

ANEXO IV

MANUAL CERTIFICAÇÃO EM BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	3
II - ENTIDADES ACREDITADORAS EM SAÚDE PARA A CERTIFICAÇÃO EM APS.....	3
II. 1. Auditorias para Certificação Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde	4
III - CRITÉRIOS PARA ADESÃO DAS OPERADORAS AO PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO EM APS.....	5
III.1. Pré-requisitos	5
III. 2. População Alvo da Atenção Primária em Saúde da Operadora.....	5
III.3. Cobertura Populacional.....	7
III. 4. Composição da Equipe de APS	9
IV - MODALIDADES DE PARTICIPAÇÃO DAS OPERADORAS NO PROGRAMA DE BOAS PRÁTICAS EM APS.....	10
IV.1. Certificação em Boas Práticas Atenção Primária em Saúde da Operadora.....	10
IV.2. Participação em Projetos Pilotos, preparatórios para a certificação, nos moldes do Projeto OncoRede.....	10
V - O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ...	13
V.1. Requisitos da Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde - APS	13
V.2 Sistema de Avaliação e Pontuação	13
VI - MANUTENÇÃO DA CERTIFICAÇÃO E A RECERTIFICAÇÃO.....	16
VII - REQUISITOS E ITENS DE VERIFICAÇÃO	17
VIII - INTERPRETAÇÃO E FORMAS DE OBTENÇÃO DAS EVIDÊNCIAS DE CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS E ITENS DE VERIFICAÇÃO.	25
IX - FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE BOAS PRÁTICAS EM APS.....	87

I - INTRODUÇÃO

A Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde – APS é um Programa de adesão voluntária desenvolvido pela ANS, que compõe o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, instituído no corpo desta Resolução Normativa

A Certificação em APS propõe um modelo inovador na saúde suplementar para reorganização da porta-de-entrada do sistema e prestação de cuidados primários em saúde, com vistas a indução da mudança do modelo de atenção e do modelo de remuneração para geração de valor.

As operadoras de planos de saúde poderão se submeter de forma voluntária à Certificação em APS, que será realizada por uma entidade acreditadora em saúde de sua livre escolha. Caso a operadora identifique a inviabilidade, de naquele momento, pleitear a Certificação em APS, devido a necessidades de melhor estruturação e qualificação para tal, poderá como etapa preparatória, participar do Programa de Boas Práticas em APS como um Projeto Piloto de 24 meses.

O Programa de Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde é baseado nos principais pilares de estruturação dos cuidados primários em saúde previstos na literatura científica nacional e internacional:

1. Porta de entrada do sistema – primeiro contato acolhimento
2. Longitudinalidade do cuidado
3. Alta coordenação do cuidado
4. Integralidade do cuidado
5. Heterogeneidade das demandas
6. Centralidade na família
7. Orientação ao paciente e a comunidade

(Starfield, 2002; Mendes, 2009),

A atenção primária pode ser considerada a pedra fundamental do cuidado em saúde em diferentes sistemas de saúde na experiência de muitos países. É reconhecidamente a porta de entrada preferencial de acesso ao sistema de saúde, sendo ela que possibilita um melhor fluxo e itinerário do paciente entre os demais níveis de atenção, fundamentado nas

necessidades de saúde apresentadas, nos seus mais diversos graus de complexidade. A disponibilidade de serviços de cuidados primários na saúde suplementar no Brasil, embora apresente desafios inerentes à atual lógica organizativa da rede de serviços ofertados pelas operadoras de planos privados de saúde, oferece oportunidade ímpar de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial caracterizado hoje pela fragmentação e descontinuidade do cuidado existentes, no setor.

II - ENTIDADES ACREDITADORAS EM SAÚDE PARA A CERTIFICAÇÃO EM APS

Para fins da Certificação em APS, as Entidades Acreditoras em Saúde são pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência emitidos pela *The International Society For Quality in Health Care* – ISQua e são reconhecidas pela ANS para executar a Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, conforme disposto no corpo desta Resolução Normativa.

II. 1. Auditorias para Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde

A auditoria para fins de Certificação em Atenção Primária em Saúde deverá ser feita por uma equipe da Entidade Acreditoras em Saúde com a seguinte conformação mínima:

1. Ser composta por, no mínimo, 2 (dois) auditores com formação universitária;
2. Possuir, no mínimo, 1 (um) auditor com pós-graduação em gestão em saúde ou em saúde coletiva/saúde pública ou administração hospitalar ou auditoria/gestão em saúde ou experiência mínima de 5 (cinco) anos em acreditação em saúde ou auditoria em saúde;

A Operadora poderá solicitar à Entidade Acreditoras em Saúde uma avaliação inicial de diagnóstico, sem fins de acreditação, para identificação dos processos que não atendem aos requisitos da norma, desde que não se configure consultoria.

III - CRITÉRIOS PARA ADEÇÃO DAS OPERADORAS AO PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO EM APS

III.1. Pré-requisitos

São pré-requisitos para as operadoras de planos de saúde solicitarem a adesão ao processo de Certificação ou de renovação do Certificação em APS:

1. Ter Registro ativo como operadora de planos privados de assistência à saúde junto à ANS;
2. Não estar em uma das seguintes situações:
 - 2.1 Plano de recuperação assistencial;
 - 2.2 regime especial de direção técnica;
 - 2.3 regime especial de direção fiscal.
3. Possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e de suas dimensões no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) da Agência Nacional de Saúde Suplementar igual ou maior a 0,5.

Para obtenção da Certificação, as operadoras serão avaliadas em sua conformidade com requisitos e itens de verificação estabelecidos neste Manual. O programa deverá ser aplicado na íntegra, inclusive nas recertificações.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde perderão o certificado a qualquer tempo caso descumpram quaisquer dos critérios previstos neste Manual ou no corpo desta Resolução Normativa.

III. 2. População Alvo da Atenção Primária em Saúde da Operadora

Para fins da Certificação em APS, a operadora poderá escalonar a população-alvo abrangida pela APS. A escolha das condições de saúde a serem abrangidas pela APS deverá levar em consideração a sua relevância, determinada a partir de fatores como magnitude, custo, importância para o conjunto de beneficiários, prioridades institucionais ou pela existência de intervenções efetivas que possam impactar na morbidade ou mortalidade associada à condição de saúde (Harbour, 2008; Mendes, 2010).

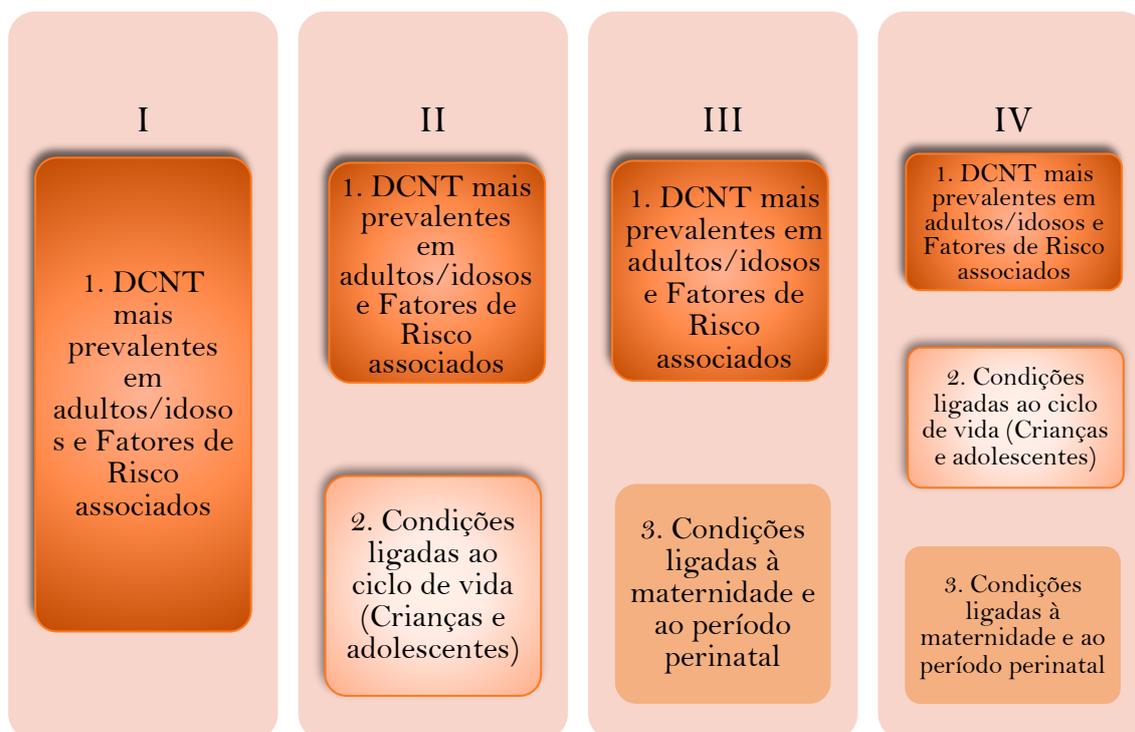
Assim, levando em consideração as características da saúde suplementar brasileira, bem como os públicos-alvo que melhor se beneficiam pelas estratégias de cuidado na atenção

primária em saúde, a Certificação em APS prevê a possibilidade de desenvolvimento de estratégias, prioritariamente, nas seguintes condições de saúde: i. Doenças Crônicas Não Transmissíveis mais prevalentes em adultos/idosos e Fatores de Risco associados; ii. Condições ligadas ao ciclo de vida (puericultura e hebicultura); e iii. Condições ligadas à maternidade e ao período perinatal.

Para adesão ao Programa de Certificação em APS, é condição obrigatória a inclusão dos “Adultos e idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT mais prevalentes e Fatores de Risco associados” como população-alvo. As demais populações-alvo prioritárias sugeridas poderão ser agrupadas de acordo com a Figura I abaixo.

Apesar da possibilidade de escalonamento da população-alvo da APS, para fins da Certificação, a Operadora de Planos de Saúde poderá contemplar o conjunto de seus beneficiários ou outras populações-alvo específicas, de acordo com sua capacidade operacional e características demográficas e epidemiológicas de sua carteira, como doenças emergentes, saúde mental e as doenças bucais mais prevalentes, como a cárie e a doença periodontal, etc.

Figura 1 - Condições de saúde a serem abrangidas no Projeto APS



III.3. Cobertura Populacional

Para ser Certificada em APS, a operadora deverá assegurar uma cobertura mínima de acordo com o número total de beneficiários da sua carteira, considerando 01 equipe de APS para no máximo 2,5 mil beneficiários.

1. Operadoras com porte até 3.572 beneficiários:

Considerando o porte reduzido, operadoras com 3.572 beneficiários ou menos não possuem escala que justifique a existência de mais de uma equipe e pela regra geral (01 equipe para cada 2,5 mil beneficiários) deveriam dar cobertura a 100% de sua carteira.

Considerando a dificuldade de cobertura total da Carteira, a regra geral fica flexibilizada. Nesses casos, a Operadora deverá contar com pelo menos 01 equipe de APS, que deverá cobrir pelo menos 70% da sua população beneficiária.

Exemplo 1: uma operadora com 1.000 beneficiários deverá ter pelo menos 01 equipe de APS para 700 beneficiários da carteira.

Exemplo 2: para uma operadora com 2.759 beneficiários, deveria haver uma cobertura de 90,6% de sua carteira para que 2.500 beneficiários fossem abrangidos no programa de certificação em APS. Com a regra de exigência máxima de 70% da carteira, a OPS passará a ter a cobertura mínima exigida de 1.931 beneficiários ($70\% * 2.759$).

Caso a Operadora de planos de saúde tenha sua população dispersa, poderá estabelecer o número necessário de equipes para cumprir o critério de acessibilidade à equipe, desde que consiga cobrir pelo menos 70% de sua carteira.

2. Operadoras com porte entre 3.573 mil beneficiários e 16 mil beneficiários:

Considerando a regra de 1 equipe para cada 2,5 mil beneficiários, a cobertura mínima de APS para uma operadora com 3.573 beneficiários será de 70% de sua carteira.

A partir de 3.573 beneficiários, utiliza-se uma função linear decrescente, onde o percentual de cobertura é determinado pela fórmula a seguir:

Percentual de Cobertura = $2.500 / n^{\circ}$ beneficiários da OPS.

Exemplo 1: uma operadora com 12.804 beneficiários terá uma cobertura mínima de 19,53% de sua carteira.

Exemplo 2: A cobertura mínima para operadoras com 16.000 beneficiários será de 15,6% de sua carteira.

Fica a critério da operadora estabelecer coberturas superiores à cobertura mínima estabelecida para a obtenção da Certificação.

3. Operadoras com porte superior a 16 mil beneficiários:

Acima de 16 mil beneficiários, as operadoras começam a apresentar uma escala que passa a justificar o estabelecimento de mais de uma equipe de APS mínima.

Desse modo, iniciando-se uma escala para operadoras com carteiras a partir de 16 mil beneficiários, considerando 01 (uma) equipe de APS para cada 2,5 mil beneficiários, a cobertura inicial mínima é de 15,5% da carteira.

Utilizando-se uma função logarítmica, há um decréscimo do percentual de cobertura, com um aumento proporcional do número de equipes mínimas necessárias.

Considerando, no momento, que a maior operadora cadastrada na ANS conta com 5.868.434 beneficiários na carteira, para esse terceiro Grupo de Operadoras, a cobertura varia entre 15,5% da carteira para a operadoras com 16 mil beneficiários, com 02 equipes mínimas de APS até uma cobertura de 10% da carteira para operadoras com 5.868.434 beneficiários, com 226 equipes mínimas de APS.

Forma de cálculo da função para definição do percentual de cobertura da população alvo de APS:

Para operadoras com carteiras acima de 16 mil beneficiários, o percentual de cobertura deverá ser de:

$$\text{Percentual de cobertura} = [1 / \ln (\text{n}^\circ \text{ beneficiários}) \times 1,5] \times 100$$

Logo, uma operadora com 125.172 beneficiários deverá ter uma cobertura de 12,78% de sua população**, ou seja, uma cobertura de 15.996 beneficiários, e 7 equipes de APS.

$$\text{** } 1 / \ln (125.172) \times 1,5 \times 100 = 1/11,7374 \times 1,5 \times 100 = 0,0852 \times 1,5 \times 100 = 0,1278 \times 100 = 12,78\%$$

Fica a critério das operadoras estabelecer cobertura superior à cobertura populacional mínima estabelecida para a obtenção da Certificação.

Quadro 1: Cobertura populacional mínima para Certificação em APS

Cobertura populacional mínima para Certificação em APS			
Faixas de Beneficiário	Cobertura APS	Nº mínimo de beneficiários Cobertos	Número de Equipes
<u>Igual ou inferior a 3.572 mil beneficiários</u>	Mínimo de 70% dos beneficiários.	De 1 beneficiário até 2.500 beneficiários	01 Equipe APS
<u>Entre 3.573 mil beneficiários e 16 mil beneficiários</u>	Cobertura entre 70% e 15,6% Função linear decrescente	2.500 beneficiários	01 Equipe APS
<u>Acima de 16 mil</u>	Cobertura entre 15,5% a 10% Função logarítmica decrescente	De 2,5 mil a 565 mil beneficiários	2 a 226 equipes de APS Função crescente

Fonte: elaboração própria ANS.

III. 4. Composição da Equipe de APS

A equipe mínima de APS deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo:

- (I) médico generalista (clínico geral), ou médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- (III) técnico de enfermagem; e
- (IV) um profissional de saúde não-médico.

Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório.

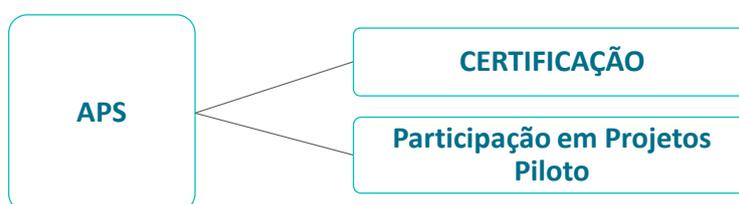
Caso a APS contemple Crianças, um pediatra na equipe torna-se obrigatório.

Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com demandas específicas: nutricionais, fisioterapeutas, psicólogos, etc.

IV - MODALIDADES DE PARTICIPAÇÃO DAS OPERADORAS NO PROGRAMA DE BOAS PRÁTICAS EM APS

As operadoras de planos privados de saúde poderão voluntariamente participar do Programa APS em duas modalidades:

Figura 2: Estrutura e Módulos do Programa Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde



Fonte: elaboração própria ANS.

IV.1. *Certificação em Boas Práticas Atenção Primária em Saúde da Operadora:*

- a) A Certificação e a manutenção da certificação serão realizadas por meio de Entidades Acreditoras em Saúde reconhecidas pela ANS;
- b) As Entidades Acreditoras em Saúde farão a avaliação *in loco* dos requisitos e itens de verificação;
- c) A ANS fará a homologação da Certificação das Operadoras;
- d) A ANS realizará o acompanhamento dos macro-indicadores, enviados periodicamente pelas Entidades Acreditoras, com a finalidade de avaliar o impacto do Programa no setor. O monitoramento dos macro-indicadores não interferem no sistema de pontuação para o Programa de Certificação em Boas Práticas de Atenção Primária.

