

# Relatório

## Consulta Pública nº 66

**Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à  
Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à  
Saúde**

Coordenação de Indução à Melhoria da Qualidade Setorial - COIME

Gerência de Estímulo à Inovação e Avaliação da Qualidade – GEEIQ

Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES

# Sumário

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| <u>I.</u>   | <u>Introdução</u> .....  | 3  |
| <u>II.</u>  | <u>Dados Estatísticos sobre as Contribuições Recebidas</u> .....   | 5  |
| <u>III.</u> | <u>Consolidação das Principais Contribuições e Manifestação Motivada sobre o seu Acatamento e Rejeição</u> ..... | 8  |
| <u>IV.</u>  | <u>Considerações Finais</u> .....  | 18 |
| <u>V.</u>   | <u>Referências</u> .....   | 18 |

## I. Introdução

A Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde – APS é um Programa de adesão voluntária desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que compõe o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. 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 à 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 escolha dentre às Entidades homologadas pela ANS para esta finalidade.

Caso a operadora identifique a inviabilidade de, naquele momento, pleitear a Certificação em APS, devido à necessidade de melhor estruturação e qualificação para tal, poderá, como etapa preparatória, participar do Programa de Boas Práticas em APS na forma de um Projeto Piloto de 24 meses, cuja organização e regras serão determinadas pela ANS.

A APS é considerada a base do cuidado em saúde na experiência dos sistemas de saúde de diversos países. É reconhecidamente a porta de entrada preferencial de acesso ao sistema de saúde, possibilitando um fluxo contínuo do beneficiário pelo sistema, 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 (Figura 1).

Desse modo, a APS reorganiza e qualifica a porta de entrada para a rede da operadora, aumentando as possibilidades de que os beneficiários tenham suas necessidades de saúde atendidas de maneira mais adequada e eficiente, evitando-se tanto situações de uso excessivo quanto de subutilização de serviços, ações e tecnologias em saúde. A APS qualificada integra as atividades preventivas com as curativas e de reabilitação, os generalistas com os especialistas e privilegia as equipes multiprofissionais, a interdisciplinaridade e as ações intersetoriais para a promoção da saúde.



**Figura 1.** A Atenção Primária à Saúde - APS como ordenadora da rede de atenção à saúde (organização poliárquica).

Fonte: Adaptado de Mendes, 2010

A disponibilidade de uma APS qualificada 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 a oportunidade ímpar de melhoria da qualidade e redesenho do arranjo assistencial, caracterizado hoje pela fragmentação e descontinuidade do cuidado.

A Certificação em APS proposta pela ANS tem como objetivos: (a) promover a coordenação do cuidado em saúde, tendo a APS como porta de entrada principal e eixo organizativo da rede assistencial; (b) fomentar a adoção de boas práticas em APS na Saúde Suplementar; (c) monitorar os cuidados primários em saúde por meio de indicadores, em conformidade com evidências; (d) estimular a implementação de modelos de remuneração inovadores para melhora da qualidade assistencial e sustentabilidade do setor.

Nessa perspectiva, a Consulta Pública nº 66 teve por finalidade reunir informações, subsídios, sugestões e críticas relativas à proposta de Resolução Normativa – RN, que visa instituir o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – PCBP. Esta Consulta foi realizada no período inicial de 5 de junho de 2018 a 4 de julho de 2018, com prorrogação até o dia 19 de julho de 2018.

Ressalta-se que foram levados à Consulta Pública o corpo da minuta de RN do PCBP, bem como os seus respectivos Anexos, a seguir:

- Anexo I – Formulário para Solicitação de Reconhecimento da Entidade Acreditadora em Saúde junto à ANS
- Anexo II – Declaração de Ausência de Conflitos de Interesses
- Anexo III – Termo de Compromisso Junto à ANS
- Anexo IV – Manual de Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária em Saúde – APS

Além dos documentos mencionados, relativos à minuta de RN e seus anexos, foi disponibilizada, ainda, uma Nota Técnica relativa ao PCBP.

