

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 ou superior 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 $\leq 0,10$	0
$0,1 < \text{Resultado} < 0,95$	$0 < V < 1$
Resultado $\geq 0,95$	1

$$V = ((0,1 < \text{Resultado} < 0,95) - 0,1) / 0,85$$

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 não será considerado para o cálculo do indicador.
- 2- 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.
- 3- 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_x000D_	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)

Crítica	Prioridade	Resultado
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)
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)

Crítica	Prioridade	Resultado
(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.

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 (que consolidou a IN DIDES 60/2015 e IN DIDES 68/2017).

Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2015, 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.