

Orientações práticas em

SAÚDE SUPLEMENTAR

Tudo o que o cidadão precisa saber

DOC



DOC

RJ Estrada do Bananal, 56 - Jacarepaguá - Rio de Janeiro - RJ - (21) 2425-8878

SP (11) 97269-9516

www.universodoc.com.br | atendimento@universodoc.com.br



CEO

Renato Gregório

Gerente geral

Sâmya Nascimento

Gerentes editoriais

Marcello Manes e Thamires Cardoso

Gerente de novos negócios

Thais Novais

Gerente de projetos especiais

Bruno Aires

Coordenador médico

Guilherme Sargentelli (CRM: 541480-RJ)

Coordenadora de Pró-DOC

Alice Selles

Revisora

Paloma Sousa e Everson Cardoso

Designers gráficos

Douglas Almeida, Ivo Nunes, Mariana Matos, Monica Mendes e Tatiana Couto

Gerentes de relacionamento

Fabiana Costa, Karina Maganhini e Thiago Garcia

Assistentes comerciais

Heryka Nascimento e Jessica Oliveira

Produção gráfica

Abraão Araújo e Viviane Telles

Ogata, Alberto José Niituma; Selles, Alice; Silva, Claudio Marcio Ramos; de Matos, Geórgia Antony Gomes; Cechin, José; Curci, Katia Audi; Garcia, Thiago Teixeira; de Carvalho, Vanessa Maria Gomes

Orientações práticas em Saúde Suplementar: tudo o que o cidadão precisa saber / Alberto José Niituma Ogata, Alice Selles, Claudio Marcio Ramos Silva, Geórgia Antony Gomes de Matos, José Cechin, Katia Audi Curci, Thiago Teixeira Garcia e Vanessa Maria Gomes de Carvalho. Rio de Janeiro: DOC, 2021. 1ª edição - 64 p.

ISBN 978-65-87679-54-9

1. Orientações práticas em Saúde Suplementar: tudo o que o cidadão precisa saber. I. Selles, Alice. II. Ogata, Alberto José Niituma. III. Curci, Katia Audi

CDD-658.8

Reservados todos os direitos. É proibida a reprodução ou duplicação deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia ou outros), sem permissão expressa da DOC. Direitos reservados à DOC.

Orientações práticas em

SAÚDE SUPLEMENTAR

Tudo o que o cidadão precisa saber

DOC

Coordenação

Alberto José Niituma Ogata
Alice Selles
Claudio Marcio Ramos Silva
Geórgia Antony Gomes de Matos
José Cechin
Katia Audi Curci
Thiago Teixeira Garcia
Vanessa Maria Gomes de Carvalho

Curadoria



Apoio Institucional



Apoio
abbvie

SUMÁRIO

8 **INTRODUÇÃO**

9 **PARTE 1**

COMO O SISTEMA DE SAÚDE SE ORGANIZA NO BRASIL

33 **PARTE 2**

COMO UTILIZAR O PLANO DE SAÚDE DE MANEIRA INTELIGENTE E RACIONAL

49 **PARTE 3**

COMO CUIDAR DA SAÚDE PARA CONTINUAR SAUDÁVEL E COM QUALIDADE DE VIDA

INTRODUÇÃO

Saúde e qualidade de vida!

Isso é o que desejamos para nós mesmos e para todas as pessoas que queremos bem, certo?

Para que consigamos preservar a nossa saúde ao longo dos anos, precisamos nos cuidar e ter acesso aos serviços de saúde sempre que necessário. Os planos de saúde podem ser muito úteis para a manutenção da nossa saúde quando utilizados de maneira inteligente. Para isso, é muito importante que a gente entenda como o sistema funciona, apesar de ele ser um pouco complicado e cheio de regras.

A publicação que você tem em mãos foi desenvolvida para te ajudar a entender mais sobre o chamado setor de saúde suplementar, sobre planos de saúde e sobre o seu papel na gestão da sua saúde e da saúde de sua família. Por isso, foi dividida em três partes: na primeira, vamos mostrar como está organizado o sistema de saúde brasileiro. A segunda parte é dedicada à utilização do plano de saúde, e fechamos mostrando, na terceira parte, o que te compete fazer e pelo que zelar em todo esse cuidado.

Boa leitura!

PARTE 1

Como o sistema de saúde
se organiza no Brasil

“

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

(Constituição Federal, artigo 196)

”



Certamente você já ouviu falar que todos temos direito aos cuidados com a saúde no Brasil.

Quando se fala em direito, isso significa que esse cuidado deve ser garantido a todos os cidadãos, sem nenhuma distinção. No entanto, talvez você não tenha parado para pensar no que isso significa e em como é complexo ter uma estrutura para oferecer assistência a todos os brasileiros, em todos os níveis, desde a das doenças até a recuperação após o tratamento de algum problema de saúde.

Assim como acontece em nossas casas e com nossas famílias, é preciso ter muito planejamento e estabelecer quais são as prioridades quando não temos recursos (gente, dinheiro e estrutura) para cuidar de tudo ao mesmo tempo.

Sistema Único de Saúde, mas pode chamar de SUS:

Você sabia que o SUS é o maior programa de saúde pública no mundo?

Isso mesmo: em nenhum outro país um número tão grande de pessoas (somos mais de 213 milhões de brasileiros) conta com um sistema de saúde gratuito nos pontos de atendimento. Nosso sistema é inspirado no britânico, o National Health System (NHS), e segue três princípios que orientam o planejamento das atividades e a prestação de serviços:

- **Universalização:** o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todos, independentemente de sexo, raça, ocupação e outras características sociais e pessoais;
- **Equidade:** significa tratar desigualmente os desiguais com base nas necessidades individuais de cada um, investindo mais onde a carência é maior;
- **Integralidade:** as ações compreendem desde a promoção de saúde à prevenção da doença, recuperação e reabilitação, ou seja, todo o ciclo do cuidado, considerando a pessoa dentro de seu contexto social, familiar e cultural.



Duas questões são fundamentais na estrutura do SUS: a primeira é a participação social (ou comunitária), determinada nos princípios organizativos definidos na Constituição Federal e estabelecida e regulada pela lei nº 8.142/90, que criou Conselhos de Saúde (que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde) e Conferências de Saúde (fóruns públicos realizados a cada quatro anos, em etapas de discussões locais, estaduais e nacional, com a participação de prestadores de serviços, gestores SUS, trabalhadores e usuários, para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde).

A outra questão se refere à organização, descentralização e comando único. Os serviços são organizados em níveis crescentes de complexidade de acordo com uma área geográfica determinada e planejados a partir do conhecimento da população a ser atendida. Com a regionalização, os serviços ficam sob comando unificado, de modo a garantir sua otimização. Por meio da hierarquização, os níveis de atenção são distribuídos de acordo com a sua complexidade entre os três níveis de governo (municipal, estadual e nacional). Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, em que cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Saúde suplementar

Além da cobertura universal, garantida por lei a todo cidadão brasileiro pelo sistema público, quem quiser e puder tem a opção de contratar um plano de saúde junto a uma empresa especializada, chamada Operadora. A Saúde Suplementar recebe esse nome pois ela é um 'adicional', que de forma alguma exclui o cidadão (chamado de beneficiário) do direito aos cuidados no sistema público nem o exonera do seu dever de pagar as contribuições sociais.

Mais de 48 milhões de brasileiros são beneficiários de planos de saúde, seja porque pagam para contar com essa assistência, seja porque as empresas em que trabalham oferecem o benefício aos seus colaboradores.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Até 1998 não havia uma lei específica sobre planos de saúde: operadoras, prestadores de serviços e clientes seguiam suas próprias regras. A lei 9.656, publicada nesse ano, é considerada por isso mesmo um importante marco legal do setor. Dois anos após, por meio da lei 9.961, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, responsável por promover a defesa do interesse público, regulando as operadoras setoriais, inclusive no que diz respeito às suas relações com prestadores de serviços e beneficiários de planos de saúde.



Isso significa que cabe à ANS estabelecer medidas e ações do governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização para assegurar, entre outras coisas, a padronização dos planos oferecidos no mercado e a busca contínua do aperfeiçoamento do setor com o objetivo de buscar sua sustentabilidade financeira e assistencial.

O que um plano te assegura

Muita gente pensa que quem tem plano de saúde pode ir ao médico todo dia e fazer todos os exames e cirurgias, mas isso não é verdade. A Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelece quais são os procedimentos (consultas, exames, cirurgias, tratamentos) e define regras sobre como o beneficiário pode utilizar seu plano de saúde. Existe uma lista, chamada de Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que lista quais são os procedimentos com cobertura obrigatória. Essa lista é atualizada periodicamente. Quando falamos de atualização da lista, estamos falando de incorporação de novas tecnologias que envolvem desde a consulta com profissionais especializados até equipamentos de última geração e novos medicamentos.



As novas tecnologias trazem diversos benefícios, desde que tenham passado por rigorosas avaliações em relação aos riscos de efeitos colaterais, disponibilidade de rede prestadora de serviços, eficácia (que se refere à segurança de um bom resultado), efetividade (que significa conseguir o melhor resultado com o mínimo de erros ou desperdícios) e impacto econômico-financeiro, para não comprometer em demasia os orçamentos das famílias e empresas compradoras de planos. No entanto, se todas elas forem adicionadas ao Rol, podem trazer riscos para o sistema de saúde, com elevações dos custos acima da inflação e da capacidade de pagamento das empresas e das pessoas. Por isso, a análise do que será incorporado ou não ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é um trabalho longo, que envolve profissionais de saúde, representantes das empresas do setor e dos pacientes.

Além de disponibilizar a lista de coberturas assistenciais obrigatórias, a ANS oferece canais de comunicação e uma série de materiais que podem esclarecer suas dúvidas quanto aos seus direitos em <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor>>

Destacamos aqui quatro pontos muito importantes:

- **CONTRATO:** deve conter, de forma detalhada, os direitos e obrigações de quem contrata e de quem se compromete a oferecer os serviços. Para ter certeza de que a operadora e o plano que você pretende contratar asseguram a cobertura que busca, você pode pedir o número de registro (da operadora e do plano) e consultar as informações e avaliações disponíveis no site da ANS por meio do site <<http://www.ans.gov.br/ConsultaPlanosConsumidor/>>, que também disponibiliza um guia para orientar sobre os cuidados que devem ser tomados na contratação de um plano de saúde. É muito importante estar atento às orientações previstas no Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde editado pela ANS (Anexo I da IN/DIPRO nº 23/2009).

Antes de assinar o contrato em 7 passos

1

Verifique qual é o plano de saúde mais adequado para você, considerando suas necessidades quanto à cobertura assistencial, abrangência geográfica, tipo de acomodação e rede hospitalar.

