1.4 Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 Anos (PESO 2)

Nomenclatura Simplificada

Cuidado Integral da Criança até os 4 anos

Conceito

Razão de consultas ambulatoriais de pediatria para crianças de 0 a 4 anos, univocamente identificadas, para avaliar o cuidado integral da criança nesta faixa etária. Compara o resultado em relação ao total de consultas recomendadas na literatura, no período considerado.

Método de Cálculo

Número de consultas ambulatoriais com pediatra ou médico de família e comunidade para crianças univocamente identificadas, com idade menor que 1 ano, até a 8ª consulta	+	Número de consultas ambulatoriais com pediatra ou médico de família e comunidade para beneficiários com idade entre 1 e 4 anos univocamente identificados, até a 2ª consulta
8x (Média de beneficiários com idade até 1 ano em planos que contenham a segmentação ambulatorial, no período considerado)	+	2 x (Média de beneficiários com idade entre 1 e 4 anos em planos que contenham a segmentação ambulatorial, no período considerado)

Definição de termos utilizados no Indicador

Consultas ambulatoriais para o cuidado integral da criança- Para fins do PQO, serão consideradas consultas com as especialidades Pediatria e Medicina de

Família e Comunidade para a realização do cuidado integral da criança até 04 anos de idade (60 meses incompletos).

Consultas ambulatoriais com pediatra- Atendimentos prestados em regime ambulatorial por profissional com Título de Especialista e/ou Certificado de Residência Médica em Pediatria, regularmente registrado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico de crianças e adolescentes.

Consultas ambulatoriais em Medicina de Família e Comunidade –

Atendimentos prestados em regime ambulatorial por profissional com Título de Especialista e/ou Certificado de Residência Médica em saúde da família/medicina de família e comunidade, regularmente registrado pelo Conselho Regional de Medicina, para fins de prestação contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família, incluindo crianças e adolescentes.

Interpretação do Indicador

Permite estimar a cobertura de consultas ambulatoriais com pediatra em relação à média de beneficiários, no período analisado, com idade igual ou inferior a 4 anos (60 meses incompletos).

Aponta situações de dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica para crianças até 4 anos de idade.

Usos

Avaliar a evolução da realização das consultas ambulatoriais com pediatra, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção básica por crianças até os 4 anos de idade.

Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde de crianças até os 4 anos de idade, no setor suplementar.

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora para crianças até os 4 anos de idade.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (BRASIL/ANS, 2021) estabelece como diretriz clínica 8 consultas com pediatra na faixa etária de 0 a 1 ano, e 8 consultas na faixa de 1 a 4 anos, conforme tabela a seguir:

Lactente 0-2 anos	Pré-escola 2-4 anos	Escolar 5-10 anos	Adolescente 11-19 anos
1ª semana	24 meses	5 anos	11 anos
1 mês	30 meses	6 anos	12 anos
2 meses	36 meses	7 anos	13 anos
3 meses	42 meses	8 anos	14 anos
4 meses	48 meses	9 anos	15 anos
5 meses		10 anos	16 anos
6 meses			17 anos
9 meses			18 anos
12 meses			19 anos
15 meses			
18 meses			

Fonte: Fonte: Rol/ANS 2021 – Anexo III – Diretrizes Clínicas

Disponível em:
https://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/Anexo_III_DC_2021_RN_465.2021.v2.pdf

Portanto, a média de consultas recomendadas por ano para cada criança é de aproximadamente:

Faixa Etária	Consultas recomendadas no período (A)	Intervalo de anos na faixa etária (arredondado) (B)	Média de consultas recomendadas por ano (A/B)
Até 1 ano (12 meses incompletos)	8	1 ano (11 meses e 29 dias)	8
1 a 4 anos (12 meses completos a 60 meses incompletos)	8	4 anos (59 meses e 29 dias)	2

Meta

Apresentar uma produção igual a 8 consultas no primeiro ano de vida (12 meses incompletos) e 2 consultas por ano para crianças com idade entre 1 e 4 anos (12 meses completos a 60 meses incompletos). Ou, de forma simplificada, espera-se resultado igual a um. No entanto, diante da necessidade de mudança do modelo de atenção, é importante apontar para o aumento progressivo da meta. Portanto, será atribuída a pontuação máxima para a operadora que apresentar pelo menos 0,95 de razão das consultas realizadas em relação às consultas recomendadas para crianças de até 4 anos.

Pontuação

Indicador	Pontuação
Resultado	**Valor de 0 a 1**
Resultado ≤ 0,10	0
0,1 < Resultado < 0,95	0< V <1
Resultado ≥ 0,95	1

V= ((0,1< Resultado<0,95) – 0,1)/0,85

Fonte de dados

TISS e SIB

Numerador: Códigos TUSS**,** conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nas guias de consulta ou de SP/SADT (não vinculadas a evento de internação) 10101012 (Consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido) ou 10106146 (Atendimento ambulatorial em puericultura), para beneficiários com idade: menor que 1 ano; e entre 1 e 4 anos (60 meses incompletos) ; na data de realização do atendimento, com CBO igual a 225124 (Médico pediatra) e 225130 (Médico de família e comunidade).

