

# Planos de saúde não estão cobrindo teste da zika, reclamam grávidas

**(G1, 18/07/2016)** Pacientes reclamam que os planos de saúde não estão cobrindo os exames para detectar o vírus da zika na rede conveniada de laboratórios. Desde o início deste mês, todos os planos estão obrigados a fazer esse exame em gestantes, em bebês filhos de mães com diagnóstico de infecção pelo vírus e recém-nascidos com malformação.



A técnica de enfermagem Ana Christina espera ansiosa pela chegada do Pedro. Os seis meses de gravidez foram muito felizes. Mas às vezes surge uma ponta de preocupação por causa da zika. “Usava roupa mais comprida e repelente em algumas áreas”, conta Ana Christina.

Para saber se poderia fazer o exame que detecta a zika, ela ficou quase uma hora no telefone. O laboratório informou que o plano de saúde não autorizava.

Desde o dia seis de julho, todos os planos estão obrigados a realizar o diagnóstico em gestantes, em bebês filhos de mães com diagnóstico de infecção pelo vírus e recém-nascidos com malformação. Passam a ter cobertura três tipos de exame: PCR, indicado para a detecção do vírus nos primeiros dias da doença; o IGM, que identifica anticorpos na corrente sanguínea; e o IGG, para verificar se a pessoa já teve contato com zika em algum momento da vida.

Insatisfeita com a resposta do laboratório, a Ana ligou para o plano. A telefonista fez várias consultas.

**Ana Christina:** Então eu posso ir lá direto e fazer o exame que não tem problema né?

**Telefonista:** Para o IGG e o IGM vírus da zika. responde a telefonista

**Ana Christina:** Tá bom.

Só que o laboratório indicado pelo plano também disse não.

**Telefonista:** Esse exame nós realizamos, Ana Christina, só que não tem cobertura pelo convênio.

A determinação para que os planos de saúde ofereçam o exame foi dada em função de que a zika, hoje, é uma emergência de saúde pública no mundo todo. Assim como a Ana Christina, grávidas de todo o Brasil já descobriram que muitos planos ainda não se adaptaram às novas regras. Telefonamos para laboratórios em São Paulo.

**Telefonista:** Este plano não dá cobertura para este exame. Nós damos atendimento para esse plano, só que para esse exame, em específico, ele não dá cobertura.

Em Cuiabá.

**Bom Dia Brasil:** Vocês estão fazendo teste de zika pelo convênio?

**Telefonista:** Não, somente no particular.

E ouvimos as mesmas respostas também em Manaus, Fortaleza e Salvador.

Ao contrário do que mostrou a reportagem, a Associação Brasileira de Planos de Saúde assegura que a nova regra está, sim, sendo respeitada. “Os planos têm plena consciência de que eles têm que cobrir, de que eles têm que dar este exame a todos os seus beneficiários desde que estejam preenchidos os requisitos”, disse Pedro Ramos, diretor da Abramge.

A Agência Nacional de Saúde disse que as operadoras de planos de saúde podem ser multadas. “Em caso de não cumprimento da norma, nós estamos monitorando esses casos e se realmente for identificado que a operadora negou esse procedimento, a operadora é multada, tem uma sanção de R\$ 80 mil”, diz Karla Santa Cruz Coelho, diretora de Normas e Habilitação de Produtos da ANS.

**Leia a matéria no site original:** [Planos de saúde não estão cobrindo teste da zika, reclamam pacientes \(G1, 18/07/2016\)](#)

---

## [Contra epidemia de cesáreas no Brasil, projeto consegue aumentar número de partos normais](#)

**(BBC Brasil, 28/06/2016)** A cada 10 partos realizados em maternidades particulares no Brasil, 8,5 são cesáreas - a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda 1,5. É essa discrepância na rede privada que faz com que o Brasil ainda ostente o triste título de país com mais cesarianas do mundo.



Em menos de um ano, maternidades fizeram média de cesarianas cair de 78% para 69% (Foto: Thinkstock)

Mas futuros levantamentos sobre o tema podem trazer uma queda nesse percentual por causa de um projeto chamado Parto Adequado, implementado em 40 hospitais do país, que visa a combater a epidemia de cesáreas.

Em menos de um ano, essas maternidades conseguiram derrubar suas taxas em 9 pontos percentuais, fazendo com que a média de cesarianas caísse de 78% para 69%. Além disso, mais da metade dos hospitais envolvidos já conseguiu reduzir o índice para 60%.

Mas por que esse projeto - uma parceria entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein e a organização americana Institute for Healthcare Improvement - vem dando frutos após décadas de fracasso para lidar como problema?

Segundo os profissionais ouvidos pela BBC Brasil, ligadas ou não ao Parto Adequado, o sucesso está em atacar em várias frentes, inclusive nas mais polêmicas.

“É claro que não íamos mudar nada para valer se não discutíssemos novos modelos de remuneração dos obstetras. E isso passa por resgatar o papel fundamental das enfermeiras nos partos de baixo risco, ainda que isso signifique enfrentar a resistência de alguns médicos”, diz Rita de Cássia Sanchez, obstetra e especialista em medicina fetal do Einstein.

A diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS, Martha Oliveira, diz que é preciso reorganizar todo o sistema. “Trabalho há mais de 10 anos com o tema parto na ANS, mas nada dava certo. Isso porque nosso sistema de saúde nesse setor está preparado para (que partos) tenham como desfecho uma cesariana. Precisamos mudar isso.”



Seis hospitais do projeto conseguiram reduzir as admissões em UTI neonatal decorrentes de cesáreas prematuras em até 67%. (Foto: Thinkstock)

### **Hora de mexer no bolso**

E por que é necessário mexer no bolso tanto de médicos, como de hospitais e planos de saúde? Segundo as especialistas, o modelo atual de remuneração é totalmente ineficiente.

Hoje, grande parte das gestantes faz seu parto com seu médico de confiança, e não com a equipe plantonista. Além disso, o plano de saúde paga o médico por parto acompanhado, e não por turno trabalhado - o que acontece em outros países, como a Inglaterra.

“Esse sistema é insustentável”, diz Raquel Marques, presidente da ONG de direitos da mulheres Artemis.

“Ter uma grávida atrelada a apenas um profissional não funciona, pois não se tem como aumentar a remuneração ao ponto que valha a pena para o médico ficar horas e horas no hospital a acompanhando. Ele tem outras pacientes, tem o consultório - onde ganha mais -, ou não tem disponibilidade para ficar o dia todo.”

Rita concorda: “O médico da grávida que entrou em trabalho de parto não vai ficar lá 10, 12 horas para acompanhá-la. Ele vai querer embora rápido e por isso indica cesárea.”

A diretora da ANS, Martha Oliveira, vai além e diz que o sistema de financiamento atual é a causa e a consequência da epidemia desse tipo de parto: “Hoje, o que importa é o volume de partos. E sempre vai dar errado se você tiver de fazer um volume grande para ganhar o que merece”.



Brasil ostenta triste título de país com mais cesáreas no mundo (Foto: Getty Images)

Para ela, o esquema de pagar o obstetra por turno de trabalho, por si só, também não é suficiente. “Quanto custaria um acompanhamento de parto normal, se eu desmarquei todas as consultas do dia que eu tinha agendadas no meu consultório?”

Diante desse impasse, o projeto está fazendo testes de novas propostas de remuneração. Uma delas sugere a remuneração pelo desfecho - o parto adequado àquela gestante e ao seu bebê. Há debates sobre uma divisão de pagamento envolvendo o valor do procedimento em si, mas também o trabalho por turno.

### **Enfermeiras no parto**

A alteração no pagamento envolve ainda mudanças no esquema de trabalho nos hospitais.

Entre os modelos testados no projeto-piloto está aquele em que o parto é realizado pelo plantonista da maternidade e ponto final. Em outra proposta, uma equipe multidisciplinar de plantão apoia a gestante até a chegada de seu médico.

“Esse modelo pode ser eficiente porque, em vez de passar muitas horas acompanhando o parto, o médico é chamado quando a gestante já estiver mais próxima de dar à luz - e assim não se sente pressionado a fazer uma cesárea”, diz Rita Sanchez, obstetra do Einstein.

Outro modelo prevê que o parto (sem risco) seja assistido por uma enfermeira obstetra, e não por um obstetra - o que já acontece no SUS, mas ainda não é regulamentado no sistema privado.

É nesse ponto que entra outro aspecto do projeto: a valorização de uma equipe multidisciplinar, incluindo dar mais protagonismo à enfermagem.

“Essa mudança de chave só vai acontecer quando valorizarmos mais a enfermeira obstetra e a

obstetrix. A enfermagem sabe cuidar muito melhor dos pacientes - incluindo as gestantes - do que um médico”, diz Martha, da ANS.



Quando não tem indicação médica, a cesárea ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê (Foto: Getty Images)

“O médico estuda patologia, condutas. A enfermeira está mais preparada para ficar com a paciente no chuveiro, na bola (usada para amenizar os sintomas)... e com isso fazer com que o trabalho de parto evolua mais confortavelmente e adiar a analgesia.”

Segundo Martha, outro ponto importante é a capacitação da equipe médica para fazer um parto normal.

“Ao longo de todos esses anos, eles foram treinados para fazer cesarianas. Precisam reaprender a assistir a mulher em um parto normal. E o médico também precisa reaprender a trabalhar em equipe, valorizando a importância dos outros profissionais.”

### **Menos prematuros, menos UTI**

O projeto também teve um impacto positivo em um dos principais problemas causados pela epidemia: bebês prematuros.

Isso porque no caso de cesáreas agendadas sem necessidade (antes de a mulher entrar em trabalho de parto e sem razões médicas) há um risco de o bebê nascer antes de estar “pronto”.

Seis hospitais integrantes do Parto Adequado conseguiram reduzir as admissões em UTI neonatal decorrentes de cesáreas prematuras em até 67%.

