

# Prevenção e Promoção de Saúde 10



Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)

# Prevenção e Promoção de Saúde 10



Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Natália Sandrini  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
P944	Prevenção e promoção de saúde 9 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Prevenção e promoção de saúde; v. 9)  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-72478-42-7 DOI 10.22533/at.ed.427191812  1. Política de saúde. 2. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série.  CDD 362.1
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” é uma obra composta de onze volumes que apresenta de forma multidisciplinar artigos e trabalhos desenvolvidos em todo o território nacional estruturados de forma a oferecer ao leitor conhecimentos nos diversos campos da prevenção como educação, epidemiologia e novas tecnologias, assim como no aspecto da promoção à saúde girando em torno da saúde física e mental, das pesquisas básicas e das áreas fundamentais da promoção tais como a medicina, enfermagem dentre outras.

A evolução da tecnologia aplicada à saúde têm culminado em significativos avanços tanto para os profissionais da área quanto para os pacientes. Essa evolução não se restringe apenas a aparelhos eletrônicos e aplicativos, mas também tecnologias alternativas. A tecnologia aplicada à saúde tem revolucionado os processos de diagnóstico e o tratamento de doenças. Observamos esses avanços nos exames, procedimentos, diagnósticos cada vez mais rápidos e precisos.

A tecnologia aplicada à saúde pode gerar benefícios a curto e longo prazo tornando a prática médica mais eficiente e promissora. Desde a digitalização de documentos até a criação de um aplicativo que otimize os processos de uma clínica ou de um hospital, todos os modelos tecnológicos de desenvolvimento tem sido aplicados e cada vez são aceitos mais rápidos pela comunidade científica. Assim demonstramos aqui neste volume trabalhos que giram em torno deste tema com o propósito de instigar o leitor a se inteirar por este constante avanço da saúde aliada à tecnologia.

Deste modo, a coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” apresenta uma teoria bem fundamentada seja nas revisões, estudos de caso ou nos resultados práticos obtidos pelos pesquisadores, técnicos, docentes e discentes que desenvolveram seus trabalhos aqui apresentados. Ressaltamos mais uma vez o quão importante é a divulgação científica para o avanço da educação, e a Atena Editora torna esse processo acessível oferecendo uma plataforma consolidada e confiável para que diversos pesquisadores exponham e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE (PGRSS) DE UMA GRANDE REDE DE FARMÁCIAS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE	
Thâmara Carollyne de Luna Rocha	
Amanda Bastos Castro	
Djalma Coriolano da Silva Júnior	
Rodrigo Lisboa Nunes de Oliveira	
Maria Cleciene Fontes de Oliveira Thomaz	
Débora Dolores Souza da Silva Nascimento	
Stéfani Ferreira de Oliveira	
Maria Joanellys dos Santos Lima	
Williana Tórres Vilela	
Karolynne Rodrigues de Melo	
Pedro José Rolim Neto	
Rosali Maria Ferreira da Silva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4271918121</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>14</b>
AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DE ACESSIBILIDADE ESPACIAL DO AMBIENTE INTERNO DOS CENTROS DE ATENÇÃO INTEGRAL A MELHOR IDADE	
Cleisiane Xavier Diniz	
Júlio Cesar Suzuki	
Maria de Nazaré de Souza Ribeiro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4271918122</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>16</b>
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NAS REDES SOCIAIS	
Patricia Melo Bezerra	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4271918123</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>26</b>
CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE UM GERADOR DE PLASMA DBD PARA APLICAÇÃO BIOMÉDICA	
Ricardo Anderson da Cruz	
Ana Karenina de Oliveira Paiva	
Custódio Leolpodino de Brito Guerra Neto	
Ângelo Roncalli Oliveira Guerra	
Paulo Victor de Azevedo Guerra	
Andréa Santos Pinheiro de Melo	
Jaqueline Soares da Silva	
Gustavo Kleber Bezerra Coutinho	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4271918124</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>39</b>
DESOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIAS: PERSPECTIVA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	
Kassiely Klein	
Aline Cammarano Ribeiro	
Neila Santini	
Helena Becker Issi	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4271918125</b>	

<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>52</b>
DIAGNÓSTICO E PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL DE UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DO INTERIOR DO PARANÁ	
Rafael Henrique Silva	
Karina Yaeko Bandeira Tanaka	
Wyrllen Everson de Souza	
Eliane Bergo de Oliveira de Andrade	
Jaqueline de Souza Lopes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4271918126</b>	
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>66</b>
EDUCAÇÃO EM SAÚDE MEDIADA POR TECNOLOGIA... PODEMOS FALAR DE INOVAÇÃO?	
Eloiza da Silva Gomes de Oliveira	
Caio Abitbol Carvalho	
Rodrigo Borges Carvalho Perez	
Ronaldo Silva Melo	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4271918127</b>	
<b>CAPÍTULO 8</b> .....	<b>75</b>
IMPORTÂNCIA DA ESCUTA NA ELABORAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA SOBRE GASTROSTOMIA	
Lidiane do Nascimento Rodrigues	
Aliniana da Silva Santos	
Wandra Camila Penaforte da Silva	
Priscila Pereira de Souza Gomes	
Amelina de Brito Belchior	
Edna Maria Camelo Chaves	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4271918128</b>	
<b>CAPÍTULO 9</b> .....	<b>81</b>
INOVAÇÃO TECNOLÓGICA: SISTEMA DE GESTÃO PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITALAR	
Daniel Fonseca do Nascimento	
Ana Karina Lima Alves Cerdeira	
Valéria Soares Rocha	
Fernanda Vieira Frondana	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4271918129</b>	
<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>91</b>
KANBAN E TRELLO COMO FERRAMENTAS DE CONTROLE DA PERMANÊNCIA DOS USUÁRIOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	
Valdelanda de Paula Alves	
Ana Carolina Lobo dos Santos	
Rigeldo Augusto Lima	
<b>DOI 10.22533/at.ed.42719181210</b>	
<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>101</b>
LEVANTAMENTO DE REQUISITOS PARA SOFTWARE DE APOIO AO GERENCIAMENTO DE HEMONÚCLEO NO SERTÃO DA PARAÍBA: ESTUDO DE CASO	
Maria Raphaella Ferreira Gomes	
Thyago Alves Sobreira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.42719181211</b>	

