

plano de
saúde

O QUE SABER



GUIA DA GESTANTE

Para usar bem o seu plano
ou seguro saúde



FenaSaúde

Federação Nacional de Saúde Suplementar

plano de
saúde

O QUE SABER

GUIA DA GESTANTE

Para usar bem o seu plano
ou seguro saúde

2ª EDIÇÃO

SUMÁRIO

- 8** APRESENTAÇÃO
- 10** PREFÁCIO
- 12** 1. PARTO NORMAL OU CESARIANA, O QUE ESCOLHER?
- 14** 2. PARTO PREMATURO E PARTO A TERMO
- 16** 3. CONTRATANDO O PLANO DE SAÚDE
 - 17 3.1 Quero engravidar! O que observar ao contratar o plano de saúde?
 - 18 3.2 Estou grávida e não tenho plano de saúde. O que fazer?
 - 21 3.3 Se for portadora de alguma doença, tenho que informar à operadora?
 - 22 3.4 Meu contrato pode ser cancelado no meio da gravidez?
 - 23 3.5 Posso trocar de plano de saúde no meio da gravidez?
- 24** 4. CARÊNCIAS PARA GESTAÇÃO, PARTO E NASCIMENTO
 - 25 4.1 Quais são as carências para as consultas e exames do pré-natal?
 - 25 4.2 Quais são as carências máximas exigidas para o parto?
 - 25 4.3 Qual a carência para internações por problemas da gravidez?
 - 26 4.4 O que fazer se precisar ser internada durante o período de carência?
 - 27 4.5 Por que tenho que cumprir carência para o parto?
- 28** 5. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA RELACIONADAS À GESTAÇÃO
 - 29 5.1 Qual a diferença entre o atendimento de urgência e emergência?
 - 29 5.2 O que faço no caso de urgência se estiver cumprindo carências?
 - 30 5.3 O que é um acidente pessoal?
 - 31 5.4 O que é um atendimento de urgência relacionado à gestação?
 - 32 5.5 Quais são os recursos exclusivos da cobertura hospitalar?
 - 32 5.6 Quais procedimentos necessitam de recursos exclusivos da cobertura hospitalar?
 - 33 5.7 Se estiver em outra cidade posso ser atendida em caso de urgência e emergência?

34 **6. COBERTURA OBSTÉTRICA NO PLANO DE SAÚDE**

- 35 6.1 Quais são as coberturas do plano hospitalar com obstetrícia?
- 35 6.2 O plano de saúde cobre as vacinas da gestante e do bebê?
- 36 6.3 Todos os exames realizados no pré-natal são cobertos?
- 36 6.4 Tenho que pagar o anestesista para o parto?
- 36 6.5 O plano de saúde cobre o parto domiciliar?
- 37 6.6 Tenho direito à assistência do enfermeiro obstétrico ou da obstetriz?
- 37 6.7 Qual a diferença entre o enfermeiro obstétrico e o obstetriz?
- 38 6.8 O que é taxa de disponibilidade obstétrica?
- 39 6.9 Tenho direito à taxa de disponibilidade obstétrica?
- 39 6.10 O obstetra do plano cobrou a taxa de disponibilidade obstétrica. O que faço?

40 **7. PLANO DE SAÚDE SEM COBERTURA OBSTÉTRICA**

- 41 7.1 No caso de urgência relacionada à gravidez, terei cobertura do plano?

42 **8. COBERTURA OBSTÉTRICA NO PLANO DE SAÚDE DO PAI**

- 43 8.1 Por que existe plano com cobertura obstétrica para o homem?
- 44 8.2 Como incluir o recém-nascido no plano do pai?
- 45 8.3 O pai do bebê tem plano com obstetrícia. Tenho direito ao parto?

46 **9. CHEGOU A HORA DE IR PARA A MATERNIDADE**

- 47 9.1 O que faço se não conseguir chegar à maternidade credenciada?
- 48 9.2 É preciso solicitar autorização à operadora antes de realizar o parto?
- 48 9.3 Tenho direito a um acompanhante pelo plano de saúde?
- 48 9.4 Tenho direito a ser acompanhada por uma doula?
- 49 9.5 Se ficar em enfermaria, tenho direito a acompanhante?
- 50 9.6 A maternidade pode recusar acompanhante do sexo masculino na enfermaria?

- 51 9.7 O hospital pode recusar o meu acompanhante por falta de espaço?
- 51 9.8 Fiz o parto no sus. O plano de saúde vai pagar?

52 10. REEMBOLSO

- 53 10.1 E se for atendida por médico particular porque faltou prestador na rede?
- 53 10.2 Posso escolher maternidade ou obstetra particular e pedir reembolso?
- 54 10.3 Quando o reembolso será integral?
- 55 10.4 O que é múltiplo de reembolso?

56 11. DIREITOS DO RECÉM-NASCIDO

- 57 11.1 O plano cobre a internação do recém-nascido?
- 57 11.2 O pai do bebê tem plano com obstetrícia. Quais são os direitos do bebê?
- 58 11.3 Optei pelo parto particular. Quais são os direitos do meu bebê?
- 58 11.4 Quais testes de triagem no bebê estão cobertos pelo plano de saúde?
- 59 11.5 Como incluir no plano de saúde o recém-nascido sob guarda ou tutela?
- 59 11.6 O recém-nascido sob guarda ou tutela terá direito à cobertura assistencial?

60 12. QUANTIDADE E PERCENTUAL DE PARTOS REALIZADOS

- 61 12.1 Posso saber a quantidade e o percentual de partos realizados pelo prestador?
- 62 12.2 A quem devo pedir as informações sobre a quantidade de partos?
- 62 12.3 Como a operadora fornece as informações sobre os partos realizados?
- 63 12.4 Como saber se o obstetra que escolhi tem preferência por parto normal ou cesariana?

64 **13. CARTÃO DA GESTANTE**

65 13.1 O que é o cartão da gestante?

65 13.2 Como posso obter o meu cartão da gestante?

66 13.3 O cartão da gestante fica comigo?

67 13.4 Eu mudei de operadora. Posso continuar usando o mesmo cartão da gestante?

67 13.5 No caso de emergência ou parto posso ser atendida sem o cartão da gestante?

68 **14. NOTA DE ORIENTAÇÃO À GESTANTE**

69 14.1 O que é a nota de orientação à gestante?

70 **15. PARTOGRAMA**

71 15.1 O que é o partograma?

71 15.2 Por que o partograma é importante?

71 15.3 A operadora pode exigir o partograma para o pagamento do parto?

72 **16. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

73 16.1 Posso optar pela cesariana?

74 16.2 O obstetra pode discordar da minha opção pela cesariana?

74 16.3 O que é o termo de consentimento livre e esclarecido?

75 16.4 A operadora pode negar a cobertura do parto só porque optei pela cesariana?

76 **BREVE GLOSSÁRIO**

APRESENTAÇÃO

Este guia é para você, que está grávida ou planeja **engravidar** ou **adotar um bebê**.

Esta segunda edição, atualizada com as regras editadas até junho de 2016, contém informações para auxiliá-la no uso do seu plano ou seguro saúde no decorrer da gestação, parto e nascimento. Como este é um período de muitas incertezas e afazeres, a proposta foi reunir numa publicação, em **linguagem clara e objetiva**, esclarecimentos de dúvidas muito frequentes sobre os planos e seguros de saúde.

