



PROCESSO Nº: 33910.002228/2020-82

NOTA TÉCNICA Nº 73/2021/GMOA/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO

Interessado:

DIRAD/DIPRO, GERÊNCIA GERAL DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL, GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E ACOMPANHAMENTO

Registro ANS:

ASSUNTO: ANÁLISE TÉCNICA PARA A REVISÃO DOS INDICADORES DA DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL**1. INTRODUÇÃO**

Conforme exposto na Nota Técnica nº 4/2020/GMOA/GGRAS/DIRAD-DIPRO/DIPRO (15920062), o Mapeamento do Risco Assistencial é um dos programas de acompanhamento de operadoras que integra o conjunto de ações do Monitoramento do Risco Assistencial, conduzido pela DIPRO/ANS. Embora o monitoramento assistencial já fosse realizado pela DIPRO desde 2011, com definição de indicadores subdivididos em dimensões para avaliação do risco assistencial das operadoras, foi somente a partir da publicação da Resolução Normativa nº 416/2016 que o programa foi, de fato, regulamentado por normativo.

A partir de então, a avaliação do risco assistencial passou a ser realizada por meio de dois programas de acompanhamento de operadoras da DIPRO: o Mapeamento do Risco Assistencial e o Monitoramento da Garantia de Atendimento.

No âmbito do Mapeamento do Risco Assistencial, a avaliação é realizada com base nas informações periódicas enviadas pelas operadoras aos sistemas da ANS para avaliação estratificada das operadoras, segundo indícios de risco assistencial (art. 2º, Inciso IV, RN 416). Essa avaliação estratificada é realizada, conforme disposto no art. 7º, da RN 416, a partir de 3 (três) dimensões de análise, quais sejam: (i) Dimensão Assistencial; (ii) Dimensão Estrutural e Operacional; e (iii) Dimensão Atuarial dos produtos.

A coordenação geral do Mapeamento do Risco Assistencial compete à GMOA/GGRAS, porém a construção dos indicadores para cada dimensão do programa é definida pelas áreas técnicas da DIPRO conforme competência regimental, a saber:

- os indicadores da Dimensão Assistencial são de competência da Gerência de Monitoramento Assistencial (GMOA/GGRAS);
- os indicadores da Dimensão Atuarial dos Produtos ficam a cargo da Gerência Econômico-financeira e Atuarial dos Produtos (GEFAP/GGREP); e
- os indicadores da Dimensão Estrutural e Operacional dos Produtos são de responsabilidade da Gerência de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais (GEARA/GGREP).

A presente Nota Técnica tem por objetivo, especificamente, analisar os indicadores que compõem a Dimensão Assistencial do Mapeamento, para fins de aprimoramento do programa, não sendo abordados os indicadores associados às demais dimensões. Cada uma das áreas técnicas foi instada a apresentar suas considerações sobre os indicadores de sua competência para que, ao término, todas as considerações sejam compiladas em um único documento que reúna uma proposta de reformulação do conjunto de indicadores do Mapeamento do Risco Assistencial.

A seção 2 da Nota trará a análise dos resultados dos indicadores da Dimensão Assistencial obtidos ao longo dos processamentos do Mapeamento desde a publicação da RN 416/2015 até o 1º trimestre de 2019. Na Seção 3, serão apresentadas propostas para novos indicadores assistenciais, para inclusão ou substituição de indicadores da dimensão já existentes, para o aprimoramento da avaliação dos serviços de assistência à saúde prestados pelas operadoras de planos de saúde aos seus beneficiários para identificação de indícios de risco assistencial.

Por fim, será apresentada a proposta final da cesta de indicadores da dimensão assistencial do Mapeamento, que integrará o projeto de Aprimoramento do Monitoramento do Risco Assistencial, alinhado ao *Tema Regulatório 10 - Aperfeiçoamento do monitoramento assistencial e garantias de acesso, Objetivo Estratégico 2.1 - Consolidar ações regulatórias de garantia da prestação dos serviços em saúde suplementar, por meio da fiscalização, monitoramentos e regimes especiais*, da Agenda Regulatória da ANS 2019/2021.

2. ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS INDICADORES DA DIMENSÃO ASSISTENCIAL

Para a análise dos indicadores da Dimensão Assistencial do Mapeamento do Risco Assistencial, foi desenvolvido um painel dinâmico (MAP_INDICADORES_ASSISTENCIAIS) na ferramenta *Microsoft Power BI*, cujos gráficos e indicadores serão utilizados na discussão ao longo do documento. A análise dos resultados e tendências encontradas na série histórica visualizadas por meio do painel conferem maior clareza quanto ao comportamento da utilização da assistência à saúde pela população da saúde suplementar, que, por vezes, é diferente dos parâmetros definidos para a população geral, sendo de suma importância para a definição das faixas de pontuação e metas dos indicadores.

A Dimensão Assistencial do Mapeamento tem por objetivo avaliar a prestação dos serviços de saúde aos beneficiários de planos de saúde pelas operadoras, de acordo com parâmetros de produção assistencial de sistemas de saúde, conforme descrito na Nota nº 137/2017/GMOA/GGRAS/DIPRO[1]. Para uma melhor identificação do risco, fez-se necessária a análise das operadoras de acordo com a segmentação de seus produtos – Médico-Hospitalar (MH) e Odontológica (OD) – tendo em vista que a natureza dos riscos de cada segmentação é essencialmente distinta. No entanto, vale ressaltar que operadoras do grupo médico-hospitalar que possuem produtos com segmentação odontológica são avaliadas nos dois grupos de indicadores, tendo uma nota única na dimensão assistencial, a partir da média aritmética dos indicadores aplicáveis.

Todos os indicadores foram construídos com base nos dados informados pelas operadoras trimestralmente ao Sistema de Informações de Produtos (SIP). As fichas técnicas dos indicadores abaixo relacionados constam na [Nota Técnica 137/2017/GMOA/GGRAS/DIPRO](#). Foram estabelecidos 8 (oito) indicadores voltados para a segmentação médico-hospitalar e 4 (quatro) indicadores voltados para a segmentação odontológica, assim distribuídos:

Assistência Médico-Hospitalar	Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário Número de consultas ambulatoriais com pediatria por beneficiário até 14 anos Proporção de consulta médica em pronto socorro Taxa de exames de ressonância magnética Número de sessões de quimioterapia sistêmica por beneficiário Número de sessões de hemodiálise crônica por beneficiário Taxa de internação hospitalar Taxa de internação pediátrica
Assistência Odontológica	Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário Taxa de raspagem supragengival Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído Proporção de próteses odontológicas unitárias

Além dos indicadores acima dispostos, a dimensão assistencial conta com um indicador voltado para o incentivo à adoção de programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças – programas Promoprev.

Na análise de cada indicador, considerou-se o estabelecido na Nota Técnica 137/2017 e o resultado de sua implementação, para o período compreendido entre o 1º trimestre de 2017 até o 1º trimestre de 2019. A seguir é apresentada uma avaliação dos indicadores, de acordo com os principais elementos constantes em suas fichas técnicas: conceituação, fonte (numerador e denominador), método de cálculo, critérios de aplicabilidade, parâmetros, pontuação e meta a ser atingida. Conforme destacado, para compor a análise é apresentada uma síntese dos resultados observados nos processamentos anteriores, extraídos do painel dinâmico construído para este fim.

Além dos elementos constantes nas fichas técnicas, a análise empreendida considerou também as potencialidades e fragilidades de cada indicador. Ao final, é apresentada a conclusão da avaliação, apontando para sugestão de manutenção, alteração ou exclusão/substituição do indicador.

Outro ponto importante é que a presente revisão considerou a continuidade do SIP como fonte de dados para os indicadores da dimensão assistencial. Paralelamente, está em curso uma análise da GMOA para comparar dados do SIP e do TISS com o intuito de verificar a compatibilidade dos dados informados pelas operadoras aos dois sistemas e indicar se já seria possível a adoção do TISS como fonte. Caso se conclua pela viabilidade de utilização do TISS, será realizada uma nova revisão dos indicadores.

2.1. NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS POR BENEFICIÁRIO

Conceituação – consiste no número de consultas médicas ambulatoriais em relação ao número total de beneficiários que estão fora do prazo de carência para o procedimento no período considerado. O indicador aponta se a operadora está garantindo a cobertura adequada aos serviços de atenção básica.

Numerador – é utilizado o total de Consultas Médicas Ambulatoriais realizadas pela operadora identificadas no Sistema de Informações de Produtos – SIP, no período de análise

Denominador – é utilizado o total de beneficiários fora do período de carência para Consultas Médicas Ambulatoriais identificados no SIP, no mesmo período.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de consultas médicas ambulatoriais}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}}$$

Aplicabilidade – operadoras que atuam na segmentação ambulatorial (MH)

Parâmetro – O parâmetro utilizado para o indicador consiste na mediana de consultas médicas ambulatoriais informadas pelas operadoras ao SIP, o qual tem se mantido estável desde o início dos processamentos, equivalendo, aproximadamente, a 1 consulta por trimestre por beneficiário, ou 4 consultas ao ano.

Ressalta-se que apesar de o indicador constar dos processamentos desde o início da implementação da primeira metodologia em 2011, sua meta sofreu um aprimoramento. Inicialmente o parâmetro era de 0,75 consulta/trimestre (3 consultas/ano), em conformidade com a Portaria 1.101 do Ministério da Saúde que definia o parâmetro para o SUS. Porém, foi detectado que o parâmetro estava abaixo do realizado no setor suplementar, motivo pelo qual optou-se por trabalhar com os dados específico do setor, dada sua peculiaridade, utilizando-se uma análise comparativa entre operadoras para avaliação de indícios de risco assistencial. Dessa forma, a metodologia adotada a partir da RN 416/16 para a definição da pontuação das operadoras no indicador foi:

Meta – A meta consiste na apresentação de resultado igual ou superior à realização de uma consulta médica por beneficiário por trimestre.

Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado < 0,6	0
$0,6 \leq \text{Resultado} \leq 1$	$\frac{\text{Resultado} - 0,6}{0,4}$
Resultado ≥ 1	1

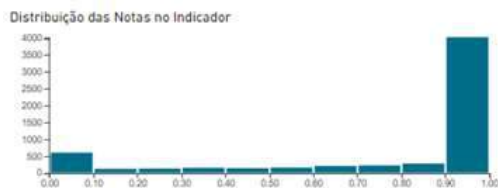
Síntese dos resultados ao longo dos processamentos (painel dinâmico):



Fonte: Painel dinâmico Dimensão Assistencial out/2020.



Fonte: Painel dinâmico Dimensão Assistencial out/2020.



Fonte: Painel dinâmico Dimensão Assistencial out/2020.

Potencialidades – fácil obtenção dos dados e cálculo; fornece uma visão geral do acesso às consultas médicas ambulatoriais, seja com especialistas ou com médicos generalistas; permite observar comportamento atípico, variações ou situações de restrição de acesso em relação ao restante do setor, que indiquem indícios de risco assistencial; permite à ANS identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde no setor suplementar.

Fragilidades – não distingue consultas com médicos especialistas de consultas com médicos generalistas, não sendo específico para a identificação mais acurada do modelo assistencial adotado pela operadora, ainda que este não seja o objetivo precípua do Mapeamento do Risco Assistencial. O indicador pode ser influenciado pela contagem cumulativa de consultas médicas em um mesmo beneficiário no período considerado.

Análise – o indicador atinge seu objetivo de acompanhar a cobertura na segmentação ambulatorial pelas operadoras, representando o item “A. Consultas” do SIP. Além disso, apresenta uma meta exequível, tendo mostrado estabilidade ao longo da série histórica.

Conclusão – Sugere-se a manutenção do indicador sem alterações.

2.2. NÚMERO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS COM PEDIATRA POR BENEFICIÁRIO ATÉ 14 ANOS

Conceituação - Consiste no número de consultas ambulatoriais com pediatra em relação ao número total de beneficiários até 14 anos que estão fora do prazo de carência para o procedimento no período considerado. Aponta se a operadora está garantindo a cobertura adequada aos serviços de atenção básica para crianças e adolescentes.

Numerador – é utilizado o número total de Consultas Médicas Ambulatoriais na especialidade de pediatria realizadas pela operadora, identificadas no Sistema de Informações de Produtos – SIP no período de análise.

Denominador – é utilizado o número médio de beneficiários com 14 anos ou menos em planos que incluam a segmentação ambulatorial, identificados a partir do Sistema de Informação dos Beneficiários (SIB) no período considerado.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de consultas ambulatoriais com pediatra}}{\text{Número total de beneficiários com idade igual ou inferior a 14 anos em planos que incluem a segmentação ambulatorial fora do período de carência}}$$

Aplicabilidade - operadoras que atuam na segmentação ambulatorial, com exceção das que possuem um número de beneficiários com idade até 14 anos igual ou inferior a 50.

Parâmetro – estabelecido em 0,50 consultas por trimestre, calculado com base na diretriz clínica definida pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (RN nº 338/2014):

- 11 consultas com pediatra para a faixa etária compreendida entre 0 e 2 anos,
- 05 consultas para a faixa etária compreendida entre 2 e 4 anos,
- 06 consultas para a faixa etária compreendida entre 5 e 10 anos,
- 09 consultas na faixa etária compreendida entre 11 e 19 anos.

Utilizando a distribuição dos beneficiários por essas faixas etárias no SIB, em setembro de 2016, chegou-se a 2,02 consultas por beneficiários com 14 anos ou menos por ano (perfazendo uma média de 0,5 consultas por beneficiário por trimestre).

Faixa Etária	Consultas recomendadas no período	Média de consultas recomendadas por ano	Total de beneficiários na segmentação ambulatorial
Até 1 ano	8	8	661.040
1 a 4 anos	8	2,7	2.861.047
5 a 9 anos	5	1	3.120.885
10 a 14 anos	5	1	2.692.009

Fontes:
 Rol/ANS 2016 – Anexo III – Diretrizes Clínicas
 SIB/ANS – competência – setembro de 2016

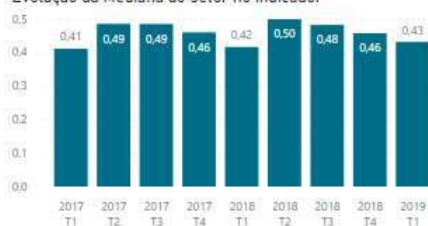
Meta - apresentar uma produção igual ou superior a 0,35 consultas com pediatra por beneficiário ≤ 14 anos por trimestre (70% de 0,50).

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 0,10$	0
$0,10 < \text{Resultado} < 0,35$	$\frac{\text{Resultado} - 0,10}{0,25}$
Resultado $\geq 0,35$	1

Síntese dos resultados ao longo dos processamentos (painel dinâmico):

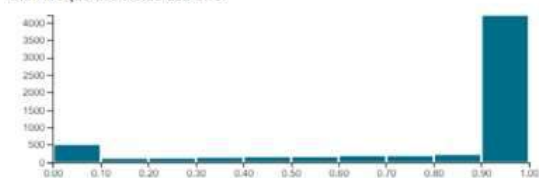
Evolução da Mediana do setor no Indicador



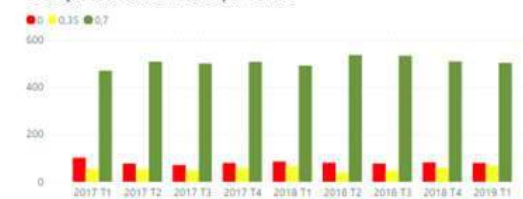
Distribuição do Resultado do Indicador por Faixa de Valor



Distribuição das Notas das OPS



Evolução das Notas das OPS por Faixas



Fonte: Painel dinâmico Dimensão Assistencial out/2020.