<b>CAPÍTULO 12</b> .....	<b>105</b>
NOTIFICAÇÃO DE <i>NEAR-MISS</i> PARA PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO	
Renata Naiara Silva dos Santos Vanessa Suzart Bitencourt	
<b>DOI 10.22533/at.ed.42719181212</b>	
<b>CAPÍTULO 13</b> .....	<b>123</b>
O USO DO INSTAGRAM DO PROJETO DE EXTENSÃO “FOCO NO REUMATISMO” E SEU IMPACTO NO ALCANCE DO PÚBLICO ALVO DAS INTERVENÇÕES DE SAÚDE	
Ítalo Barroso Tamiarana Jéssica Silva Lannes Karmelita Emanuelle Nogueira Torres Antoniollo Evania Santos da Silva Alanna dos Santos Delfino Laís Simões Teixeira Laís Fabrício de Oliveira Cunha Alina Maria Nunez Pinheiro Sara Raquel da Silva Pereira Letícia Ramos Silveira Veida da Silva Sá Rejane Maria Rodrigues de Abreu Vieira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.42719181213</b>	
<b>CAPÍTULO 14</b> .....	<b>129</b>
ORIENTAÇÃO PARA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL: TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA O CUIDADO COM CATETER DE HICKMAN®	
Ana Paula Lima Letícia Pontes Sandra Regina da Silva Lara Cássia Silva Sandri	
<b>DOI 10.22533/at.ed.42719181214</b>	
<b>CAPÍTULO 15</b> .....	<b>141</b>
PLATAFORMA DUPLA PARA REABILITAÇÃO E DIAGNÓSTICOS DE IDOSOS EM TEMPO REAL	
José Wanderson Oliveira Silva Elton Gil Xavier Moura Danilo Alves Pinto Nagem	
<b>DOI 10.22533/at.ed.42719181215</b>	
<b>CAPÍTULO 16</b> .....	<b>144</b>
PROTÓTIPO DE SCANNER PARA MODELAGEM 3D VISANDO APLICAÇÃO BIOMÉDICA	
Tereza Beatriz Oliveira Assunção Felipe Fernandes Neto Giovanna Medeiros Camilo Custódio Leolpodino de Brito Guerra Neto Ângelo Roncalli Oliveira Guerra Ana Karenina de Oliveira Paiva Ricardo Anderson da Cruz Paulo Victor de Azevedo Guerra	
<b>DOI 10.22533/at.ed.42719181216</b>	

**CAPÍTULO 17 ..... 155**

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA MÍDIA SOBRE AS DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

Antonia de Maria Gomes Paiva  
Ana Maria Martins Pereira  
Sibele Lima da Costa Dantas  
Jéssica Cunha Brandão  
Maria Aline Alves Pereira  
Germana Maria da Silveira  
Vanessa Silva Farias  
Karina Marques de Mendonça  
Laura Pinto Torres de Melo  
Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

**DOI 10.22533/at.ed.42719181217**

**CAPÍTULO 18 ..... 166**

SISTEMA DE CAPTURA, CONVERSÃO E ARMAZENAMENTO DE IMAGENS MÉDICAS

Rafael Cavalcanti Contreras  
Custódio Leolpodino de Brito Guerra Neto  
Ângelo Roncalli Oliveira Guerra  
Andréa Santos Pinheiro de Melo  
Ricardo Anderson da Cruz  
Paulo Victor de Azevedo Guerra  
Flávia Beatriz Cavalcante Souza  
Tereza Beatriz Oliveira Assunção

**DOI 10.22533/at.ed.42719181218**

**CAPÍTULO 19 ..... 179**

TELECONSULTA: UM ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E USUÁRIO NO PROCESSO DE CUIDADO

Roberta Sampaio de Brito Mamede  
Carolina Batista Cavalcante Freitas  
Lidianny Barreto Araújo  
Maria Clarice Tavares Evangelista  
Maria Salete Bessa Jorge

**DOI 10.22533/at.ed.42719181219**

**CAPÍTULO 20 ..... 184**

TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA: UMA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NO TRATAMENTO DE FERIDAS COMPLEXAS

Jaciely Duarte de França  
João Paulo Vicente Souza  
Luana Richelly Vitaliano da Silva  
Roseane Christine Fernandes dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.42719181220**

**CAPÍTULO 21 ..... 191**

TRANSVERSALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES DO SOFTWARE NVIVO NA PESQUISA QUALITATIVA

Jordana Rodrigues Moreira  
Lourdes Suelen Pontes Costa  
Aline Ávila Vasconcelos  
Kellinson Campos Catunda  
Lucas Queiroz dos Santos

Maria Salete Bessa Jorge

DOI 10.22533/at.ed.42719181221

<b>SOBRE O ORGANIZADOR.....</b>	<b>197</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>198</b>

## DIAGNÓSTICO E PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL DE UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DO INTERIOR DO PARANÁ

**Rafael Henrique Silva**

Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul  
(UEMS)