Esse aspecto também é um dos pilares do projeto, que prevê uma reestruturação da infraestrutura do hospital, com menos UTI neonatal (já que, sem tantas cesáreas, o índice de

internações cai) e mais áreas para itens que ajudam o parto normal, como bolas, banquetas para o parto e chuveiro.

### **Pagando o dobro**

Doutor em ginecologia e obstetrícia pela USP, o gerente médico do hospital Nipo-Brasileiro Rodrigo Borsari conta que a instituição implementou diversas mudanças que fizeram o número de partos normais subir de 15% para 40% em menos de um ano.

Na remuneração dos médicos, são duas mudanças básicas - uma já em vigor e outra sob análise.



Hospitais do projeto conseguiram reduzir as admissões em UTI neonatal decorrentes de cesáreas prematuras (Foto: Thinkstock)

“Com o Parto Adequado, fechamos um contrato com uma operadora de saúde, que agora paga aos médicos o dobro pelo parto normal do que pela cesárea”, diz Borsari.

“Na segunda medida, temos uma série de metas que, se atingidas, aumentam a remuneração. Um exemplo é a UTI neonatal: se reduzirmos a internação em 10%, o plano de saúde vai pagar mais tanto para o hospital quanto para o médico. Já temos menos internações, mas faremos uma análise detalhada nos próximos meses e esses valores serão pagos retroativamente.”

Esse indicador é importante porque mostra uma forma de o hospital continuar obtendo renda mesmo com menor uso dessa UTI - hoje, muitas maternidades dependem dos altos valores pagos pelas operadoras por internações de recém-nascidos.

“Outro dado relevante é o Apgar (teste que mede a saúde do bebê ao nascer). Estamos aumentando o número de partos normais e o resultado do Apgar continua o mesmo. Isso é crucial para mostrar que esse tipo de parto não traz mais riscos para os bebês, como muitos

médicos ainda acreditam.”

### **Impasses e desafios**

Borsari afirma, no entanto, que um dos maiores desafios é convencer os médicos que atendem no hospital apenas pelos planos de saúde.

“Ainda há certa resistência entre os médicos que vêm aqui para acompanhar suas pacientes na hora do parto. Nesses casos, o número de cesáreas ainda é grande. Em contrapartida, posso dizer que 100% dos partos normais são feitos pelos médicos contratados do hospital, durante seus plantões.”

Para o pediatra Pierre Barker, vice-presidente do americano Institute for Healthcare Improvement, há dois desafios para fazer o projeto avançar - e o primeiro é justamente essa relutância.

“Estou extremamente otimista em relação ao projeto. Jamais vi tamanha redução nas taxas de cesáreas em tão pouco tempo. Uma das coisas que me preocupam é como convencer os médicos independentes a trabalhar pelo que é melhor para a mãe e o bebê”, disse à BBC Brasil.

“Muitos têm medo de serem processados em caso de problemas com o bebê durante um parto normal. Sempre que vou ao Brasil, ouço esse argumento de que o parto normal é arriscado, que pode causar mais problemas neurológicos para o recém-nascido. Sabemos que, em nível populacional, isso não é verdade. Há muitas pesquisas provando que o risco inclusive é menor se o parto normal for bem assessorado.”



Especialista afirma que seria interessante ver dados qualitativos da satisfação das gestantes nos hospitais que integram o projeto (Foto: Thinkstock)



Outra barreira que Barker vê é o grau de informação das mulheres brasileiras. “É preciso valorizar o empoderamento feminino nesse cenário. Precisamos levar em conta que é muito difícil pra uma gestante contradizer o que o obstetra está dizendo”, diz.

“Se o médico dela diz ‘veja, eu não estou gostando dos sinais do seu bebê’, é complicado questionar. E sabemos que uma dos motivos dessa epidemia de cesárea é uma interpretação exagerada dos sinais fetais. Mas uma gestante bem informada, com ferramentas para conversar com o médico, pode mudar esse cenário. Mas o Brasil não está fazendo um bom trabalho no sentido de informá-las como se deve.”

Com mais informações, as brasileiras voltarão a se sentir seguras como parto normal, avalia.

“Para isso, é preciso explicar com clareza os benefícios do parto normal para ela e para o bebê, falar dos riscos da cesárea e também criar ambientes hospitalares que propiciem o parto normal, mais calmos, tranquilos. Se antes do parto, elas conhecerem esses locais, entenderem que é normal doer, é natural ter medo, confiarem na equipe... o Parto Adequado vai avançar ainda mais.”

### **Autonomia**

Raquel, da ONG Artemis, afirma que gostaria de ver dados qualitativos dos hospitais que integram o projeto.

“Seria interessante ouvir em detalhes essas mulheres. Os números são muito animadores, mas temos de ouvi-las para saber como foi a experiência. Seria horrível ver as taxas de cesáreas caindo se houver perda de autonomia por parte da mulher.”

A ANS informou que uma pesquisa de satisfação rápida feita com as mulheres que acabaram de ter bebês teve resultados foram empolgantes.