Potencialidades – permite avaliar a evolução da realização das consultas ambulatoriais com pediatra, seguindo as diretrizes clínicas do Rol da ANS, com vistas a verificar possíveis situações de risco assistencial quanto aos serviços de atenção básica para crianças e adolescentes. À ANS, permite identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde de crianças e adolescentes no setor suplementar. O indicador utiliza um parâmetro técnico para a definição da meta a ser alcançada pelas operadoras.

Fragilidades – o dado específico coletado pelo SIP (IN DIPRO 21) para a construção do indicador gera uma limitação, pois a informação de “Consultas Médicas Ambulatoriais na especialidade de pediatria” não permite a identificação da faixa etária de acordo com a diretriz clínica do Rol. Dessa forma, ainda que a idade (beneficiários até 14 anos) esteja presente no denominador (SIB), não existe uma correspondência precisa ou direta com as informações obtidas a partir do SIP para o numerador. Há que se considerar, ainda, que as consultas ambulatoriais realizadas por médicos de família e clínicos gerais, profissionais também habilitados para atendimento às crianças e adolescentes, não são computadas no indicador. A adoção do limite de 14 anos no denominador não possui justificativa especificada na ficha técnica.

Análise - Ainda que o indicador tenha demonstrado estabilidade ao longo do período (mediana do setor), e que seja exequível (aproximadamente 2/3 das operadoras alcançam o desempenho desejado - pontuação $\geq 0,7$), se observam alguns problemas em sua construção.

De acordo com a diretriz da Sociedade Brasileira de Pediatria[2], a especialidade tem como abrangência o atendimento da criança (0 a 9 anos) e do adolescente (10 anos a 20 anos incompletos). Todavia, o indicador considera em seu denominador os beneficiários com idade até 14 anos, enquanto o numerador considera todas as consultas pediátricas, que conforme a diretriz da SBP abrange beneficiários até 20 anos incompletos.

Dessa forma, para que o indicador reflita a diretriz da SBP, foi realizada simulação considerando a ampliação da idade considerada no denominador para inferior a 20 anos.

Para tal avaliação, a meta do indicador foi recalculada com a inclusão da faixa etária de 15 a 19 anos (equivalente a 20 anos incompletos) e considerando a diretriz clínica do Rol que recomenda 5 consultas para essa faixa. Também foi realizada a utilização de dados mais recentes do SIB (competência out/2020), chegando-se a um parâmetro atualizado de 1,59 consultas com pediatra por beneficiário de até 20 anos incompletos por ano. Equivalentemente, o **parâmetro trimestral foi aproximado para 0,4 consultas com pediatra por beneficiário com idade inferior a 20 anos**. Abaixo consta a atualização da tabela da ficha técnica do indicador:

Faixa Etária	Consultas recomendadas no período	Média de consultas recomendadas por ano	Total de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial
Até 1 ano	8	8	584.025
01 a 4 anos	8	2	2.767.568
05 a 9 anos	5	1	3.185.660
10 a 14 anos	5	1	2.673.375
15 a 19 anos	5	1	2.451.611

Fontes: ROL/ANS 2016 - Anexo III - Diretrizes Clínicas e SIB/ANS - out/2020

Outro ponto considerado na análise foi o percentual exigido às operadoras do cumprimento da meta, atualmente 70%. Se por um lado a meta do indicador é definida com base em parâmetro técnico (diretriz clínica do Rol), o que poderia ensejar aumento do percentual a ser exigido de atendimento à recomendação da diretriz clínica, por outro lado há que se considerar o comportamento da população brasileira quanto ao atendimento à recomendação para o número de consultas para cada faixa etária, sobre o qual a operadora não possui total ingerência. Importante lembrar que, conforme já mencionado, o cálculo não inclui as consultas prestadas por médicos de família e clínicos gerais para a população da faixa etária do indicador, sobretudo no que diz respeito ao atendimento aos adolescentes. Para que a meta considere todos esses fatores aqui ponderados, sugere-se a manutenção da exigência em 70% do parâmetro técnico estabelecido.

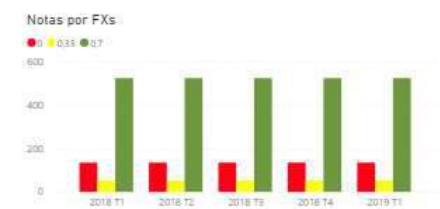
Após a conclusão do estudo sobre o TISS que se encontra em andamento, como já pontuado na presente Nota, será possível pensar a reformulação do indicador com a utilização de faixas etárias específicas, de acordo com a demanda por cuidados típicos da idade, conforme diretriz clínica do Rol da ANS.

A seguir, apresentamos os resultados das simulações feitas com a proposta de ampliação da idade do denominador de 14 para 20 anos incompletos, e ajuste da meta para 70% de 0,40 consultas por trimestre, o que equivale a 0,28.

Nova Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 0,10$	0
$0,10 < \text{Resultado} < 0,28$	$(\text{resultado} - 0,10) / 0,28$
Resultado $\geq 0,28$	1

Resultados da Simulação com alterações na meta e denominador do indicador



Fonte: Painel dinâmico Dimensão Assistencial out/2020.

Conclusão – manutenção do indicador com ajustes na meta e no denominador (0 a 20 anos incompletos).

2.3. PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO

Conceituação - consiste na proporção das consultas médicas realizadas em pronto socorro em relação ao total das consultas médicas realizadas. Seu resultado, quando muito elevado, pode ser entendido como uma *proxy* para a identificação de situações de garantia de cobertura inadequada à segmentação ambulatorial, demora ou utilização de mecanismos de regulação como barreira ao acesso à assistência, seja na marcação de consultas ambulatoriais, ou na realização de exames e terapias eletivas. Também pode indicar um modelo de atenção à saúde fragmentado, com ausência de coordenação do cuidado, levando o beneficiário a buscar o pronto socorro para o atendimento de suas necessidades imediatas. Por outro lado, faz-se necessário o estabelecimento de um patamar mínimo a ser alcançado, tendo em vista as efetivas necessidades de realização das consultas em pronto socorro.

Numerador – utiliza o número de consultas médicas em pronto socorro identificadas no SIP.

Denominador – utiliza o total de consultas médicas identificadas no SIP.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de consultas médicas em Pronto Socorro}}{\text{Número de consultas médicas}} \times 100$$

Aplicabilidade – todas as operadoras que atuam na segmentação ambulatorial e possuam mais de 50 beneficiários.

Parâmetro – O Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 1.101/2002, estimou que cerca de 15% do total de consultas médicas decorrem de situações de urgência e emergência. Essa referência foi utilizada como um balizador para definição da meta para o acompanhamento do comportamento do setor de saúde suplementar.

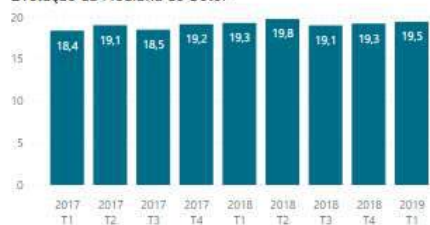
Meta – obter um resultado maior ou igual a 5% (parâmetro mínimo considerando-se as situações de urgência e emergência não evitáveis por ações de iniciativa da operadora) e menor ou igual a 20% (parâmetro máximo considerando-se a resolatividade dos casos passíveis de atendimento ambulatorial – causas sensíveis à atenção primária).

Pontuação

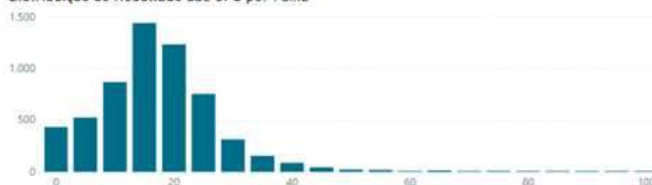
Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado = 0 ou Resultado > 20	0
0 < Resultado < 5	$\frac{\text{Resultado}}{5}$
5 ≤ Resultado ≤ 20	1

Síntese dos resultados ao longo dos processamentos:

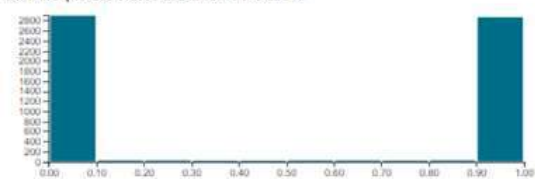
Evolução da Mediana do Setor



Distribuição do Resultado das OPS por Faixa



Distribuição das Notas das OPS no Indicador



Evolução das Notas das OPS por Faixas



Fonte: Painel dinâmico Dimensão Assistencial out/2020.

Potencialidades: permite identificar sobreutilização de atendimentos em pronto socorro, o que pode indicar falhas na coordenação do cuidado da assistência à saúde. Permite, ainda, identificar a existência de alguma dificuldade de acesso à rede ambulatorial (consultas, exames, terapias) o que gera aumento da procura por PS. Desvios acentuados em relação à meta podem ser de especial atenção para a indicação de um modelo de atenção à saúde não resolutivo e fragmentado, com necessidade de fortalecimento do atendimento ambulatorial, com foco na atenção primária à saúde e desenvolvimento de programas Promoprev.

Fragilidades - não identificação de parâmetros técnicos para a definição de um percentual de consultas em pronto socorro esperadas para o setor de saúde suplementar; o dado coletado pelo SIP traz limitações ao indicador, pois não é possível identificar consultas em pronto socorro por condições sensíveis à atenção primária; tampouco permite identificar as consultas cujo desfecho não resultou em internação do beneficiário, o que aprimoraria a detecção de falhas na organização dos serviços da atenção primária à saúde e na coordenação do cuidado.

Análise - Trata-se de indicador importante para avaliar a organização dos serviços de saúde, a partir do acompanhamento da cobertura de consultas em pronto-socorro. O indicador apresentou estabilidade ao longo dos processamentos. A pontuação das operadoras apresenta uma bipolaridade (como pode ser visto na Evolução das Notas das Operadoras nas Faixas no painel dinâmico), com aproximadamente 50% das operadoras classificadas na melhor faixa de desempenho do indicador e a outra metade na pior.

Vale destacar que há condições agudas e agudização de condições crônicas de saúde que muitas vezes necessitam de pronto atendimento, mas existem as condições sensíveis à atenção primária, que representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a ação efetiva da atenção primária diminuiria o risco de internações[3]. Dados brasileiros demonstram que uma APS bem organizada pode solucionar de 87,5% a 91% dos problemas de saúde que se apresentam nesse nível de atenção.[4] Um grande problema dos sistemas de atenção à saúde contemporâneos está em responder às condições crônicas não agudizadas por meio do modelo do atendimento aos eventos agudos, o que gera maus resultados sanitários e econômicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; BENGUA, 2008). Esse modelo de atenção prevalecente não é efetivo em manter as

condições crônicas estabilizadas, nem em conter o risco evolutivo dessas condições, o que leva a constantes agudizações. Estudo feito no Reino Unido mostrou que 70% dos atendimentos em serviços de urgência e emergência são por condições crônicas agudizadas (SINGH, 2005).

Dessa forma, avaliar a proporção das consultas em pronto socorro em relação ao total de consultas no setor constitui importante medida para avaliação do risco assistencial do modelo de atenção praticado pelas operadoras na saúde suplementar.

Avaliando o atual parâmetro do indicador, verificou-se, em sua ficha técnica, que foi estabelecido o parâmetro mínimo de 5% na proporção de consultas em pronto socorro a fim de se considerar “as situações de urgência e emergência não evitáveis por ações de iniciativa da operadora”, mas que as operadoras com resultado menor que o parâmetro mínimo estabelecido não recebem Nota = 0 no indicador. Além disso, verificou-se que parte significativa das operadoras apresenta uma proporção de consultas em pronto socorro superior a 20% (mediana do setor) o que pode indicar uso excessivo desse tipo de atendimento por falhas na organização do cuidado, apontando para um modelo não efetivo e de custo mais elevado de gestão de saúde praticado pelas operadoras.

Diante de todo o exposto, sugere-se ajuste na pontuação do indicador, aplicando-se gradação das notas com base na análise da série histórica, refletindo de forma mais acurada as particularidades do setor de saúde suplementar brasileiro. Assim, sugere-se que o quadro de pontuação passe a considerar um valor mínimo esperado para o atendimento em pronto socorro (equivalente a 5% das consultas em pronto socorro, conforme estabelecido na ficha técnica) e um valor máximo esperado, a mediana do setor (equivalente a 20%, parâmetro estabelecido para o indicador). A partir desses parâmetros, sugere-se que seja estabelecida uma faixa de valores decrescentes entre os percentuais compreendidos entre 20 e 30%, indicando distanciamento do parâmetro estabelecido para o setor, e que seja considerada Nota = 0 para resultados acima de 30% ou menores que 5%.

Dessa forma, acredita-se que o ajuste proposto promoverá melhorias no acompanhamento do modelo indesejado de utilização excessiva da consulta em pronto socorro para acesso à assistência à saúde, bem como na identificação de dificuldades para cobertura do atendimento em pronto socorro para as situações de urgência e emergência não-evitáveis pelas operadoras.

A pontuação seria obtida como descrito no quadro abaixo:

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado < 5 ou Resultado > 30	0
5 <= Resultado < 15	$\frac{\text{Resultado}-5}{10}$
15 <= Resultado <= 20	1
20 < Resultado < 30	$1 - \frac{(\text{Resultado}-20)}{10}$

Conclusão: manutenção do indicador com ajustes no quadro de pontuação.

2.4. TAXA DE EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Conceituação - Consiste no número de exames de ressonância magnética realizados para cada 1.000 beneficiários fora do período de carência. Pode ser entendido como um indicador para a avaliação indireta da cobertura das necessidades de exames de imagem de alta complexidade.

Numerador - é utilizado o número de exames de ressonância magnética realizados fora do ambiente de internação (tendo em vista ser um dado coletado do SIP).

Denominador: é utilizado o número de beneficiários da operadora fora do período de carência para exames, extraído do SIP.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de exames de ressonância magnética}}{\text{número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}} \times 1000$$

Aplicabilidade: O indicador não se aplica a operadoras que não atuam na segmentação ambulatorial

Parâmetro - estabelecido pela Portaria 1631/2015 do Ministério da Saúde, que estima realização de 30 exames de ressonância magnética por ano para cada 1.000 habitantes (perfazendo um total de 7,5 exames por trimestre)

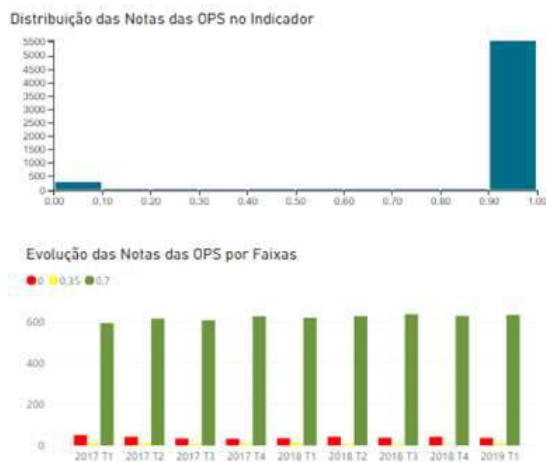
Meta – apresentar resultado maior ou igual a 7,5 exames por mil beneficiários no período de análise

Pontuação:

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado $\leq 1,5$	0
1,5 < Resultado $\leq 7,5$	$\frac{(\text{Resultado} - 1,5)}{6}$
Resultado $\geq 7,5$	1

Síntese dos resultados ao longo dos processamentos:





Fonte: Painel dinâmico da Dimensão Assistencial – out/2020

Potencialidades - facilidade de obtenção dos dados e mensuração; representa item C- “Exames” do SIP, para acompanhamento da evolução da cobertura a exames de alta complexidade nos planos de segmentação ambulatorial

Fragilidades – ausência de parâmetros técnicos para estabelecimento de meta para o setor de saúde suplementar; possibilidade de uso excessivo e inapropriado de exames de ressonância magnética pela população da saúde suplementar afeta o resultado do indicador

Análise - a pontuação do indicador faz referência a valores fixos, sendo a meta realizar ao menos 7,5 exames por 1.000 beneficiários por trimestre, acompanhando parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde para o SUS. No entanto, no setor de saúde suplementar brasileiro observa-se uso excessivo do referido exame. Importante destacar que o parâmetro de 7,5 utilizado pelo MS é próximo ao observado nos países da OCDE, motivo pelo qual entende-se que a meta para o indicador deve ser mantida. Essa sobreutilização dos exames de ressonância magnética no ambiente ambulatorial é característica da saúde suplementar no Brasil e pode indicar problemas de qualidade, falhas na coordenação do cuidado, apontando para um modelo assistencial fragmentado, que gera desperdícios em saúde, podendo resultar em risco de desassistência aos beneficiários.