Dourados – MS

**Karina Yaeko Bandeira Tanaka**

Campo Mourão – PR

**Wyrlen Everson de Souza**

Campo Mourão – PR

**Eliane Bergo de Oliveira de Andrade**

Dourados – MS

**Jaqueline de Souza Lopes**

Dourados - MS

**RESUMO:** Os custos assistenciais para os sistemas de saúde suplementar no Brasil têm se elevado cada vez mais, pois o cliente é atendido de forma fragmentada, onde a tecnologia médica é supervalorizada. O próprio beneficiário gerencia a sua saúde, onde ele mesmo determina qual médico especialista irá procurar, ou mesmo qual medicamento irá ingerir. Diante das dificuldades enfrentadas pela saúde suplementar, esse trabalho pretende sugerir uma proposta de mudança no modelo assistencial atual de uma operadora de planos de saúde do interior do Paraná, para redução de custos e melhoria na qualidade assistencial, visando a sustentabilidade da mesma. Trata-se

de estudo de caso transversal, epidemiológico e descritivo. Foram coletados dados secundários no banco de dados da operadora, referente ao período de 2014 a 2018, foi realizada análise epidemiológica descritiva da carteira total de beneficiários, assim como perfil de utilização dos serviços de saúde e custos assistenciais. Os dados levantados puderam alertar para a tendência que outras operadoras também têm sofrido, como o alto número de idosos na carteira, custos altos nessa faixa etária, assim como maior utilização dos serviços de saúde. O modelo assistencial proposto foi uma combinação entre duas metodologias encontradas na literatura: Atenção Primária em Saúde e Estratégia Saúde da Família, onde utilizam-se quatro principais pilares: acesso, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado por equipe multiprofissional com médico de família e comunidade, e também monitoramento da saúde dos beneficiários na proximidade de seu contexto social, sanitário e familiar, utilizando as visitas domiciliares para contato constante e gerenciamento programado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde suplementar. Promoção de saúde. Prevenção de doenças. Atenção Primária em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## DIAGNOSIS AND PROPOSAL TO MODEL OF A HEALTH PLAN OPERATOR IN THE INTERIOR OF PARANÁ

**ABSTRACT:** The health care costs for supplementary health systems in Brazil have been increasing, as the client is served in a fragmented manner, where medical technology is overvalued. The recipient himself manages his health, where he himself determines which specialist doctor to look for, or even which medicine to take. Given the difficulties faced by supplementary health, this paper intends to suggest a proposal to change the current care model of a health plan operator in the inland of Paraná, to reduce costs and improve care quality, aiming at its sustainability. This is a cross-sectional, epidemiological and descriptive case study. Secondary data were collected from the operator's database, from 2014 to 2018, and a descriptive epidemiological analysis of the total beneficiary portfolio was performed, as well as health services utilization profile and healthcare costs. The data raised could alert to the trend that other operators have also suffered, such as the high number of elderly in the portfolio, high costs in this age group, as well as greater use of health services. The proposed care model was a combination of two methodologies found in the literature: Primary Health Care and Family Health Strategy, where four main pillars are used: access, longitudinality, comprehensiveness and the coordination of care by a multidisciplinary team with family doctor and monitoring of beneficiaries' health in close proximity to their social, health and family context, using home visits for constant contact and scheduled management.

**KEYWORDS:** Supplementary health. Health promotion. Prevention of diseases. Primary Health Care. Family Health Strategy.

### 1 | INTRODUÇÃO

A situação de saúde no Brasil revela que o quadro epidemiológico sofre interferência das mudanças demográficas, nos padrões de consumo e nos estilos de vida da população como a urbanização acelerada. Observa-se o aumento da expectativa de vida, com isso a população idosa vem aumentando e, conseqüentemente, as doenças crônicas e infecciosas também (BRASIL, 2011).

A principal causa de mortalidade e morbidade no país, são as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), que geralmente possuem desenvolvimento lento e efeitos a longo prazo difíceis de prevenir e tratar. Os custos com as DCNTs sobem exponencialmente a cada ano, preocupando as organizações de saúde, pois tem onerado cada vez mais o sistema público e privado de saúde do Brasil. (BRASIL, 2009).

No Sistema de Saúde Suplementar, o modelo de atenção construído foi aquele centrado na assistência médico-hospitalar especializada e com inserção de

novas tecnologias, tornando-se um modelo caro e pouco eficiente. Atualmente, as operadoras de planos de saúde buscam a redução dos custos assistenciais, porém com um modelo de alto custo (BRASIL, 2009).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão regulador das operadoras de planos de saúde, tem incentivado a mudança do Modelo de Atenção à Saúde que adota práticas cuidadoras e integrais. Com este objetivo, o setor se tornará um sistema produtor de ações de saúde nos âmbitos da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos beneficiários, estabelecendo o binômio profissional de saúde-cliente/paciente/beneficiário e, também, garantindo a responsabilização das operadoras pela gestão da saúde de seus clientes (BRASIL, 2009).

O alto custo assistencial gerado pelo modelo mecanicista centrado na doença, exigiu da ANS a dedicação para que as operadoras revejam suas atividades e construam modelo assistencial qualificado se tornando responsáveis pelo processo saúde-doença dos beneficiários atendidos. Além de promover atenção integral e humanizada, consequentemente reduzindo os gastos assistenciais desnecessários (RODRIGUES, 2013).

A cooperativa médica estudada não possui metodologia de análise de perfil de saúde implantada, somente detêm dados epidemiológicos básicos (idade, gênero) de utilização (consultas, exames, internações, etc.), relacionados à contratação do plano, doenças conforme CID (Classificação Internacional de Doenças). Portanto, os dados não são compilados para gerar a informação do perfil de saúde, epidemiológico e demográfico, dificultando a tomada de decisão dos gestores quanto às necessidades de ações de saúde. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi propor um modelo assistencial para uma operadora de planos de saúde baseado nas metodologias APS – Atenção Primária em Saúde e ESF – Estratégia Saúde da Família.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso transversal, epidemiológico descritivo desenvolvido em uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná. Realizou-se coleta de dados secundários referente ao período de 2014 a 2018 de uma operadora de planos de saúde pertencente à modalidade cooperativa médica. Os dados foram cedidos pela própria empresa no intuito de mapear a população estudada, entre eles: sexo, faixa etária, utilização do plano (consultas, exames, internações, atendimentos ambulatoriais), custo assistencial e doenças crônicas.

O software que gerou os dados foi o QlikView versão 11, no qual foi adquirido pela empresa para análise de dados de seu sistema de gestão. Em seguida os

dados foram agrupados em planilhas no programa Microsoft Office Excel versão 2016. Foram utilizados métodos de cálculo de média, porcentagem para avaliar a representatividade comparada com um total e custo médio.