IV.2. *Participação em Projetos Pilotos, preparatórios para a certificação, nos moldes do Projeto OncoRede*

Esta modalidade de participação será executada a depender da celebração de parcerias com entidades que queiram contribuir no formato de experiência piloto, que pode ser entendida como uma etapa preparatória para eventual certificação da entidade em outro momento.

- a) A ANS abrirá edital com a chamada para participação voluntária nos pilotos e disponibilizará as regras no site, informando o período de inscrição.
- b) As operadoras solicitarão adesão mediante apresentação de Projeto, que deverá contemplar os pilares de organização da atenção primária;
- c) A duração dos Pilotos será de 24 meses;
- d) A ANS avaliará o Projeto com vistas à participação da operadora no Programa a APS na modalidade “Projeto-Piloto” e divulgará o resultado das operadoras selecionadas em seu site;
- e) A ANS utilizará macro indicadores de monitoramento, descritos a seguir, que serão enviados bimestralmente para ANS pela própria Operadora, por meio de Formulário padronizado via FormSUS/Datasus.

Destaca-se que, a qualquer tempo, as operadoras participantes da modalidade de Piloto em APS poderá pleitear a Certificação em Boas Práticas em APS, desde que a operadora comunique formalmente à ANS, por e-mail ou ofício, o seu desligamento do Piloto.

Uso dos Macro-Indicadores no Programa de Certificação e nos Pilotos: Os macro-indicadores propostos são medidas de mensuração clássica e consagradas na literatura científica da área. O objetivo do uso desses macro-indicadores é fornecer à ANS uma visão sistêmica do desempenho do setor no que concerne à organização e efetividade das diretrizes da atenção primária às operadoras participantes do Programa de Atenção Primária, quer dos Pilotos quer do Programa de Certificação, propiciando assim a avaliação do Programa de Boas Práticas em APS em suas duas modalidades.

Desse modo as metas escalonadas em 2 anos e descritas no Quadro 4 se aplicam a todo o setor, tanto para operadoras (1) participantes dos Pilotos como para (2) operadoras que se submeterão à certificação, para efeito de avaliação setorial.

O não atingimento das metas não incitará nenhuma penalidade no sistema de pontuação das operadoras participantes do Programa de Certificação. Não obstante, a Entidade Acreditadora em Saúde se responsabiliza por reportar os dados dos indicadores anualmente para ANS – os quais serão coletados bimestralmente.

Para os Pilotos também há a exigência de envio regular dos indicadores, entretanto estando sujeitas a penalidade concernente a regularidade de envio. As operadoras que não

enviarem dados por 2 envios consecutivos serão automaticamente desligadas do Piloto, considerando a exigência de envio bimestral dos indicadores.

Quadro 2: Resumo dos Macro Indicadores de Implementação do Projeto*

Objetivos Específicos	Nome do Indicador	Metas Escalonadas**		Total
		Ano 1	Ano 2	(Ano 1 + Ano 2)
1. Ampliar o acesso a médicos generalistas na rede de cuidados primários da saúde suplementar	Razão de consultas médicas ambulatoriais com Generalista X Especialista	ampliar em 5%	ampliar em 8%	13%
2. Ampliar a vinculação de pacientes com Condições Crônicas Complexas a Coordenadores do cuidado	Percentual de Beneficiários com Condições Crônicas Complexas vinculados a um Coordenador do Cuidado	ampliar em 3%	ampliar em 5%	8%
3. Reduzir as idas desnecessárias a unidades de urgência e emergência	Taxa de visita à emergência / pronto-atendimento em relação ao total de usuários cobertos pelo Projeto	reduzir em 2%	reduzir em 3%	5%
4. Reduzir as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP)	Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) – ver Anexo Doc Técnico	reduzir em 2%	reduzir em 4%	6%
5. Ampliar o número de médicos generalistas (Clínico Geral ou Médico de Família) por beneficiário (NHS)	Taxa de médicos generalistas por beneficiário	ampliar em 3%	ampliar em 3%	6%

6. Avaliar a proporção de pessoas que faz uso regular de um mesmo serviço de saúde	Proporção de pessoas que faz uso regular de um mesmo serviço de saúde	ampliar em 3%	ampliar em 5%	8%
------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	---------------	---------------	----

* As Fichas Técnicas dos Indicadores fazem parte do Anexo IV da Minuta de RN – Manual de Certificação em Atenção Primária em Saúde e são apresentados após os Requisitos e Itens de Verificação.

**As metas se aplicam a todo o setor, tanto para operadoras apenas participantes dos Pilotos como para operadoras que se submeterão à certificação. Destaca-se que os macro-indicadores não interferem no sistema de pontuação para o Programa de Certificação em Boas Práticas de Atenção Primária. Para os Pilotos em APS poderão ensejar o desligamento de ambos os braços do Programa, caso a operadora participante não envie os indicadores por 3 envios consecutivos.

V - O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

V.1. Requisitos da Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde - APS

O Programa de Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde é composto por 07 (sete) requisitos subdivididos em 56 itens de verificação.

I – Planejamento e Estruturação Técnica

II - Ampliação e Qualificação do Acesso

III - Qualidade e Continuidade Do Cuidado

IV - Interações Centradas no Paciente

V - Monitoramento e Avaliação da Qualidade

VI - Educação Continuada

VII - Modelos Inovadores de Remuneração Baseados em Valor

V.2 Sistema de Avaliação e Pontuação

A Entidade Acreditora em Saúde deverá obedecer aos critérios de pontuação estabelecidos neste Manual, quando da aplicação do Certificação em Atenção Primária em Saúde.

A operadora poderá obter a Certificação em APS em três níveis:

I - Nível I: com validade de 3 (três) anos;

II - Nível II: com validade de 2 (dois) anos; e

III - Nível III: com validade de 2 (dois) anos.

Os itens de verificação que compõem os requisitos são classificados como: Essenciais; Complementares; e Excelência, conforme definições a seguir:

Classificação do Item	Definição	Ícone
Essencial	Os itens essenciais são condição <i>sine qua non</i> para pontuar o requisito. Caso 01 item essencial do requisito não seja cumprido, a operadora receberá nota Zero no requisito inteiro.	 <i>Essencia</i>
Complementar	Os itens complementares são boas práticas recomendáveis e, se cumpridos pela operadora, elevam a pontuação do requisito.	 <i>Complementar</i>
Excelência	Os itens de excelência são práticas pouco disseminadas no setor e de maior dificuldade de consecução. Há uma relação com o percentual de itens de excelência conforme e o nível da certificação. O cumprimento de 80% dos itens de excelência é uma das exigências para a operadora alcançar a Acreditação nível I.	 <i>Excelência</i>

Fonte: elaboração própria. ANS.

A operadora deverá estar conforme com todos os itens de verificação classificados como essenciais neste Manual. Caso contrário, terá nota zero no requisito, ou seja, a pontuação mínima em cada requisito é a conformidade em todos os itens de verificação classificados como essenciais.

Para obter a certificação no nível III, além da pontuação mínima em cada requisito (todos os itens essenciais), a operadora deverá obter o seguinte desempenho cumulativamente:

1. Obter nota final maior ou igual a 70 e menor que 80.
2. Obter conformidade em pelo menos 20% dos itens classificados como de Excelência;
3. Estabelecer como população-alvo mínima a população I de acordo com a figura 1: *“Adultos e idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT mais prevalentes e Fatores de Risco associados”*.

Para ser acreditada no nível II, além da pontuação mínima em cada requisito, a operadora deverá obter o seguinte desempenho cumulativamente:

1. Obter nota final maior ou igual a 80 e menor que 90.
2. Obter conformidade em pelo menos 50% dos itens classificados como de Excelência
3. Estabelecer como população-alvo mínima, a população I de acordo com a figura 1, obrigatória, e mais uma população de sua de sua escolha.

Para ser acreditada no nível I, além da pontuação mínima em cada requisito, a operadora deverá obter o seguinte desempenho:

1. Obter nota final maior ou igual a 90;
2. Obter conformidade em pelo menos 80% dos requisitos de excelência;
3. Estabelecer como população alvo mínima, a população I, obrigatória, e mais duas populações prevista neste Manual.
4. Obter pontuação acima de 0,8 na Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, na última avaliação divulgada.
5. Não zerar nenhum dos indicadores obrigatórios que compõem a Dimensão de Qualidade da Atenção à Saúde – IDQS prevista no IDSS.

A Nota Final da operadora será apurada pela média aritmética da pontuação dos 07 (sete) requisitos do Programa.

A avaliação dos requisitos será realizada da seguinte maneira:

I - Será atribuída uma nota de 0 (zero) a 100 (cem), a ser calculada pela proporção de itens de verificação em conformidade

II – A operadora deverá ter alcançado conformidade em todos os itens essenciais.

Para fins de avaliação, o item de verificação poderá obter dois resultados:

I – Conforme; ou

II - Não conforme.

Destaque: A avaliação dos itens de verificação deverá considerar a conformidade em dois domínios: i. o escopo; e ii. o tempo de implantação.

Será considerado “conforme”, o item que obtiver o seguinte desempenho:

1. Cumprir o escopo do item de verificação na íntegra, previsto na interpretação; e
2. Ter um tempo de implantação superior a 12 meses.

A conformidade de cada item avaliado será verificada mediante análise documental e/ou observação direta ou inspeção de acordo com a forma de obtenção das evidências e a interpretação dos itens de verificação descritos neste Manual.

VI - MANUTENÇÃO DA CERTIFICAÇÃO E A RECERTIFICAÇÃO

Para manutenção da Certificação em APS, a operadora deverá sofrer Visitas intermediárias pela Entidade Acreditadora em Saúde, anualmente, até o fim do ciclo avaliativo. As Auditorias intermediárias não ensejarão mudança de nível de Certificação em APS.

As Auditorias intermediárias poderão gerar perda da Certificação em APS, que deverá ser comunicada formalmente à ANS.

A Operadora deverá informar à Entidade Acreditadora em Saúde qualquer mudança que possa afetar o atendimento aos requisitos e pré-requisitos, sob pena de perda da Certificação em APS.

A Operadora deverá seguir as demais regras sobre Certificação em APS e Recertificação descritas no corpo desta Resolução Normativa.

VII - REQUISITOS E ITENS DE VERIFICAÇÃO

1. PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA		
1.1	A Operadora possui Plano estruturado para implantação da Atenção Primária em Saúde com vistas ao ordenamento da rede assistencial.	
1.2	A Operadora utiliza informações demográficas e epidemiológicas bem como o perfil de utilização da sua carteira de beneficiários para estabelecer o público-alvo dos beneficiários para a APS.	
1.3	A Operadora conta com diretriz formalizada de assistência farmacêutica para APS para os medicamentos de uso domiciliar, em particular os de cobertura obrigatória, que contemple: armazenamento, dispensação e orientação dos beneficiários, elaborada por um farmacêutico.	
1.4	A Operadora possui setor responsável que tenha entre as suas atribuições coordenar a implementação e monitorar as estratégias em APS.	
1.5	O setor responsável pelas estratégias de APS conta com pelo menos um profissional com pós-graduação em saúde coletiva/saúde pública, saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de atenção primária em saúde.	
1.6	A operadora disponibiliza nos seus Serviços Atenção Primária, uma Equipe de Atenção Primária para cobrir no máximo 2.500 beneficiários.	

1.7	A equipe mínima de Atenção Primária deve ser multiprofissional e composta por: a. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; b. enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; c. técnico de enfermagem; d. profissional de saúde não-médico.	
1.8	As atribuições da equipe de APS são claramente definidas em documento formal e descritas em contrato, quando couber.	
1.9	A operadora possui estratégias de identificação e busca ativa de pacientes de acordo com a população-alvo estabelecida e de vinculação a serviços de APS.	
1.10	O Programa conta com cobertura mínima da população-alvo de acordo com as regras do Projeto APS.	
1.11	A Operadora disponibiliza central de informações ao usuário / paciente durante o horário de funcionamento das unidades de atenção primária.	
1.12	A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde até às 19 horas, pelo menos um dia da semana.	
1.13	A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde que funcionem no final de semana (sábado ou domingo, até as 17:00hs).	

2. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO

2.1	A equipe de APS é referência para o primeiro acesso à rede assistencial.	
2.2	Os serviços de APS da operadora têm sua população cadastrada.	

2.3	Cada usuário é vinculado a uma equipe de referência para o atendimento ao longo do tempo.	
2.4	A Equipe de APS realiza diretamente o agendamento de consultas com especialistas; exames e cirurgias no momento do encaminhamento do beneficiário para outros níveis de atenção	
2.5	Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 24 horas.	
2.6	A Operadora disponibiliza marcação de consultas por telefone durante o horário de funcionamento das unidades de atenção primária em saúde.	
2.7	A Operadora organiza a rede e o fluxo de cuidados primários em saúde, de modo que o tempo máximo de espera do paciente / usuário seja inferior a 30 minutos para obtenção de atendimento por profissional de saúde.	

3. QUALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO

3.1	A Operadora utiliza diretrizes e protocolos formais para sistematizar a transferência de informações entre os profissionais/equipes de atenção primária e os especialistas.	
3.2	A Operadora estabelece coordenação entre os serviços de cuidados primários e serviços de apoio diagnóstico.	
3.3	A Operadora realiza busca ativa e faz o acompanhamento de pacientes crônicos complexos após ocorrência de ida à emergência ou alta de internação hospitalar.	
3.4	A Operadora coordena as ações e serviços da sua rede assistencial de modo integrado, adotando diretrizes para referência e contra-referência.	

3.5	A equipe de APS estabelece rotinas preventivas para os usuários, conforme perfil epidemiológico e demográfico orientadas por Protocolos e Diretrizes clínicas baseadas em evidência científica e validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência.	
3.6	A equipe de APS estabelece plano de cuidado multiprofissional para os usuários orientado por Protocolos e Diretrizes clínicas baseadas em evidência científica e validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência.	
3.7	A equipe de APS oferece orientação para seus beneficiários sobre o uso racional de medicamentos para seus beneficiários; utilização e armazenamento adequado.	
3.8	A equipe de APS deve realizar gestão do uso de polifarmácia para pacientes crônicos complexos.	
3.9	A Operadora possui protocolos e diretrizes estabelecidas com critérios de elegibilidade para atenção domiciliar e cuidados paliativos com o objetivo de evitar ou abreviar o período de internação.	
3.10	A equipe de APS utiliza prontuário único compartilhado.	
3.11	O usuário consegue ser avaliado pelo mesmo profissional de saúde em diferentes consultas.	
3.12	A mesma equipe de APS de referência avalia os resultados de exames de apoio diagnóstico na consulta de retorno.	
3.13	A equipe de APS destaca um gestor/coordenador do Cuidado/Navegador para os pacientes crônicos complexos.	
3.14	Os Serviços de APS utilizam prontuário eletrônico para todos os usuários.	

4. INTERAÇÕES CENTRADAS NO PACIENTE		
4.1	A Operadora fornece informações claras e atualizadas aos beneficiários sobre o fluxo na rede assistencial, orientando assim seu percurso na rede, a partir da atenção primária.	
4.2	A Operadora disponibiliza orientações ao paciente sobre as principais condições crônicas, em linguagem clara e simples, nos serviços de cuidados primários em saúde e no seu portal na <i>internet</i> .	
4.3	A Operadora disponibiliza orientações aos pacientes sobre hábitos de vida saudáveis em linguagem clara e simples nos serviços de cuidados primários em saúde e no seu portal na <i>internet</i> .	
4.4	Os serviços de APS da Operadora fornecem ao usuário informações escritas sobre sua condição de saúde e encaminhamentos necessários para o serviço referido	
4.5	A Operadora realiza pesquisa entre os beneficiários sobre a adequação de horários para o agendamento de consultas e procedimentos eletivos centrados nas suas necessidades.	
4.6	Os Serviços de APS utilizam modelo de Plano de Cuidado com rotinas diárias e metas a serem atingidas e que contemple a decisão clínica compartilhada com o paciente.	
4.7	O Serviços de APS utilizam Termo Consentimento Livre e Esclarecido para realização de procedimentos e decisões clínicas, quando couber.	
4.8	A Operadora implementa pesquisa de satisfação sobre a experiência do cuidado em APS e implementa plano de ação para melhoria da qualidade, se necessário.	

4.9	O Programa realiza avaliação clínica inicial e avaliações periódicas de acordo com o protocolo estabelecido e necessidades individuais dos beneficiários.	
5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE		
5.1	A Operadora estabelece e monitora, de forma sistemática, periodicamente, indicadores para avaliação da qualidade do cuidado em saúde para as principais condições de saúde atendidas.	
5.2	A Operadora monitora, de forma sistemática, periodicamente, os indicadores para avaliação da APS estabelecidos pela ANS.	
5.3	A Operadora utiliza tecnologias de informação de modo a garantir a validação, análise e avaliação de dados coletados, para realização da gestão do cuidado dos usuários.	
5.4	A equipe da APS realiza gestão dos cuidados primários em saúde por meio de sistema de informação, que contemple o cadastro dos participantes; o registro do acompanhamento das ações e o monitoramento dos indicadores.	
5.5	A Operadora utiliza as informações extraídas do monitoramento e da avaliação para a adoção de ações corretivas, quando necessário.	
5.6	A Operadora realiza auditoria médica nos prontuários dos Serviços de APS periodicamente.	
5.7	A operadora utiliza um instrumento de avaliação de APS validado de forma sistemática para o conjunto dos serviços da sua rede de cuidados primários.	
5.8	A operadora divulga os resultados da avaliação dos serviços da sua rede de cuidados primários para os seus usuários e no Portal na internet.	