Para facilitar a consulta, **o guia foi elaborado no formato de perguntas e respostas**. As questões estão divididas em 16 capítulos, com dicas de contratação, esclarecimentos sobre carências, situações de urgência e emergência no decorrer da gravidez, coberturas para a gestante nos planos com ou sem obstetrícia, direito a acompanhante quando for para a maternidade, rede prestadora de serviços e reembolso. Há ainda um capítulo para esclarecer sobre a cobertura ao recém-nascido.

É provável que você se depare com pessoas dispostas a lhe dar muitos conselhos, o que pode tornar tudo ainda mais confuso.

Buscar informações com os profissionais de saúde é fundamental, além de estabelecer uma relação de confiança e respeito, **principalmente para decidir sobre o tipo de parto**.

As informações contidas neste guia são para os planos regulamentados, nos quais estão quase 90% dos beneficiários da saúde suplementar. As questões foram respondidas de forma genérica. Portanto, caso reste alguma dúvida ou necessite de um maior detalhamento sobre as coberturas do seu contrato, rede conveniada e reembolso, procure logo sua operadora de plano e seguro de saúde. Se o contrato for empresarial, o RH de sua empresa também poderá lhe fornecer informações. Se o seu plano for antigo, ou seja, adquirido antes de janeiro de 1999, é recomendável entrar em contato com a operadora, pois as coberturas são diversificadas.

O consumidor bem informado faz escolhas mais acertadas!

E isso é muito importante nesse tempo de espera do bebê, para que você e sua família tenham tranquilidade e possam superar qualquer dificuldade no decorrer da gravidez ou na adoção de um recém-nascido.

Consulte este guia sempre que precisar.

Boa leitura!

Solange Beatriz Palheiro Mendes

Presidente da FenaSaúde

Julho de 2016

PREFÁCIO

Querida mamãe,

Dentro de alguns meses estarei nos seus braços! Meu coração já bate acelerado! O cordão que nos une irá me nutrir e oxigenar. Nas primeiras semanas talvez você fique enjoada, cansada, irritada e ansiosa. Mesmo assim, terá que fazer suas primeiras escolhas: o médico e onde fará os exames. Comece logo o pré-natal para ter certeza de que está tudo bem comigo e depois conte às pessoas que estou a caminho.

Com três meses, ainda sou bem pequenininho, mas já começo a me exercitar. Rolo de um lado para outro, estico os braços, dou chutes e posso chupar meus dedinhos! Temos seis meses pela frente, mas o tempo passa rápido e você precisa tomar algumas decisões...

Aos quatro meses, já estarei muito ligado a você afetivamente! Talvez já seja possível saber se sou menino ou menina! Sei que está ansiosa por este momento, pois quer escolher o meu enxoval e a decoração do meu cantinho. Também sei que tudo isso será emocionante! Ah, mamãezinha, já posso reconhecer sua voz e sentir suas emoções. Reajo aos sons e aos toques. Gosto tanto quando faz carinho na barriga! Mas me assusto quando está nervosa! Já tenho alguma sensibilidade musical. Escolha músicas para ouvirmos e conte-me histórias.

No sexto mês já cresci um bocado e já faço traquinagens. Dou cambalhotas. Posso rir e chorar. Ouço os batimentos do seu coração e isso me acalma! Já pensou no meu chá de bebê? Mais uma escolha: quem irá organizá-lo.

Sétimo mês! Passo a maior parte do tempo dormindo e sonhando. Se ainda não decidiu, está na hora de escolher o meu nome e a maternidade.

Estamos na reta final. Tenho oito meses e já me comporto como um bebê recém-nascido. Meus pulmões estão quase prontos. O espaço na barriga está menor, mas **me sinto em segurança aqui dentro.**

Último mês! Em breve estarei nos seus braços. Precisamos manter a calma e não tenha medo... **A natureza é tão perfeita, que posso lhe dar sinais quando estiver chegando a hora de sair!**

Você fez todas as escolhas até aqui, e foram tantas! Talvez combine uma data com o médico ou queira homenagear alguém querido com a data do meu nascimento, mas se o meu pulmãozinho não estiver pronto, posso ter que ficar numa UTI. Vou sentir medo, mamãe, porque tudo o que eu quero quando sair daqui é sentir seu cheiro, sugar o seu seio e me aconchegar no seu colo!

Acredite que tudo dará certo! Se tudo está bem conosco, confie e deixe-me escolher o momento em que irei nascer!

Não se apresse, mamãe...

Vera Q. Sampaio de Souza

Gerente de Regulação de Saúde da FenaSaúde



1

**PARTO NORMAL
OU CESARIANA,
O QUE ESCOLHER?**

Gravidez não é doença, mas a gestação de um novo ser provoca importantes mudanças fisiológicas no organismo da mulher e pode apresentar complicações na evolução.

Por isso requer cuidados de profissionais de saúde!

O obstetra é o médico especialista habilitado a atender você antes, durante e após o parto. Ele e outros profissionais de saúde irão assistir você nesse momento tão delicado e importante da vida e deverão se empenhar para que o seu bebê venha ao mundo saudável e da forma mais natural possível. **São muitos os benefícios do parto normal! Você irá se recuperar mais rapidamente e isto a deixará muito mais perto do seu bebê.**

A maioria das mulheres tem gravidez normal e pode ter seus bebês de parto normal ou natural. Estes tipos de parto são os mais recomendados pela Organização Mundial de Saúde por trazerem muitos benefícios e implicarem menos riscos para a mãe e o bebê.

Não tenha dúvida! Se tudo correr bem durante a gestação, o parto normal ou o natural são os mais indicados!

O parto deve acontecer em ambiente seguro, equipado e com a presença de profissionais de saúde especialistas: médico obstetra, enfermeiro obstetra ou obstetrix, neonatologista e pediatra estão entre eles. Cada um cumpre o seu papel e devem atuar de forma harmônica e integrada, **intervindo na assistência de acordo com sua habilitação profissional.**

Algumas maternidades permitem a presença de doulas e exigem que tenham formação na área de saúde (enfermeira, psicóloga, terapeuta ou fisioterapeuta) e que o médico autorize a sua permanência no centro cirúrgico. Sua participação não prevê nenhum tipo de intervenção e ela não substitui os profissionais tradicionalmente envolvidos no trabalho de parto e nascimento.



2

**PARTO
PREMATURO E
PARTO A TERMO**

A duração habitual da gestação é de 40 semanas (nove meses). Mas o nascimento pode ocorrer antes ou depois. Na 37ª semana o bebê está quase pronto, mas se o parto ocorrer **antes da 37ª semana é considerado prematuro. A partir da 38ª semana o parto é a termo**, ou seja, o bebê já está maduro. O ideal é que o nascimento ocorra por volta da 40ª semana, quando o bebê está totalmente pronto para a vida fora do útero. O nascimento deve ocorrer no máximo até a 42ª semana, neste caso o parto é pós-termo.



O trabalho de parto tem duração média de oito a doze horas.