No momento da pesquisa haviam 27.086 beneficiários na carteira de clientes que foram agrupados em três faixas etárias (0 a 17 anos; 18 a 59 anos; mais de 60 anos) e dois gêneros (feminino e masculino).

Já os dados disponibilizados pela operadora quanto à utilização do plano pelos clientes foram mais abrangentes, sendo possível identificar na pesquisa: os custos e quantidade de eventos utilizados por beneficiário por idade e gênero, comparando qual perfil custa mais para a operadora e utiliza mais os serviços de saúde.

Após formatadas as tabelas com os dados levantados, realizou-se pesquisa na literatura científica para discussão das informações geradas.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar, recomenda que na faixa etária de 0 a 18 anos o ideal é que esteja maior ou igual a 26% da carteira total de beneficiários de uma operadora de planos de saúde, a Tabela 1 expõe que a operadora estudada está com 21%. Já na faixa acima de 59 anos recomenda-se que permaneça menor ou igual a 10% do total da carteira, e nesse caso está em 19%. Dessa forma, representa-se um risco de custos elevados, pois a carteira de idosos geralmente apresenta doenças crônicas que sugerem tratamentos contínuos e custosos, já os clientes abaixo de 18 anos utilizam raramente o plano na maioria dos casos, por isso quanto mais pessoas nessa faixa etária, melhor é o resultado financeiro para a operadora (BRASIL, 2016).

Mesmo com a representatividade média alta de idosos na carteira de clientes, percebeu-se que ainda foi reduzido esse índice nos 5 anos estudados, já a faixa etária menor de 18 anos aumentou com o passar dos anos, embora essas duas faixas ainda estejam longe do ideal preconizado (Tabela 1).

Classificação	Ano de análise					Média
	2014	2015	2016	2017	2018	
Faixa etária						
0 A 17	14%	16%	17%	19%	21%	17%
18 a 59	61%	61%	61%	61%	61%	61%
Mais de 60	24%	23%	22%	20%	19%	22%

Tabela 1 – Distribuição em percentual por faixa etária da carteira total de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná de 2014 a 2018.

Fonte: Qlikview (2018).

A Tabela 2 demonstra que o custo médio por ano nos idosos é muito maior do que nos jovens abaixo de 18 anos, devido à complexidade relacionada às doenças predominantes em cada faixa etária, pois os idosos possuem maior tendência à apresentarem comorbidades e DCNTs, tornando o cuidado mais complexo, de difícil resolução, muitas vezes com gastos desnecessários por não haver uma assistência focada no cliente de forma holística e sim fragmentada.

Classificação	Gênero		Resultado
	Feminino	Masculino	
Faixa etária			Diferença
0 a 17	R\$ 914,32	R\$ 1.095,85	R\$ 181,53
18 a 59	R\$ 2.748,96	R\$ 1.899,77	R\$ 849,19
Mais de 60	R\$ 6.043,88	R\$ 6.610,87	R\$ 566,99

Tabela 2 - Custo médio anual por beneficiário segundo o gênero e a faixa etária de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018.

Fonte: próprio autor.

O resultado encontrado demonstra que os homens custam mais na faixa etária abaixo de 18 anos e acima de 60 anos, já as mulheres custam mais que os homens somente na faixa etária intermediária, isso pode estar ligado ao fato da mulher se cuidar mais e realizar mais exames preventivos do que o homem.

A Tabela 3 representa a proporção de utilizações dos serviços de saúde em cada faixa etária e gênero. É possível analisar que o homem utiliza mais os serviços de saúde nas duas faixas etárias extremas da pirâmide: de 0 a 17 anos 11% e mais de 60 anos 40% em média, já a mulher apresenta maior índice de utilização na faixa intermediária de 18 a 59 anos (59% do total dos eventos), faixa etária onde realizam-se os exames preventivos necessários dessa população.

Classificação	Gênero		Resultado
	Feminino	Masculino	
Faixa etária			Média total por faixa etária
0 A 17	7%	11%	8%
18 a 59	59%	49%	55%
Mais de 60	34%	40%	37%

Tabela 3 - Proporção média na quantidade eventos utilizados/realizados anualmente pelos beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo o gênero e a faixa etária, no período de 2014 a 2018.

Fonte: próprio autor.

Já ao analisar a Tabela 4, é preciso salientar o alto custo assistencial com os idosos acima de 60 anos da carteira, representando 46% do custo total, sendo que

os homens custam mais nessa faixa etária (50% do total dos custos), assim como na faixa etária abaixo de 18 anos (8%). O sexo feminino só custa mais na faixa etária de 18 a 59 anos (54%). Na média geral, a representatividade nos custos nas faixas etárias de 18 a 59 anos e mais de 60 anos são quase iguais entre si, apresentando uma diferença de apenas 3% quando comparados.

Classificação	Gênero		Resultado
	Feminino	Masculino	
Faixa etária			Média por idade
0 a 17	5%	8%	6%
18 a 59	54%	42%	48%
Mais de 60	41%	50%	46%

Tabela 4 - Proporção média no custo assistencial total médio anual de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo o gênero e a faixa etária, no período de 2014 a 2018.

Fonte: próprio autor.

A pesquisa realizada por Carneiro et al. (2013) através do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar- IESS, analisou os custos assistenciais da população brasileira que possui plano de saúde individual, projetando esses custos do ano de 2010 até 2050. No primeiro ano estudado, o custo total assistencial foi de R\$59,2 bilhões e projetando para o ano de 2050 aumentará em 79,6%, ou seja, R\$104,7 bilhões. A faixa etária que contribuirá significativamente para essa evolução do gasto total será acima de 60 anos de idade, pois em 2010 representava 27% do custo total, sendo que em 2050 passará a representar 58%. Sendo que o tipo de serviço que será mais custoso em 2050 será a internação hospitalar, passando de 53% em 2010 para 60% em 2050, constatou-se que esse dado está diretamente ligado à evolução do grupo etário idoso.