Diante da análise, recomenda-se que haja avaliação específica de operadoras com desempenho ruim (nota = 0) no indicador, mesmo que não classificadas na faixa 3 do programa de Mapeamento do Risco Assistencial; e associação com outros indicadores para complementar a avaliação da cobertura adequada aos exames de alta complexidade.

Conclusão: sugestão de manutenção do indicador, para avaliar possíveis falhas de cobertura a exames de alta complexidade.

2.5. NÚMERO DE SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA POR BENEFICIÁRIO

Conceituação - consiste na relação entre o número de sessões de quimioterapia sistêmica para o tratamento do câncer em relação ao total de beneficiários em planos de assistência médica com cobertura ambulatorial. O indicador procura identificar situações de dificuldade de acesso aos serviços de tratamento de neoplasias.

Numerador: utiliza o número de sessões de quimioterapia sistêmica constantes do SIP

Denominador: utiliza o número de beneficiários fora do período de carência para terapias constantes do SIP.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de sessões de quimioterapia sistêmica}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para terapias}} \times 100$$

Aplicabilidade - o indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação ambulatorial e possuam pelo menos 2000 beneficiários fora de carência para a realização de terapias.

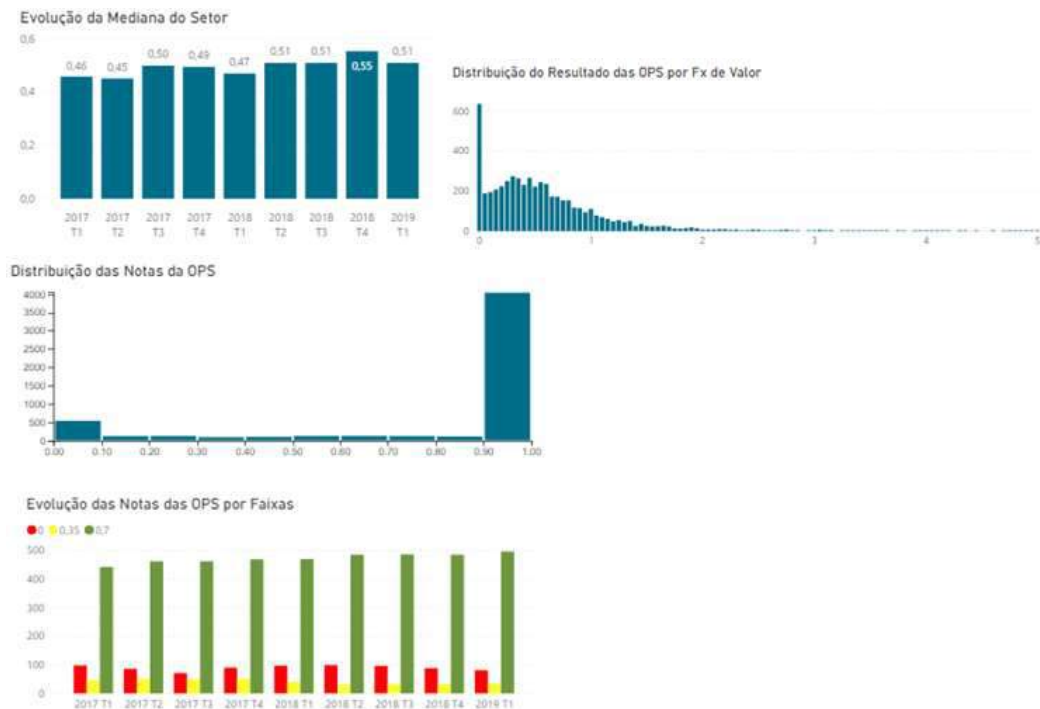
Parâmetro – O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1631/2015 estabelece que na atenção especializada em oncologia deva haver 5300 sessões de quimioterapia para uma população de 500 mil habitantes ou 900 casos novos de câncer por ano, o que corresponde a 1,06 sessões por ano ou 0,265 sessões por trimestre por 100 habitantes.

Meta – atingir resultado igual ou superior a 0,265 sessões por trimestre por 100 habitantes no período avaliado.

Pontuação

Resultado do indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,265$	$\frac{\text{Resultado}}{0,265}$
$\text{Resultado} \geq 0,265$	1

Síntese dos resultados ao longo dos processamentos



Fonte: Painel dinâmico da Dimensão Assistencial – out/2020

Potencialidades – o câncer é uma enfermidade cuja incidência e prevalência na população têm apresentado crescimento importante nos últimos anos, especialmente em função dos hábitos associados às sociedades modernas e ao envelhecimento da população. Um indicador voltado para o acompanhamento do tratamento do câncer possibilita identificar a atuação da operadora na linha de cuidado, ao permitir avaliar a assistência prestada a pacientes oncológicos.

Fragilidades – O dado coletado no SIP não possibilita avaliar os efeitos da incorporação dos quimioterápicos orais ao Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, com cobertura obrigatória pelos planos de saúde (RN nº 338/2013). Além disso, os resultados podem apresentar variabilidade associada ao tamanho da carteira da operadora e seu perfil demográfico-epidemiológico, por isso são excluídas do cálculo do indicador as operadoras com menos de 2.000 beneficiários.

Análise – Da observação da série histórica, verifica-se que mais de 70% das operadoras atingem a pontuação máxima, o que demonstra exequibilidade da meta e estabilidade do indicador. O valor da mediana do indicador ao longo dos processamentos foi aproximadamente 2 vezes superior à meta, o que demonstra que a utilização dessa terapia na saúde suplementar está acima do estabelecido como parâmetro para o SUS. Tal comportamento pode estar associado, entre outros fatores, com a distribuição etária da população da saúde suplementar, que é mais envelhecida do que a população geral do país, o que resultaria em maior prevalência de doenças crônicas (DCNT), como o câncer, na população de beneficiários de planos de saúde.

Ainda que a meta possa não refletir as especificidades do setor da saúde suplementar, entende-se que isso decorre de sua heterogeneidade, sendo importante a manutenção do indicador, sem alterações, representando o grupo de procedimentos do item “D. Terapias” do SIP. Dessa forma, a exemplo do sugerido para o indicador de Taxa de exames de ressonância magnética, recomenda-se que haja avaliação mais aprofundada sobre operadoras com desempenho ruim (Nota = 0) no indicador, mesmo que não estejam classificadas na Faixa 3 do programa como um todo.

Conclusão – Manutenção do indicador sem alterações.

2.6. NÚMERO DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE CRÔNICA POR BENEFICIÁRIO

Conceituação - consiste no número de sessões de hemodiálise crônica realizadas pela operadora em relação ao total de beneficiários fora do período de carência no período avaliado. Permite acompanhar a assistência prestada a pacientes dialíticos na saúde suplementar.

Numerador - utiliza o número de sessões de hemodiálise crônica informadas ao SIP

Denominador – utiliza o número de beneficiários, fora do período de carência para a realização de procedimentos de terapia, informados ao SIP

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de sessões de hemodiálise crônica}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para terapias}}$$

Aplicabilidade - o indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação ambulatorial e que possuam pelo menos de 2.000 beneficiários fora de carência para a realização de terapias

Parâmetro - O Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica da Sociedade Brasileira de Nefrologia para o ano de 2013 estimou a prevalência nacional de pacientes em tratamento dialítico que fazem tratamento de hemodiálise convencional de fonte pagadora não SUS e o número de sessões de hemodiálise crônica necessárias (esperadas), tendo em conta o número médio de beneficiários das operadoras fora do período de carência para terapias, no período considerado. Sendo:

41,7 pacientes por 100 mil beneficiários (83,6% de 49,9 por 100 mil – prevalência Brasil)

3 sessões semanais totalizando 39 sessões por trimestre – resultando em aproximadamente 0,016 sessões por beneficiário por trimestre

A meta foi estabelecida em 80% da estimativa realizada com base nas informações do inquérito brasileiro de diálise crônica da Sociedade Brasileira de Nefrologia para 2013.

Meta - apresentar número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,013 sessões por beneficiário por trimestre, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,016 sessões por beneficiário por trimestre

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,013$	$\frac{\text{Resultado}}{0,013}$
Resultado $\geq 0,013$	1

Síntese dos resultados ao longo dos processamentos

Fonte: Painel dinâmico da Dimensão Assistencial – out/2020

Potencialidades – permite acompanhar a cobertura a serviços de diálise, procedimento considerado de alta complexidade. Em função da infraestrutura demandada para sua realização é considerada uma *proxy* para o acesso aos procedimentos do grupo “D - Terapias” no setor.

Fragilidades – Diferenças nas prevalências das doenças de base (diabetes mellitus, obesidade, etc) que podem conduzir à doença renal crônica podem determinar variações significativas no número de pacientes em tratamento dialítico entre os beneficiários da saúde suplementar. O indicador é muito influenciado pela infraestrutura de rede local de clínicas para a realização do procedimento (SUS/dupla porta/saúde suplementar), em função da escala necessária para sua implementação. Os resultados podem apresentar importantes flutuações em função do tamanho da carteira de beneficiários e de seu perfil demográfico-epidemiológico, motivo pelo qual foi inserido corte de 2.000 beneficiários para aplicabilidade do indicador.

Análise – Trata-se de indicador fundamentado em parâmetro da Sociedade Brasileira de Nefrologia, referência principal para a informação no Brasil. A análise das medianas ao longo dos processamentos permite intuir uma melhora progressiva na performance das operadoras no indicador, tendo os resultados se aproximado da meta estabelecida ao longo dos anos. Ainda que as operadoras estejam obtendo resultados mais altos no indicador ao longo dos processamentos, essa aparente melhora no desempenho pode estar correlacionada a um aumento da prevalência das doenças de base[5] que levam ao aumento da necessidade do procedimento.

A título de comparação com o indicador sobre hemodiálise crônica existente no Programa de Qualificação Operadoras (PQO), verificou-se que após aplicação dos critérios e tratamentos feitos naquele programa, cai pela metade o número de operadoras avaliadas no PQO (das 966 sobram apenas 551 com o indicador calculado – 57% do total) considerando o ano inteiro. Verificou-se, ainda, que os valores das medianas do indicador do Mapeamento e do PQO são bastante próximas (no PQO, após aplicação dos métodos estatísticos, a mediana é de aproximadamente 0,038 sessões ao ano, enquanto no Mapeamento a mediana calculada por trimestre é de aproximadamente 0,01, ou seja, 0,04 ao ano). Diante do exposto, mudanças no método de cálculo do indicador não se justificam para o momento, sendo mais adequado aguardar a conclusão dos estudos sobre a compatibilidade do TISS e SIP, em andamento.

Salienta-se, no entanto, a necessidade da atualização da meta a fim de acompanhar a atualização do documento de referência. A Sociedade Brasileira de Nefrologia disponibilizou o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, com dados para o ano base de 2016, com atualização da estimativa da prevalência de pacientes em tratamento dialítico para 59,6 por 100.000 indivíduos. O mesmo Inquérito estimou que 83% dos pacientes em diálise crônica de fonte pagadora não SUS faziam tratamento por hemodiálise convencional em 2016. Dessa forma, para o Mapeamento do Risco Assistencial, sugere-se a atualização dos valores do parâmetro, com base nos resultados da pesquisa mais recente, que aponta prevalência de 49,5 pacientes em hemodiálise crônica convencional por 100.000 beneficiários (83% de 59,6 por 100.000) e uma média de 3 sessões semanais por 100.000 beneficiários (39 sessões por trimestre), resultando em cerca de 0,019 sessões por beneficiário por trimestre.

Assim, a meta passa a ser: apresentar número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,015 sessões por beneficiário por trimestre, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,019 sessões por beneficiário por trimestre.

Com isso a pontuação passa a se dar da seguinte forma:

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou resultado =0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,015$	$\frac{\text{Resultado}}{0,015}$
Resultado $\geq 0,015$	1

A seguir, a simulação dos resultados obtidos com a atualização de meta e pontuação:



Fonte: Painel dinâmico da Dimensão Assistencial – out/2020

Conclusão: Manutenção do indicador, com revisão da meta, com base no censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2016[6]

2.7. TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Conceituação - Consiste no número médio de internações hospitalares para cada 100 beneficiários da operadora fora do período de carência. Busca identificar situações de dificuldade de acesso aos serviços de internação hospitalar, seja por indisponibilidade de leitos ou pela existência de barreiras e mecanismos de regulação.

Numerador – utiliza o número de internações hospitalares em beneficiários fora do período de carência identificado no SIP

Denominador – utiliza o total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento também identificado no SIP

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares em beneficiários fora do período de carência}}{\text{total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$$

Aplicabilidade - operadoras que atuam na segmentação hospitalar

Parâmetros – a Portaria/GM n 1.631/2015 estabeleceu valores mínimos e máximos para a taxa de internação clínica e cirúrgica para o SUS, mas para o Mapeamento é considerada a mediana do setor por porte no trimestre de análise, dadas as especificidades da saúde suplementar.

Meta - apresentar resultado maior ou igual a 70% da mediana do setor por porte das operadoras (pequenas, médias e grandes)

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 0,2 \times \text{Mediana}$	0
$0,2 \times \text{Mediana} < \text{Resultado} < 0,7 \times \text{Mediana}$	$\frac{\text{Resultado} - 0,2 \times \text{Mediana}}{0,7 \times \text{Mediana} - 0,2 \times \text{Mediana}}$
Resultado $\geq 0,7 \times \text{Mediana}$	1

Síntese dos resultados ao longo dos processamentos



Fonte: Painel dinâmico da Dimensão Assistencial – out/2020

Potencialidades – Permite avaliar a cobertura hospitalar aos beneficiários vinculados a planos com esse tipo de segmentação, representando o item E – Internações do SIP.

Fragilidades – O indicador não é específico, contabiliza todas as internações hospitalares, independentemente do tipo (clínica, cirúrgica, obstétrica, psiquiátrica), podendo levar a resultado superestimado. Não há referência quanto a padrões recomendados ou esperados de internação para a população da saúde suplementar.

Análise – Trata-se de medida importante para o acompanhamento da cobertura hospitalar pelas operadoras. Pela análise do histórico, o indicador apresenta forte estabilidade ao longo dos processamentos. Aproximadamente 80% das operadoras atingem a nota máxima, o que aponta que a meta é exequível e facilmente alcançada. Considerando que o parâmetro utilizado no Mapeamento é a mediana do setor, por porte, sugere-se um ajuste da meta, com aumento do percentual exigido da mediana para aprimorar a identificação de indícios de risco assistencial nas operadoras que prestam assistência hospitalar.

Segue, abaixo, simulação do resultado, com aumento do percentual a ser exigido de 70% para 90% da mediana, onde se verifica que a meta continua sendo exequível, havendo pequena mudança na distribuição das notas das operadoras nas faixas de risco.