A ANS disponibiliza em sua página institucional na internet o Guia ANS de Planos de Saúde, por meio do qual os consumidores podem pesquisar e selecionar um plano de saúde antes de realizar a adesão/contratação na operadora do plano;



2

Entre em contato com a operadora de planos de saúde de sua preferência ou com um corretor especializado;

3

Confira no portal da ANS (<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras>) se a operadora de planos de saúde e o plano estão devidamente registrados e qual o desempenho dessa operadora. Você precisa do CNPJ da empresa ou do número de registro da operadora e do plano na ANS;





4

Leia atentamente o contrato e esclareça todas as suas dúvidas com o corretor, com a operadora, com a administradora de benefícios ou com a ANS. Fique atento aos períodos de carência;

5

Leia a Carta de Orientação ao Beneficiário antes do preenchimento da Declaração de Saúde, formulário no qual você deve indicar doenças que saiba possuir.

Responda a Declaração de Saúde com informações verdadeiras. Se tiver dúvidas, peça para ser orientado por um médico. Você tem esse direito;



6

A operadora deve lhe entregar na hora da contratação do plano os seguintes documentos: a cópia do contrato assinado, contendo todas as condições de utilização, como o preço da mensalidade, as formas de reajuste e a cobertura a que você tem direito; a relação de todos os profissionais de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios credenciados ou referenciados; o manual para orientação de contratação de planos de saúde; e o guia de leitura contratual;

7

Verifique se as características do plano indicado na proposta correspondem àquelas que você escolheu.



- **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** existem regras específicas para garantir ao colaborador de uma empresa a continuidade de seu plano de saúde em caso de demissão ou aposentadoria.



Os beneficiários de planos empresariais que contribuíram para seu custeio podem manter o benefício em caso de aposentadoria ou demissão sem justa causa, mas é importante saber que precisarão assumir o pagamento integral do plano de saúde. A ANS disponibiliza em seu portal uma cartilha orientativa para aposentados e demitidos por meio do seguinte link: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/cartilha-aposentadosedemitidos-pdf>>.



No momento da demissão, exoneração ou aposentadoria, o beneficiário titular e seus dependentes, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano, poderão requerer a Portabilidade de Carências, ou seja, contratar um novo plano sem cumprir novos prazos de carências. Nesses casos, o prazo para o beneficiário requerer a portabilidade é de 60 (sessenta) dias a partir do fim do seu vínculo com a operadora e independe do motivo do desligamento, tais como: demissão por justa causa, pedido de demissão ou desligamento pelo término do contrato de experiência.

- **PRAZOS:** a ANS determina um período máximo que a operadora pode levar para autorizar o beneficiário a realizar um procedimento solicitado. Ou seja, todos os trâmites necessários à realização do procedimento devem ser cumpridos em prazos inferiores aos expostos no quadro abaixo, a fim de que o beneficiário possa ser atendido e possa ter acesso ao serviço dentro do limite de tempo estabelecido. Os prazos abaixo são os limites máximos de tempo para que seja garantida a realização dos atendimentos.

Importante: Para fins de atendimento do prazo em questão, é considerado o acesso a qualquer prestador, seja ou não da rede assistencial, não havendo obrigatoriedade de que seja um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO DE ATENDIMENTO (EM DIAS ÚTEIS)
Consulta básica – Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia	07

Consulta nas demais especialidades	14
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10
Consulta/sessão com nutricionista	10
Consulta/sessão com psicólogo	10
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10
Consulta/sessão com fisioterapeuta	10
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	07
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10
Procedimentos de alta complexidade (PAC)	21
Atendimento em regimento hospital-dia	10
Atendimento em regime de internação eletiva	21
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Você sabe o que é PAC?



É uma sigla usada na saúde para Procedimentos de Alta Complexidade (tomografia, ressonância etc.).

- **RECLAMAÇÕES E ACOMPANHAMENTO:** as reclamações referentes aos planos de saúde podem ser encaminhadas à ANS por meio de seus canais de atendimento, nos quais também é possível acompanhar os processos em nome do beneficiário.

1.

Ligue para sua operadora

Peça indicação de profissionais ou estabelecimentos de saúde

*Verifique a tabela completa no portal da ANS: <www.ans.gov.br>



Exames a partir de **3 dias úteis***

Consultas a partir de **7 dias úteis***

Cirurgias em até **21 dias úteis***

Urgência e emergência: atendimento imediato

2.

Solicite o protocolo para a sua operadora caso ela não tenha garantido o atendimento nos prazos máximos estabelecidos



3.

Fale com a ANS e informe o número de protocolo



Disque ANS: 0800 701 9656



Central de Atendimento: <www.ans.gov.br>



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS

Acesse o portal e confira os endereços



Mediação de conflito

Todas as reclamações registradas na ANS são tratadas pela mediação de conflitos com alto percentual de resolução.



Em caso de negativa de atendimento ou descumprimento dos prazos máximos, a operadora de plano de saúde pode ser multada e até obrigada a parar de vender o plano temporariamente.

FIQUE atento:



- **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DE PROCEDIMENTO:** mecanismo que as operadoras de planos de saúde podem utilizar para avaliar a solicitação de determinados procedimentos antes que eles sejam autorizados /realizados.
- **CARÊNCIA:** é o período corrido, contado a partir da data de início da vigência, durante o qual o contratante paga as prestações do plano de saúde, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato.
- **REGISTRO:** autorização concedida pela ANS para que uma empresa, associação, fundação, cooperativa, seguradora especializada em saúde ou entidade de autogestão possa atuar no setor de saúde suplementar como operadora de planos.

Sobre as operadoras de planos de saúde

De acordo com a lei 9.656/1998, operadoras de planos de saúde são instituições que operam (administram, comercializam ou disponibilizam) planos de assistência dentro da saúde suplementar. Esses planos seguem diretrizes estabelecidas por essa lei e por outras resoluções da ANS.



De acordo com a Lei nº 9.656, de 1998, que regulamenta o setor, os prazos máximos de carência, são:

- A) Urgência e emergência: **24 horas;**
- B) Parto, a partir da 38ª semana de gravidez: **300 dias** (o parto que ocorre antes dessa semana gestacional é tratado como um procedimento de urgência);
- C) Demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias): **180 dias.**

As operadoras são todas iguais?

Nenhuma empresa é igual a outra. Além disso, as operadoras de planos de saúde são classificadas de acordo com sua constituição e natureza. Existem atualmente, no Brasil, oito tipos:

- **ADMINISTRADORA:** As Administradoras de Benefícios são empresas reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que atuam como estipulantes ou prestadoras de serviço de empresas, órgãos públicos ou entidades de classe profissionais que desejam contratar um plano de saúde coletivo, auxiliando-os a proporcionar acesso à saúde para a população a eles vinculada. Por serem especializadas em planos de saúde coletivos, as Administradoras de Benefícios ampliam o acesso à saúde suplementar especialmente para autônomos e profissionais liberais, fortalecem o poder de negociação desses contratantes, negociam preços e reajustes mais equilibrados, prestam todo o suporte logístico e de infraestrutura de serviços e esclarecem os direitos assegurados aos beneficiários. (Artigo 2º da RN 196/2009 ANS).
- **AUTOGESTÃO:** entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano de saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura a um grupo fechado, composto exclusivamente por empregados, aposentados, pensionistas ou ex-empregados de empresas, associações, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais e seus dependentes.
- **COOPERATIVA MÉDICA:** segue a mesma lógica de outras cooperativas. É uma entidade sem fins lucrativos, formada por médicos (cooperados) que se unem para, além de prestar serviços de saúde, comercializar e operar planos. Podem montar uma rede de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios) própria ou contratar outros para atender seus beneficiários.
- **FILANTROPIA:** são iniciativas de entidades filantrópicas de fato, que montam uma operadora com a finalidade de gerar receitas para a entidade assistencial filantrópica que tem o certificado do CNAS.
- **SEGURADORA ESPECIALIZADA EM SAÚDE:** empresa seguradora que comercializa seguros de saúde ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde. Seguros de saúde não possuem rede credenciada. Assim, é possível consultar quaisquer profissionais e serviços e ser reembolsado. O reembolso é válido por todo o país, porém o valor do reembolso vai depender do tipo de seguro contratado.
- **MEDICINA DE GRUPO:** neste grupo temos todas as operadoras que não se enquadram nas demais modalidades. O beneficiário faz uso de uma estrutura própria e/ou contratada pela operadora (médicos, hospitais, laboratórios e clínicas).



Planos odontológicos:

- **COOPERATIVA ODONTOLÓGICA:** operadora que se constitui em associação de odontólogos. Não possui fins lucrativos e comercializa ou opera planos de assistência exclusivamente odontológicos.
- **ODONTOLOGIA DE GRUPO:** modalidade na qual se enquadram empresas que comercializam planos exclusivamente odontológicos, excetuando-se as cooperativas odontológicas. Pode constituir uma rede de serviços própria ou contratar terceiros.



Se tenho um plano de saúde, posso me consultar com qualquer médico que eu quiser?

Para garantir a assistência oferecida nos produtos, as operadoras devem formar uma rede de prestadores, seja própria ou contratualizada, compatível com a demanda e com as áreas de atuação e abrangência do plano, respeitando o que foi contratado. Assim, é importante observar qual é o plano contratado:

1. Plano com atendimento exclusivamente na rede própria ou contratualizada, ou seja, sem opção de reembolso - a operadora deve disponibilizar os serviços por meio dos prestadores integrantes da rede e se responsabilizar pelo pagamento do procedimento, incluindo os honorários de toda equipe, diretamente aos prestadores. Caso o beneficiário opte por realizar procedimentos de forma particular, a operadora não é obrigada a reembolsá-lo.

2. Plano com atendimento exclusivamente por livre escolha de prestadores, ou seja, sem opção de acesso à rede própria ou contratualizada - o beneficiário escolhe o prestador de sua preferência e a operadora realiza o reembolso da despesa ao beneficiário de acordo com a previsão contratual, respeitada a tabela de reembolso.

3. Plano com atendimento na rede própria ou contratualizada e acesso à livre escolha dos prestadores - o beneficiário poderá ser atendido tanto na rede própria ou contratualizada, observadas as regras descritas no item 1, quanto por livre escolha, observadas as regras do item 2.

No uso do acesso à livre escolha, o valor reembolsado deverá ser, no mínimo, aquele que a operadora de planos de saúde pagaria à rede credenciada se ela tivesse sido utilizada pelo beneficiário.

