

# FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROJETO ONCOREDE - ANS

---



**Março de 2016**

## 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 Donabedian<sup>1</sup>. 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.

---

<sup>1</sup> 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 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.

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.

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 NO CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

## INDICADORES DE MONITORAMENTO

### 1. PERCENTUAL DE PACIENTES EM CONSULTA COM ONCOLOGISTA CLÍNICO

#### CONCEITUAÇÃO

Percentual de pacientes que tiveram consultas com oncologista clínico no período de 30 dias em relação a todos os pacientes em tratamento.

#### INTERPRETAÇÃO

O indicador mede a participação das consultas com oncologistas clínicos nos pacientes oncológicos.

Permite inferir o acesso dos pacientes a especialista que acompanhe o processo de cuidado integral à saúde dos pacientes oncológicos.

É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.

#### MÉTODO DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Número de pacientes que tiveram consultas com oncologistas clínicos, em 30 dias}}{\text{Número total de pacientes em tratamento oncológico específico, assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência}} \times 100$$

#### DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

**a) Numerador:** número de pacientes em consulta com oncologistas clínicos.

1. Considerar somente as consultas com oncologista clínico.

**b) Denominador:** número total de pacientes em tratamento oncológico, do projeto ou da instituição, no mês de referência.

1. Considerar pacientes em tratamento por tumores sólidos ou hematológicos.

2. Como tratamento oncológico específico considerar: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou imunoterapia.

#### PARÂMETROS:

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto OncoRede.

#### PERIODICIDADE DA COLETA DE DADOS

Mensal

#### PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

## 2. DISPONIBILIZAÇÃO DE APOIO MULTIPROFISSIONAL NA UNIDADE DE ATENDIMENTO

#### CONCEITUAÇÃO

Distribuição percentual de atendimento multiprofissional em pacientes com tratamento oncológico específico.

## INTERPRETAÇÃO

O indicador mede a participação de pacientes em consulta(s) com a equipe multiprofissional (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, enfermeira, farmacêutico, acupunturista, clínica da dor e cessação do tabagismo).

Permite mensurar o acesso a outros profissionais de saúde - além do médico assistente - fundamentais no processo de cuidado integral à saúde dos pacientes oncológicos.

É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.

## MÉTODO DE CÁLCULO

Número de pacientes com atenção da equipe multiprofissional x 100

Número total de pacientes em tratamento oncológico específico, assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência

## DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

**a) Numerador:** número de pacientes em consulta(s) com algum profissional da equipe multidisciplinar.

1. Considerar a ocorrência de consulta(s) com qualquer profissional da equipe multiprofissional em saúde (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, enfermeira, farmacêutico, acupunturista, clínica da dor e cessação do tabagismo).

**b) Denominador:** número total de pacientes em tratamento oncológico, do projeto ou da instituição, no mês de referência.

1. Considerar pacientes em tratamento por tumores sólidos ou hematológicos.

2. Como tratamento oncológico específico considerar: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou imunoterapia.

#### PARÂMETROS:

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto OncoRede.

#### PERIODICIDADE DA COLETA DE DADOS

Mensal

#### PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

### **3. PERCENTUAL DE MULHERES ENTRE 50-69 ANOS QUE REALIZARAM MAMOGRAFIA NO PERÍODO**

#### CONCEITUAÇÃO

Número médio de mamografias para cada 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 50 a 69 anos, no período considerado.

#### INTERPRETAÇÃO

Permite estimar a cobertura do procedimento mamografia em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, provavelmente utilizadas para rastreamento de câncer de mama. Taxas reduzidas podem refletir dificuldades de sensibilização e captação da população beneficiária para o rastreamento de câncer de mama, ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Na análise dos benefícios das estratégias de rastreamento, é preciso identificar o impacto do rastreamento na redução da mortalidade e diminuição da

morbidade. Na análise dos malefícios, cabe considerar o número de mortes por câncer de mama induzido por radiação, a taxa de resultados falso-positivos que implicam exames complementares e maior ansiedade nas mulheres, além do sobrediagnóstico (overdiagnosis) e sobretratamento (overtreatment), dados pelo fato de muitas lesões malignas de comportamento indolente (pouco agressivo) serem identificadas e tratadas independentemente da certeza sobre a evolução. Para cada 2.000 mulheres convidadas para o rastreamento durante 10 anos, uma morte é evitada e 10 mulheres são tratadas desnecessariamente (Screening for Breast Cancer with Mammography – Review – The Cochrane Collaboration, Gozstche e Nielsen, 2006).

