

Preocupação com número de cesáreas mobiliza o setor

Entidades médicas unem-se à ANS para combater o aumento de cesáreas no País. Para o órgão regulador, o principal desafio da campanha é sensibilizar os principais envolvidos no tema: médicos, pacientes e operadoras.

Em entrevista ao jornal UNIDAS, a gerente-geral técnico-assistencial de Produtos da ANS, Martha Oliveira, dá mais detalhes sobre o assunto. Págs. 4 e 5

Perdigão promove a Autogestão priorizando a saúde de seus colaboradores

Pág. 7



8º Fórum Jurídico 2009

28 e 29 de abril - Hotel Brasília Alvorada - Brasília-DF

Inscrições antecipadas têm descontos especiais

Já estão abertas as inscrições para o 8º Fórum Jurídico da UNIDAS, que vai discutir durante dois dias temas como: judicialização; medidas liminares e tutelas de urgência; limites para a atuação dos juizados especiais cíveis e das agências reguladoras; aspectos legislativos da regulação de medicamentos; portabilidade e os efeitos para o mercado suplementar; regulamentação dos planos coletivos e dos serviços de atendimento ao consumidor (SAC); e decisões judiciais quando do uso de materiais especiais em procedimentos cirúrgicos.

As inscrições podem ser feitas no site www.unidas.org.br. Há desconto para quem se inscrever até o dia 27 de março e a cada quatro inscrições da mesma empresa, a quinta será gratuita. Mais informações pelo telefone (11) 3289-0855.

Saúde em Foco



Está disponível no site www.unidas.org.br, a quinta edição do informativo, que traz as regras sobre a portabilidade de carências nos planos de saúde e dicas de como prevenir e combater a dengue. O informativo é disponibilizado sem custos e as filiadas escolhem a melhor forma de divulgá-lo.



CORREIOS

Impresso Especial
7220531100-DR/SPM
UNIDAS

Diretoria vai aos Estados em prol da Autogestão

A Diretoria da UNIDAS iniciou em fevereiro um programa de visita às Superintendências Estaduais (SEs), com o objetivo de aproximar a Entidade dos dirigentes das instituições filiadas. O encontro recebeu o nome de Café da Manhã e visa alertar para o cenário da saúde suplementar e os desafios que serão



Brasília foi a primeira a receber a visita da presidente da UNIDAS

enfrentados pelas empresas, além de propiciar uma maior integração com o grupo e a oportunidade de discutir temas de interesse comum voltados à administração de planos de autogestão em saúde.

A primeira visita feita pela presidente da UNIDAS, Marília Ehl Barbosa, foi em Brasília, no auditório da Conab, no último dia 2. Para um público de mais de 30 representantes das principais autogestões da capital federal, ela falou sobre o cenário atual da saúde suplementar, a atuação do Segmento de Autogestão, as consequências da crise econômica mundial para o setor e os benefícios de ser filiada à Entidade. "A pretensão é multiplicar a idéia da Autogestão no País, para que outros profissionais venham se juntar àqueles que já atuam fortemente no Segmento, como os nossos representantes

nacionais e estaduais", explicou.

Marília ainda falou sobre a boa credibilidade que a imagem da Autogestão tem no mercado; a importância em monitorar o uso do plano de saúde pelos beneficiários; referenciamento da rede; portabilidade; e alertou para o problema da judicialização. "Os processos aumentaram quase 2000% entre 2000 e 2008, demandando recursos que, geralmente, não são previstos em contrato."

Mais dois encontros ocorreram em fevereiro. A Superintendência baiana e suas filiadas receberam a presidente da UNIDAS no dia 13 e Minas Gerais, no dia 17. Em março será a vez do Rio de Janeiro, no dia 13, e São Paulo, no dia 16.

Eleições UNIDAS

Termina no próximo dia 13 de março o prazo para que as filiadas possam indicar representantes para integrar a comissão que vai conduzir o processo eleitoral da UNIDAS. Marcada por um trabalho participativo e transparente, a eleição ocorrerá no dia 27 de abril e a posse no dia 29 do mesmo mês, em Brasília.

A comissão é composta por três representantes, escolhidos por ordem de recebimento da indicação das filiadas. Serão eleitos componentes para os Conselhos Deliberativo e Fiscal e para a Diretoria Executiva, para o mandato de 2009 a 2011.