É importante entender que o valor do reembolso não será necessariamente igual ao valor gasto: no contrato com a operadora de planos de saúde é estabelecido se o beneficiário tem direito a reembolso e qual o valor dele.

Um pouco mais sobre planos de saúde

Os planos de saúde não são iguais. As empresas oferecem planos com coberturas assistenciais diferentes. Confira:

- **AMBULATORIAL:** cobre consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e no contrato assinado com a empresa operadora do plano de saúde. Os atendimentos de emergência estão limitados até as primeiras 12 horas do atendimento. Quando é necessário dar continuidade ao atendimento, com a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade, a responsabilidade financeira passa a ser do contratante, ou a operadora deverá garantir a remoção do paciente, após realizados os atendimentos classificados como urgência e/ou emergência..
- **HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA:** garante a prestação de serviços à saúde, em regime de internação hospitalar, que compreende atenção ao parto, às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, e aos procedimentos determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato.

Para contratos celebrados a partir de 1998, não há limite de tempo de internação, sendo garantida a cobertura assistencial ao recém-nascido filho natural ou adotivo do contratante, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto.

Em caso de atendimento de emergência ainda no período de carência, a lei assegura ao beneficiário a cobertura fixada para o plano ou seguro do segmento ambulatorial, não garantindo cobertura para internação. Urgências e emergências relacionadas à gestação são garantidas mesmo no período de cumprimento de carência, sendo que, neste caso, com as coberturas oferecidas para o segmento ambulatorial.

- **HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA:** tem a cobertura em regime de internação hospitalar, que compreende as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, com exceção da atenção ao parto, e dos procedimentos determinados



no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato. Quando é realizado um atendimento de emergência durante o período de carência, a cobertura fica igual à estabelecida para o atendimento ambulatorial (sem internação além das 12 horas iniciais).

- **REFERÊNCIA:** tem cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar com Obstetrícia em acomodação do tipo enfermaria. Sua cobertura mínima prevê atendimento de urgência e emergência integral já 24 horas após sua contratação.
- **ODONTOLÓGICO:** cobre procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos e definidos no contrato, realizados em ambiente ambulatorial. Ressalte-se que os procedimentos precisam estar listados no contrato.

FIQUE atento:



- Para os contratos assinados a partir de 1º de janeiro de 1999, não há limite de tempo de internação.

Quando falamos em tipo de contratação do plano, temos três possibilidades:

- **Planos Individuais e Familiares:** o plano de contratação individual ou Familiar destina-se à livre contratação por pessoas físicas. O contrato de um plano é assinado entre uma operadora e uma pessoa física para assistência do titular e/ou do seu grupo familiar. O titular responde pelas obrigações do contrato e por seus dependentes, mas a eventual saída do titular do plano não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes.



Planos individuais

Individual



Ou Familiar



Você procura a operadora para contratar o plano

Principais características do plano individual ou familiar:



Adesão: Livre



Carência: Sim



Cobertura: Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos



Rescisão: Apenas em caso de fraude e/ou falta de pagamento



Cobrança: Diretamente ao consumidor pela operadora de planos de saúde

• **PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAIS:** o plano de contratação Coletivo Empresarial é aquele em que os beneficiários são vinculados à empresa ou instituição contratante do plano por relação empregatícia ou estatutária. O consumidor somente pode aderir a um contrato de plano Coletivo Empresarial que já esteja firmado entre a empresa contratante e a operadora. Esses planos podem abranger seus dependentes, desde que previsto em contrato. Há ainda a possibilidade de uma pessoa física que exerça uma atividade empresarial (empresário individual) contratar um plano Coletivo Empresarial direta com a operadora;

Planos coletivos

Coletivo Empresarial



Sua associação profissional ou sindicato contrata o plano para você

Principais características do plano Coletivo Empresarial:



Adesão: Exige vínculo com pessoa jurídica por relação empregatícia



Carência: Sim. Salvo para contrato com 30 ou mais beneficiários e para quem ingressa em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à empresa



Cobertura: Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos



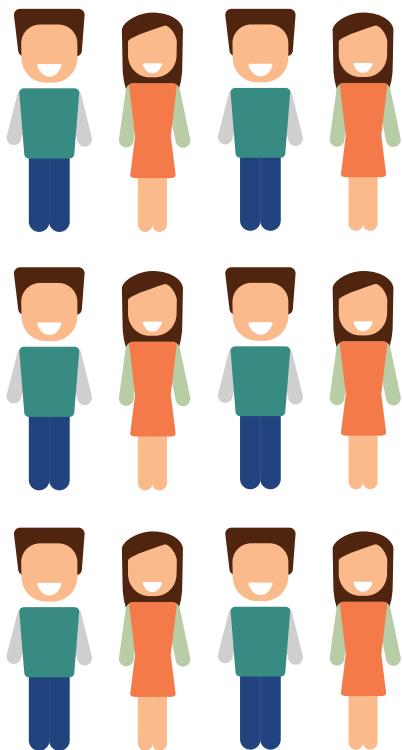
Rescisão: Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo



Cobrança: Diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios

• **PLANOS COLETIVOS POR ADESÃO:** o plano de contratação Coletivo por Adesão é aquele contratado por conselhos, sindicatos e associações profissionais. A adesão dos beneficiários depende de vínculo com a pessoa jurídica contratante de caráter profissional, setorial ou classista. Esses planos podem abranger seus dependentes, desde que previsto em contrato.

Coletivo por Adesão



Sua associação profissional ou sindicato contrata o plano para você

Principais características do plano Coletivo por Adesão:



Adesão: Exige vínculo com associação profissional ou sindicato



Carência: Sim. Salvo para quem ingressa no plano em até 30 dias de celebração do contrato ou no aniversário deste



Cobertura: Conforme o contrato e o Rol de Procedimentos

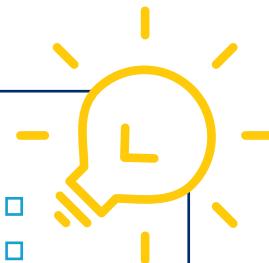


Rescisão: Previsão em contrato e somente válida para o contrato como um todo



Cobrança: Diretamente ao consumidor pela Pessoa Jurídica contratante ou pela Administradora de Benefícios

FIQUE ATENTO:



Você pode contratar planos contendo a combinação de coberturas:



• Ambulatorial
somente;



• Odontológico
somente;



• Hospitalar
somente;



• Hospitalar com
Obstetrícia somente;



• Ambulatorial
+ Hospitalar;



• Ambulatorial + Hospitalar
com Obstetrícia;



• Ambulatorial
+ Odontológico;



• Ambulatorial + Hospitalar
+ Odontológico;



• Ambulatorial + Hospitalar
com Obstetrícia
+ Odontológico;



• Hospitalar
+ Odontológico;



• Hospitalar com Obstetrícia
+ Odontológico;



• Plano Referência
(todas as operadoras são
obrigadas a oferecer).



Preste atenção!

- Enquanto o plano individual ou familiar pode ser contratado por qualquer pessoa, para contratar um plano coletivo há regras específicas. Como estamos falando de um contrato entre duas empresas, vários pontos dessa relação são negociados entre as partes e ficam estabelecidos em contratos;
- Quando você faz a cotação de um plano com algum vínculo a sua profissão, é provável que ele seja um plano coletivo, não um plano individual ou familiar. Para ter certeza, pergunte ao corretor que está efetuando a venda e confira no contrato;
- Desde 2018, o plano coletivo empresarial também pode ser contratado por empresário individual.

Abrangência Geográfica:

Abrangência Geográfica é a amplitude da área de cobertura assistencial do plano de saúde, em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário.

Dependendo da abrangência do plano, ele vai prestar atendimento em todo Brasil ou apenas regionalmente, podendo ser nacional, estadual, abranger um grupo de estados, municipal ou abranger um grupo de municípios.

Coparticipação:

É um mecanismo de regulação financeira por meio do qual o beneficiário paga parte do valor de cada procedimento ou evento (consultas, exames, tratamentos) realizado, além do pagamento da mensalidade. A cláusula de coparticipação deve estar prevista no contrato. Fique atento ao valor cobrado e, em caso de dúvidas se é abusivo, pergunte à ANS.

Franquia:

A franquia é o valor limite estabelecido no contrato do plano de saúde – estando fora dele, a operadora não tem responsabilidade de cobertura.

Fique atento!



A operadora de planos de saúde deve disponibilizar ao usuário um extrato de utilização do plano com os valores aplicados. Nele, os atendimentos devem ser identificados por data, prestador de serviço, beneficiário e procedimento realizado, com a identificação do valor cobrado como coparticipação.

Reajustes:

As regras de reajuste são específicas para planos individuais familiares e para os planos coletivos (por adesão ou empresariais).

Nos planos individuais e familiares, o reajuste máximo é calculado e autorizado pela ANS. O reajuste dos planos coletivos dos contratos com mais de 30 vidas ocorre a partir de negociação entre as empresas contratantes e as operadoras de planos de saúde. Além da faixa etária, outros fatores mais complexos

impactam fortemente na definição do índice de reajuste desses planos. Para os contratos coletivos com até 30 vidas, há regras de agrupamento de contratos conforme o item a seguir (*Pool* de risco);

- **INFLAÇÃO MÉDICA:** representa o aumento das despesas médico-hospitalares em um período, considerando-se custos da assistência de um grupo de beneficiários com características em comum;
- **TAXA DE SINISTRALIDADE:** é a relação entre os custos em função do uso dos planos e o quanto a operadora do plano de saúde recebe como pagamento das mensalidades (contraprestação). A sinistralidade é calculada dividindo-se o valor gasto pelo valor pago.

Qualquer outro parâmetro pode ser estabelecido entre a operadora e a pessoa jurídica contratante nas cláusulas contratuais, desde que respeite os atos normativos da ANS.

Pool de risco:

Falaremos mais adiante sobre o mutualismo e sua importância para a sustentabilidade do sistema de planos de saúde. Vimos também que o cálculo de preços e reajustes se baseia no risco de utilização entre os participantes (beneficiários). Quando um plano de saúde é contratado por uma grande empresa para seus colaboradores, o risco é dividido dentro do próprio grupo. Mas quando temos grupos pequenos, compostos por menos de 30 usuários, isso fica mais complicado (mais difícil dividir grandes riscos por um número pequeno de pessoas), o que poderia tornar os preços das contribuições mensais mais altos.

A Agência Nacional de Saúde (ANS) criou um sistema de agrupamento de contratos chamado de *pool* de risco, para que as operadoras de planos de saúde possam calcular e aplicar um reajuste único entre contratos coletivos que compõem o referido agrupamento, com a finalidade de promover a distribuição do risco.