3

**CONTRATANDO O
PLANO DE SAÚDE**

Se estiver planejando uma gravidez e quiser a cobertura do plano ou seguro de saúde é essencial contratá-lo antes de engravidar! Isto porque **a carência para parto a termo é de 300 dias**. Se deixar para fazer o contrato depois de engravidar, não terá como cumprir essa carência e aproveitará apenas parcialmente as coberturas do plano.

3.1 | Quero engravidar! O que observar ao contratar o plano de saúde?

Você tem que se decidir pela amplitude da cobertura. Pode optar pela **cobertura integral**, com consultas, exames, procedimentos ambulatoriais, internações e parto. Neste caso, escolha um plano “ambulatorial + hospitalar com obstetrícia”. Se desejar apenas a cobertura de internações e parto, a opção será um plano “hospitalar com obstetrícia”. **Os planos com a cobertura obstétrica dão alguns direitos ao recém-nascido**, o que será detalhado mais adiante.

O tipo de acomodação também é uma escolha a ser feita. Pode ser **enfermaria ou quarto privativo**. Na enfermaria você ocupará um leito em espaço compartilhado com outras pacientes.

Avalie a rede prestadora de serviços do plano de saúde. Optar pela contratação de um plano com **“livre escolha”** de prestadores de serviços também pode ser uma alternativa. Esse tipo de plano é oferecido por todas as seguradoras e algumas outras modalidades de operadoras. Além de contar com a rede referenciada do plano, você pode escolher um estabelecimento ou profissional de saúde não vinculado a essa rede e solicitar o reembolso à operadora.

Neste caso, **o reembolso das despesas será de acordo com a cobertura e os limites financeiros estabelecidos no contrato. Existem contratos que preveem “múltiplos de reembolso”**. Mais adiante há um capítulo sobre reembolso.

É também preciso considerar suas necessidades com relação à abrangência geográfica da cobertura do plano de saúde. Pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Busque referências! Avalie atentamente os serviços de urgência e emergência, maternidades e profissionais de saúde disponíveis no plano.

Certifique-se de que a rede credenciada ou referenciada tem os estabelecimentos e profissionais de saúde indicados ou de sua preferência, para assistirem você neste momento tão importante!

3.2 | Estou grávida e não tenho plano de saúde. O que fazer?

Pela lógica do mutualismo, se o contrato exigir cumprimento de carências, é provável que não encontre um plano ou seguro que lhe garanta a cobertura do **“parto a termo”, aquele que ocorre depois da 37ª semana de gestação**, pois a carência é de 300 dias.

Se ainda for possível cumprir a carência de 180 dias, você poderá garantir algumas coberturas importantes, como exames, parto prematuro (aquele que ocorre até o final da 37ª semana), internações para tratar eventuais intercorrências.



Com 180 dias de plano, você garante também a assistência do recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida e a inclusão dele no plano sem carências (desde que isso seja feito antes de ele completar 30 dias de vida).

Por exemplo, se você contratar o plano na 5ª semana de gestação, como demonstrado no quadro a seguir, na 31ª semana terá cumprido a carência de 180 dias. Se o bebê nascer entre a 31ª e a 37ª semana, o parto (prematuro) estará coberto e o recém-nascido terá direito à cobertura mencionada no parágrafo anterior. No quadro há outro exemplo para demonstrar o que é possível obter na 10ª semana de gestação, caso sejam cumpridos apenas 180 dias de carência.

CONTRATAÇÃO	CARÊNCIA	NASCIMENTO ENTRE	TIPO DE PARTO	COBERTURA DO PARTO	COBERTURA DO BEBÊ
5ª semana de gestação	180 dias	22ª - 30ª semana	Prematuro	Sem cobertura. Não cumpriu 180 dias de carência	Sem cobertura. Não cumpriu 180 dias de carência
		31ª - 37ª semana	Prematuro	Coberto até a 37ª semana	Coberto. Carência = 180 dias
		38ª - 42ª semana	A termo	Sem cobertura. Não cumpriu 300 dias de carência	Coberto. Carência = 180 dias
10ª semana de gestação	180 dias	22ª - 35ª semana	Prematuro	Sem cobertura. Não cumpriu 180 dias de carência	Sem cobertura. Não cumpriu 180 dias de carência
		36ª - 37ª semana	Prematuro	Coberto até a 37ª semana	Coberto. Carência = 180 dias
		37ª - 42ª semana	A termo	Sem cobertura. Não cumpriu 300 dias de carência	Coberto. Carência = 180 dias

3.3 | Se for portadora de alguma doença, tenho que informar à operadora?

No ato da contratação, a operadora poderá solicitar o preenchimento de uma declaração de saúde para obter informações sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

Embora a gravidez não seja uma doença, ela poderá estar associada a alguma delas.



Omitir uma doença de que você saiba ser portadora é considerado fraude e poderá ensejar o cancelamento do contrato se a operadora comprovar que você ou seu responsável forneceu informação não verdadeira.

A **“Doença ou Lesão Preexistente (DLP)”** é aquela que você já sabe ser portadora dela quando vai contratar o plano de saúde. A cobertura de alguns procedimentos relacionados a essa doença ou lesão poderá ser suspensa por 24 meses, quando o contrato prever a **“Cobertura Parcial Temporária (CPT)”**.

3.4 | Meu contrato pode ser cancelado no meio da gravidez?

No caso do plano individual, o seu contrato poderá ser suspenso ou cancelado se você estiver **inadimplente por mais de 60 dias** ou se for **constatada fraude** no uso do plano ou nas informações prestadas na contratação. No caso de inadimplência, a operadora deverá notificá-la com **10 dias de antecedência** da rescisão ou suspensão do contrato.

No contrato coletivo, no caso de fraude ou de perda de vínculo do titular, pode haver exclusão do beneficiário, excetuando-se os casos de manutenção do vínculo previstos na regulamentação da ANS para os demitidos e aposentados.

Saiba mais sobre este tema no Guia do Consumidor:
www.planodesaudeoquesaber.com.br/public/data/guia/guia-fenasauade.pdf

3.5 | Posso trocar de plano de saúde no meio da gravidez?

Sim, mas terá que cumprir novos prazos de carência, se a operadora não aproveitar as carências do seu plano atual. Também pode contratar um novo plano por meio da portabilidade, **o que exige permanência mínima de dois anos no plano anterior.**

Na primeira portabilidade, o beneficiário deve estar no plano há pelo menos dois anos. No caso do cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT), período de até 24 meses durante o qual o consumidor não tem cobertura para tratamentos relacionados a doenças e lesões preexistentes declaradas, o tempo de permanência no plano deve ser de, no mínimo, três anos. A partir da segunda portabilidade, basta ser beneficiário do plano por, no mínimo, um ano.



4

**CARÊNCIAS PARA
GESTAÇÃO, PARTO
E NÂSCIMENTO**

4.1 | Quais são as carências para as consultas e exames do pré-natal?

A **carência máxima exigida é de 180 dias**, para consultas, exames, terapias ambulatoriais e internações.

4.2 | Quais são as carências máximas exigidas para o parto?

Para o **parto a termo**, aquele que ocorre a partir de 38 semanas de gestação, **a carência é de 300 dias**. Se o **parto for prematuro**, ou seja, ocorrer até o final da 37ª semana, a **carência é de 180 dias**.

4.3 | Qual a carência para internações por problemas da gravidez?

