio eletrônico da ANS<sup>5</sup>. Caso a operadora não seja registrada, é possível formalizar denúncia junto à Agência por meio do número 0800 7019656 (DISQUE ANS).

A(o) profissional deve se informar sobre a forma de vínculo que a Operadora admite:

- Regida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);
- Vínculo de cooperado;
- Regida por contratos de prestação de serviços entre pessoas jurídicas;
- Outros critérios de contratação.

---

5 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>.

Caso opte por constituir uma Pessoa Jurídica para prestar serviços, deverá estar atenta(o) à documentação exigida pelos órgãos regulamentadores, em geral:

- Alvará da Vigilância Sanitária;
- Alvará de Funcionamento;
- Alvará do Corpo de Bombeiros;
- Contrato Social;
- Inscrição da PJ no Conselho Regional de Psicologia;
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Se você optar por trabalhar em uma clínica (PJ) que já tenha convênio estabelecido com as Operadoras, você deverá ser incluída(o) no corpo clínico, conforme regulamentações internas.

Em relação aos contratos, elucide suas dúvidas sobre os aspectos trabalhistas e remuneratórios com o Sindicato das(os) Psicólogas(os) regional, e/ou na FENAPSI.

É importante ressaltar que os prestadores de serviços (credenciados) firmam uma relação de trabalho através de contrato. Em caso de dúvidas sobre aspectos trabalhistas e remuneratórios a organização das/os profissionais atuando no Sindicato das/os Psicólogos do estado, e/ou na FENAPSI, pode ajudar na busca por melhorias.

## 2.1 DO CONTRATO COM AS OPERADORAS

A partir da Lei n.º 13.003/2014, que altera a Lei n.º 9.656/1998, torna-se obrigatória a existência de contratos escritos entre as Operadoras de Planos de Saúde e suas(seus) prestadoras(es) de serviços. Tal legislação dispõe acerca de direitos, obrigações e responsabilidade das partes, no que se refere ao estabelecimento de contratos.

Desta forma, em relação a estes contratos, é importante atentar para os seguintes fatores:

- Verificar se há adequação entre as cláusulas estabelecidas no contrato e os princípios e responsabilidades da(o) profissional de psicologia, pautados no Código de Ética Profissional. Não havendo compatibilidade, cabe à(ao) psicóloga(o) se recusar a prestar serviços e, sendo pertinente, apresentar denúncia aos CRPs;
- Restrições de cobertura às(aos) beneficiárias(os) em função dos tipos de planos;
- Carências para repetições de procedimentos ou quaisquer outros aspectos;
- Conduta a adotar quando houver necessidade de solicitar procedimentos não cobertos pela operadora;
- Forma correta de identificar e caracterizar as(os) beneficiárias(os) e os mecanismos administrativos e técnicos para aprovação dos tratamentos no sistema de auditoria previsto, que pode incluir auditorias administrativas e técnicas, com avaliações iniciais, intermediárias, finais e pós-tratamentos, fornecimento de relatórios, etc.;
- Peculiaridades/exigências dos planos de saúde aos quais você está se conveniando;
- Analisar com cautela o contrato estabelecido com a Operadora, pois são cláusulas obrigatórias, de acordo com a legislação vigente:
  - a. O objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;
  - b. Definição de valores dos serviços, critérios, forma e periodicidade do reajuste (que devem ser feitos anualmente, na data de aniversário do contrato, conforme a Lei n.º 13.003/2014);
  - c. Prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
  - d. Identificação dos atos, eventos e procedimentos que

necessitem de autorização administrativa da Operadora;

e. Vigência do contrato e critérios para a prorrogação, renovação e rescisão;

f. Penalidades pelo não cumprimento das obrigações.

Neste mesmo contexto, a Resolução Normativa ANS n.º 363/2014 também vem dispor sobre regras aos contratos escritos. Ressalta que a prestação de serviço sem formalização de contratos escritos, contratos com ausência de cláusulas obrigatórias ou cláusulas com disposições contrárias a tal normativa ou sua regulamentação, constitui infração à legislação de saúde suplementar vigente. Caso tais normatizações não estiverem sendo cumpridas, ou não estejam previstas no contrato, é preciso denunciar junto à ANS, para que esta possa fiscalizar.

