

Ciências da Saúde

em debate

Luana Vieira Toledo
(Organizadora)



Ciências da saúde

em debate

Luana Vieira Toledo
(Organizadora)



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Diagramação: Daphynny Pamplona
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Luana Vieira Toledo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde em debate / Organizadora Luana Vieira Toledo. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-943-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.438221602>

1. Saúde. I. Toledo, Luana Vieira (Organizadora). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A coleção “Ciências da Saúde em Debate” apresenta em dois volumes a produção científica multiprofissional que versa sobre temáticas relevantes para a compreensão do conceito ampliado de saúde.

Tendo em vista a relevância da temática, objetivou-se elencar de forma categorizada, em cada volume, os estudos produzidos pelos diferentes atores, em variadas instituições de ensino, pesquisa e assistência do país, a fim de compartilhar as evidências produzidas.

O volume 1 da obra apresenta publicações que contemplam a inovação tecnológica aplicada à área da saúde, bem como os avanços nas pesquisas científicas direcionadas à diferentes parcelas da população.

No volume 2 estão agrupadas as publicações com foco nos diferentes ciclos de vida, crianças, adolescentes, mulheres, homens e idosos. As publicações abordam os aspectos biológicos, psicológicos, emocionais e espirituais que permeiam o indivíduo durante a sua vida e o processo de morrer.

A grande variedade dos temas organizados nessa coleção permitirá aos leitores desfrutar de uma enriquecedora leitura, divulgada pela plataforma consolidada e confiável da Atena Editora. Explore os conteúdos e compartilhe-os.


Luana Vieira Toledo
Organizadora

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO PARA A GESTÃO EM SAÚDE: O DESENVOLVIMENTO DE UMA PLATAFORMA DIGITAL


Maria Salete Bessa Jorge
Kamyla de Arruda Pedrosa
Dina Mara Formiga da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4382216021>

CAPÍTULO 2..... 19

UM SERVIÇO COM TECNOLOGIA DE PONTA E INOVAÇÃO COM UM ALTO GRAU DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO SUS

Marcia Fatima Balen Matte
Dercio Nonemacher
Antonio Ernesto Todeschini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4382216022>

CAPÍTULO 3..... 26

BARREIRAS E FACILITADORES NO TELEATENDIMENTO: UM OVERVIEW DE REVISÕES SISTEMÁTICAS


Lucivania Cordeiro Silva
Higor Luan da Silva Almeida
Maísa Miranda Coutinho
Ana Paula Araújo da Silva Medeiros
Jane Mary de Medeiros Guimarães
Maria Luiza Caires Comper

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4382216023>

CAPÍTULO 4..... 40

DESENVOLVIMENTO DE APLICATIVO SOBRE HIV/AIDS: EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Gisele Matias de Freitas
Caio Freire Pessoa Filho
Camila Maria de Aguiar Pereira
Catharina Ohany da Silva
Heloísa Simões Silva
Joane Otávio Farias Barreto


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4382216024>

CAPÍTULO 5..... 47

SCANNER 3D PARA MODELAGEM DE SÓLIDOS

Tereza Beatriz Oliveira Assunção
Custódio Leopoldino de Brito Guerra Neto
Felipe Fernandes Neto
Renivânia Pereira da Silva
Francimaria Aparecida da Silva Oliveira


Ana Luiza Matos da Silva
Maria Eduarda Franklin da Costa de Paula
Maria Heloyze Medeiros de Araújo
Andryele Eduarda de Araújo Medeiros
Ana Beatriz Villar Medeiros
Marco Aurélio Medeiros da Silva
Bruno de Macedo Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4382216025>

CAPÍTULO 6..... 59

FABRICAÇÃO DE UM REATOR PARA TRATAMENTO SUPERFICIAL DE CILINDROS DE TITÂNIO POR OXIDAÇÃO A PLASMA ELETROLÍTICO


Arlindo Balbino Nascimento Neto
Custódio Leopoldino de Brito Guerra Neto
Renivânia Pereira da Silva
Tereza Beatriz Oliveira Assunção
Felipe Fernandes Neto
Joelson da Silva Ferreira
Maria Eduarda Franklin da Costa de Paula
Maria Heloyze Medeiros de Araújo
Andryele Eduarda de Araújo Medeiros
Ana Beatriz Villar Medeiros
Marco Aurélio Medeiros da Silva
Bruno de Macedo Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4382216026>

CAPÍTULO 7..... 71

ANÁLISE DO TEOR DE ACIDEZ TOTAL TITULÁVEL DE AMOSTRAS DE UVA DE JUAZEIRO – BA

Edissandra de Sousa Trindade
Julia Aimê Rêgo Noronha
Leila Helena de Jesus Carneiro
Marcia Otto Barrientos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4382216027>

CAPÍTULO 8..... 77

CENÁRIO DE DIAGNÓSTICO MOLECULAR DA TUBERCULOSE PULMONAR E EXTRAPULMONAR EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Erivaldo Elias Junior
Maurício Antônio Pompilio
Rayssa de Sousa Matos da Costa
Claudia Gonçalves Gouveia
Ângela Maria Dias de Queiroz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4382216028>

CAPÍTULO 9..... 86

CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIO: APLICAÇÃO DA GENÉTICA CLÍNICA

COMO FERRAMENTO DE PREVENÇÃO


Gabriel Lipinski de Farias
Lustarllone Bento de Oliveira
Nara Rubia Souza
José Felipe Farias das Silva
Alexandra Barbosa da Silva
Larissa Farias Pires
Alan Alves Rodrigues
Sheyla Campos Viana
Caio César dos Santos Mognatti
Anne Caroline Dias Oliveira
Camille Silva Florencio
Jackson Henrique Emmanuel de Santana

