



ASSOCIAÇÃO CIVIL **PRÓ-SAÚDE** DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE PONTA GROSSA

BOLETIM 70

FEVEREIRO 2008

Objetivo deste boletim é divulgar o trabalho desenvolvido no período de dezembro de 2007 a janeiro de 2008, bem como comunicar aos prezados associados, que se encontram a disposição (Pró-Saúde - Centro, Bloco A) os **Extratos de Contribuição Mensal para fins de Imposto de Renda, cópias dos recibos reembolsados no ano de 2007 e** encaminhar anexo a cópia do **Balanço Patrimonial dos exercícios findos em 31 de dezembro para análise**, bem como comunicar a realização da **ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA**.

ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA.

A diretoria convoca os associados em pleno gozo de seus direitos sociais, para em 04/03/2008 (**terça-feira**), às **13h30min**, na sala do Conselho da Universidade, **bloco da Reitoria - UEPG/Uvaranas**, em primeira chamada, discutir e deliberar os seguintes assuntos:

Relato das atividades desenvolvidas pela Diretoria.

Proposta para alteração Regimental:

- **Inclusões da versão 2008 do Rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;**
- **Alteração da Área Geográfica do Pró-Saúde;**
- **Parecer do Conselho de Curadores, apreciação e deliberação das contas referentes ao ano de 2007;**
- **Apresentação do estudo de viabilidade econômica elaborado pela Comissão nomeada pela Assembléia de 10/10/2007.**

SALDO DISPONÍVEL E FUNDO DE RESERVA - com valores referentes ao mês de janeiro de 2008, a PRÓ-SAÚDE conta com a importância de **R\$ 211.085,22** em disponibilidade para fazer frente a possíveis reembolsos de despesas médicas e o fundo de reserva acumula o montante de **R\$ 2.035.983,27**.

RELATÓRIO MENSAL DAS CONTAS DA ASSOCIAÇÃO - a Diretoria vem elaborando e encaminhando ao Conselho de Curadores, regularmente, os relatórios financeiros que se encontram a disposição para apreciação de todos os associados na sede da PRÓ-SAÚDE. A seguir, é mostrada uma tabela com o demonstrativo sintético das receitas, despesas e das aplicações financeiras realizadas nos últimos dois (2) meses:

Mês	Receita	Despesa+ Reembolso	Conta Correntes Bancária	Aplicação	Valor de Resgate Final	Valor de Resg. Líq. Proporcional	Conta Correntes Pró-Saúde Reembolso
Dez/07	253.912,21	158.675,19	15.334,45	2.223.805,44	2.469.296,29	2.452.907,87	388,86
Jan/08	15.3072,73	121.254,23	7.174,10	2.239.894,39	2.532.967,30	2.516.268,65	688,17

VALORES REEMBOLSADOS - desde sua criação a PRÓ-SAÚDE já efetuou reembolsos de despesas médicas para seus associados e dependentes no valor total de **R\$7.985.998,25** perfazendo uma média mensal de **R\$48.399,99**.

BALANÇO PATRIMONIAL – Atendendo a legislação (Lei n ° 9.656 de 03 / 06 / 1998, artigo 22) estamos enviando anexo uma cópia do Balanço Patrimonial dos exercício findos em 31 de dezembro juntamente com o parecer dos Auditores independentes para serem analisados pelos nosso associados para uma futura aprovação em assembléia a ser marcada.

EXTRATO ANUAL DE CONTRIBUIÇÃO E COMPROVANTES DE REEMBOLSOS REALIZADOS NO ANO DE 2007 – a Diretoria informa que, conforme ocorreu no ano anterior não vão ser enviados os extratos e comprovantes via Correio (por motivos de economia e extravio), os mesmos encontram-se a disposição dos Srs. Associados na sede central da Associação Civil Pró-Saúde dos Servidores da UEPG – Praça Santos Andrade, nº 1.

NOVOS SÓCIOS

Conclamamos nossos sócios, a colaborar na divulgação dos serviços prestados pela Pró-Saúde com o objetivo de aumentar o número de sócios. Lembramos que qualquer pessoa da Comunidade tem o direito ser inscrito em nosso Plano de Saúde

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES QUANDO DE ACERTO DE CONTAS PRÓ-SAÚDE.