## 2.2 FORMAS DE CONTRATAÇÃO

Podem ocorrer duas modalidades de contratação profissional: por meio de Pessoa Jurídica (PJ) ou Pessoa Física (PF). A relação com os planos de saúde é privada e contratual, portanto, podem ser realizadas algumas exigências pela Operadora de Planos de Saúde e cabe à(ao) profissional realizar a escolha da Operadora, seguindo critérios éticos, técnicos e financeiros. De acordo com a ANS, o credenciamento como PJ pode ser uma exigência da Operadora de Planos de Saúde, não existindo uma legislação específica para esta questão.

A constituição de Pessoa Jurídica é uma avaliação a ser realizada diante da demanda que pretende atender e da relação custo versus benefício. Seria importante entender com a Operadora do Plano de Saúde se a constituição de uma Pessoa Jurídica é um requisito, ou se há a possibilidade de atuar como psicóloga(o) autônoma(o). Orientamos a procura de um Contador e/ou Advogado de sua confiança para refletir sobre estas possibilidades.

Caso escolha por constituir Pessoa Jurídica, constando a Psicologia no objeto social desta empresa, se fará obrigatória a inscrição da Pessoa Jurídica no Conselho Regional de Psicologia (além da sua inscrição como pessoa física). Isso poderá implicar em duas anuidades, uma de Pessoa Física e uma de Pessoa Jurídica. No entanto, cabe informar que, caso venha a constituir Pessoa Jurídica como Empresário Individual ou Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (EIRELI), estará isenta(o) da anuidade de Pessoa Jurídica.

Outra possibilidade para a(o) psicóloga(o) inscrita(o) no CRP é a de atuar como profissional autônoma(o). Para isso deve procurar a prefeitura de sua cidade e informar-se sobre a documentação e os procedimentos necessários para obtenção do seu Alvará de Autônomo, bem como dos alvarás Sanitário, expedido pela Vigilância Sanitária, e do Corpo de Bombeiros de seu município.

Lembramos que, uma vez inscrito na Prefeitura, criará um vínculo com esta como profissional autônomo e passará a pagar o ISS, obrigatoriamente, pois este é um imposto/tributo, conforme acima referido. Informamos ainda que a fiscalização em relação ao alvará é de competência e atribuição da Prefeitura, e não do CRP.

# 3 ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

O rol de procedimentos e eventos em saúde constitui a referência básica para a cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde. A Resolução da ANS n.º 428/2017 atualiza a listagem de procedimentos e eventos mínimos obrigatórios em cada nível contratado pela(o) beneficiária(o) junto ao plano de saúde. Esta cobertura mínima obrigatória é denominada de “plano-referência” e inclui a(o) profissional da psicologia na modalidade ambulatorial. Tal modalidade, que pode ocorrer em ambulatório ou consultório, segue as especificações abaixo:

## 3.1 CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGA(O)

Cobertura mínima obrigatória de doze consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- Pacientes candidatas à cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Feminina (laqueadura tubária; laqueadura tubária laparoscópica);
- Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Cirurgia de Esterilização Masculina (vasectomia);
- Pacientes candidatos à gastroplastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do

procedimento: Gastroplastia (cirurgia bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;

- Pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Implante Coclear;
- Pacientes ostomizados e estomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização.

## 3.2 CONSULTA/SESSÃO COM PSICÓLOGA(O) E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL

Cobertura mínima obrigatória de quarenta consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

## 3.3 SESSÃO DE PSICOTERAPIA

A psicoterapia é uma prática atribuída à(ao) psicóloga(o), de acordo com a Resolução do CFP n.º 010/2000, mas não privativa. Desta forma, no que se refere à saúde suplementar, a Resolução Normativa ANS n.º 387/2015 estabelece que a psicoterapia poderá ser realizada por psicóloga(o) e por médico devidamente habilitados.

De acordo com a mesma Resolução da ANS, a cobertura de no mínimo dezoito sessões por ano de contrato é obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o «stress» e transtornos somatoformes (CID F40 a F48);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30, F32, F34, F38, F39);
- Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (CID F10 a F19).