Segundo o Ministério da Saúde, quando não há indicação médica, a cesárea ocasiona riscos desnecessários, aumentando em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplicando o risco de morte da mãe.

Entre os hospitais privados selecionados para o projeto-piloto estão o Teresa de Lisieux (Salvador), Mater Dei (Belo Horizonte), Perinatal (Rio), Nipo Brasileiro (São Paulo) e Moinhos de Vento (Porto Alegre).

---

## **Número de partos por cesárea cresce 40% e consolida domínio da prática**

**(Folha de S.Paulo, 25/06/2016)** Ao mesmo tempo em que há uma leve queda no número de nascimentos, a quantidade de partos por cesariana no Brasil aumentou mais de 40% em uma década e meia. Nesse período, a predominância do parto normal foi desfeita: se no ano 2000 as cesáreas representavam 38% dos nascimentos, os dados recentes mais completos indicavam

uma taxa de 57%.

As estatísticas, que fazem parte do Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos, do Ministério da Saúde, mostram como esse procedimento cirúrgico, indicado para partos de alto risco, ganhou espaço mesmo em casos sem indicação médica e se consolidou como líder no país nos últimos seis anos.

**Leia mais:** [Novas regras inibem cesárea antecipada, mas não impedem dribles \(Folha de S.Paulo, 26/06/2016\)](#)

O alto crescimento de cesáreas tem levado governo e entidades profissionais do setor a tomarem medidas para diminuir os riscos aos bebês.

O CFM (Conselho Federal de Medicina) lançou nesta semana uma resolução que define que gestantes têm direito de optar pela cirurgia, mas veta que ela ocorra com menos de 39 semanas de gestação -antes desse período, avalia que os bebês ainda não estão totalmente maduros. As cesáreas foram responsáveis em 2014 pela chegada de 1,7 milhão de bebês -contra 1,2 milhão em 2000.

Dados preliminares do ano passado, obtidos pela Folha, já mostram ao menos 1,6 milhão de cesarianas. Apesar de mais baixo que no ano anterior, a quantidade ainda pode crescer assim que todos os dados forem contabilizados.

## **MÚLTIPLOS FATORES**

“Há mais de 30 anos que os números [de cesáreas] vêm aumentando”, diz Eduardo Cordioli, da Sogesp (associação de obstetras de SP). “É um problema crônico que está chegando a um limite insuportável para o sistema.”

Ele e outros especialistas ouvidos pela Folha apontam alguns dos motivos para o crescimento: medo de sentir dor no parto normal, falta de leitos nas maternidades e de profissionais, baixa remuneração dos médicos e falta de informação às gestantes.

A lista vai além. “Os médicos passaram a organizar a agenda em função de fazer partos cesáreas, os hospitais deixaram de ter lugar para parto normal e ampliaram a UTI neonatal, e as mulheres passaram a entender o parto cirúrgico como uma tecnologia. Vários mitos foram criados”, diz Martha Oliveira, diretora da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Ela lembra que a situação “é mais grave” nos planos de saúde -chega a 84,6%. Em 2015, a OMS (Organização Mundial da Saúde) recomendou a adoção de um sistema universal de classificação da taxa de cesáreas. Com base nessa classificação, o ministério estima que a taxa de referência para o Brasil seria entre 25% e 30%.

No ano passado, a ANS lançou medidas que vetavam a cesárea agendada. Após críticas, voltou a liberar a possibilidade, desde que a gestante assine um termo de consentimento. Agora, a ideia é investir em parcerias com hospitais para reorganização do modelo de atendimento.

A mudança no modelo é defendida por Ana Cristina Duarte, do Grupo Maternidade Ativa. “Se não houver medidas, a tendência sempre vai ser fazer o que dá mais dinheiro e gasta menos tempo”, diz ela, que prega a maior participação de enfermeiros obstétricos em partos de baixo risco.

Apesar de também defender uma reorganização do modelo de assistência, Olímpio Moraes Filho, membro da câmara técnica de ginecologia e obstetrícia do CFM, diz que é preciso valorizar o direito da mulher de escolher. “A melhor via de parto é a vaginal. Mas não podemos obrigá-la a fazer. Se forçar um parto normal em uma mulher que não deseja, há grandes chances de ele complicar.”

*Natália Cancian*

**Acesse no site de origem:** [Número de partos por cesárea cresce 40% e consolida domínio da prática \(Folha de S.Paulo, 25/06/2016\)](#)

---

## **Epidemia de cesarianas, editorial do jornal Folha de S.Paulo**

**(Folha de S.Paulo, 23/06/2016)** Há muito o Brasil se debate com o excesso de operações cesarianas em relação ao parto normal. Dez anos atrás, neste espaço, já se registrava a iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de considerar tal excedente para rebaixar a avaliação de convênios de saúde.

