1.9 Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos - (PESO 3)

Nomenclatura Simplificada

Cuidado Integral do Idoso

Conceito

Razão de consultas ambulatoriais com generalistas pelo número de consultas ambulatoriais com especialistas para beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais no período considerado.

Método de cálculo

$$\frac{\text{Número de consultas ambulatoriais realizadas por Generalista em beneficiários com 60 anos ou mais}}{\text{Número de consultas ambulatoriais com outros Especialistas para beneficiários com 60 anos ou mais}}$$

Definição de termos utilizados no indicador

Consultas com Generalista para Idosos - Para fins do PQO, serão consideradas consultas com generalistas as consultas realizadas com médico das seguintes especialidades: Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade e do Médico Generalista propriamente dito.

Consultas em Clínica Médica - Atendimentos prestados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico, na especialidade de clínica médica em beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais.

Consultas em Geriatria – Consultas na especialidade médica voltada para o estudo, a prevenção e o tratamento de doenças dos indivíduos na faixa etária de 60 anos ou mais.

Consultas em Medicina de Família e Comunidade – Consultas na especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família.

Consultas com Generalista – Consultas com médicos cuja prática não é restrita a uma área específica da medicina. De acordo com a publicação "Demografia Médica no Brasil" (CFM/CREMESP, 2018), considera-se médico generalista como aquele sem título de especialista. Neste caso, o médico atua como profissional com formação geral em medicina e o registro no Conselho Regional de Medicina. Nesse contexto, ele tem capacidade de realizar diagnósticos e indicar cuidados básicos, sem observar uma área específica da medicina.

Consultas com Médico Especialista – Consultas com médicos cuja prática é restrita a uma área específica da medicina, excluindo as demais especialidades consideradas como generalista no PQO.

Interpretação do Indicador

A relação generalista/especialista visa incentivar os cuidados primários, dando acesso dos idosos aos profissionais generalistas que poderiam resolver de 70% a 80% dos problemas de saúde (WHO, 1978).

Profissionais de atenção primária conseguem tratar uma grande gama de problemas de saúde, evitando que os pacientes sejam encaminhados para especialistas desnecessariamente ou busquem de forma desordenada o atendimento em unidades de urgência e emergência (STARFIELD, 2002).

Quando a razão de consultas médicas ambulatoriais com generalista/ especialista para idosos for muito baixa, pode apontar para um modelo de atenção equivocado, centrado na atenção especializada, descoordenado, fragmentado e pouco resolutivo (STARFIELD, 2002).

Além disso, um número reduzido de consultas com generalista em relação às consultas com especialistas pode levar a um aumento nas internações sensíveis ao cuidado na atenção primária. Vários estudos apontam para o fato de que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE ME et al., 2009).

Usos

Divulgar os indicadores e metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviço.

Sensibilizar e pactuar com os prestadores sobre a importância da prevenção e qualificação da atenção básica.

Possibilitar o redimensionamento da rede credenciada de prestadores, para que os beneficiários na faixa etária acima de 60 anos obtenham acesso adequado às consultas ambulatoriais com generalistas.

Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.

Estimular a mudança do modelo assistencial das operadoras, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças e atenção básica em saúde.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

Não existe um parâmetro único para a razão entre consultas com médicos generalistas e médicos especialistas, pois essa proporção pode variar de acordo com o sistema de saúde, as políticas de saúde, características demográficas e epidemiológicas de cada país. Além disso, a disponibilidade e a acessibilidade dos médicos generalistas e especialistas também podem influenciar a distribuição das consultas.

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) não define um parâmetro específico para a razão entre consultas com médicos generalistas e médicos especialistas em seus relatórios ou diretrizes. Alguns países, como o Reino

Unido, que possuem sistemas de saúde com foco na atenção primária, onde os médicos generalistas desempenham um papel central na prestação de cuidados e atuam como o primeiro ponto de contato para os pacientes, é comum que a maioria das consultas seja realizada com médicos generalistas. Por outro lado, em países com sistemas de saúde que permitem o acesso direto a especialistas, como os Estados Unidos, a proporção de consultas com médicos especialistas pode ser maior.

O quadro abaixo apresenta a razão de médicos especialistas/generalistas, segundo as regiões do Brasil, publicada no estudo Demografia Médica (SCHEFFER, M. et al, 2023).

Quadro 1 - Médicos de referência e especialistas e razão especialista/generalista, segundo grandes regiões, em 2022

Regiões	Médicos de Referência (Generalistas)		Especialistas		Total	Razão E/G*
	nº	%	nº	%		
Sul	28.749	32,0	60.986	68,0	89.735	2,12
Centro-Oeste	18.956	36,6	32.868	63,4	51.824	1,73
Sudeste	111.585	36,7	192.301	63,3	303.886	1,72
Norte	47.623	42,8	63.600	57,2	111.223	1,34
Nordeste	13.096	47,7	14.357	52,3	27.453	1,10
Brasil	220.009	37,7	384.112	62,3	584.121	1,65

*Razão entre médicos especialistas e médicos generalistas.
Fonte: Scheffer, M. et al., Demografia Médica no Brasil 2023.