Justiça revoga liminar contra a TISS

A Justiça Federal do Rio de Janeiro revogou, no dia 12 de janeiro, a liminar impetrada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado (Cremerj), que desobrigava a utilização do formulário eletrônico para adequação à TISS - Troca de Informações em Saúde Suplementar, por parte dos consultórios médicos. Desde 30 de novembro de 2008, de acordo com a Resolução Normativa (RN) nº 153, de 28/5/2007, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o envio de todos os formulários deve ser feito eletronicamente.

Além do Cremerj, os Conselhos Regionais de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) e de São Paulo (Cremesp) também recorreram à Justiça para questionar o prazo determinado pela ANS. Até o fechamento desta edição, a liminar do Cremers tinha sido indeferida parcialmente e a do Cremesp ainda aguardava julgamento do mérito.

De acordo com a gerente-geral de Integração com o SUS da ANS, Jussara Macedo, o temor dos médicos quanto à punição prevista na RN nº 124, de 4/3/2006 - que pode chegar a até R\$ 35 mil - não se aplica para quem tem dificuldade de se adaptar, mas para quem se recusa, deliberadamente, a adotar o padrão. Segundo a gerente, a ANS tem estimulado as operadoras a incentivar seus prestadores a adotarem a TISS, inclusive no padrão eletrônico.

Segundo os dados do Radar TISS 2, 49% das informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços já foram realizadas por meio eletrônico, índice quase duas vezes maior do que na primeira edição do questionário de avaliação da adaptação da TISS.

TUSS

Normatização deve ocorrer até junho

As operadoras de planos de saúde deverão se adaptar, de forma gradual, à Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) para procedimentos da área médica, até 30 de junho, segundo a Instrução Normativa nº 34, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), publicada no último dia 16. A Câmara Técnica coordenada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e composta por representantes das operadoras, dos hospitais e das entidades médicas definirão os códigos e as terminologias a serem incorporadas pela TUSS.

A iniciativa foi pensada para unificar e facilitar a linguagem entre as operadoras e os prestadores de serviços, evitando a manutenção de diversas codificações e terminologias encontradas nas diferenciadas tabelas vigentes atualmente. Mas muitas operadoras têm encontrado dificuldade para a implantação da TUSS.

Para discutir e analisar essas dificuldades, a UNIDAS realizou, no dia 9 de fevereiro, uma reunião com as suas filiadas, no auditório da Fundação Cesp, em São Paulo. Cerca de 40 representantes das autogestões estiveram no encontro e alertaram que o maior problema é fazer a correlação dos códigos/descriptores das tabelas utilizadas pelas operadoras com os da terminologia unificada.

O dr. Walter Lyrio do Valle, diretor-técnico da UNIDAS e integrante do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (Copiss), informou a flexibilização concedida no prazo, que até então era abril, para as operadoras que ainda não conseguiram negociar a nova nomenclatura com os seus prestadores de serviços. "Até o novo prazo, 30 de junho, todas as operadoras deverão apresentar a nova codificação, com os preços vigentes, para que, em 90 dias, os prestadores possam contestar e negociar as possíveis divergências."

Diante das questões apresentadas na reunião, a UNIDAS, para auxiliar as suas filiadas e Superintendências Estaduais, vai disponibilizar uma correlação entre os códigos/procedimentos das tabelas da AMB em uso no mercado e a TUSS. "Acreditamos que os esclarecimentos apresentados e a disponibilização deste comparativo vão facilitar o trabalho das filiadas e dar maior transparência aos resultados. Vamos aguardar e ficar à disposição para auxiliá-las", informou o dr. Walter.

Curso de Gestão de Planos de Saúde tem acesso democrático

As mudanças na legislação e a própria dinâmica do setor de saúde suplementar obrigam os profissionais a estarem atualizados e com ferramentas de gestão que permitam enfrentar os desafios do mercado e a realização, com segurança e agilidade, de seu trabalho. O curso de Especialização em Gestão de Planos de Saúde veio atender essa necessidade, disponibilizando de forma pioneira um programa completo com o suporte de especialistas de instituições como a Universidade de São Paulo (USP) e a Fundação Getúlio Vargas (FGV), entre outras de renome. Trata-se de um convênio entre a Universidade Corporativa UNIDAS pelo Saber com a Santos & Diniz Consultores Associados, que desenvolveu a metodologia, e a Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes (LFG), que combina as aulas pela internet com os encontros presenciais televisados.