Contratos antigos e contratos antigos com TAC

A lei que regulamenta os planos de saúde no Brasil foi publicada em 1998 e estabeleceu regras que asseguram direitos e deveres de beneficiários, prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde. Na época, quem já tinha planos foi convidado a migrar para aquilo que foi chamado de planos novos, regidos pela nova lei.

Quem preferiu manter seu plano antigo pôde fazê-lo, mas nesses casos as regras de reajuste são aquelas estabelecidas em cada contrato. Nos casos de contratos antigos sem cláusula clara relativa ao percentual de reajuste anual ou nos casos em que as cláusulas são omissas, o índice aplicado é limitado ao determinado pela ANS, não podendo ser superior ao percentual máximo autorizado aos planos de saúde individuais/familiares novos ou adaptados.

DLP – Doença e Lesão Preexistente

Doença ou lesão que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde. Essa condição deve ser declarada no formulário que acompanha o contrato do plano de saúde. Omitir a informação é considerado fraude e pode gerar suspensão ou rescisão do contrato. Quando o beneficiário tem dúvidas quanto ao preenchimento da Declaração de Saúde, pode solicitar à operadora de planos de saúde o auxílio de um médico. Essa orientação, sem custos para o contratante do plano ou para o beneficiário, é chamada de Entrevista Qualificada.

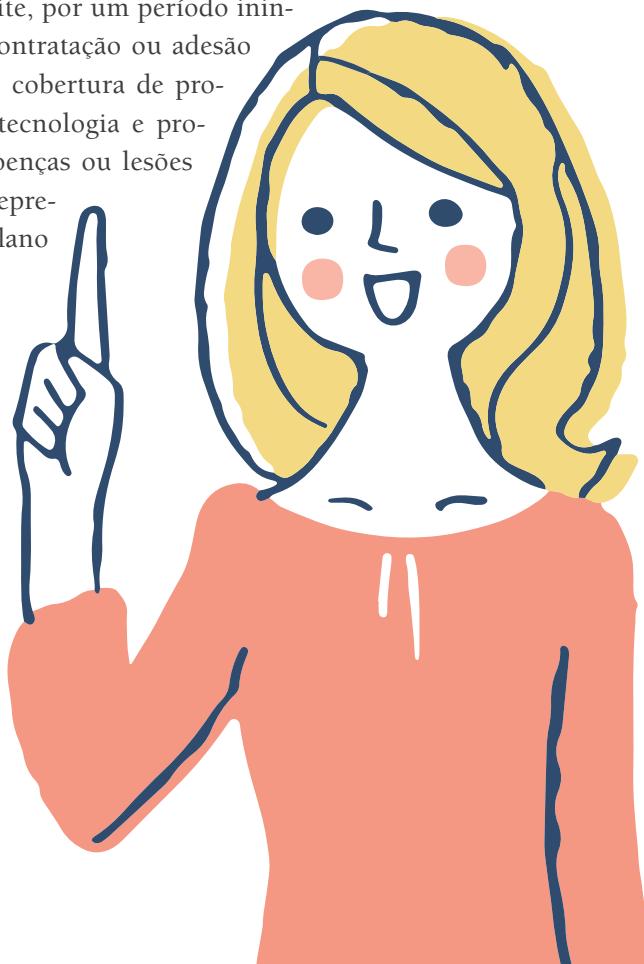
CPT – Cobertura Parcial Temporária

Cobertura parcial temporária (CPT) é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, contados a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de procedimentos de alta complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

Sobre alterações na rede de prestadores de serviços:

É importante destacar que são públicas as informações referentes às solicitações de substituição de prestadores de saúde hospitalares, bem como as solicitações de exclusão de entidades hospitalares via redimensionamento de rede por redução, por operadora e plano, sendo indicado o resultado da análise de cada solicitação (deferida/indeferida).

As informações supracitadas podem ser consultadas pelo seguinte link de acesso: <<https://dados.gov.br/dataset/solicitacoes-de-alteracao-de-rede-hospitalar>>.



Para saber mais, acesse os materiais disponíveis no portal da ANS

Reajustes anuais em contratos individuais:



Reajustes anuais em contratos coletivos (incluindo o agrupamento de contratos):



Reajustes anuais em planos exclusivamente odontológicos:



Reajustes por mudança de faixa etária:



Revisão Técnica:



Motivação da carência e mutualismo:



PARTE 2

Como utilizar o plano de saúde de maneira inteligente e racional

“

“Se poupar, não vai faltar”
(Constituição Federal, artigo 196)

”

Você já ouviu esse ditado popular? Ele nos fala de algo importante em diversos aspectos da nossa vida – e, de uns tempos para cá, é cada vez mais comum que evitemos o comportamento irresponsável, que conduz ao desperdício de recursos como alimentos, água e energia, por exemplo. Mas não é só isso: nesta parte da nossa publicação, vamos falar exatamente sobre o papel de cada um de nós nos cuidados com a saúde e na garantia de que o setor de saúde suplementar seguirá oferecendo aos seus beneficiários os cuidados necessários.

Vamos começar entendendo como acontece o financiamento, ou seja, o que é feito para garantir que todos os beneficiários dos planos de saúde possam receber os cuidados de que precisam quando isso é necessário.

Veja a seguinte situação:



Maria tem 35 anos. Ela paga R\$ 700,00 por mês por seu plano de saúde.



Maria sofreu um acidente, precisou passar por duas cirurgias para colocação de uma prótese e ficou internada por 20 dias no total, sendo quatro deles em UTI. Continuou em tratamento com fisioterapeuta por mais 40 dias após a alta.



O tratamento total da **Maria** somou R\$ 22.000,00, quase três vezes o que pagou de contraprestações pelo seu plano de saúde durante um ano.



Como é que essa conta fecha?

Mutualismo:

Lembra daquele ditado “Um por todos e todos por um?”.

Ele ajuda a entender o que é mutualismo, um dos princípios básicos do sistema de seguros (de carros, de vidas, de casas) que também se aplica a todo o sistema de saúde: com o recebimento de contribuições mensais de todos os beneficiários, uma empresa operadora de planos de saúde se compromete a garantir o benefício individual a cada um deles.

Sem o mutualismo, cada pessoa precisaria pagar sozinha pelos seus cuidados, o que seria muito difícil para grande parte da nossa população.

As contribuições são calculadas com base no risco do conjunto de participantes.

Pensemos no caso da Maria, que vimos ainda agora. Ela sofreu um acidente, e todos estão sujeitos a isso. Mas há, como dissemos aqui, os chamados eventos previsíveis. Vamos ver isso com mais detalhes.

Mutualidade:



Muitos pagam para que alguns poucos utilizem quando necessário.

Mas afinal, o que são riscos?

Chamamos de risco a chance de alguma coisa acontecer. No caso da saúde, temos o risco de adoecer, que vai ficando maior com o passar dos anos. Por isso idosos costumam ir mais ao médico e fazer mais exames. Quando precisamos de cuidados mais intensos, mais exames, mais interações, isso significa maiores gastos também.

A legislação brasileira estabeleceu que o risco associado à utilização dos planos de saúde pode ser organizado por idade, considerando que quem tem potencial de usar mais deve contribuir com um valor maior também, até o limite de 59 anos (a partir daí não podem mais ocorrer reajustes por idade, só os necessários para cobrir a chamada inflação médica). Esses parâmetros só são válidos para os planos contratados a partir de janeiro de 2004 (início de vigência do Estatuto do Idoso).



Envelhecemos diariamente desde que nascemos!

- Envelhecer não significa, necessariamente, adoecer! É possível encontrar muitas pessoas que chegam à idade bem avançada sem que sofram com problemas crônicos e evitáveis. Essas pessoas, espalhadas por todo o mundo, têm em comum o cuidado com a saúde ao longo da vida.
- Outro ponto importante a ser considerado é que ter cuidados durante o envelhecimento não significa, obrigatoriamente, aumentar o uso do plano de saúde, fazendo exames frequentemente: hábitos saudáveis e acompanhamento com um médico que conheça bem a história de saúde da pessoa podem fazer grande diferença!

Pacto intergeracional

Os mais jovens, que naturalmente apresentam menores riscos na saúde, ajudam a pagar parte da maior utilização feita pelos mais idosos. Esse pacto é o que permite que os idosos consigam ser mantidos nos planos de saúde, apesar da redução de suas rendas na aposentadoria. Isso significa que é preciso ter um certo equilíbrio entre o número de jovens e o de idosos nos planos de saúde. O desafio é ter um valor de contribuição dos jovens que lhes pareça atrativo, apesar de considerarem que precisam pouco dessa segurança.

Sem isso, o sistema fica vulnerável ou mesmo insustentável.

Os planos de saúde estão organizados em **dez faixas etárias**, assim distribuídas:

0 a 18 anos	19 a 23 anos	24 a 28 anos	29 a 33 anos	34 a 38 anos
39 a 43 anos	44 a 48 anos	49 a 53 anos	54 a 58 anos	59 anos ou mais



Como o preço do plano de saúde é calculado?

O preço do plano é estabelecido pelas operadoras de planos de saúde, levando em conta:

- Os sinistros (uso do plano);
- Os custos administrativos e comerciais;
- A contratação de resseguros para garantir que a assistência não seja interrompida por falta de recursos;
- Impostos;
- Margem de lucro da empresa, quando esse for o caso (há tipos de operadoras, como as filantrópicas e as de autogestão, que não objetivam lucro).

Após identificar qual é o potencial de risco que cada participante do grupo representa, a empresa de planos de saúde estabelece uma taxa média, que ajudará a definir individualmente o potencial de sinistralidade de cada participante.

Você sabia que seu comportamento também pode interferir no preço do plano de saúde?

Isso mesmo! São três tipos de atitudes que geram grande impacto. Essas atitudes têm nomes técnicos e parecem complicadas de entender, mas realmente não são:

- **SELEÇÃO ADVERSA:** pessoas que já possuem alguma doença e aquelas que são mais propensas a adoecer se preocupam mais com a saúde e se interessam mais em ter um plano de saúde. Mas, como vimos, o mutualismo se baseia no equilíbrio: todos pagam, mas nem todos usam o tempo todo. Ter pessoas jovens e saudáveis nos planos de saúde é importante, não só porque a prevenção evita que adoçam, como também para ajudar a financiar o tratamento daqueles que precisam.
- **RISCO MORAL:** é chamada assim a mudança de comportamento da pessoa, que, após ingressar em um plano de saúde, apesar de ser saudável, começa a ir a muitos médicos e realizar grande número de exames, mesmo sem apresentar nenhum sintoma. Esse paciente acaba se tornando um custo maior do que havia sido calculado e isso vai impactar no reajuste dos contratos.
- **DEMANDA INDUZIDA:** pacientes muitas vezes acreditam que, quanto mais exames, melhor, e cobram esse comportamento dos médicos. Além de aumentar os custos do plano de saúde, isso pode até ser prejudicial pelo excessivo uso de contrastes ou exposição à radiação, sem que seja realmente necessário.