No mesmo estudo, analisou-se amostra dos planos de saúde em modelo de autogestão, chegando à conclusão de que haverá um aumento dos custos assistenciais de 2010 a 2050 de 98,6%. Sendo que as internações irão evoluir 132,2% nesses 40 anos. Quando se verificou a faixa etária, os idosos representarão de 33% para 65% do gasto total em 2050. Destacou-se que o grupo de mais de 80 anos de idade passará de 11% para 29% do custo assistencial total, demonstrando a maior sobrevivência da população brasileira no passar dos anos. Quando ajustada a análise por gênero, o feminino demonstrou maior evolução nos custos assistenciais, de 101,6% entre 2010 e 2050, já o masculino ficou em 94,4% (CARNEIRO et al., 2013).

Ao comparar a proporção da quantidade média de clientes por faixa etária, a proporção dos custos assistenciais pela mesma classificação e a proporção da

utilização dos serviços de saúde, foi possível confeccionar a Tabela 5 a seguir. Onde indica-se que 22% dos clientes custam 46% de todo o custo assistencial da carteira e consomem 37% de todos os serviços disponibilizados a toda a população assistida, no que diz respeito à faixa etária de idosos.

<b>Faixa etária</b>	<b>Representatividade na quantidade de pessoas</b>	<b>Representatividade no custo total</b>	<b>Representatividade na utilização de serviços</b>
0 A 17	17%	6%	9%
18 a 59	61%	48%	54%
Mais de 60	22%	46%	37%

Tabela 5 - Representatividade no custo assistencial total médio anual de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo a faixa etária, no período de 2014 a 2018.

Fonte: próprio autor.

Já a maior parcela de clientes (61%) que está no meio da pirâmide etária (de 18 a 59 anos), representou quase a mesma porção de custos dos idosos (48%) do custo total e utilizou 54% de todos os serviços de saúde. Já na menor faixa etária (de 0 a 17 anos), apresentou um custo pequeno para tratamento de saúde, pois em quantidade de beneficiários são 17%, e a representatividade dessa população sob os custos assistenciais é de apenas 6%, sendo que utilizam apenas 9% de todos os serviços realizados.

Dessa forma na Tabela 5, também ficou evidente o montante importante dos custos assistenciais que a operadora destinou aos idosos, que, mesmo não representando uma grande quantidade de clientes, como estão envelhecendo sem qualidade, acabam custando mais em seus tratamentos. Vale evidenciar que a população que hoje está na faixa etária de 18 a 59 anos serão os idosos do futuro.

A saúde suplementar do país é carente de serviços de saúde que foquem no gerenciamento de saúde, onde o envelhecimento da população pode representar um problema de sustentabilidade ou uma oportunidade de inovar em todo o sistema (MANSO, 2017).

Ao verificar a proporção dos custos assistenciais por tipo de serviço na Tabela 6, a faixa etária de 0 a 17 anos custou mais nos serviços de consultas eletivas (2%), exames (1,1%) e internações (1,8%), porém em pequena quantidade 2,1%, 4,4% e 0,1% respectivamente. Isso se deve ao fato de que os recém-nascidos passam por puericultura (acompanhamento mensal para avaliação do desenvolvimento até completar 1 ano de idade) e consultas rotineiras para acompanhamento do desenvolvimento.

Classificação	0 a 17 anos		18 a 59 anos		Mais de 60	
	Custo	Qtde.	Custo	Qtde.	Custo	Qtde.
Tipo de serviço utilizado						
Consultas eletivas	2,0%	2,1%	7,7%	8,9%	4,6%	5,1%
Consultas de urgência	0,5%	0,5%	0,8%	1,0%	0,3%	0,4%
Exames	1,1%	4,4%	13,3%	37,6%	8,9%	24,1%
Terapias	0,3%	1,0%	0,7%	3,8%	0,6%	3,8%
Terapias	0,0%	0,0%	2,0%	0,1%	3,1%	0,2%
Outros atendimentos	0,5%	0,4%	7,1%	3,2%	7,9%	2,5%
Internações	1,8%	0,1%	16,9%	0,4%	19,4%	0,3%
Atenção domiciliar	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%
Representatividade total	6,1%	8,6%	48,8%	55,0%	45,1%	36,4%

Tabela 6 - Proporção no custo assistencial total e na quantidade de eventos anual de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo a faixa etária por tipo de serviço utilizado, no período de 2014 a 2018.

Fonte: próprio autor.

Quando analisada a faixa etária intermediária de 18 a 59 anos na Tabela 6, foi possível identificar que é uma população que custa mais na modalidade de internações hospitalares (16,9%), se aproximando aos idosos nesse item, gastam mais com exames (13,3%) do que as outras faixas etárias assim como com consultas eletivas (7,7%), consultas de urgência (0,8%) e terapias (2,7%). Pode-se afirmar que essa faixa etária dispõe de população próxima dos idosos, por isso pode estar carregando as idades menores para um alto custo, e também essa faixa etária tem maior quantidade de pessoas (61% da carteira total).

A Tabela 6 expõe que a faixa etária que mais gasta com internações hospitalares diz respeito aos idosos acima de 60 anos (19,4%), já quando se verificou a utilização em atenção primária dessa mesma população, sendo a taxa de consultas eletivas (5,1%), de exames (24,1%) e de terapias com equipe multidisciplinar (3,8%) é muito pequena, assim como os atendimentos domiciliares (0%). Sugerindo que essa população está envelhecendo sem qualidade de vida, tendo que procurar diretamente a atenção terciária (internação hospitalar) para sanar um problema de saúde, tornando a assistência mais cara e pouco resolutive.

O item Terapias que engloba tratamentos médicos de alto custo como quimioterapia e hemodiálise, representa utilização importante nas faixas etárias a partir de 18 anos, conforme exposto na Tabela 6, contribuindo com a ideia de que a operadora estudada não está focada na atenção primária que visa a prevenção e a promoção da saúde.