Para uma rede ampla, como é o caso da LFG, "a vantagem da telepresença é a capacidade de atender regiões que seria impossível atingir de outra forma", diz Marco Leite dos Santos, professor-âncora do projeto. Os resultados da primeira turma confirmam a declaração: 130 alunos de 17 Estados envolvidos no projeto desde o fim de 2008.

Esses alunos não estão apenas nos grandes centros, como São Paulo, Brasília e Rio de Janeiro, mas também em cidades pequenas, como Itumbiara, em Goiás, e Vilhena, em Rondônia.

O vice-presidente da LFG, Julio Cesar Gomes, considera o curso um sucesso e fala sobre a receptividade: "O projeto é diferenciado e os alunos estão satisfeitos com o sistema. Nosso fale conosco só tem recebido elogios", diz.

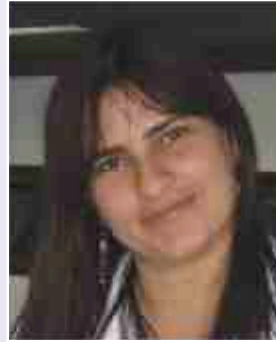
De acordo com o diretor de Treinamento e Desenvolvimento da UNIDAS, Christian Vieira Castro, a parceria permite a UNIDAS contribuir para que as filiadas superem os desafios da área da saúde. Para 2009, ele afirma que são boas as perspectivas em relação ao curso, bem como quanto às demais iniciativas e parcerias para implementação de ações de promoção do conhecimento.

Acesso e custo facilitados

O curso de alto desempenho - pós-graduação *lato sensu*, reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) - destina-se a profissionais graduados que buscam aperfeiçoamento e também a executivos que atuam ou pretendem atuar em posições que demandam tomada de decisão, como a gerência ou direção de operadoras de plano de saúde, especialmente nas áreas administrativas e de gestão. Tem o objetivo de capacitar também os profissionais técnicos que atuam na administração da rede de prestadores, como enfermeiros, psicólogos e médicos. "Precisamos investir na capacitação das pessoas, em especial nos profissionais que não têm acesso a treinamento de

qualidade, a custo que possam suportar", afirma o professor Marco.

As aulas telepresenciais são ministradas a partir dos estúdios da Rede LFG e transmitidas, em tempo real, para todas as capitais brasileiras e outras 370 cidades cobertas pela empresa.



A carga horária virtual é composta de textos e atividades que podem ser realizadas em ambiente de internet, especialmente desenvolvido para atender às finalidades do projeto. Os professores, tutores e monitores ficam à disposição do aluno para dar o suporte metodológico e tirar as dúvidas que possam surgir. "Era o que eu precisava", diz **Tatiana Bezerra de Oliveira**, que estuda a partir de Itabuna, na Bahia. Ela é enfermeira há dez anos e trabalha na Cassi desde 2007. "Esta é a minha oportunidade de entender as complexidades do mercado e as tendências das operadoras de planos de saúde", afirma.

Para **Edgar Tadeu**, da Fundação Cesp, de São Paulo, "é um curso interessante, com bom conteúdo, professores qualificados e acessível financeiramente".

Um desses professores é o especialista **Edman Altherman**, que dá aula de Gestão Estratégica. Para ele, essa "é uma iniciativa muito importante, pois há uma demanda reprimida na área de saúde, segmento que precisa de pessoal mais capacitado, pela sua grande importância social".

Os custos equivalem a um quinto do preço de um curso presencial e uma nova turma está programada para começar no dia 27 de março.



Inscrições e matrículas

Os interessados poderão fazer suas inscrições on-line até o dia 27 de março, pelo site www.lfg.com.br, no menu pós-graduação.

O próximo passo será encaminhar, até o dia 31 de março, via correio, com aviso de recebimento (AR), fotocópias simples dos seguintes documentos: RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento, diploma do curso de graduação, histórico escolar da graduação expedido após a colação de grau; uma foto 3x4; e currículo simplificado.

O processo de matrícula será concluído após comparecimento do candidato a uma unidade da LFG previamente escolhida por ele para efetuar o pagamento, bem como para assinar o contrato de prestação de serviços educacionais.

Para mais informações sobre o curso, acesse www.unidas.org.br.



Novas ações para reduzir as cesarianas na saúde suplementar

O Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vêm promovendo campanhas de esclarecimento da população sobre o parto normal e incentivando sua prática. No entanto, o Brasil continua sendo o campeão mundial de cesarianas. Segundo dados da própria ANS, de cada dez bebês que nascem, oito são de cesarianas nos hospitais particulares. Este número é quatro vezes maior do que a média verificada na Europa e nos Estados Unidos.