No que se refere ao plano hospitalar, a(o) psicóloga(o) pode integrar equipe multiprofissional do programa de atenção e cuidados intensivos, de acordo com os seguintes critérios:

- Paciente portador de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (CID F10 a F14);
- Paciente portador de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
- Paciente portador de transtornos do humor (episódio maníaco e transtorno bipolar do humor – CID F30, F31);
- Paciente portador de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84).

Cada plano de saúde tem autonomia para ampliar os procedimentos, desde que constem no contrato de convênio. Observamos que algu-

mas operadoras já oferecem uma ampliação do rol de procedimentos previstos nas resoluções da ANS, como:

1. Avaliação Psicológica
2. Avaliação Neuropsicológica
3. Psicoterapia em Grupo – Por beneficiário
4. Sessão de Psicomotricidade individual
5. Sessão de Psicoterapia infantil individual e grupo
6. Orientação aos pais e responsáveis
7. Psicoterapia de casal
8. Psicoterapia familiar
9. Acompanhamento e reabilitação profissional com Psicóloga(o)
10. Atendimento psicológico de emergência
11. Atendimento hospitalar e domiciliar

Ressalta-se que o Rol estabelece a cobertura mínima que as operadoras deverão ofertar, ou seja, não estabelece que a cobertura ocorra até alcançar o número definido de consultas/sessões, mas que seja coberto, no mínimo, o número estabelecido. Não há qualquer impedimento para que as operadoras, juntamente com suas(seus) prestadoras(es) credenciadas(os), e considerando as necessidades específicas das(os) beneficiárias(os), estabeleçam cobertura maior do que a definida por lei.

Independentemente do número de atendimentos, a(o) profissional deve atentar-se para a prestação de serviços que respeite os direitos das(os) beneficiárias(os) dos planos de saúde e que sejam prestadas todas as informações relativas ao trabalho a ser realizado (CFP, 2005).

Igualmente, em relação aos procedimentos, partimos do entendimento que os fenômenos psicológicos diferem em sua complexidade. Assim, a Psicologia se apresenta ao contexto da saúde suplementar dentro de uma possibilidade de fazeres, que abarcam saberes e complexidades diferenciadas. Entretanto, esta compreensão destoa do que é previsto pela ANS, pois o atual Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde limita o escopo de serviços que podemos oferecer à sociedade como psicólogas(os).

## 3.4 PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS

### 3.4.1 Encaminhamentos e Solicitações

De acordo com a Resolução Normativa ANS n.º 428/2017, Seção II - Dos Princípios de Atenção à Saúde na Saúde Suplementar:

Art. 5.º Os procedimentos e eventos listados nesta RN e em seus Anexos poderão ser executados por **qualquer profissional de saúde habilitado** (grifo nosso) para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

Ainda conforme a Resolução Normativa ANS n.º 428/2017, os procedimentos previstos na legislação “serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente”. Porém, o condicionamento da prestação de serviço psicológico à solicitação médica fere a autonomia da profissão e o princípio da integralidade, segundo o que estabelece a Lei n.º 4.119/62, à medida que o modelo biomédico se coloca acima dos saberes e fazeres em Psicologia.

Esta Lei, que dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicóloga(o), entre outros dispositivos legais constituintes do campo da Psicologia, responsabiliza e confere autonomia a(o) profissional pelo seu fazer. Desta forma, o Sistema Conselhos entende que a submissão da categoria de psicólogas(os) ao saber de outra(o) profissional fere a autorização necessária que uma(um) beneficiária(o) dá à(ao) sua(seu) terapeuta ao elegê-la(lo) para a escuta de seu sofrimento.

# 4 ORIENTAÇÕES TÉCNICAS E ÉTICAS

As orientações contidas neste Guia de Orientação sobre Saúde Suplementar se fundamentam, sobretudo, na garantia da saúde como um direito de todos e todas, bem como nos princípios éticos e técnicos que regem a Psicologia como ciência e profissão.

Desta forma, para a atuação em saúde suplementar, é importante que a(o) profissional se atente aos direitos e deveres da(o) beneficiária(o) da saúde, estabelecido pela Portaria n.º 1.820/2009, do Ministério da Saúde. Esta Portaria estabelece, entre outras questões, que o atendimento deve ser humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificadas(os), que respeitem os valores, a cultura e os direitos da(o) beneficiária(o). Já no que se refere à Lei n.º 9.656/1998, a atenção à saúde, em sua vertente suplementar, deverá observar os seguintes princípios:

- Atenção multiprofissional;
- Integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;
- Incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal;
- Uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde; e
- Adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando ao aumento de sua autonomia.