A operadora poderá estabelecer um prazo máximo de 180 dias de carência para tratar em ambiente hospitalar as intercorrências da gestação ou qualquer outro problema de saúde.

Exemplos de intercorrências na gravidez: abortamento, parto prematuro, gravidez anormal (fora do útero), desidratação, hemorragias, pressão alta, diabetes gestacional etc.

4.4 | O que fazer se precisar internar durante o período de carência?

Durante o período de carência, se o médico recomendar a internação clínica ou cirúrgica para tratar alguma intercorrência da gestação, **você terá que arcar com as despesas**. O plano de saúde não terá que custeá-las, mesmo que seja uma internação de urgência ou emergência.



Nos casos de acidente pessoal, a cobertura será integral após 24 horas da vigência do contrato.



4.5 | Por que tenho que cumprir carência para o parto?



A carência é o intervalo de tempo durante o qual o beneficiário paga a mensalidade, mas ainda não tem acesso a algumas coberturas do contrato.

Nos planos ou seguros de saúde se aplica o conceito de **mutualismo**. Ou seja, a receita das mensalidades constitui um fundo mútuo que será utilizado para cobrir as despesas daqueles que necessitaram de assistência médica.

Como os custos com a assistência à saúde são muito altos, **se todos precisarem dela ao mesmo tempo**, os recursos desse fundo **não serão suficientes** para cobrir as despesas.

O plano ou seguro de saúde é uma proteção econômica contra riscos eventuais. Essa é a finalidade dele! O objetivo da carência, portanto, é garantir a viabilidade do sistema.



5

URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA
RELACIONADAS
À GESTAÇÃO

5.1 Qual a diferença entre o atendimento de urgência e emergência?

Para fins da cobertura e fixação das carências dos planos de saúde, a Lei 9.656 e a regulamentação da ANS estabeleceram que o **atendimento de urgência** é aquele destinado aos casos resultantes de “acidentes pessoais” ou de “complicações no processo gestacional”. E o **atendimento de emergência** é para os casos que implicarem “risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis” para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Se o contrato estipular prazos de carências, **os acidentes pessoais devem estar integralmente cobertos após 24 horas** da vigência do contrato. Para os demais casos, enquanto o beneficiário estiver cumprindo carências para internação (a carência máxima permitida é de 180 dias), o atendimento estará limitado às primeiras 12 horas no pronto-atendimento.

5.2 O que faço no caso de urgência se estiver cumprindo carências?

Se houver previsão de carências no seu contrato, **após 24 horas de vigência** você terá direito apenas ao atendimento de urgência no pronto-atendimento durante as primeiras 12 horas (exceto no caso de acidente pessoal, como explicado no item anterior). Se for necessária qualquer assistência que requeira internação hospitalar, ou seja, procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, o plano ou seguro de saúde não cobrirá essas despesas, **mesmo dentro do período das 12 horas**.

Caso aconteça esta situação e você não tenha condição financeira de arcar com a despesa, a operadora providenciará sua remoção para um hospital público.



É responsabilidade do plano de saúde viabilizar a remoção de seu beneficiário para a rede pública. Isto significa providenciar e pagar uma ambulância com os equipamentos necessários para manutenção da vida.

Entretanto, se você ou seu responsável optar pela sua transferência para o hospital (próprio ou contratado) do seu plano ou para outro hospital privado, **a operadora não terá responsabilidade financeira pela remoção.**

Se você for vítima de um “acidente pessoal” o atendimento será integral após 24 horas da vigência do contrato.

5.3

O que é um acidente pessoal?

Acidente pessoal é um evento com data específica, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que torne necessário tratamento médico.

Alguns exemplos de eventos que caracterizam um acidente pessoal são: queda de escadas ou da própria altura, atropelamento, acidente em meios de transporte, acidente decorrente de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, acidente decorrente de escapamento acidental de gases e vapores.

5.4 | O que é um atendimento de urgência relacionado à gestação?

Alguns exemplos de urgência e emergência especificamente relacionadas à gestação: gravidez anormal (fora do útero), abortamento, hemorragia genital/uterina, pressão alta e diabetes complicando a gravidez, convulsões na gestante, desidratação por vômitos incontroláveis, descolamento prematuro da placenta, contrações uterinas intensas, infecção generalizada.



Não hesite em procurar assistência médica se apresentar: alteração dos batimentos cardíacos (diminuição ou aceleração), dificuldade de respirar, desmaios, convulsões, hemorragia, perda de consciência, dor abdominal intensa, vômitos incontroláveis, sinais de desidratação, sangramento genital, expulsão do feto.

5.5 | Quais são os recursos exclusivos da cobertura hospitalar?

- Utilização da estrutura hospitalar, por período superior a 12 horas, para realização de procedimentos para diagnóstico ou tratamento, **mesmo que não necessitem de internação**;
- Internação em leito hospitalar para observação, tratamento clínico ou cirúrgico;
- Internação em unidade de terapia intensiva e unidades similares;
- Internação em hospital-dia (recurso intermediário entre a internação e o ambulatório).

5.6 | Quais procedimentos necessitam de recursos exclusivos da cobertura hospitalar?

Na **gravidez** são os seguintes:

- Parto (normal ou cesariana);
- Curetagem após o aborto;
- Cerclagem do colo uterino (procedimento para manter o colo uterino fechado até o final da gravidez);
- Cirurgia de gravidez anormal, ou seja, que ocorre fora do útero;
- Revisão obstétrica de parto feito fora do hospital;
- Tratamento das intercorrências clínicas da gestação.

5.7 | **Se estiver em outra cidade posso ser atendida em caso de urgência e emergência?**

Depende. Sim, se você estiver na área de abrangência do plano de saúde. Se o contrato for de abrangência nacional, assegura esse direito.



Por outro lado, a operadora não tem obrigação de lhe garantir assistência, mesmo de urgência e emergência, fora da área de abrangência geográfica prevista no contrato.



6

**COBERTURA
OBSTÉTRICA NO
PLANO DE SAÚDE**

Este tópico é específico para o plano hospitalar com cobertura obstétrica.

6.1 | Quais são as coberturas do plano hospitalar com obstetrícia?

Além das coberturas do plano hospitalar sem obstetrícia, estão garantidos:

- Pré-natal;
- Atendimento pediátrico à gestante (a partir do 3º trimestre de gestação);
- Parto e pós-parto;
- Acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto;
- Atendimento integral ao recém-nascido (sala de parto, berçário e UTI);
- Assistência ao recém-nascido durante os primeiros 30 dias após o parto;
- Inscrição do recém-nascido como dependente do plano, sem o cumprimento de carência, em até 30 dias do nascimento ou adoção.

6.2 | O plano de saúde cobre as vacinas da gestante e do bebê?

Não. Salvo se estiverem previstas no contrato.

6.3 | Todos os exames realizados no pré-natal são cobertos?

Sim. Os exames do pré-natal cobertos nos planos de saúde são os constantes no **Rol de Procedimentos e Eventos da ANS** (que é a lista mínima de consultas, exames e tratamentos que as operadoras são obrigadas a oferecer, de acordo com a segmentação do plano).

6.4 | Tenho que pagar o anestesista para o parto?

A cobrança do serviço de anestesia diretamente ao beneficiário só é permitida nos planos que **preveem livre escolha** de prestadores de serviços. Neste caso, o beneficiário é reembolsado da despesa assistencial **de acordo com as condições contratuais**.