Em mais uma iniciativa para reduzir as cesarianas, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) uniram-se à Agência. O objetivo da comissão formada por essas entidades é elaborar um projeto de intervenção para reduzir o número de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar e incentivar o parto normal, implementando estratégias de reorganização do modelo de atenção ao parto e ao nascimento.

Em entrevista ao jornal UNIDAS, a gerente-geral técnico-assistencial de Produtos da ANS, Martha Oliveira, explica que o grande desafio está em abordar os diferentes aspectos sob a visão dos vários interessados no tema. "Alcançar este objetivo implica empreender mudanças na maneira como as mulheres observam o processo de gestar e parir, bem como mudanças no processo de trabalho médico."

Confira a entrevista.

Novas medidas serão definidas para incentivar a gestante a optar pelo parto normal. Qual a filosofia e o que a sra. destaca como diferencial nessa campanha?

Desde 2004, a ANS vem empreendendo ações em favor do parto normal e da redução de cesarianas desnecessárias. Em um primeiro momento, investimos no diagnóstico da situação com a coleta de informações e avaliação dos dados do setor e também por meio do financiamento de pesquisas. Além disso, investimos em disseminar essas informações para a população e para as operadoras com informativos e campanhas publicitárias. Destaca-se também que desde o início de 2008 estabelecemos parcerias com diversas instituições implicadas com este problema. Este movimento redundou na criação da Comissão de Parto Normal pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), da qual a Agência faz parte. Esta comissão está elaborando um projeto de intervenção para redução de cesarianas desnecessárias que será implementado ao longo de 2009. Esse projeto aprofunda as propostas debatidas até aqui, com ênfase em uma maior aproximação com operadoras de planos privados de assistência à saúde, serviços de atenção obstétrica e neonatal e prestadores.

De que forma a ANS pensa em tratar o problema de sensibilizar os profissionais médicos e as gestantes sobre os benefícios do parto normal?

O grande desafio em implementar ações para redução das cesarianas desnecessárias está em abordar diferentes aspectos sob a visão dos diferentes interessados no tema, procurando sensibilizá-los para a importância de se aumentar a proporção de partos normais em nosso País e em especial no setor suplementar. Alcançar esse objetivo implica empreender mudanças na maneira como as mulheres observam o processo de gestar e parir, bem como mudanças no processo de trabalho médico. Creio que a ANS conseguirá sensibilizar médicos na medida em que propuser formas de organização do processo de trabalho que facilitem o acompanhamento do trabalho de parto e do próprio parto, sem que isso atrapalhe sua rotina. Em



Para Martha Oliveira, "a ANS tem o papel de desenvolver medidas regulatórias que favoreçam o parto normal"

relação às gestantes, entendemos que é fundamental investir em informação, divulgando os benefícios do parto normal, bem como induzir as maternidades a adotarem uma ambiência favorável ao parto normal, na qual a mulher se sinta acolhida e cuidada.

A proposta será levar novas regras para as maternidades públicas e particulares do País? Quais as principais e como os hospitais deverão se adequar para segui-las?

As normas sobre funcionamento das maternidades são elaboradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A ANS procura trabalhar em parceria com a Anvisa, apoiando as iniciativas propostas para esses serviços. Atualmente, encontra-se em vigor a RDC nº 36, da Anvisa, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Esta RDC deve ser adotada por serviços públicos e privados de todo o Brasil e congrega disposições sobre aspectos como infraestrutura e processo de trabalho, com vistas a adequar a ambiência das maternidades à atenção ao parto e nascimento em seus diversos níveis de complexidade. Além disso, a citada comissão do CFM está estudando formas para evitar que todas as vagas de qualquer maternidade sejam preenchidas previamente por cesáreas agendadas, dificultando a entrada de mulheres em trabalho de parto.

O medo da dor no parto normal é muito comum entre as gestantes. Nesse sentido, a nova campanha vai desmistificar esse preconceito?

Em todos os informativos que a ANS elabora destinados às mulheres, a Agência procura desmistificar este e outros aspectos negativos relacionados ao parto normal, reforçando os benefícios desse evento para a mulher e para o bebê. No entanto, é um trabalho que envolve toda a sociedade.

Qual a expectativa da Agência com as medidas? Já existe definição de um percentual ideal de cesáreas para a saúde suplementar?