6. EDUCAÇÃO CONTINUADA		
6.1	A Operadora oferece periodicamente programa de educação continuada para as equipes de APS, abordando temas prioritários, conforme necessidades identificadas.	
6.2	A Operadora oferece capacitação para profissionais responsáveis pela coleta, consulta e codificação das informações dos prontuários (sejam eles em meio físico ou eletrônico).	
6.3	A Operadora estabelece parcerias com instituições de ensino e pesquisa ou universidades, com vistas a estimular a adesão a programas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais de APS.	

7. MODELOS INOVADORES DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR		
7.1	A operadora utiliza o financiamento adequado e os incentivos financeiros alinhados com as metas pactuadas com sua rede prestadora de serviços de saúde.	
7.2	A operadora utiliza modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos ao <i>fee-for-service</i> , que induzam à melhoria da qualidade.	
7.3	Quando a operadora utiliza o <i>fee-for-service</i> para remuneração de prestadores de serviços de saúde conjuga com avaliação de desempenho.	
7.4	A operadora atrela o monitoramento da qualidade da rede assistencial a modelos alternativos de remuneração.	

VIII - INTERPRETAÇÃO E FORMAS DE OBTENÇÃO DAS EVIDÊNCIAS DE CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS E ITENS DE VERIFICAÇÃO.

1. PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA		
1.1	<p>A Operadora possui Plano estruturado, contemplando a incorporação de estratégias em Atenção Primária em Saúde com vistas ao ordenamento da rede assistencial.</p> <p>Interpretação: compreende-se por Plano estruturado um sistema que, de modo coerente e integrado, contemple os diversos esforços qualitativos que os profissionais e/ou instituições realizam de maneira a potencializar os benefícios para os usuários. O Plano estruturado configura-se como um documento contendo: objetivos, política, diretrizes, atividades que serão desenvolvidas, finalidades e resultados esperados das ações relacionadas à Atenção Primária em Saúde, contendo a justificativa técnica para a escolha da população abordada.</p> <p>Forma de obtenção: O documento deve estar disponível tanto na sede da Operadora como nas suas diferentes unidades.</p> <p>Referência:</p> <p>PISCO, L.A. Avaliação como instrumento de mudança. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2018.</p>	
1.2	<p>A Operadora utiliza informações demográficas e epidemiológicas bem como o perfil de utilização da sua carteira</p>	

	<p>de beneficiários para estabelecer o público-alvo dos beneficiários para a APS.</p> <p>Interpretação: A definição do público-alvo dos Programas de Certificação em APS das operadoras de planos privados de saúde devem basear-se nas características de sua população, sejam elas de distribuição etária, de prevalência de agravos e doenças e/ou do perfil de utilização e demanda atendida.</p> <p>Forma de obtenção: a utilização de tais informações para o estabelecimento do público-alvo está descrita e detalhada no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referências: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. <i>Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar</i>/Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf . Acesso em: 08 mai. 2018.</p>	
<p>1.3</p>	<p>A Operadora conta com diretriz formalizada de assistência farmacêutica para os medicamentos de uso domiciliar de cobertura obrigatória, que contemple: armazenamento, dispensação e orientação dos beneficiários elaborada por um farmacêutico.</p> <p>Interpretação: a assistência farmacêutica consiste em um conjunto de ações direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, através da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional.</p> <p>De acordo com a OMS, o uso adequado de medicamentos acontece quando os pacientes recebem os medicamentos apropriados à sua</p>	

	<p>condição de saúde, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade (OMS, Conferência Mundial Sobre Uso Racional de Medicamentos, Nairobi, 1985).</p> <p>Forma de obtenção: a diretriz está descrita e detalhada no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p> <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE. <i>Sobre a Assistência Farmacêutica</i>. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/sobre-a-assistencia-farmacutica>. Acesso em 02 mai. 2018.</p>	
<p>1.4</p>	<p>A Operadora possui setor responsável que tenha entre as suas atribuições coordenar a implementação e monitorar as estratégias em APS.</p> <p>Interpretação: Deve ser destacado que este setor específico deve ser destinado somente a atividades de planejamento de atividades relacionadas à APS. Deve haver documentação que registre a criação do setor responsável, a que área da Gestão da Operadora ele está vinculado, e quem é o responsável técnico.</p> <p>Forma de obtenção: este setor deve ser constituído de uma área física que comporte o (a) profissional/equipe de referência em cuidados primários de saúde.</p>	
<p>1.5</p>	<p>O setor responsável pelas estratégias de APS conta com pelo menos um profissional com pós-graduação em saúde coletiva/saúde pública, saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de atenção primária em saúde.</p>	

	<p>Interpretação: serão considerados como cursos de pós-graduação em saúde coletiva/saúde pública, saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de atenção primária em saúde os cursos <i>Stricto Sensu</i> (mestrado e doutorado reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES) e <i>Lato Sensu</i> (especialização). Somente serão considerados cursos de especialização, aqueles com no mínimo de 360 horas de duração realizados em instituições reconhecidas pelo Ministério da Educação como aptas a oferecer tais cursos.</p> <p>Forma de obtenção: para fins de comprovação dos referidos cursos serão considerados os diplomas (para os cursos <i>stricto sensu</i>) ou certificados (para os cursos <i>lato sensu</i>) emitidos por instituições aptas para tal finalidade. No caso de diplomas (para os cursos <i>stricto sensu</i>) ou certificados (para os cursos <i>lato sensu</i>) faz-se necessário que haja a presença do histórico escolar comprovando carga horária e disciplinas cursadas. Os diplomas de mestrado ou doutorado devem ser emitidos por cursos credenciados pela CAPES. Em caso de diplomas (mestrado e doutorado) emitidos por instituições estrangeiras apenas serão aceitos aqueles revalidados no Brasil. No caso de especializações somente serão aceitas aquelas realizadas no Brasil por instituições aptas pelo Ministério da Educação para oferecer estes cursos.</p>	
<p>1.6</p>	<p>A operadora disponibiliza Equipe de Atenção Primária para cobrir no máximo 2.500 beneficiários.</p> <p>Interpretação: a Equipe deve estar disponível somente para atividades relacionadas à APS.</p> <p>Forma de obtenção: a disponibilização está descrita e detalhada no Plano estruturado citado no item 1.1.</p>	

<p>1.7</p>	<p>A equipe mínima de Atenção Primária deve ser multiprofissional e composta por: a. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; b. enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; c. técnico de enfermagem; d. profissional de saúde não-médico.</p> <p>Interpretação: um aspecto essencial para que a APS alcance a resolutividade esperada como serviço de primeiro contato do usuário e ordenadora do fluxo do paciente na rede é a conformação da equipe técnica. A heterogeneidade e complexidade das demandas inerentes aos cuidados primários exige algum grau de pluralidade na composição da equipe mínima. Ademais, o trabalho em equipes multidisciplinares em saúde é reconhecidamente a base das ações em saúde para efeitos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou cuidados prolongados do paciente.</p> <p>Forma de obtenção: a equipe mínima está descrita e detalhada no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p> <p>TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. <i>Glossário de análise política em Saúde</i>. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em:< https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.</p> <p>OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Estação CETREDE / UFC / UECEO. Multiprofissionalismo em Saúde e a Interação das Equipes do Programa de Saúde da Família. Relatório Final. Fortaleza- Ceará: 2007.</p>	
<p>1.8</p>	<p>As atribuições da equipe de APS são claramente definidas em documento formal e descritas em contrato quando couber.</p>	

	<p>Interpretação: compreende-se por atribuições as atividades que cada membro da equipe deve realizar para efetuar as ações relacionadas à APS.</p> <p>Forma de obtenção: este documento formal deve ser parte integrante do Plano estruturado citado no item 1.1.</p>	
<p>1.9</p>	<p>A operadora possui estratégias de identificação e busca ativa de pacientes de acordo com a população-alvo estabelecida e de vinculação a serviços de APS.</p> <p>Interpretação: De acordo com o Ministério da Saúde, a busca ativa é um procedimento de suma importância no conjunto de ações de cuidados primários em saúde e vigilância epidemiológica, tendo por objetivo a identificação precoce de casos suspeitos e uma rápida confirmação para orientar a adequação de medidas de controle e follow-up, principalmente no caso de doenças graves e agravos de notificação compulsória.</p> <p>A busca ativa pode também ser compreendida como uma das formas de identificação de uma população-alvo, como em medidas de rastreamento populacional para determinadas patologias que necessitam de prevenção ou controle (ex. Cânceres rastreáveis, hanseníase, tuberculose pulmonar, diabetes, e outros). Na busca ativa, como a própria expressão indica, o serviço de saúde busca os usuários de forma ativa, direcionando para o serviço mais adequado, sem aguardar que as pessoas sintam a necessidade de buscar um serviço de saúde qualquer, por exemplo, para a busca de um exame diagnóstico com resultado positivo para uma patologia grave. Muitas vezes a “busca ativa” é usada como o oposto da simples “demanda espontânea”, situação na qual o sistema de saúde aguarda passivamente a procura espontânea do usuário pelo</p>	

	<p>serviço. Podem ser citados como exemplos de ações de busca ativa, envio de material explicativo para o domicílio do beneficiário, contatos telefônicos e ida ao domicílio do usuário.</p> <p>Na APS, a vinculação estabelecida na condução terapêutica favorece a realização de um fluxo contínuo na assistência requisitada.</p> <p>Forma de obtenção: as estratégias estão descritas e detalhadas no Plano estruturado mencionado no item 1.1.</p> <p>Referências:</p> <p>LEMKE, R.A; SILVA, R.A.N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. <i>Estudos e Pesquisas em Psicologia</i>, v. 10, n. 1, 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 mai. 2018.</p> <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6. ed, DF, 2005b.</p>	
<p>1.10</p>	<p>O Programa conta com cobertura mínima da população-alvo de acordo com as regras do Projeto APS.</p> <p>Interpretação: a cobertura da atenção primária à saúde relaciona-se ao percentual de pessoas que são assistidas por uma equipe de cuidados primários à saúde, isto é, o número de pessoas de uma determinada população que é coberta por serviços de cuidados primários à saúde. A cobertura mínima obrigatória para Certificação em APS é estabelecida em APS em Documento Técnico do Programa. A referência para cálculo da cobertura, é o critério de 1 equipe para cada 2,5 mil beneficiários. Assim, a cobertura mínima de APS para uma operadora com 3.572 beneficiários será de 70% de sua carteira, ao passo que, a partir de</p>	

	<p>3.573 beneficiários, utiliza-se uma função linear decrescente, onde o percentual de cobertura é determinado chegará a 15,5% para 16 mil beneficiários.</p> <p>Forma de obtenção: esta cobertura deve estar descrita e detalhada no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p> <p>TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. <i>Glossário de análise política em Saúde</i>. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em:< https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS. Programa de Atenção Primária na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: 2018.</p>	
<p>1.11</p>	<p>A Operadora disponibiliza central de informações ao usuário /paciente durante o horário de funcionamento das unidades de atenção primária.</p> <p>Interpretação: compreende-se por central de informações ao usuário a ferramenta, telefônica ou digital, que fornece informações ao usuário da operadora, para esclarecimentos de dúvidas ou apresentação de reclamações.</p> <p>Forma de obtenção: a central de informações deve estar localizada na sede da operadora, caso seja telefônica ou no sítio da operadora, se for digital.</p>	
<p>1.12</p>	<p>A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde até às 19 horas, pelo menos um dia da semana.</p> <p>Interpretação: Unidade de Atenção Primária é a unidade de saúde que assume a responsabilidade por uma determinada população adscrita a ela vinculada. Uma maior amplitude do horário de</p>	

	<p>funcionamento das Unidades de Referência da APS objetiva ampliar o acesso dos usuários ao serviço, em horários após a jornada de trabalho, inclusive. A disponibilização de serviços de APS que atendam fora do horário usual de consultórios e clínicas especializadas é induzir ao fluxo correto do paciente na rede assistencial e reforçando o caráter da APS de porta-de-entrada no sistema, invertendo a lógica da busca direta pelas emergências hospitalares e pronto-atendimentos, no período do final da tarde. Esse requisito atende a premissa de responsividade da APS com a população coberta evitando idas desnecessárias a unidades de maior complexidade para resolução de problemas de saúde que podem ser equacionados no âmbito dos cuidados primários.</p> <p>Forma de obtenção: deve existir um espaço físico adequado a esta finalidade.</p> <p>Referência: TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. <i>Glossário de análise política em Saúde</i>. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.</p>	
<p>1.13</p>	<p>A Operadora disponibiliza unidades de Atenção Primária em Saúde que funcionem no final de semana (sábado ou domingo, até as 17:00hs).</p> <p>Interpretação: A disponibilização de serviços de APS que atendam fora do horário usual de consultórios e clínicas especializadas é induzir ao fluxo correto do paciente na rede assistencial e reforçando o caráter da APS de porta-de-entrada no sistema, invertendo a lógica da busca direta pelas emergências hospitalares e pronto-atendimentos pelos usuários do sistema nos finais de semana. Esse requisito atende a premissa de responsividade da APS com a população coberta evitando idas</p>	

	<p>desnecessárias a unidades de maior complexidade para resolução de problemas de saúde que podem ser equacionados no âmbito dos cuidados primários. Complementa o item 1.12, com um grau maior de exigência com relação a disponibilidade de horário ampliado de funcionamento do serviço.</p> <p>Forma de obtenção: ver item 1.12</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

2. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO		
2.1	<p>A equipe de APS é referência para o primeiro acesso à rede assistencial.</p> <p>Interpretação: Acesso é um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. A APS pode funcionar como “porta-de-entrada” do sistema a partir dos quais os pacientes são atendidos e, se necessário, encaminhados a serviços de maior complexidade tecnológica e organizacional.</p> <p>Alguns autores identificam várias dimensões que compõem o conceito de acesso: (1) disponibilidade (volume e tipo) de serviços em relação às necessidades; (2) acessibilidade — tomada aqui como uma dimensão do acesso —, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; acolhimento (<i>accomodation</i>), que representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização; (3) capacidade de compra, definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços; e (4) aceitabilidade, que representa</p>	

	<p>as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.</p> <p>A avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambulatório) e tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso.</p> <p>Forma de obtenção: a equipe de APS é estabelecida de forma clara como referência para o primeiro acesso à rede assistencial no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p> <p>PENCHANSKY DBA, THOMAS JW. The concept of access — definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981; 19:127-40.</p> <p>TRAVASSOS, C., & MARTINS, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, 20, S190-S198.</p>	
<p>2.2</p>	<p>Os serviços de APS da operadora têm sua população cadastrada.</p> <p>Interpretação: compreende-se por população cadastrada os beneficiários considerados elegíveis para iniciativas relacionadas à APS e cadastrados junto às unidades de atenção primária em saúde aos quais estão vinculados.</p> <p>Forma de obtenção: a população cadastrada está explícita no Plano estruturado citado no item 1.1.</p>	

2.3	<p>Cada usuário é vinculado a uma equipe de referência para o atendimento ao longo do tempo.</p> <p>Interpretação: Na APS, o vínculo estabelecido na condução terapêutica favorece a realização de um fluxo contínuo na assistência requisitada. A vinculação do usuário ao serviço determinante para a longitudinalidade do cuidado em saúde, um dos pilares da atenção primária em saúde.</p> <p>A incorporação do acolhimento e do vínculo no cotidiano do cuidado em saúde também tem contribuído para desvelar e problematizar a (des)humanização do atendimento, determinada, principalmente pela tecnificação do cuidado à saúde. A acolhida prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-las, adequando-as a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária. Dadas estas considerações, as noções de vínculo e de acolhimento podem contribuir para uma abordagem mais integral dos problemas de saúde nos serviços da atenção básica.</p> <p>Forma de obtenção: o vínculo entre usuário a uma equipe de referência está descrito de forma clara e detalhada no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p> <p>PINTO, A. G. A. et al . Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2018.</p>	
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