Denominador: Média anual de beneficiários com idade menor que 1 ano e com idade entre 1 e 4 anos (60 meses incompletos, que possuam plano com a segmentação ambulatorial - Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

Observações:

1- Para a correta identificação unívoca do beneficiário, a operadora deverá observar o correto preenchimento do CNS - Cartão Nacional de Saúde tanto na Guia TISS quanto no SIB. Caso não haja o correto preenchimento do CNS tanto na Guia TISS quanto no SIB, o beneficiário poderá não ser considerado para o cálculo do indicador.

2- Além da busca do CNS nas guias TISS, também será realizada a busca por meio do CPF preenchido pela operadora no TISS, para que o CNS do beneficiário seja localizado. Se o CNS não estiver válido, mas o CPF sim, sua busca será realizada pelo CPF. Assim, se a guia contiver um CNS correto que possa ser usado para identificação unívoca e um CPF nulo (não informado) ou incorreto, essa guia será elegível para indicadores do IDSS que façam identificação unívoca. O CNS é validado no cadastro de beneficiários da ANS e será realizado o processamento adequadamente. Da mesma forma, se a guia contiver um CPF correto que possa ser usado para identificação unívoca e um CNS nulo (não informado) ou incorreto, essa guia será elegível para indicadores do IDSS que façam identificação unívoca. A partir do CPF, a ANS utiliza tanto os dados do Cadastro de Pessoas Físicas da Receita Federal, quanto os dados do SIB para obter o CNS e identificar o beneficiário. Portanto, é extremamente importante que os dados do beneficiário estejam corretamente cadastrados no sistema SIB, bem como, preenchidos na guia.

3- Caso mais de 20% do total de CNS informados no TISS pela operadora não sejam encontrados (inexistentes) na base do Sistema de Informação de beneficiários - SIB ou não sejam válidos, será atribuída inconsistência ao indicador e a operadora obterá nota Zero.

4- Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento**, ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	2	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	6	Inconsistente (nota zero)
OPS possui índice composto de qualidade cadastral do SIB inferior a 20% no ano-base	7	Inconsistente (nota zero)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	8	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui média de beneficiários = zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou tipo de guia = 1 ou 2 (Consulta e SP/SADT não vinculado à internação)	9	Não se aplica (não é calculado)
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da OPS no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	10	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS possui no ano-base média de beneficiários até 4 anos igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com pediatra em beneficiários até 4 anos de idade	11	Não se aplica (não é calculado)
(Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação ambulatorial maior que zero) ou informou atendimentos em tipo de guia = 1, 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	12	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários > zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e não informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	13	Inconsistente (nota zero)
OPS possui média de beneficiários = zero no SIB para a segmentação ambulatorial no ano-base e informou atendimentos em tipo de guia = 1 ou 2 (SP/SADT não vinculado à internação)	14	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui nas guias TISS do ano-base 20% ou mais de CNS inexistentes no SIB	15	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

Incentivar ações primárias de atenção à saúde da criança, por meio da garantia de acesso da população infantil aos pediatras em consultórios e outras unidades básicas de saúde.

Facilitar o acesso aos pediatras da rede prestadora, tanto em termos de oferta de horários flexíveis para as consultas, quanto da distância entre o consultório do pediatra e a residência das famílias beneficiárias.

Promover ações voltadas à conscientização dos pais sobre a importância da busca do pediatra para acompanhamento contínuo da saúde da criança.

Limitações e Vieses

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada aos beneficiários nessa faixa etária por uma determinada operadora.

O indicador pode ser influenciado pelas características da infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora.

O resultado do indicador pode ser afetado pela forma distinta de apuração de beneficiários no numerador e no denominador. O numerador reflete as consultas realizadas somente pelos beneficiários univocamente identificados da operadora. No entanto, no denominador é considerada a média de beneficiários da operadora. Desse modo, tendo em vista que as consultas apuradas no numerador não serão divididas somente pelos beneficiários que as realizaram, tem-se que o número médio de consultas por beneficiário pode apresentar variações em maior ou menor grau a depender da proporção de beneficiários da operadora que foram univocamente identificados.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras

apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022.

> *Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2022, com as respectivas metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.*
>
> *(...)*
>
> *§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.*

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo – Anexo, Ficha de Qualificação dos Indicadores. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2021 - Anexo III, Diretrizes Clínicas. Disponível em:

https://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/Anexo_III_DC_2021_RN_465.2021.v2.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sistema de Informação de Beneficiários (SIB). 2016.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Calendário de Puericultura. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/CalendarioPuericultura_Jan2014.pdf. Acesso: 11jan2016.