

## **Tensões delimitadoras da Integralidade na saúde suplementar.**

### **Aluisio Gomes da Silva Junior**

Médico sanitaria; Doutor em Saúde Pública; Professor Associado II no ISC-UFF; Coordenador do GEGES – PROPP/UFF (CNPq); Pesquisador associado ao LAPPIS. Endereço Eletrônico: agsilvaj@gmail.com.

### **Thiago Inocência Constancio**

Médico. Residente do Programa de Medicina Preventiva e Social no ISC/HUAP/UFF. Membro do GEGES–PROPP/UFF (CNPq) e LAPPIS/UERJ. Endereço eletrônico: tconstancio@gmail.com.

### **Thiago Enrico Massi Werneck**

Médico. Mestrando em Saúde Coletiva no ISC/UFF. Membro dos grupos GEGES–PROPP/UFF (CNPq) e LAPPIS/UERJ. Endereço eletrônico: thiagoenrico@yahoo.com.br.

### **Valéria Marinho do Nascimento Silva**

Publicitária. Especialista em Gestão de Autogestões em Saúde. Mestranda em Saúde Coletiva no ISC-UFF. Membro dos grupos GEGES–PROPP/UFF (CNPq) e LAPPIS/UERJ. Endereço Eletrônico: valeria.marinho@yahoo.com.br.

### **Cátia Mantini**

Odontóloga. Especialista em regulação da ANS. Mestranda em Saúde Coletiva no ISC-UFF. Membro dos grupos GEGES–PROPP/UFF (CNPq). Endereço eletrônico: [catia.mantini@ans.gov.br](mailto:catia.mantini@ans.gov.br).

Publicado como: SILVA JUNIOR, A.G.;CONSTÂNCIO,T.I.;WERNECK, T.E.M.; NASCIMENTO-SILVA, V.M.; MANTINI,C. **Tensões delimitadoras da Integralidade na saúde suplementar.** *In* PINHEIRO, R.; LOPES, T.C.(Orgs.) Ética,Técnica e Formação: As razões do cuidado como direito à saúde.-Rio de Janeiro:CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO,2010. p.235 – 248.

O objetivo deste ensaio é contribuir para o debate da Integralidade na Política de Saúde no Brasil, refletindo sobre seus sentidos no âmbito da Saúde Suplementar. Não pretendemos esgotar o assunto, mas mapear questões importantes que observamos em estudos nossos estudos sobre o setor e merecem aprofundamento(PINHEIRO;SILVA JUNIOR,2009).

A compreensão ampliada de Integralidade nos permitiu avançar para além dos sentidos tradicionais apontados por Mattos (2001) projetando-a como uma Imagem-Objetivo na construção da política e das práticas de saúde, indissociável da Equidade e da Universalidade, associada fortemente, portanto, à noção de Direito de Cidadania (PINHEIRO, 2001, 2006; PINHEIRO E GUIZARD, 2004; PINHEIRO, FERLA E SILVA JUNIOR, 2004)

Visamos, pois, práticas sociais que permitam compreender as necessidades de saúde da população, em seus contextos diversos, nas dimensões individual e coletiva. Compreensão esta que possa mediar os conhecimentos, as práticas e as tecnologias na oferta articulada de ações de saúde mais adequadas à solução das necessidades apontadas.

Portanto, Integralidade para nós pressupõe diálogo entre os vários atores da sociedade brasileira na produção da saúde sem esquecer da luta por diminuir a assimetria nas relações de poder estabelecidas entre esses atores.

Por outro lado, observamos que a mesma Constituição que aponta a Integralidade como diretriz no sistema público também abre a possibilidade, no seu Artigo 199, do segmento privado operar no setor de maneira suplementar, demandando a regulação do Estado devido à relevância pública atribuída à saúde (artigo 197). Entendemos que estamos falando de um sistema único que tem um segmento privado de caráter suplementar, regulado pelo interesse público e que tem como pressuposto a idéia de uma Integralidade garantida por um contrato entre as partes. Dessa maneira, podemos dizer que esse contrato passou a ser um dos alvos principais da regulação do setor suplementar.