Proposta de Nova Meta - apresentar resultado maior ou igual a 90% da mediana do setor por porte das operadoras (pequenas, médias e grandes)

Proposta de Novo Quadro de Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 0,2 \times \text{Mediana}$	0
$0,2 \times \text{Mediana} < \text{Resultado} < 0,9 \times \text{Mediana}$	$(\text{Resultado} - 0,2 \times \text{Mediana}) / 0,7 \times \text{Mediana}$
Resultado $\geq 0,9 \times \text{Mediana}$	1

Conclusão – Manutenção do indicador com ajuste da meta.

2.8. TAXA DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

Conceituação - consiste no número médio de internações pediátricas para cada 100 beneficiários menores de 19 anos fora do período de carência. O indicador busca observar padrão de comportamento e identificar situações de dificuldade de acesso aos serviços de internação hospitalar para crianças e adolescentes, por indisponibilidade de leitos ou pela existência de barreiras e mecanismos de regulação. A produção elevada de internações pediátricas pode apontar a incapacidade da operadora em evitar parte dessas internações por meio do acesso de crianças e adolescentes à atenção básica e/ou pelo desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Numerador – utiliza o número de internações pediátricas realizadas no período, constante do SIP

Denominador – utiliza o total de beneficiários com idade compreendida entre 0 e 19 anos em planos que incluem a segmentação hospitalar constante do SIB

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de internações pediátricas}}{\text{Total de beneficiários menores 19 anos em planos que incluem a segmentação hospitalar}} \times 100$$

Aplicabilidade - o indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação hospitalar e possuam pelo menos 100 beneficiários menores de 19 anos na segmentação hospitalar no período considerado.

Parâmetro - A taxa de internação pediátrica calculada a partir dos dados informados pelas operadoras no ano de 2014 pelo Sistema de Informações de Produtos – SIP (BRASIL/ANS, 2014) atingiu 3,85%. As internações pediátricas na Saúde Suplementar, naquele ano, corresponderam a 5,12% do total de internações.

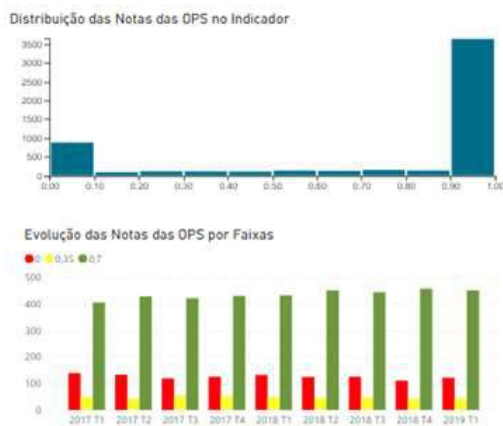
Meta - apresentar resultado maior ou igual a 70% da mediana do setor por porte.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado $\leq 0,2 \times \text{Mediana}$	0
$0,2 \times \text{Mediana} < \text{Resultado} < 0,7 \times \text{Mediana}$	$\frac{\text{Resultado} - 0,2 \times \text{Mediana}}{0,7 \times \text{Mediana} - 0,2 \times \text{Mediana}}$
Resultado $\geq 0,7 \times \text{Mediana}$	1

Síntese dos resultados ao longo dos processamentos





Fonte: Painel dinâmico da Dimensão Assistencial – out/2020

Potencialidades: pode servir como *proxy* para identificação de estratégias de coordenação do cuidado para a área de atenção à saúde da Criança e Adolescente, através da garantia do acesso aos serviços de atenção primária, que, em tese, reduziriam a necessidade das internações. Permite, ainda, observar padrão de comportamento e busca identificar dificuldades de acesso aos serviços hospitalares para atendimento a crianças e adolescentes.

Fragilidades: A IN 21/2009, que estabelece critérios para o envio do SIP, não define especificamente a idade limite para o tipo de internação pediátrica (item E, 4.1 - Internação médica voltada para a manutenção da saúde e para a oferta de cuidados médicos às crianças desde o nascimento até a adolescência), como acontece para consultas ambulatoriais com pediatra, conforme destacado na análise do indicador “Número de consultas com pediatra para beneficiários até 14 anos”. Ressalta-se, também, que a faixa etária compreendida entre 0 e 19 anos é bastante heterogênea, especialmente no que concerne às necessidades para internação.

Análise: Observando-se o histórico de resultados, verifica-se que a meta é exequível e que o indicador apresenta estabilidade ao longo dos anos. No entanto, analisando as fragilidades apontadas, passou-se a uma análise mais detida da construção do indicador para fins de aprimoramento.

A figura abaixo apresenta o percentual de internações no SUS por habitantes segundo faixa etária, em outubro de 2020. Nela, podemos observar que os menores percentuais de internação ocorrem na infância, de 5 a 9 anos, e na adolescência, de 10 a 19 anos, comparando-se com as demais faixas etárias; e que na população compreendida pelo atendimento pediátrico (de 0 a 19 anos, segundo a diretriz da Sociedade Brasileira de Pediatria[7]), a faixa etária que apresenta maior índice de internações é a de 0 a 4 anos.



Fonte: DATASUS, acessado em 28/12/2020. (Morbidade Hospitalar Do Sus - Por Local De Internação - Brasil e Projeção Da População Das Unidades Da Federação Por Sexo E Grupos De Idade: 2000-2030)

Com base na curva acima, e considerando-se que as doenças do aparelho respiratório representam uma das principais causas de hospitalizações em crianças menores de cinco anos^[8], e, ainda, que este é um dado passível de ser extraído do SIP (Item E - Internações, 4.1 - Internação de 0 a 5 anos de idade por doenças respiratórias), sugere-se que o indicador do programa de Mapeamento do Risco Assistencial voltado para acompanhamento de internações pediátricas passe a levar em consideração as causas mais prevalentes para essa população. Ademais, se utilizarmos esse dado na construção do indicador, o numerador e denominador passam a ter a mesma delimitação etária (0 a 5 anos), reduzindo-se uma das fragilidades apontadas na análise.

Pretende-se que o novo indicador proposto possa traçar um retrato mais sensível quanto à identificação do risco de desassistência a que essa população específica (0 a 5 anos) está exposta na saúde suplementar.

Importante repisar que, conforme demonstrado na figura acima, os adolescentes representam a faixa etária com menor índice de internação da população. Dessa forma, considerando-se que o atendimento a parte dos beneficiários dessa faixa etária já é absorvido no indicador de Taxa de Internação Hospitalar, entende-se que a mudança proposta no indicador para acompanhamento da internação pediátrica não geraria um prejuízo ao acompanhamento da cobertura aos serviços de saúde por esse grupo.

Após a conclusão do estudo sobre o TISS que se encontra em andamento, como já mencionado na presente Nota, será possível pensar em uma reformulação do indicador com a utilização de outras faixas etárias, de acordo com a demanda por cuidados típicos da criança e do adolescente.

Conclusão: sugere-se a exclusão do indicador e substituição por indicador denominado **Internações por Causas Respiratórias entre Crianças de 0 a 5 anos de idade**, mais sensível às condições clínicas da população infantil, que será apresentado na Seção 2 dessa Nota.

2.9. NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INICIAIS POR BENEFICIÁRIO

Conceituação - consiste no número médio de consultas odontológicas iniciais por beneficiário fora do período de carência para o procedimento no período considerado. Procura avaliar a evolução da realização de consultas odontológicas iniciais visando à prevenção das doenças bucais, à avaliação dos fatores de risco individuais, à realização de diagnóstico precoce com redução de sequelas e limitação dos danos.

Numerador - utiliza o número de consultas odontológicas iniciais, destinadas à elaboração do plano de tratamento, incluindo exame clínico, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças/anomalias bucais do paciente e prognóstico, constante do SIP.

Denominador – utiliza o número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento constante no SIP.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número total de consultas odontológicas iniciais em beneficiários fora do período de carência}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}}$$

Aplicabilidade - operadoras que atuem na segmentação odontológica (independente da modalidade da operadora)

Parâmetro - é utilizado o parâmetro proposto pelo Ministério da Saúde para a saúde bucal no SUS, constante na Portaria GM 1631/2015, que consiste na realização de uma consulta odontológica inicial por habitante/ano.

Meta – apresentar resultado igual ou superior a 0,25 consultas odontológicas iniciais por beneficiário por trimestre.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
0 < Resultado < 0,25	Resultado/0,25
Resultado ≥ 0,25	1

Síntese dos resultados ao longo dos processamentos

Para análise dos resultados do conjunto de indicadores odontológicos, optou-se por olhar o desempenho geral das operadoras com cobertura odontológica, bem como o desempenho por grupo de operadoras (MH com cobertura odontológica e Exclusivamente OD).

a) OPS com produtos com segmentação OD – Todas as modalidades



b) Operadoras exclusivamente odontológicas:



c) Operadoras MH com produtos com segmentação odontológica



Fonte: Painel dinâmico da Dimensão Assistencial – out/2020

Potencialidades – se propõe a acompanhar a cobertura a consultas odontológicas na saúde suplementar, identificar falhas de acesso aos serviços odontológicos e identificar a existência de um planejamento para a linha de cuidado de saúde bucal pelas operadoras.

Fragilidades – possíveis falhas de preenchimento desse atendimento pelos prestadores do setor, gerando subnotificação do item consulta odontológica inicial no SIP; ausência de parâmetro específico voltado para a saúde suplementar – a meta se baseia em parâmetro técnico definido para o SUS, onde a organização da atenção à saúde bucal está inserida de forma integrada às equipes de saúde da família, modelo este não exigido e tampouco praticado na saúde suplementar.

Análise – Apesar de o indicador apresentar estabilidade ao longo dos processamentos, se evidencia que a maior parte das operadoras não atinge a meta, tornando-se necessário avaliar se o parâmetro utilizado e a meta estabelecida estão adequados aos objetivos do acompanhamento realizado pelo Mapeamento do Risco Assistencial.

Primeiramente, da análise do histórico, observou-se diferença significativa entre os resultados alcançados pelas operadoras médico-hospitalares que possuem produtos com cobertura odontológica e as operadoras exclusivamente odontológicas, sendo o pior desempenho observado nas operadoras MH. Possivelmente, isso ocorre porque o objeto principal da atuação destas últimas não é a cobertura odontológica, e assim sendo, a gestão de saúde para a linha de cuidado de saúde bucal não recebe a mesma atenção que a assistência médico-hospitalar.

De forma geral, observou-se grande número de operadoras (tanto MH como exclusivamente OD) com desempenho ruim no indicador, que utiliza como referência a meta estabelecida para realização de consultas odontológicas anuais no SUS, de 1 consulta por usuário ao ano, ou 0,25 consultas por trimestre. No entanto, na saúde suplementar, é importante considerar o comportamento diferenciado da população que tem acesso a planos de saúde com cobertura odontológica. Como já destacado, a cobertura odontológica não é garantida de forma integrada à cobertura médico-hospitalar, em um modelo de atenção integral à saúde que observa as necessidades do indivíduo como um todo. Tal fragmentação do modelo assistencial na saúde suplementar pode resultar em possível baixa procura por atendimentos odontológicos, em especial em OPS MH com cobertura odontológica, que pode se refletir em uma baixa produção de consultas odontológicas no setor, aquém do programado/esperado para o SUS. Dessa forma, um desempenho ruim no indicador, considerando o atual parâmetro estabelecido, não necessariamente aponta para um risco de desassistência da operadora, mas pode refletir uma associação de fatores, dentre eles, baixo investimento em promoção da saúde bucal e prevenção, mas também a baixa procura por atendimentos pela população assistida.

A Gerência de Direção Técnica – GEDIT realizou uma análise dos resultados obtidos nos primeiros 2 anos após o início de vigência da RN 416 e da RN 417, concluindo que das Operadoras exclusivamente odontológicas encaminhadas à GEDIT por indícios de risco assistencial em decorrência de desempenho ruim no Mapeamento do Risco Assistencial, a maioria não apresentou risco real de desassistência, mas sim problemas na forma de envio da informação aos sistemas da ANS, em especial ao SIP. Nesse sentido, cabe destacar que o Anexo da IN DIPRO 21, especifica que devem ser informadas no “item I - Procedimentos Odontológicos, subitem 1 - Consultas odontológicas iniciais”, as “consultas odontológicas destinadas à elaboração do plano de tratamento, incluindo exame clínico, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças/anomalias bucais do paciente e prognóstico”. Neste item não devem ser informadas as consultas de caráter emergencial ou pericial, e as operadoras são orientadas[9] a informar apenas o código TUS 81000065. Ocorre que pode haver subnotificação de consultas odontológicas iniciais, possivelmente pela utilização do código TUS 81000030 pelos prestadores para contabilização desses atendimentos, o que pode contribuir para o baixo desempenho geral das operadoras no indicador. (vide quadro abaixo)

Código TUS	Termo	Item SIP
81000030	Consulta odontológica	I.PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS
81000065	Consulta odontológica inicial	I.PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Diante do exposto, considerando que grande parte das operadoras não atinge a meta atual, e, ainda, que não há elementos que associem os resultados do indicador, na forma como está construído atualmente, a um maior risco de desassistência entre as operadoras analisadas pela GEDIT, sugere-se que, a exemplo das consultas médicas ambulatoriais, a meta para o indicador “Número de Consultas Odontológicas Iniciais por Beneficiário” observe o comportamento das operadoras em relação à mediana do setor. Nesse caso, sugere-se a utilização da mediana das operadoras exclusivamente odontológicas como referência, por sua atuação específica nessa área de atenção, pressupondo melhor gestão em saúde bucal, para fins de aferição de risco à desassistência e acompanhamento da cobertura adequada aos serviços de saúde bucal, pretendida no Mapeamento.

No quadro abaixo, apresenta-se a evolução das medianas das Operadoras exclusivamente odontológicas, por trimestre de avaliação, do 1º trimestre/2017 ao 1º trimestre/2019:

Ano trimestre	DS_GRUPO	med_consOD
2017 T1	OD	0,11
2017 T2	OD	0,12
2017 T3	OD	0,13
2017 T4	OD	0,13
2018 T1	OD	0,13

Fonte: Power BI – Dimensão Assistencial Mapeamento do Risco

A seguir, apresentamos o resultado da simulação realizada considerando como parâmetro a mediana das operadoras exclusivamente odontológicas, no período avaliado, considerando o novo quadro de pontuação abaixo proposto:

Nova Meta – obter resultado maior ou igual à mediana das Operadoras exclusivamente odontológicas, no período avaliado.

Novo quadro de pontuação

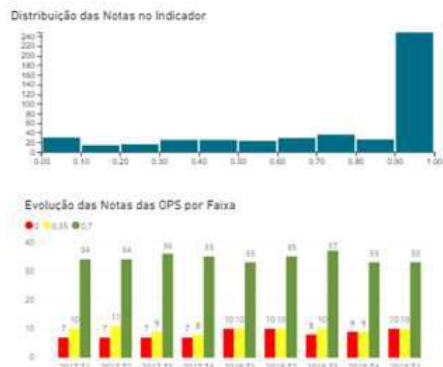
Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
0 < Resultado < mediana OD	Resultado Mediana OD
Resultado ≥ mediana OD	1

a) **Resultado da simulação com ajuste na meta = mediana das OPS Exclusivamente OD no período avaliado**

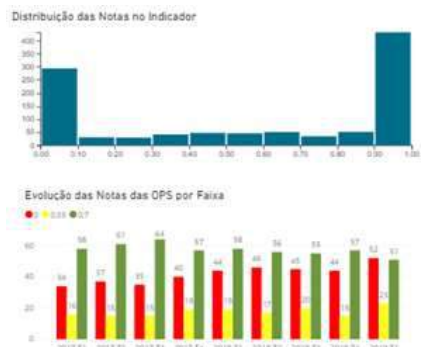


b) **Resultado das simulações segundo o porte das operadoras:**

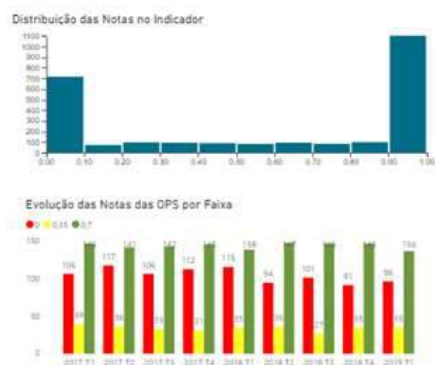
Grande Porte



Médio Porte



Pequeno Porte



Fonte: Power BI – Dimensão Assistencial Mapeamento do Risco

Ademais, sugere-se que sejam feitas oficinas às operadoras que atuam na segmentação odontológica para melhoria das informações assistenciais prestadas à ANS.