Confira algumas dicas simples:

- Há necessidade de consultar-se com vários médicos? Você tem um médico de referência que conhece a sua história?
- Há pedidos semelhantes de exames vindos de diferentes médicos? Antes de realizar um novo, apresente os anteriores ao médico novo, para evitar duplicidade;
- Fez um exame há menos de um mês? Pergunte ao médico se realmente é necessário refazê-lo agora ou se deve esperar para realizá-lo em qual prazo;
- Algo não vai bem com a sua saúde? Agende uma consulta com seu médico de confiança. Isso é mais efetivo do que deixar a situação piorar e ir ao pronto-socorro, onde o médico não possui o seu histórico e fatalmente precisará de exames para entender o seu quadro.

Quando contratamos um plano ou seguro-saúde, devemos nos comportar de forma equilibrada, cautelosa, sem utilizar consultas, acesso a pronto-socorro e exames de forma irrefletida ou comprovadamente desnecessária.

Um médico para chamar de seu

Antigamente, as famílias tinham um médico de família, um clínico que acompanhava todos e conhecia a história de cada um. Esse médico era o ponto de partida para qualquer outro atendimento. Quando era preciso se consultar com um especialista, ele fazia o encaminhamento. Ele também passava o histórico do paciente para o especialista e discutia o caso, quando necessário.

Com o passar do tempo, infelizmente, muitas pessoas perderam esse hábito e essa referência. Começaram a procurar especialistas sem se preocupar com essa base sólida que ter um médico assim representa.

Conciliar o uso consciente e os cuidados tão necessários com a saúde fica mais fácil quando escolhemos e mantemos um médico como referência, aquele profissional de confiança que pode nos acompanhar e recomendar os cuidados preventivos certos para cada idade e condições de saúde. Esse médico também poderá indicar quando é hora de ouvir algum outro especialista.

Importante!

Quem costuma visitar vários médicos para “comparar” as opiniões perde a referência que ter um médico que faz seu acompanhamento representa. Da mesma forma, quem espera passar mal para ir a um pronto-socorro acaba tendo que fazer variados exames, inclusive repetitivos, e recebe pareceres que dificilmente apresentam os melhores resultados em saúde. Quantidade não é sinal de qualidade. É preciso ter um médico que conheça suas necessidades, coordene o seu cuidado e tenha as suas informações acessíveis e organizadas.

Além de ser melhor para nossa saúde, pois isso aumenta as chances de ter o tratamento adequado no tempo correto, essa é a forma de utilizarmos o plano ou seguro-saúde com sabedoria, respeito aos recursos da mutualidade e garantia de sustentabilidade para muitos.

Responsabilidade compartilhada

De forma bem simplificada, podemos dizer que o papel das operadoras de planos de saúde é garantir que as suas contraprestações sejam revertidas no acesso do beneficiário ao atendimento que precisa, de acordo com os serviços contratados. Mas há uma parte muito importante nisso que cabe a você! Assuma sua responsabilidade. Aprenda como fazê-lo a seguir.

Para que serve um pronto-socorro? E um pronto atendimento?

Pronto-socorro é um serviço hospitalar estruturado para oferecer os primeiros cuidados a pacientes em estado de urgência ou emergência que apresentam risco de morte. É para esse setor que devem ser levadas pessoas com suspeita de infarto, acidentados e pessoas com outros quadros graves.

Muita gente confunde pronto-socorro e pronto atendimento. O pronto atendimento é destinado ao atendimento de problemas repentinos, nas chamadas ocorrências de baixa e média complexidade, como mal-estar, dores, febre etc.

Repare que o objetivo dos dois serviços é atender pacientes em situações pontuais. Os serviços de emergência e os de pronto atendimento não foram desenvolvidos para fazer o acompanhamento do paciente e, infelizmente, muita gente não cuida de sua saúde da forma como deveria, não mantém um acompanhamento regular com seu médico de confiança, não tem acesso a serviços médicos em horário expandido e acaba usando tais serviços de forma errada. Com isso, perdem:

- A oportunidade do diagnóstico precoce, tão importante para garantir o tratamento correto, no momento preciso, sem que seu caso se transforme em um quadro agudo, uma real emergência;
- A chance de um olhar mais geral sobre sua saúde: nas emergências, o papel da equipe é oferecer atendimento para a queixa que levou o paciente até ali, e pela natureza do atendimento não é possível fazer o acompanhamento, que deve ser feito pelo médico clínico, no ambulatório;
- A chance de se proteger contra uma exposição a doenças contagiosas de outros pacientes que aguardam por atendimento nas emergências.



Além disso, quando ocupamos os serviços de urgência e emergência sem que isso seja necessário, fazemos com que outros pacientes, que realmente precisam ser atendidos imediatamente por uma questão vital, tenham que aguardar mais. Avalie sempre se é possível esperar por uma consulta com seu médico de confiança, que já conhece seu histórico de saúde, mas fique atento: se os sintomas permanecerem ou se agravarem, procure imediatamente por atendimento na unidade mais próxima.

Situações que motivam o excesso de demandas por serviços de saúde

Há várias questões que explicam o uso excessivo ou não racional dos serviços para além do hábito de frequentar emergências em vez de fazer o acompanhamento médico. Entre elas, temos:



- **SUPERVALORIZAÇÃO DOS EXAMES:** há muitos pacientes que reclamam quando vão a uma consulta e o médico não solicita nenhum exame, como se o profissional e sua experiência não valessem para identificar seu problema e indicar o melhor tratamento, mesmo diante de sua avaliação física ou de sua história clínica. Isso vira um círculo vicioso no qual o médico se defende das reclamações fazendo a vontade do paciente, ou seja, pedindo exames que não seriam necessários.



- **DESCONHECIMENTO DO CUSTO DOS PROCEDIMENTOS:** pacientes não sabem quanto é pago pelos exames que realizam, pois, exceto quando seu plano de saúde é por coparticipação, não veem mal nenhum em usar mais e mais dos planos que possuem, sem se preocupar com o impacto sobre a sustentabilidade do sistema.



- **FALTA DE COMUNICAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE:** quando a assistência é fragmentada, sem foco no cuidado integral do paciente, há desperdício de exames, que são repetidos desnecessariamente. Por isso, quando for ao médico, lembre-se de levar exames recentes que ainda estejam válidos.

DICAS!

- **Para evitar surpresas**, se seu plano é por coparticipação, sempre pergunte pelo preço de um procedimento antes de realizá-lo. Há diferenças entre os preços praticados por diferentes serviços de saúde e saber os preços antecipadamente ajuda a fazer escolhas mais conscientes;
- **Não deixe de conferir** com cuidado as faturas mensais de seu plano para ver se foi lançado algum procedimento que não tenha sido efetivamente realizado. Em caso de discordância, entre em contato com sua operadora pelos canais de comunicação indicados em sua fatura;
- **Se seu plano oferece reembolso**, busque informações junto à operadora de seu plano de saúde sobre o valor que você receberá de volta ao realizar um procedimento (algumas seguradoras oferecem em seus aplicativos ferramentas para saber previamente o valor do reembolso).

Sobre suas consultas médicas e exames:

O uso consciente dos recursos de seu plano de saúde também passa pelo cuidado com que você gerencia suas consultas médicas.



- Agende suas consultas e exames com antecedência e programe-se para estar lá com os documentos pedidos e dentro do horário solicitado. Isso agiliza o seu atendimento;
- Se souber que não poderá comparecer, desmarque. Assim você libera a agenda para que outra pessoa possa ser atendida;



- Durante a consulta, relate o que você vem sentindo desde o início, como os sintomas se comportaram, o que você já fez para melhorar, com que resultado, o que piorou etc. Não omita nenhuma informação. Se tiver exames recentes, leve-os e mostre ao seu médico;



- Procure ouvir atentamente e responder ao que o profissional perguntar para complementar o seu relato. Não tenha medo nem vergonha de perguntar e tirar dúvidas se você não compreender o que lhe for perguntado;



- Evite mudar de um médico para outro se isso não for realmente necessário: o acompanhamento com o mesmo profissional torna o atendimento mais efetivo e evita que você se confunda com opiniões diferentes sobre a melhor conduta para o seu caso;



- A consulta de retorno para levar resultados e exames e discutir os próximos passos do seu tratamento deve ser realizada dentro do período indicado pelo médico. No prazo de até 30 dias, essa consulta é considerada uma continuidade do atendimento, então não é preciso assinar uma nova guia de atendimento;

- Sempre que possível, avalie o atendimento recebido na clínica, consultório, hospital ou laboratório. A sua avaliação é uma forma de reconhecimento ao bom atendimento e uma informação que poderá ser consultada por outros possíveis pacientes.

Além de fazer exames periódicos e manter acompanhamento com seu médico de confiança, você precisa manter seu histórico médico bem organizado. Por isso, é importante que você guarde seus exames e os tenha sempre em mãos para as consultas seguintes. Isso ajuda a tornar o diagnóstico ainda mais preciso e ágil, sem ter que refazer exames que ainda estão na validade.



Pode parecer difícil de acreditar, mas acontece muito:

Muitas pessoas recebem a solicitação de exames de seus médicos, fazem os exames, os leem e, se na sua interpretação os resultados parecem “normais”, deixam de retornar ao médico, que é o profissional certo para avaliar os resultados em conjunto e associá-los aos sintomas que levaram o paciente a procurar atendimento. Outras pessoas fazem ainda pior: nunca buscam os resultados, seja pela internet ou presencialmente, pois se sentem melhores. É importante ter em mente que esses resultados podem ser muito importantes para orientar seu médico sobre seu problema, hoje e no futuro.

Sobre cirurgias e procedimentos mais complexos:

Quando recebemos a notícia de que precisamos passar por uma cirurgia, sempre vem a apreensão. As dúvidas são naturais, assim como o medo. Afinal, hoje há uma série de recursos e opções de tratamentos. Por isso, listamos aqui alguns pontos sobre os quais é importante você conversar com o cirurgião antes de decidir pelo procedimento:



Por que a cirurgia deve ser realizada: peça que o médico explique a relação entre a cirurgia e o diagnóstico apontado, e se não fazer nada é uma opção;



Quais as opções de procedimento: peça que ele explique, se houver, a diferença entre os tipos de procedimento, e por que considera o procedimento escolhido mais indicado;



Riscos e benefícios da cirurgia: esteja ciente de todos os resultados que a cirurgia pode oferecer. Saber dos riscos e benefícios é fundamental para que você possa optar por fazer ou não o procedimento com segurança.