Para planos com rede própria ou contratada, as operadoras devem oferecer os serviços de anestesia de seus hospitais (próprios ou contratados) ou de anestesistas credenciados e pagar diretamente aos profissionais.

6.5 | O plano de saúde cobre o parto domiciliar?

O plano de saúde não é obrigado a cobrir as despesas do parto realizado no domicílio ou fora do ambiente hospitalar. Entretanto, por liberalidade, planos ou seguros de saúde podem oferecer a **assistência domiciliar** (inclusive para parto) como um serviço adicional. Consulte sua operadora ou o contrato do plano para saber se tem essa cobertura.

6.6 | Tenho direito à assistência do enfermeiro obstétrico ou da obstetriz?

Sim. Caso o seu plano de saúde tenha cobertura para o parto, **poderá ser assistida pelo enfermeiro obstétrico ou obstetriz**, desde que haja disponibilidade deste profissional no local em que realizará o seu parto. Quando for viável a contratação desses profissionais, as operadoras e os hospitais devem contratá-los dentro das regulamentações existentes para o exercício de cada uma das profissões envolvidas, para atuar no acompanhamento do trabalho de parto e do próprio parto. Se houver previsão de reembolso para que a assistência seja prestada por profissional não credenciado, este será feito nos limites estabelecidos no contrato.

6.7 | Qual a diferença entre o enfermeiro obstétrico e o obstetriz?

Para ser enfermeiro é preciso concluir o curso superior de enfermagem. Quando este profissional de saúde faz uma especialização em obstetrícia recebe o diploma ou certificado de **Enfermeiro Obstétrico**, que lhe confere a competência legal de realizar assistência obstétrica, além das demais atividades de enfermagem.

O **Obstetriz** é um profissional graduado em Obstetrícia, titular do diploma de Obstetriz, com competência legal de realizar assistência obstétrica. Sua graduação em obstetrícia tem ênfase na promoção da saúde da mulher e na assistência da mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto. **O obstetriz também é conhecido como parteiro diplomado ou parteiro profissional.**

Com relação à atuação no parto, ambos estão aptos para acompanhar a evolução e o trabalho de parto, podendo executar o **parto normal sem distócia** (sem complicações).

6.8 | O que é taxa de disponibilidade obstétrica?

É a taxa cobrada por alguns obstetras como garantia de que estarão disponíveis para assistir você durante todo o período de trabalho de parto e parto. A gestante que optar pela **assistência exclusiva do obstetra** terá que arcar com essa despesa.

Pela legislação vigente, os planos de saúde devem garantir o acesso às coberturas contratadas, disponibilizando profissionais e estabelecimentos de saúde devidamente habilitados para assisti-la no momento em que necessitar. **A operadora não tem a obrigação de garantir que o atendimento será prestado pelo profissional de sua escolha.** Também não irá remunerá-lo por exclusividade, ou seja, **para que fique à sua disposição**, seja em data específica ou por um período.



Se o obstetra da rede do plano de saúde cobrar alguma taxa para este ou qualquer outro serviço, você deve relatar o fato à sua operadora, que tomará as devidas providências.

6.9 | Tenho direito à taxa de disponibilidade obstétrica?

Não. A “taxa de disponibilidade obstétrica” não está contemplada no Rol de coberturas obrigatórias dos planos de saúde. Além da cobertura do parto, o Rol já garante a remuneração da “assistência ao trabalho do parto” para as horas que antecedem o parto normal ou cirúrgico (cesariana).

6.10 | O obstetra do plano cobrou a taxa de disponibilidade obstétrica. O que faço?

Se o médico pertence à rede credenciada do seu plano de saúde, entre em contato com a operadora. O prestador de serviços credenciado não deve cobrar a “taxa de disponibilidade” de uma beneficiária do plano de saúde, **porque ele tem a opção de receber diretamente** da operadora os honorários de “assistência ao trabalho de parto por hora”, além dos honorários pela realização do parto.



7

PLANO DE SAÚDE
SEM COBERTURA
OBSTÉTRICA

7.1 | No caso de urgência relacionada à gravidez, terei cobertura do plano?

Os **planos hospitalares**, com ou sem cobertura obstétrica, garantem o atendimento de urgência e emergência, inclusive das complicações do processo gestacional. O direito a internação clínica ou cirúrgica para tratar essas intercorrências depende do cumprimento da **carência máxima de 180 dias**, caso haja previsão no contrato.



Se você estiver no período de carência, esse atendimento de urgência ou emergência será limitado as primeiras 12 horas e feito no pronto-socorro, como explicitado no item 11.

Os **planos ambulatoriais** também dão direito às urgências e emergências. Entretanto, assim como no plano hospitalar em período de carência, você será atendida somente no pronto-socorro e não terá direito a nenhum procedimento exclusivo da cobertura hospitalar, mesmo que seja preciso, **antes de decorridas essas 12 horas**.



8

COBERTURA
OBSTÉTRICA NO
PLANO DE SAÚDE
DO PAI

8.1 | Por que existe plano com cobertura obstétrica para o homem?

O plano é formatado para atender o perfil dos consumidores e **isto independe do sexo**. Assim, a segmentação do plano de saúde deve atender um grupo de pessoas de ambos os sexos, de forma a alcançar a coletividade ou o grupo familiar.

Por isso, o **plano com cobertura obstétrica** não garante apenas a assistência à mãe, ou seja, ao pré-natal, parto e pós-parto. Garante a assistência ao recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida e a sua inclusão no plano sem cumprir carência ou aproveitando as carências já cumpridas pelo titular do plano ou seguro de saúde, **desde que observadas algumas regras**.

8.2 | Como incluir o recém-nascido no plano do pai?

O recém-nascido, natural ou adotivo, poderá ser inscrito no “plano com obstetrícia” do pai (ou da mãe) em até 30 dias do nascimento ou adoção, mesmo que o parto não tenha sido coberto pelo plano e mesmo que o titular esteja cumprindo carência.

Caso a inscrição do recém-nascido, natural ou adotivo, seja feita **após 30 dias do nascimento ou adoção**, a operadora poderá exigir o cumprimento integral das carências do contrato, e se houver Doença ou Lesão Preexistente (DLP) poderá haver imposição da Cobertura Parcial Temporária (CPT).

Se o plano ou seguro de saúde for coletivo, é preciso verificar quais são as condições contratuais para inscrição do recém-nascido.



Se o plano da mãe ou do pai tiver a cobertura obstétrica, o recém-nascido poderá ser incluído sem carência, desde que inscrito em até 30 dias do nascimento

8.3 | O pai do bebê tem plano com obstetrícia. Tenho direito ao parto?

Não. A menos que seja dependente no contrato, isto é, que **conste como beneficiária do plano e tenha cumprido as carências do contrato**. A cobertura obstétrica no plano do pai garante direitos ao recém-nascido. Para que o bebê possa usufruir dessa cobertura é preciso avaliar se há carências e se estas foram cumpridas.





9

CHEGOU A HORA
DE IR PARA A
MATERNIDADE

9.1 | O que faço se não conseguir chegar à maternidade credenciada?

