

---

## **Ata da 4ª Reunião Ordinária do Subcomitê de Indicadores SADT – Subgrupo Anatomia Patológica e Citopatologia**

---

Às dez horas do dia dezessete de setembro de dois mil e treze, nesta cidade, à Rua Teixeira de Freitas, nº 5, 2º andar, prédio do IHGB, na sala de treinamento, realizou-se a 4ª reunião ordinária do Subcomitê de Indicadores SADT - Subgrupo Anatomia Patológica e Citopatologia. A reunião foi coordenada por Raquel Lisboa, coordenadora da CQUALISS/GERPS/DIDES, e contou com a presença dos seguintes participantes: Rosemary Nascimento (SBC e SBP); Hercílio Fronza Júnior (SBC); Beatriz Hornburg (SBP); Reginaldo Novaes (UNIDAS); Ivone de Oliveira (COFEN); Carlos Alberto Ramos (SBP); Marco Antonio Zonta (Conselho Federal de Biomedicina/Associação Brasileira de Biomedicina e Citologia Diagnóstica); Sandro Diniz (FENASAÚDE); Aline Mesquita e Eduardo Neto (ANS). A coordenadora deu início à reunião informando que Carlos Figueiredo não é mais o gerente da GERPS, e que foram nomeados novo gerente geral da GGISE, Leandro Fonseca, e nova gerente da GERPS, Gina Régnier, acrescentou que a nova gestão pretende dar continuidade aos trabalhos em andamento, e por questões de agenda não puderam estar presentes. A seguir, a coordenadora destacou que este grupo encontra-se na fase de planejamento dos indicadores, a qual necessariamente deve consumir um tempo substancial, pois as demais fases dependem desta. Relembrou o ciclo de vida dos indicadores do programa, estabelecidos na RN nº 275 de 2011, que consiste nos estágios de Planejamento (E.1), Avaliação Controlada (E.2), Generalização do Uso (E.3) e Descontinuado (E.4). Foi informado que o subgrupo de indicadores hospitalares encontra-se em uma fase de implementação do programa mais avançada, já tendo concluído a Avaliação Controlada (E.2), e se preparando para Generalização do Uso, desta forma, este subgrupo servirá como um modelo para os demais. Também foi enfatizada a necessidade de estabilidade dos indicadores para facilitar a sensibilização dos prestadores de anatomia patológica, e gerar estímulo para participação no programa QUALISS. Lembrou-se que os prestadores que aderirem ao programa devem atingir um patamar mínimo de qualidade para terem os seus nomes divulgados de forma diferenciada no livro (guia de prestadores) das operadoras, com o ícone “Q” de QUALISS como atributo de qualificação. Outro fato

importante é que somente os laboratórios de anatomia patológica que estiverem no livreto das operadoras serão passíveis de ganhar o “Q” de QUALISS.

Foi feita uma revisão das ultimas reuniões e das suas definições.

A coordenadora perguntou ao grupo se existem laboratórios de anatomia patológica pertencentes às redes próprias de operadoras, porém, os integrantes do grupo não souberam informar sobre este fato.

Um representante da Sociedade Brasileira de Patologia informou que a especialidade anatomia patológica é reconhecida pelo CFM como Patologia, desta forma, é divulgada nos livretos de operadoras como Patologia.

Em relação aos atributos de qualificação descritos na RN nº 267, de 2011, os integrantes do grupo informaram que existem outros métodos de Acreditações para laboratórios de Anatomia Patológica que não estão contemplados na IN 52, logo, não aparecerão no livrinho. Também consideram que algumas normas ISO deveriam entrar como atributo para laboratórios, a coordenadora então informou que os atributos de qualificação dos prestadores de serviços podem ser revisados, de acordo com o previsto na RN 267, e novos atributos poderiam entrar no programa quando houver a atualização do material de divulgação da rede assistencial das operadoras.