Vale ressaltar que as diferenças entre as taxas de incidência e mortalidade nos países desenvolvidos são maiores, proporcionalmente, sugerindo maior alcance das ações de rastreamento, em diagnosticar precocemente a doença, e acesso ao tratamento.

## MÉTODO DE CÁLCULO

Número de mamografias em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos no período x 100

Número total de beneficiárias na faixa etária 50 a 69 anos no período

## PARÂMETROS

Para este indicador são considerados os exames de mamografia bilateral para rastreamento. Em geral, a sensibilidade do rastreamento mamográfico varia de 77% a 95% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista.

Segundo o Ministério da Saúde/INCA/SISMAMA, uma razão anual de 0,5 exames com indicação clínica de rastreamento sugere que a oferta é suficiente para atender a população alvo (INCA, 2014).

Na saúde suplementar, o Programa de Qualificação de Operadoras da ANS (PQO) trabalha com a meta anual de 50 mamografias ou mais para cada 100 beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos, considerando a realização de um exame em mulheres dessa faixa etária a cada 2 anos.

#### PERIODICIDADE DA COLETA DE DADOS

Mensal

#### PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> Acesso em: 29/03/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Cadernos de Atenção Primária, n. 29. Série A.

Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE (NCQA) Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) Compliance Audit™ website: <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement/> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection. Switzerland: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012.

#### **4. PERCENTUAL DE PACIENTES ENTRE 50-75 ANOS QUE REALIZARAM AVALIAÇÃO PARA CÂNCER COLORRETAL NO PERÍODO**

##### **CONCEITUAÇÃO**

Número médio de exames de rastreamento (sangue oculto nas fezes – pesquisa imunológica, colonoscopia e sigmoidoscopia) para cada 100 beneficiários da operadora na faixa etária de 50 a 75 anos, no período considerado.

##### **INTERPRETAÇÃO**

Permite estimar a cobertura de procedimentos de rastreamento para câncer colorretal em beneficiários na faixa etária de 50 a 75 anos de idade. Taxas reduzidas podem refletir dificuldades de sensibilização e captação da população de beneficiários para rastreamento do câncer de cólon e reto, ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

O câncer colorretal abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente, quando ainda não se espalhou para outros órgãos. A história natural do câncer do intestino propicia condições ideais à sua detecção precoce, uma vez que a maioria deles evolui a partir de lesões benignas, os pólipos adenomatosos, por um período de 10 a 15 anos, existindo, portanto, um período pré-clínico detectável bastante longo. De modo semelhante ao que acontece no câncer de colo do útero, a detecção precoce do câncer do intestino apresenta a peculiaridade de possibilitar tanto a prevenção da ocorrência da doença, ao permitir a identificação e retirada dos pólipos intestinais (levando a uma redução da incidência), quanto à detecção em estádios iniciais, que, adequadamente tratados, podem elevar a taxa de sobrevivência em cinco anos a 90% e reduzir a mortalidade.

A triagem do câncer colorretal constitui um desafio especial, como é refletido nas baixas taxas das triagens atuais na maioria dos países onde existe um alto risco de câncer colorretal. A triagem do câncer colorretal é complexa, já que existem múltiplas opções, requer um esforço considerável do paciente (pesquisa de sangue oculto nas fezes, preparação para colonoscopia, etc.), exige sedação e profissionais da saúde competentes (colonoscopia). Para que um programa de pesquisa tenha sucesso, múltiplos acontecimentos devem intervir, começando pelo conhecimento e recomendação do médico de atenção primária, aceitação do paciente, cobertura financeira, estratificação de risco, exames de triagem, diagnóstico e tratamento oportunos e seguimento adequado.

## MÉTODO DE CÁLCULO

Número de exames de rastreamento (sangue oculto nas fezes – pesquisa imunológica, colono e retossigmoidoscopia em beneficiários na faixa etária de 50 a 75 anos no período x 100

Número total de beneficiários na faixa etária 50 a 75 anos no período

## PARÂMETROS

Para este indicador são considerados os exames de sangue oculto nas fezes – pesquisa imunológica de hemoglobina humana, colonoscopia e retossigmoidoscopia para rastreamento.