Se o bebê estiver nascendo e você não conseguir chegar à maternidade/hospital credenciado poderá ser atendida em outro estabelecimento não credenciado e solicitar reembolso à operadora, **desde que o atendimento tenha cobertura contratual e a situação de urgência e emergência seja comprovada.**

Entretanto, este reembolso será feito nos limites fixados em contrato, ou seja, pode não ser integral. O pagamento é feito em até 30 dias, contados a partir da data em que for entregue à operadora a documentação necessária para comprovar o atendimento.



O valor do reembolso não pode ser inferior àquele que a operadora pagaria à rede credenciada se esta tivesse sido utilizada pelo beneficiário

9.2 | É preciso solicitar autorização à operadora antes de realizar o parto?

Não. A menos que seja uma cesariana eletiva (agendada previamente, com data e hora marcada). O estabelecimento de saúde pode solicitar autorização prévia à operadora, **desde que isto não impeça ou dificulte o atendimento de situações caracterizadas como de urgência ou emergência.**

9.3 | Tenho direito a um acompanhante pelo plano de saúde?

A Lei 11.108/2005 lhe confere o direito a um acompanhante. Se o seu plano de saúde **tem a cobertura obstétrica** e você já cumpriu a carência para o parto, a operadora arcará com as despesas do acompanhante, que inclui a paramentação (vestimenta esterilizada de uso obrigatório por quem for assistir ao parto, para evitar infecção hospitalar).

9.4 | Tenho direito a ser acompanhada por uma doula?

Considerando o direito de escolha da parturiente, o acompanhante poderá ser uma doula. Se o parto estiver coberto pelo plano, a operadora arcará com as despesas de acompanhante, **mas não irá remunerá-la** pelos serviços prestados como doula a você.

9.5 | Se ficar em enfermaria, tenho direito a acompanhante?

Mesmo nas enfermarias, os estabelecimentos de saúde públicos e privados que prestam assistência ao parto **devem ter disponível para cada leito uma poltrona removível destinada ao acompanhante**.

9.6 | A maternidade pode recusar acompanhante do sexo masculino na enfermaria?

A Lei 11.108/2005 lhe confere o direito a um acompanhante e não faz menção ao sexo desta pessoa.

Embora seja uma prática comum, o regulamento da ANVISA estabelece que, quando você estiver em ambiente de alojamento conjunto com outras puérperas, **o serviço deverá garantir a sua privacidade visual, do seu recém-nascido e do acompanhante.**



A parturiente tem o direito de escolher quem irá acompanhá-la.

9.7 | O hospital pode recusar o meu acompanhante por falta de espaço?

Não. O quarto ou enfermaria de alojamento conjunto **devem respeitar as áreas mínimas estabelecidas no regulamento da ANVISA** (RDC 36/2008) para acomodar o leito da parturiente, o berço do recém-nascido e a poltrona de acompanhante. Por exemplo, enfermaria de 3 a 6 leitos deve destinar 6m² para cada parturiente.

9.8 | Fiz o parto no SUS. O plano de saúde vai pagar?

Se você tiver um **plano hospitalar com obstetrícia e já cumpriu a carência para o parto**, a operadora irá ressarcir o Sistema Único de Saúde (SUS).



10

REEMBOLSO

10.1 | Se meu parto for feito por médico particular porque faltou prestador na rede?

A operadora tem obrigação de lhe oferecer alternativas para o atendimento dentro do prazo máximo estabelecido pela ANS. Se não conseguir fazê-lo nesse prazo, você poderá recorrer a um prestador não credenciado. **A operadora deverá reembolsá-la em até 30 dias, conforme limite definido no contrato.** Se **não houver** cláusula contratual de reembolso, você receberá integralmente o valor que pagou ao prestador.

10.2 | Posso escolher maternidade ou obstetra particular e pedir reembolso?

Sim, se seu plano tiver a opção “livre escolha” de prestador de serviços. Neste caso, o reembolso é feito no limite definido no contrato. **Verifique previamente com sua operadora qual será o valor desse reembolso** e avalie se tem condições de arcar com a diferença, caso o reembolso não cubra integralmente o valor cobrado pela maternidade ou obstetra particular.

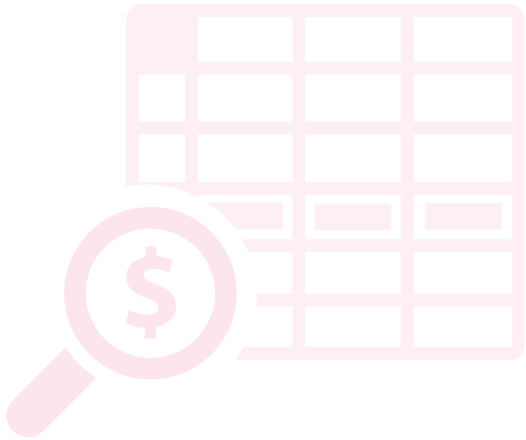
10.3 | Quando o reembolso será integral?

O reembolso para qualquer serviço, inclusive de urgência e emergência, será correspondente ao valor previsto no seu contrato e deverá ser pago no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação que comprova a despesa.

Nos casos em que você necessitar de um atendimento previsto no contrato e a operadora não conseguir disponibilizar um prestador no prazo estabelecido na regulamentação, **o reembolso será integral, se não houver uma cláusula no contrato prevendo reembolso.**

10.4 | O que é múltiplo de reembolso?

O plano ou seguro saúde pode ter a opção “**múltiplo de reembolso**”. Quando precisar, **consulte a sua operadora para saber o valor do reembolso**. Caso tenha optado pelo múltiplo, este índice será aplicado sobre o valor unitário do procedimento na tabela praticada pela operadora. Por exemplo, pode ser duas vezes o valor dessa tabela.





11

DIREITOS DO
RECÉM-NASCIDO

11.1 | O plano cobre a internação do recém-nascido?

Nos primeiros 30 dias após o nascimento, o bebê terá direito à **cobertura assistencial** pelo contrato da mãe, pai ou responsável legal, desde que o plano seja “hospitalar com obstetrícia” e já tenha sido cumprida a **carência de 180 dias**. Esse direito do bebê, seja seu filho natural ou adotivo, estará garantido mesmo que o parto não tenha sido coberto.

Fique atenta! Para garantir a continuidade dessa cobertura após o 30º dia do nascimento, **sem cumprimento de carência**, além dessa condição, é preciso incluí-lo como beneficiário no plano antes desse prazo.

11.2 | O pai do bebê tem plano com obstetrícia. Quais são os direitos do bebê?

Para o bebê o importante é que você, o pai ou o responsável legal, **tenha um plano com cobertura obstétrica e que a carência de 180 dias tenha sido cumprida**. Nessas condições, os direitos do recém-nascido serão os mesmos: cobertura assistencial nos primeiros 30 dias após o nascimento, adoção, guarda (provisória ou permanente) ou tutela; inclusão no plano como dependente, sem carência ou alegação de **Doença ou Lesão Preexistente (DLP)**, desde que a inscrição seja feita até o 30º dia do nascimento ou adoção.

11.3 | Optei pelo parto particular. Quais são os direitos do meu bebê?

Se você tem um **plano hospitalar com obstetrícia** e já cumpriu a carência de **180 dias**, mesmo que tenha optado pelo acompanhamento por um médico particular seu bebê terá os direitos contratuais garantidos, conforme descrito nos itens 44 e 45.