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4382216029>

CAPÍTULO 10..... 97

SONOGRAMAS DE ENUNCIADOS PORTUGUÊS BRASILEIRO

Leonor Scliar Cabral

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.43822160210>

CAPÍTULO 11 108

ENSAIOS DE QUALIDADE EM COMPRIMIDOS DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO ARMAZENADOS EM PORTA-COMPRIMIDOS


Viviane Borio
Tatiane Carvalho da Silva
Fernanda Gonçalves de Oliveira
Simone Lapena
Priscila Ebram de Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.43822160211>

CAPÍTULO 12..... 118

EXTRATOS LARVAIS DE *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* e *Culex quinquefasciatus* ESTIMULAM A OVIPOSIÇÃO E PODEM SER USADOS EM ESTRATÉGIAS DE CONTROLE COM ARMARDILHAS ATRATIVAS E LETAIS

Gabriel Bezerra Fairstein
Andréa Karla Lemos da Silva Sena
Walter Soares Leal
Rosângela Maria Rodrigues Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.43822160212>

CAPÍTULO 13..... 129

OS IMPACTOS POUCO CONHECIDOS AOS CONSUMIDORES DE CREATINA: UMA REVISÃO


Matthews Valença de Lima
Lucas Veloso Lins
Tibério Cesar Lima de Vasconcelos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.43822160213>

CAPÍTULO 14..... 136

EFEITO DO USO DO DIÁRIO ILUSTRADO NAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA RECREATIVA SOBRE A GLICEMIA, PERFIL LIPÍDICO E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE ESCOLARES COM SOBREPESO E OBESIDADE


Angeliete Garcez Militão
Elba Sancho Garcez Militão
Suliane Beatriz Rauber
Carmen Silvia Grubert Campbell

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.43822160214>

CAPÍTULO 15..... 147

OS BENEFÍCIOS DA APLICAÇÃO SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO FERRAMENTA PARA O GRADUANDO DO CURSO DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA


Luiz Pedro Junior
Rita de Cassia Silva Vieira Janicas
Julia Peres Pinto
Cristina Rodrigues Padula Coiado
Sandra Maria da Penha Conceição

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.43822160215>

CAPÍTULO 16..... 162

CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE TRACOMA NO MUNICÍPIO DE TURMALINA, MG


Evanildo José da Silva
Layze Alves Vieira Oliveira
Keven Augusto Ribeiro Araújo
Thaieny Emanuelle Oliveira Lemes
Virgínia Francisco Bravo
Fernanda Caroline Silva
Leida Calegário de Oliveira




 <https://doi.org/10.22533/at.ed.43822160216>

CAPÍTULO 17..... 170

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERDA DOS MÉTODO NÃO FARMACOLÓGICO: MUDANÇA DE POSIÇÃO PARA O ALIVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Alinne Nascimento de Sousa
Thalyson Pereira Santana
David Wesley de Sousa Pinto
Pamela Carolinny Coelho da Silva Costa
Raquel de Araújo Fernandes
Milena Rocha da Silva
Andréia Brandão Ferreira
Tháís Abreu Fialho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.43822160217>

CAPÍTULO 18.....	177
LIGA ACADÊMICA DE TERAPÊUTICA MÉDICA (LATEM): MODELO DE CORRELAÇÃO ENTRE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO	
Jéssica Mainardes	
Fabiana Postiglione Mansani	
Laís Cristina Zinser Spinassi	
Israel Marcondes	
Letícia Fernanda da Silva	
Wilson Schemberger Oliveira	
Isabela Hess Justus	
Angélica Campos Fernandes Araújo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.43822160218	
CAPÍTULO 19.....	184
DESAFIOS POSTOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR	
Thuany Küster Will	
Maristela Dalbello-Araujo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.43822160219	
CAPÍTULO 20.....	197
A REPRESENTAÇÃO DO TRABALHO PARA A PESSOA IDOSA NA SOCIEDADE NEOLIBERAL	
Bianca Nogueira Mattos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.43822160220	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	210
ÍNDICE REMISSIVO	211

DESAFIOS POSTOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Data de aceite: 01/02/2022

Data da Submissão: 01/12/2021

Thuany Küster Will

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Vitória – Espírito Santo
<https://orcid.org/0000-0001-7643-1374>

Maristela Dalbello-Araujo

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Vitória – Espírito Santo
<https://orcid.org/0000-0002-9950-3358>

RESUMO: A Agência Nacional de Saúde (ANS) publicou, em 2019, o Programa de Certificação de boas práticas em Atenção Primária e algumas operadoras de saúde aderiram aos seus ideais. Este estudo teve como objetivo analisar esse novo modelo praticado por uma operadora de saúde da região Sudeste. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada por meio de análise documental que evidenciou as mudanças realizadas para que a operadora pudesse providenciar a implantação do modelo. Para aferir a percepção dos beneficiários foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas com os gestores das maiores empresas que aderiram ao plano. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo e apontaram grandes diferenças entre o modelo tradicional e o APS que ora são vistas como positivas, ora como negativas, tais como a existência de médico de

referência, tido como coordenador do cuidado ou como dificultador de encaminhamento para especialistas. Ressaltamos o desconhecimento geral sobre o funcionamento e o formato do plano e concluímos que nem todas as premissas da APS são postas em prática na iniciativa privada, tais como vínculo e territorialidade, porém também pudemos verificar que as dificuldades encontradas para seu pleno funcionamento são, em muitos aspectos, semelhantes às encontradas no setor público.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Saúde Suplementar, Serviço de Saúde.