- 01)- Apresentação da Carteira de Sócio no ato da contratação do serviço médico;
- 02)- Todas as contas deverão vir precedidas e acompanhadas de Requisição Médica e serão reembolsadas dentro do mês se as mesmas forem acolhidas pelo Pró-Saúde até o dia 25 ou no 1º dia útil seguinte até as 11:00 horas;
- 03)- Nota Fiscal e ou Recibo acompanhado da fatura individual descritiva dos procedimentos realizados e dos respectivos valores;
- 04)- Pagamento de uma visita médica por especialidade ao dia, no valor de R\$ 46,80 a unidade;
- 05)- Consultas tanto em consultório como em ambulatório deverão ser pagas no valor de R\$ 60,00, não reembolsáveis pela Pró-Saúde;
- 06)- Despesas consideradas de Alto Custo (ortes e próteses) somente serão reembolsadas pelo valor estipulado na Nota Fiscal do distribuidor de origem;
- 07)- Todos os procedimentos médicos são calculados e reembolsados com base na Tabela da Associação Médica Brasileira de 1996, acrescida de 20%;
- 08)- Os medicamentos oriundos de despesas de internamento ou exames são calculados e reembolsados com base no guia Farmacêutico “Brasíndice” do mês em curso;
- 09)- As despesas de internações hospitalares serão reembolsadas pela tabela da ASSEPAS com valor unitário da U.B.H. de R\$ 0,36, acrescidas de 20%;
- 10)- Não são reembolsáveis os valores consignados como taxa de internação as quais deverão ser pagas pelo sócio;
- 11)- Serão reembolsáveis nos casos de medicina intensivista (UTI), somente os médicos plantonistas;
- 12)- Os exames laboratoriais serão reembolsáveis, limitados a 2 (dois) exames por procedimento por mês;
- 13)- Os procedimentos de acupuntura serão reembolsáveis, limitados a 50 sessões a cada 365 dias;
- 14)- Os procedimentos fisiátricos serão reembolsáveis limitados a 20 sessões por modalidade e patologia a cada 365 dias;
- 15)- Somente serão reembolsáveis no caso de tratamento a portadores mentais, desintoxicação decorrentes de tratamento de dependência química e /ou alcoolismo dentro dos seguintes limites:
 - a)- 30 dias/ano de internamento em hospital psiquiátrico para distúrbios mentais.
 - b)- 15 dias/ano de internamento em clínica de tratamento reconhecida para dependência química e/ou alcoolismo;
- 16)- Remoção do paciente internado até 500 (quinhentos) quilômetros, por via rodoviária;
- 17)- As despesas com Radiologia Intervencionista e Internamento para cirurgias plásticas não restauradoras e tratamento por motivo de senilidade, para rejuvenescimento ou com finalidade exclusivamente estética, mamoplastia e dermolipectomia, não são reembolsáveis.

PARTO NORMAL - Movimento ANS em favor do parto normal e da redução das cesarianas desnecessárias no setor suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como função regular as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e como missão defender o interesse público. Por este motivo vem prestar informações sobre as elevadas taxas de cesarianas desnecessárias no setor suplementar e lançar um movimento pelo parto normal.

Dados fornecidos à ANS pelas empresas que comercializam planos de assistência à saúde demonstram que a proporção de cesarianas no setor é alarmante, situando-se em torno de 80%. Este percentual é totalmente discrepante em comparação ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (15%) e aos resultados encontrados em outros países, tais como Holanda (14%), EUA (26%), México (34%) e Chile (40%). Além disso, a proporção de cesarianas do setor suplementar influencia negativamente os dados nacionais: no sistema público de saúde brasileiro, esta proporção é de 26%, bem próxima aos valores encontrados nos outros países, enquanto o resultado nacional, que considera os partos realizados nos setores públicos e privados, é de 43%. Ressalta-se que em nenhum país foi encontrada uma proporção de cesáreas tão elevada quanto a existente hoje nos planos de saúde no Brasil, o que confere a este setor o desagradável título de campeão mundial de cesarianas. Trata-se de um título indesejável, pois, por ser uma cirurgia indicada para os casos que configurem risco materno e/ou fetal, a cesariana, quando eletiva, ou seja, realizada sem que exista uma indicação médica precisa, aumenta os riscos de complicações e de morte para a mulher e para o recém-nascido.

Não raro, as cesarianas são agendadas antes de a mulher entrar em trabalho de parto, aumentando a chance de o bebê ser retirado do útero ainda prematuro, já que é impreciso o cálculo da idade gestacional realizado antes do parto por meio da ultra-sonografia ou considerando-se a data da última menstruação. A definição exata se o bebê é ou não prematuro somente ocorrerá após o nascimento.

A retirada cirúrgica de bebês do útero antes que tenham atingindo a completa maturidade fetal é grave, pois estudos demonstram que fetos nascidos entre 36 e 38 semanas têm 120 vezes mais chances de desenvolver problemas respiratórios agudos e, em consequência, necessitar de internação em UTI neonatal do que aqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Esta situação, além de aumentar os custos hospitalares e o risco do desenvolvimento de outros problemas de saúde no bebê, ocasionados pela internação, gera uma separação abrupta e precoce entre mãe e filho, num momento primordial para o estabelecimento de vínculo, para uma melhor adaptação do recém-nato à vida extra-uterina e para o início do aleitamento materno.

Além disso, as chances de a mulher sofrer uma hemorragia ou infecção no pós-parto também são maiores em caso de cesárea, existindo ainda um risco aumentado de ocorrerem problemas em futuras gestações, como a ruptura do útero e o mau posicionamento da placenta.