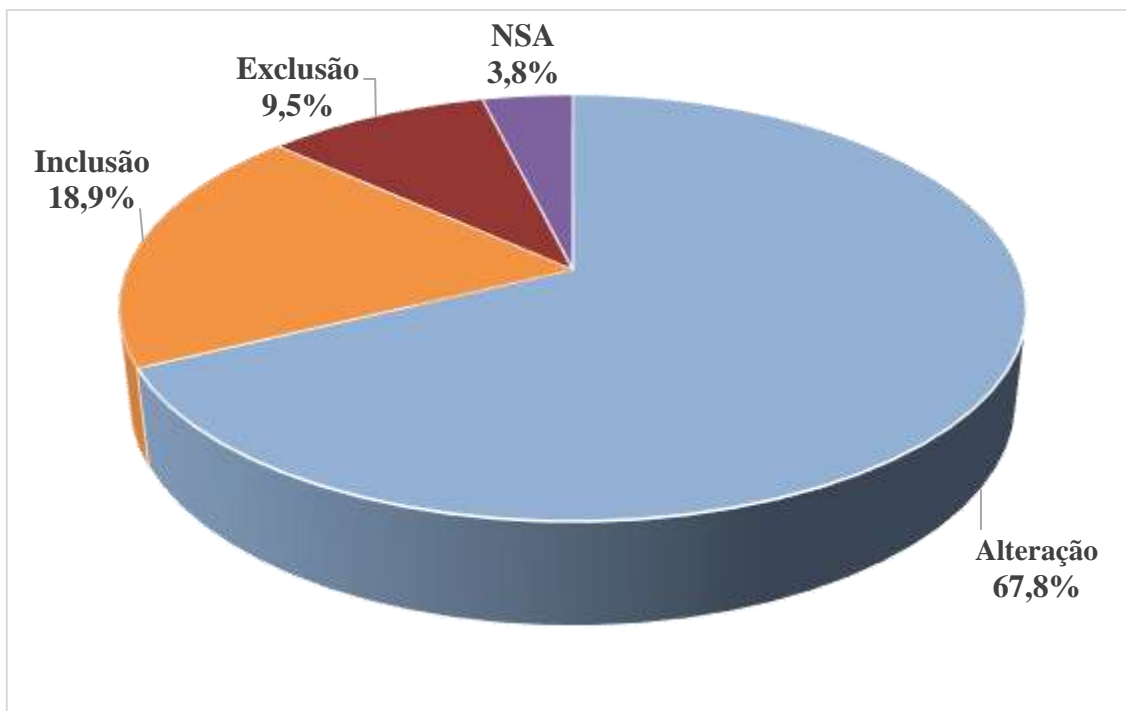
Desse modo, vale destacar que, além das contribuições relativas aos dispositivos do corpo da minuta de RN, os seus anexos também foram objeto de contribuições, em especial o Anexo IV – Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde – APS, que constitui o mais extenso dos documentos disponibilizados na presente consulta pública, que aborda aspectos relativos às Entidades Acreditadoras para a Certificação em APS, os critérios para adesão das operadoras ao Programa, as fichas técnicas dos indicadores de monitoramento do Programa, os requisitos e itens de verificação, bem como a sua respectiva interpretação e formas de obtenção das evidências.

Nessa direção, este Relatório busca sistematizar as contribuições enviadas por diferentes atores da sociedade civil e do setor de saúde suplementar, em particular, sobre a proposta levada pela ANS à Consulta Pública. [No portal ANS](#), há também a íntegra de cada uma das contribuições recebidas, a respectiva análise técnica da Agência, a manifestação de acatamento, acatamento parcial ou rejeição e as modificações realizadas nos documentos disponibilizados na citada Consulta.

## II. Dados Estatísticos sobre as Contribuições Recebidas

A Consulta Pública nº 66 recebeu 338 contribuições, recebidas por meio do sistema próprio para consulta pública presente no portal da ANS, também por e-mail e documentos impressos encaminhados à instituição. Todas as contribuições recebidas foram analisadas pela área técnica.

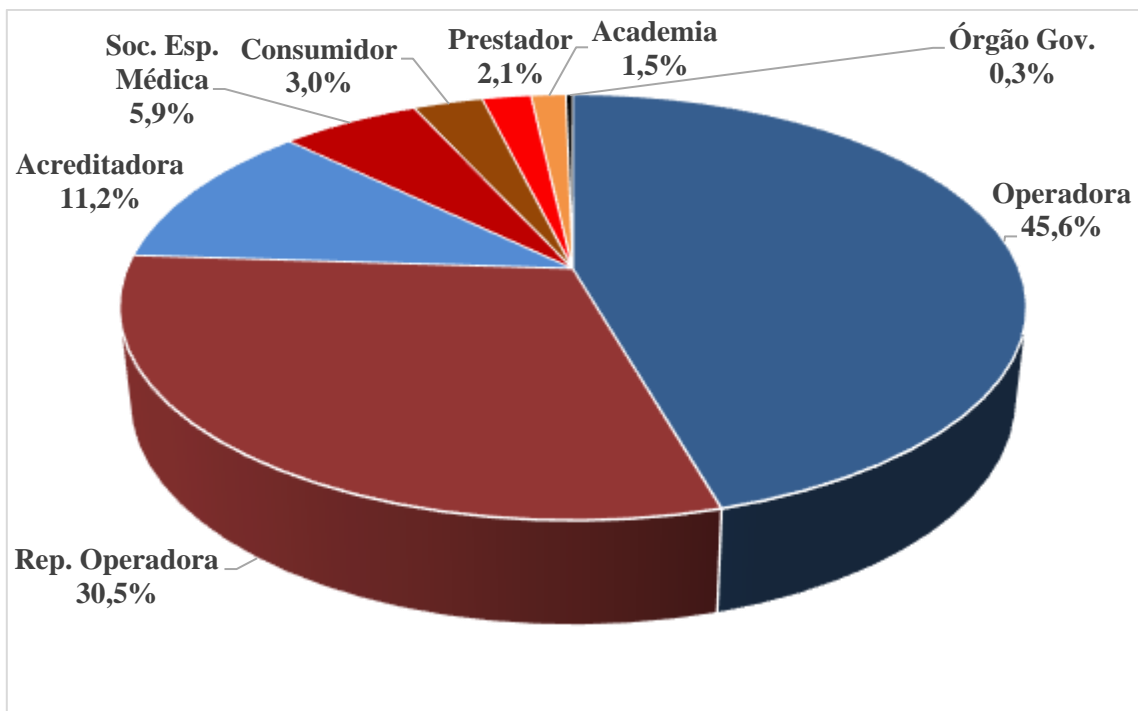
Treze contribuições (3,8%) referiam-se a assuntos gerais como comentários, elogios e questionamentos. As demais 325 contribuições recebidas corresponderam a 229 (67,8%) sugestões de alteração, 64 (18,9%) de inclusão e 32 (9,5%) de exclusão (Figura 2).