## PERIODICIDADE DA COLETA DE DADOS

Mensal

## PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, [dez] 2010. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Cadernos de Atenção Primária, n. 29. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.

WINAWER, S. et al. Triagem do câncer colorretal. World Gastroenterology Organisation/Internation Digestive Cancer, 2007.

NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE (NCQA) Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) Compliance Audit™ website: <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement/> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection. Switzerland: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012.

## **5. TEMPO MÉDIO ENTRE O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO**

### **CONCEITUAÇÃO**

Representa o tempo médio em dias entre o diagnóstico cito ou anatomopatológico e o início do tratamento oncológico.

### **INTERPRETAÇÃO**

O indicador mede o tempo de espera entre duas etapas determinantes da linha de cuidado dos pacientes. Pode ser expresso por meio de uma média ou mediana do conjunto de pacientes, do projeto ou da instituição.

Permite avaliar o comprometimento da instituição com as melhores práticas de cuidado integrado, incluindo a agilização do acesso ao tratamento específico.

O indicador é do tipo quanto menor o resultado, melhor a prática assistencial.

### MÉTODO DE CÁLCULO

Número de dias decorridos entre a data do diagnóstico cito ou anatomopatológico e a data de início do tratamento oncológico X 100

Número total de pacientes em início do tratamento oncológico, do projeto ou da instituição, no mês de referência

### DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

**a) Numerador:** número de dias decorridos entre a data do diagnóstico cito ou anatomopatológico e a data de início do tratamento oncológico.

1. Para diagnóstico considerar a data do laudo cito ou anatomopatológico indicando neoplasia maligna; alternativamente pode-se utilizar a data do procedimento que disponibilizou o material para exame - por exemplo, biópsia ou peça cirúrgica.

2. Para tratamento oncológico considerar a data da cirurgia específica ou de início da quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou imunoterapia.

**b) Denominador:** número de pacientes em início do tratamento oncológico, do projeto ou da instituição, no mês de referência.

1. Considerar pacientes em tratamento por tumores sólidos ou hematológicos.

### PARÂMETROS

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto Oncorede.

Referências de literatura indicam melhores práticas com intervalo igual ou menor que 30 dias.

#### PERIODICIDADE DA COLETA DE DADOS

Mensal

#### PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Análise crítica do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama acompanhadas em serviço de mastologia do Distrito Federal. Lisboa FC, Siqueira F, Viana SM, Rodrigues JF e Nunes T. Revista Brasileira de Mastologia 24 (2): 36-41, 2014.
2. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. Souza C, Fustinoni S et al. Ciência e Saúde Coletiva, 20 (12): 3805-3816, 2015.
3. NEAL, R. D. et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. British journal of cancer, v. 112, p. S92-S107, 2015.

4. DESANTIS, Carol E. et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. CA: a cancer journal for clinicians, v. 64, n. 4, p. 252-271, 2014.
5. DE ANGELIS, Roberta et al. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO CARE-5—a population-based study. The lancet oncology, v. 15, n. 1, p. 23-34, 2014.
6. FREUND, Karen M. et al. Impact of patient navigation on timely cancer care: the Patient Navigation Research Program. Journal of the National Cancer Institute, v. 106, n. 6, p. dju115, 2014.

## **6. QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA ADMINISTRADA NOS ÚLTIMOS 14 DIAS DE VIDA**

### **CONCEITUAÇÃO**

Razão do número de óbitos em que os pacientes em tratamento, do projeto ou da instituição, receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida.

### **INTERPRETAÇÃO**

O indicador mede a ocorrência de administração de quimioterapia infusional para pacientes nas últimas duas semanas de vida. Pode ser expresso por meio de uma média ou mediana do conjunto de pacientes em quimioterapia infusional, do projeto ou da instituição.

Permite avaliar o comprometimento da Instituição com as melhores práticas de cuidado integrado, incluindo o momento adequado para interrupção do tratamento específico.

O indicador é do tipo quanto menor o resultado, melhor a prática assistencial.

## MÉTODO DE CÁLCULO

Número total de óbitos em que os pacientes receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida, no mês de referência x 100

Número total de pacientes em quimioterapia infusional, assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência

## DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

**a) Numerador:** número de óbitos em que os pacientes receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida.

1. Considerar todos os locais de ocorrência: hospitalar, emergência ou domiciliar, por exemplo.
2. Independente da causa imediata, todos os óbitos devem ser considerados.
3. Não considerar eventos de pacientes em tratamento por tumores hematológicos.