Tais indicativos coadunam com o Código de Ética profissional, que estabelece que o trabalho seja realizado de modo a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Além disso, que a(o) profissional respeite os direitos das(os) beneficiárias(os) e contribua à eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Neste sentido, orienta-se a respeito do que segue:

## 4.1 TEMPO DE SESSÃO

Não está previsto em nenhuma Resolução do Conselho Federal de Psicologia um tempo mínimo de duração para os atendimentos psicológicos. A(O) profissional tem autonomia para estabelecer o tempo de atendimento decorrente da sessão, considerando para isso o que refere o Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o) (CFP, 2005):

Art. 1.º – São deveres fundamentais dos psicólogos:

[...]

c) Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional.

Nesse sentido, é responsabilidade da(o) psicóloga(o) realizar o atendimento com duração suficiente para que seja garantida a qualidade do serviço oferecido e o bom andamento dos objetivos propostos ao atendimento, de forma a considerar a complexidade de fenômenos psicológicos que estruturam o caso.

Quando a(o) psicóloga(o) recebe da instituição onde trabalha a exigência de realizar uma demanda grande de atendimentos num tempo reduzido, que ela(e) argumente sobre os princípios que regem a profissão de psicóloga(o), buscando propor outras intervenções que não interfiram na qualidade dos serviços prestados e atendam a demanda proposta, como por exemplo atendimentos em grupo, respeitando os limites teóricos e técnicos dessa especificidade de atendimento.

Alertamos também que a(o) psicóloga(o) não deve definir o tempo de uma sessão orientado pelo valor recebido, relacionando os valores baixos ao tempo reduzido da sessão. Conforme dispõe o Código de Ética no artigo 4.º, alínea “c”:

Art. 4.º Ao fixar a remuneração pelo seu trabalho, o psicólogo:

[...]

c) Assegurará a qualidade dos serviços oferecidos independentemente do valor acordado.

Assim, a redução do tempo de atendimento pelo pagamento de honorários considerados baixos não poderá ser uma justificativa da(o) psicóloga(o) em seu trabalho, sob risco de infringir o Código de Ética.

## 4.2 COBRANÇA DE FALTAS

Diferente do que é contratado com os pacientes particulares, não é permitida a cobrança de faltas, uma vez que o inciso IV, artigo 2.º, da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) n.º 08/1998, veda o estabelecimento de mecanismos de regulação diferenciados — seja por beneficiário, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano.

## 4.3 ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS

Todo documento produzido pela(o) psicóloga(o) deve seguir o preconizado na Resolução CFP n.º 06/2019, que institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pela(o) psicóloga(o), decorrentes de avaliação psicológica. Além disso, deve atentar-se para o Código de Ética Profissional, no que tange aos cuidados com a pessoa atendida, o sigilo profissional, as relações com a justiça e o alcance das informações.

Ao produzir documentos escritos, a(o) profissional deve se basear exclusivamente nos instrumentais técnicos que se configuram como métodos e técnicas psicológicas para coleta de dados, estudos e in-

interpretação de informações a respeito da pessoa ou grupo atendido. Ademais, deve levar em conta os condicionantes históricos, sociais e culturais que envolvem os fenômenos psíquicos do indivíduo.

Caso a Operadora de planos de saúde solicite um documento psicológico, de acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo, deve ser transmitido “somente o que for necessário para a tomada de decisões que afetem o beneficiário ou beneficiário” (CFP, 2005, p. 8). É importante compreender, junto à Operadora, quais as informações necessárias, elaborando o documento que melhor se adeque ao solicitado. No caso de a solicitação ser realizada pela(o) beneficiária(o) do plano de saúde, de acordo com o mesmo Código de Ética, deve-se “fornecer, a quem de direito, na prestação de serviços psicológicos, informações concernentes ao trabalho a ser realizado e ao seu objetivo profissional” (CFP, op. cit., p. 8).