Tais riscos não são percebidos em nosso meio. Isso porque predomina a visão de que o desfecho da gestação será melhor e mais seguro quando abordado na perspectiva da ultra-especialização e do elevado uso de recursos tecnológicos. Ademais, a conveniência do agendamento e do tempo gasto na cesariana, bem como a insuficiente participação feminina nas decisões clínicas relacionadas ao tipo de parto, gerada pela assimetria de informação entre médico e paciente, estão entre as causas apontadas por especialistas para a “superindicação” de cesáreas.

Outrossim, como muitos mitos sobre contra-indicação de parto normal fazem parte do imaginário coletivo e são utilizados para justificar cesarianas desnecessárias, é importante esclarecer que situações como cesariana anterior, gestação gemelar, fetos grandes, apresentação pélvica (quando o bebê está “sentado” no útero), podem ou não determinar a necessidade de uma cesariana. E ainda, que existem situações como o cordão umbilical envolto no pescoço, baixa estatura da mãe, idade gestacional de 40 semanas, entre outras, que isoladamente não justificam a realização de uma cesárea.

Por último, é importante destacar, que quando a equipe de saúde possui uma atitude acolhedora, quando há estímulo para a participação de acompanhante durante todo o trabalho de parto e no parto, quando a mulher é encorajada a ter uma postura ativa, movimentando-se durante o trabalho de parto, adotando posições nas quais sinta-se mais confortável e tendo acesso a métodos para o alívio da dor, a vivência do parto pode configurar-se como uma enriquecedora experiência de vida.

A ANS, a partir da constatação da proporção descabida de cesarianas desnecessárias no setor suplementar, tem proposto ações com o intuito de reverter esse quadro e nesse sentido lança um movimento pelo parto normal, em que um dos objetivos é capitanear as discussões sobre estratégias para redução das cesarianas desnecessárias e o incentivo ao parto normal, envolvendo todos os segmentos implicados com este tema. Contudo, esta é uma discussão que não deve ficar restrita ao âmbito da agência reguladora, deve mobilizar em especial as mulheres, as quais devem ousar reivindicar o direito de dar à luz por meio de parto normal, com autonomia e segurança, vivenciando esse momento especial de forma saudável e prazerosa.

Em caso de dúvidas, sugestões e comentários, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou pelo endereço eletrônico ggtap.dipro@ans.gov.br.

Rio de Janeiro, 5 de dezembro de 2007

ESPAÇO DO ASSOCIADO

Dando continuidade, apresentamos a seguir, retirado do Manual Técnico de Promoção e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar da ANS, uma das estratégias da proposta de **Política de Indução das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças da ANS**, com vistas a contribuir para mudanças no sistema de saúde que possibilitem sair de um modelo hegemonicamente centrado na doença e baseado na demanda espontânea, para um modelo de atenção integral à saúde:

Linha de Cuidado: Saúde do Adulto e do Idoso

6.2.1 Doenças Cardiovasculares

Ao longo dos últimos dois séculos, com os processos de transição epidemiológica e demográfica, ocorreu uma mudança importante no perfil de morbimortalidade da população mundial, com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como os transtornos cardiovasculares e neoplasias. Os países em desenvolvimento vêm presenciando, nas últimas décadas, o mesmo fenômeno. Essas mudanças têm contribuído para uma crescente elevação dos gastos em saúde, além de custos sociais importantes como invalidez precoce, exigindo abordagens que respondam de forma efetiva a esses problemas (Brasil, 2006c).

Na Região das Américas existe atualmente uma das taxas mais altas de mortalidade por diabetes mellitus entre todas as regiões do planeta (OMS, 2006).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por um terço do total de mortes no mundo, embora sejam passíveis de prevenção (WHO, 2003). As doenças crônicas não transmissíveis são hoje consideradas verdadeiras epidemias, mais devastadoras que a própria epidemia de AIDS. Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas em todo o mundo morreram de DCNT; é o dobro do número de mortes por doenças infecciosas (incluindo HIV / AIDS, malária e tuberculose), condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas (OMS, 2006).

No Brasil as doenças cardiovasculares (DCV) constituem-se a maior causa de morte. Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2006C), estima-se que, no Brasil, existam 23 milhões de pessoas portadoras de Diabetes e Hipertensão Arterial. Estas taxas têm se elevado e tendem a se agravar, não só pelo processo de envelhecimento da população, como também e, principalmente, pela manutenção na população de nosso país de hábitos inadequados de alimentação; sedentarismo e tabagismo (Brasil, 2006C).

As estratégias envolvidas no controle e redução dos fatores de risco devem abordar os diferentes níveis de atenção à saúde por meio da prevenção primária e terciária. A prevenção primária deve estar voltada ao controle e redução dos fatores de risco. Desta forma, deve-se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável (Brasil, 2001a).