CHALLENGES FOR THE IMPLEMENTATION OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE PRIVATE SYSTEM

ABSTRACT: The National Health Agency (ANS) published, in 2019, the Certification Program of good practices in Primary Care and some health operators adhered to its ideals. This study aimed to analyze this new model practiced by a healthcare operator in the Southeast region. It is a qualitative research carried out through documentary analysis that showed the changes made so that the operator could provide the implementation of the model. In order to assess the perception of the beneficiaries, ten semi-structured interviews were conducted with the managers of the largest companies that joined the plan. The interviews were subjected to content analysis and pointed out great differences between the traditional model and the PHC, which are sometimes seen as positive, sometimes as negative, such as the existence of a reference doctor, who was the care coordinator or as a difficult referral to experts.

We emphasize the general lack of knowledge about the plan's operation and format and conclude that not all PHC premises are put into practice in the private sector, such as bond and territoriality, but we were also able to verify that the difficulties encountered for its full operation are, in many aspects, similar to those found in the public sector.

KEYWORDS: Primary Health Care, Private System, Health Services.

1 | INTRODUÇÃO

Em diversos países do mundo observa-se que os profissionais de saúde tendem a se tornar cada vez mais especializados, atuando com enfoque nas enfermidades específicas, ao invés da saúde geral das pessoas e comunidades. Esta tendência exige mais recursos, pois é baseada no uso de tecnologia onerosa no lugar da ênfase aos programas de prevenção de enfermidades e da redução do desconforto causado pelas doenças mais comuns e sem risco à vida. Em contrapartida a Atenção Primária à Saúde (APS) foi criada como um nível de um sistema de saúde que oferece atenção à pessoa em todas as suas condições e necessidades. É responsável por abordar o que é mais comum nas comunidades e nas pessoas e integra as questões de saúde quando há mais de um problema a ser tratado, levando em conta o contexto no qual o indivíduo está inserido (STARFIELD, 2002).

Tendo em vista os atributos da APS e priorizando suas vantagens econômicas para qualquer sistema de saúde, a Agência Nacional de Saúde (ANS) instituiu o programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde, por meio da publicação da Resolução Normativa (RN) 440, de dezembro de 2018, que propõe implantação de um modelo de reorganização para os planos de saúde privados, estabelecendo porta de entrada no sistema, com base nas diretrizes da APS.

Grande parte dos seguros e planos de saúde privados é promovida por empresas comerciais. Os empregadores (público e privado) oferecem a assistência como benefício com diferentes níveis de livre escolha de prestadores de assistência à saúde e o mercado de planos e seguros de saúde privados se concentra na região Sudeste (PAIM et al., 2011). De acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS), ao final do primeiro trimestre de 2019, havia 47,1 milhões de vínculos de beneficiários da saúde suplementar em planos de assistência médica, e em comparação com o fechamento do ano de 2018, houve redução de 196,4 mil vínculos no segmento médico-hospitalar (BRASIL, 2019).

Neste contexto, uma Operadora de Saúde Suplementar, localizada na região sudeste iniciou a comercialização de um plano de saúde inspirado na Atenção Primária à Saúde, e é considerada uma das pioneiras. Atualmente a operadora possui cerca de quarenta e cinco mil beneficiários inclusos neste plano de saúde. Seus clientes são empresas que atuam em diversos segmentos.

Assim, com o anseio em responder as questões: “Como esse modelo de saúde foi implantado? Como é vivenciado pelos envolvidos?”, formulamos esta pesquisa que

foi realizada abordando documentos da empresa e opiniões dos contratantes de uma Operadora de Saúde Suplementar, classificada como de grande porte.

2 | METODOLOGIA

Este artigo é o resultado de uma dissertação de mestrado, não financiada e objetiva analisar a implantação do modelo de Atenção Primária à Saúde praticada pela operadora e descrever as medidas tomadas para a instituição da modalidade, utilizamos a técnica da análise documental das medidas gerenciais que foram necessárias para sua implantação, baseada em documentos internos da empresa que descrevem os passos e as justificativas para a abertura do projeto. Além dos documentos provenientes da empresa, também nos baseamos no Manual de certificação de boas práticas em atenção primária à saúde de operadoras de planos privados de assistência à saúde, editado em 2019, pois este documento orienta e descreve as exigências para que uma operadora de plano de saúde venha a obter a licença para operar em APS.

Para conhecer a opinião dos gestores sobre a nova modalidade do plano, realizamos dez entrevistas individuais baseadas em roteiro semiestruturado com gestores das dez maiores empresas contratantes deste modelo de atenção. As entrevistas foram realizadas com os profissionais que comumente têm como responsabilidade o acompanhamento deste benefício ao empregado, tais como os ligados aos Recursos Humanos e nenhum deles usuário pessoal do plano. Os gestores abordados provêm de diferentes seguimentos: Comércio, Transporte, Indústria, e outros, que têm em média três anos de contratação do plano. Apenas dois dos entrevistados não acompanharam o processo de troca do plano de saúde do modelo tradicional para o modelo de Atenção Primária praticado. No entanto, todos afirmaram perceber diferenças entre eles. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra e posteriormente, submetidas a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

Foram descritas as diretrizes e as providências tomadas pela Empresa para se adaptar à modalidade de Atenção Primária, tendo como base os documentos que lhe dão suporte. Tiveram como objetivo, implantar a APS nos seus serviços; ter clientes mais satisfeitos; custos menores e remuneração justa para a equipe médica”. Ressalta-se que a ANS detalha aspectos referentes à certificação das operadoras de saúde em APS, através da Resolução Normativa (RN) 440/2018, um modelo inovador na saúde suplementar do Brasil, reorganizando a porta de entrada do sistema e orientando mudança do modelo de atenção também para o cenário da saúde privada, caracterizado pela fragmentação e descontinuidade dos cuidados. No entanto, expõe a oportunidade de melhoria da qualidade e menores custos para o setor (BRASIL, 2019).