Cada um de nós é responsável por evitar fraudes e desperdícios. Veja como fazer a sua parte:

- **Não omita** informações nem forneça informações falsas na proposta de seguro ou na Declaração de Saúde: se sabe que possui uma doença ou lesão, informe sobre ela quando solicitado;
- **Não empreste a carteirinha do plano** ou seguro saúde para utilização de terceiros;
- **Quando for atendido** em um serviço não credenciado, não aceite fracionar o valor pago em vários recibos para simular mais de um atendimento e com isso ampliar o valor do reembolso;
- **Não declare ou apresente recibos** de consultas, exames ou procedimentos que não foram realizados;
- **Busque o máximo** de informações sobre os procedimentos a que será submetido.



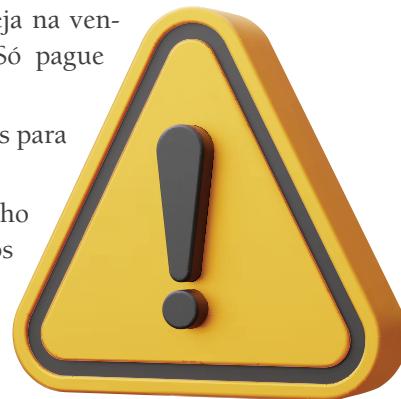
Não se sabe ao certo o volume de recursos perdidos. O que sabemos, no entanto, é que as práticas precisam ser mudadas e que a tendência do crescimento de desvios deve preocupar a todos: operadoras, prestadores de serviços, governo e, principalmente, usuários, sob risco de impactar – ou mesmo inviabilizar – a manutenção do benefício por empresas e cidadãos.

Planos de saúde: antes de assinar o contrato, preste atenção:

Antes de contratar um plano de saúde, o consumidor deve ler atentamente as orientações da Cartilha de Contratação de Planos de Saúde elaborada pela ANS (http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/cartilha_plano_de_saude.pdf). Quando receber uma oferta de um plano de saúde, peça ao vendedor para mostrar onde está a previsão do serviço prometido no contrato que será assinado. Você também pode consultar a nota da operadora (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS). O IDSS varia de zero a 01, sendo 01 o melhor desempenho, e tem como objetivo comparar uma operadora com outra, dando subsídios para a escolha de um plano de saúde. A lista completa pode ser acessada em <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans/indicadores-idss-tiss-ano-base-2020.pdf>. Listamos a seguir alguns pontos importantes aos quais você deve estar atento:

- Leia cada cláusula e verifique se a operadora é registrada na ANS. A consulta pode ser feita em <https://www.gov.br/ans/pt-br> ou ligando para 0800 701 9656;
- Consulte a rede credenciada, ou seja, a lista de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais que prestam serviços ao plano naquele momento, considerando a abrangência geográfica e suas expectativas;
- Confira os prazos de carência, inclusive para urgência e emergência, estabelecidos no seu contrato;
- Verifique também se há previsão de Cobertura Parcial Temporária para Doenças e Lesões Preexistentes;
- Informe-se sobre como é aplicado o reajuste por faixa etária definido em lei;

- As empresas não podem cobrar valores como “taxa de adesão”, seja na venda feita diretamente pela operadora ou por meio de corretores. Só pague valores relativos às mensalidades;
- As operadoras de planos de saúde podem oferecer carências menores para atrair novos clientes, mas isso deve constar do contrato;
- É permitida a inscrição em qualquer tipo de plano de saúde do filho adotivo com até 12 anos de idade como dependente, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pela mãe ou pelo pai adotivo, desde que isso seja feito até 30 dias após a adoção, guarda ou tutela legal;
- É possível aproveitar períodos de carência já cumpridos pelo consumidor em plano de saúde com a operadora anterior, por meio da Portabilidade de Carências na negociação com a nova operadora. O acordo para redução ou isenção deve ser expresso no contrato;
- Se houver troca de plano dentro da mesma operadora para ampliar os serviços, só haverá carência a cumprir para coberturas que não eram previstas no plano anterior;
- Declaração de saúde é o formulário, preenchido na contratação do plano, que questiona doenças preexistentes, ou seja, aquelas de que o consumidor sabe ser portador. O futuro beneficiário do plano é responsável pelas informações declaradas ali. Em caso de dúvida, é possível solicitar à operadora ajuda de um médico para preencher a declaração.



Portabilidade de Carências: conheça os requisitos para mudar de plano sem cumprir carências

Caso já possua um plano de saúde e tenha interesse em mudar de plano utilizando-se do direito à Portabilidade de Carências, o consumidor deve ler atentamente a Cartilha de Portabilidade de Carências elaborada pela ANS (http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/cartilha_portabilidade.pdf). Para realizar a Portabilidade e mudar de plano sem cumprir carências, devem ser atendidos os seguintes requisitos:

- O beneficiário deve estar vinculado a um plano de saúde;
- O beneficiário deve estar em dia com o pagamento da mensalidade junto à operadora do plano de origem;

- O beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência, conforme o caso: (1) na primeira portabilidade, deve estar há pelo menos 2 anos na operadora do plano de origem ou há pelo menos 3 anos, se tiver cumprido cobertura parcial temporária (CPT) para doenças e lesões preexistentes (2) se o beneficiário ingressou no plano de origem exercendo a Portabilidade de Carências, o prazo mínimo de permanência exigido no plano passa a ser de 1 ano, mas se essa portabilidade foi para um plano com coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, o prazo mínimo a ser cumprido será de 2 anos;
- O plano de origem deve ser regulamentado, ou seja, ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656/98;
- A faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior à que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde;
- Se o plano de destino for de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual.

Guia ANS de Planos de Saúde: pesquise planos e faça a portabilidade



O Guia ANS de Planos de saúde, presente no site da ANS (<https://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/>) disponibiliza dados de todos os planos de saúde em comercialização no país, atualizados diariamente. A Pesquisa de Planos de Saúde do Guia ANS é uma ferramenta de busca que fornece, de forma gratuita e isenta, as informações mais relevantes sobre todos os planos de saúde em comercialização no país, para que o consumidor conheça e compare os planos de saúde disponíveis antes de contratar ou aderir ao plano. Após o consumidor selecionar o plano desejado, o sistema emitirá um número de protocolo, que irá guardar as informações da consulta, que também serão disponibilizadas para a operadora do plano. Cabe lembrar que a contratação deve ser realizada diretamente com a operadora do plano de saúde.

O módulo de Portabilidade de Carências do Guia ANS é uma ferramenta que auxilia o beneficiário a trocar de plano de saúde sem cumprir novos períodos de carências ou Cobertura Parcial Temporária (CPT). O módulo de Portabilidade serve para que o beneficiário conheça e compare os planos de saúde compatíveis antes de trocar de plano. Após o beneficiário selecionar o plano desejado, o sistema emitirá relatório de compatibilidade para fins de portabilidade de carências, gerando um número de protocolo que irá guardar as informações da consulta, que também serão disponibilizadas para a operadora do plano. Cabe lembrar que a Portabilidade deve ser realizada diretamente com a operadora do plano de saúde.

Cancelamento do Plano: vale a pena saber um pouco mais sobre seus direitos

Nos planos individuais ou familiares, a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato pela operadora somente pode ocorrer por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias. É vedada a suspensão ou a rescisão do contrato, em qualquer hipótese, durante a internação do beneficiário. Por outro lado, o beneficiário de plano individual ou familiar pode pedir o cancelamento do plano a qualquer momento, sendo possível a cobrança de multa, desde que esteja prevista no contrato, se o cancelamento for solicitado antes do fim da vigência mínima estabelecida no contrato.



Nos planos coletivos, a suspensão ou a rescisão do contrato deve observar as seguintes regras:

-  1) Devem estar definidas no contrato as condições para a sua suspensão ou rescisão;
-  2) Decorrido o prazo de vigência do contrato coletivo, a rescisão imotivada do contrato poderá ser solicitada pela pessoa jurídica contratante ou pela operadora, sendo obrigatória a notificação da outra parte;
-  3) A rescisão motivada só poderá ocorrer se fundada em uma das premissas contratuais que expressamente a autorizem e for solicitada antes de completada a vigência do contrato;
-  4) Pode haver previsão contratual para a multa, nos casos de rescisão imotivada, a qual poderá ser cobrada da parte que solicitar a rescisão (pessoa jurídica contratante ou operadora) se a rescisão ocorrer antes de completada a vigência mínima do contrato;



5) A rescisão do contrato vai alcançar toda a massa de beneficiários vinculada ao contrato coletivo rompido, não se aplicando essas condições na exclusão pontual de um beneficiário do contrato. A exclusão pontual de beneficiários de plano coletivo somente poderá ocorrer nas condições previstas no contrato, ressalvada a hipótese de exclusão a pedido do próprio beneficiário. O cancelamento de vínculo a pedido do beneficiário de contrato coletivo deve ter efeito imediato a partir da data da ciência pela operadora.

Nos contratos coletivos é vedada a cobrança de multa do beneficiário que solicitar a sua exclusão do plano, assim como é vedada a exigência de aviso prévio ou de tempo de permanência no plano após o pedido de exclusão do beneficiário, podendo esta solicitação ocorrer a qualquer tempo. A multa somente pode ser cobrada à pessoa jurídica contratante, ao empresário individual ou à operadora, desde que esteja prevista no contrato.

PARTE 3

Como cuidar da saúde
para continuar saudável
e com qualidade de vida

Todos nós queremos e desejamos que as pessoas a quem queremos bem tenham saúde. Ter saúde nos ajuda a poder desfrutar de bons momentos. Da mesma forma, adoecer sempre é triste e preocupante, mas não é produto do acaso. É, antes, resultado do que fazemos, de como nos alimentamos, se ingerimos muitos conservantes, estabilizantes, agrotóxicos etc. Além disso, com o passar dos anos nosso corpo começa a requerer mais atenção e cuidados.

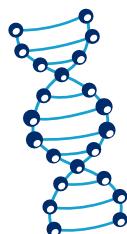
Estudos mostram que:



50%



do estado de saúde
depende de cada
um de nós;



20%



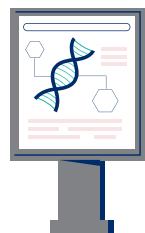
da herança
genética;



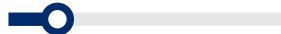
20%



das condições do
meio ambiente;
e que apenas



10%



depende da tecnologia
médica (para recuperar a
saúde quando adoecemos).

