



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

# **BOLETIM 80**

Ago de 2009

O objetivo deste boletim é divulgar o trabalho desenvolvido em julho de 2009, repetir os avisos importantes quando de acerto de contas através do Pró-Saúde, bem como divulgar as alterações resultantes da deliberação da última **ASSEMBLÉIA EXTRAORDINÁRIA** realizada em 21/07/09.

### **DELIBERAÇÃO DA ASSEMBLÉIA EXTRAORDINÁRIA**

**ALTERAÇÕES REGIMENTAIS** - Divulgamos as alterações implementadas no Regimento Interno, resultante da deliberação da última Assembléia Geral Extraordinária, realizada em 21/07/2009:

- a) Foi negado o reajuste do valor das mensalidades (6%) em virtude da adequação das faixas etárias impostas pela ANS, que vai gerar variações de valor nas mensalidades de alguns sócios.
- b) Foi aprovado a adequação das faixas etárias conforme prevê a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde. Devido ao enquadramento dos usuários no plano com três faixas etárias, os associados com idades entre 19 e 55 anos que aderiram ao plano antes de 01/01/2004 terão o valor de suas mensalidades modificadas a partir do mês de agosto do corrente ano. Logo, a Pró-Saúde terá apenas um único tipo de plano com três faixas etárias, ficando assim distribuídas:  
0 (zero) a 18 (dezoito) anos com o valor de R\$ 131,00; 19 (dezenove) a 48 (quarenta e oito) anos com o valor de R\$ 189,00 e 54 (cinquenta e quatro) anos ou mais no valor de R\$ 250,00.

### **ALTERAÇÕES NÃO REGIMENTAIS**

- a) Foi negado a alteração do valor dos procedimentos médicos.
- b) Foi aprovado a liberação do Valor R\$ 180.000,00 (Cento e oitenta mil reais) para a reforma do imóvel da nova sede do Pró-Saúde.
- c) Foi autorizado a cobertura do saldo disponível, decorrente da sua utilização para a da reforma da nova sede da Pró-Saúde. O valor a ser repostado será a transferência de R\$ 300.000,00 (Trezentos mil reais) da conta de aplicação para o saldo disponível.

**SALDO DISPONÍVEL E FUNDO DE RESERVA** - com valores referentes ao mês de julho/08, a PRÓ-SAÚDE conta com a importância de **R\$ 180.468,84** em disponibilidade para fazer frente a possíveis reembolsos de despesas médicas e o fundo de reserva acumula o montante de **R\$ 1.895.485,30**.

**VALORES REEMBOLSADOS** - desde sua criação a PRÓ-SAÚDE já efetuou reembolsos de despesas médicas para seus associados e dependentes no valor total de **R\$10.150.923,31** perfazendo uma média mensal de **R\$ 61.520,75**.

### **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, ambos 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\$ 54,60 a unidade;
- 05)- Consultas tanto em consultório como em ambulatório deverão ser pagas no valor de até R\$ 80,00, não reembolsáveis pela Pró-Saúde;
- 06)- Despesas consideradas de Alto Custo (orteses 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 40%;

- 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 40%;
- 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.

## NOVOS CONVÊNIOS

Informamos que a partir desta data foi concluído o Convênio de Prestação de Serviços de Procedimentos Médicos em Ponta Grossa Pr.:

SUSAN MASSUMI ONUMA – Endocrinologista – Rua 19 de dezembro, 477 – Centro - Ponta Grossa - Pr. - Tel: (42) 3224-8917.

## 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 Mental**

#### **Introdução**

Segundo o Ministério da Saúde 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais do que 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (Brasil, 2006h). Dada a importância epidemiológica dos transtornos mentais, bem como a pouca atenção histórica que têm recebido por parte das políticas de saúde, justifica-se a incorporação da Saúde Mental como uma das linhas de cuidado priorizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Vale lembrar que dados fornecidos por estudo realizado pela Universidade de Harvard indicam que, das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica: depressão, transtorno afetivo bipolar, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo (Murray e Lopez, 19965 apud Brasil, 2003c). Apesar de responsáveis diretas por somente 1,4% de todas as mortes, as condições neurológicas e psiquiátricas foram responsáveis por 28% de todos os anos vividos com alguma desabilitação para a vida. Exceto variações sem maior significado epidemiológico, a realidade acima encontra equivalência no Brasil (Brasil, 2003c).