Na Tabela 7 o dado que mais chama a atenção, é referente ao internamento, pois na carteira total de clientes, essa modalidade de serviço representa 38% de todo o custo da operadora, mas quando verificou-se a representatividade na quantidade total de eventos é apenas de 1%, portanto demonstrou-se como a internação

hospitalar tem um custo elevado e impacta no custo assistencial das operadoras de planos de saúde, e a atenção primária pode auxiliar na redução dessas internações.

<b>Tipo de utilização (evento)</b>	<b>Representatividade média sobre o custo total anual</b>	<b>Representatividade média sobre a quantidade total anual</b>
Consultas Eletivas	15%	16%
Consultas Emergência	2%	2%
Exames	24%	67%
Terapias	1%	8%
Terapias	5%	0%
Outros atendimentos	16%	6%
Internamento	38%	1%
Atenção Domiciliar	0%	0%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tabela 7 - Proporção por tipo de serviço no custo total e na quantidade total de eventos anual realizados por uma carteira de clientes de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018.

Fonte: próprio autor.

No estudo de Leal e Matos (2009), ressaltou-se que é preciso diferenciar os dois componentes na evolução dos custos assistenciais para realizar uma análise: a variação dos custos médios e a variação das quantidades de utilização. A variação dos custos médios, como por exemplo por internação, representa o aumento dos preços dos insumos de saúde (proxy da inflação) e a utilização tecnológica na assistência. A variação na frequência de utilização dos serviços, estaria associada ao aumento do cuidado com a saúde, doenças crônicas e envelhecimento da população, necessitando de mais atendimento pelo setor.

Duarte et al. (2013) demonstrou que dos custos totais da cooperativa estudada, 49,6% eram com internação no ano de 2007, e passou a ser 53,5% em 2013. Sendo que houve aumento de custo por internação de 141%. Já os gastos com atendimentos ambulatoriais foram reduzidos de 45,7% para 39,9% nos respectivos anos. Quando divididos em categorias de serviços, 61% foram com exames, 26% consultas, 8% procedimentos clínicos e 5% procedimentos cirúrgicos.

As operadoras de planos de saúde visam reduzir seus custos assistenciais através de programas de promoção e prevenção, porém só será possível esse objetivo caso esteja alinhado com a implantação de políticas de saúde e um modelo assistencial que busque a qualidade e resolutividade (ALVES, UGÁ e PORTELA, 2016).

O Gráfico 1 demonstrou a relação de despesas e receitas, ou seja, sinistralidade da operadora estudada, sendo que no ano de 2014 apresentou-se a menor taxa histórica, o ano de 2016 e 2017 atingiram os índices mais altos, porém em 2017 e

2018 vem reduzindo.

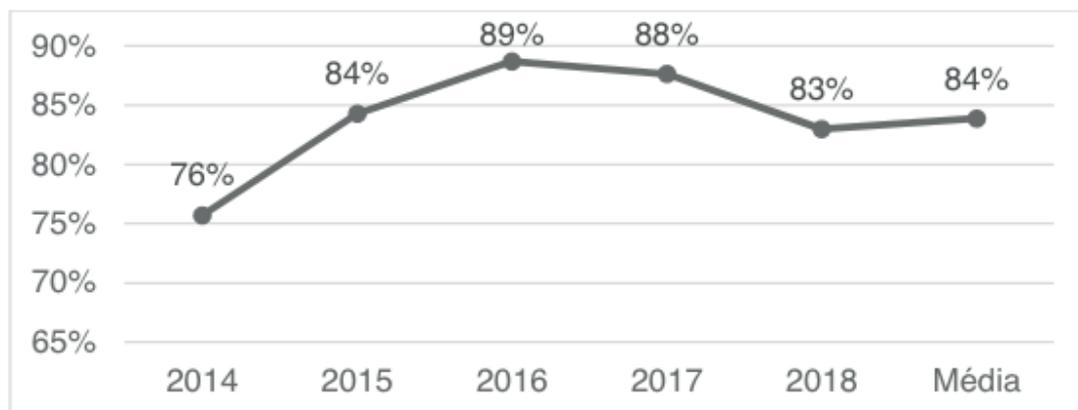


Gráfico 1 - Sinistralidade total anual de uma carteira de clientes de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018.

Fonte: próprio autor.

Em sua pesquisa, Corrêa (2016), destacou que o período em que a ANS estabelece novo rol de cobertura mínima obrigatória para as operadoras de planos de saúde (a cada dois anos), representa-se impacto posterior nos resultados gerais das operadoras conforme seu desempenho perante as novas exigências do sistema regulatório. Identificou também que no ano de 2015, o cenário macroeconômico do país influenciou na redução do número de beneficiários da saúde suplementar devido à alta taxa de desemprego, estando associado aos resultados das operadoras de forma direta.

Baseado nos dados apresentados nessa pesquisa anteriormente, propôs-se um novo modelo assistencial para a operadora elencada, com o objetivo de melhorar a qualidade assistencial, contribuir para a qualidade de vida e o envelhecimento ativo e saudável, promover saúde, prevenir doenças, e conseqüentemente reduzir os custos assistenciais para garantir a sustentabilidade da empresa.

O modelo de atenção à saúde sugerido a ser implantado, é baseado na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família, duas metodologias já implantadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa realizada por Alves, Ugá e Portela (2016), que analisou a clientela inscrita em programas de atenção à saúde de uma operadora de planos de saúde, apontou que no início da implantação do modelo Estratégia Saúde da Família- ESF a quantidade de consultas por cliente aumentou, mas nos anos subsequentes com a gestão assistencial pode ter acarretado a redução desse número, pois os programas gerenciam a saúde dos beneficiários formando vínculo e acesso aos mesmos. Também se citou que, como a equipe de saúde identifica as necessidades e riscos da população acompanhada e pretende-se manter os parâmetros de monitoramento de

saúde dentro da normalidade recomendada, reduz-se a necessidade de consultas que antes eram mais frequentes pela instabilidade do quadro clínico.