Olhando atentamente para este cenário, nos questionamos se na prática a contratualização entre partes dá conta de garantir o conceito de Integralidade na

amplitude em que o tema é discutido no Sistema Único de Saúde. Ou, considerando a negativa, quais seriam as forças tensionadoras dessa ampliação/redução da Integralidade na saúde suplementar?

Ao debruçarmo-nos sobre o campo de forças da política da Saúde Suplementar podemos comentar indícios e limites do preceito da Integralidade.

### **A Integralidade na Saúde Suplementar**

Imbuídos de algumas reflexões sobre a Integralidade das ações de saúde e, sobretudo, como ela se materializa no setor público, podemos agora discutir alguns mecanismos de sua concretização na saúde suplementar.

Nesse âmbito, a Integralidade é compreendida geralmente como um conjunto de ações e serviços que são garantidos por leis e normas de operação na oferta de produtos - os planos e seguros de assistência à saúde. Ao adquirir como um produto de mercado, algo que é garantido na constituição como direito universal, o usuário passa a ter direito a uma série de ações e serviços listados em contrato. Mas como é possível garantir que essa prestação de serviços seja balizada pelo princípio da Integralidade? Ora, é neste contexto que os dispositivos legais e normativos, que apresentaremos sucintamente, contribuem seja de forma indutiva ou coercitiva para o estabelecimento de regras mínimas de operação às quais se sujeitam as empresas que desejam participar deste mercado como provedoras da assistência à saúde. Talvez seja esse o significado mais facilmente identificado e utilizado no setor privado para garantir uma suposta Integralidade das ações de cuidado. Ou seja, a contratação de um plano ou seguro de saúde comporta o direito à assistência a um dado conjunto de doenças (referenciado na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde – CID ) sobre as quais se pode intervir por meio de um Rol (definido) de procedimentos.

Mesmo antes da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o Estado se fez presente na regulação ao intervir nessa questão assistencial. Houve uma intensa movimentação política no Congresso Nacional em 1997 a fim de garantir a cobertura de itens que favoreciam o cuidado integral. Por exemplo, ao citarmos a lei 9.656 de 1998,

entendida como marco inicial do processo de regulação pública do setor privado, temos algumas assertivas que apontam para a Integralidade, vejamos:

*“Art. 1º (3º parágrafo) A assistência que alude o caput desse artigo compreende todas as ações necessárias a prevenção da doença e recuperação, à manutenção e reabilitação da saúde observados os termos da lei e o contrato firmado entre as partes.”*

Quando a mesma lei no seu artigo 10 institui o denominado plano referência de comercialização obrigatória, percebemos uma contraposição veemente aos produtos existentes até aquele momento, procurando mais uma vez estabelecer uma cobertura assistencial tendendo à Integralidade das ações conforme podemos observar no trecho selecionado a seguir:

*“Art. 10º...compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, 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...”*

Portanto, podemos perceber que os instrumentos legais deram formato ao que deveria ser oferecido como cobertura padrão ou referência, leia-se toda a CID. Torna-se importante recordar que havia na época a exclusão, legalmente permitida, de cobertura assistencial a determinados grupos de doenças ou de procedimentos nos contratos firmados, bem como o rompimento unilateral dos contratos, neste caso por interesse das empresas quando os mesmos deixassem de ser “lucrativos”. Em resposta a essa inconsistência, a lei fixou além do conjunto de doenças e agravos a serem tratados, o Rol de procedimentos médicos e odontológicos de cobertura obrigatória pelas empresas.