**Figura 2.** Distribuição das contribuições à Consulta Pública nº 66 quanto ao tipo de sugestão. NSA: não se aplica – contribuições referentes a assuntos gerais como comentários, elogios e questionamentos.

As operadoras foram responsáveis por 45,6% das contribuições recebidas, totalizando 154 contribuições. Das entidades representativas de operadoras, enviaram contribuições a Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde, a Associação Brasileira de Planos de Saúde – Abramge, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – Unidas e a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil. Foram recebidas destas entidades 103 contribuições - 30,5% do total (Figura 3).

Igualmente enviaram contribuições duas entidades acreditadoras de operadoras (38 contribuições - 11,2%) – Fundação Carlos Alberto Vanzolini e A4Quality Services - Auditoria e Certificação Ltda., além de sociedades de especialidades médicas (20 - 5,9%), consumidores (10 - 3,0%), prestadores de serviços (7 - 2,1%) e entidades acadêmicas (5 - 1,5%) – Figura 3.

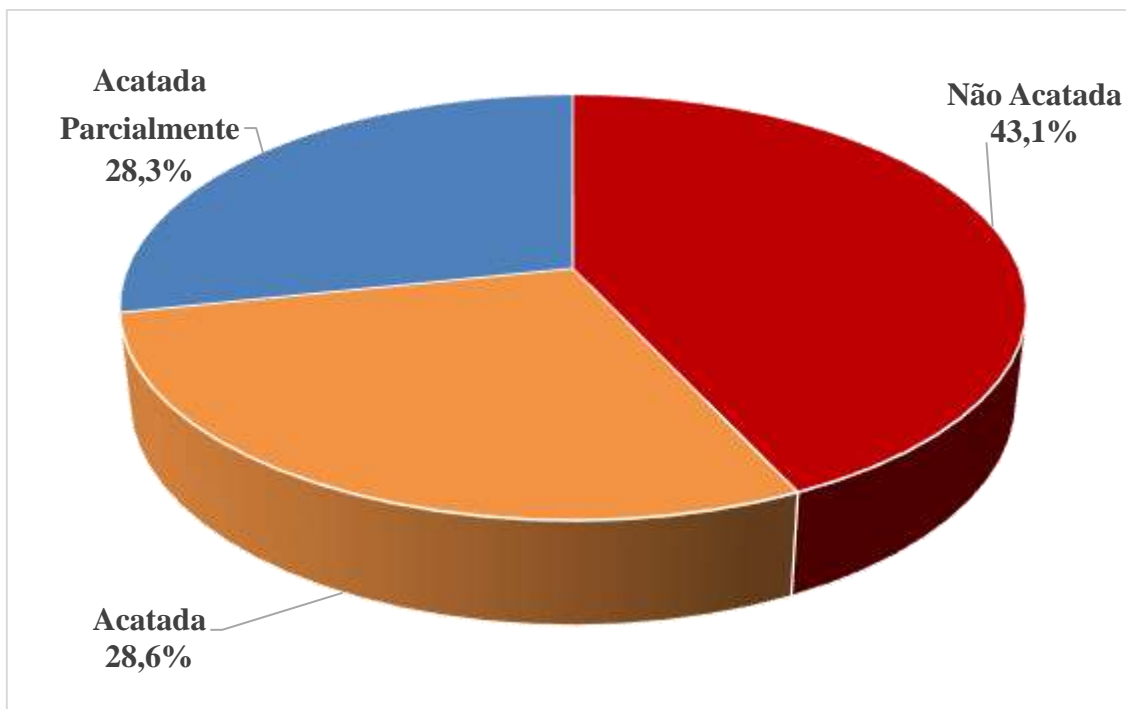


**Figura 3.** Distribuição das contribuições à Consulta Pública nº 66 pelos segmentos da sociedade civil e dos agentes regulados.