**b) Denominador:** número de pacientes em quimioterapia infusional, do projeto ou da instituição, respeitando o critério de exclusão a seguir:

1. Não considerar pacientes em tratamento por tumores hematológicos.

## PARÂMETROS:

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto OncoRede.

## PERIODICIDADE DA COLETA DE DADOS

Mensal

## PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Mensal

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A process for measuring the quality of cancer care: the Quality Oncology Practice Initiative. Neuss MN, Desch CE, McNiff KK, et al. Journal of Clinical Oncology 2:6233-6239, 2005
2. Tools for measuring and improving the quality of oncology care: the Quality Oncology Practice Initiative (QOPI) and the QOPI Certification Program. Neuss MN, Gilmore TR, Kadlubek P. Journal of Oncology 25:10, 2011
3. Partnering with payers for success: Quality Oncology Practice Initiative, Blue Cross Blue Shield of Michigan, and the Michigan Oncology Quality Consortium. Blayney DW, Stella PJ, Ruane T, et al. Journal of Oncology Practice vol. 5:281-284, 2009
4. Improvement in oncology practice performance through voluntary participation in the Quality Oncology Practice Initiative. Jacobson JO, Neuss MN, McNiff KK, et al. Journal of Clinical Oncology vol. 26 no. 11 1893-1898, 2008

## **7. PERCENTUAL DE PACIENTES EM TRATAMENTO COM LAUDOS ANATOMOPATOLÓGICOS, CITOPATOLÓGICOS, INCLUINDO IMUNO-HISTOQUÍMICA E DE PATOLOGIA MOLECULAR COMPLETOS**

---

### **1. CONCEITUAÇÃO DO INDICADOR**

Percentual de pacientes que iniciaram o tratamento a partir da data de emissão do laudo anatomopatológico, citopatológico, de imuno-histoquímica ou de patologia molecular em relação a todos os laudos de neoplasia emitidos durante um período de 60 dias.

O que se quer medir é o acesso ao laudo e ao tratamento, portanto o cálculo seria o número de pacientes que iniciou o tratamento em 60 dias ou antes sobre o universo de pacientes que iniciou o tratamento de câncer, seja antes ou depois dos 60 dias. Depois que se tiver as duas populações, pode-se explorar o que levou ao início dentro do prazo ideal e o que levou ao atraso.

Por exemplo: dentro da população com atraso, quantos tiveram acesso ao laudo anatomo ou citopatológico em até 10 dias depois do procedimento? Se tiveram o laudo disponível, porque não iniciaram o tratamento?

As medidas são retroativas, claro, e em pacientes que tenham a documentação completa. Mesmo que seja medida de 2 em 2 meses, as informações de recebimento do laudo e de início do tratamento em 60 dias ou mais estarão disponíveis no prontuário. Se não estiverem no prontuário eletrônico, são campos para a informática da instituição inserir para o preenchimento durante a consulta oncológica. Se a instituição trabalha com laboratórios externos, pode pedir que enviem as datas de liberação e entrega dos laudos aos locais de destinos, se o serviço for organizado terá esses dados disponíveis e também pode ser um parâmetro de controle de qualidade do laboratório. Por outro lado, muitos dos laudos são entregues diretamente aos médicos, pois os pacientes as vezes nem sabem que do seu procedimento resultou um outro exame e dependendo do médico assistente chamá-lo para tratamento. Aqui é outro ponto de demora no início, pois muitos consultórios não têm serviços de busca ativa de

pacientes bem organizado e os laudo ficam nas gavetas até que o paciente retorne por conta própria. Há muitas variáveis que podem começar a ser investigadas.

A proposta é ir diminuindo o prazo à medida que se observa a evolução do indicador, explorando as causas de não recebimento do laudo (atraso do laboratório - em geral em casos difíceis, mudança de endereço do paciente, mudança de médico, perda de seguimento, etc).