O percentual ideal de cesarianas depende da característica da operadora e da população estabelecida por ela. Em uma população de maior risco, o percentual ideal será maior, em uma população de menor risco será menor. Trabalhamos atualmente com a meta de atingirmos em um primeiro momento a taxa nacional, que atualmente está em torno de 40%. Este valor é ainda bem maior do que o encontrado em países com os melhores resultados perinatais do mundo, onde a taxa gira em torno de 20%, mas já representa um enorme desafio, tendo em vista que estamos em um patamar de 80%. Nossa expectativa é causar impacto gradualmente na redução da proporção de cesarianas no setor suplementar, pois sabemos que a redução de cesarianas desnecessárias em nosso meio implica mudanças culturais profundas. Com isso, acreditamos que atingiremos esse resultado no médio e longo prazos.

Não seria interessante avaliar os resultados das medidas antes de pontuar as operadoras nesse indicador?

Pontuar as operadoras no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, atribuindo melhor nota àquela operadora que apresenta menor proporção de partos cesáreos,



Entrevista

Nossa expectativa é causar impacto gradualmente na redução da proporção de cesarianas no setor suplementar

é também uma medida para indução da redução das cesarianas no setor. A ANS tem o papel de desenvolver medidas regulatórias que favoreçam o parto normal e estamos fazendo isso, mas são as operadoras as responsáveis pela gestão da assistência. Assim, é fundamental o comprometimento e o envolvimento das operadoras na reorganização do modelo de atenção obstétrica e neonatal com vistas à redução de cesarianas desnecessárias. Com isso, nada mais justo do que pontuar melhor as operadoras que alcancem bons resultados nesse indicador. E para nossa agradável surpresa, temos conhecido diversas experiências bastante exitosas e com ótimos resultados.

IDSS demonstra que é necessário melhorar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou os resultados da terceira fase do Programa de Qualificação de Operadoras, referentes a 2007. De acordo com um conjunto de indicadores, cada instituição recebe uma pontuação, o Índice de Saúde Suplementar (IDSS), que varia de 0,00 a 1,00, em cinco intervalos de dois décimos.

Para o dr. Afonso Teixeira dos Reis, assessor especial da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos da ANS e coordenador do Programa de Qualificação, os resultados, apesar de demonstrarem que a maior parte das operadoras (55,65%) apresenta desempenho de médio a bom, indicam também que há necessidade de melhorar a qualidade dos serviços, pois há 44,3% das instituições com índice inferior a 0,40.

Os dados de 2008 deverão ser publicados ainda no primeiro semestre de 2009, informa o dr. Afonso. Esta avaliação será baseada na terceira fase, mas devido a ajustes nos indicadores não permitirá comparação com anos anteriores.

No grupo das autogestões, com e sem mantenedores, 59,8% tiveram IDSS superior a 0,40. Percentual semelhante (60%) foi alcançado pelas instituições por RH e fundos de pensão que operam planos ambulatoriais e hospitalares. A diferença está nos índices alcançados pelas autogestões que operavam planos ambulatoriais, hospitalares e odontológicos, das quais 35,2% estão nas faixas média e superior.

O objetivo do Programa, que tem resultados publicados desde 2004, conforme explica dr. Afonso é, além de classificar o desempenho das operadoras auxiliá-las a identificarem e resolverem suas falhas, na busca de melhorar a qualidade da assistência.



Dr. Afonso Teixeira dos Reis

| | Faixas do IDSS | | | | |
|---------------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| | 0,00 a 0,19 | 0,20 a 0,39 | 0,40 a 0,59 | 0,60 a 0,79 | 0,80 a 1,0 |
| Autogestão com e sem mantenedor | 13,7% | 26,5% | 41,0% | 17,1% | 1,7% |
| Autogestão por RH e SPC | 16,2% | 43,2% | 18,9% | 20,7% | 0,9% |

Fonte: ANS

AMB e ANS: parceria na elaboração de diretrizes

A Associação Médica Brasileira (AMB) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) assinaram, no último dia 12 de fevereiro, o convênio que estabelece a elaboração de diretrizes clínicas para o sistema de saúde suplementar. O acordo foi formalizado na sede da AMB, em São Paulo, pelo seu presidente, dr. José Luiz Gomes do Amaral, e pelo diretor-

presidente da ANS, dr. Fausto Pereira dos Santos.