Abreviaturas: Rep. Operadora – entidade representativa de operadoras; Soc. Esp. Médica – sociedade de especialidade médica; Órgão Gov. – órgão governamental.

A Secretaria de Promoção da Produtividade e Advocacia da Concorrência – SEPRAC do Ministério da Fazenda enviou parecer relativo à Consulta Pública nº 44 em que afirma que o normativo não tem o potencial de diminuir o incentivo à competição.

Após a análise das 325 contribuições efetivas, foram acatadas 93 (28,6%), acatadas parcialmente 92 (28,3%) e não acatadas 140 (43,1%) contribuições. A Figura 4 mostra a distribuição do resultado das análises das contribuições por estas categorias – acatadas, acatadas parcialmente e não acatadas.



**Figura 3.** Distribuição das contribuições acatadas, acatadas parcialmente e não acatadas em relação ao total de contribuições à Consulta Pública nº 66\*

\* Excluídas as 13 contribuições referentes a assuntos gerais como comentários, elogios e questionamentos.

### III. Consolidação das Principais Contribuições e Manifestação Motivada sobre o seu Acatamento e Rejeição

#### III.1 Principais Contribuições Acatadas

##### **Questionamento acerca das propostas de população-alvo e prioridade às Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT e fatores de risco**

Foram recebidas manifestações questionando a priorização de “Adultos e idosos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT mais prevalentes e Fatores de Risco associados” como população-alvo, conforme consubstanciado na Figura 1 (“Condições de saúde a serem abrangidas no Projeto APS”), constante do Anexo IV da minuta de RN submetida à Consulta Pública.

De fato, a priorização das “DCNT mais prevalentes e fatores de risco em adultos/idosos”, como constava na proposta original, poderia vir a estimular a focalização do Programa APS, afastando-o de um dos seus pilares: a integralidade do cuidado.

Portanto, a nova redação considera que a Certificação em APS prevê a obrigatoriedade de inclusão da atenção centrada no adulto/idoso (independentemente da presença de condição



crônica), podendo também incluir a atenção centrada na criança/adolescente e condições ligadas à gravidez, parto e puerpério. Adicionalmente, após a inclusão dos módulos anteriores, podem ser agregados os módulos de Saúde Bucal, Saúde Mental e Saúde Funcional.

### **Cobertura populacional mínima para a Certificação em APS - exclusão dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos do cálculo**

A quantidade de beneficiários considerada para o estabelecimento da cobertura populacional mínima obrigatória no Programa APS, consoante a proposta submetida à Consulta Pública, contemplava tanto os vínculos de beneficiários de planos médico-hospitalares quanto os vínculos de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. Contudo, foi recebida a contribuição para que, no cálculo da cobertura populacional mínima, deveriam ser considerados apenas os beneficiários de planos médico-hospitalares, tendo em conta que a saúde bucal não está no escopo da “cobertura populacional mínima”.

Diante do exposto, foi acatada a contribuição recebida, de modo que, para fins de cálculo da cobertura populacional mínima, serão considerados apenas os beneficiários de planos médico-hospitalares. Em consequência, foi acrescido ao Quadro 1 do Item III.3 do Anexo IV a explicação de que, para o cálculo do número mínimo de beneficiários cobertos, serão excluídos aqueles com cobertura exclusivamente odontológica.

Não obstante o fato de a atenção à saúde bucal não constar da composição obrigatória das Equipes de APS, vale mencionar que a atenção à saúde bucal pode ser estabelecida pela operadora no âmbito do Programa APS mediante a inclusão de módulo adicional, podendo alcançar os beneficiários de planos médico-hospitalares com cobertura odontológica.

### **Cobertura populacional mínima para a Certificação em APS - segmentação por plano**

Foi recebida contribuição no sentido de que o cálculo da cobertura populacional mínima deveria levar em consideração a segmentação por plano, excluindo-se, além da população dos planos exclusivamente odontológicos, os beneficiários de planos exclusivamente hospitalares.

Assim, foi decidido pelo acréscimo, ao Quadro 1 do Item III.3 do Anexo IV, de texto que esclarece que para o cálculo do número mínimo de beneficiários cobertos serão considerados apenas os que possuem planos com cobertura ambulatorial ou ambulatorial + hospitalar,

excluindo-se tanto aqueles com cobertura exclusivamente odontológica quanto os com cobertura exclusivamente hospitalar.