Assim, carregar os genes da predisposição é condição necessária para desenvolver várias doenças, mas, na maioria dos casos, não é determinante. Para adoecermos, os genes que portamos precisam ser disparados, e esse gatilho está nos hábitos inadequados que praticamos durante muitos anos.

Saber de tudo isso e agir da forma correta contra esses inimigos da saúde é fundamental para evitar **que, com o avançar da idade, nos tornemos mais propensos a desenvolver doenças.**

Comportamentos saudáveis: vale a pena pensar sobre isso

São chamados de comportamentos saudáveis aquelas práticas que ajudam a gente a se sentir bem e evitar doenças e suas complicações. Por isso é tão importante rever nossos hábitos e assumir práticas mais saudáveis quanto à alimentação, atividade física e controle do estresse.



- **OBESIDADE:** de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), grande número de crianças e adolescentes já é obesa ou está com sobrepeso. Isso significa que, se nada for feito, serão vítimas em potencial de doenças graves, como diabetes, cardiopatias, transtornos mentais e câncer. Os maus hábitos alimentares e a falta de atividades físicas regulares estão entre as principais causas do problema. O controle do excesso de peso começa em casa, com a adoção de refeições balanceadas e a prática regular de atividades físicas, mas o acompanhamento médico e/ou de um nutricionista também é fundamental para controlar o problema em todas as fases da vida.



- **COMPORTEAMENTO SEDENTÁRIO:** o termo se refere às atividades que requerem de nós pouca energia e fazem parte do nosso dia a dia. Quando estamos sentados, reclinados ou deitados, usando o *smartphone*, assistindo à televisão ou dentro do carro, por exemplo, estamos realizando práticas que envolvem pouca atividade física. Mudar nem sempre é fácil. É comum que as pessoas tenham dificuldades para começar ou não saibam como inserir atividades físicas em suas rotinas.



Dicas para sair do sedentarismo:

- **Movimente-se** por pelo menos cinco minutos a cada hora. Pequenas atitudes como levantar, ir ao banheiro, beber água e alongar o corpo podem ajudar a reduzir o comportamento sedentário e a melhorar a qualidade de vida;
- **Torne-se ativo.** Aumente as distâncias percorridas, use escadas, movimente-se.

Antes de tudo, a prevenção:

Controlar o peso e manter os níveis de pressão arterial, colesterol e glicemia dentro dos limites recomendados são medidas essenciais para reduzir o surgimento de doenças. Como geralmente esses problemas não apresentam sintomas, tornam-se mais perigosos. Quem tem histórico na família deve ficar ainda mais atento e manter consultas regulares com seu médico. Hábitos saudáveis são essenciais:



- **EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS:** o consumo abusivo traz inúmeras consequências negativas para a saúde e a qualidade de vida, aumentando a frequência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como cirrose, alguns tipos de câncer, acidente vascular cerebral, violências, transtornos mentais, entre outros.



- **PRATICAR ATIVIDADES FÍSICAS REGULARMENTE:** atividade física faz parte do nosso dia a dia, e muitas vezes não nos damos conta dos benefícios que a prática de atividade física pode trazer, como o aumento do bem-estar, a prevenção e a diminuição da mortalidade por diversas doenças crônicas. Os especialistas falam em quatro domínios ou momentos:



1. **No tempo livre ou no lazer:** caminhar, correr, dançar, nadar, fazer trilha, pedalar são alguns exemplos;



2. **Nos deslocamentos:** caminhar, manejar a cadeira de rodas, pedalar, remar, patinar, andar a cavalo, de skate ou de patinete (sem motor) etc.;



3. Nas atividades do trabalho ou dos estudos: plantar, capinar, colher, caminhar, correr, pedalar, limpar, varrer, lavar, ordenhar, carregar objetos, participar das aulas de educação física etc.;



4. Nas tarefas domésticas: cuidar das plantas, cortar a grama, fazer compras, varrer, esfregar, lavar etc.

As atividades físicas podem ser feitas em diferentes níveis de esforço físico.

- **Leves:** quando exigem mínimo esforço físico e causam pequeno aumento da respiração e dos batimentos do seu coração. Durante elas, é possível respirar e conversar tranquilamente;
- **Moderadas:** quando exigem mais esforço físico, e respiramos mais rápido que o normal. É possível perceber também um aumento moderado dos batimentos do seu coração.
- **Vigorosas:** quando exigem um grande esforço físico. Respiramos muito mais rápido que o normal e os batimentos do coração aumentam muito.

Tenha em mente que fazer qualquer atividade física, no tempo e lugar em que for possível, é melhor que não fazer nada. Praticar atividade física é importante para a sua vida. Mesmo ao praticar pouco exercício físico, você pode obter benefícios para a sua saúde. Saiba mais sobre o tema acessando <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf>



• **MINIMIZAR FATORES DE ESTRESSE:** o estresse surge como resultado de situações que fogem ao cotidiano, como situações traumáticas, mas pode ocorrer também devido a fatores externos positivos, se eles alterarem o estilo ou a qualidade de vida. Essas mudanças podem fazer com que sejam liberadas quantidades elevadas de um hormônio natural chamado cortisol causando desequilíbrio em funções como a memória. Além de contar com ajuda profissional (psicoterapia), é possível combater o estresse aprendendo a manter o ritmo biológico, mantendo sono de qualidade, boa alimentação e se dedicando a um *hobby*.



- **NÃO FUMAR:** estudos sustentam que o fumo mata mais que o álcool e drogas ilegais e está claramente associado a diversos tipos de cânceres, bronquite crônica, enfisema pulmonar, infartos, úlceras do estômago e do duodeno e perda de dentes. Abandonar o vício não é uma tarefa fácil, mas é possível contar com ajuda de um psicoterapeuta, de um médico e de grupos de autoajuda.



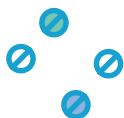
- **DORMIR BEM:** quando dormimos, nosso organismo ainda trabalha e aciona diversos sistemas no cérebro, refazendo conexões, ativando a memória, produzindo novas proteínas que ajudam no sistema imune e regulando a produção hormonal, entre outras funções. Para melhorar a qualidade do sono, é possível introduzimos em nossa rotina noturna alguns hábitos, como evitar televisão, telefone, computador e aparelhos eletrônicos pelo menos meia hora antes de nos deitarmos, ler um livro, evitar refeições pesadas na hora do jantar e evitar ingerir alimentos ou bebidas que contenham cafeínas ou estimulantes.



- **MANTER UMA ALIMENTAÇÃO BALANCEADA:** alimentar-se bem é muito importante, e com certeza você já ouviu isso. Uma boa alimentação reduz o risco de doenças como desnutrição, anemia, obesidade, diabetes, hipertensão e câncer. Mas, afinal, o que significa se alimentar bem?

O Ministério da Saúde lançou uma publicação chamada “Guia Alimentar para a População Brasileira”, que traz dicas interessantes sobre alimentação saudável. Confira:

1. Consuma diariamente alimentos como cereais integrais, feijões, frutas, legumes e verduras, leite e derivados e carnes magras, aves ou peixes;
2. Diminua o consumo de frituras e alimentos que contenham elevada quantidade de açúcares, gorduras e sal;
3. Valorize a sua cultura alimentar e mantenha seus bons hábitos alimentares.
4. Saboreie refeições variadas, ricas em alimentos regionais saudáveis e disponíveis na sua comunidade;
5. Escolha os alimentos mais saudáveis, lendo as informações nutricionais presentes nos rótulos;
6. Alimente a criança somente com leite materno até a idade de 6 meses e depois complementemente com outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos ou mais;
7. Procure nos serviços de saúde orientações a respeito da maneira correta de introduzir alimentos complementares e refeições quando a criança completar 6 meses de vida.



- **EVITAR A AUTOMEDICAÇÃO:** esse hábito, que parece inofensivo, pode ser perigoso e nocivo à saúde. O uso inapropriado de medicamentos pode mascarar ou agravar uma doença, podendo até mesmo levar à morte em casos mais graves. Por isso, evite fazer uso de remédios não prescritos por um médico, mesmo quando a situação parecer simples.

Outros fatores associados ao adoecimento

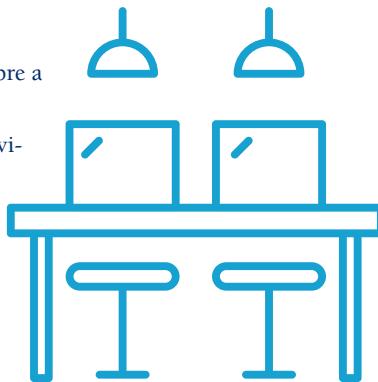
Temos três temas que são grandes causadores de adoecimento, incapacidades e morte, e que também geram um uso muito equivocado do sistema de saúde:



- **PROBLEMAS OSTEOMUSCULARES:** dores nas costas são queixas recorrentes. Remédios para dor estão entre os mais vendidos no Brasil, assim como é crescente a realização de exames como tomografias e ressonâncias, que auxiliam no diagnóstico, mas não curam ninguém. É possível que a pessoa passe anos indo ao médico ortopedista, fazendo exames de imagem e tomando anti-inflamatórios sem nunca fazer fisioterapia ou mudar hábitos que podem ser prejudiciais. Outro ponto importante aqui se refere à postura: estamos passando mais tempo na frente das telas (computadores e, principalmente, celulares) e isso traz desafios para a coluna.

Confira as dicas a seguir, que se aplicam tanto ao ambiente de trabalho quanto aos momentos de lazer:

- **Altura da mesa e da cadeira:** devem ser adequadas para evitar lesões por esforços repetitivos, além de dores em muitas partes do corpo;
- **Distância entre a tela do computador e os olhos:** deve ser adequada para que a pessoa não force a visão tentando enxergar nem precise ficar muito próxima à tela;
- **Respeito às pausas:** quem trabalha em pé precisa ter um descanso de pelo menos 10 minutos a cada 02 horas, para evitar problemas de saúde, como edemas e varizes;
- **Transporte de peso:** quem carrega peso deve tomar cuidado com o peso limite e a forma correta de transporte (sempre próxima ao corpo e nunca sobre a cabeça);
- **Posições na hora do trabalho:** para evitar dores e lesões, é importante dividir o tempo, revezando entre sentar-se e levantar durante o expediente.





• **TRANSTORNOS MENTAIS:** existem diversos transtornos mentais, como a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo. Eles geralmente envolvem uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento que podem afetar as relações com outras pessoas.