O contrato prevê em um ano a elaboração de 80 diretrizes de temas prioritários, previamente selecionados, reestruturação de algumas já existentes, a forma de utilização desse material na saúde suplementar, avaliação e monitoramento do uso e treinamento.

Projeto vai auxiliar na negociação com prestadores de serviços

A UNIDAS está produzindo, em parceria com a empresa GestorSaúde, o projeto Diretriz Negocial, que vai disponibilizar às filiadas um banco de dados técnico-assistenciais. Farão parte do banco, informações relativas à utilização e custo, diretrizes



clínicas, elaboração de pacotes, critério e metodologia para uma boa negociação, que visa a subsidiar as instituições filiadas. “Queremos capacitar os gestores da Autogestão com dados e informações dos preços praticados no mercado e pelas próprias autogestões”, explica a coordenadora do projeto e vice-presidente da Entidade, dra. Regina Ribeiro Parizi Carvalho.

O trabalho será constituído por parâmetros de negociação, nacional, estaduais e regionais, com faixas de valores e referências de piso e teto. Também haverá um banco de informações com protocolos das diversas instituições e entidades. Além disso, serão disponibilizados critérios e parâmetros para uma boa dinâmica de negociação, com o intuito de evitar posturas de desgastes, além de criar indicadores para monitorar e avaliar o processo negocial, verificando e medindo a eficácia da negociação, bem como identificando os problemas que demandem correção de trajetória.

“Com este projeto vamos subsidiar nossas filiadas e superintendências para que possam negociar de forma mais

efetiva e justa para as autogestões”, explica dra. Regina, lembrando que “este é um instrumento facilitador mais apurado, mas que a negociação de fato com os prestadores de serviços é de cada gestor”.

Finalização do trabalho

O projeto está em fase conclusiva e será apresentado no 32º Encontro Nacional com Superintendentes Estaduais (Ense), que ocorrerá em março. Estão sendo concluídos o manual de conduta do projeto negocial, que inclui a dinâmica da negociação, e a avaliação deste processo, inclusive com a identificação de situações que demandem ajustes na trajetória da negociação.

A dra. Regina alerta que para o sucesso do projeto é necessária a colaboração das instituições filiadas. “Temos as informações do mercado e de algumas filiadas. É muito difícil criar um projeto dessa magnitude sem a colaboração das próprias interessadas - nossas filiadas, sendo que muitas das informações para completar o banco de dados são as mesmas que as empresas fornecem à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O intuito é também constituir um banco com informações estaduais e regionais.”

Depois de concluído, o projeto será disponibilizado no site da UNIDAS (www.unidas.org.br), na área restrita para as filiadas, que também receberão um CD com o modelo de banco de dados formatado para que cada instituição possa inserir mais informações de sua empresa e, assim, ampliar os bancos de dados estaduais e regionais.

Superintendências

Prêmio UNIDAS é entregue em SE

A Superintendência de Sergipe realizou a entrega do Prêmio UNIDAS Destaque em Saúde 2007, em outubro passado, no Salão Rainbow Brite, em Aracaju, com o objetivo de reconhecer e homenagear os profissionais e estabelecimentos da área da saúde que se destacaram.

Foram contempladas as seguintes categorias, com os respectivos ganhadores: hospital de grande porte - Hospital São Lucas; hospital por especialidade - Clínica Santa Helena; serviços de terapia oncológica - Onco Hematos; laboratório - Lamac; serviço de fisioterapia - Fisioform; serviço de diagnóstico por imagem - Cemise; serviço de fonoaudiologia - Cesap; profissional de odontologia - dr. José

Aloysio C. Oliveira; e médicos - drs. Célio Lima Oliveira (ginecologia e obstetrícia), José Augusto Lisboa (pediatria) e Elisânio Souza Cardoso (cirurgia geral). Aproveitando o evento, foram homenageados o dr. Carlos Wagner - empreendedor do ano, pela inauguração do Hospital Primavera; e as dras. Euza Missano, pelo seu trabalho na defesa do consumidor, e Rosa Azul, da Sociedade de Ensino e Reabilitação da criança especial.



Nivânia Adelina Pereira, diretora da Cesap, recebeu o prêmio da diretora-superintendente Maria Luciete Vilella Souza

Capacitação no RS

Tendo como foco o desenvolvimento dos profissionais das filiadas que atuam como gestores e técnicos na área da saúde (médicos e enfermeiras), a Diretoria da UNIDAS-RS criou um Programa de Capacitação. O objetivo é promover a troca de experiências e propiciar aprendizagem aos participantes sobre temas do cotidiano da saúde suplementar a partir de cursos e palestras.