	SILVEIRA DP & VIEIRA ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):139-148, 2009.	
2.4	<p>A Equipe de APS realiza diretamente o agendamento de consultas com especialistas/exames/cirurgias no momento do encaminhamento do beneficiário para outros níveis de atenção.</p> <p>Interpretação: A possibilidade de agendamento de consultas e procedimentos de forma planejada, com marcação antecipada para outros níveis de atenção de maior complexidade auxilia no itinerário do paciente, melhorando o fluxo pela rede por meio de mecanismos de referência e contra-referência. Esse agendamento pode ser realizado por qualquer membro da equipe responsável pelo paciente ou pelo coordenador do cuidado (navegador).</p> <p>Forma de obtenção: o agendamento está descrito de modo claro e detalhado no Plano estruturado citado no item 1.1.</p>	
2.5	<p>Os serviços de APS da Operadora disponibilizam consultas não urgentes, com prazo máximo de 24 horas.</p> <p>Interpretação: consultas não urgentes são aquelas que não se enquadram em casos de urgência e emergência médica, isto, não necessitam de assistência médica em um intervalo reduzido de tempo. Emergência é uma ameaça imediata para o bem-estar, enquanto a Urgência é uma ameaça em um futuro próximo, que pode vir a se tornar uma emergência se não for equacionada. Desse modo, nos casos que não se enquadram nessas duas categorias não há risco de vida para o paciente. Todavia, ainda que a condição de saúde apresentada pelo paciente não se enquadre nas definições de urgência e emergência médica, a efetividade do sistema de saúde está intimamente relacionada ao equacionamento de demandas simples ou complexas em tempo oportuno para o diagnóstico e tratamento adequados, de modo que tais demandas não se</p>	

	<p>transformem no tempo em demandas de caráter emergencial. A disponibilidade do prazo de 24 horas para atendimento desses casos amplia o acesso e a resolutividade da APS.</p> <p>Forma de obtenção: esta disponibilização está descrita de modo claro e detalhado no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p> <p>CHOWDHURY, S. et al. Is case triaging a useful tool for emergency surgeries? A review of 106 trauma surgery cases at a level 1 trauma center in South Africa. <i>World Journal of Emergency Surgery</i>, v.13, n.4, 2018. Disponível em: <https://wjeb.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13017-018-0166-5>. Acesso em: 30 abr. 2018.</p>	
<p>2.6</p>	<p>A Operadora disponibiliza marcação de consultas por telefone durante o horário de funcionamento das unidades de atenção primária em saúde.</p> <p>Interpretação: A disponibilidade de marcação de consultas deve ser realizada de forma rápida pela operadora, permitindo o agendamento por telefone visando facilitar a marcação, sem a necessidade de deslocamento do usuário à unidade de saúde. Considera-se esse requisito um item atrelado também a aspectos de acesso a rede da APS, facilitando inclusive a utilização da rede por usuários com problemas de saúde que limitam sua locomoção, como cadeirantes e outros.</p> <p>Forma de obtenção: a operadora deve disponibilizar número de telefone específico e/ou espaço em seu sítio institucional para a marcação de consultas.</p>	

<p>2.7</p>	<p>A Operadora organiza a rede e o fluxo de cuidados primários em saúde, de modo que o tempo máximo de espera do paciente / usuário seja inferior a 30 minutos para obtenção de atendimento por profissional de saúde.</p> <p>Interpretação: a rede é um conjunto de diferentes organizações que presta, ou realiza arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está pronta a prestar contas em razão de resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população que a utiliza.</p> <p>A conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas quais os cuidados primários de saúde estão inseridos, são de extrema relevância para que haja um fluxo contínuo do usuário pelo sistema, nos em serviços de diferentes densidades tecnológicas e integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado. A implementação de redes assistenciais aponta para uma maior eficácia na produção de saúde e melhoria na eficiência da gestão do sistema.</p> <p>Forma de obtenção: a operadora estabelece claramente no Plano estruturado citado no item 1.1 a rede e o fluxo de cuidados primários de forma que o tempo máximo de espera do paciente seja inferior a 30 minutos.</p> <p>Referência:</p> <p>OPAS/OMS. Organização Pan Americana de Saúde. <i>Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas</i>. Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas n° 4). Disponível em:</p>	
------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

	<p><http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf> Acesso em: 16 abr. 2018</p> <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 – Portaria nº 4.279, de 30/12/2010.</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3. QUALIDADE E CONTINUIDADE DO CUIDADO		
3.1	<p>A Operadora utiliza diretrizes e protocolos formais para sistematizar a transferência de informações entre os profissionais/equipes de atenção primária e os especialistas.</p> <p>Interpretação: protocolos consistem no conjunto de normas e orientações gerais sobre como realizar atividades ou intervenções, representando, desse modo, uma sistematização de procedimentos que permite a racionalização dos recursos utilizados na prestação e no planejamento de serviços (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2016).</p> <p>Forma de obtenção: as diretrizes formais (protocolos) devem estar descritas formalmente e detalhadas no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p> <p>TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. <i>Glossário de análise política em Saúde</i>. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em:<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.</p>	
3.2	<p>A Operadora estabelece coordenação entre os serviços de cuidados primários e serviços de apoio diagnóstico.</p> <p>Interpretação: A alta coordenação dos serviços de atenção primária e a longitudinalidade do cuidado são 2 importantes pilares dos cuidados primários em saúde. O fluxo de um paciente de um</p>	

	<p>nível de atenção para o outro, ou de um momento na linha de cuidado para outro, por exemplo, da suspeita diagnóstica no consultório à confirmação por meio exames de diagnóstico são momentos críticos que impactam no diagnóstico e tratamento oportuno e efetivo.</p> <p>Destaca-se também o relevante papel do coordenador do cuidado (Navegador) na gestão do cuidado do usuário do sistema. Principalmente, em pacientes portadores de condições crônicas complexas é imprescindível a definição de um profissional de referência que auxilie o paciente pelo itinerário terapêutico.</p> <p>Forma de obtenção: esta coordenação está descrita e detalhada de modo claro no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p> <p>CUNHA, G.T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. <i>Saúde e Sociedade</i>, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2018.</p> <p>BOUSQUAT, A., GIOVANELLA, L., CAMPOS, E. M. S., ALMEIDA, P. F. D., MARTINS, C. L., MOTA, P. H. D. S., ... & PAULA, D. B. D. (2017). Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, 22, 1141-1154.</p>	
<p>3.3</p>	<p>A Operadora realiza busca ativa e faz o acompanhamento de pacientes crônicos complexos após ocorrência de ida à emergência ou alta de internação hospitalar.</p> <p>Interpretação. Para o conceito de Busca Ativa remeter-se ao item 1.9. Mecanismos e estruturas de transição do cuidado em saúde são</p>	

	<p>fundamentais para a efetiva coordenação do cuidado ao paciente e integração entre os serviços da rede de APS.</p> <p>Condições crônicas constituem um conjunto de agravos que faz com que hoje, muitos autores e instituições definam seus portadores como <i>“pacientes crônicos em situação de complexidade”</i>, determinado por um perfil de apresentação de cronicidade. Entre as características diferenciais mais prevalentes desse grupo, estão a presença de várias enfermidades crônicas concorrentes, a grande utilização de serviços de hospitalização urgente com diferentes episódios de ida ao hospital durante um mesmo ano, a presença de determinadas enfermidades como a DPOC ou insuficiência cardíaca, diminuição da autonomia pessoal temporária ou permanente e poli medicação (WHO, 2015).</p> <p>Pacientes crônicos complexos que tenham recorrido à emergência hospitalar ou estejam em processo de alta hospitalar precisam ser identificados, por meio de busca ativa pelas equipes de APS, para receberem orientações adequadas a fim de evitar idas desnecessárias a emergência e evitar internações subsequentes, melhorando assim a qualidade do cuidado. É importante esclarecer que o momento da alta hospitalar é uma transição específica que prevê a continuidade dos cuidados no domicílio do paciente ou em outras estruturas da rede (unidades de reabilitação, por exemplo). Para tanto, a equipe de saúde deve desenvolver um plano global de conduta terapêutica, cuja logística inclui educação do paciente e da família e, sobretudo, coordenação entre profissionais diretamente implicados, em articulação com os serviços da rede. Além disso, intervenções domiciliares podem ser realizadas antes mesmo da alta, a fim de adaptar o ambiente e, por conseguinte, favorecer o desempenho de atividades de vida diária e capacitar o cuidador. A Portaria nº 2.528 Ministério da Saúde (2006) reconhece a importância de estruturas de suporte qualificado para pacientes</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>crônicos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio.</p> <p>Ademais, uma alta hospitalar malconduzida amplifica problemas de gestão da assistência em todos os níveis do sistema.</p> <p>Forma de obtenção: a busca ativa e o acompanhamento de pacientes crônicos complexos estão descritos de modo claro e detalhado no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. <i>Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar</i>/Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf . Acesso em: 08 mai. 2018.</p> <p>OMS. Organização Mundial de Saúde. <i>Noncommunicable diseases</i>. 2017. Disponível em: < http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 30 abr. 2018.</p> <p>OMS. Organização Mundial de Saúde. <i>World report on ageing and health</i>. Geneva: WHO Press, 2015. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1> . Acesso em: 30 abr. 2018.</p> <p>BENZAR, E., HANSEN, L., KNEITEL, A. H., & FROMME, E. K. (2011). Discharge planning For palliative care patients: A qualitative analysis. <i>Journal of Palliative Medicine</i>, 14(1), 65-69. doi 10.1089/jpm.2010.0335.</p> <p>COLEMAN, E. A., PARRY, C., CHALMERS, S., & MIN, S-J. (2006). The care transitions intervention: Results of a randomized</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>controlled trial. Archives of Internal Medicine,166(25), 1822-1828. doi 10.1001/archinte.166.17.1822</p> <p>LANNIN, N. A., CLEMSON, L., MCCLUSKEY, A., LIN, C-W. C., CAMERON, I. D., & BARRAS, S. (2007). Feasibility and results o± a randomised pilot-study o± pre-discharge occupational therapy home visits. BioMed Central Health Services Research, 7(42). doi: 10.1186/ 1472-6963-7-42.</p>	
<p>3.4</p>	<p>A Operadora coordena as ações e serviços da sua rede assistencial de modo integrado, adotando diretrizes para referência e contra-referência.</p> <p>Interpretação: A organização poliárquica das redes de atenção à saúde, que tem por ordenadora do cuidado a atenção primária, têm por premissa a vinculação e integração dos serviços de saúde da rede, de modo a ofertar atenção contínua e integral para determinada população. A articulação da Atenção Primária em Saúde com a Atenção Secundária e Terciária é essencial para a resolutividade do sistema. Os serviços de atenção primária devem ser apoiados e complementados por diferentes níveis de atenção especializada, tanto ambulatorios quanto hospitalares, como também pelo resto da rede de proteção social. Portanto, os sistemas de atenção de saúde devem trabalhar de forma integrada mediante o desenvolvimento de mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo o espectro de serviços, incluindo o desenvolvimento de redes e de sistemas de referência e contra-referência. Sistema de Referência e Contra-Referência de Pacientes pode ser definido como o processo de coordenação entre as unidades operativas dos três níveis de atenção em saúde a fim de facilitar o encaminhamento e a recepção de pacientes, com o objetivo prestar assistência à saúde oportuna, integral e de qualidade, que garanta o acesso aos serviços de saúde em benefício do paciente referido.</p>	

	<p>Forma de obtenção: A coordenação das ações e serviços está descrita de modo claro e detalhado no Plano estruturado citado no item 1.1. Os mecanismos de referência e contra-referência devem estar documentados e disponíveis para consulta em todos os serviços da rede da operadora de planos privados de saúde.</p> <p>Referência:</p> <p>BRONDANI, J. E., LEAL, F. Z., POTTER, C., DA SILVA, R. M., NOAL, H. C., & DA SILVEIRA PERRANDO, M. (2016). Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. <i>Cogitare Enfermagem</i>, 21(1).</p> <p>ORTEGA, M. Á. F., PRATO, J. B. R., CORIA, A. E. I., LARA, S. B., BARRELL, A. E., & TÉLLEZ, V. M. J. (2016). Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. <i>Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade</i>, 11, 37-45.</p> <p>SILVERMAN M. Optimización del proceso de Referencia y Contrarreferencia entre los niveles de la atención. Evaluación de la implementación de un sistema de comunicación electrónico. Maestría en Salud Pública, orientación en Sistemas Municipales. Universidad Nacional de la Plata. Argentina. 2007. Consultado el 17 de marzo de 2016. Disponible en: http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TesisMagisters/7.pdf</p> <p>BARQUÍN M. Dirección de hospitales. 6ª ed. Interamericana Mc Graw Hill. 1992; 25-35.</p>	
<p>3.5</p>	<p>A equipe de APS estabelece rotinas preventivas para os usuários, conforme perfil epidemiológico e demográfico orientadas por Protocolos e Diretrizes clínicas baseadas em</p>	

	<p>evidência científica e validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência.</p> <p>Interpretação: rotinas preventivas são procedimentos tais como consultas, exames diagnósticos, dentre outros que têm por objetivo a prevenção e controle de doenças e agravos suscetíveis ao rastreamento e intervenções para minimizar seu agravamento e danos ao paciente e/ou comunidade.</p> <p>Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) rotinas de cuidado e das ações de gestão, de um determinado serviço ou equipe, documentadas que visam garantir a melhoria do cuidado em saúde do paciente ou usuário do sistema.</p> <p>Existem Protocolos e Diretrizes elaborados pelo Ministério da Saúde e por sociedades médicas de especialidades. Comumente, estes documentos oficiais estabelecem, por patologia ou linhas de cuidado, como devem ser realizados o diagnóstico, o tratamento (com critérios de inclusão e exclusão definidos) e o acompanhamento dos pacientes (follow-up). Eles incluem informações sobre medicamentos, exames e demais terapias e são elaborados a partir de dados confiáveis baseados em evidências científicas atuais. Esses PCDT devem ser utilizados por profissionais de saúde da rede, e devem estar disponíveis para consulta em locais de fácil acesso das unidades de saúde. Devem ser também compartilhados pelas operadoras de planos privados de saúde para sua rede própria ou credenciada. Além dos PCDT, também podem ser utilizados outros formatos de guias de prática clínica para orientar a prescrição, facilitar auditorias e nortear o uso de tecnologias em saúde na APS e no sistema como um todo.</p> <p>Forma de obtenção: estas rotinas devem estar estabelecidas e definidas no Plano estruturado citado no item 1.1. Os Protocolos e Diretrizes Clínicas devem estar documentos e disponíveis para</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>consulta em todos os serviços da rede da operadora de planos privados de saúde.</p> <p>Referência:</p> <p>PICON, P. D., GADELHA, M. I. P., & BELTRAME, A. (2013). Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.</p>	
<p>3.6</p>	<p>A equipe de APS estabelece Plano de Cuidado multiprofissional para os usuários orientado por Protocolos e Diretrizes clínicas baseadas em evidência científica e validados por entidades nacionais e/ou internacionais de referência.</p> <p>Interpretação: para o conceito de Protocolos e Diretrizes Clínicas remeter-se ao item 3.5.</p> <p>Compreende-se por Plano de Cuidado o estabelecimento de prioridades e objetivos para solucionar e/ou prevenir problemas de saúde e efetuar o seguimento desses pacientes a fim de verificar se as intervenções realizadas foram efetivas ou se novos problemas de saúde surgiram. O Plano de Cuidado deve ser uma construção conjunta da equipe de APS com o paciente e ou grupos de pacientes.</p> <p>As evidências científicas são as informações da literatura geradas pelas pesquisas clínicas de boa qualidade para orientar o profissional de saúde e gestores de serviços ou sistemas de saúde, no processo de tomada de decisão. As pesquisas clínicas podem ser primárias (estudos de acurácia, ensaios clínicos aleatórios e estudos de coortes) e as secundárias (revisões sistemáticas e estudos de análise econômica).</p> <p>Forma de obtenção: este plano de cuidado está descrito e detalhado de modo claro no Plano estruturado citado no item 1.1. O plano de cuidado deve estar acessível para consulta na unidade de</p>	

	<p>referência para consulta da equipe de APS que o acompanha, do próprio paciente, e em casos específicos por seu responsável.</p> <p>Referência:</p> <p>Werneck, M. A. F., Faria, H. P. D., & Campos, K. F. C. (2009). Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Coopmed.</p> <p>POLIT, D. F., & BECK, C. T. (2016). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem-: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. Artmed Editora.</p>	
<p>3.7</p>	<p>A equipe de APS oferece orientação sobre o uso racional de medicamentos para seus beneficiários, utilização e armazenamento adequado.</p> <p>Interpretação: o uso racional e seguro de medicamentos ocorre quando o indivíduo recebe o medicamento adequado à sua necessidade clínica, na dose e posologias corretas, por um período de tempo apropriado e com o menor custo para si próprio e para a comunidade.</p> <p>Medidas de disseminação de informações de uso racional e seguro de medicamentos, para os usuários, devem ser promovidas pelas operadoras de planos privados de saúde e estarem disponíveis em lugares de fácil visualização nas unidades de APS e nos sites das OPS.</p> <p>O Conselho Federal de Farmácia (CFF), em parceria com o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP) e o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), possui diretrizes e campanhas de orientação dos profissionais de saúde sobre a importância da clareza no preenchimento da prescrição e do prontuário visando melhorar a segurança do paciente. As Diretrizes são baseadas no Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e</p>	

	<p>Administração de Medicamentos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), do Ministério da Saúde.</p> <p>De acordo com o Ministério da Saúde, em 2014, na atenção primária os erros de medicação foram a principal causa de eventos adversos, principalmente em crianças e idosos. Esses erros podem ser causados por diferentes fatores que potencialmente interferem na prescrição, na dispensação, na administração, no consumo e no monitoramento de medicamentos, o que pode ocasionar sérios prejuízos para a saúde e até mesmo a morte. É necessária transparência na prescrição, com esclarecimentos e disponibilidade do profissional diante de possíveis reações adversas e erros.</p> <p>Forma de obtenção: a orientação e as diretrizes de uso racional e seguro de medicamentos está descrita de forma clara e detalhado no Plano estruturado citado no item 1.1. As orientações e os Protocolos e Diretrizes de Uso Seguro devem estar documentos e disponíveis para consulta em todos os serviços da rede da operadora de planos privados de saúde.</p> <p>Referência:</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde – PROFAR /. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 76 p.</p> <p>TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. <i>Glossário de análise política em Saúde</i>. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em:< https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2018.</p>	
<p>3.8</p>	<p>A equipe de APS deve realizar gestão do uso de polifarmácia para pacientes crônicos complexos.</p>	

Interpretação: Para definição de pacientes crônicos complexos remeter-se ao item 3.3. A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos. A polifarmácia está associada ao aumento do risco e da gravidade das Reações Adversas a Medicamentos (RAM), de precipitar Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. Assim, essa prática relaciona-se diretamente aos custos assistenciais, que incluem medicamentos e as repercussões advindas desse uso. Neste são incorporados os custos de consulta a especialistas, atendimento de emergência e de internação hospitalar.