Em seguida, ratificando a necessidade da regulação pública e ainda do acompanhamento das atividades do setor, foi criado o órgão responsável por regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no Brasil. A Lei nº 9.961 de 2000, instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e determinou ainda suas competências conforme nos mostram os trechos destacados adiante:

*“Art. 3º - A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.”*

Compete à ANS, segundo o artigo 4º da mesma lei:

*I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;*

*II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;*

*III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;*

*IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;*

*V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras (...);*

Podemos considerar que está nestas leis o primeiro esboço de Integralidade para a saúde privada. Esta primeira referência dá idéia de um contrato amplo (padrão) contemplando as doenças e agravos em saúde previstas na CID e ainda um rol de procedimentos e eventos. Neste momento o leitor questiona se estas prerrogativas fazem alusão ao conceito de Integralidade norteador do SUS já discutidos na primeira parte deste texto? Entendemos que sim, entretanto fomentamos a discussão a partir de algumas analogias, isto é, em que medida a Integralidade tradicionalmente estudada e desenvolvida pelo setor público é contemplada ou representada no âmbito do privado. Parece-nos que o conceito de Integralidade que buscamos ao longo de nossa luta, entendida como prática social, de fato é bastante amplo e que na legislação da saúde suplementar são dados limites, contornos ao que entendemos até o momento como Integralidade.

Vem sendo instituída uma política mais focada da regulação pública que tensiona a operação do setor nos rumos da Integralidade, porém ainda verificamos limitações. Veremos adiante no texto como se dão essas relações e os papéis que jogam os diferentes atores no campo suplementar, tensionando os limites da Integralidade em diferentes sentidos, ora buscando ampliá-los, ora pretendendo reduzi-los. Deixaremos esse debate para o próximo momento do texto já que ainda se fazem necessários alguns apontamentos sobre os limites jurídico-ideológicos da Integralidade no âmbito suplementar.

O Conselho Nacional de Saúde Suplementar, órgão anterior à ANS e ligado diretamente a União instituiu algumas resoluções, destacadas a seguir, e que, em nossa visão contribuíram para definição de algumas regras de operação a serem seguidas pelas empresas no sentido de ampliar a Integralidade das ações.

A Resolução CONSU n.º 8/1998, dispõe sobre os mecanismos de regulação nos planos e seguros privados de assistência. Isso diz respeito à micro-regulação, ou seja, a uma regulação praticada pelas próprias operadoras através de mecanismos legalmente permitidos e que concedem às empresas a utilização de dispositivos para ordenação do acesso e da utilização de serviços pelos usuários. Sem criar impedimentos ou barreiras de acesso as empresas podem, por exemplo, instituir co-participação e franquia, ou ainda determinar o acesso através de médicos generalistas, como fatores de inibição do uso indiscriminado dos serviços. Em suma, é permitido às empresas utilizarem mecanismos que sensibilizem o usuário para um uso mais racional e ordenado dos recursos disponíveis.

A resolução CONSU n.º 10/1998 estabeleceu o Rol de procedimentos médico-hospitalares, entendido como a base de cobertura do plano referência, vejamos o artigo 2º da referida resolução:

*“Art. 2º A cobertura assistencial de que trata o plano ou seguro-referência, estabelecido pela Lei n.º 9656/98, compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, os atendimentos de urgência e emergência, representando o somatório das segmentações e as exceções definidas no art. 10 da referida Lei.”*

A resolução CONSU nº. 11/1998 complementa ao dispor sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na CID, sendo importantíssimo considerar que este grupo de transtornos era usualmente excluído nos contratos anteriores à regulação.

Cabe ressaltar que o Rol de procedimentos sofre revisões periódicas, e a competência para tais revisões é legalmente atribuída à ANS. Observamos a primeira revisão já quando da criação da ANS em 2000 (RDC nº. 41, de 2000), a seguinte datada de 2001 (RDC nº. 67, de 2001), em 2004 (RDC nº. 82, de 2001), sendo a última em vigor instituída em 2008 (RN 167, de 2007). Neste ano de 2009 foi constituído novo grupo de trabalho para revisão do Rol cuja implantação está prevista para abril de 2010. As diretrizes básicas das últimas revisões aprimoram a idéia de garantir o conjunto das ações de promoção e prevenção em saúde, uma grande inovação no setor suplementar brasileiro. Consideramos esta e outras mudanças, evoluções importantes. Como exemplos, seguir a lógica de cobertura e não de pagamento, incluir as ações de todos os profissionais envolvidos no cuidado à saúde, e não apenas de médicos e dentistas (como nos primeiros textos regulatórios), analisar demandas existentes, corrigir erros e distorções, incorporação crítica de novas tecnologias, diretrizes de utilização de determinados procedimentos, com normatizações específicas e ainda uma extensa avaliação do impacto financeiro dessas inclusões. Vale lembrar também que os últimos grupos de trabalho contaram com a representação de todos os atores envolvidos na regulação, empresas operadoras de planos de saúde, profissionais de saúde e usuários.