Desde então, a situação só fez piorar. Se naquela altura 80% dos nascimentos no sistema de saúde privado ocorriam por via cirúrgica, hoje eles beiram 85% —mais que o dobro da taxa no SUS (40%). A média nacional fica em 55,6%, ou 1,6 milhão de cesáreas em 2,9 milhões de partos anuais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma proporção de 15%. Ajustada para as condições brasileiras, que incluem elevado número de mulheres que passaram por cesáreas, a taxa desejável seria de 25% a 30%.

Estamos, portanto, diante de uma epidemia, e ela se tem provado difícil de debelar. A cesariana, apesar de constituir a melhor indicação médica em algumas ocasiões, quando desnecessária implica riscos aumentados tanto para a mãe quanto para o bebê.

Seguidas tentativas de reverter esse quadro têm esbarrado em barreiras recalcitrantes, como costumam ser as de fundo comportamental. No mundo urbano contemporâneo, tanto mães como médicos parecem enxergar vantagens na cesariana, sobretudo por sua previsibilidade e duração.

O direito da paciente de escolher a via do parto e a autonomia do obstetra podem, no entanto, conflitar com os interesses do nascituro. Cabe ao poder público e à classe médica fixar os limites éticos das cesáreas eletivas, como tenta de novo fazer a recente resolução nº 2.144 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A normativa estipula que a cesariana por escolha da gestante não poderá ocorrer antes da 39ª semana de gestação. Ela segue um novo critério de maturidade fetal adotado em 2013 pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas.

Anteriormente, bebês eram considerados maduros já a partir da 37ª semana. Estudos indicaram, contudo, que cesarianas realizadas antes da 39ª aumentavam a incidência de problemas respiratórios nas crianças.

Há dúvidas, no entanto, quanto à eficácia da restrição em diminuir o excesso de cesáreas. A mesma recomendação do CFM faculta ao obstetra referenciar a gestante a outro profissional quando houver discordância entre médico e paciente —vale para a escolha tanto pela cirurgia quanto pelo parto normal.

**Acesse o PDF:** [Epidemia de cesarianas, editorial do jornal Folha de S.Paulo \(Folha de S.Paulo, 23/06/2016\)](#)

---

## Planos de saúde são obrigados a oferecer exame de zika para grávida, mas SUS, não

**(Marina Pita/Agência Patrícia Galvão, 10/06/2016)** A Agência Nacional de Saúde (ANS) anunciou na segunda-feira (6) a [incorporação extraordinária de exames para detecção do zika vírus na lista de cobertura obrigatória dos planos de saúde](#). Os planos privados deverão oferecer tanto o teste PCR quanto a sorologia para o vírus. O Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, até o momento só disponibiliza o [teste PCR](#), exame praticamente inútil para detecção da infecção, especialmente quando se trata de oferecer às mulheres a garantia de que podem engravidar com segurança porque não contraíram a infecção transmitida pelo mosquito [aedes aegypti](#).



SUS não oferece exame útil para grávidas em epidemia zika

O único teste disponível no SUS, o PCR, é útil apenas nos casos em que a manifestação da infecção se deu há, no máximo, cinco dias. Sabe-se, porém, que 80% dos casos de zika vírus são assintomáticos. Dessa forma, as mulheres grávidas deveriam ter acesso ao [exame de sorologia](#) no início da gestação para saberem se já tiveram contato com o vírus e se há risco de

o bebê nascer com a [síndrome congênita do zika](#).

## O que diz o SUS

Contatado, o [Ministério da Saúde](#) não comentou os questionamentos da *Agência Patrícia Galvão* acerca da disponibilidade da sorologia para o zika no SUS. Informou apenas que “a pasta distribuiu, em fevereiro, 250 mil testes de PCR (biologia molecular) para diagnóstico do vírus zika, de um total de 500 mil testes. As 250 mil unidades iniciais foram entregues para 27 laboratórios de todos os estados e Distrito Federal. Os outros 250 mil testes já estão disponíveis para distribuição aos estados de acordo a demanda solicitada. No total, o Ministério da Saúde investiu R\$ 6 milhões na aquisição dos produtos”.

---

# Planos de saúde se preparam para cobrir atendimento e diagnóstico de zika 1

**(Uol, 28/04/2016)** Os planos de saúde e seguros de assistência à saúde estão se preparando para oferecer o atendimento para diagnóstico e tratamento do vírus da zika, informou hoje (28) a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde). De acordo com a entidade, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deverá divulgar os critérios para esse atendimento em breve e a intenção é, desde já, antecipar um mapeamento do atendimento necessário.

Em nota à imprensa, a FenaSaúde ressaltou que os exames não estavam previstos inicialmente no rol de coberturas obrigatórias. “Consequentemente, representarão custos adicionais ao sistema de saúde suplementar.” A entidade acrescentou que não é possível prever quanto ou se haverá repasse aos clientes. Afirmou que será primeiro preciso analisar os critérios definidos.

Conforme a FenaSaúde, a comunidade científica, assim como entidades do setor de saúde, está aprendendo diariamente sobre a dinâmica de infecção do vírus da zika. Estudos apontam risco médio de 1% de malformações neurológicas em fetos expostos à doença. Além disso, os quadros de paralisia flácida em crianças e adultos, conhecidos como Síndrome de Guillain-Barré, são relacionados a essa infecção.