11.4 | Quais testes de triagem no bebê estão cobertos pelo plano de saúde?

Estão cobertos no plano ambulatorial e no plano hospitalar com ou sem obstetrícia os seguintes testes de triagem neonatal:



Teste do Pezinho (Triagem Neonatal)

Deve ser realizado entre o terceiro e sétimo dia de vida. Muito importante para identificar anormalidades e prevenir várias doenças.



Teste da Orelhinha (Triagem Auditiva Neonatal)

Os bebês devem fazê-lo na maternidade, antes da alta, para saber se está tudo bem com a audição. Deve ser realizado no máximo até o 28º dia de vida.



Teste do Olhinho (Teste do Reflexo Vermelho)

Deve ser realizado na primeira semana de vida, preferencialmente antes da alta da maternidade. Não sendo possível, fazê-lo na primeira consulta com o pediatra. É capaz de detectar doenças oculares e possibilitar o tratamento antes que se agravem.

11.5 | Como incluir no plano de saúde o recém-nascido sob guarda ou tutela?

É importante inscrevê-lo em até **30 dias** da guarda ou tutela, para garantir os direitos dele no plano com a cobertura **“hospitalar com obstetrícia”**. Se o plano de saúde for coletivo, é preciso verificar as condições contratuais para inscrição do recém-nascido.

11.6 | O recém-nascido sob guarda ou tutela terá direito à cobertura assistencial?

Somente no plano com a cobertura “hospitalar com obstetrícia” e desde que inscrito em até 30 dias da guarda ou tutela. **Quando incluído fora do prazo de 30 dias**, o bebê cumprirá integralmente as carências e estará sujeito à cobertura parcial temporária.

Se o pai, mãe ou responsável legal estiver no plano há mais de 180 dias, **o bebê não cumprirá nenhuma carência**. Se o prazo não foi cumprido, a cobertura assistencial do bebê dependerá das carências já cumpridas.



12

QUANTIDADE E
PERCENTUAL DE
PARTOS REALIZADOS

12.1 | Posso saber a quantidade e o percentual de partos realizados pelo prestador?

Sim. Em atendimento a uma determinação judicial do Ministério Público Federal (MPF), a ANS obrigou às operadoras de planos de saúde a fornecerem o percentual e quantidade de partos normais e cirurgias cesáreas, ocorridos no período de um ano, sempre que esses dados forem solicitados por uma beneficiária ou seu responsável legal. Segundo o MPF e a ANS, o propósito desta medida é garantir o direito à informação às beneficiárias de planos de saúde para orientá-las em suas escolhas.



Se desejar saber a quantidade de partos normais e cesarianas realizadas pelo seu obstetra, pergunte à sua operadora

12.2 | A quem devo pedir as informações sobre a quantidade de partos?

O pedido deve ser feito à operadora do seu plano de saúde. Pode ser feito pela própria beneficiária ou pelo seu representante legal. Forneça à sua operadora o nome do profissional ou hospital que deseja obter essa informação. Se lhe interessar, você pode solicitar ainda o percentual e a quantidade total de partos normais e cesáreas, da própria operadora (neste caso, os dados correspondem à soma de todos os partos realizados na rede credenciada, referenciada ou própria da operadora, no período de um ano). Utilize os canais de comunicação disponibilizados pela operadora. Ao entrar em contato com a operadora você receberá um número de protocolo. **Lembre-se de especificar por qual meio você deseja receber essa informação.**

12.3 | Como a operadora fornece as informações sobre os partos realizados?

A operadora tem que responder no prazo de 15 dias, contados da sua solicitação ou do seu representante legal. A resposta deve ser por escrito, em linguagem clara e adequada para ser compreendida. Ao fazer a solicitação, escolha o meio pelo qual deseja receber essa informação: por correspondência, meio eletrônico (e-mail) ou presencial. É muito importante prestar atenção no comunicado da operadora de que **a informação prestada se refere apenas aos partos realizados por aquele profissional/hospital para aquela operadora.**

12.4

Como saber se o obstetra que escolhi tem preferência por parto normal ou cesariana?

Embora as operadoras de planos de saúde sejam obrigadas a lhe prestar informações sobre o percentual e a quantidade de partos normais e cesáreas realizados pelo médico ou estabelecimento de saúde que você escolheu, **saiba que apenas essa informação não é suficiente para avaliar a prática do obstetra ou do hospital.** Primeiro porque esses dados referem-se apenas à quantidade dos partos realizados para aquela operadora. Outra questão a ser avaliada é se o obstetra e o hospital são especializados em gestação de alto risco, pois neste caso poderá haver uma ocorrência maior de partos cirúrgicos, não significando, portanto, que tenham preferências por cesarianas.



13

CARTÃO DA GESTANTE

13.1 | O que é o cartão da gestante?

É um cartão no qual serão registrados os principais dados e ocorrências do seu pré-natal, tais como: resultados de exames, peso e sinais vitais da gestante, batimento fetal, histórico de doenças da gestante adquiridas antes ou no decorrer da gestação.

13.2 | Como posso obter o meu cartão da gestante?

Na sua primeira consulta feita na rede própria, credenciada ou referenciada, o obstetra irá lhe fornecer o cartão da gestante. Se isto não acontecer, entre em contato com a sua operadora de plano de saúde para saber como obtê-lo. Em uma de suas páginas você encontrará a **Carta de Informação à Gestante**.

Leia a “Carta de Informação à Gestante”! São informações importantes para você, inclusive sobre o direito a um acompanhante de sua escolha, mesmo que na maternidade você fique numa enfermaria

13.3 | O cartão da gestante fica comigo?

Sim. Lembre-se que é importante leva-lo em todas as suas consultas para que o profissional de saúde possa fazer as anotações. Tenha-o em mãos também quando precisar ir ao hospital por alguma intercorrência. Quando for para a maternidade para realizar o parto, leve-o também.

Se precisar de atendimento e não estiver com o seu Cartão da Gestante, não tem problema! O atendimento não poderá ser recusado porque você o esqueceu. Na próxima consulta, peça ao seu médico que faça as anotações do atendimento anterior (mesmo que tenha sido numa emergência). É importante! Assim, você garantirá a posse de todas as informações que mostram como a sua gravidez está evoluindo.

13.4 | **Eu mudei de operadora. Posso continuar usando o mesmo cartão da gestante?**

Sim, pode. A ANS estabeleceu que o Cartão da Gestante oferecido pelas operadoras de planos de saúde deve conter no mínimo os dados constantes do Cartão da Gestante do Ministério da Saúde. Isto garantirá que as informações mais importantes da sua gestação estejam anotadas no seu cartão. Você pode solicitar um novo cartão para a sua atual operadora, entretanto, lembre-se que não deverá descartar o anterior, para não perder o histórico da evolução de sua gestação.

13.5 | **No caso de emergência ou parto posso ser atendida sem o cartão da gestante?**

Claro que pode! Como dito no item 56, a ausência do Cartão da Gestante não é impeditiva para qualquer tipo de atendimento.



Leve o cartão da gestante sempre às suas consultas de pré-natal. Isso garante que você tenha sempre à mão todas as informações da evolução da gravidez



14

NOTA DE
ORIENTAÇÃO À
GESTANTE

14.1 | O que é a nota de orientação à gestante?