Os documentos da Operadora ressaltam que para implantar a APS, houve a necessidade de uma reestruturação na forma de prestar assistência, desde a estrutura

física até de pessoal e abriu um novo registro na ANS. Também foram realizados arranjos em relação à estrutura física de atendimento, constituindo um setor responsável que tem a atribuição de coordenar a implementação e monitorar as estratégias em APS.

A Operadora de Saúde criou uma unidade de atendimento aos beneficiários específica com equipe composta por um médico clínico e um pediatra, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um nutricionista, um fisioterapeuta, dois recepcionistas, dois analistas administrativos e um assistente administrativo. O local escolhido para as instalações é de fácil acesso e próximo à um hospital de referência da região.

Também teve que realizar mudanças no sistema de informação, pois é indispensável um sistema específico para o prontuário do cliente inserido na APS que atenda a necessidade de realizar a “referência e contra referência” para as especialidades médicas, permita realizar a gestão clínica e interface com o cliente, capaz de apurar indicadores populacionais, de sinistralidade e com capacidade de apoiar na gestão de risco em saúde.

Outro ponto frisado pelos documentos analisados é o “incentivo para seguir o percurso assistencial”. Isto pressupõe direcionar o atendimento do beneficiário de forma coordenada. Comumente os clientes de operadoras de saúde procuram atendimento médico de diferentes especialidades, realizam consultas, exames laboratoriais e exames de imagem repetidos e desnecessários. A intenção de mudança do modelo aponta que com a implantação da APS, o beneficiário terá um médico de referência que coordenará a assistência, possibilitando, desta forma, a redução da realização dos exames complementares e a implantação da Integralidade e Longitudinalidade, atributos da APS.

Também são mencionadas mudanças quanto à remuneração do médico responsável pela “carteira” de clientes, que passou a ser estabelecido pelo valor fixo por paciente cadastrado para o fornecimento de serviços de saúde previamente contratados e ainda uma bonificação de 40% por resultados alcançados. A leitura do documento da ANS denota que para incentivar todos os envolvidos na assistência de saúde nos moldes da APS é interessante atribuir bonificações e incentivos na remuneração (BRASIL, 2020).

Para iniciar a divulgação e comercialização desse plano de saúde, foram feitas campanhas de marketing específicas ressaltando o preço competitivo de venda, ou seja, valores menores daqueles outros comercializados pela empresa. Ressaltamos que a Operadora estudada é uma das pioneiras no país a implantar a APS e pudemos notar certa preocupação com algumas situações que poderiam gerar riscos para o sucesso desse serviço, tais como: inconsistências no processo de integração do sistema de informação; a não adesão do cliente ao plano de APS, além da resistência por parte dos médicos especialistas

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Percepções a respeito do novo plano de saúde: As diferenças

Os gestores entrevistados não são beneficiários do plano, portanto verbalizam diz respeito ao que ouvem dos funcionários sob sua gestão. Todos afirmam que percebem grandes diferenças entre o modelo tradicional do plano de saúde e o novo modelo baseado em APS.

A principal delas diz respeito a presença do médico de referência. Por um lado, alguns atribuem valor positivo à sua existência, tendo em vista o acompanhamento que tal esquema permite, pois valorizam acompanhamento que torna o atendimento personalizado, mais rápido e, por conseguinte, um diagnóstico mais preciso:

“Eles se adaptaram, entenderam, uns até gostaram, por exemplo: “Agora eu tenho um médico de referência e tal” (Entrevistado B).

“A questão também do médico de referência, ele dizer se você precisa ou não de uma especialidade ou outra pode ser interessante também, porque ele está dizendo para você que naquele momento não precisa de um cardiologista, mas pode ser que você precise de um neurologista, entendeu? E você acaba encontrando soluções” (Entrevistado C).

Valorizando a coordenação do cuidado, mencionam a importância do prontuário único, afirmando que a disponibilidade do histórico de saúde em um sistema de informação e a proximidade com a equipe de saúde são pilares importantes para o sucesso do modelo.

“...é criar acompanhamento daquele empregado e da sua família. Positivo também que o sistema é integrado, né? Mesmo que não seja o médico de referência que atenda a pessoa, as informações estão ali, diferente do plano xx, que as pessoas vão em cada médico diferente e não existe continuidade do tratamento da pessoa” (Entrevistado D).

“...eles sempre pontuam aquela questão de ter esse relacionamento mais perto com o médico da família, com a unidade de referência, o médico da referência que traz esse acompanhamento para mais próximo, tem esse acompanhamento do médico ali mais próximo mesmo. Então eu vejo que eles têm isso como algo positivo”. (Entrevistado B).