A metodologia APS deverá dispor dos atributos essenciais para esse nível de atenção: acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade, a fim de garantir a adesão dos beneficiários e estabelecer relação de confiança entre a equipe e os mesmos.

Abaixo relacionou-se as estratégias para a operadora atingir os atributos essenciais da APS:

- a. Acesso:** 1. Realização de busca ativa dos beneficiários, através de identificação por sistema de gestão e contato dos profissionais por região geográfica definida. 2. Estabelecer horário estendido de atendimento da Unidade de Saúde de apoio. 3. Garantir atendimento e contato com um enfermeiro e um médico por tempo integral, sempre que houver demanda dos pacientes, por meio de plantão através de canal de comunicação à distância.
- b. Longitudinalidade:** 1. Atender o cliente e sua família em todos os momentos de suas vidas, desde o nascimento até o óbito. 2. Por meio de ações de educação em saúde adequadas a cada período da vida, realizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças dos beneficiários acompanhados.
- c. Coordenação do cuidado:** 1. Realizar a coordenação da saúde dos beneficiários e familiares, direcionando-os e avaliando-os constantemente e de forma presencial para prevenir doenças e agravos. 2. Avaliar riscos em saúde e promover meios de reduzi-los contando com o apoio de toda a rede de atenção à saúde da operadora. 3. Quando forem necessários encaminhamentos para especialidades, ou outros níveis de atenção, como por exemplo o terciário (hospitalar), realizar o acompanhamento via telefone e presencial também, até que o usuário retorne ao nível primário de atenção à saúde.
- d. Integralidade:** 1. Cuidar da saúde do paciente e família de forma holística, onde se considerará os aspectos biológicos, psicológicos, espirituais e sociais nos quais estão inseridos. 2. Estabelecer relação de confiança entre os profissionais e beneficiários, por meio de educação continuada e formação na área de atenção primária.

Quando a pessoa adquire um plano de saúde, obrigatoriamente deverá ser submetida a uma avaliação médica e de enfermagem inicial para avaliação holística situacional, com o objetivo de verificar as necessidades de saúde, fatores de risco e serviços necessários, para melhor direcionamento e condução do caso. Se nessa avaliação, os profissionais concluírem que o beneficiário não possui riscos ou problemas de saúde instalados, encaminharão o mesmo a um programa de acompanhamento de saúde contínuo, que utilizará visitas domiciliares

por agentes de saúde divididos por áreas geográficas, assim como uma rotina de telemonitoramento (contato telefônico) programado para avaliação da situação e riscos.

Se na primeira avaliação forem identificados fatores de riscos, necessidades de orientação ou doenças já instaladas, o beneficiário será encaminhado para outra linha de cuidado, através de programa de gerenciamento de saúde conforme avaliação de complexidade de cada caso. Nessa vertente, será utilizado além da metodologia de visitas domiciliares e telemonitoramento por agente de saúde, acompanhamento de equipe multiprofissional alocada na filial da operadora, que consistirá em: médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, educador físico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, conforme a necessidade de cada paciente.

As duas linhas de cuidado (paciente estável e paciente instável), serão coordenadas por um médico e um enfermeiro que poderão ser divididos por área geográfica ou por complexidade de pacientes, o importante é que não ocorra rotatividade desses dois profissionais, fidelizando o cliente à metodologia de gerenciamento de saúde.

No decorrer do acompanhamento, caso ocorra alguma intercorrência relacionada à saúde do paciente em que o médico e o enfermeiro concluam que há necessidade de avaliação e/ou tratamento especializado em nível secundário ou terciário de atenção em saúde, como avaliação e parecer de médicos especialistas, laboratórios de análises clínicas e patologia, exames de diagnóstico por imagem ou hospitais, o mesmo deverá ser encaminhado de forma direcionada e coordenada para o serviço referenciado, conforme a rede assistencial contratada para apoio do novo modelo de atenção à saúde da operadora. Portanto o paciente não poderá procurar por livre demanda o serviço que quiser, mas sim somente onde a equipe que o acompanha direcionar.

#### **4 | CONCLUSÃO**

Foi evidenciado na pesquisa que a operadora estudada não possui ações permanentes em coordenação do cuidado dos beneficiários atendidos, por isso se propôs uma mudança no modelo assistencial da operadora. Essa mudança dependerá de muitos fatores, dentre eles: investimento, contratação de pessoal, treinamento dos profissionais, mas principalmente reconhecimento dos profissionais e da população atendida de que esse nível de assistência é ideal para manter seu estado de saúde, pois culturalmente não é essa metodologia que têm se seguido.

O modelo assistencial inovador sugerido para a operadora estudada foi um misto das duas metodologias encontradas: APS- Atenção Primária à Saúde e ESF-

Estratégia Saúde da Família. Demonstrou-se o percurso assistencial do beneficiário atual e no novo modelo, onde afirmou-se que será possível reduzir os custos assistenciais com a metodologia sugerida, pois permitirá reduzir o desperdício de recursos, promover a resolutividade da maioria dos problemas de saúde sem precisar de uma atenção mais especializada, direcionar os recursos para os casos em que realmente serão necessários, além de monitorar e tratar fatores de risco para prevenir doenças, promover a saúde e manter o indivíduo ativo e saudável.

O modelo assistencial sugerido no estudo, permitirá à operadora reduzir seus custos assistenciais a longo prazo contribuindo com a sustentabilidade da mesma e promovendo a qualidade assistencial, pois inserirá cultura preventiva na rede de atenção à saúde e nos beneficiários, contrariando a predominância curativa das ações praticadas atualmente. Ressalta-se que a presente pesquisa será disponibilizada para a operadora de planos de saúde estudada, para que seus gestores possam analisar e verificar a viabilidade de implantação da metodologia sugerida e dessa forma poderão decidir quanto à adesão.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Danielle Conte; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTELA, Margareth Crisóstomo. **Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira.** *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 153-161, jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2008 – Saúde Suplementar: Vigilância de Fatores de Risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Brasília: 2009.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa Conjunta nº7, de 07 de julho de 2012.** Diretoria de Normas e Habilitações de Operadoras – DIOPE e Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor.** Rio de Janeiro: 2016.

CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro.** IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. São Paulo: 2013.

CORRÊA, Rodrigo Alexandre. **Análise de aspectos que influenciam o desempenho de operadoras de planos de saúde privados. 2016. 71f. Dissertação (Mestrado em Administração)** -. Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade Fundação Mineira de Educação e Cultura – FUMEC, Belo Horizonte, 2016.

DUARTE, André Luís de Castro Moura et al. **Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2753-2762, ago. 2017.

LEAL, Rodrigo Mendes; MATOS, João Boaventura Branco de. **Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes.** *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 447-458, Dez. 2009.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez. **Envelhecimento. saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil.** Revista Kairós: Gerontologia. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 135-151, 2017.

RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar: uma proposta de reorientação do modelo assistencial. 2013.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

## **SOBRE O ORGANIZADOR**

**BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO** - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acessibilidade 14, 15, 21, 125

Acesso à saúde 16, 182

Administração Hospitalar 81, 83, 91

Alta Hospitalar 41, 43, 46, 47, 76, 99, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 140

Arduino 141, 142

Atenção Primária em Saúde 20, 52, 54

### B

Banco de Sangue 101

### C

Captura digital de imagem 167

Cáries 27

Cavidades dentárias 26, 27, 33

Centro de Atenção Psicossocial 191, 192, 193

Comunicação 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 62, 66, 67, 69, 71, 72, 85, 87, 100, 107, 118, 119, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 167, 174, 175, 180, 182, 196

Comunicação em saúde 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23

Contratualização 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 96, 98, 99

Crianças dependentes de tecnologias 39, 40, 41

Cuidado em Saúde 179, 180, 191, 192, 193

Curativos 16, 184, 186, 187, 189

### D

Dano ao paciente 105, 110, 117

Descarga por Barreira Dielétrica 27, 36

Desospitalização 39, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50

DICOM 167, 170, 174, 177

### E

Educação em Saúde 62, 66, 68, 79, 125, 127, 129, 138, 139

Educação mediada por tecnologia 66

Endoscopia 76, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 177, 178

Enfermagem 39, 41, 42, 49, 50, 62, 65, 75, 77, 79, 100, 116, 119, 120, 121, 122, 128, 129, 134, 138, 139, 140, 162, 165, 178, 186, 190, 197

Engenharia de Software 101, 104

Envelhecimento 14, 15, 58, 60, 61, 64, 65, 188

Equilíbrio 141

Equipe multiprofissional 39, 41, 47, 52, 63, 91

Erros de medicação 105, 108, 110, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 121

Escaneamento 3D 145

Estratégia de Saúde da Família 191

## F

Família 39, 41, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 61, 62, 64, 77, 79, 90, 156, 157, 191, 193

Farmácia 2, 6, 7, 10, 13, 121

Feridas Complexas 184, 186, 187, 188, 189, 190

## G

Gastrostomia 75, 76, 77, 78, 79

Gerenciamento de Dados 101, 102, 103

Gestão 13, 21, 54, 61, 62, 67, 69, 81, 83, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 128, 156, 164, 185, 190

## I

Idosos 14, 15, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 64, 65, 141

Imagem de Endoscopia 167, 177

Inovação 17, 21, 23, 26, 28, 37, 66, 67, 68, 69, 73, 81, 85, 89, 90, 91, 144, 166, 184, 185, 186, 188

## K

Kanban 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

## M

Mídias sociais 17, 19, 20, 21, 23, 123, 124, 125, 127, 128, 193

Mobilidade 14, 73

Moldagem odontológica 145

## N

Notificação 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 119, 120, 122, 162

## O

Ocupação de Leitos 91

Odontologia 26, 27, 28, 29, 33, 35, 144, 145, 146, 153, 154

## P

PACS 167, 175, 176, 177

Parto 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165

Pediatria 39, 75, 77, 80, 183

PGRSS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

Plasma na odontologia 27

Plataforma Dupla 141  
Produção Hospitalar 81, 83, 84, 88, 89, 90  
Psicologia Social 155, 165

## R

Reabilitação 16, 54, 141  
Rede de apoio 39, 43, 44, 47, 48, 49, 75, 76  
Rede social 16, 17, 18, 47, 48, 49, 123, 125, 127, 155  
Relações Profissional-Paciente 179, 195  
Requisitos 101, 102, 103, 169, 177  
Resíduos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13  
Reumatismo 123, 124, 125, 126, 127, 128

## S

Saúde 1, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 37, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 132, 134, 138, 139, 144, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 170, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 196, 197  
Saúde Mental 191, 192, 193, 195, 196  
Saúde suplementar 52, 53, 54, 55, 57, 58, 61, 64, 65  
Scanner Intra-Oral 145  
Segurança do paciente 96, 98, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 139  
Sistemas inteligentes 81, 83, 86

## T

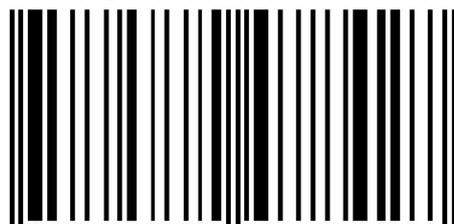
Tecnologia do plasma 27  
Tecnologia Educacional 129, 132, 138  
Tecnologia em Saúde 184, 185, 186, 190  
Teleconsulta 179, 180, 181, 182, 183  
Telemedicina 66, 68, 69, 181, 182  
Telessaúde 66, 67, 68, 69, 73, 180, 181, 182  
Terapia por Pressão Negativa 184, 186, 187, 188, 189, 190  
Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas 129, 130, 140  
Tratamento 3, 4, 11, 13, 28, 30, 33, 34, 35, 37, 58, 63, 78, 79, 110, 115, 129, 131, 132, 140, 141, 144, 150, 163, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 194  
Trello 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99

## V

Vídeos educativos 129, 140  
Violência 155, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-842-7



9 788572 478427