Destaque-se ainda, quanto à elaboração de documentos, que o rol de procedimentos da ANS não prevê a cobertura de instrumentos e testes psicológicos. Portanto, havendo a necessidade de aplicação destes, oriente (a)o beneficiária(o) a informar-se junto à operadora.

## 4.4 PRONTUÁRIOS

A partir da Resolução CFP n.º 001/2009, torna-se obrigatório o registro documental das informações decorrentes da prestação de serviços psicológicos, de forma que possibilite a orientação e fiscalização do trabalho realizado pela(o) profissional.

Quando do registro em forma de prontuário, o mesmo deve ser permanentemente atualizado e organizado pela(o) psicóloga(o) e, ainda, deve contemplar:

- Identificação do beneficiário;
- Avaliação da demanda e definição de objetivos do trabalho;
- Registro do trabalho realizado e seu acompanhamento, bem como os procedimentos técnico-científicos adotados;

- Registro de encaminhamento ou encerramento;
- Cópias dos documentos produzidos pela(o) psicóloga(o) para o beneficiário ou instituição sobre o atendimento realizado.

No caso de serviço multiprofissional, o registro deve ser realizado em prontuário único, onde devem ser registradas apenas as informações necessárias ao cumprimento dos objetivos do trabalho pela equipe, de acordo com o Código de Ética. E, ainda, por razões de restrição no compartilhamento de informações com a(o) beneficiária(o), é necessária a realização do registro documental com limite de acessibilidade, de forma que o teor do conteúdo fique mantido em sigilo apenas de acesso à(ao) profissional.

A guarda dos registros de atendimento individual ou grupal é de responsabilidade da(o) psicóloga(o) e obedece ao disposto no Código de Ética Profissional e na Resolução CFP nº 06/2019, que institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos. A(O) beneficiária(o) ou seu representante legal tem direito de acesso integral às informações registradas em seu prontuário, podendo inclusive solicitar sua cópia.

## 4.5 HONORÁRIOS

O valor dos atendimentos realizados é estipulado pela Operadora de Plano de Saúde, de acordo com o rol de procedimentos, por meio de contrato estabelecido junto à(ao) profissional. Segundo o artigo 4.º do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), a(o) profissional deve zelar pela qualidade dos serviços prestados, independentemente do valor do serviço, fornecendo informações a esse respeito antes do início do trabalho. Destacamos que o ingresso, a associação e a permanência da(o) psicóloga(o) em uma organização deve revelar uma análise criteriosa das condições ofertadas, segundo o artigo 3.º do Código de Ética Profissional do Psicólogo.

A Resolução Normativa ANS n.º 363/2014 dispõe acerca de valores, reajustes, faturamento e pagamento dos serviços prestados:

*“Seção II - Da Definição dos Valores dos Serviços Contratados, dos Critérios, da Forma e da Periodicidade do seu Reajuste e dos Prazos e Procedimentos para Faturamento e Pagamento dos Serviços Prestados.*

[...]

*Art. 11. Os valores dos serviços contratados devem ser expressos em moeda corrente ou tabela de referência.*

*Art. 12. A forma de reajuste dos serviços contratados deve ser expressa de modo claro e objetivo.*

*§ 1.º É admitida a utilização de indicadores ou critérios de qualidade e desempenho da assistência e serviços prestados, previamente discutidos e aceitos pelas partes, na composição do reajuste, desde que não infrinja o disposto na Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e demais regulamentações da ANS em vigor.*

*§ 2.º O reajuste deve ser aplicado anualmente na data de aniversário do contrato escrito.*

*§ 3.º É admitida a previsão de livre negociação como forma de reajuste, sendo que o período de negociação será de 90 (noventa) dias corridos, improrrogáveis, contados a partir de 1.º (primeiro) de janeiro de cada ano (...).”*

Assim, outro ponto de destaque, segundo o artigo 12, parágrafo 1.º, da mesma Resolução, se refere à possibilidade da utilização de indicadores e critérios de qualidade a serem acordados entre Operadora e prestador, que têm influência sobre os valores pagos nos reajustes.

Caso a livre negociação seja a única forma de reajuste (não tenha sido previsto um índice de reajuste prévio no contrato) e essa não ocorra nos primeiros noventa dias do ano, conforme explica a Resolução Normativa n.º 436/2018, a ANS possui um índice de reajuste, correspondente ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que deve ser utilizado pela prestadora.