### **Equipe mínima de APS - exigência do técnico de enfermagem apenas se a Carteira de Serviços da APS incluir procedimentos**

Contribuição apresentada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC, que sugeriu que deveria ser exigido a inclusão de técnico de enfermagem na equipe mínima de APS apenas se a Carteira de Serviços da APS incluísse a realização de procedimentos.

Nesse sentido, decidiu-se pela alteração à redação do item III.4 do Anexo IV, passando a referir que se torna obrigatório um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) na equipe de APS somente no caso de a Carteira de Serviços da APS incluir a realização de procedimentos.

### **Cobertura populacional mínima para a Certificação em APS - escalonamento da cobertura**

Diferentes manifestações formuladas por operadoras e entidades representativas de operadoras expressaram que o alcance da cobertura populacional mínima estaria contingenciado por fatores como a disponibilidade de médicos com os atributos para a composição das Equipes de APS e a necessidade de investimentos em estrutura física e organizacional. Desse modo, argumentaram que seria mais apropriado que o alcance da cobertura populacional mínima para a Certificação em APS fosse escalonado, proporcionando um prazo maior para a expansão gradual da cobertura populacional.

Diante dos referidos argumentos, entendeu-se como pertinente o escalonamento em 2 anos, do alcance da cobertura populacional mínima para a Certificação em APS para as operadoras com mais de 16.000 beneficiários.

## **III.2 Principais Contribuições Acatadas Parcialmente**

### **Número máximo de beneficiários por equipe de APS (Redação do Item de Verificação 1.6)**

Foram recebidas sugestões de alteração da redação do item de verificação 1.6 da Certificação em APS, relativo ao número máximo de beneficiários vinculados a cada equipe de APS, mediante a opinião de que a redação do item não estava suficientemente clara.

Assim, de modo a clarificar o propósito do item, reforçando o número máximo de beneficiários vinculados a cada equipe de APS, foi modificada a redação do mencionado item 1.6 do Anexo IV, tanto no Capítulo VII (relativo aos requisitos e itens de verificação) quanto no Capítulo VIII (com a interpretação e forma de obtenção das evidências de cumprimento dos requisitos e itens de verificação). Desse modo, a nova redação do Item de Verificação 1.6 expressa que “A(s) Equipe(s) de Atenção Primária disponibilizada(s) pela operadora cobrem cada uma no máximo 2.500 beneficiários”.

#### **Equipe mínima de APS - exclusão de médico generalista com definição de exclusividade para o médico de família e comunidade**

Foram recebidas algumas manifestações com relação à composição da equipe mínima de APS, especialmente questionamentos quanto à possibilidade de participação do médico clínico geral sem o título de médico de família e comunidade ou com a comprovada capacitação ou experiência em APS.

Assim, considerando as competências específicas para o adequado desempenho das estratégias em atenção primária à saúde, passará a ser requisito que o profissional médico da equipe mínima seja médico de família e comunidade ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação ou experiência em APS. Considerando que há um número relativamente baixo de médicos especialistas em Saúde da Família e Comunidade no país, compreende-se que neste primeiro momento de início do Programa, o médico clínico com capacitação ou experiência em APS pode fazer parte da equipe mínima de APS.

Especificamente quanto à definição de médico generalista, não há, de fato, um consenso na literatura para a aceção de tal termo. Em alguns contextos ele é utilizado para designar o médico com formação geral, sem especialidade; em outros, utiliza-se o termo para designar o médico de especialidades consideradas básicas, como Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia; e há ainda quem considere que o médico generalista equivale ao médico de família e comunidade.

No Manual de Certificação do PCBP em APS (Anexo IV), será excluída a expressão médico generalista para não causar interpretações equivocadas. A redação do item III.4 do Anexo IV passa a ser a seguinte:

#### *III. 4. Composição da Equipe de APS*

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

*(I) médico de família e comunidade<sup>[1]</sup>, prioritariamente, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação em APS ou experiência mínima de 2 anos em APS;*

*(II) enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista; e*

*(III) outro profissional de saúde de nível superior.*

*Caso a carteira de serviços da APS inclua procedimentos, um segundo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) torna-se obrigatório.*

*Podem ser acrescentados a essa composição outros profissionais de saúde de acordo com as condições de saúde abrangidas e a carteira de serviços da APS: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, etc.*

*Caso a APS contemple Saúde Bucal, um cirurgião dentista na equipe torna-se obrigatório, proporcional ao número de beneficiários com planos MH com odontologia.*

*Caso a APS contemple o módulo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, um pediatra na equipe torna-se obrigatório para as crianças.*

*Caso a APS contemple saúde mental, um psicólogo na equipe torna-se obrigatório.*

*Caso a APS contemple saúde funcional, um fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e/ou nutricionista na equipe torna-se obrigatório.*