Por determinação judicial, em razão dos altos índices de cesariana no setor de saúde suplementar, a ANS elaborou a “Nota de Orientação à Gestante” e o seu objetivo é esclarecer sobre os riscos e benefícios do parto normal e da cesariana. No **decorrer do pré-natal, o médico obstetra** terá que entregar este documento às beneficiárias de planos de saúde **em três consultas distintas**. Caberá ao Conselho Federal de Medicina observar e fiscalizar se os médicos estão cumprindo esta determinação.



15

PARTOGRAMA

15.1 | O que é o partograma?

O Partograma é um gráfico para acompanhar a evolução do trabalho de parto e das condições maternas e fetais. Este registro gráfico tem sido recomendado desde a década de 90, tanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pela Federação das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), embora pouco tenha sido utilizado.

15.2 | Por que o partograma é importante?

O Partograma é parte do seu prontuário médico. Contém os registros das contrações uterinas, dos batimentos cardíacos fetais e da dilatação cervical materna. Esses registros permitem avaliar se o trabalho de parto está evoluindo dentro da normalidade e como estão as condições clínicas maternas e do bebê. Ademais, se o trabalho de parto for longo e houver troca de plantão, a equipe que assumir saberá como foi a evolução. Também será muito útil para o obstetra nos casos em que a sua atuação se limitar ao momento de realização o parto.

15.3 | A operadora pode exigir o partograma para o pagamento do parto?

Seu uso na saúde suplementar tornou-se obrigatório, sendo, inclusive uma condição para o pagamento dos honorários do parto.

Se o médico que realizou o seu parto não puder preenchê-lo por qualquer motivo, deverá fazer um Relatório Médico detalhado para justificar porque não foi possível usar o partograma.



16

TERMO DE
CONSENTIMENTO
LIVRE E
ESCLARECIDO

16.1 | Posso optar pela cesariana?

Sim. De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM) é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, desde que seja garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal.

Em sua **Resolução 2.144/2016**, o CFM estabeleceu que é direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos. Esta decisão deve ser registrada no **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.



Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

16.2 | O obstetra pode discordar da minha opção pela cesariana?

Sim. Havendo discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, **referenciar a gestante a outro profissional**.

16.3 | O que é o termo de consentimento livre e esclarecido?

É um documento que contém as indicações e os riscos da opção pela cesariana, de forma clara e compreensível. O termo deve conter os dados completos de identificação do médico e da gestante e as assinaturas de ambos. **Deve ser assinado sempre que a cesariana for realizada a pedido da gestante.**



O termo deve conter as indicações e os riscos da cirurgia cesariana

16.4 | A operadora pode negar a cobertura do parto só porque optei pela cesariana?

Se o seu plano de saúde contemplar a cobertura obstétrica e você já tiver cumprido as carências para realizar o parto, **a operadora não poderá negar a cobertura**. Mesmo que não haja indicação clínica para realizar o parto cirúrgico (cesariana), a paciente tem o direito de decidir livremente. Neste caso, o **Partograma** será substituído pelo **Relatório Médico**. Você e o seu obstetra assinarão o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, que será anexado ao relatório.



BREVE GLOSSÁRIO

Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Período de até 24 meses durante o qual o consumidor não tem cobertura para determinados tratamentos relacionados às Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) declaradas. Nesse período, pode ocorrer exclusão de cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia, UTI, unidade intermediária e procedimentos de alta complexidade relacionados às DLP.

Doulas

São mulheres que adquirem conhecimento específico para orientar e dar suporte emocional, físico e afetivo às gestantes, antes, durante e depois do parto. Não substituem nenhum profissional de saúde e não fazem nenhum tipo de intervenção ou procedimento médico. Podem orientar sobre as melhores posições para o trabalho de parto, métodos naturais como massagem para alívio da dor, como amamentar etc. No Brasil ainda não há consenso sobre o reconhecimento da doula como profissional de saúde. Para permitir que prestem assistência à parturiente, algumas maternidades exigem que tenham formação em saúde.

Paramentação

Vestimenta esterilizada de uso obrigatório por quem for assistir ao parto, para evitar infecção hospitalar.

Parto natural

Também chamado de “humanizado”. É o parto normal realizado da forma mais natural possível, sem quaisquer intervenções ou com o mínimo de procedimentos. Em algumas situações pode ser necessária a aplicação de soro na veia e suspensão da alimentação no decorrer do trabalho de parto. O corte na vagina, chamado episiotomia, pode ser necessário para facilitar a passagem do bebê.

Parto normal

É o método tradicional, sem cirurgia. A saída do bebê ocorre pelo canal vaginal.

Conheça também:

Guia de Reajustes dos Planos e Seguros de Saúde e Guia do Consumidor



Endereço eletrônico para download do Guia da Gestante:
<http://www.fenasaude.org.br/fenasaude/publicacoes/guias-cartilhas/>

DISCLAIMER

Julho de 2016 – Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde. Esta publicação foi desenvolvida com o objetivo de divulgar informações de interesse dos consumidores de planos privados de assistência à saúde. As questões foram abordadas de forma genérica e por isso podem suscitar dúvidas. Recorra à operadora do plano de saúde se necessitar de esclarecimentos sobre o seu contrato. A distribuição é gratuita. Esta publicação não deve ser reproduzida, total ou parcialmente, sem a citação da fonte. Todos os Guias e Cartilhas da FenaSaúde podem ser acessadas, na íntegra, na área de publicações do site da FenaSaúde: <http://www.fenasaude.org.br/fenasaude/publicacoes/guias-cartilhas/>.

EXPEDIENTE GUIA DA GESTANTE

REDAÇÃO:

Vera Queiroz Sampaio de Souza

REVISÃO:

Manoel Antonio Peres, Mariana Carvalho Barbosa, Marcelo Almeida Lima

DIRETORIA DA FENASAÚDE:

Presidente

Solange Beatriz Palheiro Mendes
Sul América Companhia de
Seguro Saúde

Vice-Presidentes

Edson de Godoy Bueno
Amil Assistência Médica
Internacional S/A

Flávio Bitter

Bradesco Saúde S/A
e Medservice Operadora
de Planos de Saúde S.A.

Irlau Machado Filho

Notre Dame Intermédica
Saúde S.A.

João Carlos Gonçalves Regado

Golden Cross Assistência
Internacional de Saúde Ltda.

Maurício da Silva Lopes

Sul América Companhia
de Seguro Saúde

Diretores

André do Amaral Coutinho
Omint Serviços de Saúde Ltda

Fábio Luchetti

Porto Seguro - Seguro Saúde S/A

Francisco Caiuby Vidigal Filho

Yasuda Marítima Saúde
Seguros S.A.

Helton Freitas

Unimed Seguros Saúde S/A

Mario Ferrero

Allianz Saúde S.A.

Roberto Laganá Pinto

Care Plus Medicina
Assistencial Ltda.

Washington Luís Bezerra da Silva

Metlife Planos Odontológicos Ltda.

José Augusto Alves de Paula

Gama Saúde

Rodrigo Bacellar Wuekert

Odontoprev

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO:

Approach Comunicação Integrada

FOTOS: Shutterstock



plano de
saúde

O QUE SABER

www.planodesaudeoquesaber.com.br