Conclusão – Manutenção do indicador, com alteração da meta e parâmetro.

2.10. TAXA DE RASPAGEM SUPRAGENGIVAL

Conceituação - consiste no número médio de raspagens supragengivais para cada 100 beneficiários com 12 anos de idade ou mais. O indicador busca estimar a cobertura de raspagem supragengival visando a redução dos fatores de risco, a prevenção e a limitação das consequências ocasionadas pela gengivite e periodontite, em indivíduos com 12 anos de idade ou mais, na atenção suplementar à saúde.

Numerador – utiliza o número de procedimentos de raspagens supragengivais por hemiarcada em beneficiários, com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência constante do SIP.

Denominador – total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento constante do SIP

Método de Cálculo

(Número total de raspagens supragengivais por hemiarcada em beneficiários,
com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência) / 4)

Total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento $\times 100$

Aplicabilidade - operadoras que atuam na segmentação odontológica

Parâmetros – definidos com base na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 – SB Brasil, 2010. A pesquisa indicou que cerca de 40% dos indivíduos apresenta cálculo dentário. Isso levaria a aproximadamente 10% de indivíduos com necessidade de raspagem por trimestre. A meta exige pelo menos 70% para a nota máxima, ou seja, 7 raspagens para cada 100 beneficiários no trimestre.

Meta - apresentar resultado igual ou superior a 70% das raspagens esperadas para o trimestre, ou seja, 7 raspagens para cada 100 beneficiários, com 12 ou mais anos de idade, fora do período de carência para o procedimento.

Pontuação

Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Problema de informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 7$	Resultado/7
Resultado ≥ 7	1

Síntese dos resultados ao longo dos processamentos

a) Evolução da Mediana do Setor

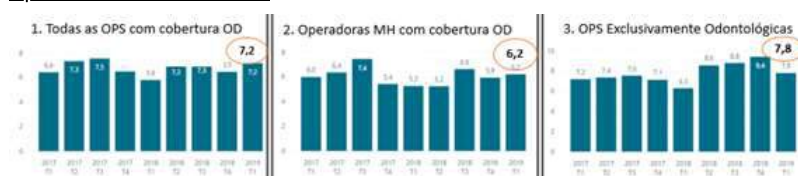
Segundo grupo de Operadoras:



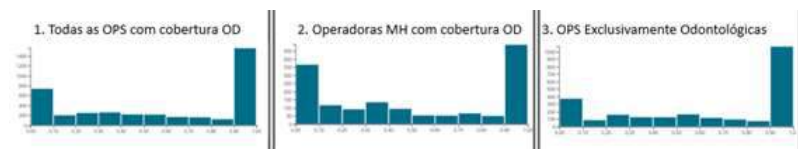
Operadoras de Pequeno Porte



Operadoras de Grande Porte



Distribuição das Notas das Operadoras no Indicador, segundo modalidade de OPS



b) Evolução das Notas por Faixas

Segundo grupo de OPS



Operadoras de Pequeno Porte



Operadoras de Grande Porte



Fonte: Power BI – Dimensão Assistencial Mapeamento do Risco

Potencialidades – se propõe a identificar a existência de um planejamento para a linha de cuidado de saúde bucal e observar padrão de comportamento da operadora em relação aos parâmetros estipulados. O indicador utiliza parâmetro técnico para a população brasileira.

Fragilidades – possibilidade de falhas na padronização da informação assistencial referente ao item avaliado, de acordo com a forma de preenchimento do dado pelo prestador, sendo possível que algumas operadoras estejam utilizando diferentes unidades para o envio de informações (ex: arcada, hemi-arcada, elemento dentário). O indicador pode sofrer influência em seu resultado conforme variabilidade da necessidade do

procedimento em função dos diferentes fatores etiológicos relacionados ao risco da doença periodontal na população, e os resultados podem, ainda, ser influenciados pela composição etária da carteira da operadora.

Análise – Trata-se de indicador importante para avaliar o acompanhamento da assistência odontológica para prevenção e tratamento da doença periodontal. O indicador utiliza como referência resultado da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 (cuja atualização estava prevista para o ano de 2020), que indicou a prevalência de presença de cálculo dentário na população brasileira. Sendo assim, a meta se baseia em parâmetro técnico e se mostra adequada para o acompanhamento a que se pretende o indicador.

Da análise dos resultados ao longo dos processamentos, observa-se que grande parte das operadoras não atinge a meta – em média 37% das operadoras obteve Nota = 1 ao longo dos processamentos do Mapeamento do Risco Assistencial. Os piores desempenhos são obtidos por operadoras de modalidade Médico-Hospitalar em detrimento das Operadoras Exclusivamente Odontológicas, e por operadoras de pequeno porte, em ambos os grupos. Novamente, infere-se que as operadoras MH, cujo objeto principal de atuação no setor não é a cobertura odontológica, vêm apresentando falhas na assistência odontológica prestada aos seus beneficiários, seja por não disporem de rede para garantia do acesso, ou por não estimularem o uso devido e preventivo de serviços voltados para a promoção da saúde bucal.

Conclusão – manutenção do indicador sem alterações.

2.11. TAXA DE DENTES PERMANENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONCLUÍDO

Conceituação - consiste na identificação do número médio de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído, para cada 10 beneficiários com 12 anos ou mais de idade fora do período de carência.

Numerador - utiliza o número de tratamentos endodônticos concluídos em dentes permanentes por elemento (dente) em pacientes com 12 anos ou mais constante do SIP

Denominador – número de beneficiários (12 anos ou mais) fora do período de carência

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número total de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído em beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento}} \times 10$$

Aplicabilidade - o indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação odontológica e possuam pelo menos 300 beneficiários com 12 anos ou mais fora da carência para tratamento endodôntico no período considerado.

Parâmetro – Com base nos dados divulgados pela Pesquisa de Saúde Bucal Brasil 2010 do Ministério da Saúde, constatou-se uma média de 0,2 dentes com necessidade de tratamento pulpar para cada 10 indivíduos com 12 anos ou mais, por trimestre (0,076 dentes por indivíduo ao ano).

Meta – apresentar resultado igual ou superior a 70% da média esperada para o trimestre, ou seja, 0,14 dentes com tratamento endodôntico concluído para cada 10 beneficiários com 12 anos ou mais, fora da carência para o procedimento por trimestre

Pontuação

Resultado do indicador	Valor de 0 a 1
Problema de informação ou Resultado = 0	0
Resultado < 0,14	Resultado/0,14
Resultado ≥ 0,14	1

Síntese dos resultados ao longo dos processamentos

a) Evolução da Mediana do Setor



Fonte: Power BI – Dimensão Assistencial Mapeamento do Risco

Potencialidades – se propõe a observar o padrão de comportamento e identificar possíveis dificuldades de acesso à cobertura odontológica adequada aos serviços no 2º nível de atenção à saúde bucal. A meta foi estabelecida com base em parâmetro técnico baseado em pesquisa voltada para população brasileira.

Fragilidades – No acompanhamento da assistência odontológica, o ideal seria que os procedimentos preventivos fossem cada vez mais eficazes, de forma a reduzir, progressivamente, o número de tratamentos endodônticos necessários sem que isso represente um problema de acesso e risco de desassistência aos beneficiários.

Análise – A maioria das operadoras exclusivamente odontológicas, independentemente do porte, atinge a meta e consegue obter uma boa performance no indicador. As operadoras que apresentam os piores desempenhos são as médico-hospitalares, em especial as de pequeno porte. Os problemas endodônticos são sensíveis às ações de prevenção e promoção da saúde bucal, podendo o resultado do indicador abaixo da meta estipulada refletir um acompanhamento regular da população assistida de forma adequada. Novamente, por utilizar um parâmetro técnico baseado em pesquisa voltada para a população brasileira, entende-se que a meta se mostra adequada para o acompanhamento assistencial da cobertura odontológica na saúde suplementar.

Conclusão – manutenção do indicador sem alterações.

2.12. PROPORÇÃO DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS

Conceituação – consiste na proporção de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários fora do período de carência.

Numerador - utiliza o número de próteses odontológicas unitárias constante do SIP

Denominador – utiliza o total de procedimentos odontológicos constante do SIP

Método de cálculo –

$$\frac{\text{Total de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida)}}{\text{Total de procedimentos odontológicos}} \times 100$$

Aplicabilidade - o indicador se aplica a operadoras que atuem na segmentação odontológica, que tenham pelo menos 300 beneficiários fora de carência para o procedimento e tenham realizado procedimentos odontológicos no período.

Meta - atingir um resultado maior ou igual a 70% da mediana do setor por porte.

Embora a ficha técnica atual não aponte expressamente, o cálculo da mediana do setor considera, além do porte, o **grupo de operadoras** (agrupamento de operadoras de assistência médico-hospitalar e de assistência exclusivamente OD), isto é, são calculadas 6 medianas ao todo a cada período de avaliação – considerando os portes P, M e G e as operadoras MH e OD.

Parâmetro – é utilizada a mediana por porte para o indicador.

Pontuação

Resultado no indicador	Nota da operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado =0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,7 \times \text{Mediana}$	$\frac{\text{Resultado}}{0,7 \times \text{Mediana}}$
$\text{Resultado} \geq 0,7 \times \text{Mediana}$	1

Síntese dos resultados ao longo dos processamentos

a) Evolução da Mediana do Setor, segundo Grupo de Operadora



b) Evolução das Notas das OPS por Faixas, segundo Modalidade



Fonte: Power BI – Dimensão Assistencial Mapeamento do Risco

Potencialidades – se propõe a identificar a existência de um planejamento para a linha de cuidado de saúde bucal e as condições de acesso para tratamentos de reabilitação oral.

Fragilidades – As condições de acesso ao procedimento são permeadas pela limitação dada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em saúde de odontologia, que institui a cobertura mínima obrigatória, e não inclui tratamentos e materiais mais modernos, que são opções atualmente mais indicadas na reabilitação oral, e opções mais requeridas pelos pacientes por motivos estéticos. Não há parâmetros na literatura que indiquem a proporção de próteses esperada ou ideal sobre o total de procedimentos odontológicos para uma população. Por fim, o indicador considera em seu cálculo apenas as próteses unitárias, deixando de fora os demais tipos de próteses (removíveis, total ou parcial; fixas múltiplas) também utilizadas na reabilitação oral.

Análise – Análise – Da análise do comportamento na série histórica, verifica-se que o indicador apresenta estabilidade e que sua meta é exequível. Todavia, assim como ponderado na análise referente ao indicador de acompanhamento de tratamentos endodônticos, a necessidade de tratamento protético por uma população é bastante sensível a ações de prevenção e promoção da saúde bucal, o que significa que uma proporção menor de próteses unitárias em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados não necessariamente decorre de falhas na assistência à saúde prestada, podendo ser reflexo de um modelo de atenção mais organizado, com foco em prevenção e cuidado coordenado. Por outro lado, é necessário acompanhar a cobertura devida e necessária da assistência odontológica relacionada aos tratamentos do 3º nível de atenção.

No entanto, concluiu-se que o indicador “Proporção de próteses odontológicas unitárias” não nos permite realizar o acompanhamento pretendido quanto ao risco de desassistência a procedimentos de reabilitação oral. Isso porque para além de não haver um parâmetro técnico ou considerado ideal para a cobertura de próteses unitárias, a proporção sobre o total de procedimentos não deve ser nem tão abaixo do parâmetro definido (no caso, a mediana do setor), o que pode apontar para falhas na garantia de acesso e cobertura para tratamento de reabilitação oral (próteses), nem tão elevado que aponte falhas no modelo assistencial, com poucas ações de prevenção e promoção da saúde bucal. Há que se considerar, ainda, que um resultado “adequado” no indicador de uma operadora que apresenta uma baixa produção total de procedimentos odontológicos resulta em viés de interpretação de seu desempenho.

Ademais, observando-se o comportamento das Operadoras Exclusivamente Odontológicas, que têm demonstrado melhor desempenho no histórico do Mapeamento para os indicadores odontológicos, verificou-se que a mediana desse grupo ficou em torno de 0,28, demonstrando uma baixa produção de próteses unitárias no setor em relação ao total de procedimentos odontológicos (0,28%). É uma proporção baixa de produção desse tipo de procedimento na saúde suplementar, provavelmente reflexo das limitações impostas pelo Rol da ANS quanto à obrigatoriedade de cobertura para odontologia.

Diante de todo o exposto, a fim de se aprimorar o acompanhamento da cobertura no setor de saúde suplementar a procedimentos de reabilitação oral por operadoras com cobertura odontológica, sugere-se a exclusão do presente indicador e sua substituição pelo indicador “Taxa de Próteses Unitárias”, que será apresentado na Seção 2 desta Nota.

Conclusão – Exclusão do indicador e substituição por indicador de “Taxa de Próteses Unitárias”

2.13. PONTUAÇÃO BÔNUS PARA OPERADORAS COM PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS

Conceituação – uma pontuação bônus é acrescida à nota da operadora na dimensão assistencial em função das iniciativas para o desenvolvimento de programas Promoprev. Seu valor consiste em um acréscimo de 15% na nota da dimensão assistencial (limitado à nota da dimensão assistencial máxima de 1).

Elegibilidade - A operadora precisa ter seu formulário de cadastramento (FC) aprovado pela ANS até a data de corte estabelecida para o processamento do risco assistencial, ou ter o Formulário de Monitoramento (FM) do programa cadastrado aprovado até a data de corte, quando devido.

Potencialidades – incentivar a adoção de programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças pelas operadoras. Teoricamente essas operadoras teriam uma menor produção de procedimentos de alta complexidade ou mais invasivos por causa da prevenção e o bônus compensaria isso.

Fragilidades – O fato de considerar somente programas cadastrados e aprovados pela ANS poderia ser considerada uma fragilidade, visto que há operadoras que desenvolvem bons programas, mas optam por apenas informar a existência do programa à ANS, ou simplesmente não informam à Agência. Por outro lado, operadoras com programas de Promoprev, em tese, realizam um acompanhamento mais adequado dos beneficiários assistidos, com coordenação do cuidado, o que se traduziria automaticamente em menor risco assistencial, o que põe em questionamento a necessidade do bônus.

Processamentos – o indicador é anterior à publicação da RN 416/2016, tendo sido mantido na nova metodologia.

Análise – o indicador consiste, primordialmente, em um incentivo para o desenvolvimento de programas de PROMOPREV e melhoria da organização do modelo de atenção à saúde pelas operadoras. No âmbito do projeto de reorganização da política de Promoprev, as análises apontam como positivo o incentivo previsto no indicador.

Conclusão: Manutenção do indicador sem alteração

3. PROPOSTA DE NOVOS INDICADORES ASSISTENCIAIS

Nesta seção serão apresentados indicadores, com as respectivas análises e justificativas para inclusão ou substituição de indicadores já existentes da Dimensão Assistencial do Mapeamento, para fins de aprimoramento do monitoramento assistencial e garantias de acesso aos beneficiários de planos de saúde. A proposta considera a inclusão de 3 novos indicadores, sendo 1 em substituição a indicador já existente na atual metodologia, todos com base nos dados coletados pelo SIP, conforme disposto na IN DIPRO 21/2009.