## **Entidades Acreditoras em Saúde/Entidades Acreditoras do Programa de Acreditação de Operadoras**

Foram recepcionados na Consulta Pública questionamentos e sugestões quanto aos critérios para reconhecimentos das Entidades Acreditoras em Saúde para executar a Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Cumpre informar que a exigência do reconhecimento pela *The International Society For Quality in Health Care* - ISQua é considerada necessária pela ANS, pois tal instituição representa a principal certificadora em saúde a nível mundial com padrões rigorosos de avaliação. O adequado desenvolvimento da acreditação por meio da Entidade Acreditora requer que a Entidade seja competente para tal, dessa forma, o reconhecimento pela ISQua é entendido como extremamente relevante. Contudo, considerando-se que as entidades creditoras homologadas pela ANS nos termos da RN 277, de 2011, possuem

---

<sup>[1]</sup> Será considerado médico de família e comunidade o médico com pós-graduação - residência em saúde da família / medicina de família e comunidade, ou médico com título através de prova de título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

características pertinentes a este Programa, incluiu-se a possibilidade de tais entidades participarem do Programa desde que comprovem sua submissão à ISQua e obtenham seu reconhecimento definitivo no prazo de até 24 meses a contar da vigência desta norma, conforme redação reformulada do Capítulo II do Anexo IV:

Para fins da Certificação em APS, as Entidades Acreditoras em Saúde são pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência emitido pela *The International Society For Quality in Health Care - ISQua*.

As Entidades Acreditoras reconhecidas pela ANS para o Programa de Acreditação de Operadoras poderão pleitear o reconhecimento para fins de Certificação em Atenção Primária à Saúde, desde que apresentem o requerimento de reconhecimento como Organização de Avaliação Externa pela ISQua, com base neste Manual de Certificação, e obtenham-no de forma definitiva em até 24 meses a contar da vigência desta norma.

### **Flexibilização/Ampliação/Redução do horário de funcionamento noturno e de fim de semana dos serviços de APS**

Diferentes contribuições recebidas na consulta pública abordaram os critérios relativos ao funcionamento noturno e de fim de semana dos serviços de APS, abrangidos nos itens de verificação 1.12 e 1.13, respectivamente. Em que pese parte das contribuições argumentar em favor da flexibilização dos referidos critérios, a ANS considera o acesso como um ponto primordial para o êxito da APS. Assim, ter a possibilidade de consulta em horário alternativo é, de fato, um ponto fundamental.

Originalmente, não era estabelecido o horário ordinário de funcionamento dos serviços de APS e, como item de excelência, estipulava-se 1 dia na semana até às 19h e sábado ou domingo até às 17h. Redefinimos como Item Essencial o funcionamento de segunda a sábado em um total mínimo de 44 horas semanais, sendo que pelo menos 2 dias a partir de 08h e dois dias até 20h.

### **III.3 Principais Contribuições Não Acatadas**

#### **Produto registrado na ANS baseado na APS como porta de entrada**

Foram recebidas contribuições advogando pela vinculação do Programa APS a produtos registrados na ANS especificamente baseado na APS como porta de entrada. Contudo, na Certificação em APS, não houve a intenção de distinguir os diferentes tipos de produtos da

operadora - produtos desenhados especificamente para APS e produtos em que o beneficiário conte com uma rede mais aberta.

O objetivo do Programa APS é modificar a forma de prestação de serviços de saúde, reorganizando o modelo de atenção com base nos cuidados primários em saúde para o conjunto de beneficiários da operadora.

A operadora pode adotar diferentes estratégias de operacionalização, desde que atenda aos requisitos exigidos para a Certificação, em particular, a cobertura populacional mínima.

### **Exclusão de planos na modalidade de pós-pagamento**

Houve contribuições de operadoras solicitando a exclusão do Programa APS, e do cálculo da cobertura populacional mínima, de vínculos de beneficiários em planos registrados na ANS na modalidade de pós-pagamento.

Porém, entendemos que as estratégias de APS devem ser oferecidas pelas operadoras ao seu conjunto de beneficiários, inclusive àqueles vinculados a planos na modalidade de pós-pagamento. A contratante pode desenvolver Programas específicos para gestão em saúde, promoção e prevenção junto aos seus beneficiários. Entretanto, a existência desse tipo de programa não prescinde a mudança da forma como é oferecida a assistência à saúde pela Operadora contratada.

O objetivo do Programa APS é a reorganização do modelo de atenção com base nos cuidados primários em saúde para o conjunto de beneficiários da operadora.