Não é intenção deste ensaio sistematizar minuciosamente todas as revisões do rol ou a evolução detalhada dos mecanismos legais de regulação do setor, mas sim referendá-las num exercício de compreensão da Integralidade na saúde suplementar mostrando que há um movimento permanente de reformulação e ampliação dos direitos de cobertura dos usuários de planos privados de saúde.

O papel exercido pela Agência tem sido, sobretudo, nas últimas gestões, o de fazer avançar a perspectiva de construção da Integralidade do cuidado, trabalhando a idéia de modelo tecnoassistencial mais adequado e de produção da saúde e não meramente a oferta de procedimentos técnico-profissionais, o que trouxe para o setor avanços importantes( SILVA JUNIOR, 2008).

Esse esforço da política de regulação atual é materializado em recentes resoluções da Agência, o qual tem caráter indutivo e de fomento às empresas, para que desenvolvam ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos e também da ratificação e avanço na questão da assistência aos transtornos mentais.

### **O campo de forças na saúde suplementar**

Até o presente momento, vimos que a imagem de Integralidade da assistência na saúde suplementar tem sido delineada pela ação do Poder Legislativo e da regulação do Estado por meio da criação da ANS e de suas normatizações. Por outro lado, é interessante apresentarmos alguns atores que exercem pressão considerável para a ampliação ou redução da oferta de cobertura. Ilustramos a atuação das principais forças na Figura 1.

Iniciaremos nossos comentários pelo Poder Legislativo, que por excelência amplia ou restringe o acesso à Integralidade, dependendo dos debates que ocorrem neste foro. Apresenta papel relevante desde as considerações postas em lei que incluem coberturas e procedimentos, outrora excluídos pelos planos. Por outro lado, no momento em que o legislativo afirma a importância do acordo comercial entre as partes (contrato) pode-se entender que a Integralidade está sendo limitada, para que, por exemplo, ocorra uma previsibilidade dos custos e/ou prêmios ressarcidos ao usuário do plano.

É interessante destacar que esse efeito “sanfona” também ocorre nos processos de regulação do Estado no momento em que induzem mudanças na operação do setor por meio das normas do órgão regulador. No momento, a Agência prioriza a implementação de programas de promoção e prevenção. Está em curso também uma avaliação sobre a qualidade da assistência prestada no sentido de produção da saúde, em que há uma preocupação com o impacto epidemiológico das ações de saúde produzidas pelas operadoras, em termos de diminuição de determinados índices e agravos (BRASIL-ANS, 2009).

Em contrapartida, também pode haver indução no sentido de reduzir a oferta da Integralidade. O órgão regulador, em seu colegiado, possui diferentes representações ideológicas e partidárias, e esse campo de forças pode de maneira conjuntural permitir a involução de conquistas.



As empresas que contratam planos de saúde para os seus empregados, desempenham papel importante no setor, considerando que aproximadamente 70% dos planos de saúde comercializados, são planos coletivos de empresas. Estas companhias exercem pressão sobre as operadoras com a finalidade de garantir nos contratos a fixação de itens negociados com empregados no campo das relações capital-trabalho, via de regra, instituindo pactos que são os acordos coletivos de trabalho anualmente revistos. Ou seja, em troca de determinados benefícios, os trabalhadores também fazem pactos de trabalho e, em alguns casos, esse pacto é repassado para uma operadora de mercado que será a executora do acordo. No caso das seguradoras e medicinas de grupo, opera-se com a necessidade de margens de lucro, o que torna a “sinistralidade” um componente estratégico para estudar e negociar os valores financeiros deste pacto.