Além disso, de acordo com a organização Mundial de Saúde (OMS, 2001 apud Brasil, 2003c), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, sendo o mesmo observado no território brasileiro.

A Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem como objetivo, entre outros, reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) – incluir as ações da saúde mental na atenção básica e implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Em relação ao alcoolismo e outras drogas, é importante destacar que o Ministério da Saúde preconiza ações de modo integral e articulado de prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários, tratando esta questão como um problema de saúde pública. Estas propostas atendem às diretrizes que foram recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001 (III CNSM, relatório Final, 2001 apud Brasil, 2003c).

A ANS tem como pressuposto alinhar as práticas do setor suplementar de saúde<sup>3</sup> às políticas de saúde gerais do Brasil. Deste modo, está incorporando a Saúde Mental como Linha de Cuidado prioritária para o setor. Nesta direção, a prática de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na linha de Cuidado a Saúde Mental tem sido estimulada em todos os níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

Todas estas determinações do Ministério da Saúde, apoiadas e estimuladas pela ANS para o setor suplementar de Saúde brasileiro encontra suporte jurídico na lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, mas conhecida como a Lei da Saúde Mental, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o

modelo assistencial. Em seu parágrafo primeiro, esta lei assegura o direito à cidadania dos portadores de transtornos mentais:

“Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra” (Art. 1º da Lei 10.216/2001).

Toda Atenção em Saúde ao paciente portador de transtorno mental no território nacional em qualquer sub-sistema de saúde, seja público, complementar ao público, suplementar ou estritamente privado está obrigado a seguir as determinações desta lei federal que, entre outras coisas determina que ao portador de transtornos mentais sejam assegurados os seguintes direitos:

- Ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração, inclusive enquanto estiver em instituição de saúde;
- Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- Ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- Ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários (ambulatoriais, consultórios, serviços de atenção diária, hospital-dia, etc.) de saúde mental;
- A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes;
- O Tratamento visar, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio;
- É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados nesta lei e que não assegurem aos pacientes os direitos nela enumerados;
- A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Para que a atenção em saúde mental seja eficiente em qualquer dos níveis de atenção deve contar com uma rede articulada, adotar uma abordagem psicossocial, realizar busca ativa dos pacientes, buscar o apoio e a parceria com os familiares. Além disso, é essencial contar com equipes multidisciplinares composta por profissionais de saúde de várias formações, abandonando antigos paradigmas que têm se mostrado ineficazes e pouco resolutivos ao longo do tempo como a abordagem estritamente médica e psicofarmacológica, centrada na hospitalização.

Diretrizes Gerais:

- Redução de atenção hospitalar por meio da substituição por serviços ambulatoriais e de atenção diária;
- Respeito aos direitos e à cidadania do portador de transtorno mental;
- Políticas de Prevenção ao uso e dependência de Substâncias Psicoativas: álcool, tabaco e outras drogas priorizando a Política de Redução de Danos;
- Apoio e Medidas Educativas aos familiares dos pacientes;
- Estimulo e apoio à reinserção social e familiar;
- Atenção Multidisciplinar.

#### **Programa para Portadores de Transtornos Mentais Graves**

Tem como objetivo evitar internações repetidas e abandono do tratamento, melhoria da qualidade de vida e das relações familiares, apoio à inserção no mercado de trabalho.

#### **Programa de Prevenção ao uso de Álcool e Outras Drogas**

Estes Programas devem estar pautados na Política Ampliada do Ministério da Saúde de Redução de Danos. Seguindo esta diretriz, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado.

#### **Programa Antitabagismo**

Segundo dados do governo americano que foram publicados em relatório no ano de 1988, vários estudos comprovam que o tabaco tem capacidade de causar dependência. Este relatório concluiu que o cigarro e outros derivados do tabaco causam dependência, sendo a nicotina a droga que provocaria dependência.