Forma de obtenção: A gestão do uso de polifarmácia deve estar descrita de forma clara e detalhado no Plano estruturado citado no item 1.1. As orientações de conduta para pacientes em polifarmácia devem estar documentos e disponíveis para consulta em todos os serviços da rede da operadora de planos privados de saúde.

Referências:

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. In: O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.

SECOLI, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 136-140.

NASCIMENTO, R. C. R. M. do et al . Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista de. Saúde Pública*, São Paulo , v. 51, supl. 2, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

	<p>89102017000300315&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 mai. 2018.</p> <p>OMS. Organização Mundial de Saúde. <i>World report on ageing and health</i>. Geneva: WHO Press, 2015. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1> . Acesso em: 30 abr. 2018.</p>	
<p>3.9</p>	<p>A Operadora possui protocolos e diretrizes estabelecidas com critérios de elegibilidade para atenção domiciliar e cuidados paliativos com o objetivo de evitar ou abreviar o período de internação.</p> <p>Interpretação: para o conceito de Protocolos e Diretrizes Clínicas remeter-se ao item 3.5.</p> <p><i>Atenção domiciliar</i> consiste em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida no domicílio e que se caracteriza por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação e palição para garantia da continuidade do cuidado.</p> <p>A figura do cuidador é necessária nesse contexto. O cuidador é a pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.</p> <p>Indicadores para monitoramento de cuidados de atenção domiciliar na APS usualmente são: (1) Proporção de pacientes em Atenção Domiciliar por agravo/condição; (2) Número de pacientes em Atenção Domiciliar por agravo/situação, como: Cuidados Paliativos; Oxigenoterapia; Feridas crônicas; DM complicada.</p> <p><i>Cuidados Paliativos</i> consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de</p>	

	<p>vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais".</p> <p>Cuidados de Fim de Vida: cuidado paliativo próximo ao momento do óbito.</p> <p>As <u>patologias que usualmente requerem cuidados paliativos</u> são: Alzheimer e outras Demências, Câncer, Doenças Cardiovasculares, Cirrose do Fígado, Doença Pulmonar Crônica Obstrutiva, Diabetes, HIV/AIDS, Insuficiência Renal Crônica, Esclerose Múltipla, Doenças de Parkinson, Artrite Reumatóide, Tuberculose Resistente (TB). Pacientes considerados doentes paliativos graves devem ser selecionados para uma avaliação mais especializada ao nível da dor, falta de ar, náusea e obstipação e recebem um plano de ação de tratamento, monitorização e vigilância.</p> <p>O nível básico da palição e corresponde à prestação de ações paliativas sem recurso ou estruturas diferenciadas e/ou especializadas. Pode e deve ser prestada em regime domiciliar e/ou ambulatorial, no âmbito da rede de serviços básicos de saúde, respeitando o campo de ação das unidades inseridas nessa rede, dentro da competência e capacidade de cada uma. Havendo necessidade de internação hospitalar, a ação paliativa, se dará a partir da articulação entre os diferentes níveis, com fluxo previamente definido.</p> <p>Forma de obtenção: as diretrizes formais (protocolos) devem estar descritas e detalhadas no Plano estruturado citado no item 1.1. Os protocolos e diretrizes estabelecidas com critérios de elegibilidade para atenção domiciliar e cuidados paliativos devem estar documentados e disponíveis para consulta em todos os serviços da rede da operadora de planos privados de saúde.</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>Referências:</p> <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.</p> <p>INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Cuidados Paliativos. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos>. Acesso em: 20 abr. 2018.</p>	
<p>3.10</p>	<p>A equipe de APS utiliza prontuário único compartilhado.</p> <p>Interpretação: prontuário é o documento único que consiste em um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, produzidas a partir de fatos, ocorrências e situações acerca da saúde do paciente e da assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que permite a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada.</p> <p>Forma de obtenção: tal utilização está descrita e detalhada no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p> <p>CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União 2002; 9 ago Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm> Acesso em 30 abr. 2018.</p>	
<p>3.11</p>	<p>O usuário consegue ser avaliado pelo mesmo profissional de saúde em diferentes consultas.</p>	

	<p>Interpretação: O vínculo do usuário / paciente ao mesmo profissional de saúde de referência tende a aumentar a adesão ao tratamento das condições crônicas, que requerem acompanhamento de longo prazo. O item avalia se o mesmo profissional atende o paciente em diferentes consultas.</p> <p>Forma de obtenção: a avaliação pelo mesmo profissional em diferentes consultas está descrita e detalhada no Plano estruturado citado no item 1.1.</p>	
<p>3.12</p>	<p>A mesma equipe de APS de referência avalia os resultados de exames de apoio diagnóstico na consulta de retorno.</p> <p>Interpretação: exames de apoio diagnóstico são exames necessários e realizados para apoiar o diagnóstico na prática clínica e possui repercussões importantes em termos de cuidados aos pacientes, impacto na saúde e custos para o sistema de saúde. Por consulta médica compreende-se a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser finalizado ou não em um único momento. Quando houver necessidade de exames complementares que não possam ser avaliados nesta mesma consulta, o ato terá continuidade para seu término, com tempo determinado a critério do médico, não gerando cobrança de honorário na consulta de retorno.</p> <p>Forma de obtenção: esta avaliação pela mesma equipe está descrita de forma clara e detalhada no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referências: CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1958/2010. Publicada no DOU de 10 de janeiro de 2011, Seção I, p. 92. Disponível em: <</p>	

	<p>http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1958_2010.htm>. Acesso em: 02 mai. 2018.</p> <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. <i>Manual de apoio aos gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada.</i> – 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_apoio_gestores.pdf. Acesso em 02 mai. 2018.</p>	
<p>3.13</p>	<p>A equipe de APS destaca um gestor/coordenador do Cuidado/Navegador para os pacientes crônicos complexos.</p> <p>Interpretação: gestor ou coordenador do cuidado (navegador) é o profissional que tem a responsabilidade pela coordenação da atenção à saúde do paciente de modo longitudinal. Mesmo que diferentes profissionais intervenham sobre um caso, é importante definir claramente quem será o profissional de referência, ou seja, o coordenador do caso.</p> <p>No cenário norte-americano, o conceito de programa de navegação (Navigator) do paciente oncológico é altamente difundido e incentivado, financeiramente, pelos órgãos públicos de saúde, a exemplo do <i>National Institutes of Health</i> (NIH) e do <i>National Cancer Institute</i> (NCI). Estudos comprovam que a navegação é uma estratégia efetiva para melhorar a aderência do paciente à avaliação diagnóstica e ao plano terapêutico, independentemente da etnia, categoria do plano de saúde e formação acadêmica do indivíduo.</p> <p>Forma de obtenção: este destaque está descrito e detalhado no Plano estruturado citado no item 1.1.</p>	

	<p>Referências:</p> <p>CUNHA, G.T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. <i>Saúde e Sociedade</i>, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2018</p> <p>OMS. Organização Mundial de Saúde. <i>World report on ageing and health</i>. Geneva: WHO Press, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1> . Acesso em: 30 abr. 2018.</p>	
<p>3.14</p>	<p>Os Serviços de APS utilizam prontuário eletrônico para todos os usuários.</p> <p>Intepretação: prontuário eletrônico é a forma eletrônica de prontuário, documento único que consiste em um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, produzidas a partir de fatos, ocorrências e situações acerca da saúde do paciente e da assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que permite a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada.</p> <p>Forma de obtenção: tal utilização está descrita e detalhada no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p> <p>CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União 2002; 9 ago Disponível:</p>	

	<p><http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm> Acesso em 30 abr. 2018.</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4. INTERAÇÕES CENTRADAS NO PACIENTE

O atendimento centrado no paciente e na família deve orientar todos os aspectos do planejamento, prestação e avaliação dos serviços de saúde, oferecidos na APS.

<p>4.1</p>	<p>A Operadora fornece informações claras e atualizadas aos beneficiários sobre o fluxo na rede assistencial, orientando assim seu percurso na rede, a partir da atenção primária em saúde.</p> <p>Interpretação: Este item tem a finalidade de verificar quais são as informações, fornecidas pela operadora a seus beneficiários, sobre a sua rede de prestadores, hierarquizada, a partir da sua rede de Atenção Primária em Saúde (APS). A descrição da rede de APS deve constar no Plano estruturado, citado no item 1.1, com sistema de referência e contra-referência, que possibilitem o fluxo do beneficiário na rede assistencial da operadora. A divulgação do programa de APS deve ser realizada no portal da operadora na internet, e em folhetos informativos, escritos em uma linguagem clara e de fácil compreensão.</p> <p>Forma de obtenção: Consultar o portal da operadora na internet e verificar se as informações sobre a rede assistencial, a partir da APS, está disponibilizada de forma clara e de fácil acesso.</p>	
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Verificar os folhetos educativos (ou manual), com informações claras para o beneficiário, sobre a rede assistencial, a partir da APS fornecido pela operadora.</p> <p>Referência: Plano Estruturado da operadora (descrito no item 1.1); Portal da operadora na internet e folhetos educativos e manual, disponibilizados pela operadora a seus usuários.</p>	
<p>4.2</p>	<p>A Operadora disponibiliza orientações ao paciente sobre as principais condições crônicas, em linguagem clara e simples, nos serviços de cuidados primários em saúde e no seu portal na internet.</p> <p>Interpretação:</p> <p>As práticas de promoção e da educação em saúde devem ser pautadas nos princípios da multicausalidade do processo saúde-doença, da intersetorialidade, da participação dos usuários da APS, estimulando o autocuidado e a autonomia, garantindo a sustentabilidade. Estas práticas devem estar bem estabelecidas em folhetos educativos e/ou manuais, com informações pertinentes sobre as enfermidades crônicas mais comuns, que podem acometer os usuários da APS, tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, DPOC, cuidados na oncologia, etc.</p> <p>Forma de obtenção: A verificação de conformidade do requisito deve ser feita diretamente verificando o material educativo produzido pela operadora e distribuído durante o atendimento na unidade de APS, ou disponibilizado em seu sítio eletrônico na internet.</p> <p>É importante averiguar se as informações de promoção e educação em saúde são fornecidas em linguagem de fácil compreensão para o beneficiário.</p> <p>REFERÊNCIAS:</p>	

	<p>STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf</p> <p>ALVES, D. et al. Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 2, p. 153-161, 2016.</p>	
<p>4.3</p>	<p>A Operadora disponibiliza orientações aos pacientes sobre hábitos de vida saudáveis em linguagem clara e simples nos serviços de cuidados primários em saúde e no seu portal na internet.</p> <p>Interpretação:</p> <p>A educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde. O reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito da educação, em busca de autonomia, são condições essenciais à prática neste âmbito da atenção.</p> <p>Para tanto, além das informações sobre enfermidades crônicas, a operadora, que aderir à APS, deve disponibilizar informações sobre promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças, adotando estratégias de educação em saúde. Para a educação em saúde dos usuários, podem ser utilizadas várias técnicas: palestras educativas, com distribuição de folhetos, contendo informações de saúde relevantes; organização de grupos focais com tema específico; grupos educativos com os usuários em redes sociais, ou através de algum APP específico, criado para tal fim, etc. As informações educativas devem também ser disponibilizadas no portal na internet da operadora.</p>	

	<p>Forma de obtenção: Área do portal da internet da operadora e consulta aos conteúdos educativos de palestras, folhetos, apps, produzidos pela própria operadora, com informações sobre promoção à saúde e prevenção de riscos e afecções, oferecidos a seus beneficiários.</p> <p>REFERÊNCIAS:</p> <p>STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:</p> <p>http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf</p> <p>ALVES, D. et al. Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 2, p. 153-161, 2016.</p>	
<p>4.4</p>	<p>Os serviços de APS da Operadora fornecem ao usuário informações escritas sobre sua condição de saúde e encaminhamentos necessários para o serviço referido.</p> <p>Interpretação: Ter acesso ao diagnóstico do seu problema de saúde, é um direito do paciente. O diagnóstico deve ser comunicado ao beneficiário de forma clara, de preferência por escrito. Quando, para a resolução do problema de saúde, for necessário que o paciente seja referido para um atendimento com médico especialista, ou encaminhamento para a realização de exames especiais ou internação, esta deve ser garantida dentro do prazo estabelecido pela RN nº 259/2011.</p> <p>Forma de obtenção: consulta ao material disponibilizado ao beneficiário sobre a rede de referência e contra-referência da APS, na operadora. Consulta às Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) assistenciais, abertas por beneficiários da operadora, junto ao</p>	

	<p>Sistema de Informação da Fiscalização (SIF) da Diretoria de Fiscalização da ANS.</p> <p>Referências: Resolução Normativa (RN) nº 259, de 17 de junho de 2011, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Disponível em:</p> <p>http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MTc1OA==</p>	
<p>4.5</p>	<p>A Operadora realiza pesquisa entre os beneficiários sobre a adequação de horários para o agendamento de consultas e procedimentos eletivos centrados nas suas necessidades.</p> <p>Interpretação: A pesquisa com os beneficiários, sobre a adequação de horários para o agendamento de consultas e procedimentos eletivos, é necessária para que a operadora tenha uma visão clara de como o serviço de APS está sendo ofertado, em cada unidade estabelecida e integrada à sua rede assistencial.</p> <p>Forma de obtenção: A pesquisa deve ser planejada pelo gestor do centro de APS, devendo ser incluída em um documento de Planejamento da Pesquisa, descrevendo a metodologia para a obtenção da amostra.</p> <p>No documento de planejamento da pesquisa, alguns itens de técnica de amostragem devem ser contemplados, tais como: período de realização de pesquisa; unidade de análise e resposta; população alvo e estratos adotados; sistemas de referência; e verificação do sistema interno de controle.</p> <p>Referências:</p>	

	<p>ROUQUAYROL, Z. & ALMEIDA, N. Saúde Pública – Epidemiologia e Saúde. Ed. Guanabara Koogan, 6ª ed., São Paulo, 2003,</p>	
<p>4.6</p>	<p>Os Serviços de APS utilizam modelo de Plano de Cuidado com rotinas diárias e metas a serem atingidas e que contemple a decisão clínica compartilhada com o paciente.</p> <p>Interpretação:</p> <p>A Coordenação do cuidado do usuário deve ser bem estabelecida para garantir o tratamento adequado. Para tanto, a atenção ao usuário da APS deve ser organizada de maneira integrada, isto é, utilizando um modelo de plano de cuidado abrangente, integrando todos os cuidados assistenciais necessários, que devem ser coordenados ao longo do percurso assistencial do usuário no sistema.</p> <p>O Plano de Cuidados corresponde a uma organização deliberada da atenção à saúde, entre diferentes profissionais envolvidos no tratamento de uma determinada afecção, a fim de facilitar a adequada prestação do cuidado. O processo de coordenação do cuidado de determinadas afecções tem como principais objetivos a promoção da continuidade assistencial e a melhoria da qualidade, estabelecendo protocolos padronizados, com todas as etapas envolvendo cada tipo de cuidado oferecido aos usuários da unidade.</p> <p>Uma vez padronizados os planos de cuidados para cada afecção, este deve ser customizado para cada usuário, isto é, adaptado às suas necessidades de saúde. O plano de cuidados é a garantia de que o paciente da APS tenha assistência segura, completa e correta</p> <p>Forma de obtenção:</p> <p>Verificar os protocolos padronizados de cada modelo de plano de cuidados proposto pela operadora para cada afecção de saúde,</p>	