Na verdade o que ocorre é uma negociação entre empregados e empresa e entre empresa e operadora (quando não é ela mesma que opera o benefício saúde) no sentido de discutir esses itens, adequar-se as lei e como gerir e regular todo o processo, internamente.

Dessa maneira, torna-se claro que nas empresas onde há maior incidência de adoecimento de pessoas o “custo da saúde” se eleva, então há uma negociação entre essas partes com o intuito de reduzir a “sinistralidade”, a fim de viabilizar o pacto desejado. Não podemos negar que existe uma tensão nessa negociação. Dependendo da conjuntura local, importantes investimentos na produção de saúde podem ser realizados. Para exemplificar, podemos citar casos de empresas que montam programas de promoção e prevenção próprios, por vezes nos locais de trabalho, com vistas a baratear a contratação de planos de saúde ou minimizar os seus custos assistenciais diretos.

As operadoras são outros atores importantes na oferta de seus produtos e na regulação permitida do acesso à Integralidade (por meio de mecanismos de micro-regulação). Isso se tornou evidente a partir de estudos de atenção de algumas doenças mais graves, em que observamos um processo de autorizações de procedimentos especiais ou de eventos que envolvam alto custo. Estes mecanismos podem tornar-se meios de dificultar acesso ao cuidado (FRANCO; PIRES; OLIVEIRA; KOIFMAN, 2007; CECILIO et al,2005 a ,b)

Sob outra ótica, chamamos de “pressões especulativas” as forças representadas pelos meios de comunicação e da chamada “inovação tecnológica”, que por vezes estão associadas à idéia de “consumo de tecnologias da saúde”, agindo no aumento da pressão por cobertura desses novos itens. Pressões deste tipo criam uma perigosa tensão para ampliar os limites da Integralidade, por que são muitas vezes baseadas na especulação tecnológico-comercial do complexo médico-industrial, ávido por lançar novos produtos para elevar sua lucratividade, sem necessariamente trazer impactos positivos sobre a saúde das pessoas.

Os meios de comunicação têm um papel importante na informação da população sobre essas tecnologias, contudo, também há certa manipulação das informações, por interesses comerciais, incentivando o consumo acrítico dessas tecnologias, a medicalização dos problemas, beirando inclusive a iatrogenia. Observa-se que essa atuação pode ter repercussão instantânea sobre a população, que passa a pleitear tais “produtos” sem tomar conhecimento de avaliação mais aprofundada. Na mesma esteira, identificamos as estratégias de marketing das empresas do complexo médico - industrial que assediam com propaganda os profissionais de saúde. Estes profissionais, como prescritores que são, desempenham papel fundamental na adoção e difusão das tecnologias de saúde. Muitas vezes, adotam condutas estimuladas pela indústria sem a devida crítica de sua real utilidade ou conveniência. Recentes escândalos divulgados na mídia expõem relações comerciais perigosas entre alguns profissionais e a indústria na prescrição de novos medicamentos(VEJA 5/11/2008; CARVALHO; PINHEIRO; FRANÇA; ASENSI, 2007)

Os principais obstáculos para a adoção de novas tecnologias em saúde são os custos econômicos para esta absorção. Estes custos se inserem numa escala, às vezes, tão grandes que se tornam proibitivos. Concretamente, os custos com adoção de tecnologias impactam o orçamento do Estado e das Operadoras. Mesmo as Autogestões que não têm fins lucrativos e buscam oferecer benefícios ampliados aos seus usuários, reagem ao aumento de custos. Surgem movimentos de operadoras para impedir ampliação do Rol de procedimentos e o retorno de planos de saúde mais segmentados.

Por outro lado, a organização de grupos de pressão de usuários vem crescendo, ocupando espaços em conselhos decisórios e na grande imprensa, defendendo a manutenção e/ou ampliação de direitos.