O Ministério da Saúde estabeleceu nas Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (BRASIL, 2006), alguns parâmetros para subsidiar a programação de ações de saúde no SUS. Para a saúde do idoso, conforme figura abaixo, foi recomendada a realização de 3 consultas médicas por usuário com 60 anos ou mais de idade por ano e de 1 consulta com especialista para situações não resolvidas na rede básica.

Figura 1- Saúde do Idoso

Ações/ População Alvo	Parâmetro % da população	Observações
População alvo	População acima de 60 anos	
Cobertura	40% da população alvo	Parte desta população já possui ações programadas em outras áreas estratégicas, como saúde do adulto e saúde da mulher
Ações		
Cons. Médicas	3 cons/ pop coberta/ ano	realizada na unidade de saúde ou domicílio
Consulta especializada	1 consulta / pop coberta / ano	Para situações não resolvidas na rede básica, inclui consulta de urologia, ginecologia especializada, entre outras.

Fonte: Brasil; Ministério da Saúde, 2006.

Meta

Embora não exista um parâmetro específico para a razão entre consultas médicas com generalista/especialista, diante da necessidade de mudança do modelo de atenção brasileiro com fortalecimento da atenção primária em saúde, é importante estabelecer uma meta que estimule o aumento progressivo do acesso a médicos generalistas.

Será considerada uma meta de 1,5 consultas com médico generalista para até 5 consultas com médico especialista (1,5:5 = 0,3), com previsão de aumento da meta ao longo dos anos até que essa razão comece a se inverter.

No caso de a razão obtida pela operadora ser menor ou igual a 1 (uma) consulta generalista para 13 consultas com especialista (1:13 =0,0769), a pontuação para o indicador é zero.

Pontuação

Indicador	**Pontuação**
Resultado	**Valor de 0 a 1**
Resultado ≤ 0,0769	0
0,0769 < Resultado < 0,3	0< V <1
Resultado ≥ 0,3	1

V= (0,0769< Resultado < 0,3) –0,0769) / 0,2231

Fonte de Dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

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 20101236 (Avaliação geriátrica ampla – AGA) ou 10101020 - (Consulta em domicílio), para beneficiários com 60 anos ou mais na data de realização do atendimento, com CBO 225125 (Médico clínico), 225130 (Médico de família e comunidade), 225170 (Médico generalista) ou 225180 (Médico geriatra)..

Denominador: 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) 20101236 (Avaliação geriátrica ampla – AGA) ou 10101020 - (Consulta em domicílio), para beneficiários com 60 anos ou mais de idade na data de realização do atendimento, com CBO das demais áreas médicas não consideradas como generalista no Programa, inclusive os CBO's não identificados. Somente para as guias de reembolso, não serão considerados os CBO's não identificados.

Observações:

1- A operadora deverá observar o correto preenchimento do CBO nas guias de consultas e SP/SADT - não vinculadas ao evento de internação - independentemente da origem da guia (reembolso ou não). A informação do CBO é imprescindível para cálculo do numerador.

2- 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)
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 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	7	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)	8	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
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	9	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais igual a zero na segmentação ambulatorial no SIB e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com generalista em beneficiários de 60 anos ou mais e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com especialista em beneficiários de 60 anos ou mais, incluindo CBO não identificado	10	Não se aplica (não é calculado)
OPS possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais > zero na segmentação ambulatorial no SIB e informou no TISS consulta ambulatorial com generalista em beneficiários de 60 anos ou mais e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com especialista em beneficiários de 60 anos ou mais, inclusive com CBO não identificado	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)
Operadora possui no ano-base média de beneficiários com 60 anos ou mais > zero na segmentação	14	Inconsistente (nota zero)

Crítica	Prioridade	Resultado
ambulatorial no SIB; e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com generalista em benef de 60 anos ou mais; e não informou no TISS nenhuma consulta ambulatorial com especialista em benef de 60 anos ou mais, inclusive com CBO não identificado		
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)	15	Inconsistente (nota zero)

Ações Esperadas

Identificar as necessidades de saúde dos idosos e adotar estratégias para a captação e aumento da cobertura assistencial básica específica para este ciclo de vida, assim como, das estratégias de prevenção de riscos e doenças.

Divulgar os indicadores e metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviço.

Pactuar e sensibilizar os prestadores sobre a importância do processo de qualificação da assistência básica.

Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.

Limitações e Vieses

O indicador é influenciado por fatores socioeconômicos, culturais pela infraestrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.

Os cursos de formação médica no Brasil privilegiam o médico especialista em detrimento do generalista. Além disso, o padrão cultural da sociedade reforça a preponderância do acesso ao médico especialista, que deveria ser procurado para situações mais específicas e incomuns.

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada 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.

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

ALFRADIQUE M.E 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, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CANDAU, M. G. Planejamento geral e aspectos doutrinários da formação do médico de família e suas relações com o sistema de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16, Londrina, 1978.

PAIM, J. S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. In: ABRASCO. Estudos de saúde coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO,1986. p.11-25

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Status of family medicine in the Americas. In: Meeting of the Executive Committee of the Directing Council, 92, 1984, Washington. Complete collection of documents. Washington: PAHO, 1984. p.23 (CE92/17 En).

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. The contribution of the family doctor (Conference). Ontario, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994.

SCHEFFER, M. et al., Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/acoes-em-educacao-em-saude/cfm-e-usp/07-relatorio-demografia-medica-no-brasil_2020-5.pdf>

(acessado em 21/06/2023)