No passado, os transtornos mentais eram associados à loucura e à incapacidade, mas existem formas eficazes de prevenir alguns transtornos mentais como a depressão, e tratamentos que podem aliviar a dor e **o sofrimento causados por eles. O problema é que as pessoas ficam perdidas e não sabem falar desses assuntos.** Ficam em silêncio para ver se o problema some. Às vezes só procuram assistência profissional quando a situação se torna mais grave.



• **CULTURA DE PAZ:** desigualdade, exclusão, violência e sectarismo são apontados como as principais causas de morte de homens jovens no Brasil. Em todo o mundo se discute a importância de estimular uma cultura de paz, baseada em pequenos gestos e atitudes de cada um de nós, em nossas rotinas, e naquilo que foi classificado pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) como condições sustentáveis para que todos possam viver com dignidade e prosperidade compartilhada.

Os 6 pilares da Cultura da Paz são:

1. **Respeitar** todas as formas de vida;
2. **Rejeitar** a violência;
3. **Ser** generoso;
4. **Ouvir** para compreender;
5. **Preservar** o planeta;
6. **Redescobrir** a solidariedade.



A importância da vacinação

Ao nascer, as crianças herdam defesas contra infecções que a mãe tenha tido ou contra as quais tenha sido vacinada, mas essa proteção é passageira: conforme a criança vai crescendo, surge a necessidade da fabricação de suas próprias defesas.

A vacinação é uma das medidas mais importantes para proteger o corpo de vírus e bactérias, e ainda colabora com a saúde pública, pois auxilia na erradicação de algumas doenças e evita epidemias. Algumas vacinas devem ser aplicadas na infância e garantem proteção por toda a vida, outras devem ser aplicadas mais tarde, ou ainda repetidas periodicamente.

O Programa Nacional de Imunização – PNI é reconhecido como um dos maiores programas públicos de vacinação em todo o mundo. Por meio dele, são definidos os calendários de vacinação considerando a situação epidemiológica, a vulnerabilidade e as especificidades sociais com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e povos indígenas.

Para conhecer mais sobre o PNI, acesse: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/junho/09/instrucao-normativa_calendario-de-vacinacao-2020-1.pdf>.

Situações especiais

• Gravidez

A mulher que engravida assume a responsabilidade de cuidar da vida que carrega em seu ventre. O acompanhamento médico é necessário para proteger a saúde do bebê e da mãe também durante a gestação, um período de transformações físicas e emocionais que podem gerar medos, dúvidas ou fantasias. Durante o pré-natal a mulher fará uma série de exames preventivos, físicos e laboratoriais e, com isso, poderá se sentir segura e esclarecida. São recomendadas consultas mensais até o sétimo mês, e a partir daí, a cada 15 dias, até o parto. Nessas consultas serão checados seu peso, pressão arterial, tamanho do útero e batidas do coração do bebê.

Para ter uma gravidez tranquila, é importante estar atenta às seguintes recomendações:

- **Fumo e álcool** são altamente prejudiciais à mãe e ao filho;
- **Radiografias e medicamentos** podem interferir na saúde do feto;
- **Descansar** com as pernas elevadas ajuda a melhorar a circulação;
- **Natação e caminhadas** são excelentes exercícios nesse período;
- **Em caso de qualquer anormalidade**, como febre, sangramento vaginal, perda de líquidos pela vagina, contrações, diminuição ou ausência de movimentos do bebê, o médico deverá ser imediatamente procurado.



• Primeira infância

O período que vai desde a gestação até os 6 anos de idade, chamado de primeira infância, é um período importante para o desenvolvimento de áreas fundamentais do cérebro relacionadas à personalidade, ao caráter e à capacidade de aprendizado.

Algumas situações são reconhecidas pelos especialistas como de vulnerabilidade para os bebês:

- Falta do aleitamento materno;
- Malformação congênita;
- Ausência de acompanhamento pré-natal;
- Problemas familiares e socioeconômicos que interfiram na saúde da criança;
- Não realização de vacina;
- Gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação;
- Parto difícil ou traumático.

Situações familiares complexas, como rupturas e conflitos na família, também podem impactar na saúde das crianças. Problemas de saúde logo no início da vida podem interferir no desenvolvimento saudável.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida:



• 1ª semana;



• 1º mês;



• 2º mês;



• 4º mês;



• 6º mês;



• 9º mês;



• 12º mês;

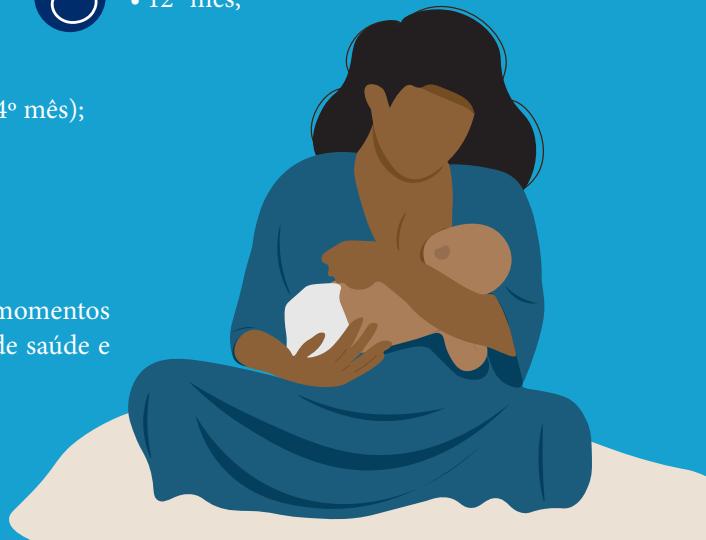


• Duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês);



• A partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário.

Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças.



• Maturidade

As tendências de queda na natalidade e o aumento da expectativa de vida da população apontam para o crescimento da participação dos cidadãos da terceira idade em nossa população. Isso representa uma série de desafios, entre eles necessidade de maior cuidado com a saúde física e mental de cada indivíduo em particular, para que este permaneça produtivo e feliz também na velhice.

Para envelhecer com saúde, é fundamental conhecer as mudanças físicas, sociais e emocionais que acompanham o avanço da idade: não são doenças, mas merecem cuidados especiais.

Manter um estilo de vida ativo e saudável ajuda a retardar as alterações que ocorrem com a idade. Algumas pessoas começam a mostrar sinais de envelhecimento por volta dos 40 anos, enquanto outras parecem “jovens” aos 70 anos. Manter a autonomia enquanto se envelhece é importante para todas as pessoas, mas a presença ou não de uma ou mais doenças crônicas pode reduzir essa capacidade.

Assim, nessa fase da vida tornam-se ainda mais importantes os cuidados com a alimentação; com a prevenção/tratamento das doenças que vão surgindo ao longo da vida; a busca do equilíbrio interior, dosando o inevitável estresse; a prática de atividade física e a manutenção de vínculos sociais e emocionais.

No portal da ANS está disponível uma publicação que trata especificamente sobre a atenção ao idoso na saúde suplementar: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf>.

• Câncer

Quando falamos de câncer, nos referimos a mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células.

O processo de formação do câncer, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa dê origem a um tumor visível. Embora o câncer possa surgir em qualquer parte do corpo, alguns órgãos são mais afetados do que outros.

A prevenção do câncer engloba ações realizadas para reduzir os riscos de ter a doença. Assim, temos os cuidados para evitar a exposição aos fatores de risco de câncer e a adoção de um modo de vida saudável.



Dicas para prevenir O CÂNCER



• Não fume;



• Mantenha alimentação saudável;



• Mantenha o peso corporal adequado;



• Pratique atividades físicas regularmente;



• Amamente;



• Faça o exame preventivo do câncer do colo do útero a cada três anos;



• Vacine as meninas de 9 a 14 anos e os meninos de 11 a 14 anos contra o HPV;



• Vacine-se contra a hepatite B;



• Evite a ingestão de bebidas alcoólicas;



• Evite comer carne processada (presunto, salsicha, linguiça, bacon, salame, mortadela, peito de peru e blanquet de peru);



• Evite a exposição ao sol entre 10h e 16h;



• Evite exposição a agentes cancerígenos no trabalho.

As principais formas de tratamento do câncer são: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Há outras modalidades, chamadas adjuvantes, que podem ser combinadas no tratamento.

Atenção paliativa

Muitas pessoas acham que cuidados paliativos são a mesma coisa que atendimento a pacientes terminais, mas isso não expressa o que representa esse tipo de atenção. Quando falamos em atenção paliativa, estamos nos referindo aos cuidados que têm por objetivo melhorar a qualidade de vida de pacientes (sejam adultos ou crianças) e de suas famílias, quando estão enfrentando problemas associados com doenças ameaçadoras da vida. Assim, trata-se de um tratamento que envolve profissionais com diferentes abordagens em prol do paciente.

Os cuidados paliativos devem ser iniciados o mais precocemente possível, junto com o tratamento da doença, e incluir a avaliação de qual, entre as opções, é o melhor tratamento e manejo dos sintomas apresentados, com avaliação periódica para que os ajustes necessários no tratamento sejam realizados. Também deve oferecer suporte aos familiares e entes queridos durante o adoecimento e diante de seu desfecho.



Referências

- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Saúde suplementar: para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2015.
- Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2018.
- Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília: Diário Oficial da União; 2016.
- Carlini A. Fundamentos dos Planos e Seguros de Saúde - Mutualismo, Pacto Intergeracional, Risco Moral e Seleção Adversa [Internet]. Acessado em: 4 nov 2021. Disponível em: <<https://fenasaude.org.br/publicacoes/fundamentos-dos-planos-e-seguros-de-saude-mutualismo-pacto-intergeracional-risco-moral-e-selecao-adversa.html>>.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Anvisa). Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro: ANS; 2009.
- Malik AM *et al.* Temas Avançados em Qualidade de Vida. Londrina: Midiograf; 2017.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Cancelamento e exclusão de contrato. Rio de Janeiro: ANS; 2017.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Plano de Saúde. Rio de Janeiro: ANS; 2019.
- Eugênio MV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012.
- Ministério da Saúde. Guia de atividade física para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Transtornos mentais [Internet]. Acessado em: 4 nov 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>>.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Cultura de paz no Brasil [Internet]. Acessado em: 4 nov 2021. Disponível em: <<https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/expertise/culture-peace>>.
- Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Ministério da Saúde; 2020. [Internet]. Acessado em: 4 nov 2021. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>>
- Ministério da Saúde. Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação 2020. [Internet]. Acessado em: 4 nov 2021. Disponível em: <http://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/junho/09/instrucao-normativa_calendario-de-vacinacao-2020-1.pdf>.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [Internet]. Acessado em: 4 nov 2021. Disponível em: <https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/expertise/culture-peacehttps://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>.

DOC



Information