Além disso, constataram que há semelhança entre o tabaco e outras como a cocaína e a heroína nos processos químicos e comportamentais implicados na dependência (U.S. Surgeon General, 1988 apud Brasil, 2003b).

Atualmente, tornou-se praticamente um consenso que o tabagismo é uma doença resultante da dependência de nicotina. Além disso, os usuários dos produtos de tabaco se expõem a cerca de 4.700 substâncias tóxicas. Apesar disso apenas em 1993, na sua décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a incluir o tabagismo no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (OMS, 1993).

Dados da OMS informam que o total de mortes decorrentes do tabagismo é de cerca de 5 milhões ao ano, podendo alcançar o patamar de 8,4 milhões/ano em 2020, especialmente em indivíduos na idade produtiva (35-36 anos), se nada for feito para modificar a situação atual (WHO,2001 apud Brasil, 2003b). No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo (OPAS, 2002 apud Brasil, 2003b).

Diante da magnitude e importância epidemiológica desta doença, que se constitui enquanto fator de risco para muitas outras, é que destaca, neste Manual, duas seções referentes ao controle do tabagismo, uma no capítulo dos Fatores de Risco e uma na Linha de cuidado Saúde Mental. Para se ter uma idéia, no início da década de 1990 estimava-se que

cerca de 1,1 bilhão de pessoas eram tabagistas em todo mundo. Este número tem aumentado significativamente. Em 1998 já se estimava que 1,25 bilhões eram usuários de tabaco (WHO,2001 apud Brasil, 2003b).

O tabaco já é a segunda droga mais consumida em todo mundo pelos jovens e esta tendência se reproduz no Brasil. Não é à toa que o tabagismo é um hábito tão disseminado na nossa sociedade, trata-se de uma droga licita, de fácil aquisição e baixo custo. A mídia, através da publicidade tem historicamente associado o hábito de fumar a sucesso, beleza e juventude, liberdade e prazer. Reflexo disso é o fato da maioria dos fumantes iniciarem o hábito antes dos 19 anos de idade (Brasil, 2003b).

Esta é uma história longa, já no final do século XIX e na 1ª metade do século XX os fatores econômicos se tornaram preponderante na difusão maciça mundial do hábito de fumar devido à consolidação da industria do cigarro por meio da produção de cigarros em escala industrial e a um processo de propaganda intenso em torno do hábito de fumar (PAHO, 1992 apud Brasil, 2001b).

Para que ações antitabagistas sejam efetivas, o olhar tem que se ampliar para além do indivíduo fumante, considerando-se também os outros fatores da cultura para que se alcance resultados positivos. Seguindo a lógica do Programa Nacional do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA) (Brasil, 2003b) existem três pilares para que os programas se sustentem: ações educativas, ações legislativas e ações econômicas.

Atualmente existem alguns métodos bastante utilizados e recomendados pela literatura para favorecer o abandono do tabagismo: a abordagem psicológica de base cognitivo-comportamental e alguns tratamentos farmacológicos, que podem ser nicotínicos ou não nicotínicos.

Quando necessário, e devidamente indicado através de uma avaliação criteriosa, pode se lançar mão do tratamento farmacológico. Destes, entre os não nicotínicos destaca-se o antidepressivo bupropiona por não apresentar, na grande maioria dos casos, efeitos colaterais importantes. Outras opções incluem o antidepressivo nortriptilina e o anti-hipertensivo clonidina. Os tratamentos farmacológicos nicotínicos são conhecidos como TRN – Terapia de Reposição de Nicotina. No Brasil, esta terapia se apresenta nas formas de adesivo e goma de mascar, de liberação lenta de nicotina. As formas de inalador e aerossol, de liberação rápida não estão disponíveis no mercado brasileiro (Brasil, 2001b).

TELEFONE DA PRÓ-SÁUDE (42) 3224-9108  
(deixe seu recado que voltamos a falar com você).