Sobre esse índice de reajuste da ANS incide um Fator de Qualidade, que diz respeito a um elemento de cálculo que reflete a qua-

lificação da(o) prestadora(or). O Fator de Qualidade apresenta três níveis para aplicação de reajustes, a depender do cumprimento dos requisitos de qualidade:

- > A – a(o) prestadora(or) recebe 115% do IPCA;
- > B – a(o) prestadora(or) recebe 110% do IPCA;
- > C – a(o) prestadora(or) recebe 105% do IPCA;
- > D – a(o) prestadora(or) recebe 100% do IPCA.

Em caso de não cumprimento do prazo para reajuste, conforme previsto no contrato, orienta-se que a(o) profissional utilize os canais de comunicação e ouvidoria da ANS.

A ANS divulga anualmente os critérios para aplicação do Fator de Qualidade, que incidirá sobre prestadores hospitalares e demais prestadores de serviços de saúde para o ano subsequente, conforme, respectivamente, as Instruções Normativas n.º 61/2015 e n.º 63/2016, que complementam a regulamentação da Lei n.º 13.003/2014.

Cabe informar que o Fator de Qualidade, segundo Resolução Normativa n.º 405/2016, é definido por meio do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS). É um programa composto por um Comitê Técnico de Avaliação da Qualidade Setorial (COTAQ) e que ocorre mediante a participação voluntária de prestadoras(es). Visa a melhoria da qualidade do setor e a ampliação do poder de escolha por parte das(os) beneficiárias(os) de planos de saúde e sociedade em geral.

O QUALISS estabelece atributos de qualificação relevantes à oferta de serviços (compondo, assim, o fator de Qualidade), avalia a qualificação de prestadoras(es) e divulga os atributos de qualificação à população. As Operadoras de planos de saúde são obrigadas a divulgar os atributos de qualificação de cada prestadora(or) que faz parte da sua rede assistencial, devendo manter atualizadas as informações contidas nos materiais impressos e eletrônicos.

Ressaltamos a importância do preenchimento anual do Questionário do Fator de Qualidade, tendo em vista a prestação de informações para a adequação de valores contratuais, o que reflete a qualificação profissional. Caso contrário, é função e atribuição do Sindicato, como entidade de representação, encaminhar e realizar processos de negociação individual e coletiva, bem como orienta-se que a(o) profissional utilize os canais de comunicação e ouvidoria da ANS.

Caso contrário, é função e atribuição do Sindicato das/os Psicólogas/os, como entidade de representação da categoria, iniciar um diálogo com as operadoras de planos de saúde buscando encaminhar e realizar processos de negociação individual e coletiva, bem como orienta-se que a(o) profissional utilize também os canais de comunicação e ouvidoria da ANS.

## 4.6 CONTRATO TERAPÊUTICO

No momento do contrato, é importante que a(o) beneficiária(o) esteja ciente das restrições impostas pela ANS e/ou Operadora e, ainda, que a(o) profissional avalie se o número de sessões será suficiente. Caso não contemple a necessidade de atendimento, dar a devida ciência à(ao) interessada(o). E, ainda, quando a necessidade de continuidade se apresentar durante ou após o término das sessões cobertas, a(o) psicóloga(o) deve solicitar à Operadora a extensão da cobertura, encaminhando relatório com a devida justificativa. Este documento deve ser disponibilizado à(ao) beneficiária(o) e mantida cópia em prontuário.

## 4.7 ATENDIMENTO ONLINE

Os atendimentos online passam a ser possíveis também na Saúde Suplementar a partir da Resolução CFP 11/2018, porém, deverá constar no contrato efetuado com a Operadora de Saúde. Neste sen-

tido elencamos os principais pontos da referida resolução no que se refere à consulta/sessão com psicólogo.

De acordo com esta resolução, são autorizadas consultas e/ou atendimentos psicológicos de diferentes tipos, de maneira síncrona e assíncrona, bem como a utilização de instrumentos psicológicos regulamentados, sendo que os testes devem ter parecer favorável do Sa-tepsi, com padronização e normatização específica para tal finalidade. No entanto, o rol de procedimentos da ANS não prevê a cobertura de instrumentos e testes psicológicos. Portanto, havendo a necessidade de aplicação destes, oriente a(o) beneficiária(o) a informar-se junto à operadora.