3.1. INTERNAÇÕES POR CAUSAS RESPIRATÓRIAS ENTRE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE

Conceituação - consiste no número de internações por causas respiratórias de crianças na faixa etária compreendida entre 0 e 5 anos para cada 100 beneficiários da operadora, desta faixa etária fora do período de carência para internações hospitalares, no período avaliado

Numerador - utiliza o número de internações para beneficiários de 0 a 5 anos de idade por doenças respiratórias, cujo código do diagnóstico principal, registrado na alta hospitalar, está contido nos grupos de diagnóstico J00 a J22, J45 e J46 do Capítulo X (Doenças do aparelho respiratório) da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª versão (CID-10), informado no SIP, Item E “Internações”; Subitem 4. Internação Pediátrica “4.1. Internação de 0 a 5 anos de idade por doenças respiratórias”; coluna II (Eventos).

Denominador – número de beneficiários de 0 a 5 anos de idade fora do período de carência informado ao Sistema de Informações de Produtos (SIP) no Item E “Internações”; Subitem 4. Internação Pediátrica “4.1. Internação de 0 a 5 anos de idade por doenças respiratórias”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de internações, por causas respiratórias, de crianças de 0 a 5 anos, fora do período de carência}}{\text{Total de crianças de 0 a 5 anos, fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$$

Aplicabilidade - o indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação Médico hospitalar com internação e possuam pelo menos 100 beneficiários na faixa etária considerada.

Parâmetros - As doenças do aparelho respiratório, principalmente a pneumonia, compõe o grupo de morbidades comuns entre crianças nessa faixa etária, inclusive no contexto das internações por causas sensíveis à atenção primária, convergindo com a estimativa – realizada para o período de 1998 a 2007 – de 40% de todas as hospitalizações em crianças menores de cinco anos serem procedentes de doenças do aparelho respiratório[10]. Apesar de as crianças menores de cinco anos apresentarem maior susceptibilidade à hospitalização por tais enfermidades, em decorrência de sua vulnerabilidade biológica, a possibilidade da identificação oportuna de sinais e sintomas dessas doenças no contexto da APS possibilitaria uma redução dos casos de hospitalização. Não foram encontradas na literatura referências populacionais que nos permitam propor percentuais possíveis ou aceitáveis de internação por causas respiratórias em crianças menores de cinco anos. Sendo assim, o parâmetro proposto é a mediana do setor por porte.

Meta - Apresentar resultado maior ou igual a 70% da mediana do setor por porte.

Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < 0,7 \times \text{Mediana}$	$\text{Resultado} / (0,7 \times \text{mediana})$
$\text{Resultado} \geq 0,7 \times \text{Mediana}$	1

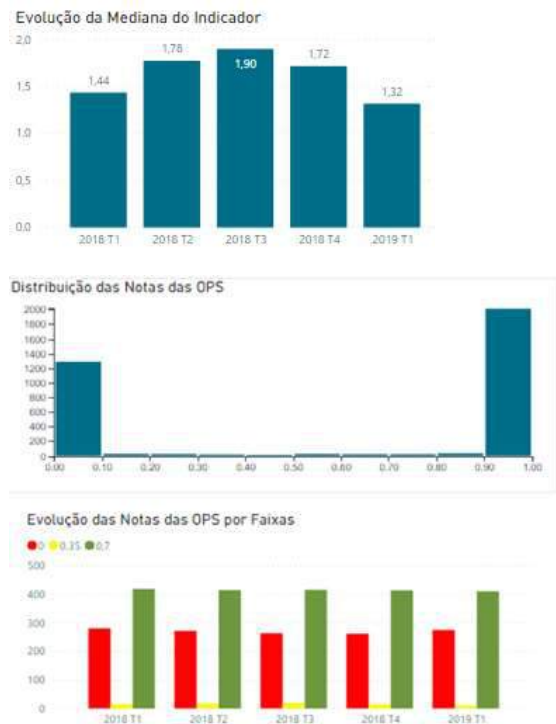
Potencialidades – fácil obtenção dos dados, pode servir como proxy para identificação de estratégias de coordenação do cuidado para a área de atenção à saúde da criança, através da garantia do acesso aos serviços de atenção primária, que, em tese, reduziriam a necessidade das internações e permite acompanhar a cobertura à assistência hospitalar à população específica.

Fragilidades – o indicador se baseia em dado que considera a classificação da doença (CID-10), que não é uma informação obrigatória a ser encaminhada pelas operadoras, pode gerar limitações e vieses nos resultados do indicador. Os resultados também podem ser afetados pela variabilidade da composição etária das carteiras das operadoras.

Análise das Simulações - Nas simulações realizadas para o indicador, foram observados os resultados abaixo, considerando a mesma meta aplicada ao indicador “Taxa de Internação Pediátrica”, que compõe atualmente o Mapeamento do Risco Assistencial (70% da mediana do setor, por porte).

Para as simulações, foram utilizados os dados do SIP de 2018 e 1º trim de 2019.

Resultados das Simulações



Justificativa – a sugestão de inclusão do indicador se dá em substituição ao indicador Taxa de Internação Pediátrica, diante das fragilidades apontadas na análise feita na primeira seção. A utilização de dados que não asseguram a compatibilidade entre o numerador e o denominador do indicador Taxa de Internações Pediátricas, aliado ao fato de se considerar uma faixa etária muito ampla (até 19 anos) e heterogênea, imprimem aspectos frágeis à construção do indicador. Considerando-se que as doenças do aparelho respiratório representam uma das principais causas de hospitalizações em crianças menores de cinco anos[11], e sendo este um dado passível de ser extraído tanto para o numerador como para o denominador (SIP – item E “Internações”, 4.1), pretende-se que a incorporação do indicador de internações por causas respiratórias entre crianças de 0 a 5 anos de idade possa traçar um retrato mais sensível quanto à identificação do risco de desassistência a que essa população específica está exposta na saúde suplementar.

3.2. TAXA DE MAMOGRAFIA EM MULHERES COM IDADE ENTRE 50 E 69 ANOS

Conceituação – consiste no número de mamografias realizadas em beneficiárias da operadora na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento no período considerado. O indicador busca avaliar a cobertura para exames de rastreamento de câncer de mama, conforme diretriz clínica do Rol da ANS.

Numerador – utiliza o número de mamografias informadas pelas operadoras ao Sistema de Informações de Produtos (SIP) no Item C10.1 “Mamografia em Mulheres de 50 a 69 anos”; Coluna II (eventos).

Denominador – utiliza o número de beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento mamografia informados pela operadora ao Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C10.1 “Mamografia em Mulheres de 50 a 69 anos”; Coluna III (beneficiárias da operadora fora do período de carência).

Método de Cálculo –

$$\frac{\text{Número de mamografias em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiárias na faixa etária 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento}}$$

Parâmetros - O câncer de mama identificado em estágios iniciais, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro, apresenta prognóstico mais favorável e alto percentual de cura. As estratégias para a detecção precoce incluem o diagnóstico precoce, abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença, e o rastreamento – aplicação de teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer.

Conforme as orientações do Programa Nacional de controle do Câncer de Mama no Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher.

Em consonância com as recomendações internacionais, o Ministério da Saúde recomenda que todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade façam exames de mamografia pelo menos uma vez a cada dois anos, além de recomendar o exame anual para mulheres acima de 35 anos que pertençam a grupos de alto risco[12]. As Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama foram elaboradas por um grupo de trabalho coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e apoiado pela Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde.

Meta - atingir um resultado igual ou superior a 0,125 mamografias para cada 100 beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos a cada trimestre, considerando a realização de um exame em mulheres dessa faixa etária a cada 2 anos.

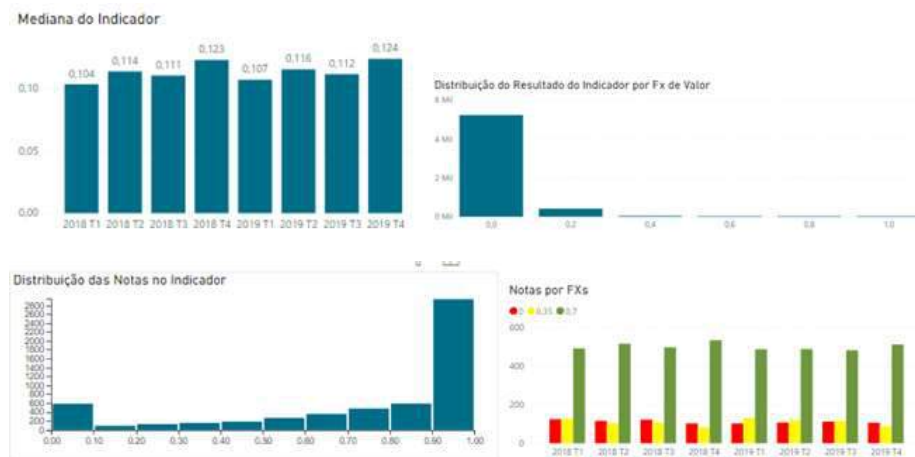
Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Resultado = 0	0
0 < Resultado < 0,125	Resultado/0,125
Resultado ≥ 0,125	1

Potencialidades – dados de fácil obtenção, extraídos diretamente do SIP; busca acompanhar a cobertura ao procedimento e a organização do modelo de atenção à saúde praticado no setor para promoção da saúde e prevenção do câncer de mama na população específica; utiliza parâmetro técnico definido pelo Ministério da Saúde para a linha de cuidado.

Fragilidades – pode sofrer variabilidade de acordo com a composição da carteira de beneficiários

Análise das Simulações – observa-se que a meta é exequível.



Justificativa – Identificou-se que a metodologia atual do Mapeamento do Risco Assistencial não possuía indicador voltado para o acompanhamento da prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis na assistência prestada aos beneficiários da saúde suplementar. Dessa forma, pretende-se que essa lacuna seja, em parte, sanada, com a incorporação do presente indicador para a linha de cuidado do câncer de mama, que é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil, excluindo o câncer de pele não-melanoma. A construção do indicador segue os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que vêm somar ao conjunto de ações desenvolvidas com a finalidade de ampliar e qualificar a detecção precoce do câncer de mama, objetivando diminuir a mortalidade dessa doença na população brasileira.

3.3. TAXA DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS

Conceituação - consiste na identificação do total de próteses unitárias utilizadas para reabilitação oral, para cada 1000 beneficiários fora do período de carência.

Numerador - utiliza o número de próteses unitárias para beneficiários fora do período de carência, que compreende as coroas totais e restaurações metálicas fundidas utilizadas para a reabilitação da forma e função de dentes decíduos ou permanentes, informados ao SIP no Item I - Procedimentos Odontológicos, Subitem 11 – Próteses unitárias.

Denominador – número de beneficiários fora do período de carência para os procedimentos.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número total de próteses unitárias concluídas em beneficiários fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários fora do período de carência para os procedimentos}} \times 1000$$

Aplicabilidade - o indicador se aplica a operadoras que atuam na segmentação odontológica e possuam pelo menos 300 beneficiários fora da carência para próteses odontológicas no período considerado.

Parâmetro – A Pesquisa de Saúde Bucal Brasil 2010 do Ministério da Saúde avaliou o agravo conhecido como “edentulismo”, ou perda dentária, a partir de levantamento sobre uso e necessidade de uso de próteses odontológicas (prótese total, prótese fixa múltipla, prótese parcial removível) pela população brasileira. No Projeto SB Brasil 2010, as necessidades de próteses dentárias foram estimadas com a finalidade de proporcionar subsídios para o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador.

Os resultados relativos ao uso de prótese demonstram que, no Brasil, 13,7% dos adolescentes (foram examinados indivíduos de 15 a 19 anos) necessitam de algum tipo de prótese dentária; entre os adultos (faixa etária de 35 a 44 anos), apenas 68,8% dos examinados necessitavam de prótese. Já a proporção de idosos (65 a 74 anos) que não necessitavam de qualquer tipo de prótese dentária foi igual a 7,3%. Para todas as faixas etárias foram encontradas diferenças por região do país.

Os dados apresentados na pesquisa não permitem gerar um parâmetro para o número de próteses odontológicas por indivíduo, porém servem como embasamento para a necessidade de acompanhamento do acesso à cobertura de procedimentos de reabilitação oral na população da saúde suplementar.

Dada a limitação do Rol de procedimentos de cobertura obrigatória instituído pela ANS, que não inclui outros tipos de próteses odontológicas, o acompanhamento de dificuldade de acesso a procedimentos da linha de atenção terciária de saúde oral se limita às próteses unitárias que são de cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

Meta – apresentar resultado igual ou superior à mediana das Operadoras exclusivamente odontológicas com mais de 300 beneficiários no trimestre, por porte.

Pontuação

Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado = 0	0
$0 < \text{Resultado} < \text{Mediana}$	Resultado/Mediana
Resultado $\geq$ Mediana	1

Potencialidades – se propõe a identificar a cobertura para procedimentos odontológicos de caráter reabilitador para fins de acompanhamento da atenção à saúde bucal e as condições de acesso de beneficiários com planos de saúde com cobertura odontológica.

Fragilidades – A análise das condições de acesso ao procedimento é permeada pela limitação dada pelo Rol de Procedimentos e Eventos em saúde de Odontologia, que institui a cobertura mínima obrigatória, e não inclui tratamentos e materiais mais modernos, que são opções atualmente mais indicadas e utilizadas na reabilitação oral, e, muitas vezes, preferidas pela população por motivos estéticos, o que pode levar a uma baixa produção de próteses unitárias sob cobertura dos planos de saúde.

Resultados das Simulações – 1º tri/2018 a 1º tri/2019

Considerando o parâmetro descrito, chegou-se às seguintes medianas, nas simulações realizadas:

Tabela de Medianas das Operadoras exclusivamente Odonto por porte, para OPS com mais de 300 beneficiários

TAXA DE PRÓTESE UNITÁRIA						
	Mediana OPS excl. OD			Mediana OPS MH c/ cob OD		
ANO/TRIM	GRANDE	MED	PEQ	GRANDE	MED	PEQ
2018 T1	2,61	2,85	2,76	4,53	2,29	3,03
2018 T2	2,94	4,65	3,19	4,74	2,81	4,96
2018 T3	3,87	4,52	3,29	4,85	1,63	5,10
2018 T4	3,71	4,58	2,94	4,20	2,49	4,39
2019 T1	2,69	5,30	2,67	3,93	0,97	5,56
MÉDIA	3,16	4,38	2,97	4,45	2,04	4,61

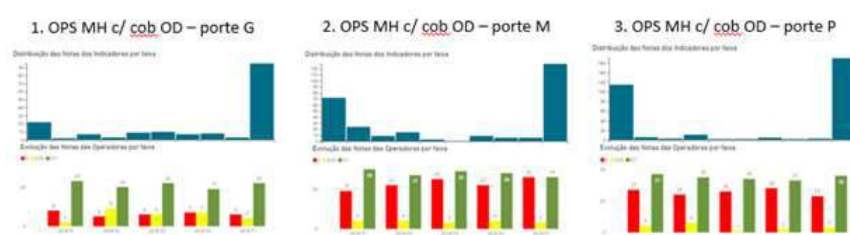
a) Análise das Notas das Operadoras no Indicador, por grupo de OPS



b) Operadoras Exclusivamente Odontológicas, por porte



c) Operadoras MH com cobertura Odonto – por porte



Justificativa – Conforme apresentado na análise do item 2.4, verificou-se que é desejável ter um indicador no monitoramento da cobertura odontológica do setor para procedimentos de reabilitação oral, porém, o indicador de proporção de próteses odontológicas unitárias, que atualmente compõe a dimensão assistencial do Mapeamento possui fragilidades que geram importantes vieses aos resultados. Dessa forma, os estudos e análises empreendidos permitiram concluir que o acompanhamento da produção de próteses unitárias sobre o total de beneficiários expostos é mais adequado que a sua avaliação sobre o total de procedimentos odontológicos realizados, uma vez que uma baixa produção odontológica, que pode ser decorrente de falhas de garantia de acesso, pode mascarar uma proporção indevida de realização de próteses para a população.