A prevenção secundária, por sua vez, envolve a detecção e tratamento precoce do DM e da HÁ, com isso, destina-se aos indivíduos com DM e HÁ já instalados. Tem como objetivos: alcançar o controle do DM e HÁ; evitar o aparecimento de complicações

e retardar a progressão do quadro clínico. Deve-se identificar a presença de fatores de risco associados, de lesões em órgãos e de comorbidades. Quanto à prevenção terciária, busca-se minimizar as complicações, tendo como finalidade melhorar a qualidade de vida e evitar morte precoce (BRASIL, 2001a).

Os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares são (BRASIL, 2006a):

- História Familiar de DCV
- Idade: homem >45 anos / Mulher >55 anos
- Tabagismo
- Dislipidemia (LDL-c e Triglicerídeos elevados/ HDL-c baixo)
- Presença de HAS
- Presença de DM
- Obesidade – IMC > 30 kg/m²
- Circunferência abdominal elevada
- Sedentarismo
- Alimentação inadequada (Pobre em frutas e vegetais rica em sal e gorduras)
- Stress psico-social.

De acordo com dados referentes ao ano de 2005 do Programa de Qualificação da Saúde suplementar da ANS, a análise da linha de cuidado de transtornos cardiovasculares mostra que entre as 1.266 operadoras que enviaram as informações referentes ao indicador taxa de internações por diabetes mellitus, 47,2% apresentam inconsistência nos dados enviados pelo Sistema de informações de Produtos (SIP).

Entre as 425 operadoras avaliadas, a maior parte delas, correspondendo a 37,6%, receberam pontuação média, seguida pela pontuação máxima. Foi observada uma taxa de internações por diabetes mellitus de 18,3 eventos para cada 10.000 expostos.

Considerando a taxa de internações por doenças cerebrovasculares, observa-se que entre as 1.266 operadoras, 46,5% apresentaram dados inconsistentes, 17,2% não tiveram seus dados calculados e 36,2% foram pontuados. Das 459 operadoras com pontuação, 15,2% obtiveram a pontuação zero, 20,7% a pontuação mínima, 37% a pontuação média e 27, 23% a pontuação máxima. A taxa de internações por doenças cerebrovasculares encontrada no setor suplementar foi de 20,0 eventos para cada 10.000 expostos.

Para o indicador taxa de internações por infarto agudo do miocárdio, 42,1% das operadoras apresentaram inconsistência no envio dos dados 27,7% das operadoras não tiveram seus dados calculados, e 30,2% receberam pontuação. Entre as 382 operadoras pontuadas, 16,2% receberam a pontuação zero, 15,4% a pontuação mínima,

42,4% a pontuação média e 26,0% a pontuação máxima. A taxa de internações por infarto agudo do miocárdio encontrada no setor suplementar foi de 12,8 eventos para cada 10.000 expostos.

Para o indicador taxa de internações por infarto agudo do miocárdio, 42,1% das operadoras apresentaram inconsistência no envio dos dados, 27,7% das operadoras não tiveram seus dados calculados, e 30,2% receberam pontuação. Entre as 382 operadoras pontuadas, 16,2% receberam a pontuação zero, 15,4% a pontuação mínima, 42,4% a pontuação média e 26,0% a pontuação máxima. A taxa de internações por infarto agudo do miocárdio encontrada no setor suplementar foi de 12,8 eventos para cada 10.000 expostos.

Em relação ao indicadores taxa de internações por amputação de membros inferiores por diabetes mellitus, a pontuação seguiu parâmetros da organização Mundial de Saúde (OMS). Apenas 6,2% das 1.266 operadoras foram avaliadas. Destas 25,3% receberam a pontuação zero, 7,6% a pontuação mínima, 40,5% a pontuação média e 26,6% a pontuação máxima.

Pode-se concluir, a partir da análise dos dados do setor suplementar, que as taxas de internação por transtornos cardiovasculares foram maiores do que as taxas nacionais. Este fato pode ser indicativo de maior acesso aos serviços de saúde, considerando a disponibilidade da rede credenciada aos planos de saúde.

Por outro lado, altas taxas de internação podem ser indício de precário cuidado primário na assistência à saúde, principalmente na prevenção dos fatores de risco para a instalação de doenças. Entre os principais fatores de risco, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são críticos do ponto de vista de saúde pública.

No Brasil, dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus de 2001, apontaram para uma prevalência destes fatores na população brasileira acima de 40 anos de idade de 36% e 10%, respectivamente (BRASIL, 2001a).

Além disso, considerando que para o conhecimento das condições de saúde da população beneficiária se faz a partir de estudos e análises de informações com qualidade; é necessário que as operadoras se apropriem do Sistema de informações de Produtos – SIP, como ferramenta gerencial, voltada para uma abordagem do monitoramento e da qualificação da informação em saúde³, como subsídio para o planejamento da intervenção das operadoras com vistas à melhoria da assistência prestada e da situação de saúde dos seus beneficiários.