O programa teve início em setembro com o curso de Negociação, que contou com a participação da especialista dra. Regina Michelon. A primeira turma teve 25 participantes e a segunda, realizada em outubro, 22. Em novembro, foi promovida uma palestra com o dr. Danilo Coelho, sobre ortopedia (mercado OPME e novas técnicas).

Para este ano, a Superintendência gaúcha está fazendo um levantamento junto às suas filiadas sobre os temas de interesse para estabelecer o cronograma dos trabalhos.



Segunda turma do curso de Negociação

Perdigão comprova: Autogestão é a modalidade menos onerosa

Seguindo a tendência mundial de rever os paradigmas de gestão, com vistas também à redução de custos, em julho passado, a área de Gestão da Saúde da Perdigão S.A., vinculada à Diretoria de Recursos Humanos, realizou um estudo baseado nos dados da contabilidade da empresa, para levantar todas as despesas, bem como o número de beneficiários para assim chegar ao custo per capita. “O nosso objetivo foi avaliar e controlar a evolução dos custos por plano e por região”, explica a analista de RH, Lusimar Falabrette, responsável pela gestão dos planos.

Atualmente, os empregados da empresa podem aderir ao plano da modalidade Autogestão. Sem fins lucrativos, a Autogestão, oferecida desde 1988, foi a escolhida por 23.119 empregados que, juntando-se aos seus 33.551 dependentes, somam 56.670 beneficiários, distribuídos pelo Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás e Mato Grosso.

O trabalho permitiu concluir que o plano de Autogestão é o que apresenta o menor custo para a empresa e também para os funcionários. “Isso se deve às negociações diretas com os prestadores de serviços, à estrutura administrativa própria, atuante e vigilante às necessidades dos beneficiários (médico auditor, enfermeira auditora). Estes são os principais diferenciais”, afirma Lusimar.

Com base no resultado obtido, segundo a analista, a Perdigão pretende fortalecer o plano de Autogestão nas unidades de produção da empresa.



Durante o ano, a Perdigão promove encontros com as funcionárias gestantes

Atenção especial para as formas de evitar as doenças cardiovasculares



Diferencial da modalidade

O plano de Autogestão da Perdigão conta com estrutura própria e as autorizações são realizadas pela empresa, com suporte de um sistema informatizado (padrão TISS). Todas as despesas são auditadas por enfermeiros e por médicos, que inclusive realizam visita aos pacientes internados.

O coordenador-técnico do plano, dr. Luiz Henrique Grubba, aponta outros diferenciais e vantagens da Autogestão, como o agendamento de cirurgias eletivas, programadas após avaliação do médico auditor. Além disso, as órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) são negociados pela empresa e pagos



Campanha de carnaval: conscientização da prevenção contra DSTs Aids e o uso de drogas e bebidas

diretamente para os fornecedores, reduzindo ainda mais o custo. Outro fator importante e que viabiliza o plano é a idade média dos beneficiários: 23 anos.

A Perdigão, priorizando a saúde e o bem-estar de seus funcionários, vem realizando programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Entre essas ações destacam-se:

▶ **Apagando o Cigarro Juntos** - criado em 1999, propõe-se a diminuir o número de fumantes, contribuindo para a melhoria de vida dos funcionários e seus familiares e em consequência reduzir os gastos com assistência médica.

▶ **Programa de Vacinação contra a Gripe** - implantado em 1999, com o intuito de reduzir o número de casos de gripe e suas complicações, reduzindo o absenteísmo e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

▶ **Hora da Mulher** - existe desde 2004, e busca orientar o público-alvo sobre as principais doenças do aparelho geniturinário, câncer de mama e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

▶ **Novo Ser** - criado no início de 2001, tem como objetivo orientar as mulheres sobre o período gestacional, o desenvolvimento do feto, a importância do pré-natal e de uma alimentação saudável, o preparo para o parto, e ainda proporcionar informações sobre os primeiros cuidados com o recém-nascido, estimular o aleitamento materno e o parto normal.

▶ **DSTs/Aids** - orienta os funcionários, desde 1998, sobre as doenças sexualmente transmissíveis, cuidados e tratamentos. Neste programa, destaca-se a distribuição de preservativos para todos os funcionários, com o objetivo de estimular a prevenção.