Autores como Almeida et al. (2018) afirmam que estes elementos são capazes de promover melhorias na qualidade do serviço integrando ações. Ademais, quanto maior a multiplicidade de pessoas e serviços envolvidos no cuidado e mais complexa a intervenção para resolução de determinado problema, maior é o nível de coordenação requerido para que se alcance o resultado desejado. Para os autores a coordenação é peça fundamental na trajetória assistencial do cliente. É estratégia basilar para superação da fragmentação assistencial, afirmam ainda que independente do sistema de saúde, a coordenação tem com foco favorecer que a atenção à saúde seja apropriada e eficiente.

Além do prontuário único contendo histórico de saúde e exames, foi mencionado como positivo poder se dirigir ao médico de referência quando não se sabe ao certo que tipo de acompanhamento/tratamento é necessário. “poder levar tudo o que é seu para esse

médico: saúde, doença, o pessoal ou o que for” (Entrevistado B). Ou ter o seu médico de referência para tratar “...coisa pequena como febre, sinusite e não precisar ir ao pronto socorro por isso” (Entrevistado D).

De acordo com Organização Mundial da Saúde (1978), a APS pode resolver até 80% dos problemas de saúde. Para Starfield (2002), a integralidade é um dos atributos mais importantes em relação a resolutividade da APS nos diferentes sistemas de saúde e para garanti-la o indivíduo deve receber os serviços de saúde necessários para a resolução das condições de saúde mais comuns assim como o encaminhamento para outros níveis de saúde. Tal atributo requer que a APS reconheça as necessidades da população e recursos para abordá-las.

Portela (2017), diz ser essencial que o profissional da APS modere a tomada de decisões quanto à tratativa do paciente, visando evitar duplicações desnecessária de exames e procedimentos.

“O que eu percebo de positivo nesse plano é que ele por te orientar, se as pessoas soubessem usá-lo melhor, a gente demoraria menos em ter diagnósticos mais precisos, o atendimento seria mais rápido. Porque às vezes com especialista você demora dois meses, coisa que talvez um clínico pudesse resolver”. (Entrevistado I).

No entanto, a complexidade do processo e a multiplicidade dos motivos de encaminhamento para outros níveis de atenção variam de acordo com as populações o que dificulta o dimensionamento da capacidade da APS responsabilizar-se pelo sujeito. Através dos relatos, percebe-se que a coordenação do cuidado através das informações de saúde é importante para os utilizadores. Entretanto, não foi possível identificar se há informações sobre o uso dos demais níveis de atenção.

Por outro lado, alguns gestores alegam que os empregados têm dificuldade em entender a função do médico de referência na coordenação do cuidado e o percebem apenas como alguém que dificulta o acesso aos especialistas desejados.

É possível compreender os relatos dos entrevistados visto que, historicamente o modelo médico assistencial privatista ofertado pela saúde suplementar brasileira, é voltado para o atendimento espontâneo e baseado nos serviços especializados, ou seja, os indivíduos procuram o serviço de saúde por livre iniciativa. O modelo tradicional é baseado na medicina flexneriana, tal qual a assistência à saúde americana, adotada em 1911 que tem como ênfase a atenção médica individual, que organiza a assistência em especialidades e valoriza o ambiente hospitalar em detrimento a assistência ambulatorial. É predominantemente curativa e pode prejudicar o atendimento integral (PAIM, 2008).

De acordo com Starfield (2002), um sistema de saúde organizado a partir da APS, deve prover uma porta de entrada para cada novo episódio de saúde pelo qual as pessoas buscam o cuidado. E afirma que uma fonte regular de atenção ao longo do tempo traz benefícios como o vínculo interpessoal e de cooperação entre os profissionais e indivíduos

além da possível redução das hospitalizações, do custo assistencial total e da atenção mais oportuna e adequada.

Entretanto, os indivíduos que compram o serviço de saúde entendem que o melhor serviço prestado é aquele no qual se possa “experimentar” os atendimentos médicos. O plano atual não oferece a “liberdade de escolha” ou de “folhear e escolher”, visto que os participantes mencionaram a ausência do tradicional guia médico. Depreende-se que o guia médico seja uma espécie de manual com as informações de contratação que contém os profissionais e serviços habilitados para uso.

“No plano tradicional, ele vai no livrinho, olha o número do médico, marca a consulta e vai, independentemente de ser estética ou não, independente do motivo” (Entrevistado A).

“Todo mundo é acostumado pegar um livrinho, folhear escolher” (Entrevistado C).

“Eu quero esse médico, eu quero esse médico”. Então, nossa maior dificuldade foi quebrar esse paradigma” (Entrevistado B).

Os gestores entrevistados afirmam que os empregados se sentem limitados com essa modalidade de plano por não terem acesso direto ao especialista desejado para o tratamento da saúde.

“Até que as pessoas entendam isso, demora muito. Hoje, um ou outro ainda me procuram reclamando - “Não, porque para ir para o especialista é uma dificuldade enorme” (Entrevistado A).

De certo modo, os indivíduos ainda não entendem o médico de referência com habilidades e competências já que em determinadas situações, o beneficiário se dirige a ele apenas para solicitar o encaminhamento à alguma especialidade médica. Se houver o direcionamento à atenção secundária gera maior satisfação, ou seja, quanto mais encaminhado para especialidades diversas, maior a satisfação dos usuários com a APS. Essa realidade é mostrada com parte da entrevista abaixo:

“...às vezes tem um tipo de doença e já quer chegar lá e falar assim - “Eu quero só a requisição, eu não quero nem falar com o médico de referência o que estou sentindo, eu quero um ortopedista. Ah, eu pedi um ortopedista e eu não ganhei o direito ao ortopedista. Eu diria que essa forma de encaminhamento é o que gera maior insatisfação dos usuários, isso é fato” (Entrevistado C).