**Obs: Aguarde no próximo Boletim,
" Diabetes Mellitus".**

**TELEFONE DA PRÓ-SAÚDE
3224-9108**

(deixe seu recado que voltamos a falar com você)

**ASSOCIAÇÃO CIVIL PRÓ-SAÚDE DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE PONTA GROSSA**

BOLETIM 70

Objetivo deste boletim é divulgar o trabalho desenvolvido no período de dezembro de 2007 a janeiro de 2008, bem como comunicar aos prezados associados, que se encontram a disposição (Pró-Saúde - Centro, Bloco A) os **Extratos de Contribuição Mensal para fins de Imposto de Renda, cópias dos recibos reembolsados no ano de 2007** e encaminhar anexo a cópia do **Balanço Patrimonial dos exercícios findos em 31 de dezembro para análise**, bem como comunicar a realização da **ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA**.

ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA.

A diretoria convoca os associados em pleno gozo de seus direitos sociais, para em 04/03/2008 (**terça-feira**), às **13h30min**, na sala do Conselho da Universidade, **bloco da Reitoria - UEPG/Uvaranas**, em primeira chamada, discutir e deliberar os seguintes assuntos:

Relato das atividades desenvolvidas pela Diretoria.

Proposta para alteração Regimental:

- **Inclusões da versão 2008 do Rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS;**
- **Alteração da Área Geográfica do Pró-Saúde;**
- **Parecer do Conselho de Curadores, apreciação e deliberação das contas referentes ao ano de 2007;**
- **Apresentação do estudo de viabilidade econômica elaborado pela Comissão nomeada pela Assembléia de 10/10/2007.**

SALDO DISPONÍVEL E FUNDO DE RESERVA - com valores referentes ao mês de janeiro de 2008, a PRÓ-SAÚDE conta com a importância de **R\$ 211.085,22** em disponibilidade para fazer frente a possíveis reembolsos de despesas médicas e o fundo de reserva acumula o montante de **R\$ 2.035.983,27**.

RELATÓRIO MENSAL DAS CONTAS DA ASSOCIAÇÃO - a Diretoria vem elaborando e encaminhando ao Conselho de Curadores, regularmente, os relatórios financeiros que se encontram a disposição para apreciação de todos os associados na sede da PRÓ-SAÚDE. A seguir, é mostrada uma tabela com o demonstrativo sintético das receitas, despesas e das aplicações financeiras realizadas nos últimos dois (2) meses:

Mês	Receita	Despesa+ Reembolso	Conta Correntes Bancária	Aplicação	Valor de Resgate Final	Valor de Resg. LÍq. Proporcional	Conta Correntes Pró-Saúde Reembolso
Dez/07	253.912,21	158.675,19	15.334,45	2.223.805,44	2.469.296,29	2.452.907,87	388,86
Jan/08	15.3072,73	121.254,23	7.174,10	2.239.894,39	2.532.967,30	2.516.268,65	688,17

VALORES REEMBOLSADOS - desde sua criação a PRÓ-SAÚDE já efetuou reembolsos de despesas médicas para seus associados e dependentes no valor total de **R\$7.985.998,25** perfazendo uma média mensal de **R\$48.399,99**.

BALANÇO PATRIMONIAL – Atendendo a legislação (Lei n ° 9.656 de 03 / 06 / 1998, artigo 22) estamos enviando anexo uma cópia do Balanço Patrimonial dos exercício findos em 31 de dezembro juntamente com o parecer dos Auditores independentes para serem analisados pelos nosso associados para uma futura aprovação em assembléia a ser marcada.

EXTRATO ANUAL DE CONTRIBUIÇÃO E COMPROVANTES DE REEMBOLSOS REALIZADOS NO ANO DE 2007 – a Diretoria informa que, conforme ocorreu no ano anterior não vão ser enviados os extratos e comprovantes via Correio (por motivos de economia e extravio), os mesmos encontram-se a disposição dos Srs. Associados na sede central da Associação Civil Pró-Saúde dos Servidores da UEPG – Praça Santos Andrade, nº 1.

NOVOS SÓCIOS

Conclamamos nossos sócios, a colaborar na divulgação dos serviços prestados pela Pró-Saúde com o objetivo de aumentar o número de sócios. Lembramos que qualquer pessoa da Comunidade tem o direito de ser inscrito em nosso Plano de Saúde

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES QUANDO DE ACERTO DE CONTAS PRÓ-SAÚDE.