	<p>tratada na APS. Os modelos de planos de cuidado e protocolos devem estar descritos no plano estruturado (Ver item 1.1).</p> <p>Referências:</p> <p>VERAS, R. Linha de Cuidado para o Idoso: detalhando o modelo. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 887-905.</p> <p>ANS. Idosos na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor – Projeto Idoso bem cuidado. 2016.</p>	
<p>4.7</p>	<p>O Serviços de APS utilizam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de procedimentos e decisões clínicas, quando couber.</p> <p>Interpretação:</p> <p>De acordo com a definição utilizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua Recomendação nº 1/2016, o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente, ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados.</p> <p>De acordo com a Recomendação nº 1/2016 do CFM, o consentimento livre e esclarecido é um direito do paciente e dever do médico, possuindo tripla função: a) Cumprir o papel primordial de respeitar os princípios da autonomia, da liberdade de escolha, da dignidade e do respeito ao paciente e da igualdade, na medida em que, previamente a qualquer procedimento diagnóstico e/ou terapêutica que lhe seja indicado, o paciente será cientificado do que se trata, o porquê da recomendação ou como será realizado. A informação deve ser suficiente, clara, ampla e esclarecedora, de forma que o paciente tenha condições de decidir se consentirá ou</p>	

	<p>não; b) Efetivar estreita relação de colaboração e de participação entre médico e paciente; c) Definir os parâmetros de atuação do médico.</p> <p>O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), originalmente, é um termo definido na Resolução nº 466/2012, que dispõe as diretrizes em ética em pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS): “TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar”.</p> <p>Forma de obtenção: Tanto o CNS, bem como o CFM recomendam fortemente a utilização do TCLE, seja na pesquisa, seja na prática clínica do médico, propondo um modelo no anexo das suas respectivas normas.</p> <p>Verificar se o modelo de TCLE, adotado pela operadora no seu projeto de APS, atende as normas e diretrizes preconizadas pelo CFM.</p> <p>Referências:</p> <p>CFM. Recomendação nº 1/2016, que dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Disponível em:</p> <p>https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf</p> <p>Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466 de 2 de dezembro de 2012, que dispõe as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html</p>	
<p>4.8</p>	<p>A Operadora implementa pesquisa de satisfação sobre a experiência do cuidado em APS e implementa plano de ação para melhoria da qualidade, se necessário.</p> <p>Interpretação:</p> <p>A atenção primária à saúde é considerada a porta de entrada do indivíduo no sistema de saúde. Nela, são desenvolvidas estratégias de atendimento integral, que buscam promover qualidade de vida e cuidados preventivos, de acordo com o grau de vulnerabilidade de cada população.</p> <p>A APS possui 4 componentes essenciais, como definido por Starfield (2002): acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade, isto é, atenção em saúde prestada ao longo do tempo; integralidade, isto é, fornecimento de serviços de saúde amplos, desde ao atendimento ambulatorial à internação, se for necessário.</p> <p>A satisfação do usuário deve ser mensurada para cada um dos componentes essenciais da APS.</p> <p>A pesquisa de satisfação de beneficiários se baseia em documento de planejamento, elaborado pelos profissionais de saúde, que trabalham na APS, com auxílio eventual de profissional epidemiologista ou estatístico. A pesquisa deve conter questões pertinentes à satisfação do beneficiário com o atendimento proposto na APS.</p> <p>Forma de obtenção:</p> <p>O instrumento de avaliação da APS, denominado PCATool, pode servir de guia para a realização da pesquisa de satisfação do usuário.</p>	

	<p>Este instrumento foi proposto por Starfield (2002) e adaptado pelo Ministério da Saúde em 2010.</p> <p>A pesquisa pode ser realizada por via telefônica, ou através de algum aplicativo específico disponível na internet, tais como: Surveymonkey, FormSus, Googledocs, etc.</p> <p>Referência:</p> <p>STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:</p> <p>http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCA-Tool-Brasil). Série A, normas e manuais técnicos. Brasília, 2010. Disponível em:</p> <p>http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf</p>	
<p>4.9</p>	<p>O Programa realiza avaliação clínica inicial e avaliações periódicas de acordo com o protocolo estabelecido e necessidades individuais dos beneficiários.</p> <p>Interpretação: A avaliação clínica inicial do usuário do serviço é fundamental para se estabelecer com precisão suas necessidade em saúde. Protocolos de atendimento devem ser adotados para cada diagnóstico realizado. As avaliações periódicas, com realização de exames para a detecção precoce de problemas de saúde, devem estar descritas nos protocolos adotados pela unidade de APS.</p> <p>Forma de obtenção: Verificar se os protocolos adotados pela operadora para a avaliação clínica e acompanhamento do paciente</p>	

	<p>atendido na APS estão baseados em evidências, e se estão sendo corretamente implementados pela equipe da APS.</p> <p>Avaliar a existência de registro dos atendimentos, contendo avaliação inicial e avaliações periódicas nos Prontuários.</p> <p>Verificar a existência de Modelos padronizados para avaliação clínica inicial e avaliações periódicas.</p> <p>Referências:</p> <p>VERAS, R. Linha de Cuidado para o Idoso: detalhando o modelo. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 887-905.</p> <p>ANS. Idosos na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor – Projeto Idoso bem cuidado. 2016.</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE		
<p>5.1</p>	<p>A Operadora estabelece e monitora, de forma sistemática, periodicamente, indicadores para avaliação da qualidade do cuidado em saúde para as principais condições de saúde atendidas.</p> <p>Interpretação:</p> <p>Indicador é uma medida única e padronizada, expressa em termos quantitativos e qualitativos, que captura uma dimensão chave da saúde de um indivíduo ou de uma população. Um indicador pode igualmente medir o desempenho de um serviço de saúde.</p> <p>Indicadores de saúde são construídos a partir de dados coletados no conjunto da população atendida pela unidade da APS. Para tanto, precisam ser bem definidos, com um numerador, denominador,</p>	

critérios de inclusão e exclusão dos dados, além do tempo em que foi mensurado.

A operadora deve utilizar as informações gerenciais e disponíveis, ou coletá-las através de pesquisa específica. Os dados de interesse para a construção dos indicadores em saúde da população atendida pela unidade de APS são prioritariamente os seguintes: dados demográficos (sexo, idade, etnia, etc); dados sócio-econômicos (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação); dados de morbidade e dados de mortalidade. A partir destes dados podem ser construídos os indicadores de saúde da população atendida.

Forma de Obtenção: Verificar se a operadora possui banco de dados com os indicadores de saúde construídos para a população de beneficiários atendidos na unidade de APS.

Verificar se a operadora construiu um mapa epidemiológico com as informações relevantes.

Referências:

OPAS. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília, 2008. 349 p. Disponível em:

<http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/>

Portela MC, Pronovost PJ, Woodcock T, et al. **How to Study Improvement interventions: a brief overview of possible study types**. BMJ Qual Saf 2015;24:325–336. Disponível em:

<http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/24/5/325.full.pdf>

<p>5.2</p>	<p>A Operadora monitora, de forma sistemática, periodicamente, os indicadores para avaliação da APS estabelecidos pela ANS.</p> <p>Interpretação:</p> <p>Alguns macro-indicadores foram estabelecidos pela ANS. Os Macro-Indicadores de Implementação do Programa APS são medidas de mensuração clássica e consagrada na literatura científica da área.</p> <p>Os indicadores, que constam no documento técnico, são: a) Razão de consultas médicas ambulatoriais com Generalista <i>versus</i> Especialista; b) Percentual de Beneficiários com Condições Crônicas Complexas vinculados a um Coordenador do Cuidado; c) Taxa de visita à emergência / pronto-atendimento em relação ao total de usuários cobertos pelo Projeto; d) Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP); e) Taxa de médicos generalistas por beneficiário; e d) Proporção de pessoas que faz uso regular de um mesmo serviço de saúde.</p> <p>Estes indicadores devem ser monitorados ao longo de um período determinado.</p> <p>Forma de Obtenção:</p> <p>Verificar se os dados estão sendo coletados pelos responsáveis do Programa APS. Verificar se a operadora utiliza as informações disponíveis, ferramentas e relatórios, com base nos indicadores, para orientar a prestação de seus cuidados primários em saúde.</p> <p>Verificar se a operadora faz o acompanhamento dos indicadores ao longo do tempo, com a construção de um gráfico com os indicadores mais relevantes, que traduzam o desempenho da unidade de APS. O gráfico deve conter os valores representado em</p>	
-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

	<p>torno do valor mediano, refletindo as mudanças que se traduzem em melhoria, como definido por Langley <i>et al.</i> (2011).</p> <p>Referências:</p> <p>STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf</p> <p>LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional. Ed. Mercado de Letras, 1ª ed. Campinas, SP, 2011.</p>	
<p>5.3</p>	<p>A Operadora utiliza tecnologias de informação de modo a garantir a validação, análise e avaliação de dados coletados, para realização da gestão do cuidado dos usuários.</p> <p>Interpretação:</p> <p>Um Sistema de Informação pode ser definido como um conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos de produção de dados, processamento e análise de informações, visando sua difusão e utilização no processo de tomada de decisões e de operacionalização de ações. As tecnologias de informática são necessárias, atualmente, para a organização de um sistema de informação, a partir de dados produzidos por qualquer tipo de serviço.</p> <p>Um Sistema de Informação em Saúde consiste em um conjunto de sistemas de informação de base epidemiológica ou gerencial, que subsidiam ou podem subsidiar o aperfeiçoamento das práticas de saúde em todos os âmbitos do sistema. No caso da APS, a operadora deve usar a tecnologia disponível para armazenar os dados e</p>	

	<p>transforma-los em informação útil para o gerenciamento da unidade e mensuração dos resultados.</p> <p>O sigilo da informação do usuário deve ser garantido, como preconizado na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) do Ministério da Saúde. A operadora pode adotar um Registro eletrônico em saúde (RES), recomendado na PNIIS e que consiste em um repositório de informações processáveis sobre o cuidado em saúde do indivíduo, armazenadas e transmitidas de forma segura e acessível por múltiplos usuários autorizados.</p> <p>Ao utilizar um sistema de informação em saúde do seu usuário, a operadora deve garantir a confiabilidade do hardware e software, segurança e facilidade de utilização, sistema de entrada de usuários, recursos disponíveis e aplicáveis aos requisitos legais e a privacidade das informações sobre o paciente. Esta política também é preconizada pelo projeto TISS da ANS, como estabelecido na RN nº 305/2012.</p> <p>Também é recomendada a utilização de Telessaúde, para atender a demanda da APS com especialistas. A telessaúde consiste no uso de tecnologias de informação e comunicação para prestar serviços de saúde a distância, passar conhecimentos e informações, quebrando as barreiras geográficas, temporais, sociais e culturais. Engloba os sistemas de internet ou de e-saúde, e também as aplicações baseadas em vídeo.</p> <p>Forma de Obtenção:</p> <p>Verificar o sistema de informação e de informática utilizada pela operadora, que atenda às recomendações da PNIIS e as normas do TISS, como preconizada na RN 305/2012.</p> <p>Referências:</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>ANS. Resolução Normativa (RN) nº 305/2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjI2OA==</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_informatica_saude_2016.pdf</p>	
<p>5.4</p>	<p>A equipe da APS realiza gestão dos cuidados primários em saúde por meio de sistema de informação, que contemple o cadastro dos participantes; o registro do acompanhamento das ações e o monitoramento dos indicadores.</p> <p>Interpretação:</p> <p>As necessidades assistenciais dos usuários da APS são influenciadas por uma gama de fatores, portanto, todos os aspectos que podem influenciar as condições de saúde devem ser monitorados. Assim, todas as informações relevantes relativas à saúde os usuários devem ser registradas em seu cadastro e monitoradas por meio de indicadores.</p> <p>As informações relevantes, que devem constar do cadastro do usuário devem incluir: dados demográficos (idade, sexo); dados culturais (nível de educação, etnia); dados de morbidade (doenças agudas e crônicas); e fatores de risco (tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, dieta, etc), que podem causar problemas de saúde.</p> <p>O Sistema de gerenciamento clínico deve contemplar também o registro do acompanhamento das ações em saúde e o monitoramento dos indicadores adotados.</p> <p>Forma de Obtenção:</p>	

	<p>Checar se no cadastro dos usuários da APS constam as informações relevantes, que devem ser monitoradas. Checar se há avaliação do desempenho e resultados da APS por meio do acompanhamento de indicadores</p> <p>Referências:</p> <p>STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:</p> <p>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf</p>	
<p>5.5</p>	<p>A Operadora utiliza as informações extraídas do monitoramento e da avaliação para a adoção de ações corretivas, quando necessário.</p> <p>Interpretação:</p> <p>As iniciativas de atenção primária à saúde devem utilizar as informações disponíveis, seja através de relatórios gerenciais, seja através de acompanhamento de indicadores, com a utilização de ferramenta gráfica. As melhorias no serviço oferecido na APS devem ser implementadas com base nas ferramentas de avaliação dos resultados e dos desfechos, ao longo do tempo.</p> <p>Aprender a partir dos resultados, como proposto por Langley et al. (2011) e seu “modelo de melhoria”, inclui a aprendizagem seja através da avaliação de resultados positivos ou negativos, ou mesmo com resultados inusitados.</p> <p>Forma de Obtenção:</p>	

	<p>Verificar se a operadora utiliza os resultados de desempenho e desfecho, monitorados através de indicadores, para reavaliar a prática da APS oferecida a seus clientes.</p> <p>Referências:</p> <p>LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional. Ed. Mercado de Letras, 1ª ed. Campinas, SP, 2011.</p>	
<p>5.6</p>	<p>A Operadora realiza auditoria médica nos prontuários dos Serviços de APS periodicamente.</p> <p>Interpretação:</p> <p>O termo auditoria foi incorporado à saúde inicialmente como uma forma de avaliação da atenção com base na observação direta, nos registros e na história clínica do paciente, sendo entendida como “auditoria médica”, desenvolvida especialmente no ambiente hospitalar. A partir do final dos anos 1980, o campo de ação da auditoria na saúde se ampliou, passando a incluir a avaliação do uso dos recursos e dos resultados obtidos no tratamento.</p> <p>A avaliação da qualidade da atenção assistencial dispensada aos usuários da APS dependem da informação disponível registrada na unidade. Uma das fontes de informação primária é o prontuário médico do paciente, onde devem ser registradas todas as informações assistenciais relevantes relativas ao usuário: primeiro contato com o serviço, motivo da consulta, se sofre de uma doença crônica, relato de episódios agudos de alguma enfermidade, etc.</p> <p>A auditoria do prontuário médico deve ser realizada periodicamente pela equipe da APS, sendo reportada à operadora os fatos relevantes, para que a estratégia da assistência à saúde prestada possa ser reavaliada.</p>	

	<p>Forma de Obtenção:</p> <p>Verificar se todas as informações relevantes sobre a assistência prestada aos usuários da APS são registradas em um prontuário médico e se estas informações são auditadas e sua frequência.</p> <p>Referências:</p> <p>VERAS, R. Linha de Cuidado para o Idoso: detalhando o modelo. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 887-905.</p> <p>ANS. Idosos na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor – Projeto Idoso bem cuidado. 2016.</p>	
<p>5.7</p>	<p>A operadora utiliza um instrumento de avaliação de APS validado de forma sistemática para o conjunto dos serviços da sua rede de cuidados primários.</p> <p>Interpretação:</p> <p>O instrumento de avaliação escolhido deve medir sistematicamente os atributos das ações de saúde, que integram o conceito de qualidade da assistência prestada pela APS. A avaliação deve contemplar: efeitos do cuidado médico (eficácia, efetividade, impacto); custos da assistência (eficiência); disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade); percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade).</p> <p>A avaliação da qualidade pode ser feita com metodologias de avaliação interna e externa. A avaliação interna utiliza metodologia centrada em instrumentos de autoavaliação de gestão e das equipes e prioriza elementos de processos, especialmente processos de trabalho, tendo em vista que eles se prestam melhor a intervenções corretivas sobre os problemas constatados. Embora com menor ênfase, os aspectos de estrutura e resultado também são tomados</p>	

	<p>como padrões de qualidade. A avaliação externa, por outro lado, mede a qualidade a partir de padrões estabelecidos por uma organização externa à instituição, como, por exemplo, uma entidade acreditadora.</p> <p>Existe uma série de instrumentos de avaliação da APS utilizados internacionalmente, a adoção total ou adaptada de modelos de avaliação já validados é importante na mensuração dos resultados da APS.</p> <p>Os 5 instrumentos para monitoramento e avaliação dos cuidados primários em saúde mais utilizados internacionalmente são: PCATools (Primary Care Assessment Tool); WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP); General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ); EUROPEP - European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care. Estes instrumentos são utilizados internacionalmente, em diferentes contextos de composição de sistemas universais de saúde e modelos de organização da atenção primária em saúde.</p> <p>Forma de Obtenção:</p> <p>Verificar qual instrumento utilizado pela operadora para avaliar a qualidade do serviço prestado na APS. Verificar a validade do instrumento utilizado e se utiliza metodologia de avaliação interna ou externa.</p> <p>Referências:</p> <p>MENDES, E. V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Brasília, 2015.</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>Starfield B; Xu J; Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice 2001; 50(2):161-175.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCA-Tool-Brasil). Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf</p>	
<p>5.8</p>	<p>A operadora divulga os resultados da avaliação dos serviços da sua rede de cuidados primários para os seus usuários e no Portal na internet.</p> <p>Interpretação:</p> <p>A avaliação dos resultados da qualidade dos serviços prestados na rede de cuidados primários da operadora é fundamental para fins de transparência e empoderamento do beneficiário, que poderá optar por um atendimento na APS, visto seus resultados auferidos.</p> <p>A divulgação dos resultados deve ser feita em linguagem acessível e amplamente divulgada, seja através de folhetos, seja no portal da internet da operadora.</p> <p>Forma de Obtenção:</p> <p>Verificar se a operadora divulga sistematicamente os resultados auferidos na sua rede de APS, através de folhetos informativos, ou através do seu portal na internet.</p> <p>Referências:</p>	