## Cuidados

A entidade alertou que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) liberou recentemente alguns testes laboratoriais para o diagnóstico do vírus da zika, que têm metodologias distintas: uns detectam a quantidade de anticorpos e outros a presença direta do vírus. “Como todos os exames laboratoriais estão sujeitos a falhas, a melhor forma de evitar o erro é a indicação precisa, ou seja, o quadro clínico deve sugerir a doença, e o prazo de coleta tem de ser dentro do recomendado pelo fabricante.”

Segundo a FenaSaúde, as ações das associadas à federação incluem desde já o mapeamento e a mobilização de toda a rede de atendimento. Além disso, auxiliam os órgãos de saúde na identificação de pessoas que tenham sido internadas com suspeita ou confirmação da

enfermidade.

A FenaSaúde participou ativamente no debate sobre a Resolução Normativa da ANS que definirá o protocolo de solicitação para o exame de diagnóstico do vírus da zika. O objetivo é atender os pacientes nos casos cientificamente indicados e seguindo os critérios estipulados, a fim de maximizar resultados e evitar desperdícios.

### **Rede de atendimento**

No dia 19, a ANS finalizou uma proposta para incorporação de exames de detecção de vírus da zika ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece a cobertura obrigatória que os planos de saúde devem oferecer aos clientes.

Assim que for aprovada, a ANS dará prazo para que operadoras de planos de saúde organizem a rede de atendimento e de laboratórios para oferecerem os exames.

A cobertura do teste-rápido para as demais doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, dengue e chikungunya já é obrigatória.

*Mariana Tokamia Da Agência Brasil*

**Acesse o site de origem:** [Planos de saúde se preparam para cobrir atendimento e diagnóstico de zika 1 \(Uol, 28/04/2016\)](#)

---

## **Em um ano, sobe índice de parto normal e cai taxa de internação na UTI neonatal, revela ANS**

**(M de Mulher, 12/04/2016)** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou novos números do projeto Parto Adequado, que visa reduzir o número de cesáreas desnecessárias no Brasil.

No início de 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI) lançaram o Projeto Parto Adequado, que busca reduzir o alto número de partos cesarianos feitos desnecessariamente no país. Para se ter uma ideia, o procedimento representa 84% dos nascimentos em instituições privadas. Sem indicação médica, sabe-se que a cirurgia aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte para a mãe.

Mas tudo isso está mudando, de acordo com a ANS. Antes do programa, as 40 instituições públicas e privadas participantes apresentavam uma taxa de 22% de partos normais. Um ano

depois, esse índice subiu nove pontos percentuais - ou seja, atualmente, em média 31% dos nascimentos são por via vaginal. Além disso, mais da metade dos hospitais e maternidades já conta com 40% dos partos sendo do tipo normal. "Continuamos avançando de maneira muito rápida e consistente, consolidando o que já havíamos cumprido e avançando ainda mais, com resultados que eram esperados apenas em setembro", comentou a diretora de Desenvolvimento Setorial da ANS, Martha Oliveira.

### **Menos bebês na UTI neonatal**

Outro ponto de avanço do projeto, segundo a ANS, é a redução no número de internações nas UTIs neonatais - os índices variam de 29% a 67% menos bebês internados, de acordo com o órgão. Além de menos riscos para a saúde dos recém-nascidos, essa queda significa custos hospitalares mais baixos.

### **Investimentos**

De acordo com a ANS, para alcançar esses objetivos, as instituições que participam do programa estão investindo em infraestrutura hospitalar e incentivando mudanças culturais e nos processos de trabalho. "As medidas têm possibilitado a incorporação de equipe multiprofissional, promovido a capacitação dos profissionais para ampliar a segurança na realização do parto normal e a revisão das práticas relacionadas ao atendimento das gestantes e bebês, desde o pré-natal até o pós-parto", diz a agência, em nota.

**Acesse no site de origem:** [\*Em um ano, sobe índice de parto normal e cai taxa de internação na UTI neonatal, revela ANS \(M de Mulher, 12/04/2016\)\*](#)

---

## **Teste de zika custa até R\$ 1,6 mil e não é coberto por planos**

**(O Estado de S. Paulo, 19/02/2016)** Exame consiste na identificação genética do zika e não está difundido no mercado; ANS não descarta rever rol

Embora a zika tenha contribuído para a declaração de emergência internacional e o Ministério da Saúde tenha tornado compulsória a sua notificação, o principal teste para diagnosticar o vírus ainda não entrará no rol de cobertura obrigatória dos planos de saúde privados, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Na rede privada, a realização do teste genético do tipo PCR custa cerca de R\$ 1,6 mil. Na rede pública, pelo menos 16 laboratórios fazem a análise no Brasil. Em São Paulo, a demanda fica concentrada no Instituto Adolfo Lutz.