- 01)- Apresentação da Carteira de Sócio no ato da contratação do serviço médico;
- 02)- Todas as contas deverão vir precedidas e acompanhadas de Requisição Médica e serão reembolsadas dentro do mês se as mesmas forem acolhidas pelo Pró-Saúde até o dia 25 ou no 1º dia útil seguinte até as 11:00 horas;
- 03)- Nota Fiscal e ou Recibo acompanhado da fatura individual descritiva dos procedimentos realizados e dos respectivos valores;
- 04)- Pagamento de uma visita médica por especialidade ao dia, no valor de R\$ 46,80 a unidade;
- 05)- Consultas tanto em consultório como em ambulatório deverão ser pagas no valor de R\$ 60,00, não reembolsáveis pela Pró-Saúde;
- 06)- Despesas consideradas de Alto Custo (ortes e próteses) somente serão reembolsadas pelo valor estipulado na Nota Fiscal do distribuidor de origem;
- 07)- Todos os procedimentos médicos são calculados e reembolsados com base na Tabela da Associação Médica Brasileira de 1996, acrescida de 20%;
- 08)- Os medicamentos oriundos de despesas de internamento ou exames são calculados e reembolsados com base no guia Farmacêutico "Brasíndice" do mês em curso;
- 09)- As despesas de internações hospitalares serão reembolsadas pela tabela da ASSEPAS com valor unitário da U.B.H. de R\$ 0,36, acrescidas de 20%;
- 10)- Não são reembolsáveis os valores consignados como taxa de internação as quais deverão ser pagas pelo sócio;
- 11)- Serão reembolsáveis nos casos de medicina intensivista (UTI), somente os médicos plantonistas;
- 12)- Os exames laboratoriais serão reembolsáveis, limitados a 2 (dois) exames por procedimento por mês;
- 13)- Os procedimentos de acupuntura serão reembolsáveis, limitados a 50 sessões a cada 365 dias;
- 14)- Os procedimentos fisiátricos serão reembolsáveis limitados a 20 sessões por modalidade e patologia a cada 365 dias;
- 15)- Somente serão reembolsáveis no caso de tratamento a portadores mentais, desintoxicação decorrentes de tratamento de dependência química e /ou alcoolismo dentro dos seguintes limites:
 - a)- 30 dias/ano de internamento em hospital psiquiátrico para distúrbios mentais.
 - b)- 15 dias/ano de internamento em clínica de tratamento reconhecida para dependência química e/ou alcoolismo;
- 16)- Remoção do paciente internado até 500 (quinhentos) quilômetros, por via rodoviária;
- 17)- As despesas com Radiologia Intervencionista e Internamento para cirurgias plásticas não restauradoras e tratamento por motivo de senilidade, para rejuvenescimento ou com finalidade exclusivamente estética, mamoplastia e dermolipectomia, não são reembolsáveis.

PARTO NORMAL - Movimento ANS em favor do parto normal e da redução das cesarianas desnecessárias no setor suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como função regular as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e como missão defender o interesse público. Por este motivo vem prestar informações sobre as elevadas taxas de cesarianas desnecessárias no setor suplementar e lançar um

Tais riscos não são percebidos em nosso meio. Isso porque predomina a visão de que o desfecho da gestação será melhor e mais seguro quando abordado na perspectiva da ultra-especialização e do elevado uso de recursos tecnológicos. Ademais, a conveniência do agendamento e do tempo gasto na cesariana, bem como a insuficiente participação feminina nas decisões clínicas relacionadas ao tipo de parto, gerada pela assimetria de informação entre

movimento pelo parto normal.

Dados fornecidos à ANS pelas empresas que comercializam planos de assistência à saúde demonstram que a proporção de cesarianas no setor é alarmante, situando-se em torno de 80%. Este percentual é totalmente discrepante em comparação ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (15%) e aos resultados encontrados em outros países, tais como Holanda (14%), EUA (26%), México (34%) e Chile (40%). Além disso, a proporção de cesarianas do setor suplementar influencia negativamente os dados nacionais: no sistema público de saúde brasileiro, esta proporção é de 26%, bem próxima aos valores encontrados nos outros países, enquanto o resultado nacional, que considera os partos realizados nos setores públicos e privados, é de 43%. Ressalta-se que em nenhum país foi encontrada uma proporção de cesáreas tão elevada quanto a existente hoje nos planos de saúde no Brasil, o que confere a este setor o desagradável título de campeão mundial de cesarianas. Trata-se de um título indesejável, pois, por ser uma cirurgia indicada para os casos que configurem risco materno e/ou fetal, a cesariana, quando eletiva, ou seja, realizada sem que exista uma indicação médica precisa, aumenta os riscos de complicações e de morte para a mulher e para o recém-nascido.

Não raro, as cesarianas são agendadas antes de a mulher entrar em trabalho de parto, aumentando a chance de o bebê ser retirado do útero ainda prematuro, já que é impreciso o cálculo da idade gestacional realizado antes do parto por meio da ultra-sonografia ou considerando-se a data da última menstruação. A definição exata se o bebê é ou não prematuro somente ocorrerá após o nascimento.

A retirada cirúrgica de bebês do útero antes que tenham atingindo a completa maturidade fetal é grave, pois estudos demonstram que fetos nascidos entre 36 e 38 semanas têm 120 vezes mais chances de desenvolver problemas respiratórios agudos e, em consequência, necessitar de internação em UTI neonatal do que aqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Esta situação, além de aumentar os custos hospitalares e o risco do desenvolvimento de outros problemas de saúde no bebê, ocasionados pela internação, gera uma separação abrupta e precoce entre mãe e filho, num momento primordial para o estabelecimento de vínculo, para uma melhor adaptação do recém-nato à vida extra-uterina e para o início do aleitamento materno.