Para fins de detectar indício de risco assistencial, a metodologia do Mapeamento classifica e prioriza as operadoras que serão encaminhadas para as áreas da DIPRO para uma análise mais detalhada.

A opção por se utilizar taxa e não proporção se fundamenta no fato de que proporção olha mais a natureza dos procedimentos realizados pela operadora, se estão mais concentrados na prevenção, no tratamento secundário, na reabilitação, etc. Com base na proporção, não é possível avaliar a produção em si, nem a necessidade da carteira, sendo um indicador mais voltado para avaliar qualidade e o modelo assistencial das operadoras. Porém, para o objetivo do Mapeamento do Risco Assistencial, é mais prioritário olhar a produção e a necessidade da carteira, o que é mais bem evidenciado pelo indicador na forma de taxa.

Conceituação - consiste no acompanhamento do número de procedimentos preventivos em odontologia realizados em relação número de beneficiários da operadora fora do período de carência, no período considerado.

Numerador - utiliza o total de procedimentos de prevenção em saúde bucal realizados em beneficiários fora do período de carência, procedimentos clínicos, educativos e/ou terapêuticos que interferem nas causas das doenças bucais, impedindo e/ou retardando o aparecimento de lesões relacionadas aos processos de doenças bucais. (Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I – Odontologia, Subitem 3 “Procedimentos preventivos”);

I. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	CÓD. TUSS	DESCRIÇÃO
3.Procedimentos preventivos	87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
	87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
	84000031	Aplicação de <u>cariostático</u>
	84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva
	84000074	Aplicação de selante de <u>fóssulas</u> e fissuras
	84000090	Aplicação tópica de flúor
	84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado
	84000139	Atividade educativa em saúde bucal
	84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)
	84000171	Controle de cárie incipiente
	84000198	Profilaxia: polimento coronário
	84000201	<u>Remineralização</u>
	85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
	84000228	Teste de capacidade tampão da saliva
	84000236	Teste de contagem microbiológica
	84000244	Teste de fluxo salivar
	84000252	Teste de PH salivar

Denominador - utiliza o total de beneficiários da operadora fora do período de carência no período em análise.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{Número de procedimentos preventivos odontológicos concluídos em beneficiários fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários fora do período de carência para os procedimentos}} \times 100$$

Parâmetros - para verificar a proporção de procedimentos preventivos, em relação ao total de procedimentos odontológicos, será utilizado como parâmetro a mediana das operadoras exclusivamente odontológicas, por porte, por período de análise.

O Programa Nacional de Saúde Bucal recomenda a mudança progressiva do modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde por meio da incorporação de mais ações de promoção da saúde e de prevenção em relação às ações de recuperação propriamente ditas[13]. Nesse sentido, ressalta-se a importância da realização de procedimentos preventivos em todos os beneficiários com planos de saúde com cobertura odontológica, com objetivo de fortalecer sua autonomia no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, de 2010 apontou um resultado médio de 27% de consultas de revisão e/ou prevenção[14], como motivo da última consulta odontológica.

Embora não seja possível extrair um parâmetro técnico direto da PSB Brasil para o indicador, a pesquisa ressalta a importância da realização de procedimentos preventivos em todos que procurem o serviço odontológico com objetivo de fortalecer sua autonomia no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos.

Da análise do histórico dos resultados do Mapeamento do Risco Assistencial, desde a vigência da RN 416, observou-se que a mediana do setor para os procedimentos preventivos de cobertura obrigatória no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde tendeu a elevar-se com o porte da operadora e, para todos os portes, a mediana foi maior para as operadoras exclusivamente odontológicas em comparação com as operadoras médico-hospitalares que oferecem planos com cobertura odontológica.

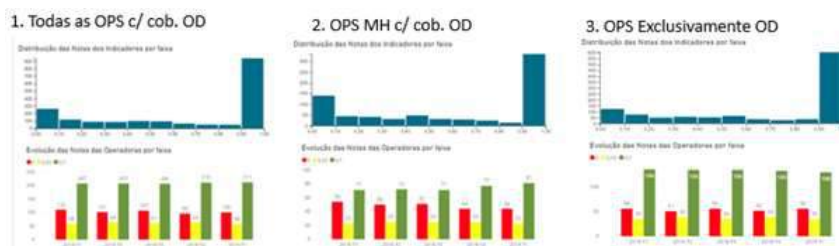
Meta: obter resultado maior ou igual à mediana das operadoras exclusivamente odontológicas, por porte, no período considerado.

Quadro de Pontuação:

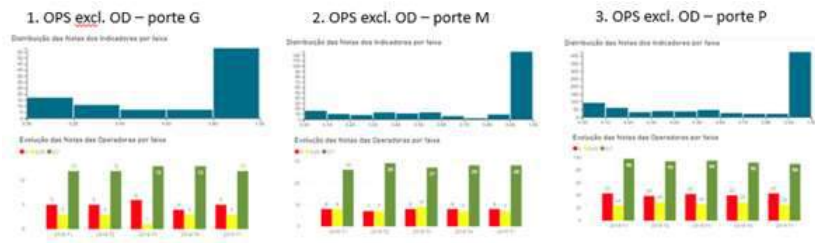
Resultado do Indicador	Nota da Operadora (de 0 a 1)
Problema de Informação ou Resultado =0	0
0 < Resultado < Mediana	Resultado/Mediana
Resultado ≥ Mediana	1

Análise dos Resultados (Simulação considerou 1º tri/2018 a 1º tri/2019):

a) Notas das OPS por grupo de operadoras



b) Notas das OPS exclusivamente OD por porte



c) Notas das OPS MH com cobertura OD, por porte



Potencialidades: Permite o acompanhamento da cobertura de procedimentos preventivos em saúde bucal, identificando variações e tendências que demandem o incremento de ações para a prevenção e intervenção precoce. Possibilitar a realização de análises epidemiológicas comparativas observando a série histórica do indicador, e correlacionando a realização de procedimentos preventivos em saúde bucal com os demais procedimentos odontológicos individuais. Permite analisar a orientação dos modelos de atenção à saúde praticados na assistência odontológica suplementar.

Fragilidades: O indicador pode ser influenciado pela possibilidade de contagem cumulativa de procedimentos em um mesmo beneficiário. O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

Justificativa: O indicador permite o acompanhamento da realização de procedimentos preventivos de odontologia por beneficiários de planos de saúde que possuem cobertura odontológica com objetivo de fortalecer as ações de promoção de saúde bucal e prevenção de riscos e doenças, em alinhamento com a política nacional de saúde bucal.

Sobre a questão levantada acerca de qual medida seria mais adequada para a avaliação, taxa ou proporção de procedimentos realizados, foi feita a seguinte reflexão:

	Operadora A	Operadora B
Qtde de procedimentos preventivos	70	70
Qtde de procedimentos odontológicos	100	100
Nº de benef	100.000	100
Proporção proced preventivos	Indicador=70% Nota=1	Indicador=70% Nota=1
Taxa de proced preventivos para cada 100 benef	Indicador=0,07 Nota=0,07/60=0,0012	Indicador=70 Nota=1 (pois ficou maior do que a mediana 60)

*obs: notas calculadas supondo mediana da proporção=30% e mediana da taxa=60 proced por 100 benef

O exemplo acima considera uma operadora grande A com 100.000 beneficiários e uma operadora pequena B com 100 beneficiários. Ambas têm uma proporção ótima com nota máxima, comparando com a mediana do setor. Porém a operadora A teve produção ínfima em relação ao número de beneficiários, ficando com nota próxima a zero. Já a operadora B teve boa proporção e boa produção por beneficiário, ficando com nota máxima também na taxa, que acima da mediana do setor.

Para fins de detectar indício de risco assistencial, a metodologia do Mapeamento classifica e prioriza as operadoras que serão encaminhadas para as áreas da DIPRO para uma análise mais detalhada. Sob o aspecto de risco assistencial, as duas operadoras não são equivalentes: a operadora A tem um indício de risco assistencial que não aparece na operadora B se olharmos pela proporção.

A proporção olha mais a natureza dos procedimentos realizados pela operadora, se estão mais concentrados na prevenção, no tratamento secundário, na reabilitação, etc. Com base na proporção, não é possível avaliar a produção em si, nem a necessidade da carteira, sendo um indicador mais voltado para avaliar qualidade e de modelo assistencial.

Porém, para o objetivo do Mapeamento do Risco Assistencial, é mais prioritário olhar a produção e a necessidade da carteira, o que é mais bem evidenciado pelo indicador na forma de taxa.

4. PROPOSTA PARA A REVISÃO DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

Com base na análise dos indicadores já existentes no Mapeamento do Risco Assistencial empreendida na Seção 1, a apresentação de novos indicadores na Seção 2 da Nota, e na pesquisa bibliográfica realizada, será apresentada a seguir a proposta da nova cesta de indicadores a compor a dimensão assistencial do Mapeamento do Risco Assistencial, que será subdividida nos seguintes grupos:

- Dos indicadores disciplinados na Nota nº 137/2017, mantidos sem alteração;
- Dos indicadores disciplinados na Nota nº 137/2017 mantidos com alterações; e
- Dos novos indicadores com sugestão de inclusão.

Vale destacar que todos os indicadores passaram por revisão geral de suas fichas técnicas e foram classificados como “com alteração” aqueles que tiveram alteração promovida em algum dos seguintes campos: método de cálculo, meta, pontuação e/ou parâmetros.

Outro ponto importante é que a presente revisão considerou a continuidade do SIP como fonte de dados para os indicadores da dimensão assistencial. Paralelamente, está em curso uma análise da GMOA para comparar dados do SIP e do TISS com o intuito de verificar a compatibilidade dos dados informados pelas operadoras aos dois sistemas e indicar se já seria possível a adoção do TISS como fonte. Caso se conclua pela viabilidade de utilização do TISS, será realizada uma nova revisão dos indicadores.

4.1. INDICADORES DISCIPLINADOS NA NOTA nº 137/2017/GMOA/GGRAS/DIPRO MANTIDOS (SEM ALTERAÇÕES)

De acordo com a análise empreendida na seção 2 da presente Nota, foram considerados aderentes à necessidade de identificação do risco à prestação da assistência à saúde, os seguintes indicadores constantes na metodologia atual, mantidos sem alteração, conforme apresentado no quadro a seguir, totalizando 7 indicadores:

Nome do indicador	Justificativa
NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS POR BENEFICIÁRIO	Representa o item "Consultas" - (atenção básica) na segmentação ambulatorial
TAXA DE EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	Representa o item "Exames" de alta complexidade - segmentação ambulatorial
NÚMERO DE SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA POR BENEFICIÁRIO	Representa o item "Terapias" - segmentação ambulatorial
TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Representa o item "Internações" - segmentação hospitalar
TAXA DE RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	Representa o item "Odontologia" - segmentação odontológica
TAXA DE DENTES PERMANENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONCLUÍDO	Representa o item "Odontologia" - segmentação odontológica
PONTUAÇÃO BÔNUS PARA OPERADORAS COM PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS	Trata-se de incentivo regulatório para cadastro de programas Promoprev na ANS - indutor de adoção de modelo de atenção à saúde com foco na promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças

4.2. INDICADORES DISCIPLINADOS NA NOTA Nº 137 COM SUGESTÕES DE ALTERAÇÃO

A seguir são apresentados os indicadores da metodologia atual que sofreram alterações, de acordo com a análise feita na seção 2, conforme quadro analítico apresentado abaixo.

Nome do indicador	Campos Alterados	Atual	Proposta de Alteração	Justificativa
NÚMERO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS COM PEDIATRA POR BENEFICIÁRIO ATÉ 14 ANOS	NOME	NÚMERO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS COM PEDIATRA POR BENEFICIÁRIO ATÉ 14 ANOS	NÚMERO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS COM PEDIATRA POR BENEFICIÁRIO COM IDADE INFERIOR A 20 ANOS	Necessidade de inclusão da faixa etária de 15 a 20 incompletos, visto que, de acordo com a diretriz da Sociedade Brasileira de Pediatria, a especialidade tem como foco o atendimento da criança (0 a 9 anos) e do adolescente (10 a 19 anos) e não de 20 anos incompletos
	META	Apresentar uma produção igual ou superior a 0,35 consultas com pediatra por beneficiário ≤ 14 anos por trimestre (70% de 0,50).	Apresentar uma produção igual ou superior a 0,28 consultas com pediatra por beneficiário < 20 anos por trimestre (70% de 0,40)	A meta do indicador foi recalculada com a inclusão da faixa etária de 15 a 20 anos incompletos, considerando a diretriz da Sociedade Brasileira de Pediatria, a especialidade tem como foco o atendimento da criança (0 a 9 anos) e do adolescente (10 a 19 anos) e não de 20 anos incompletos
	MÉTODO DE CÁLCULO	(Número de consultas ambulatoriais com pediatra)/(Número total de beneficiários com idade igual ou inferior a 14 anos em planos que incluem a segmentação ambulatorial fora do período de carência)	(Número de consultas ambulatoriais com pediatra)/(Número total de beneficiários com idade inferior a 20 anos em planos que incluem a segmentação ambulatorial fora do período de carência)	Ampliação da idade considerada no denominador para 20 anos incompletos, acompanhando diretrizes da SBP
	PONTUAÇÃO	- Problema de Informação ou Resultado ≤ 0,10 → 0 0,10 < Resultado < 0,35 → (Resultado-0,10)/0,25 - Resultado ≥ 0,35 → 10000	- Problema de Informação ou Resultado ≤ 0,10 → 0 0,10 < Resultado < 0,28 → (Resultado-0,10)/0,18 - Resultado ≥ 0,28 → 1	Foi mantida a pontuação de 70% da meta a ser atingida, com o valor recalculado 0,28.
	PARÂMETRO	Rol de procedimentos (diretriz clínica) Beneficiários – SIB da ANS em setembro de 2016 (BRASIL/ANS, 2016), chega-se a 2,02 consultas por beneficiário ≤ 14 anos por ano, aproximadamente 0,50 por trimestre	Diretriz Clínica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (RN nº 338/2014) Beneficiários - SIB da ANS em outubro de 2020, chega-se a 1,6 consultas por beneficiários < 20 anos por ano, aproximadamente 0,4 por trimestre	O parâmetro do indicador foi recalculado com a inclusão da faixa etária de 15 a 20 anos incompletos e considerando a diretriz da Sociedade Brasileira de Pediatria, a especialidade tem como foco o atendimento da criança (0 a 9 anos) e do adolescente (10 a 19 anos) e não de 20 anos incompletos
PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO	PONTUAÇÃO	Problema de informação ou Resultado = 0 ou Resultado > 20 = 0; 0 < Resultado < 5 = Resultado/5; 5 <= Resultado <= 20 = 1	Problema de informação ou Resultado < 5 ou Resultado > 30 = 0 5 <= Resultado < 15 = (Resultado-5)/10; 15 <= Resultado <= 20 = 1; 20 < Resultado < 30 = 1-[(Resultado-20)/10]	Estabelecimento de uma faixa de valores decrescentes percentuais compreendidos entre 20 e 30%, indicando distanciamento do parâmetro estabelecido para o indicador (mediana), e consideração de Nota = 0 para resultados 30% ou menores que 5%, conferindo refinamento ao acompanhamento de utilização excessiva da consulta de emergência para acesso à assistência à saúde, melhorando a identificação de dificuldades para cobertura de atendimento em pronto socorro para as situações de emergência não-evitáveis pelas operadoras.
NÚMERO DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE CRÔNICA POR BENEFICIÁRIO	META	Apresentar um número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,013 sessões por beneficiário por trimestre, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,016 sessões por beneficiário por trimestre.	Apresentar um número de sessões de hemodiálise crônica superior a 0,015 sessões por beneficiário por trimestre, ou seja, cerca de 80% do valor esperado de 0,019 sessões por beneficiário por trimestre.	Trata-se de indicador fundamentado em parâmetro estabelecido pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, referência principal para a análise das medianas ao longo do tempo. A análise das medianas ao longo do tempo permite intuir uma melhora progressiva no desempenho das operadoras no indicador, tendo em vista que se aproximado da meta estabelecida ao longo dos anos.
	PONTUAÇÃO	• Problema de Informação OU Resultado	• Problema de Informação OU	