Foi levantado pelo grupo que em algumas cidades do interior não existem laboratórios de anatomia patológica, e o transporte para laboratórios de outras cidades pode não ser seguro, tanto na identificação, como no preparo e conservação da peça. Esta atividade segue a lógica do processamento em massa, que acontece nos grandes laboratórios e também está sendo usado na anatomia patológica, o que pode comprometer a qualidade dos serviços e os resultados.

A representante do COFEN lembrou que as Normas de boas práticas para transporte das peças e amostras devem ser construídas na ABNT, para regulamentar o procedimento. A representante se prontificou a fazer o contato da SBP com a ABNT.

Dando continuidade a reunião, a coordenadora pontuou a necessidade da ajuda dos técnicos deste grupo na construção da cesta de indicadores e das fichas técnicas, pois a área é muito específica, para ser tratada somente pela equipe da ANS. Foi apresentado o modelo de ficha técnica dos indicadores hospitalares para orientar a confecção das fichas do grupo, este modelo encontra-se disponível no site da ANS. Considerou-se a possibilidade de dividir

dentro do grupo as tarefas de confecção das fichas técnicas, a partir do fechamento da cesta inicial de indicadores. Os critérios utilizados para definir o número de indicadores no subgrupo de indicadores hospitalares foram; 02 indicadores por domínio, ou seja, por volta de 12 indicadores no total, para evitar a sobrecarga de trabalho dos prestadores. Importante neste grupo considerar a necessidade da cobertura das 4 áreas avaliadas (Patologia Cirúrgica, Anatomia Patológica, Citopatologia e Imunopatologia), neste caso, talvez seja necessário incluir um leque maior de indicadores para contemplar as áreas definidas previamente. Em primeiro lugar devem ser trabalhados os indicadores essenciais. A coordenadora reforçou a importância de se disponibilizar informações detalhadas nas fichas técnicas dos indicadores, visando facilitar o entendimento por parte de todos os prestadores participantes do programa, especialmente, os que se localizam em áreas mais remotas, onde pode existir carência de informações. Foram, então, apresentados e comentados todos os itens obrigatórios das fichas técnicas. Ressaltou-se que na construção das fichas técnicas sempre se deve descrever detalhadamente as variáveis (numerador, denominador) com o intuito de padronizar a forma de coleta de dados. Ficou decidido no programa que a periodicidade da coleta e envio de dados para a ANS é mensal. Foi discutido que provavelmente, ao longo da implementação do programa, alguns referenciais para os indicadores terão que ser construídos pelo próprio grupo na fase de avaliação controlada, pois podem ser indicadores de uso infrequente em nosso meio, desta forma, não existindo padrões pré-estabelecidos na literatura nacional. Isto confirma a necessidade da realização do estudo piloto.

Foi retomada a discussão sobre a cesta inicial de indicadores, e repassado os indicadores por domínio, discutidos na última reunião do grupo. Os indicadores de segurança foram mantidos. O “*Índice de insatisfatoriedade da amostra*” foi considerado um bom indicador, pois consegue identificar o cuidado que o laboratório tem ao receber o material e pode, além disso, identificar problemas ocorridos nos locais de coleta das amostras, por exemplo, em um determinado posto de saúde que envia muitas amostras insatisfatórias para o exame de colposcopia, se detectou que as amostras não estavam sendo colhidas corretamente, e pôde se melhorar o processo de coleta. A “*Taxa de identificação correta do paciente de acordo com as normas pré-estabelecidas pela sociedade*”, foi mantida, e a existência do “*Sistema de rastreabilidade das amostras*”, também foi mantido como um indicador

estrutural que complementa o anterior, trata-se de um indicador qualitativo, ou seja, tem ou não tem. Foi, então, fechado o domínio segurança, contemplando tanto anatomia patológica, como citopatologia.