Além disso, as chances de a mulher sofrer uma hemorragia ou infecção no pós-parto também são maiores em caso de cesárea, existindo ainda um risco aumentado de ocorrerem problemas em futuras gestações, como a ruptura do útero e o mau posicionamento da placenta.

ESPAÇO DO ASSOCIADO

Dando continuidade, apresentamos a seguir, retirado do Manual Técnico de Promoção e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar da ANS, uma das estratégias da proposta de **Política de Indução das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças da ANS**, com vistas a contribuir para mudanças no sistema de saúde que possibilitem sair de um modelo hegemonicamente centrado na doença e baseado na demanda espontânea, para um modelo de atenção integral à saúde:

Linha de Cuidado: Saúde do Adulto e do Idoso

6.2.1 Doenças Cardiovasculares

Ao longo dos últimos dois séculos, com os processos de

médico e paciente, estão entre as causas apontadas por especialistas para a “superindicação” de cesáreas.

Outrossim, como muitos mitos sobre contra-indicação de parto normal fazem parte do imaginário coletivo e são utilizados para justificar cesarianas desnecessárias, é importante esclarecer que situações como cesariana anterior, gestação gemelar, fetos grandes, apresentação pélvica (quando o bebê está “sentado” no útero), podem ou não determinar a necessidade de uma cesariana. E ainda, que existem situações como o cordão umbilical envolto no pescoço, baixa estatura da mãe, idade gestacional de 40 semanas, entre outras, que isoladamente não justificam a realização de uma cesárea.

Por último, é importante destacar, que quando a equipe de saúde possui uma atitude acolhedora, quando há estímulo para a participação de acompanhante durante todo o trabalho de parto e no parto, quando a mulher é encorajada a ter uma postura ativa, movimentando-se durante o trabalho de parto, adotando posições nas quais sintam-se mais confortável e tendo acesso a métodos para o alívio da dor, a vivência do parto pode configurar-se como uma enriquecedora experiência de vida.

A ANS, a partir da constatação da proporção descabida de cesarianas desnecessárias no setor suplementar, tem proposto ações com o intuito de reverter esse quadro e nesse sentido lança um movimento pelo parto normal, em que um dos objetivos é capitanear as discussões sobre estratégias para redução das cesarianas desnecessárias e o incentivo ao parto normal, envolvendo todos os segmentos implicados com este tema. Contudo, esta é uma discussão que não deve ficar restrita ao âmbito da agência reguladora, deve mobilizar em especial as mulheres, as quais devem ousar reivindicar o direito de dar à luz por meio de parto normal, com autonomia e segurança, vivenciando esse momento especial de forma saudável e prazerosa.

Em caso de dúvidas, sugestões e comentários, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou pelo endereço eletrônico ggtap.dipro@ans.gov.br.

Rio de Janeiro, 5 de dezembro de 2007

e retardar a progressão do quadro clínico. Deve-se identificar a presença de fatores de risco associados, de lesões em órgãos e de comorbidades. Quanto à prevenção terciária,

transição epidemiológica e demográfica, ocorreu uma mudança importante no perfil de morbimortalidade da população mundial, com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como os transtornos cardiovasculares e neoplasias. Os países em desenvolvimento vêm presenciando, nas últimas décadas, o mesmo fenômeno. Essas mudanças têm contribuído para uma crescente elevação dos gastos em saúde, além de custos sociais importantes como invalidez precoce, exigindo abordagens que respondam de forma efetiva a esses problemas (Brasil, 2006c).

Na Região das Américas existe atualmente uma das taxas mais altas de mortalidade por diabetes mellitus entre todas as regiões do planeta (OMS, 2006).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por um terço do total de mortes no mundo, embora sejam passíveis de prevenção (WHO, 2003). As doenças crônicas não transmissíveis são hoje consideradas verdadeiras epidemias, mais devastadoras que a própria epidemia de AIDS. Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas em todo o mundo morreram de DCNT; é o dobro do número de mortes por doenças infecciosas (incluindo HIV / AIDS, malária e tuberculose), condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas (OMS, 2006).

No Brasil as doenças cardiovasculares (DCV) constituem-se a maior causa de morte. Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2006C), estima-se que, no Brasil, existam 23 milhões de pessoas portadoras de Diabetes e Hipertensão Arterial. Estas taxas têm se elevado e tendem a se agravar, não só pelo processo de envelhecimento da população, como também e, principalmente, pela manutenção na população de nosso país de hábitos inadequados de alimentação; sedentarismo e tabagismo (Brasil, 2006C).

As estratégias envolvidas no controle e redução dos fatores de risco devem abordar os diferentes níveis de atenção à saúde por meio da prevenção primária e terciária. A prevenção primária deve estar voltada ao controle e redução dos fatores de risco. Desta forma, deve-se enfatizar o controle do tabagismo, da obesidade, do sedentarismo, do consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável (Brasil, 2001a).