É considerado inadequado o atendimento online de urgência ou emergência. É vedado o atendimento de pessoas e grupos em situação de emergências e desastres, bem como em situação de violação de direitos e violência.

É obrigação da(o) psicóloga(o) especificar os recursos tecnológicos adotados para garantir o sigilo, explicitando-os à(ao) usuária(o), assim como manter cadastro atualizado e a autorização do CRP.

A Resolução não impõe um limite do número de sessões, portanto cabe a (ao) profissional verificar junto ao contrato à operadora qual é este limite informando à(ao) usuária(o), como explicado no item 4.6 deste guia.

# 5 INDICATIVOS ÀS (AOS) BENEFICIÁRIAS(OS) DE PLANOS DE SAÚDE

Toda(o) beneficiária(o) tem direito a receber atendimentos de qualidade, em condições dignas de trabalho, pautados por princípios, conhecimentos e técnicas relativos à ciência psicológica (CFP, 2005). É imprescindível que beneficiárias(os) de planos ou seguros de saúde tenham acesso a informações referentes ao rol de procedimentos ofertados pela Operadora, além de dirimir dúvidas quanto às ações e serviços em saúde prestadas pela(o) profissional.

Além disso, a(o) beneficiária(o) de qualquer serviço de saúde tem direito a um “atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”, seus valores devem ser respeitados, assim como tem direito a tratamento adequado e efetivo para sua questão (BRASIL, 2001).

## 5.1 CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE SUPLEMENTAR

A Portaria MS n.º 1.820/2009, que especifica os direitos e deveres dos beneficiários da saúde, discorre em seu artigo 8º que “toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores”.

Além disso, o controle social em saúde suplementar pode ocorrer por meio da participação de psicólogas(os) e beneficiárias(os) no processo de regulação e definição do modelo assistencial da ANS, via conselhos e conferências de saúde. Esta participação diz respeito ao processo de profissionalização da categoria e garantia de direitos mais condizentes com sua prática profissional e benefícios de beneficiários.

Ademais, quando a(o) beneficiária(o) sentir-se prejudicada(o), poderá recorrer às ouvidorias das operadoras, PROCON, e/ou formalizar denúncia à ANS, por meio do número 0800 701 9656.

## 5.2 PROGRAMA QUALISS

Por meio do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), é possível que a(o) beneficiária(o) do serviço tenha acesso a informações sobre a qualificação das(os) prestadoras(es), podendo realizar melhor escolha sobre a Operadora e a(o) profissional. Tais informações são disponibilizadas em site da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)), em “Gestão da Saúde”. A busca pode ser feita a partir do nome da empresa ou da(o) profissional, CNPJ ou número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde.

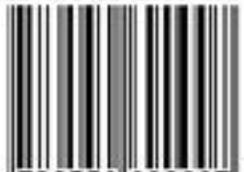
## 5.3 COBRANÇAS EXCEDENTES

Segundo Manual de Perguntas e Respostas da ANS, relativo à Lei n.º 13.003/2014 (ANS, 2016), a(o) prestadora(or) não pode exigir pagamentos diretos da(o) beneficiária(o) por serviços contratados e disponibilizados por meio do plano de saúde. Desta forma, é responsabilidade da(o) profissional escolher a Operadora que melhor se adequa ao serviço profissional que pretende ofertar, bem como informar ao beneficiário sobre a importância de dialogar com a operadora sobre cobertura de procedimentos não previstos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente a importância da qualificação permanente do trabalho realizado e, sobretudo, que a(o) profissional possa refletir sobre sua inserção na saúde suplementar com qualidade ética e técnica. Neste âmbito, é importante assegurar um modelo de assistência que ofereça um cuidado integral à saúde das pessoas, notadamente voltado à promoção da saúde mental e à redução de fatores de risco à saúde incentivando ações de autocuidado. Para tanto, faz-se necessária a construção coletiva de possibilidades de atuação da Psicologia a partir de parâmetros éticos e técnicos que garantam a autonomia profissional, a qualidade do trabalho oferecido, bem como os direitos das(os) beneficiárias(os) dos Planos de Saúde.

ISBN 978-65-5069-000-7



9 786550 690007 >