A empresa também promove campanhas em prol da saúde mental e emocional, da prática de atividades físicas, da mudança de hábitos para uma melhor qualidade de vida. “Por fim, há de se destacar que os funcionários estão amplamente satisfeitos com a oferta do plano de Autogestão, que os atende de forma plena, segura e com qualidade”, conclui o dr. Luiz.

Consequências das mudanças na relação médico-paciente com o advento do CDC



Dra. Alaide de Amorim Pedrosa*

A relação médico-paciente pode ser conceituada como o conjunto de vínculos de natureza profissional estabelecidos entre o médico e seu paciente. Esta relação é considerada sagrada pelos médicos e constitui um dos grandes pilares da medicina, sendo de natureza essencialmente pessoal e protegida pela confidencialidade.

O Código de Proteção e Defesa do Consumidor (CDC) consiste na lei nº 8.078, de setembro de 1990. Seu advento foi de grande relevância no âmbito das relações de consumo norteando a dinâmica entre prestadores de serviços e usuários.

O CDC, em seu artigo 14º, determina que o fornecedor responda, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos por defeitos relativos à prestação dos serviços, e no parágrafo 4º: “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

“Cabe aos profissionais e gestores apurar sua percepção na qualidade de gestão do atendimento”

Este formato de responsabilidade dos profissionais liberais, denominada subjetiva, requer a comprovação de culpa. Na responsabilidade objetiva (de pessoas jurídicas: hospitais, clínicas etc.) é suficiente caracterizar o chamado nexo de causalidade com o dano para surgir a obrigação de reparar.

Muito tem sido discutido sobre a aplicabilidade ou inaplicabilidade do CDC à atividade médica, sendo este tema polêmico, com ferrenhos defensores e exaltados antagonistas.

Ao submeter o médico e sua atividade ao CDC, eles serão enquadrados ao vocabulário imposto às relações de consumo, onde o paciente torna-se usuário, o médico transforma-se no fornecedor e o ato médico passa a ser o produto ou o serviço.

Aqueles que consideram inadequada a aplicação do CDC à atividade médica defendem que a vida e a saúde não são bens de consumo e não podem estar vinculadas à esta visão do Direito Consumerista no mesmo patamar que eletrodomésticos, por exemplo.

Assim, considerando a vida e a saúde como bens inalienáveis,

todos os outros conceitos derivados são derrubados, ou seja, instituições de saúde e médicos não serão “prestadores de serviços” e os pacientes não serão “consumidores”, sendo descaracterizado o enquadramento do ato médico como mercadoria.

Judicialização da saúde

Desdobramentos desse novo panorama são a judicialização da saúde e um crescente número de demandas e processos judiciais contra médicos e instituições nas esferas civil, penal e junto aos órgãos de classe.

Esta nova conjuntura vem exercendo influência em todos os pólos envolvidos: no pólo do médico, obrigando-o a uma maior conscientização sobre seus deveres, segmentando a abrangência de sua atuação e levando-o a tomar medidas preventivas no do paciente, favorecendo seu acesso ao Judiciário e tornando-o mais reivindicador. Quanto às instituições de saúde, estão sendo obrigadas a investir fortemente em gerenciamento de risco legal, instituir ferramentas preventivas e rever políticas de documentação médica.

Cabe aos profissionais e gestores apurar sua percepção na qualidade de gestão do atendimento, agregando da melhor forma competência técnica, humanização, ética e adequação legal.

Adequação legal é hoje elemento de sobrevivência, sendo que sobreviverão da melhor forma à esta revolução de conceitos os profissionais e instituições que consigam agregar condições que permitam ao médico exercer sua profissão, zelando por aquilo que é o objetivo maior de sua carreira: a saúde do paciente.

As dificuldades impostas para conceituar como “consumidor” em situações como: o idoso com doença terminal, o prematuro extremo, o jovem com prognóstico fechado, a gestante vítima de violência - só para citar exemplos -, faz emergir toda a complexidade do tema.

É necessário cautela e equilíbrio ao discutir-se a procedência da aplicação do CDC à atividade médica, devendo este tema motivar profunda reflexão por parte da sociedade, dos operadores do direito e da comunidade médica.

Dra. Alaide de Amorim Pedrosa é advogada, diretora do Pró-Doutor Centro de Defesa do Médico e diretora da Comissão de Bioética e Biodireito da OAB-São Paulo 116º SS