		= 0 → 0 • 0 < Resultado < 0,013 → Resultado / 0,013 • Resultado ≥ 0,013 → 1	Resultado = 0 → 0 • 0 < Resultado < 0,015 → Resultado / 0,015 • Resultado ≥ 0,015 → 1	Saliena-se, no entanto, o parâmetro atualizado pelo recente publicado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia
	PARÂMETRO	Tendo como referência o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica da Sociedade Brasileira de Nefrologia, adotou-se uma prevalência de 41,7 pacientes em hemodiálise crônica convencional por 100.000 beneficiários (83,6% de 49,9 por 100.000) e uma média de três sessões semanais (39 sessões por trimestre), resultando em cerca de 0,016 sessões por beneficiário por trimestre.	O Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica da Sociedade Brasileira de Nefrologia para 2016 apontou uma prevalência de 49,5 pacientes em hemodiálise crônica convencional por 100.000 beneficiários (83% de 59,6 por 100.000) e uma média de 3 sessões semanais (39 sessões por trimestre), resultando em resultado em cerca de 0,019 sessões por beneficiário por trimestre.	
TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	META	apresentar resultado maior ou igual a 70% da mediana do setor por porte das operadoras (pequenas, médias e grandes)	apresentar resultado maior ou igual a 90% da mediana do setor por porte das operadoras (pequenas, médias e grandes)	Considerando que o parâmetro utilizado no Mapeamento da Saúde, a mediana do setor, por porte, sugere-se um ajuste e aumento do percentual a ser atingido para aprimorar a identificação de indícios de risco assistencial nas operadoras que prestam assistência hospitalar.
	PONTUAÇÃO	Problema de Informação ou Resultado ≤ (0,2 x Mediana) = 0; $(0,2 \times \text{Mediana}) < \text{Resultado} < 0,7 \times \text{Mediana} = (\text{Resultado} - 0,2 \times \text{Mediana}) / (0,7 \times \text{Mediana}) - (0,2 \times \text{Mediana})$; Resultado ≥ 0,7 x Mediana = 1	• Problema de Informação ou Resultado ≤ (0,2 x Mediana), Nota = 0 • $(0,2 \times \text{Mediana}) < \text{Resultado} < 0,9 \times \text{Mediana}$, Nota = $(\text{Resultado} - 0,2 \times \text{Mediana}) / (0,9 \times \text{Mediana}) - (0,2 \times \text{Mediana})$ • Resultado ≥ 0,9 x Mediana, Nota = 1	
NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INICIAIS POR BENEFICIÁRIO	PARÂMETRO	é utilizado o parâmetro proposto pelo Ministério da Saúde para a saúde bucal no SUS, constante na Portaria GM 1631/2015, que consiste na realização de uma consulta odontológica inicial por habitante/ano.	Mediana das Operadoras exclusivamente Odontológicas, por terem seu foco de atuação centrado no modelo de atenção à saúde bucal, com melhor desempenho no histórico do programa de Mapeamento nos indicadores odontológicos.	A utilização do parâmetro de consultas odontológicas ao ano para o SUS, de 1 consulta por usuário ao ano, considerando as consultas por trimestre, considera um modelo de atenção integral à saúde, com a saúde bucal integrada ao cuidado integral do indivíduo. Na saúde suplementar, a consulta odontológica não é garantida de forma integrada ao cuidado médico-hospitalar. Passa-se a utilizar a mediana das consultas exclusivamente OD, por porte, com melhor desempenho histórico do Mapeamento nos indicadores OD. Considerando que grande parte das operadoras não atende a meta atual, e, ainda, que não há elementos que as resultados a um maior risco de desassistência entre operadoras analisadas pela GEDIT. Procedeu-se a atualização da meta observada utilizando como referência a mediana exclusivamente OD por porte.
	META	Apresentar resultado igual ou superior a 0,125 consulta odontológica inicial por beneficiário por trimestre.	Obter resultado maior ou igual à mediana das Operadoras exclusivamente odontológicas, no período avaliado	
	PONTUAÇÃO	Problema de Informação ou Resultado = 0; Nota = 0 0 < Resultado < 0,25; Nota = Resultado/0,25 Resultado ≥ 0,25; Nota = 1	Resultado = 0 ou Problema de Informação; Nota = 0 0 < Resultado < mediana OD; Nota = $(\text{Resultado} / \text{Mediana OD})$ Resultado ≥ mediana OD; Nota = 1	

4.3. INDICADORES COM SUGESTÃO DE INCLUSÃO

O Quadro analítico abaixo apresenta uma síntese dos novos indicadores propostos, conforme descrição na Seção 3 desta Nota.

Nome do indicador	Ficha Técnica Resumida
INTERNAÇÕES POR CAUSAS RESPIRATÓRIAS ENTRE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE	Método de Cálculo: $((\text{N}^\circ \text{ de internações por causas respiratórias, de crianças de 0 e 5 anos}) / (\text{Total de crianças de 0 a 5 anos, fora do período de carência para o procedimento})) \times 100$
	Meta: Resultado maior ou igual a 70% da mediana do setor por porte
	Pontuação: • Problema de informação ou Resultado = 0 → 0 • 0 < Resultado < 0,7 x Mediana → Resultado / ((0,7 x Mediana)) • Resultado ≥ 0,7 x Mediana → 1
	Parâmetro: mediana do setor
	Justificativa: A produção elevada de internações hospitalares por causas respiratórias entre crianças de 0 a 5 anos pode apontar a incapacidade da operadora em evitar parte das internações hospitalares por meio do acesso à atenção básica e/ou pelo desenvolvimento de ações preventivas. Por outro lado, uma produção muito baixa em relação à mediana do setor pode indicar risco de desassistência para a segmentação hospitalar para internação pediátrica.
TAXA DE MAMOGRAFIA EM MULHERES COM IDADE ENTRE 50 E 69 ANOS	Método de Cálculo: $((\text{Número de mamografias em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos fora do período de carência}) / (\text{Total de beneficiárias na faixa etária 50 a 69 anos fora do período de carência para o procedimento})) \times 100$
	Meta: resultado igual ou superior a 0,125 mamografias para cada 100 beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos a cada trimestre (1 a cada 2 anos)
	Pontuação: • Resultado = 0 → 0 • 0 < Resultado < 0,125 → (Resultado)/0,125 • Resultado ≥ 0,125 → 1
	Parâmetro: Recomendação do Ministério da Saúde para que todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade façam exames de mamografia pelo menos uma vez a cada dois anos
	Justificativa: Estima a cobertura ao procedimento "mamografia" em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos. Permite o acompanhamento da assistência prestada, bem como ações de mobilização da operadora em relação ao rastreamento do câncer de mama; taxas reduzidas podem refletir dificuldades de sensibilização e captação da população beneficiária para o rastreamento de câncer de mama, ou dificuldades de acesso aos serviços, representando o grupo "Exames" para detecção e controle de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT).

	Pode ser utilizado para avaliar a evolução da realização de mamografias, identificando tendências de cobertura deste procedimento, com vistas a inferir a detecção precoce do câncer de mama.
TAXA DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS	Método de Cálculo: (Número de próteses unitárias realizadas no período)/(Total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento)
	Meta: Obter resultado maior ou igual à mediana das operadoras exclusivamente OD por porte, no período avaliado.
	Pontuação: • Problema de informação ou Resultado = 0 → 0 • 0 < Resultado < Mediana → Resultado/mediana • Resultado ≥ Mediana → 1
	Parâmetro: Mediana das OPS exclusivamente OD por porte
	Justificativa: Estima o número de próteses unitárias realizadas para a população assistida, acompanhando a assistência prestada para reabilitação oral na saúde suplementar.
TAXA DE PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS EM ODONTOLOGIA	Método de Cálculo: (Número de procedimentos preventivos)/(Total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento)
	Meta: Obter resultado maior ou igual à mediana das operadoras exclusivamente OD por porte, no período avaliado.
	Pontuação: • Problema de informação ou Resultado = 0 → 0 • 0 < Resultado < Mediana → Resultado/mediana • Resultado ≥ Mediana → 1
	Parâmetro: Mediana das OPS exclusivamente OD por porte
	Justificativa: Estima o número de procedimentos preventivos para a população assistida, acompanhando a assistência prestada na atenção primária de saúde bucal. Permite analisar o acesso aos procedimentos preventivos na atenção suplementar à saúde, identificando variações e tendências que apontem risco à desassistência.

4.4. SÍNTESE DA PROPOSTA DE ATUALIZAÇÃO DOS INDICADORES DA DIMENSÃO ASSISTENCIAL

O quadro a seguir contém todos os indicadores da dimensão assistencial após revisão da área técnica:

Segmentação	Indicadores	Situação
COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS POR BENEFICIÁRIO	Mantido
	NÚMERO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS COM PEDIATRA POR BENEFICIÁRIO ATÉ 14 ANOS	Mantido com alterações
	PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO	Mantido com alterações
	TAXA DE MAMOGRAFIA EM MULHERES COM IDADE ENTRE 50 E 69 ANOS	Incluído
	TAXA DE EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	Mantido
	NÚMERO DE SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA POR BENEFICIÁRIO	Mantido
	NÚMERO DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE CRÔNICA POR BENEFICIÁRIO	Mantido com alterações
	TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	Mantido com alterações
	TAXA DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	Excluído/Substituído
COBERTURA ODONTOLÓGICA	INTERNAÇÕES POR CAUSAS RESPIRATÓRIAS ENTRE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE	Incluído
	NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INICIAIS POR BENEFICIÁRIO	Mantido com alterações
	TAXA DE RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	Mantido
	TAXA DE PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS EM ODONTOLOGIA	Incluído
	TAXA DE DENTES PERMANENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONCLUÍDO	Mantido
	PROPORÇÃO DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS	Excluído/Substituído
GERAL	TAXA DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS	Incluído
	PONTUAÇÃO BÔNUS PARA OPERADORAS COM PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS	Mantido

Abaixo, o quadro final atualizado dos indicadores da Dimensão Assistencial:

Segmentação	Indicadores
COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS POR BENEFICIÁRIO
	NÚMERO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS COM PEDIATRA POR BENEFICIÁRIO COM IDADE INFERIOR A 20 ANOS
	PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO
	TAXA DE MAMOGRAFIA EM MULHERES COM IDADE ENTRE 50 E 69 ANOS
	TAXA DE EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
	NÚMERO DE SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA POR BENEFICIÁRIO
	NÚMERO DE SESSÕES DE HEMODIÁLISE CRÔNICA POR BENEFICIÁRIO
	TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
	INTERNAÇÕES POR CAUSAS RESPIRATÓRIAS ENTRE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE
COBERTURA ODONTOLÓGICA	NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INICIAIS POR BENEFICIÁRIO
	TAXA DE RASPAGEM SUPRAGENGIVAL
	TAXA DE PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS EM ODONTOLOGIA
	TAXA DE DENTES PERMANENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONCLUÍDO
	TAXA DE PRÓTESES ODONTOLÓGICAS UNITÁRIAS
GERAL	PONTUAÇÃO BÔNUS PARA OPERADORAS COM PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS

5. **CONCLUSÃO**

A presente Nota Técnica contém uma revisão analítica dos indicadores da dimensão assistencial do Mapeamento do Risco Assistencial, acompanhada de proposta de atualização do conjunto de indicadores, passando-se de 12 indicadores (8 voltados para cobertura médico-hospitalar e 4 para cobertura odontológica) para um total de 14 indicadores, sendo 9 de cobertura médico-hospitalar e 5 de cobertura odontológica. A atualização

proposta tem por objetivo o aperfeiçoamento do monitoramento assistencial e garantias de acesso na saúde suplementar, conforme previsto no Tema Regulatório 10 da Agenda Regulatória da ANS 2019/ 2021.

Diante de todo o exposto, a Gerência de Monitoramento Assistencial encaminha a presente Nota Técnica à Diretoria da DIPRO, para análise e aprovação, com sugestão de encaminhamento à Diretoria Colegiada da ANS, para deliberação.

[1]

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/moa/2017_fichas_tecnicas_novo_risco_assistencial_versao_corrigida_portaria_1631_2015.pdf

[2] CIENTÍFICO, Conselho; BERMUDEZ, Beatriz Elizabeth Bagatin Velela. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Manual de Orientações, Departamento Científico de Adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria. Janeiro de 2019.

[3] ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&Ing=en&nrm=iso>. access on 28 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>.

[4] Mendes, Eugênio Vilaça. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. 55. ISBN: 978-85-8071-034-2

[5] Verifica-se um aumento da taxa média de prevalência de pacientes em terapia renal substitutiva em todo o mundo. De acordo com Chan, Blankestijn, Dember, Gallieni, Harris, Lok, et al (apud Neves, Sesso, Thomé, Lugon e Nasicmento; 2020) em 2010, eram estimados cerca de 2 milhões de pacientes em diálise no mundo e a perspectiva é que essa cifra duplique até 2030.

[6] Sesso, R. C.; Lopes, A.A.; Thomé, F.S.; Lugon, J.R. e Martins C. T. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016 em J Bras Nefrol 2017;39(3):261-266 (Disponível em https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/articles_xml/2175-8239-jbn-S0101-28002017000300261/2175-8239-jbn-S0101-28002017000300261-pt.pdf, acessado em 30/01/2021)

[7] CIENTÍFICO, Conselho; BERMUDEZ, Beatriz Elizabeth Bagatin Velela. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Manual de Orientações, Departamento Científico de Adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria. Janeiro de 2019.

[8] PEDRAZA, Dixis Figueroa; ARAUJO, Erika Morganna Neves de. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 169-182, jan. 2017. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000100169&Ing=pt&nrm=iso>. acessos em 16 dez. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100018>.

[9] **Compatibilização entre os procedimentos da TUSS e os itens do SIP conforme IN DIPRO 21/2009**

[10] PEDRAZA, Dixis Figueroa; ARAUJO, Erika Morganna Neves de. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 169-182, jan. 2017. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000100169&Ing=pt&nrm=iso>. acessos em 16 dez. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100018>.

[11] PEDRAZA, Dixis Figueroa; ARAUJO, Erika Morganna Neves de. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 169-182, jan. 2017. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000100169&Ing=pt&nrm=iso>. acessos em 16 dez. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100018>.

[12] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância Diretrizes para a detecção precoce do Câncer de Mama no Brasil. 2017 - O documento completo está disponível em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf.

[13] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; 17), 2008.

[14] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Tereza de Marsillac Pasinato, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, em 04/02/2021, às 08:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **GRAZIELA SOARES SCALERCIO, Coordenador(a) de Monitoramento Assistencial**, em 04/02/2021, às 11:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA SOPHIA FUKAYAMA SADDOK DE SA, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 04/02/2021, às 14:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **FLAVIA HARUMI RAMOS TANAKA, Gerente de Monitoramento Assistencial**, em 05/02/2021, às 12:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **TEOFILO JOSE MACHADO RODRIGUES, Gerente-Geral de Regulação Assistencial**, em 08/02/2021, às 12:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **19835507** e o código CRC **9057114B**.