6. EDUCAÇÃO CONTINUADA NA APS

<p>6.1</p>	<p>A Operadora oferece periodicamente programa de educação continuada para as equipes de APS, abordando temas prioritários, conforme necessidades identificadas.</p> <p>Interpretação: um programa de educação continuada deve contemplar um conjunto de experiências subseqüentes à formação inicial do profissional, que possibilitem ao mesmo manter ou aprimorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, desse modo, a competência como atributo individual.</p> <p>A organização deve oferecer uma educação continuada, com a adoção de uma abordagem multidisciplinar, compreendendo todas as profissões incluídas em uma unidade de atenção primária em saúde (APS). A educação continuada deve ser oferecida dentro do escopo da prática do profissional, como definido no seio da equipe APS, permitindo que este possa desenvolver todas as suas competências e qualidades específicas de sua profissão.</p> <p>Deve ser também estimulado o treinamento em técnicas de comunicação para resolução de conflitos, além do aprendizado de técnicas de liderança, que ajudam a promover uma maior colaboração entre os profissionais de diversas disciplinas, que trabalham na APS.</p> <p>O programa de educação continuada deve conter o detalhamento das atividades realizadas, conteúdo ministrado, período de sua realização e frequência de atualizações, que devem ocorrer no mínimo anualmente.</p> <p>Forma de obtenção: o programa de educação continuada deve estar descrito e detalhado no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Referência:</p>	
-------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

	<p>TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. <i>Glossário de análise política em Saúde</i>. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf . Acesso em: 16 abr. 2018.</p>	
<p>6.2</p>	<p>A Operadora oferece capacitação para profissionais responsáveis pela coleta, consulta e codificação das informações dos prontuários (sejam eles em meio físico ou eletrônico).</p> <p>Interpretação:</p> <p>A palavra prontuário deriva do latim <i>promptuariu</i>, que significa lugar onde se guarda aquilo que deve estar à mão, o que pode ser necessário a qualquer momento. Na prática médica, Prontuário é o documento único do paciente, onde são registradas um conjunto de informações, sinais e imagens, produzidas a partir de fatos, ocorrências e situações acerca da sua saúde do paciente e da assistência a ele prestada. O prontuário possui caráter legal, sigiloso e científico, permitindo a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao paciente.</p> <p>O Prontuário médico do paciente pode ser em meio físico (em papel), ou no formato eletrônico. Se a organização adotar o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o seu correlato – Registro Eletrônico de Saúde (RES), deve aderir à Resolução CFM Nº 1821/2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes,</p>	

	<p>autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.</p> <p>O prontuário do paciente é fonte de diversos dados estatísticos de mortalidade e morbidade, de incidência e prevalência de enfermidades, portanto é necessário que a equipe da APS seja bem treinada no preenchimento dos dados e, sobretudo na codificação do mesmo. Dados de prontuários bem preenchidos permitem a comparação das terapêuticas utilizadas e o efeito alcançado, facilitando estudos de avaliação de desempenho da APS.</p> <p>A utilização do prontuário eletrônico do paciente exige capacitação da equipe de APS para o preenchimento adequado dos dados, como requerido na norma de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES) do CFM. A certificação é um processo de auditoria, em sistemas informatizados que armazenam informação identificada de saúde. Essa auditoria verifica se o sistema atende a 100% dos requisitos obrigatórios definidos no Manual da Certificação.</p> <p>Forma de obtenção: A capacitação deve estar descrita e detalhada no Plano estruturado citado no item 1.1. Verificar se a capacitação contempla formação continuada da equipe em coleta de informações em saúde, registro de dados e codificações, como requerido pelas normas do CFM.</p> <p>Referências:</p> <p>CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde.</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>Diário Oficial da União 2002; 9 ago. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm (Acesso em 30 abr. 2018).</p> <p>CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1821/2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm</p> <p>CFM & SBIS. Cartilha sobre Prontuário Eletrônico - A Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde. Editor: Claudio Giulliano Alves da Costa; São Paulo, 2012. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf</p> <p>MASSAD, E.; MARIN, H.; AZEVEDO NETO, R. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. Faculdade de Medicina, USP. Editado pela OPAS, São Paulo, março de 2003. Disponível em: http://www.sbis.org.br/biblioteca_virtual/prontuario.pdf</p>	
<p>6.3</p>	<p>A Operadora estabelece parcerias com instituições de ensino e pesquisa ou universidades, com vistas a estimular a adesão a programas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais de APS.</p> <p>Interpretação:</p>	

	<p>As atividades de autodesenvolvimento e aprendizagem da equipe de APS incluem oportunidades de ensino e treinamento dentro e fora da organização. Uma possibilidade é a parceria com instituições de ensino e pesquisa, ou universidades, com o objetivo de incentivar a adesão a programas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais em atenção primária em saúde.</p> <p>Os métodos organizacionais para monitorar o autodesenvolvimento e a aprendizagem, em cooperação com outras instituições de ensino, podem incluir: identificação e reconhecimento prévios das capacidades e áreas a serem melhoradas; relacionar as tarefas e objetivos de aprendizagem com suas melhorias potenciais; dar feedback sobre o desempenho após treinamento.</p> <p>Tais parcerias com Instituições de ensino devem ser efetivadas por meio de acordos formais entre as instituições.</p> <p>Forma de obtenção: as parcerias estão previstas e detalhadas no Plano estruturado citado no item 1.1.</p> <p>Verificar os acordos firmados com as Instituições de ensino reconhecidas e o conteúdo dos treinamentos oferecidos.</p>	
7. MODELOS INOVADORES DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR		
7.1	<p>A operadora utiliza o financiamento adequado e os incentivos financeiros alinhados com as metas pactuadas com sua rede prestadora de serviços de saúde.</p> <p>Interpretação:</p> <p>As operadoras de planos de saúde remuneram de acordo com a negociação realizada e pactuada com os prestadores de serviços de saúde da rede credenciada. A hegemonia hoje dos modelos de pagamento é do modelo <i>fee-for-service</i>. Os critérios para eleição de incentivos financeiros e pactuação de metas devem estar orientados</p>	

	<p>pelas decisões de alocação de recursos, prioridades da gestão de metas de qualidade em saúde e variam conforme diferentes coberturas populacionais e portes das operadoras participantes do Programa de APS.</p> <p>Um dos modelos de remuneração mais utilizados no contexto de cuidados primários em saúde e estruturas de serviço que são porta-de-entrada do sistema é o <i>Partial Capitation</i> ou o <i>Full Capitation</i>, conhecidos no Brasil como capitação. A remuneração adequada e orientada por valor deve considerar os objetivos e metas estratégicas estabelecidas pela operadora ao adotar a APS, como um dos serviços ofertados à sua clientela.</p> <p>Forma de Obtenção:</p> <p>Verificar se a operadora, ao avaliar os resultados de qualidade das unidades de APS, por ela mantidas, procura direcionar ou realocar recursos para a melhora dos resultados obtidos.</p> <p>Verificar se a operadora utiliza mecanismos de incentivo financeiro ou bônus para as equipes de APS que alcancem melhores resultados em termos de melhoria da assistência esperados.</p> <p>Referências:</p> <p>LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional. Ed. Mercado de Letras, 1ª ed. Campinas, SP, 2011.</p>	
7.2	<p>A operadora utiliza modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde alternativos ao pagamento por procedimento (“fee-for-service”), que induzam à melhoria da qualidade?</p>	

	<p>Interpretação:</p> <p>O pagamento por procedimento (“<i>fee-for-service</i>”) para a remuneração de prestadores de serviços de saúde é o sistema mais comumente utilizado no Brasil e no mundo, mas vem sendo substituído por outras formas de pagamento que agregam valor. Nos últimos anos, uma série de métodos de remuneração alternativos, que se enquadram no conceito de “remuneração baseada em valor”, vem sendo adotados: pagamento por desempenho (“<i>pay-for-performance</i>”); remuneração por economias geradas (“<i>shared savings</i>”); pagamentos por episódio clínico (“<i>bundled payments</i>”); e método de pagamento per capita (“<i>capitation</i>”), em que os fornecedores recebem um valor fixo por usuário inscrito no programa, assumindo todos os riscos envolvidos, em um determinado lapso de tempo (mensal ou anual).</p> <p>O método de pagamento per capita (“<i>capitation</i>”) foi desenvolvido, inicialmente, nos anos de 1980, nos EUA. O sistema requer que o segurado se inscreva junto a um médico generalista, ou médico de atenção primária, responsável pelo atendimento clínico básico. Este médico é também chamado de “<i>gatekeeper</i>”, pois é o responsável pelo encaminhamento ou não do paciente a níveis mais complexos de atenção. Este sistema permite uma redução de custos na atenção, em comparação com o pagamento por procedimento, entretanto, pode incentivar ao impedimento do acesso a níveis superiores de complexidade da atenção em saúde.</p> <p>O sistema de pagamento per capita, ao ser aplicado à APS, pode ser aperfeiçoado conjugando-o com o pagamento baseado em resultados de desempenho. Com base nos dados de qualidade, a operadora pode ajustar o pagamento per capita ao nível de risco em saúde aferido na população coberta pela APS, em um determinado período.</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>Forma de Obtenção:</p> <p>Verificar se a operadora adota outras formas de pagamento de serviços de saúde no âmbito do Programa APS, orientado para geração de valor para o sistema de saúde, como por exemplo, o pagamento <i>per capita</i>, com compartilhamento de risco em saúde (<i>capitation</i>) e/ou remuneração fixa com bônus para atingimento de metas anteriormente pactuadas.</p> <p>Referências:</p> <p>BERENSON, R. et al. Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. Primary Care Capitation. Research Report. Urban Institute, 2016.</p>	
<p>7.3</p>	<p>Quando a operadora utiliza o pagamento por procedimento (<i>fee-for-service</i>) para a remuneração de prestadores de serviços de saúde conjuga com avaliação de desempenho?</p> <p>Interpretação:</p> <p>O pagamento por procedimento (<i>fee-for-service</i>) incentiva os prestadores a realizarem muitos procedimentos e utilizarem tecnologias desnecessárias, pois isto garante sua maior remuneração. Uma forma de mitigar este efeito do sistema é atrelá-lo ao pagamento por desempenho, que consiste em incluir incentivos para que o prestador busque atingir uma meta de qualidade.</p> <p>Os incentivos para a busca do melhor desempenho no atendimento ao cliente podem ser positivos (maior remuneração pela qualidade), ou negativos (menor remuneração, ou não pagamento do serviço). Estes incentivos podem ser implementados prospectivamente ou retrospectivamente.</p>	

	<p>Para tanto é necessário mensurar a qualidade dos procedimentos prestados pelas unidades de APS.</p> <p>Forma de Obtenção:</p> <p>Verificar se a remuneração por procedimento prestado, praticado pela operadora, está acoplada a programas de incentivo ou de penalidades impostas para os prestadores que não atingem a meta de qualidade, como as mensuradas através dos macro-indicadores do próprio Programa de Boas Práticas em APS.</p> <p>Referências:</p> <p>BERENSON, R. et al. Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. A Typology of Payment Methods. Research Report. Urban Isntitute, 2016.</p>	
<p>7.4</p>	<p>A operadora atrela o monitoramento da qualidade da rede assistencial a modelos alternativos de remuneração?</p> <p>Interpretação:</p> <p>A maioria dos sistemas de saúde lida com uma enorme variedade de metodologias de remuneração: “remuneração baseada em valor”, dentre estes podemos destacar: pagamento por desempenho (“<i>pay-for-performance</i>”), remuneração por economias geradas (“<i>shared savings</i>”), pagamentos por episódio clínico (“<i>bundled payments</i>”), método de pagamento per capita (“<i>capitation</i>”). Cada método de remuneração de seus prestadores credenciados implica em vantagens e desvantagens.</p> <p>Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente. Para tanto, é necessário o monitoramento da</p>	

	<p>qualidade da rede assistencial da APS, escolhendo o melhor método, que produza a melhoria esperada na qualidade assistencial ofertada aos usuários, por unidade de valor.</p> <p>Forma de Obtenção:</p> <p>Verificar se a operadora monitora seus prestadores, com base em indicadores de qualidade da assistência. Verificar se o método de remuneração dos prestadores contempla os resultados do monitoramento da qualidade dos serviços prestados.</p> <p>Referências:</p> <p>BERENSON, R. et al. Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. A Typology of Payment Methods. Research Report. Urban Institute, 2016.</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

IX - FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CONCEITO DE AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM SAÚDE

O método mais utilizado para avaliação de intervenções em serviços e sistemas de saúde foi proposto no trabalho clássico de Donabedian¹. Este autor propõe os seguintes enfoques para avaliação de serviços de saúde:

- **AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA** – compreendem as condições de estrutura física, recursos tecnológicos e organizacionais de serviços e intervenções;
- **AVALIAÇÃO DE PROCESSO** – compreendem as atividades realizadas para os pacientes e as relações entre elas e a qualidade dos serviços prestados;
- **AVALIAÇÃO DE RESULTADO/IMPACTO** – compreende o que é finalizado para os pacientes e seus efeitos na saúde e no funcionamento do sistema de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza os seguintes princípios como instrumento de gestão de projetos:

- Avaliação como um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para a melhoria das atividades em curso, ou seja, o objetivo da avaliação é conhecer para melhorar os serviços ainda durante sua execução;
- Avaliação deve ser flexível e adaptável às distintas situações e circunstâncias, além de ser um processo contínuo e dinâmico e, conseqüentemente, integrado à gestão.

¹ Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol I. The definition of quality and approaches to its assessment, 1980; Vol II. The criteria and standards of quality, 1982; Vol III. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Ann Arbor, Health Administration Press, 1985.

A partir dos dados obtidos, dos objetivos e metas propostos são selecionados e definidos **indicadores de avaliação** que permitam acompanhar o desenvolvimento das intervenções.

Considera-se indicador uma informação quantitativa ou qualitativa que, por si só, tenha capacidade de retratar a parcela da intervenção que se deseja analisar. Nesse sentido, o indicador é uma variável de estrutura, processo, ou resultado/impacto que mostra o alcance da modificação analisada.

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

A avaliação da estrutura refere-se à análise das alterações das condições de infra-estrutura física, da incorporação tecnológica e das mudanças organizacionais ocorridas na Unidade de Saúde.

Esta avaliação é direcionada à análise do aumento esperado da capacidade física (número de salas de atendimento, leitos de UTI, etc.), da incorporação das tecnologias (número de equipamentos, novas técnicas de diagnóstico e terapêutica) e de modernização gerencial (novos procedimentos administrativos e/ou controle de insumos, tais como medicamentos). Estas informações permitem relacionar a estrutura às atividades realizadas.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO

A avaliação do processo refere-se à análise da quantidade e do tipo de atividade realizada que possibilita observar possíveis modificações no modelo de assistência à saúde.

É realizada, primordialmente, de forma quantitativa e complementada, quando possível, pela análise qualitativa das intervenções executadas.

ANÁLISE QUANTITATIVA DO PROCESSO

A análise quantitativa é realizada pelo acompanhamento de indicadores de produção e de produtividade das intervenções em saúde. A definição de produção e de produtividade é a seguinte:

- **Produção:** conjunto de operações definidas por meio das quais certos insumos são transformados em bens (ou produtos) úteis. A produção de bens e serviços pressupõe o trabalho humano e os meios de produção, que incluem o objeto de trabalho (aquilo sobre o que o homem exerce sua atividade) e os instrumentos de trabalho (tudo do que se serve o homem para o exercício de seu trabalho). Os indicadores de produção expressam o volume da produção em números absolutos. Exemplo de indicadores de produção: número de vacinas aplicadas, número de leitos hospitalares, número de cirurgias realizadas, número de sessões de hemodiálise, número de altas da UTI, número de exames radiológicos e número de consultas realizadas (em um determinado tempo e lugar).
- **Produtividade:** expressa a utilização dos recursos produzidos para obter a máxima quantidade de bens e serviços em relação ao insumo disponibilizado. Em essência, a produtividade mede o quanto a quantidade produzida está próxima da capacidade ideal ou teoricamente esperada para equipamentos e recursos humanos. A produtividade depende de: fatores ambientais (condições de trabalho, salubridade do meio); fatores humanos (capacidade, qualificação); e fatores tecnológicos (inovações, programas). É expressa em unidades de produção por unidades de insumo. Exemplo: número de consultas médicas/médico/hora (ou dia) e número de exames ultrassonográficos/equipamento.

ANÁLISE QUALITATIVA DO PROCESSO

Esta etapa da avaliação tem como objetivo avaliar as características específicas do processo para identificar evidências que permitam dizer que as intervenções realizadas estão próximas do conhecimento científico disponível ou de acordo com a norma técnica

de sua utilização. De uma maneira simplificada, espera-se avaliar a qualidade técnico-científica, ou seja, a aplicação apropriada do conhecimento científico disponível, bem como da tecnologia no cuidado com o paciente.