### **Número máximo de beneficiários por equipe de APS**

Contribuições recebidas na Consulta Pública abordaram o número máximo de beneficiários a serem cobertos pelas equipes de APS. Cabe mencionar que o estabelecimento da cobertura máxima de 2.500 beneficiários por Equipe de Atenção Primária teve como base experiências em APS no Brasil (Portaria nº 2.436/GM-MS, de 21 de setembro de 2017) e em outros países (Espanha e Holanda).

A população alvo deve ser definida no escopo do projeto da operadora, com cobertura obrigatória para adultos e idosos, mas podendo também abarcar crianças e adolescentes, condições ligadas à gravidez, parto e puerpério, etc. Trata-se de limite máximo e a operadora pode optar por um limite menor que o referido, de acordo com a composição de sua população de beneficiários. Contudo, consideramos relevante o estabelecimento de limite

que favoreça a qualidade do cuidado e o vínculo entre os beneficiários e os profissionais da Equipe de APS.

A ANS reconhece que as operadoras com porte reduzido - com até 3.572 beneficiários, não possuem escala que justifique a existência de mais de uma equipe de APS. Se a regra geral (1 equipe para cada 2,5 mil beneficiários) fosse mantida, estas operadoras deveriam dar cobertura à praticamente a totalidade da carteira. Em vista disso, a regra geral foi flexibilizada para que 1 equipe de APS pudesse cobrir pelo menos 70% da população de beneficiários dessas operadoras.

Além disso, para operadoras com carteira entre 3.573 e 16 mil beneficiários, mantém-se a obrigatoriedade apenas de 01 (uma) equipe de APS. Por meio de uma função linear decrescente, a cobertura percentual da carteira varia entre 70% e 15,5%.

### **Cobertura populacional mínima para Certificação em APS - flexibilização ou redução da cobertura**

Foram recepcionadas na Consulta Pública sugestões, por parte de operadoras, de que houvesse flexibilização ou redução da cobertura da cobertura populacional mínima para Certificação em APS.

A ANS reconhece que as operadoras com porte reduzido - com até 3.572 beneficiários, podem não possuir escala que justifique a existência de mais de uma equipe de APS. Se a regra geral (1 equipe para cada 2,5 mil beneficiários) fosse mantida, estas operadoras deveriam dar cobertura à praticamente a totalidade da carteira. Em vista disso, a regra geral foi flexibilizada para que 1 equipe de APS pudesse cobrir pelo menos 70% da população de beneficiários dessas operadoras.

Para as operadoras com carteira entre 3.573 e 16 mil beneficiários, mantém-se a obrigatoriedade apenas de 01 (uma) equipe de APS. Por meio de uma função linear decrescente, a cobertura percentual da carteira, nesses casos, vai variar entre 70% e 15,5%.

Utilizando-se uma função logarítmica, há um decréscimo do percentual de cobertura, com um aumento proporcional do número mínimo de equipes de APS necessárias. Considerando, no momento, que a maior operadora médico-hospitalar cadastrada na ANS conta com 3.539.808 vínculos de beneficiários na carteira com planos com cobertura médico-hospitalar (com ou sem cobertura odontológica), para as operadoras com  $\geq 16.000$  beneficiários, a

cobertura varia entre 15,5% da carteira para as operadoras com 16 mil beneficiários, com o mínimo de 2 equipes de APS até uma cobertura de 10% da carteira para a operadora com 3.539.808 beneficiários, com o número mínimo de 141 equipes de APS. A redução da cobertura mínima desta faixa para cerca de um terço do previsto (5%), que já é uma cobertura relativamente baixa (a cobertura da APS no SUS em 2014 atingiu 62,5% da população), não nos parece adequado para que a APS possa ter um impacto substancial na reorganização do modelo de atenção da operadora.

#### **Equipe mínima de APS - exclusão ou substituição de profissionais não médicos (além dos profissionais de enfermagem)**

A proposta da Certificação em APS prevê, dentre os integrantes da equipe mínima, além do médico e do enfermeiro, a presença de “*outro profissional de saúde de nível superior*”. No entanto, foram recebidas sugestões de que tal incorporação não deveria ser obrigatória, sendo flexibilizada conforme a necessidade da população assistida ou, ainda, que pudesse ser substituída por profissional administrativo.

Tendo em vista a relevância da equipe multiprofissional e interdisciplinar na Atenção Primária à Saúde, a ANS decidiu pela manutenção de “*outro profissional de saúde de nível superior*” na equipe mínima de APS.

#### **Equipe mínima de APS - definição de carga horária**

Diferentes operadoras manifestaram no processo de Consulta Pública que a ANS deveria estabelecer item de verificação do PCBP fixando uma carga horária mínima obrigatória para os profissionais integrantes da equipe mínima de APS.

Contudo, a ANS entende que não cabe, no âmbito da Certificação em APS, estabelecer a carga horária mínima para cada profissional da equipe mínima de APS, devendo a operadora atender aos requisitos do PCBP relativos ao prazo para consulta (item de 2.5), tempo máximo de espera (item de verificação 2.7), horário estendido (item de verificação 1.12) e atendimento em final de semana (item de verificação 1.13).