Outro entrave verificado diz respeito ao tempo dispendido para a resolução dos problemas de saúde. Um dos participantes aponta que quando os indivíduos são avaliados pelo médico de referência e encaminhados a algum especialista, na verdade necessitam de dois atendimentos médicos para a resolução da sua queixa. Isso que pode comprometer o cumprimento das horas trabalhadas na empresa:

“Isso, a ida a esse médico. Vamos supor: “Eu quero ir num ortopedista. Eu tenho que ir duas vezes.... Eu tenho que ir no médico de referência e depois tenho que ir no ortopedista. Então, por exemplo, aqui na empresa, se você vai numa consulta, ela não tem aquela hora abonada, só tem hora abonada

quando realmente está doente” (Entrevistado I).

Outra avaliação negativa se deu em relação à demora do atendimento com o médico de referência. Por vezes, para cumprir a legislação da ANS quanto ao tempo para a oferta de atendimento em consulta, este setor faz o agendamento com outro médico de referência que possua agenda disponível mais próxima

“Se o seu médico de referência não puder atender, você é transferido para outro médico, que não é o seu médico de referência. Então... E esse acompanhamento com aquele médico que te acompanha? Isso aí não está muito bom porque as consultas estão demorando muito, pra atender a legislação, eles encaminham a pessoa para outro médico”. (Entrevistado D).

Os indivíduos também mencionaram a demora no atendimento de demanda espontânea nas unidades de atendimento, visto que há poucos médicos de referência.

Tal qual encontrado no estudo de Fracoli et al. (2015) sobre a APS no setor público, a avaliação do acesso ao profissional de saúde, especialmente ao médico, é negativa. Os autores afirmam que para conseguir consulta no mesmo dia, os usuários precisam chegar no horário de abertura da unidade e que para o agendamento de uma consulta, a espera na recepção é grande.

O acesso é o atributo que, junto ao cuidado individual, mede a qualidade do sistema de saúde e relevante tanto para as estruturas quanto para os processos de trabalho nos serviços de saúde. Este tema é tão fundamental para a qualidade do serviço que o governo britânico determinou em 2004, que a população passasse a ter seu acesso a um profissional médico da APS em no máximo 48 horas e a qualquer outro profissional da APS, geralmente uma enfermeira da equipe, em 24 horas. No entanto, definir acesso não é uma tarefa fácil, em essência, o acesso é quando o usuário consegue o cuidado quando dele necessita (NORMAN; TESSER, 2015).

De acordo com a ANS, consultas não urgentes são aquelas que não se enquadram em casos de urgência e emergência médica, isto, não necessitam de assistência médica um em intervalo reduzido de tempo. Mas o protocolo dispõe que mesmo se a condição de saúde apresentada pelo paciente não se enquadrar nas definições de urgência e emergência médica, a efetividade do sistema de saúde está intimamente relacionada ao equacionamento de demandas simples ou complexas em tempo oportuno para o diagnóstico e tratamento adequados, de modo que tais demandas não se transformem no tempo em demandas de caráter emergencial. Sugere, portanto, a disponibilidade do prazo de 72 horas para atendimento desses casos pois, amplia o acesso e a resolutividade da APS (BRASIL, 2019). Todavia, os beneficiários desse serviço expõem aos gestores o desejo do atendimento imediato.

Motivos para a troca de plano

Não resta dúvida de que o principal motivo para mudança de plano por parte das empresas contratantes se deve aos altos reajustes nas mensalidades o que as levou a buscar um plano mais acessível para seus empregados. Alguns outros alegam ter trocado por questões comerciais de negociação e por uma expectativa de melhoria na saúde dos empregados:

“A gente buscou custo. Isso é claro e evidente. A gente foi atrás de custo menor, porque plano de saúde hoje é tudo muito caro”. (Entrevistado C).

“Eu acredito que, para ser bem sincera, foi uma questão de custo” (Entrevistado E).

“Nós migramos primeiro porque a gente estava com uma sinistralidade alta, naquele momento a gente iria ter um reajuste muito pesado, o que poderia até inviabilizar a empresa de continuar ofertando o plano”. (Entrevistado I).

Deficiências apontadas

Apesar deste modelo estar sendo comercializado há seis anos, alguns entrevistados afirmam que os empregados relatam que há deficiências a serem sanadas. Apontaram ser necessário um maior conhecimento desta modalidade até mesmo entre os profissionais da própria operadora, visto que muitas vezes não conseguem orientar corretamente os clientes

“Eu acho que a precisava ter se estruturado melhor para poder garantir aquilo que o modelo sugere, o que é para ser. Eu acho que deveria ter maior conhecimento até mesmo da parte do pessoal da própria (Operadora de Saúde). Nós recebemos muitas informações atravessadas de recepcionista e das atendentes via telefone” (Entrevistado A).

Também relataram como negativo o fato de somente tal operadora ofertar essa modalidade de plano.

“Então, as desvantagens são mais a questão do modelo, porque por ser o único plano, acredito eu, que é dessa forma, existe muita comparação. As pessoas olham aquele plano e não veem ele como algo positivo, veem como algo dificultador, não entendem” (Entrevistado G).

“Essa dificuldade que as pessoas têm de aceitar o plano é mais por não ter costume (Entrevistado B).