Caracterizam-se como exemplo de indicadores de qualidade (da intervenção ou atividade produzida): proporção de exames alterados (em relação aos exames solicitados); taxa de abandono de vacinação ou de tratamento (tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes mellitus, AIDS, etc.); taxa de falso negativo em exames laboratoriais. Os investimentos na capacitação gerencial devem determinar modificações no tempo e movimento de atendimento dos pacientes com benefícios reais na assistência de saúde prestada. Estas modificações podem ser avaliadas por indicadores como: tempo de espera para atendimento ambulatorial ou hospitalar, melhor dispensação de medicamentos resultante de um melhor controle de estoque e/ou agilização de processo de compras.

AValiação DO RESULTADO/IMPACTO

A avaliação do resultado/impacto deve retratar as modificações nas condições de saúde dos pacientes sob intervenção e na Unidade de Saúde.

Os possíveis indicadores de resultado/impacto podem ser: nível de gravidade dos casos sob intervenção, taxa de letalidade específica e tipos de intercorrências clínicas ou cirúrgicas (passível de prevenção por técnica ou conduta padronizada).

Podem-se utilizar os indicadores epidemiológicos clássicos, como incidência, prevalência e coeficiente de mortalidade e morbidade.

PROPOSTA DE INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROGRAMA DE BOAS PRÁTICAS EM APS

- Os parâmetros assistenciais adotados são os internacionalmente reconhecidos, preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para cobertura e produtividade assistencial nos países de renda média;

- O número de internações hospitalares, de consultas médicas, de enfermagem e outras, de serviços complementares, inclusive de diagnose e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas, parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação e estudos do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No processo de construção dos parâmetros de cobertura assistencial, alguns procedimentos são calculados com base na população, enquanto outros são derivados de um procedimento ou ato profissionais. Assim, os procedimentos relativos aos exames, diagnoses e terapias, por serem decorrentes de uma consulta médica, são calculados com base na estimativa do total de consultas.

Os parâmetros de cobertura para assistência hospitalar, no geral, são calculados com base na expectativa esperada de internações por habitante/ano, nas clínicas básicas. De modo geral, o ideal é separar a avaliação da assistência hospitalar por especialidades médicas e por classificação de risco dos pacientes, sempre que possível. Um bom exemplo, é o índice de comorbidade de Charlson (ICC) que tem sido usado para ajustar indicadores de desempenho hospitalar por risco.

No entanto, uma outra forma de definir parâmetros assistenciais é com base na série histórica das informações em saúde ou pela observação dos valores médios e medianos de um conjunto de dados, numa perspectiva de comparação de um valor com o grupo.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

1. 1. RAZÃO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS COM GENERALISTA / ESPECIALISTA

CONCEITUAÇÃO

Razão de consultas ambulatoriais com generalistas pelo número de consultas ambulatoriais com especialistas, no período considerado, realizadas pelos beneficiários cobertos no programa APS.

INTERPRETAÇÃO

Mede a participação das consultas com médicos generalistas na população de beneficiários. Permite inferir o acesso dos beneficiários a serviços de cuidados primários em saúde.

É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.

A ampliação do acesso a médicos generalistas visa incentivar os cuidados primários e a ordenação do cuidado em 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 for muito baixa, pode apontar para um modelo de atenção equivocado, centrado na atenção especializada, descoordenado, fragmentado e pouco resolutivo (STARFIELD, 2002).

MÉTODO DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Número de consultas ambulatoriais com médicos Generalistas}}{\text{Número de consultas ambulatoriais com médicos Especialistas}}$$

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Consultas com Generalistas: Serão consideradas consultas com generalistas as consultas realizadas com médico das seguintes especialidades: Clínica Medica, Medicina de Família e Comunidade, e Médico Generalista propriamente dito.

b) Denominador:

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 numerador.

Período de Referência: em 30 dias (último mês de referência).

METAS:

Metas Escalonadas		Total
Ano 1	Ano 2	(Ano 1 + Ano 2)
Ampliar em 5%	Ampliar em 8%	13%

PERIODICIDADE DA COLETA/ENVIO DE DADOS

Bimestral

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis a atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 6, p.:1337-1349, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Programa de Qualificação. Indicador Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos do Programa de Qualificação Operadoras – 2018. Disponível em:
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018_6_anexo_ii_ficha_tecnica_dos_indicadores.pdf

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. PORTARIA N. 64, DE 30 DE MAIO

DE 2008. Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS): Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde - Saúde do Idoso, Volume 5, 2006.

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

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

2. PERCENTUAL DE BENEFICIÁRIOS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS COMPLEXAS VINCULADOS A UM COORDENADOR DO CUIDADO

CONCEITUAÇÃO

Proporção de beneficiários com condições crônicas complexas sob acompanhamento do Coordenador de Cuidados (navegador).

INTERPRETAÇÃO

Mede a proporção da população com condições crônicas complexas que estão tendo a oportunidade de terem um coordenador do cuidado (navegador).

O coordenador do cuidado tem o propósito de ajudar o paciente a superar as barreiras e fragmentações da rede prestadora de serviços de saúde, contribuindo para o *continuum* do cuidado, de forma facilitada e evitando pontos de estrangulamento e abandonos ou atrasos no tratamento.

É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infra-estrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.

MÉTODO DE CÁLCULO

Número de beneficiários com condições crônicas complexas acompanhados por coordenador de cuidados, no período de referência X 100

Número total de beneficiários com condições crônicas complexas assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de pacientes com condições crônicas complexas acompanhados por um coordenador do cuidado, entendido como o profissional de saúde que irá acompanhar e facilitar a trajetória do paciente pelas diferentes instâncias de cuidado da rede assistencial.

b) Denominador:

Número total de pacientes com condições crônicas complexas assistidos pelo programa ou pela instituição.

Período de Referência: em 30 dias (último mês de referência).

METAS:

Metas Escalonadas		Total
Ano 1	Ano 2	(Ano 1 + Ano 2)
Ampliar em 3%	Ampliar em 5%	8%

PERIODICIDADE DA COLETA/ENVIO DE DADOS

Bimestral

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Programa Idoso Bem Cuidado. Ficha adaptada do indicador Percentual de Idosos com Coordenador de Cuidados. Disponível em:
http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/idoso_bem_cuidado/FichasTecnicasDosIndicadoresDoProjetoIdosoBemCuidado-ANS-versao5.pdf

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. New funding opportunity announcement for navigators in federally facilitated and state partnership marketplaces.

GPO. Federal Register. Proposed Rules. Vol. 78, No. 66 / Friday, April 5, 2013.

PARKER, Vitoria A. et al. Patient navigation: development of a protocol for describing what navigators do. Health Service Research, v. 45, n. 2, p. 514-531, 2010.

3. TAXA DE VISITA À EMERGÊNCIA / PRONTO-ATENDIMENTO EM RELAÇÃO AO TOTAL DE USUÁRIOS COBERTOS PELO PROJETO

CONCEITUAÇÃO

Número de visitas dos beneficiários a prestadores de serviços de saúde de urgência e emergência / pronto-atendimento, integrantes da rede assistencial da operadora, em relação ao número total de beneficiários cobertos no programa APS.

INTERPRETAÇÃO

O indicador mede a relação entre a produção de consultas médicas, em unidades de urgência e emergência / pronto-atendimento da operadora, e a população de beneficiários cobertos no programa APS.

O serviço de emergência tem como objetivo prestar um tratamento imediato e provisório aos casos de acidentes ou enfermidades imprevistas, os quais não podem ser resolvidos nos outros níveis de assistência. Altas frequências de admissões à emergência podem estar

associadas a baixa cobertura ou baixa resolutividade nos serviços de cuidados primários dos sistemas de saúde.

Adoção de estratégias efetivas em atenção primária à saúde tende a reduzir a busca por atendimento em estabelecimentos de urgências e emergências / pronto-atendimento, tanto pela possibilidade de prevenir o agravamento de condições clínicas que resultariam na procura do referido serviço, quanto pela ordenação do cuidado e estabelecimento da APS como porta de entrada para o acesso aos cuidados em saúde.

O conceito, apresentado pelo **Artigo 35C da Lei 9656/1998, alterada pela Lei 11935/2009**, delimita bem o que é considerado um verdadeiro caso de urgência/emergência, para fins de cobertura por parte da operadora, quando o beneficiário já cumpriu 24 horas de carência, em planos com cobertura hospitalar:

“Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

*I - de **emergência**, como tal definidos os que implicarem **risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente**, caracterizado em declaração do médico assistente;*

*II - de **urgência**, assim entendidos os resultantes de **acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional**”.*

Por outro lado, a partir desta definição dada pela Lei 9656/98, ficou pendente que tipo de classificação deveria ser dada ao risco de vida, que incorre um paciente atendido em um pronto atendimento médico. As Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) de nº 2.077 e nº 2.079, publicadas em setembro de 2014, resolveram esse problema, obrigando a adoção dos protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco para melhor organização assistencial dos Serviços de Urgência e Emergência. Assim, no Artigo 2º da Resolução CFM nº 2077/2014, está previsto que:

“Art. 2º Tornar obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

Parágrafo único. O tempo de acesso do paciente à Classificação de Risco deve ser imediato, sendo necessário dimensionar o número de classificadores para atingir este objetivo”.

Em síntese, pode-se afirmar que a utilização de serviços de unidades de urgência/emergência é influenciado por: (i) perfil de morbidade e composição etária dos beneficiários, inscritos no programa; (ii) infra-estrutura de serviços de APS oferecidos, sobretudo com relação à disponibilidade de horários de abertura noturnos e nos fins-de-semana.

MÉTODO DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Número de visitas dos beneficiários cobertos no programa a serviços de urgência e emergência / pronto-atendimento, integrantes da rede assistencial da operadora}}{\text{Número de beneficiários da operadora cobertos pelo programa}}$$

Definição de termos utilizados no indicador:

a) Numerador:

Número de consultas/atendimentos realizados em serviços de urgência e emergência / pronto-atendimento da rede assistencial da operadora no período considerado.

1. Incluir somente consultas/atendimentos realizados em beneficiários da operadora cobertos pelo programa.
2. Todas as condições de procura pelo serviço de emergência devem ser incluídos, com exceção de câncer e obstetrícia.
3. Admissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador.

b) Denominador:

Número total de beneficiários da operadora cobertos pelo programa, no período de referência.

METAS

Metas Escalonadas		Total
Ano 1	Ano 2	(Ano 1 + Ano 2)
Reduzir em 2%	Reduzir em 3%	5%

PERIODICIDADE DA COLETA/ENVIO DE DADOS

Bimestral

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, R. J. HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en&nrm=iso

BRASIL. Lei 9656/98. Dispõe sobre a regulamentação dos planos de saúde no Brasil. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm

CFM. Resolução nº 2077/2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.

Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>.

CFM. Resolução nº 2079/2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2079.pdf>

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis*, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200525&lng=pt&nrm=iso

4. PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP)

CONCEITUAÇÃO

Percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, em relação ao número total de internações hospitalares na população de beneficiários participantes do programa, no período considerado.

INTERPRETAÇÃO

O conceito de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), ou internações por condições evitáveis, vem sendo utilizado em vários países. AS ICSAP podem ser entendidas como um conjunto de problemas de saúde, para os quais a atuação do sistema de saúde pode ser efetiva, ao lançar mão de atividades tais como a prevenção de doenças; o diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas; e o controle e acompanhamento de doenças crônicas.

Este indicador representa uma medida indireta da efetividade da atenção primária, pois compreende internações que uma atenção ambulatorial efetiva e oportuna poderia ajudar a reduzir, tanto ao prevenir o estabelecimento da doença ou condição, como ao controlar o surgimento de episódios agudos resultantes de condições crônicas (PROADESS, 2011).

São exemplos de internações consideradas sensíveis à atenção primária (ou evitáveis) aquelas decorrentes de doenças infecciosas preveníveis por meio de imunização (sarampo, tétano e difteria, entre outras) e os problemas de saúde cujas complicações possam ser atenuadas por meio de diagnóstico e tratamento precoces (como gastroenterites) e complicações agudas de doenças não transmissíveis (como, por exemplo, o coma diabético) (Caminal et al., 2004; PROADESS, 2011).

Assim, o indicador revela o resultado das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de riscos, e do diagnóstico e tratamento precoces, além de mensurar, de forma indireta, a avaliação da atenção primária e a eficiência no uso dos recursos.

MÉTODO DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Número de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária}}{\text{Número total de internações hospitalares na população de beneficiários participantes do programa}}$$

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária na população de beneficiários participantes do programa, no período considerado.

O conjunto de problemas de saúde considerados sensíveis à atenção primária são estudados a partir de uma lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária – CSAP, abrangendo as seguintes condições:

Diagnóstico CID 10	Códigos Seleccionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças pulmonares	J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes <i>mellitus</i>	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.

Fonte: Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2008.

b) Denominador:

Número total de internações hospitalares na população de beneficiários participantes do programa, no período considerado.

METAS

Metas Escalonadas		Total
Ano 1	Ano 2	(Ano 1 + Ano 2)
Reduzir em 2%	Reduzir em 4%	6%

PERIODICIDADE DA COLETA/ENVIO DE DADOS

Bimestral

REFERÊNCIAS

DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E.; SILVA, E. N..Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. Saúde em debate, Rio de Janeiro , v. 39, n. spe, p. 232-245, 2015.. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500232&lng=en&nrm=iso

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html

Laboratório de Informação em Saúde - ICICT . Fundação Oswaldo Cruz . Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS. Ficha do indicador Internação por condições sensíveis à atenção primária do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde- PROADESS – FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=B11&tab=1>

5. TAXA DE MÉDICOS GENERALISTAS POR BENEFICIÁRIO

CONCEITUAÇÃO

Total de médicos generalistas da rede assistencial da operadora pelo total de beneficiários da operadora, no período considerado, na área de cobertura do programa APS.

INTERPRETAÇÃO

Mede a disponibilidade de médicos generalistas na rede assistencial da operadora, na área de cobertura do programa APS.

Possibilita analisar variações geográficas e temporais na distribuição de médicos generalistas na rede assistencial da operadora, identificando situações de desequilíbrio e

contribuindo nos processos de planejamento, gestão e avaliação e ações voltadas para a ampliação do acesso a cuidados primários de saúde.

MÉTODO DE CÁLCULO

Número de médicos generalistas da rede assistencial da operadora na área de cobertura do programa APS

Número de beneficiários da operadora inscritos no programa APS, no período considerado

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número total de médicos generalistas da rede assistencial da operadora pelo total de beneficiários da operadora no período considerado, na área de cobertura do programa APS.

Serão consideradas médicos generalistas aqueles com formação nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade, e Médico Generalista propriamente dito.

b) Denominador:

Número total de beneficiários da operadora no período considerado, na área de cobertura do programa APS.

METAS

Metas Escalonadas		Total
Ano 1	Ano 2	(Ano 1 + Ano 2)
Ampliar em 3%	Ampliar em 3%	6%

PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Bimestral

REFERÊNCIAS

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Indicadores de recursos. E.1 Número de Profissionais de Saúde por Habitante Ficha de qualificação. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqe01.htm>

6. PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE FAZ USO REGULAR DE UM MESMO SERVIÇO DE SAÚDE (EQUIPE DE APS REFERÊNCIA)

CONCEITUAÇÃO

Número de pessoas que retornaram para a realização de consultas e procedimentos ambulatoriais, no mesmo prestador de serviços de saúde (equipe de APS de referência), sobre o número total de pessoas atendidas em serviços de cuidados primários no período considerado.

INTERPRETAÇÃO

Mede o grau de retorno dos beneficiários ao prestador de serviços de saúde de referência.

O conceito de equipe de APS de referência é diferente do conceito do coordenador do cuidado (navegador). A equipe de APS de referência concentra o cuidado.

Permite avaliar a adesão e o vínculo do beneficiário à equipe de referência do Projeto APS.

MÉTODO DE CÁLCULO

Número pessoas que retornaram para a realização consultas e procedimentos ambulatoriais na equipe de APS de referência

Número total de pessoas atendidas em serviços de cuidados primários

DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

a) Numerador:

Número de pessoas que retornaram para a realização consultas e procedimentos ambulatoriais no mesmo prestador de serviços de saúde (equipe de APS de referência).

b) Denominador:

Número total de pessoas atendidas em serviços de cuidados primários no período considerado.

METAS:

Metas Escalonadas		Total
Ano 1	Ano 2	(Ano 1 + Ano 2)
Ampliar em 3%	Ampliar em 5%	8%

PERIODICIDADE DA COLETA/ENVIO DE DADOS

Bimestral

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Programa Idoso Bem Cuidado. Ficha do indicador de Índice De Retorno Ao Médico De Referência. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/idoso_bem_cuidado/FichasTecnicasDosIndicadoresDoProjetoIdosoBemCuidado-ANS-versao5.pdf

Laboratório de Informação em Saúde - ICICT . Fundação Oswaldo Cruz . Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS. Disponível em:
<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=acesso>