De acordo com a ANS, a justificativa para não incluir os testes por PCR no rol é que eles ainda não estão plenamente disponíveis. Em nota, o órgão afirma que os exames específicos existentes para diagnóstico tiveram autorização para comercialização no início deste mês. "Esses exames ainda não estão amplamente disponíveis na rede de laboratórios, somente

sendo possível sua realização em alguns estabelecimentos referenciados”, diz a agência.

Outro argumento é que o teste só funciona nos primeiros dias da infecção, enquanto os sintomas estão ocorrendo, o que reduziria sua utilidade para a maior parte dos pacientes. A ANS afirmou também que “está acompanhando atentamente as diretrizes do Ministério da Saúde para prevenção e combate ao vírus e adotará todas as medidas necessárias para o enfrentamento dessa situação crítica, inclusive no que diz respeito à revisão do rol de procedimentos”.

Na opinião do biólogo José Eduardo Levi, professor da Universidade de São Paulo (USP) e chefe do Departamento de Biologia Molecular do Hemocentro de São Paulo, os planos deveriam cobrir os testes. “Se eu tiver sintomas de zika, vou querer fazer o teste. A ANS incluiu o teste de dengue no rol e 99% das pessoas que vão pedi-lo estão na fase dos sintomas. O argumento não faz muito sentido.”

De acordo com João Renato Rebello Pinho, da USP e do Hospital Israelita Albert Einstein, até agora o principal recurso para diagnosticar a doença é a observação do caso clínico. “É muito difícil fazer o diagnóstico diferencial, porque a zika, a dengue e a chikungunya têm sintomas muito semelhantes. Os exames laboratoriais, no entanto, ainda não estão tão presentes como gostaríamos”, afirmou.

A ANS informou que o rol inclui tratamento da zika e exames e terapias para o tratamento de bebês com microcefalia.

*Fábio de Castro*

Acesse no site de origem: [Teste de zika custa até R\\$ 1,6 mil e não é coberto por planos \(O Estado de S. Paulo, 19/02/2016\)](#)

---

## [Após Itamaraty, MPF recomenda alteração em sistema de cotas raciais da ANS e ANP](#)

**(Correio Web, 16/12/2015)** O Ministério Público Federal está em estado de alerta para fiscalizar a reserva de vagas para negros em concursos públicos. Depois das seleções para diplomata e oficial de chancelaria do Ministério das Relações Exteriores, agora o órgão expediu novas recomendações para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP).

Segundo o ministério, os editais dos concursos atuais não fazem referência quanto ao momento, à forma e aos critérios a serem utilizados para a conferência da possível falsidade. Tal omissão poderia prejudicar os reais objetivos da política pública de cotas ao restringir o acesso aos cargos públicos dos grupos raciais historicamente estigmatizados pela sociedade.

Dessa forma, assim como nos casos do Itamaraty, o MPF pediu que os editais prevejam critérios para verificação da autenticidade da autodeclaração racial apresentada pelos



candidatos inscritos no sistema de cotas, com base na Lei 12.990/14. Para tanto, o MPF sugere a formação de uma comissão julgadora que analise cada caso, com base exclusivamente no fenótipo dos candidatos. A decisão do grupo deverá ser fundamentada e passível de recurso, caso resulte na eliminação de qualquer concorrente.

Por fim, o MPF aconselha a republicação dos editais para que a omissão seja corrigida.

A seleção da ANS ainda está com inscrições abertas para 102 vagas e a já ANP encerrou as participações e vai aplicar provas em 31 de janeiro. *Lorena Pacheco*

**Acesse no site de origem:** [Após Itamaraty, MPF recomenda alteração em sistema de cotas raciais da ANS e ANP \(Correio Web, 16/12/2015\)](#)

---

## Mulheres usam dados como arma para deter 'epidemia de cesáreas'

**(El País, 31/10/2015)** As novas regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para estimular o parto normal, que entraram em vigor em junho passado, uniram mulheres ativistas pela modalidade. As normas determinam que operadoras de saúde devem informar qual a taxa de cesáreas praticada por seus médicos credenciados. A partir disso, militantes se organizaram em mutirões para pedir os dados em diversos Estados e disponibilizá-los em planilhas na Internet para quem quiser consultá-los.

Com as informações em mãos, houve casos de mulheres que acabaram trocando seus obstetras no meio da gestação, porque as taxas de cesáreas do médico eram altas demais. Outras descobriram que seus médicos, que se diziam pró-parto normal, provavelmente as induziram para uma cesárea desnecessária. “Quando fui ter meu filho, há cinco anos, escolhi um médico que todo mundo na cidade dizia que era a favor do parto normal. Diziam que eu podia confiar. Duas semanas antes da data prevista para o parto, ele disse que o bebê não podia mais esperar e que eu não tinha dilatação suficiente. Acreditei e acabei em uma cesárea”, conta a fotógrafa Laiz Zotovici, de 35 anos. Há duas semanas, quando viu a lista com as taxas de diversos médicos da cidade, ela percebeu o que pode ter acontecido: “96% de cesáreas! Ele era um cesarista! Fui enganada”, indigna-se.