Essa disputa acirrada deságua, em escala crescente, no Poder Judiciário mediada pelos Órgãos de Defesa do Consumidor e pelo Ministério Público. Operadoras de saúde e o próprio Estado têm sido compelidos a garantir a cobertura de procedimentos, internações e outros, independentemente da evidência contratual do direito do usuário.

Embora uma parte considerável dessa demanda ao Judiciário seja oriunda de usuários com contratos anteriores a janeiro de 1999, ou seja, não submetidos à regulação da ANS, vem crescendo o número de processos para garantir o acesso às “inovações tecnológicas” (FRANÇA; PINHEIRO; ASENSI, 2007; ASENSI; FRANÇA; PINHEIRO, 2007).

Devemos considerar que muitas dessas demandas são justas e pertinentes, mas não podemos nos esquecer que uma parte considerável é fruto de especulações tecnológico-comerciais produzidas pelo conluio de alguns profissionais com algumas empresas do complexo médico-industrial. A complexidade dessa questão se torna um desafio às decisões do Judiciário que não possui ainda suporte técnico adequado para diferenciar a legitimidade das demandas.

Todos esses atores em disputa ou aliança conformam o que Lenir Santos (2006) chama de “Integralidade Regulada” que entendemos no sentido de conciliar demandas com as possibilidades orçamentárias disponíveis.

### **Possíveis caminhos**

Considerando este mapeamento sumário das forças que atuam no setor, observamos a complexidade na construção das políticas setoriais.

As conquistas obtidas pela legislação e por uma regulação forte e indutiva de práticas de integralidade precisam ser sustentadas por mobilizações mais amplas da Sociedade que garantam sua direcionalidade.

Alguns aspectos, numa primeira aproximação, merecem destaques por consideramos estratégicos a preservação e expansão da luta pela integralidade;

Primeiro, o grau de transparência em que as decisões da política setorial são tomadas. Sem negar o esforço da ANS em dotar-se de mecanismos de visibilidade, parece-nos ainda incipiente a circulação de informações sobre o setor e suas questões o que dificulta a participação dos grupos que representam usuários tornando-os presas fáceis de manipulações por grupos de interesse que usam melhor os meios de comunicação de massa.

Segundo, a necessidade urgente da criação de instâncias técnicas que possam conjugar esforços de avaliação tecnológica e até consubstanciar as decisões do Poder Judiciário no campo da saúde.

Terceiro, o aperfeiçoamento do processo avaliativo promovido pela ANS no sentido de conferir as mudanças induzidas no modelo assistencial e produzir mais informações que possam regular a qualidade do cuidado oferecido (SILVA JUNIOR et al.2008).

E por fim, a necessidade de promover maior articulação entre as Políticas do setor público e do suplementar visando sinergia nos impactos sobre os problemas da população.

Como dissemos no início, estes podem ser novos pontos de partida para novos debates, estudos e ações concretas que alarguem a Integralidade para além dos limites de hoje.

Figura 1 – Tensões delineadoras da integralidade na Saúde Suplementar



### Referências Bibliográficas

ASENSI, F. D.; FRANÇA, A. M.; PINHEIRO, R. Ministério Público e Poder Judiciário: limites e possibilidades para assegurar “demandas coletivas” no campo da Saúde . *In*: Pinheiro, R.; Silva Junior, A .G.; Mattos, R. A. (Organizadores) Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas /:. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 153 – 167.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Programa de qualificação da saúde suplementar. Rio de Janeiro. ANS, 2009. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/site/\\_qualificacao/pdf/texto\\_base.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf). Acesso em 03 out. 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. RESOLUÇÃO - RDC Nº 82, DE 16 DE AGOSTO DE 2001(\*). Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=117&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=117&id_original=0). Acesso em: 03 out. 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 82, DE 29 DE SETEMBRO DE 2004. Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=616&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=616&id_original=0). Acesso em: 03 out. 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 167, DE 9 DE JANEIRO DE 2007. Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=1084&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1084&id_original=0). Acesso em: 03 out. 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. RESOLUÇÃO-RDC Nº 41, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2000. Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=155&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=155&id_original=0). Acesso em: 03 out. 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. RESOLUÇÃO-RDC Nº 67, DE 7 DE MAIO DE 2001. Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=130&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=130&id_original=0). Acesso em: 03 out. 2009.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=584&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=584&id_original=0). Acesso em: 03 out. 2009.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 24 de agosto de 1998. Disponível em:  
<[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id\\_original=455](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455)>. Acesso em: 03 out. 2009.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id\\_original=8](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=8).  
Acesso em: 03 out. 2009.