A prevenção secundária, por sua vez, envolve a detecção e tratamento precoce do DM e da HÁ, com isso, destina-se aos indivíduos com DM e HÁ já instalados. Tem como objetivos: alcançar o controle do DM e HÁ; evitar o aparecimento de complicações

42,4% a pontuação média e 26,0% a pontuação máxima. A taxa de internações por infarto agudo do miocárdio encontrada no setor suplementar foi de 12,8 eventos para cada 10.000 expostos.

Para o indicador taxa de internações por infarto agudo do miocárdio, 42,1% das operadoras apresentaram inconsistência no envio dos dados, 27,7% das operadoras não tiveram seus dados calculados, e 30,2% receberam pontuação. Entre as 382 operadoras pontuadas, 16,2% receberam a pontuação zero, 15,4% a pontuação mínima, 42,4% a pontuação média e 26,0% a pontuação máxima. A taxa de internações por infarto agudo do miocárdio encontrada no setor suplementar foi de 12,8 eventos para

busca-se minimizar as complicações, tendo como finalidade melhorar a qualidade de vida e evitar morte precoce (BRASIL, 2001a).

Os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares são (BRASIL, 2006a):

- História Familiar de DCV
- Idade: homem >45 anos / Mulher >55 anos
- Tabagismo
- Dislipidemia (LDL-c e Triglicerídeos elevados/ HDL-c baixo)
- Presença de HAS
- Presença de DM
- Obesidade – IMC > 30 kg/m²
- Circunferência abdominal elevada
- Sedentarismo
- Alimentação inadequada (Pobre em frutas e vegetais rica em sal e gorduras)
- Stress psico-social.

De acordo com dados referentes ao ano de 2005 do Programa de Qualificação da Saúde suplementar da ANS, a análise da linha de cuidado de transtornos cardiovasculares mostra que entre as 1.266 operadoras que enviaram as informações referentes ao indicador taxa de internações por diabetes mellitus, 47,2% apresentam inconsistência nos dados enviados pelo Sistema de informações de Produtos (SIP).

Entre as 425 operadoras avaliadas, a maior parte delas, correspondendo a 37,6%, receberam pontuação média, seguida pela pontuação máxima. Foi observada uma taxa de internações por diabetes mellitus de 18,3 eventos para cada 10.000 expostos.

Considerando a taxa de internações por doenças cerebrovasculares, observa-se que entre as 1.266 operadoras, 46,5% apresentaram dados inconsistentes, 17,2% não tiveram seus dados calculados e 36,2% foram pontuados. Das 459 operadoras com pontuação, 15,2% obtiveram a pontuação zero, 20,7% a pontuação mínima, 37% a pontuação média e 27, 23% a pontuação máxima. A taxa de internações por doenças cerebrovasculares encontrada no setor suplementar foi de 20,0 eventos para cada 10.000 expostos.

Para o indicador taxa de internações por infarto agudo do miocárdio, 42,1% das operadoras apresentaram inconsistência no envio dos dados 27,7% das operadoras não tiveram seus dados calculados, e 30,2% receberam pontuação. Entre as 382 operadoras pontuadas, 16,2% receberam a pontuação zero, 15,4% a pontuação mínima,

No Brasil, dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus de 2001, apontaram para uma prevalência destes fatores na população brasileira acima de 40 anos de idade de 36% e 10%, respectivamente (BRASIL, 2001a).

Além disso, considerando que para o conhecimento das condições de saúde da população beneficiária se faz a partir de estudos e análises de informações com qualidade; é necessário que as operadoras se apropriem do Sistema de informações de Produtos – SIP, como ferramenta gerencial, voltada para uma abordagem do monitoramento e da qualificação da informação em saúde, como subsídio para o planejamento da intervenção das operadoras com vistas à

cada 10.000 expostos.

Em relação ao indicados taxa de internações por amputação de membros inferiores por diabetes mellitus, a pontuação seguiu parâmetros da organização Mundial de Saúde (OMS). Apenas 6,2% das 1.266 operadoras foram avaliadas. Destas 25,3% receberam a pontuação zero, 7,6% a pontuação mínima, 40,5% a pontuação média e 26,6% a pontuação máxima.

Pode-se concluir, a partir da análise dos dados do setor suplementar, que as taxas de internação por transtornos cardiovasculares foram maiores do que as taxas nacionais. Este fato pode ser indicativo de maior acesso aos serviços de saúde, considerando a disponibilidade da rede credenciada aos planos de saúde.

Por outro lado, altas taxas de internação podem ser indício de precário cuidado primário na assistência à saúde, principalmente na prevenção dos fatores de risco para a instalação de doenças. Entre os principais fatores de risco, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são críticos do ponto de vista de saúde pública .

melhoria da assistência prestada e da situação de saúde dos seus beneficiários.

**Obs: Aguarde no próximo Boletim,
" Diabetes Mellitus".**

**TELEFONE DA PRÓ-SÁUDE
3224-9108**

(deixe seu recado que voltamos a falar com você)