#### **Equipe mínima de APS - inclusão de geriatra e ginecologista/obstetra**

Manifestações recepcionadas na Consulta Pública expressaram a opinião de que deveria ser incorporado na equipe mínima de APS o médico geriatra (para a atenção aos idosos) e o médico ginecologista/obstetra (para a atenção à gravidez, parto e puerpério).



Entretanto, a ANS considera que o médico de família e comunidade, ou médico especialista em Clínica Médica com capacitação ou experiência em APS possuem competência para a realização de ações e serviços voltados à população de idosos, bem como dos aspectos relacionados à gravidez. Caso a operadora opte por acrescentar um médico geriatra ou ginecologista/obstetra à equipe de APS, poderá fazê-lo, contudo, sem que isso seja uma exigência mínima do PCBP.

#### **Equipe mínima de APS - exclusão da exigência de pediatra quando incluir atenção à criança e ao adolescente**

No tocante à atenção à criança e ao adolescente, foram recebidas contribuições questionando a obrigatoriedade da incorporação de médico pediatra à equipe de APS, caso a operadora opte por atender essa população. Assim, cabe esclarecer que a decisão da ANS relativa à necessidade de pediatra caso a APS contemple crianças, ocorre em função das especificidades desta fase da vida, das características do setor suplementar de saúde brasileiro, dos aspectos culturais do país e de experiências internacionais em APS em países como Itália e Espanha (<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a04v37n98.pdf>; <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n5/08.pdf>).

#### **Formação e experiência da equipe de auditores (auditor médico)**

Manifestações formuladas por participantes da Consulta Pública (operadoras, entidade representante de operadora e consumidor) expuseram a opinião de que os auditores da equipe de auditoria do PCBP fossem obrigatoriamente médicos.

Contudo, considera-se que uma exigência muito restritiva (formação e experiência) pode inibir o setor, encarecer o processo de auditoria e dificultar a consecução do Programa.

Compreende-se também que um auditor em saúde não precisa necessariamente possuir formação em medicina, tendo em conta que a auditoria em saúde não é uma atividade restrita aos médicos.

### **III.4 Modificações Propostas pela Equipe Técnica**

Além das contribuições recebidas, a equipe técnica avaliou ser pertinente inserir as seguintes modificações nos documentos apresentados à consulta pública:

#### **Preâmbulo teórico às Fichas Técnicas dos Indicadores de Monitoramento**

No Anexo IV submetido à Consulta Pública constava uma descrição teórica sobre o conceito de avaliação das intervenções em saúde e os tipos de indicadores utilizados para esse fim, mencionando-se apenas um autor (Donabedian). Considera-se que um Manual de Certificação deva descrever os requisitos e os critérios do processo, não cabendo a um manual desta natureza dissertar academicamente sobre temas específicos ou estabelecer conceitos, o que seria mais propriamente abordado em um glossário.

#### **Inclusão de Item de Verificação relativo à Carteira de Serviços de APS**

Entendeu-se como sendo pertinente a Inclusão de Item de Verificação estabelecendo que as operadoras devem elaborar uma Carteira de Serviços de APS e divulgá-la aos beneficiários, de modo a proporcionar maior clareza e transparência quanto às ações ofertadas no âmbito das Equipes de APS da Operadora.

Assim, foi inserido no “Requisito 4. Interações Centradas no Paciente”, o seguinte item de verificação: “A Operadora fornece informações aos beneficiários sobre as Carteiras de Serviços ofertadas pelas suas Equipes de APS”.

### **IV. Considerações Finais**

A consulta pública consiste em uma relevante estratégia de participação democrática da sociedade e do setor regulado. Trata-se de um instrumento polivalente de transparência administrativa, que obedece aos princípios legais, de base constitucional, da publicidade, motivação e participação social na administração pública (Barbosa, 2015).

Nessa perspectiva, das 325 contribuições efetivas recebidas na Consulta Pública nº 66, 185 foram acatadas (totalmente ou de modo parcial), indicando que a maior parte (56,9%) das sugestões foram aceitas, o que é consonante com os valores institucionais da ANS (Brasil, 2018), isto é, a transparência e a ética dos atos, o conhecimento como fundamento da regulação, o estímulo à inovação para a busca de soluções e para a sustentabilidade setorial e o foco no compromisso social.

### **V. Referências**

BARBOSA, H. Comunicação, transparência e consultas públicas on-line: a importância da participação em políticas de saúde. *Comunicação & Sociedade*, São Bernardo do Campo, v. 37, n. 3, p. 127-152, 2015. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/CSO/article/view/6158/4980>>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Quem somos*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 10 set. 2018.