## 2. INTERPRETAÇÃO

Para iniciar o tratamento de câncer é necessário o laudo anátomo ou citopatológico, que deve estar disponível em tempo hábil para retorno ao oncologista e posterior agendamento de radio, quimioterapia ou cirurgia. Considerando-se o número de paciente que iniciou o tratamento em 60 dias ou antes sobre o universo de todos os pacientes que obtiveram seu laudo e iniciaram o tratamento antes e depois de 60 dias, em um determinado período, tem-se a porcentagem de quanto se está dentro do prazo adequado, tanto para acesso ao laudo quanto ao tratamento de forma tempestiva.

O indicador mede o acesso dos pacientes ao laudo e ao tratamento, no período de tempo adequado, em relação ao número total de pacientes que tiveram diagnóstico de neoplasia por meio de laudo anatomopatológico, citopatológico, de imuno-histoquímica ou de patologia molecular. Quanto maior o percentual de pacientes que iniciaram o tratamento para neoplasia, melhor o resultado dos serviços de saúde.

Este indicador depende da capacidade dos serviços médicos ligados a coletas das amostras enviadas para análise histopatológica e citopatológica de prover as informações necessárias para que os serviços de patologia e citopatologia possam correlacionar os dados e emitir laudos adequados para início do tratamento.

Depende também dos serviços de patologia e citopatologia usarem protocolos padronizados para neoplasia baseados em orientações da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), da Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC) e de guidelines internacionais como os protocolos de câncer do College of American Pathologists (CAP – [www.cap.org](http://www.cap.org)).

Observação: Ressalta-se que os serviços que coletam os espécimes e os serviços que emitem os laudos anatomopatológicos e citopatológicos devem manter um canal de comunicação constante. As amostras devem estar íntegras e não ser divididas entre serviços. Data e hora da coleta são imprescindíveis para cálculo do tempo de fixação, este devendo constar no laudo, quando aplicável, uma vez que pode interferir em procedimentos posteriores, como de imuno-histoquímica e patologia molecular, que podem ser necessários para definição diagnóstica ou prognóstico de comportamento biológico.

### 3. MÉTODO DE CÁLCULO

Número de pacientes que receberam laudo anatomopatológico ou citopatológico e iniciaram o tratamento em até 60 dias/ Número total de pacientes que receberam o laudo anatomopatológico e citopatológico e iniciaram o tratamento X 100

### 4. PARÂMETROS

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto OncoRede.

### 5. PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

A cada 2 meses.

### 6. DEFINIÇÃO DE TERMOS

**a. Dados clínicos relevantes** - dados clínicos, de imagem (imprescindíveis em patologia óssea, necessários em neuropatologia e desejáveis sempre que houver dificuldades em interpretar a peça cirúrgica), exames laboratoriais relevantes (marcadores tumorais séricos, como por exemplo alfa fetoproteína para tumores de fígado e gônadas, entre outros).

**b. Laudo anatomopatológico de neoplasia** – relatório gerado a partir da correlação de dados clínicos, de imagem e laboratoriais com os dados de análise macroscópica e microscópica do espécime (produto de biópsias ou peças cirúrgicas), resultando em uma conclusão diagnóstica de neoplasia. Dever conter a macroscopia, microscopia (opcional), conclusão diagnóstica e todos os elementos diagnósticos e prognósticos citados de forma sinóptica (ver tipos de laudos abaixo);

**c. Laudo citopatológico de neoplasia** – relatório gerado a partir da correlação de dados clínicos, de imagem e laboratoriais com os dados de macroscopia, quando aplicável (líquidos, produto de punção aspirativa por agulha fina – PAAF) e de microscopia da amostra, resultando em uma conclusão diagnóstica. Dever conter a conclusão diagnóstica e todos os elementos diagnósticos e prognósticos citados de forma sinóptica (ver tipos de laudos abaixo), quando aplicável;

**d. Laudo de imuno-histoquímica** – relatório gerado a partir da correlação de dados clínicos, de imagem e laboratoriais, dados de análise macroscópica e microscópica do espécime (produto de biópsias ou peças cirúrgicas) com a expressão antigênica da neoplasia através de reações específicas com determinados anticorpos, selecionados pelo patologista a partir dos dados morfológicos, resultando em uma conclusão diagnóstica baseada na interpretação do conjunto de reações e dados morfológicos. Deve conter a conclusão diagnóstica, a metodologia utilizada, todos os anticorpos utilizados para definição da linhagem celular da neoplasia, seus respectivos clones e resultados de cada reação;

**e. Laudo de patologia molecular** – relatório gerado a partir da correlação de dados clínicos, de imagem e laboratoriais, dados de análise macroscópica e microscópica do espécime (produto de biópsias ou peças cirúrgicas) e relatório de imuno-histoquímica, quando aplicável, com os dados de estudos moleculares de marcadores tumorais, expressão genética e mutação genética relevantes para prognóstico e tratamento da neoplasia. Deve conter conclusão diagnóstica, baseada na correlação dos dados morfológicos e de imuno-histoquímica com o resultado da reação, ou reações, metodologia e sondas utilizadas.