Domínio Efetividade, definidos os seguintes indicadores: “*Percentual de mulheres com câncer da mama para as quais os seguintes parâmetros prognósticos e preditivos estão documentados: tipo histológico, estadiamento TNM, receptores de estrogênio (RE) e progesterona (RP), HER 2*”, importante indicador para laboratórios que trabalham com imunoistoquímica, “Número de retificação de laudos” e “Padronização de laudos de acordo com os critérios da sociedade” foram mantido por serem indicadores mais gerais. Foram também introduzidos mais dois indicadores; “*Correlação cito-histológica e biopsia/peça cirúrgica*” e “*Relação do nº de esfregaços com ASC/SIL*” para citologia ginecológica. Em relação ao indicador “*Dupla observação*” foi proposta a sua utilização para uma população restrita, nos casos de biopsias positivas para malignidade, e foi mantido como indicador recomendável, pois é necessário ter mais de um patologista no laboratório, o que não é a realidade de muitos prestadores.

No domínio Eficiência, foram sugeridos os indicadores: “*Relação entre número de laudos AP emitidos anualmente e o número de patologistas do laboratório registrados no CRM da respectiva jurisdição*”, “*Relação entre número de laudos citopatológicos emitidos anualmente e o número de especialistas de nível superior do laboratório registrados no Conselho Profissional Regional da respectiva jurisdição*” e “*Razão do número de citotécnico/ especialistas de nível superior*”, razão voltada para a supervisão do trabalho do técnico. Foi introduzido o indicador “*Nº de Lâminas no período de 8h para screening primário CO*” o qual pode avaliar a carga de trabalho, tem como Referência o INCA (máximo 100 lâminas a cada 8 horas).

No que diz respeito ao domínio Equidade, foi discutido o indicador “*Tempo de liberação de laudos por fonte de pagamento (particular/convênio)*”, ao final se optou por excluí-lo, pois seria muito difícil medi-lo, se introduziu, então, o indicador “*Tempo de liberação de laudos críticos*”, serve para equidade por estar se dando prioridade ao laudo devido ao aspecto clínico e não às características relacionadas aos pacientes. Foi sugerido que se ficasse apenas com um indicador neste domínio, uma vez que, laboratórios de anatomia patológica têm uma menor interface com os usuários. Porém, ao final da reunião se optou

por introduzir o indicador semelhante ao dos hospitais “Medidas de acessibilidade nos laboratórios com atendimento externo”, sendo que foi focado para aqueles laboratórios que tenham a porta de entrada aberta ao público.

Com relação ao domínio Acesso, foi mantido o indicador; “Percentual de procedimentos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS disponibilizados diretamente pelo prestador (não terceirizados), em sua área de atuação”, o outro indicador se refere ao acesso do paciente ao seu laudo; “Sistema de entrega de laudos, rápido e fácil (canais de acesso do paciente)”, foi discutido como ele será medido, então, se propôs que seja pela presença ou não de um canal de comunicação com o próprio usuário, deixando o indicador como estrutural.

No domínio Centralidade no Paciente, foram mantidos os indicadores “*Busca ativa de pacientes com diagnósticos críticos*” e “*Tempo de liberação do laudo para o paciente*”.

A coordenadora encerrou a reunião agradecendo à participação de todos e sugeriu que o grupo começasse o trabalho de confecção das fichas técnicas dos indicadores para na próxima reunião serem discutidas.

**Deliberações:** a) A ANS enviará a apresentação e o material da reunião para os membros do subgrupo; b) A próxima reunião foi marcada para o dia 9 de dezembro de 2013, e a pauta será a conclusão da cesta de indicadores e início da confecção das fichas técnicas.

Rio de Janeiro, 17 de setembro de 2013.

Raquel Lisboa  
DIDES/ANS

Beatriz Hornburg  
SBP

Reginaldo Novaes  
UNIDAS

Sandro Reis Diniz  
FENASAÚDE

Hercílio Fronza Júnior  
SBC

Marco Antonio Zonta  
Conselho Federal de  
Biomedicina/Associação Brasileira de  
Biomedicina e Citologia Diagnóstica

Ivone de Oliveira  
COFEN

Carlos Alberto Fernandes Ramos  
SBP

Rosemary Nascimento  
SBC e SBP