BRASIL. Resolução CONSU n.º 08  
(publicada no DO nº 211 - quarta feira - 04.11.98). Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=86&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=86&id_original=0). Acesso em: 03 out. 2009.

BRASIL. Resolução CONSU n.º 10  
(publicada no DO nº 211 - quarta feira - 04.11.98). Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=82&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=82&id_original=0). Acesso em: 03 out. 2009.

BRASIL. Resolução CONSU n.º 11  
(publicada no DO nº 211 - quarta feira - 04.11.98). Disponível em:  
[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=80&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=80&id_original=0). Acesso em: 03 out. 2009.

CARVALHO, M.; PINHEIRO, R.; FRANÇA, A . M.; ASENSI, F. D.. Aspectos do direito à saúde na Saúde Suplementar a partir das relações entre campo jurídico e campo jornalístico. *In*: Pinheiro, R.;Silva Junior, A .G.; Mattos, R. A. (Organizadores) *Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas /:*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 111 – 130.

CECÍLIO LCO et al. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro; 2005a.p. 63-74.

CECÍLIO LCO et al. A microrregulação praticada pelas operadoras investigadas. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da*

mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2005b.p. 75-140

FRANÇA, A . M.; PINHEIRO, R.; ASENSI, F. D. Saúde Suplementar: integralidade, contrato e mercantilização do direito à saúde. *In: Pinheiro, R.; Silva Junior, A .G.; Mattos, R. A. (Organizadores) Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas* . Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 131 – 151.

FRANCO, T. B.; PIRES, A . C. ; OLIVEIRA, G.S.; KOIFMAN, L.. As linhas do cuidado como analisadoras da integralidade na Saúde Suplementar. *In: Pinheiro, R.; Silva Junior, A .G.; Mattos, R. A. (Organizadores) Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas /.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 65 – 89.

MATTOS RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão.1993.

PINHEIRO R. As práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de Estudo e Construção da Integralidade. *In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006.p.67-114.

PINHEIRO, R. ; SILVA JUNIOR, A G. Integralidade e Saúde Suplementar: uma experiência de pesquisa interdisciplinar e colaborativa. *In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R.M. (Orgs.). Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/ 2008 – Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde- OPAS ( Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 14) .Brasil, 2009. p.277- 337. ISBN: 978-85-87943-94-1*



PINHEIRO, R. As práticas do Cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado a Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.39-64.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.A; SILVA JUNIOR. A.G. Integralidade na atenção à saúde das populações. MARINS, J, et al.(Orgs.) Educação Médica em Transformação – HUCITEC – São Paulo. 2004.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2004. p.21-36.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) Dicionário da educação profissional em saúde – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p.159 -166.

REVISTA VEJA. Remédios :Sustos difíceis de engolir. Editora Abril, 5/11/2008.

SANTOS, L. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. Revista do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Ano II, n.19, Brasília, Set./Out., p.. 46-47, 2006.

SILVA JUNIOR, AG.; Promoção à saúde e mudanças na prática da saúde suplementar, In: Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar . Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, p. 71-76 / Agência Nacional de Saúde. Suplementar. – Rio de Janeiro. ANS, 2008.

SILVA JUNIOR, A. G., ALVES, M. G. M., MASCARENHAS, M. T., SILVA, V. M. N.,CARVALHO, L. C. Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. Ciência & Saúde Coletiva. , v.13, p.1127 - 1132, 2008.