## 7. TIPOS DE LAUDOS QUE DEVEM SER OBSERVADOS PARA MEDIÇÃO

De acordo com o tipo de espécime e o tipo de neoplasia e seus determinantes morfológicos diagnósticos e prognósticos são emitidos os seguintes tipos de laudos anatopatológicos, citopatológicos, de imuno-histoquímica ou de patologia molecular, quando a amostra é representativa da lesão:

**a. Laudo simples** – contém descrição da macroscopia, pode conter descrição da microscopia quando relevante (opcional e determinada pelo patologista) e conclusão diagnóstica. Contém dados sinópticos mínimos, como tipo de procedimento (que deve ser sempre referido pelo médico que coletou a amostra), tipo de neoplasia e grau histológico, quando aplicável (ver anexo 1);

**b. Laudo sinóptico** - contém descrição da macroscopia, pode conter descrição da microscopia quando relevante (opcional e determinada pelo patologista) e conclusão diagnóstica. Contém dados sinópticos listando os aspectos morfológicos diagnósticos e prognósticos, baseados em em orientações da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), da Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC) e de guidelines internacionais como os protocolos de câncer do *College of American Pathologists* (CAP – [www.cap.org](http://www.cap.org));

**c. Laudo correlacional histórico** – trata-se de um laudo anatopatológico, citopatológico, de imuno-histoquímica ou de patologia molecular que faça correlação do exame atual com um exame anterior na mesma instituição, ou mesmo laboratório, do mesmo sítio anatômico que seja relevante ao diagnóstico ou prognóstico. Exemplos: laudo de biópsia com diagnóstico de neoplasia e sua peça cirúrgica correspondente enviada posteriormente – core biopsy de mama e posterior mastectomia;

**d. Laudo correlacional contemporâneo** – trata-se do laudo de amostras correspondentes ou de exames correspondentes que sejam relevantes ao diagnóstico ou prognóstico do paciente. Por exemplo amostras de líquido pleural e biópsia de pleura enviados ao mesmo tempo a um determinado serviço; nesse caso pode haver positividade para neoplasia no líquido pleural, porém a amostra pode ou não ser representativa e esses exames e conclusão diagnóstica devem ser mencionados em ambos os laudos correlacionando-os para que as informações estejam disponíveis em ambos. Outro exemplo é um exame de peça cirúrgica de neoplasia e exame de imuno-

histoquímica realizados em mesmo tempo de análise, principalmente em casos de que é imprescindível o exame imuno-histoquímico para diagnóstico ou tratamento como em câncer de mama e confirmação de carcinoma neuroendócrino ou tumor gastrointestinal estromal. Nesses casos os laudos também devem ser correlacionados a mesmo tempo;

**e. Laudo integrado** – trata-se do laudo em que o paciente tem vários exames em mesmo tempo de análise, por exemplo mastectomia, imuno-histoquímica de amostras relevantes de mastectomia e hibridização in situ por fluorescência (FISH) ou hibridização in situ cromógena (CISH), cujas conclusões são descritas num mesmo laudo integrando todos os tipos de exames realizados na instituição. A vantagem deste laudo é que congrega todas as informações diagnósticas e prognósticas de vários exames num só documento. A desvantagem é que os exames são realizados em tempos diferentes, pois é necessário que o patologista analise os resultados de um exame para que os outros sigam sua sequência, uma vez que amostras representativas devem ser escolhidas para os exames de imuno-histoquímica e de patologia molecular, o que levará mais tempo para que se tenha o diagnóstico de neoplasia para que o paciente possa ser submetido a outros estágios de investigação, como por exemplo estadiamento por imagem.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012.