“É um plano bom, mas que realmente precisa ser mais divulgado, outras operadoras de saúde «aderir». Porque se não ele fica meio que sozinho ali, nadando, nadando, nadando...” (Entrevistado J).

Também criticam a capacidade dos médicos que atuam no serviço:

“O projeto é excelente, eu acho uma coisa revolucionária, acredito que o

caminho é esse, o futuro é isso. O futuro é de uma medicina de boa qualidade, de custo mais baixo e alta resolução, mas precisa pensar no profissional que está ali diante desse paciente” (Entrevistado G).

“Precisa que esses médicos de referência tenham um treinamento voltado para essa atenção básica. Eu percebi que no início, alguns médicos não tinham essa formação eles continuaram sem ter essa visão do todo. Então como um ponto de observação é realmente investir para que esses profissionais tenham essa formação e não uma formação generalista. Porque se eles não tiverem essa formação essa visão para o atendimento, não adianta existir o plano, porque não vai funcionar, vai ficar só conceitual” (Entrevistado J).

A abrangência da cobertura do plano também foi um apontamento já que no modelo tradicional, a abrangência ou cobertura do plano pode ser a nível estadual ou nacional, enquanto o novo plano tem a cobertura de grupo de municípios, isso significa que se o indivíduo buscar por atendimento fora destes municípios, não será atendido.

Percepções Positivas

O ponto alto registrado pelos gestores, diz respeito à possibilidade que este modelo pressupõe de acompanhamento e identificação dos obesos, ansiosos, tabagistas entre outros, o que faz com que seja viável construir medidas preventivas para tais agravos, além disso, ressaltam a importância do seguimento das pessoas com doenças crônicas, o que eleva a qualidade de vida e implica na redução de custos.

Então assim, eu acho que para a saúde do colaborador e para a saúde financeira da empresa, eu acho um produto excelente” (Entrevistado I).

“Então, o benefício da saúde sempre veio com esse objetivo, da gente fazer o preventivo, ele estar bem tratado e ele conseguir estar saudável para exercer um bom trabalho. A operadora vem, faz palestras e identifica as pessoas”. (Entrevistado J).

Medina et al. (2014), afirma que a promoção de saúde pode ser conceituada como atividades voltadas para a mudança de estilos de vida dos indivíduos e de determinantes gerais das condições de saúde. Conceito que ganhou destaque com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. O estudo desses autores salienta a importância dessas ações e como resultado mostram a incipiência da realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pelas equipes de atenção primária no país.

Alguns entrevistados também citaram a queda no absenteísmo na empresa, pois o número de atestados provenientes de consultas médicas diminuiu.

“Assim, para a empresa, teve uma diferença forte, que foi no seguimento do absenteísmo, né? De cara, quando a gente começou com essa nova modalidade de plano, o absenteísmo caiu quase pela metade” (Entrevistado H).

Quanto ao tema, Starfield (2002) diz que as evidências empíricas sustentam as

noções teóricas que apontam que quanto maior o número de médicos generalistas em uma comunidade, menor a frequência de hospitalizações, no fluxo de utilização da atenção secundária como de salas de emergência e consultórios o que diminui os custos totais de atenção à saúde. Cabe ressaltar, porém, que este tema é delicado e abrangente. Que esta é uma nova realidade no contexto da rede privada de assistência em nosso país e por isso mesmo deve ser acompanhada de perto.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde foi fundada com objetivo de organizar dos serviços e levar saúde às populações neste sentido, o setor de saúde privado vem praticando a mudança na lógica do funcionamento buscando superar o atendimento fragmentado, de baixa resolutividade que detém elevados a ponto se tornar-se pouco sustentável.

Identificamos que a fundamentação para a criação das diretrizes da APS na operadora estudada foi baseada na literatura tradicional do tema, justamente pela capacidade de prover o direcionamento no curso assistencial, cumprindo os objetivos da Agência Nacional de Saúde ao instituir o programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde que propõe a reorganização da porta de entrada do sistema com vista à indução da mudança do modelo de atenção e ao modelo de remuneração.

Através dos discursos observa-se que a principal diferença observada entre o plano tradicional e o plano de APS é a presença do médico de referência que alguns percebem como positivo, tendo em vista a possibilidade de acompanhamento. Também mencionam o prontuário único, pois segundo relatos esta estratégia traz visão de promoção de saúde e prevenção de doenças e que esse conjunto pode ser capaz de diminuir os custos com a saúde e o absenteísmo nas empresas.

Outros, no entanto, se ressentem da falta de liberdade de escolha. Muitos clientes não entendem o papel desse profissional e da equipe de saúde, assim como as suas funções e habilidades. Por isso, encontramos relatos de demora para o encaminhamento para especialidades médicas e a incerteza na condução clínica desenvolvida nesse setor.

Há, portanto, muitos desafios a serem superados sobretudo quando observarmos impressões negativas deste plano. As dificuldades de entendimento e confiabilidade. Considerando que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais ocorrem, a biomedicina é um sistema cultural em que as realidades da clínica médica devem ser analisadas a partir de perspectiva transcultural. Desta forma, o sistema de atenção à saúde não está dissociado de outros aspectos gerais da cultura e da organização social de um grupo. Entende-se, portanto, que as dificuldades de compreensão do sistema de saúde brasileiro, tanto para usuários quanto para os profissionais, estão ligadas à forma como o fenômeno saúde/doença foram historicamente construídos no Brasil.