As listas têm gerado tanto furor que grupos de médicos já chegaram a ameaçar as mulheres de processo. “Eles afirmavam que as associações médicas iriam acionar o Ministério Público”, conta a obstetrix e ativista Ana Cristina Duarte. A própria ANS esclarece que não há nada de errado em divulgar os dados, já que eles são, de fato, públicos.

O incômodo dos profissionais tem explicação. Pela planilha é possível saber, por exemplo, que de 1.020 médicos de São Paulo cujos dados já foram disponibilizados, 720 praticaram as cirurgias todas as vezes que fizeram um parto. No Rio, dos 696 médicos cadastrados, 472 tem

taxa de 100% de cesáreas.

Em um país onde oito de cada dez mulheres que engravidam terminam em um parto cesárea na rede privada, os dados não deveriam espantar. Mas eles serviram como um alerta importante, porque podem indicar que a taxa de cirurgias é tão elevada porque a maioria dos médicos agenda as cesáreas de todas as suas pacientes, alertam as militantes.

“O único jeito de um médico fazer cesárea todas as vezes é marcando. E marcando para antes do tempo previsto do parto. Porque não é possível que ele não tenha tido nunca nenhuma paciente que entrou em trabalho de parto e já chegou ao hospital com o bebê prestes a nascer”, diz Duarte. “Isso mostra que as taxas são elevadas porque o médico quer organizar sua agenda e acaba marcando todos os partos precocemente”, complementa ela, que defende que as medidas adotadas pela ANS são inócuas e que a forma mais eficaz de reduzir as cirurgias seria proibir as cesáreas agendadas.

O tema é polêmico. Os que defendem as cesáreas agendadas afirmam que a proibição interferiria no direito de escolha da mulher. Mas o agendamento é condenado por muitos especialistas, que afirmam que é necessário, pelo menos, que a mulher entre em trabalho de parto para que o bebê nasça, já que antes disso o pulmão dele, que amadurece por último, pode não estar completamente pronto, aumentando as chances de que a criança tenha que ser internada em uma UTI neonatal.

As listas têm gerado tanto furor que grupos de médicos já chegaram a ameaçar as mulheres de processo

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirma que o país é o campeão neste tipo de cirurgias, não há motivos que expliquem uma taxa de cesarianas maior do que 10% a 15%. Como todas as cirurgias, elas só deveriam ser feitas quando há necessidade. Ou seja, quando a mulher entra em trabalho de parto e, por complicações, o parto se torna uma emergência.

Para tentar tocar no assunto, ainda que de forma bastante delicada, as normas da ANS que passaram a vigorar em junho também trouxeram algumas outras limitações para as cesáreas. Cirurgias só poderão ser marcadas quando a mulher completar 39 semanas de gestação -muitos médicos marcavam para 37 semanas, quando o bebê já deixa de ser considerado prematuro, apesar de nem sempre estar com o pulmão pronto. Os obstetras também têm que preencher um partograma, que registra informações detalhadas do trabalho de parto. Eles deverão apresentar ainda uma justificativa por escrito quando não for possível fazer o documento porque a mulher não entrou em trabalho de parto. Até agora, entretanto, nada mudou na incidência global de cesáreas do país, afirma a diretora de desenvolvimento setorial da ANS, Martha Regina de Oliveira, que ressalta que ainda é cedo para tirar conclusões.

A agência, no entanto viu indícios de sucesso em um projeto-piloto, implementado em 42 hospitais e 30 operadoras de saúde há seis meses. Ele identificou os procedimentos que levavam às cesáreas nessas unidades e adotou algumas medidas, entre elas a de esclarecer as futuras mães sobre os riscos de cesáreas desnecessárias, capacitar médicos e enfermeiros, reduzir intervenções dolorosas desnecessárias, como a episiotomia (corte cirúrgico na região do períneo, entre a vagina e o ânus), e substituir salas cirúrgicas por salas de parto. A taxa de partos normais nesses hospitais passou de uma média de 19,8%, em 2014, para 27,2%, em setembro de 2015.

“A gente tenta lidar com essa situação desde 2005. Durante esses dez anos só vimos as taxas

aumentarem independentemente das ações implementadas. Isso mostra que a gente vai precisar mudar a forma como essa cadeia de atendimento está organizada”, afirma a diretora da ANS. Uma nova estratégia que será testada no grupo-piloto é mudar a forma como a remuneração dos partos é feita. Uma das ideias é que as operadoras passem a pagar mais pelo parto normal, para compensar a perda financeira que os hospitais terão ao reduzir as cesáreas. “Com menos cesáreas, se reduz também a quantidade de internações nas UTIs neonatais, que é algo caro. Os hospitais vão receber menos ao mudar para os partos normais. Por isso, é preciso reorganizar o financiamento e pagar mais pelos partos bem-feitos”, diz.

*Talita Bedinelli*

**Acesse no site de origem:** [\*Mulheres usam dados como arma para deter ‘epidemia de cesáreas’ \(El País, 31/10/2015\)\*](#)