Brasil. PORTARIA Nº 876, DE 16 DE MAIO DE 2013

## 8. SOBREVIDA GLOBAL EM 12 MESES

Este indicador tem um caráter de experimentação e incentivo à coleta de dados longitudinais do conjunto de pacientes oncológicos assistidos pela operadora ou prestador de serviço de saúde.

### CONCEITUAÇÃO

Considera-se sobrevida o tempo desde a entrada do indivíduo no estudo (data do diagnóstico) até a ocorrência do evento de interesse (falha) ou até a censura (perda por tempo de observação incompleto) na observação (Kleinbaum, 1995).

A sobrevida global em 12 meses é a probabilidade do paciente estar vivo após o primeiro ano do diagnóstico de câncer. Pode ser conceituado como percentual de pacientes com câncer que estão vivos após o primeiro ano da data do diagnóstico.

### INTERPRETAÇÃO

Estatísticas de sobrevida são os dados mais utilizados para estimar o prognóstico do paciente e a probabilidade de evolução da doença.

A sobrevida é uma medida que reflete o número de pessoas vivas com câncer no universo de pacientes com diagnóstico de câncer, após um determinado período de tempo, que tem como marco zero a data do diagnóstico. Significando, portanto, a probabilidade de uma pessoa com câncer estar viva em um período de tempo, usualmente 5 a 10 anos, após o diagnóstico.

Já a taxa de mortalidade é a mensuração do número de óbitos por câncer na população geral. Significa a probabilidade de uma pessoa na população morrer de câncer em um período de tempo, usualmente 1 ano.

A principal diferença entre a mortalidade por câncer na população e estatísticas de sobrevida do câncer é o denominador. Para a mortalidade, o denominador abrange toda a população, mas para a sobrevida, o denominador inclui somente as pessoas com diagnóstico de câncer.

A medida de sobrevida está sujeita a alguns vieses. Por exemplo, sobrevida longa pode refletir óbitos tardios, mas também pode ser resultado de diagnóstico precoce do câncer ou *overdiagnosis* (excesso de diagnóstico), isto é, detectar casos de câncer que progridem tão lentamente que a pessoa morre de outras causas.

A sobrevida global utiliza todas as causas de morte como desfecho, o que a torna a medida mais confiável e disponível de sobrevida. Entretanto, não é específica para óbitos por câncer, pois o paciente pode falecer por outras causas intercorrentes.

A escolha da medida em um (1) ano no projeto ONCOREDE – ANS, ao invés de cinco (5) ou dez (10) anos utilizada nas estimativas oficiais, foi adotada para funcionar como uma proxy do diagnóstico tardio do câncer, que pode refletir baixa qualidade do cuidado da população de beneficiários ou falta de acesso.

A razão da escolha do GT de Oncologia pelo desfecho sobrevida global como indicador de monitoramento do projeto ONCOREDE – ANS está alicerçado no seguinte ponto: Para os pacientes com câncer, a principal medida de interesse não é a mortalidade na população, mas sim a sobrevida. Sobrevida responde à pergunta: Qual a chance de um paciente estar vivo após o primeiro ano de diagnóstico de câncer?

Diversos fatores podem interferir na probabilidade de sobrevida do câncer. Um dos principais é a demora para a confirmação do diagnóstico. O acesso a cuidados médicos em tempo oportuno também podem influenciar a sobrevida de diferentes tipos de câncer em diferentes populações.

## MÉTODO DE CÁLCULO

Número de beneficiários vivos após 1 ano do diagnóstico de câncer X 100

Número total de beneficiários com câncer

#### PARÂMETROS:

Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores encontrados dentro do grupo de instituições participantes do Projeto ONCOREDE.

#### PERIODICIDADE DA COLETA DE DADOS

Anual

#### PERIODICIDADE DE ENVIO DE DADOS

Anual

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mariotto AB, Anne-Michelle Noone AM, Howlader N et al. Cancer Survival: An Overview of Measures, Uses, and Interpretation. J Natl Cancer Inst Monogr 2014;49:145–186. DOI:10.1093/jncimonographs/lgu024
2. Cho H, Mariotto AB, Schwartz LM, et al. When do changes in cancer survival mean progress? The insight from population incidence and mortality. J Natl Cancer Inst Monogr. 2014;49:187–197.
3. Saad ED, Buyse M. Overall Survival: Patient Outcome, Therapeutic Objective, Clinical Trial End Point, or Public Health Measure? Journal of Clinical Oncology 2012;30(15):1750-4