Por fim, salientamos a necessidade de pesquisas que busquem acompanhar e analisar o cenário da Atenção Primária à Saúde no setor privado no Brasil, afim de identificar e responder às questões que a permeiam, especialmente por ser uma prática recente e inovadora neste setor.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v.42, n. 1, p.244-260, setembro 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Agência Nacional De Saúde. **Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde**. Rio de Janeiro, 2019.

_____. **Agência Nacional de Saúde Suplementar** – ANS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/4763-ans-lanca-programa-para-incentivar-a-atencao-basica-nos-planos-de-saude>> Acesso em 03.mar.19

_____. **Agência Nacional de Saúde Suplementar** – ANS. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4499-ans-define-regras-para-cobranca-de-coparticipacao-e-franquia-em-planos-de-saude>> Acesso em 25.jan.20a

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor**. Disponível em < http://www.ans.gov.br/images/Guia_-_Modelos_de_Remunera%C3%A7%C3%A3o_Baseados_em_Valor.pdf> Acesso em 30.jan.20b

_____. Agência Nacional de Saúde. Resolução normativa - **RN nº 259, de 17 de junho de 2011**. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.

FRACOLLI, L. A. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v.39, n.1, p.54-61, 2015.

MEDINA, M.G. et al. Promoção de Saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde de família. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 69-82, out 2014.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, n.1 v.24, p.165-179, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1979. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em 06 nov. 2018.

PAIM, J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, n. 9779, v.377, p. 1778–1797, 21 May 2011. Periódico online.

PORTELA, G.Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.255-276, 2017.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 06 nov. 2018.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidez 4, 71, 72, 73, 74, 75, 76

Ácido acetilsalicílico 5, 108, 109, 110, 113, 116, 117

Aconselhamento genético 86, 87, 88, 91, 94, 95

Aedes aegypti 5, 118, 119, 126, 127, 128

Aplicativo 3, 40, 42, 43, 44

Assistência à saúde 27, 185, 186, 189, 195

Atenção primária à saúde 186

Atividade física 6, 134, 136, 137, 138, 139, 142, 143, 144

B

Biologia molecular 78, 80, 92

C

Câncer de mama 4, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96

Câncer de ovário 87, 90, 91, 93, 94, 95

Câncer hereditário 86, 87, 88, 91, 92, 94, 95

Controle de qualidade 108, 110, 117

Controle de vetores 118

Creatina 5, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135

D

Dor 6, 109, 133, 166, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176

E

Educação continuada 163

Educação física 6, 136, 138, 140, 143, 144, 146

Efeitos adversos 129

Enfermagem 3, 6, 16, 23, 40, 43, 85, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 169, 170, 171, 172, 174, 175, 176, 187, 210

Ensino-aprendizagem 149, 152, 155, 158, 177, 178, 179

Enunciados 5, 97, 98

Envelhecimento ativo 197, 201, 206

Escaneamento 3D 48

G

Genérico 108, 110, 114, 117, 198, 203

Gestão 3, 1, 2, 3, 5, 6, 10, 14, 16, 18, 83, 86, 163, 187, 188, 197, 210

H

HIV/Aids 3, 4, 40, 41, 42, 43, 44, 77, 78, 84, 85

I

Implantes odontológicos 60

Inovação 2, 3, 1, 2, 3, 5, 6, 7, 17, 18, 19, 22, 27, 39

L

Liga acadêmica 7, 177, 178, 179, 183

M

Moldagem odontológica 48

N

Neoplasia maligna 87, 89, 90

O

Obesidade 6, 88, 136, 137, 138, 140, 143, 144, 145

Odontologia 47, 48, 50, 58, 59

Osseointegração 60, 61, 62, 67, 68

Oxidação eletrolítica à plasma 60

P

Plataforma 2, 3, 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 33, 80

Português brasileiro 5, 97

R

Referência 19, 20, 37, 45, 68, 77, 108, 110, 114, 115, 117, 159, 179, 184, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 194

Revestimento cerâmico 60, 66

S

Saúde 1, 2, 3, 6, 7, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 28, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 95, 108, 126, 127, 138, 139, 141, 143, 144, 145, 147, 149, 150, 151, 152, 154, 159, 160, 162, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 172, 173, 174, 175, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 201, 206, 207, 208, 210

Saúde suplementar 7, 184, 185, 186, 189, 195

Scanner intra-oral 48

Segurança alimentar 71

Serviços de saúde 3, 7, 10, 12, 28, 187, 189, 191, 210

Similar 108, 109, 110, 114, 117, 185

Simulação 6, 49, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161

Sobrepeso 6, 136, 137, 138, 140, 143, 144

Sonogramas 5, 97, 98, 100, 102

Suplementação 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135

T

Tecnologia 3, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 27, 32, 35, 36, 37, 40, 43, 44, 49, 50, 60, 61, 75, 76, 105, 137, 155, 185, 196

Telemedicina 2, 8, 11, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39

Titânio 4, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68

Titulometria 71, 72, 75

Trabalho alienado 197, 200, 202, 204

Trabalho de parto 6, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176

Tracoma 6, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169

Traços acústicos 97, 100

Tratamento 4, 4, 7, 8, 11, 12, 19, 21, 32, 35, 40, 41, 42, 44, 48, 53, 54, 59, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 77, 79, 80, 83, 84, 85, 90, 92, 94, 98, 121, 126, 131, 132, 134, 164, 165, 166, 167, 180, 182, 183, 188, 190, 191

Tuberculose 4, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85

Ciências da saúde

em debate

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 @atenaeditora
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Ciências da Saúde

em debate

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 @atenaeditora
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

